

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

DOCTORADO EN SOCIEDAD, ESPACIO Y PODER



***JUVENTUDES UNIVERSITARIAS Y PANDEMIA: LA CONFIANZA PARA EL
SEGUIMIENTO DEL DISPOSITIVO SANITARIO EN LA CIUDAD DE PUEBLA***

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN SOCIEDAD, ESPACIO Y PODER**

Presenta

ISSIS LUZ MARÍA JUÁREZ RODRÍGUEZ

Directora

DRA. JUDITH LEY GARCÍA

Mexicali, Baja California

Marzo del 2025

Agradecimientos

“Cómo no van a crecer las flores en el desierto si yo vine a crecer aquí.”

Al apoyo otorgado por el Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías CONAHCYT para la realización de mis estudios de posgrado.

A la Universidad Autónoma de Baja California y la Facultad de Humanidades del campus Mexicali por el apoyo y las facilidades para la conclusión de este doctorado.

A mis maestras y maestros del Doctorado en Sociedad, Espacio y Poder por todo el apoyo y conocimiento compartido durante estos tres años, sin duda han sido parte fundamental de mi formación, sobre todo de mi vocación como investigadora, les admiro infinitamente.

Al Dr. Manuel Ortiz quien me invitó e incentivó a ser parte de este doctorado y guio los primeros pasos de mi investigación, y sé que hubiera estado muy contento de estar presente en la defensa de esta tesis.

A la Dra. Judith Ley García, mi directora de tesis, gracias a usted este barco que un día andaba sin timón pudo llegar a puerto seguro; gracias por su paciencia, su conocimiento, su tiempo, y sobre todo su empatía y cariño. No pude tener mejor Directora.

A mi Comité de tesis, Dra. Alejandra Rodríguez, Dr. Ángel May, Dr. Hugo Méndez, y Dr. Reynaldo Angulo, por sus recomendaciones y comentarios siempre certeros.

A Paty, Gaby, Mele, Vero, y mi gemeli, Isis, sin su amistad, cariño y apoyo, el doctorado y mi estancia en Mexicali no habrían sido un viaje inolvidable. Les quiero inconmensurablemente, vendrán más lunes de coloquio.

A la señora Consuelo, que precisamente fue un consuelo durante el tiempo que viví en Mexicali, gracias por todo su amor y apoyo.

A mi hijo, Liam René, el doctorante más joven del DESEP. Mi amor chiquito, llegaste cuando menos te esperaba, pero cuando más te necesitaba, tú has sido mi motor para seguir adelante, para terminar esa lectura, esa clase, ese ensayo, esta tesis, este doctorado.

A mi esposo, siempre presente. Gracias por tu amor y tu paciencia, y por creer en mí y alentarme a ser mejor cada día, y nunca dejar de apoyarme en mis metas y sueños.

A mi familia, por siempre incentivarme a superar mis miedos y mis temores, por todo su apoyo durante mi vida profesional y académica.

Finalmente, gracias a Dios por permitirme un día más todos los días.

Índice

Índice de tablas	5
Índice de gráficas.....	6
Índice de ilustraciones	7
Resumen	8
Abstract.....	10
Capítulo I. Introducción.....	12
Planteamiento del problema.....	12
Justificación	21
Preguntas de investigación.....	23
Objetivos de investigación.....	24
Capítulo II. Marco teórico	26
Poder	26
Biopolítica.....	30
Dispositivo sanitario	32
Confianza	35
Confianza interpersonal	40
Confianza en las instituciones.....	41
Capítulo III. Marco metodológico	43
Grupos focales	45

Población objetivo	46
Capítulo IV. Resultados.....	48
Mecanismo jurídico del dispositivo sanitario	48
Análisis de grupos focales	54
Categoría 1: Experiencias	56
Categoría 2: Dispositivo sanitario.....	60
Categoría 3: Confianza	70
Confianza en las medidas de prevención	72
Confianza interpersonal	78
Confianza en las instituciones.....	81
Conclusiones.....	89
Referencias	97

Índice de tablas

Tabla 1. Operacionalización de conceptos	45
Tabla 2. Características de participantes.	47

Índice de gráficas

Figura 1 Tendencia de la confianza en México	17
Figura 2 Tendencia de la confianza y desconfianza en el gobierno de México	17

Índice de ilustraciones

Ilustración 1 Categorías de análisis	55
--	----

Resumen

La pandemia por COVID-19 planteó nuevas problemáticas en diversas áreas y afectó a diferentes grupos sociales, entre ellos, el de las juventudes universitarias. Esta investigación aborda el estudio de la crisis sanitaria desde los conceptos teóricos de "dispositivo de poder" y "biopolítica", desarrollados en la teoría del poder de Michel Foucault, Roberto Esposito, Giorgio Agamben, entre otros. El objetivo es conocer: ¿qué papel jugó la confianza de las juventudes universitarias de la ciudad de Puebla en el seguimiento del dispositivo sanitario durante la pandemia de COVID-19?

Para responder a esta interrogante, esta investigación propone indagar más allá de la exploración del concepto de confianza. El alcance de este trabajo es de carácter explicativo, ya que busca explicar el papel de la confianza en el seguimiento del dispositivo sanitario a través de un análisis cualitativo realizado en dos etapas. La primera etapa consiste en la revisión del marco normativo del dispositivo sanitario implementado en la ciudad de Puebla, con la finalidad de conocer las medidas biopolíticas adoptadas para el control de contagios y defunciones. La segunda etapa emplea la técnica de grupos focales, que permitió explorar las opiniones y actitudes de las juventudes universitarias de la ciudad de Puebla respecto al papel de la confianza en el seguimiento del dispositivo sanitario durante la pandemia.

Entre los principales resultados, se encontró que la confianza desempeña un papel fundamental en el seguimiento del dispositivo sanitario, ya que permite mitigar los efectos de la incertidumbre, la desinformación y el temor en situaciones de crisis. Por lo tanto, incentivarla contribuye a una mejor gestión de este tipo de eventos. Además, la confianza interpersonal es clave como mediadora de la confianza en las medidas de prevención y en las

instituciones, especialmente cuando el discurso médico está involucrado. En una crisis sanitaria, las juventudes tienden a confiar más en el discurso médico que en el discurso político, ya que la prevalencia del saber médico en el seguimiento de un dispositivo sanitario facilita la implementación de medidas biopolíticas.

Aunque, en situaciones normales, la confianza interpersonal fomenta la confianza institucional, esta investigación encontró que la confianza interpersonal también puede generar desconfianza institucional cuando algún miembro cercano a los afectados forma parte de una institución encargada de la gestión de la crisis. Esto se debe a que es posible contrastar la información proporcionada por las instituciones con la que se comparte dentro del círculo cercano.

Finalmente, es posible afirmar que, en momentos de crisis, cuando no hay tiempo para la sujeción de un dispositivo de poder, la confianza debe considerarse como un mecanismo voluntario de poder que facilite a las instituciones la implementación de medidas de prevención, ya que esta fomenta la cooperación entre las personas.

Abstract

The COVID-19 pandemic raised new problems in various areas and affected different social groups, including university students. This research addresses the study of the health crisis from the theoretical concepts of "power device" and "biopolitics," developed in the power theory of Michel Foucault, Roberto Esposito, Giorgio Agamben, among others. The aim is to understand: what role did the trust of university students in the city of Puebla play in following the health device during the COVID-19 pandemic?

To answer this question, this research seeks to explore beyond the concept of trust. The scope of this work is explanatory, as it aims to explain the role of trust in following the health device through a qualitative analysis conducted in two stages. The first stage consists of reviewing the regulatory framework of the health device implemented in the city of Puebla, in order to understand the biopolitical measures adopted for controlling infections and deaths. The second stage uses the technique of focus groups, which allowed exploring the opinions and attitudes of university students in the city of Puebla regarding the role of trust in following the health device during the pandemic.

Among the main results, it was found that trust plays a fundamental role in following the health device, as it helps mitigate the effects of uncertainty, misinformation, and fear in times of crisis. Therefore, encouraging trust contributes to better management of such events. Moreover, interpersonal trust is key as a mediator of trust in preventive measures and institutions, especially when medical discourse is involved. In a health crisis, youths tend to trust medical discourse more than political discourse, as the prevalence of medical knowledge in following a health device facilitates the implementation of biopolitical measures.

Although, in normal situations, interpersonal trust fosters institutional trust, this research found that interpersonal trust can also generate institutional distrust when a close member of the affected person is part of an institution managing the crisis. This is because it is possible to contrast the information provided by institutions with that shared within the close circle.

Finally, it can be stated that in times of crisis, when there is no time for the establishment of a power device, trust should be considered as a voluntary mechanism of power that enables institutions to implement preventive measures, as it encourages cooperation between people.

Capítulo I. Introducción

Planteamiento del problema

En diciembre de 2019 inició uno de los eventos más importantes del siglo XXI con los primeros casos de personas infectadas por un nuevo coronavirus llamado SARS-Cov2, mejor conocido como COVID19. Debido al escaso conocimiento sobre el virus y su alto potencial de contagio, las instituciones internacionales de salud se pusieron en alerta, entre ellas la Organización Mundial de la Salud (OMS) que fue la encargada de gestionar la pandemia a nivel mundial.

De acuerdo con la OMS, el SARS-Cov2 se transmite por vía aérea a través de gotículas respiratorias emitidas por las personas infectadas. De esta manera, el virus se contagia a través de la exposición directa a gotículas emanadas por estornudos, tos, entre otras formas; o bien, de forma indirecta por exposición a superficies u objetos que fueron utilizados recientemente por la persona portadora del virus (Wilches, Castillo y Serpa, 2021; OMS, 2020a).

La persona contagiada presentaba una enfermedad respiratoria que podía ser grave, como sucedía en el 20% de los casos a nivel mundial, y en el peor escenario podía morir (OMS, 2020b). Aunque cualquier persona podía contagiarse, la OMS hizo una advertencia para grupos específicos: “Las personas mayores y las que padecen enfermedades subyacentes, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas o cáncer, tienen más probabilidades de desarrollar una enfermedad grave” (OMS, 2021, párr. 2).

Debido a la rápida propagación del virus y a su letalidad, el 10 de enero de 2020 la OMS (2020b) dio a conocer un conjunto de técnicas y recomendaciones para prevenir el contagio entre el personal de salud y las personas infectadas.

La OMS (2020c) evaluó distintos casos de contagios y muertes por COVID-19 en diversos países y el 11 de marzo de 2020 declaró que la situación de salud se consideraba una pandemia. La organización instó a cada nación a tomar las medidas necesarias para implementar las acciones de prevención de contagios que esta sugería. Para el 31 de diciembre de 2020, ya se registraban más de 82 millones de infectados a nivel mundial (OMS, 2020d; ONU, 2021).

A medida que transcurría el tiempo, el número de fallecimientos aumentaba, alcanzando un total de 14.9 millones de muertes entre enero de 2020 y diciembre de 2021. Para 2022 las cifras eran preocupantes:

La OMS indicó que el 84% del exceso de muertes se produjo en el sureste asiático, Europa y América, con el 68% concentrado en diez países.

La mayor cantidad se registró en el sureste asiático, con 5,99 millones. En la lista por regiones le siguieron Europa, con 3,25 millones; América, con 3,23 millones; África, con 1,25 millones; y el Mediterráneo oriental, con 1,08 millones. El Pacífico occidental fue la zona menos afectada, con 120.000 muertes. (ONU, 2022, párr. 10-11)

El 27 de febrero de 2020 se identificó el primer caso de COVID19 en México. El 18 de marzo ya se contabilizaban 118 casos y se confirmaba la primera muerte. Ante esta situación se crea

el Consejo de Salubridad General y el 30 de marzo se decretó “emergencia de salud nacional”, lo que implicó el establecimiento de medidas sanitarias urgentes para el control y prevención de la propagación del virus (Suárez, Suárez, Oros y Ronquillo, 2020; (Consejo de Salubridad General, 2020a).

El Consejo de Salubridad General fue la figura encargada de evaluar y vigilar el desarrollo de la pandemia. Estaba integrado por Ignacio Alcocer, secretario de salud, el Presidente de la República, Andrés Manuel López Obrador, y trece vocales más. Hugo López Gatell, subsecretario de salud, y el Presidente, se convirtieron en los voceros de las disposiciones del Consejo, dando a conocer las medidas preventivas aplicables en el territorio nacional: uso adecuado de mascarilla o cubrebocas, distanciamiento social, lavado correcto de manos y estornudo de etiqueta (Consejo de Salubridad General, 2020b; Secretaría de Salud, 2020a).

A pesar de lo anterior, la aplicación de tales medidas fue delegada a cada una de las treinta y dos entidades federativas, de tal forma que los gobiernos estatales y municipales decidieron cuáles adoptar acorde a sus necesidades, lo que llevó a la implementación heterogénea de estas en el país.

Una medida adicional para el control de la enfermedad fue el desarrollo de vacunas contra COVID19, que fue sumamente acelerado comparado con otros virus. Según Lovo (2021, párr. 6) para el 8 de abril de 2020 ya habían “115 vacunas potenciales, 78 en activo y 37 que no se confirmaba su estado, 73 de estas vacunas se encontraban en fase preclínica”.

El 31 de diciembre de 2020 la OMS (2020d) incluyó la vacuna de Pfizer/BioNTech en la lista de uso de emergencia, lo que la convertía en la primera vacuna aprobada para su aplicación

a nivel mundial, aunque la adquisición, aprobación y aplicación de esta fue responsabilidad de cada país.

El 8 de diciembre de 2020 se publicó la *Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-COV-2, para la prevención de la COVID-19 en México*, la cual establecía como grupos prioritarios de vacunación a los trabajadores de la salud y los adultos mayores (Gobierno de México, 2020).

Este conjunto de instituciones, leyes, decisiones reglamentarias, medidas y discursos en el momento de crisis, pueden considerarse lo que Foucault (2022) y Agamben (2011) denominan dispositivo. En este caso se trata de un dispositivo sanitario que permite administrar la enfermedad, la vida y la muerte en una población a razón de un virus.

La pandemia trastocó cada uno de los ámbitos de la sociedad (económico, educativo, laboral, etc.), las relaciones interpersonales, la salud física y mental, así como las prácticas cotidianas de las personas como la inasistencia a ciertos lugares, el confinamiento y el impedimento de visitas a la vivienda, la desinfección de objetos y el cuidado personal (Agamben, 2020; McFarland, 2020; Ros, 2020; Botzen, Duijndam, Robinson y Van Beukering, 2022; Geréz, y otros, 2020; Garay, 2021; Chicaíza, 2021; Anchundia, Villacreses y Pincay, 2021).

Durante la pandemia se experimentó un estado permanente de incertidumbre debido al desconocimiento del virus, de sus consecuencias y de la efectividad de las medidas de prevención, así como la imprecisión sobre el número de muertes y contagios reales. En este tipo de contextos de crisis, la confianza juega un papel importante en la mitigación de la incertidumbre (Deloitte Insights, 2022), y de acuerdo con Reynaga (2021) esta “debe ser considerada como el estado de equilibrio que se tenía previo a la llegada de la crisis” (p. 59).

La población esperaba que las personas y las instituciones actuaran con responsabilidad frente a la pandemia, entre ellas: que brindaran información verídica y oportuna, que emitieran y/o acataran leyes o acuerdos necesarios para hacer frente a la situación, que implementaran medidas de prevención de contagios y garantizaran un sistema de salud capaz de atender las necesidades emergentes de la población (Sandoval, 2019).

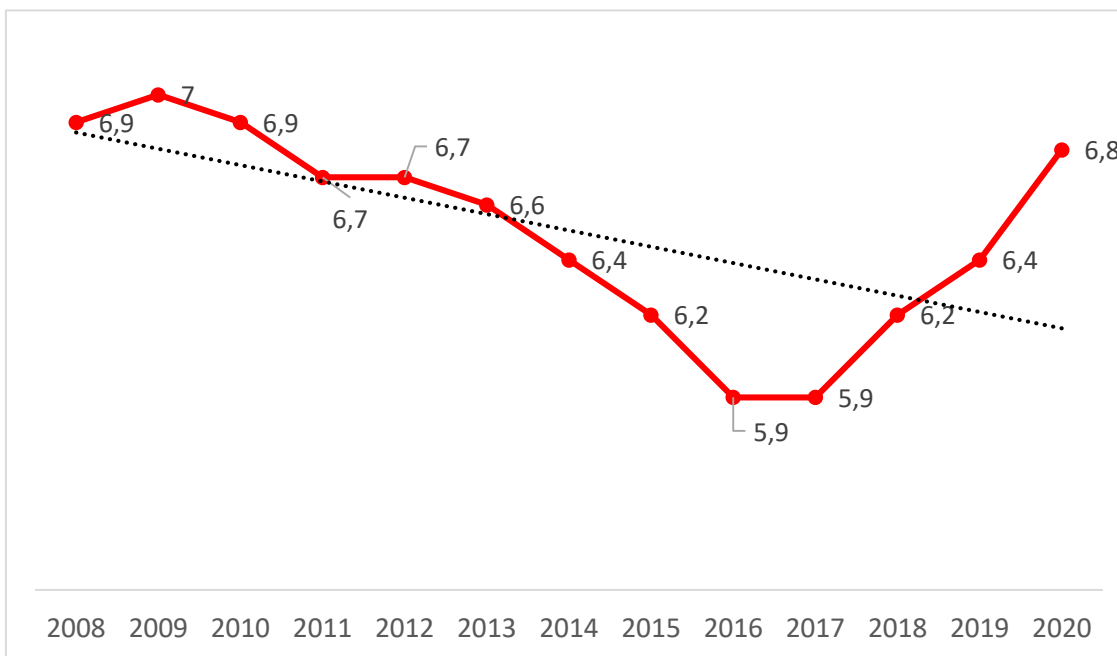
Luis Felipe López-Calva, director regional del Programa de Naciones Unidas (PNUD), manifestó en noviembre de 2020 que:

Latinoamérica llega a este momento de la pandemia con condiciones preexistentes que hacen a los países muy vulnerables. Algo fundamental es la baja confianza de los ciudadanos en los gobiernos que no solamente es baja, sino que ha venido cayendo en los últimos diez años de acuerdo con encuestas. (Noticias ONU, 2020; párr. 2).

Latinoamérica presentaba los niveles más bajos de confianza interpersonal en el mundo, ya que solo el 9% de sus habitantes confiaba en la mayoría de las personas (Latinobarómetro, 2020), mientras que en Europa Central y los países nórdicos los porcentajes eran de 49% y 70%, respectivamente (Zechmeister y Noam, 2019). Este comportamiento también se identificó en la confianza institucional, con 50% de la población europea que confía y solo 32% de la población latinoamericana (Eurobarómetro, 2021).

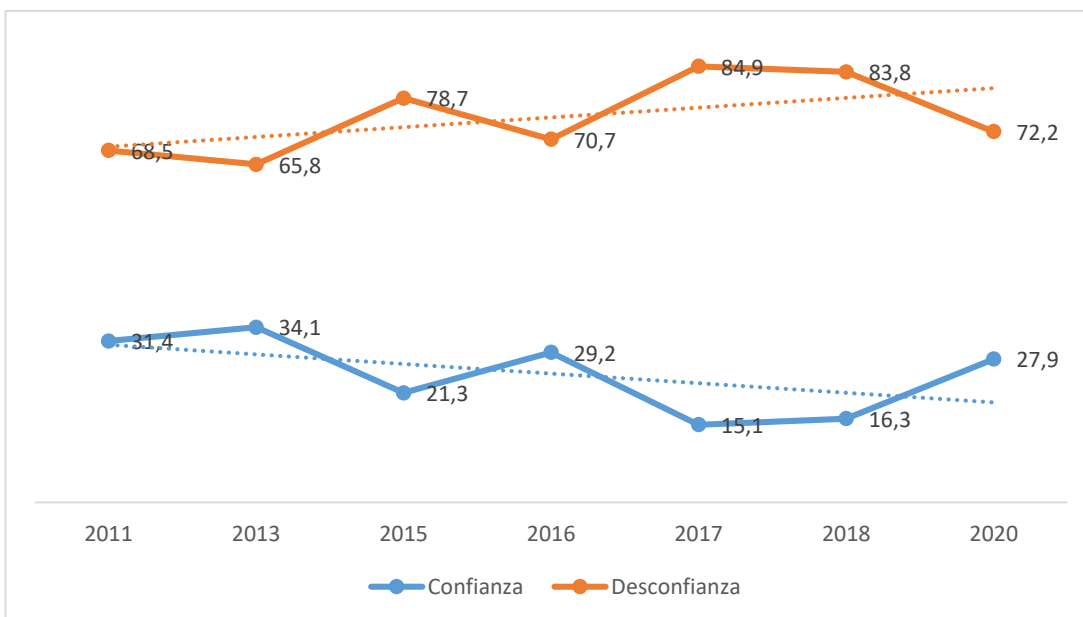
Respecto a México, desde 2012, encuestas de Consulta Mitofsky (2021) y Latinobarómetro (2020) han reportado una disminución de la confianza en las instituciones, principalmente en la depositada en el Gobierno Federal, tal como se muestra en las siguientes gráficas:

Figura 1 Tendencia de la confianza en México



Elaboración propia con datos de Consulta Mitofsky.

Figura 2 Tendencia de la confianza y desconfianza en el gobierno de México



Elaboración propia con datos de Latinobarómetro.

Latinobarómetro (2017) registró en 2017 que más del ochenta por ciento de la población no confiaba en el gobierno. No obstante, la figura presidencial presentó un aumento en la confianza, que pasó de 5.1 en mayo de 2018, a 7 en el mismo mes pero de 2019, y llegó a su punto más alto en mayo de 2020 con 7.1, un nivel de confianza que no se había presentado desde 2007 (Consulta Mitofsky, 2020). Este aumento se debe al cambio de figura presidencial que en diciembre de 2018 fue encabezada por Andrés Manuel López Obrador, cuyo mandato comenzó en 2018 y finalizó en 2024.

Así mismo, la aprobación del desempeño del presidente López Obrador durante la pandemia fue en aumento a lo largo de los meses. Al inicio de la emergencia sanitaria, su aprobación en el manejo de la crisis era del 43.5%, siendo la más baja desde el inicio de la pandemia hasta mayo de 2021, cuando se realizó la última evaluación, y obtuvo 54.4% de aprobación (Consulta Mitofsky, 2020). Esto significa que si bien, la confianza en la figura presidencial era alta, la aprobación de su desempeño en el manejo de la crisis no lo fue.

En el caso de Hugo López-Gatell Ramírez, la encuesta de Consulta Mitofsky (2020) mostró que su aprobación en el manejo de la pandemia fue positiva desde abril de 2020 con un 58%, y disminuyó a 47.7% en mayo de 2021. Esto podría explicarse por los datos de contagios y muertes a nivel federal, que continuaban en aumento, pues a finales de mayo de 2020 ya se habían confirmado más de 120,000 casos de contagio y cerca de 21,000 muertes a causa del COVID-19 (Gobierno de México y Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, 2023).

En la literatura revisada se encontró que los estudios exploratorios de la pandemia y sus efectos en la sociedad han buscado descripciones del fenómeno, y están evolucionando en estudios correlacionales que permitan explicar relaciones o grados de asociación entre distintas variables partiendo, a veces, de elementos e hipótesis ya conocidos en contextos

previos a la pandemia (Acosta Sarego, 2020; Ayala Durán C. , 2021; Cruz, Culebro, y Méndez, 2020; Culebro y Alonzo Solis, 2021; Matus, Matus, Toriz, y Molino, 2021; Pacheco, 2020).

Si bien, la confianza puede ser clasificada en varios tipos según sea el sujeto u objeto de estudio, dependiendo de la disciplina desde cual se aborde (Sanz, Ruiz y Pérez, 2009; Juárez, 2019), los estudios que analizan la confianza durante la pandemia pueden agruparse en cinco categorías no excluyentes: 1. Confianza en las medidas de prevención; 2. Confianza en las vacunas; 3. Percepción de riesgo y confianza; 4. Confianza en instituciones y líderes políticos; 5. Confianza y medios de comunicación.

En los estudios de la primera categoría, se señala que, en el seguimiento de las medidas de prevención, la confianza tuvo un papel preponderante. Las medidas de prevención en las que se depositó mayor confianza fueron el uso de cubrebocas (Anchundía, Villacreses y Pincay, 2021), y el distanciamiento social (Botzen, Duijndam, Robinson y Van Beukering, 2022), debido a la efectividad percibida en la prevención de contagios.

En cuanto a la confianza que las personas depositaban en las vacunas, Lucia, Kelejar y Afonso (2020) identificaron que las opiniones respecto a estas eran mayoritariamente positivas en un grupo de estudiantes de medicina, ya que más de la mitad de ellos confiaban en los expertos en salud pública y estaban dispuestos a vacunarse. En otro estudio, Yupari y Paredes (2021) encontraron que, de todos los grupos etarios, las personas adultas y aquellas que no habían enfermado de COVID19 tenían una alta confianza en las vacunas.

Con respecto a la tercera categoría, Botzen, Duijndam, Robinson y Van Beukering (2022) identificaron que la confianza en las medidas de prevención y su cumplimiento dependía de la percepción de riesgo de contagio, evaluado a partir del número de muertes o personas

contagiadas. En este mismo sentido, Sandoval (2019) y Xu (2021) encontraron que la confianza en las instituciones depende de la percepción de riesgo, pero también que la confianza en el gobierno modera la percepción de riesgo y la preocupación de las personas.

La rigurosidad de los gobiernos en la aplicación de las medidas de prevención están relacionadas de manera directa con la confianza y las prácticas de prevención, mientras que la existencia de teorías conspirativas se relacionan inversamente con ellas (Stecula y Pickup, 2021; Pak, McBryde y Adegboye, 2021).

Por su parte, la literatura muestra estudios sobre los medios de comunicación y la información disponible sobre COVID19 como variables explicativas de la confianza durante la pandemia. Cabe resaltar que durante la pandemia, aunque había información sobre la enfermedad, el virus, las medidas de protección, entre otras, no toda esta información era verdadera. En este sentido, se encontró que menores niveles de aceptación de la vacuna se relacionan con la desinformación y la desconfianza (Lucia, Kelejar y Afonso, 2020).

Mathews y otros (2021) reportaron que el consumo de medios de comunicación tenía relación con la confianza en el líder de gobierno, y que las personas que confiaban eran aquellas que se informaban a través de medios tradicionales como la televisión o el periódico.

Los autores encontraron que los jóvenes confiaban más en los medios tradicionales que en las redes sociales, pero cuando se informaban a través de redes sociales preferían hacerlo en canales oficiales o gubernamentales, principalmente a través de Instagram y Youtube. Por su parte, Sánchez-Reina y González-Lara (2020) identificaron que los adultos confiaban más en la información que obtenían de su primer grupo de socialización, es decir la familia y los

amigos. En otras palabras, mientras que los jóvenes confiaban en la información institucional, los adultos lo hacían en información interpersonal.

La confianza interpersonal y en las instituciones es importante para el manejo de crisis, principalmente porque la confianza mantiene la vida social, interviene en la valoración de las medidas de gobierno, la reactivación económica y la decisión de apoyar las medidas sanitarias (Reynaga, 2021; Gómez, Pérez y Ríos, 2020; Ayala, 2021; Matus, Matus, Toriz y Molino, 2021).

Con base en la revisión de literatura, se reconocen tres tipos de confianza que estuvieron presentes durante la pandemia: la confianza en las medidas de prevención de contagio (incluidas las vacunas), la confianza interpersonal y la confianza en las instituciones gestoras de la pandemia (Gómez, Pérez y Ríos, 2020; Culebro y Alonzo, 2021; Deloitte Insights, 2022; Reynaga, 2021; Ayala, 2021; Calderón, Gaviria y García-Sánchez, 2021; Echeverría, 2021; González-Melado y Di Pietro, 2021; Matus, Matus, Toriz y Molino, 2021).

Justificación

La confianza trae diversos resultados positivos, por ejemplo “las comunidades con un gran sentido de confianza pueden responder de mejor manera a la crisis, la confianza se asocia generalmente con un mayor crecimiento económico, mayor innovación, mayor estabilidad y mejores resultados en salud (Deloitte Insights, 2022). Un ejemplo es el que Fukuyama (1995) hace sobre Alemania tras la segunda guerra mundial, que, comparado con Japón, logra un mayor crecimiento gracias a la confianza de sus habitantes.

El principal motivo académico para estudiar la confianza en las instituciones radica en el papel que esta tiene en el seguimiento del dispositivo sanitario por parte de la población,

además, de que, a partir de la pandemia, se abrieron nuevos cuestionamientos sobre la relación de la confianza y el control de las crisis.

Culebro y Alonzo (2021, p. 46) consideran que como consecuencia de la pandemia “existe una separación entre la ciudadanía y el gobierno como resultado de la implementación de políticas para el COVID”. No obstante, Rivera (2019) considera que uno de los principales vacíos en los estudios sobre confianza radica en buscar las consecuencias de la misma y no en sus causas; así mismo, en los estudios sobre confianza, se considera a la sociedad en su conjunto, y poco se indaga en la formación de la confianza en el ámbito individual.

La pandemia modificó la vida de las personas en distintas formas, y afectó en diferentes áreas a cada grupo social y etario. Las juventudes, consideradas como aquellas personas entre 15 y 24 años de edad (Consejo Nacional de Población, 2000), fue uno de los grupos que más resintió los cambios derivados de la pandemia, como lo demuestran Contreras-Ibáñez, Flores, Reynoso, Pérez, Juárez, y Castro (2020) que, a través del estudio COVIDstress hallaron que en México, los jóvenes presentaron mayores niveles de estrés y preocupación que otros grupos etarios en la pandemia.

En este sector poblacional se encuentran las juventudes universitarias, que fue un grupo que experimentó uno de los cambios más repentinos durante la pandemia: la transición de clases presenciales a clases en línea, lo que modificó su estilo de vida. Inicialmente, este cambio se había planteado como una medida temporal, pero esta modalidad se mantuvo durante al menos un año y medio.

Si bien, existen diversos estudios sobre juventudes y pandemia, la mayoría se ha centrado en conocer los hábitos de consumo a través del *e-commerce*, el uso de redes sociales, su

participación política digital durante la pandemia y sus referentes informativos (Mindiola y Torres, 2022; Ochoa y Barragán, 2022; Escolar, Alcaide y del Toro, 2023; Ramírez, Mata, y Paredes, 2023). Otros estudios abordan sus relaciones interpersonales como estilos de vida y resiliencia (Posada-Bernal, Castaneda-Cantillo, y Martins, 2021; Posada-Bernal, Bejarano-González, Rincón-Roso, Trujillo-García, y Vargas-Rodríguez, 2021).

En el estado de Puebla, la confianza del sector universitario ha sido un tema poco abordado, a pesar de que la desconfianza hacia las instituciones de gobierno, en especial aquellas encargadas de la seguridad, se hizo evidente en los primeros meses de 2020. El 23 de febrero de 2020, en el municipio de Huejotzingo, fueron asesinados tres estudiantes de medicina, lo que incentivó un paro estudiantil en la ciudad de Puebla que involucró a más de 80 universidades. Este paro derivó en una marcha el 5 de marzo de 2020, con una asistencia de más de 150 mil estudiantes. Aunque se llevó a cabo una reunión entre el gobernador Miguel Barbosa y su gabinete de seguridad con el Comité Estudiantil Interuniversitario, los acuerdos no se cumplieron debido a la declaración de la emergencia sanitaria (Perspectiva de Puebla, 2024).

Dado el contexto de desconfianza en el que las juventudes universitarias de la ciudad de Puebla se enfrentaron a la pandemia, y siendo uno de los sectores más importantes de la entidad y lo poco que se ha investigado sobre la confianza de sus miembros en el seguimiento de las medidas sanitarias, resulta de suma importancia su estudio.

Preguntas de investigación

Si se considera que la confianza brinda resultados positivos tanto a nivel interpersonal como en las instituciones, y durante la pandemia por COVID-19 se consideró un elemento

importante en el seguimiento de las medidas de prevención de contagio, se parte de la siguiente pregunta general:

¿Qué papel jugó la confianza de las juventudes universitarias de la ciudad de Puebla en el seguimiento del dispositivo sanitario durante la pandemia de COVID-19?

Para contestar la pregunta general de esta investigación se establecen las siguientes preguntas específicas:

- ¿Cuáles fueron las medidas de prevención del contagio que formaron parte del marco jurídico del dispositivo sanitario durante la pandemia de COVID-19?
- ¿Cuáles fueron las medidas de prevención y disposiciones institucionales que las juventudes universitarias de la ciudad de Puebla conocían en relación con el dispositivo sanitario?
- ¿Cuáles fueron las medidas de prevención en las que más confiaban las juventudes universitarias?
- ¿Qué papel tuvo la confianza interpersonal en el seguimiento del dispositivo sanitario?
- ¿Qué papel tuvo la confianza institucional en el seguimiento del dispositivo sanitario?

Objetivos de investigación

Para dar contestación a las preguntas que guían este trabajo de investigación, se plantean el siguiente objetivo general:

Explicar el papel que la confianza tuvo en los jóvenes universitarios de la ciudad de Puebla para la práctica del dispositivo sanitario emitido durante la pandemia por COVID19.

Como objetivos particulares se plantean los siguientes:

- Identificar las medidas de prevención del contagio que formaron parte del marco jurídico del dispositivo sanitario durante la pandemia de COVID-19.
- Describir las medidas de prevención y disposiciones institucionales que las juventudes universitarias de la ciudad de Puebla conocían en relación con el dispositivo sanitario y la frecuencia con la que lo cumplían.
- Identificar las medidas de prevención en las que más confianza tenían las juventudes universitarias de la ciudad de Puebla, y aquellas en las que menos confiaban.
- Analizar el papel de la confianza interpersonal y la confianza institucional en el seguimiento del dispositivo sanitario por parte de las juventudes universitarias de la ciudad de Puebla.

Capítulo II. Marco teórico

Poder

Hablar de vida, poder y política en un solo campo semántico implica entender, en primer lugar, que la vida tiene una dimensión política, ya sea desde la visión aristotélica del *zoom politikon*, u hombre político, o bien, desde la visión de Nietzsche sobre la finalidad de la política para conservar y expandir la vida (Esposito, 2006). Cualquiera que sea la visión, la triada mencionada es importante cuando se analizan las medidas de administración de la vida, particularmente en momentos de crisis.

En segundo lugar, implica entender que el poder y la política tienen una relación insoslayable y que prácticamente es imposible abordar la teoría política sin considerar que la política implica el ejercicio del poder (Carpizo, 1999).

Finalmente, esta relación simbiótica entre poder y política lleva también, como se verá más adelante, a la decisión de dejar morir o vivir con la intervención del poder en los cuerpos y en la vida desde lo individual, es decir, la biopolítica y el biopoder.

Luhmann (2010) propone que, al elegir una teoría del poder, se debe tener cuidado de utilizar un concepto que sea lo suficientemente discriminador para no cometer economía conceptual, pues puede ser fácilmente sustituido por conceptos como interés, afectación o atribución. O bien, ser reducido a las competencias de cada puesto en la jerarquía de un sistema u organización, y llevar a un concepto superfluo que es difícilmente sostenible.

Foucault (2022) hace una crítica al concepto de poder en su definición jurídica que lo considera como “la prohibición, la ley, el hecho de decir no, y una vez más la fórmula <<no debes>>” (p. 236). A diferencia de esa concepción prohibicionista, el autor entiende al poder

como una relación de fuerzas y, dado que toda relación es una relación de poder, no se puede hablar de un poder sino de distintas “formas de dominación, de sujeción, que funcionan localmente (por lo que) la sociedad es un archipiélago de poderes diferentes” (p. 239).

Por su parte, Luhmann (2010) plantea que, de hecho, el poder puede entenderse como una “posibilidad de amenaza, abierta o encubierta” (p. 239). En contraste, Foucault (2022) reconoce que el poder no tiene como única función la represión, pues si su ejercicio fuera solo represivo, el poder sería muy frágil, y para hacerse fuerte deben producirse efectos en los planos del deseo y del saber.

Por lo anterior, el autor manifiesta que “el poder no es una institución, y no es una estructura, no es cierta potencia de la que algunos estarían dotados: es el nombre que se presta a una situación estratégica compleja en una sociedad dada” (Foucault, 2007, p. 55).

En este mismo sentido, Mandoki (2007, p. 250) define al poder como “un efecto significado por un sujeto determinado en una situación determinada de acuerdo con un código determinado”. Es decir, “los procesos que involucran al poder atraviesan necesariamente procesos de semiosis, pues no hay poder que no sea significado como tal, y por ende, que no dependa del reconocimiento”.

Por lo tanto, al igual que Foucault, Mandoki (2007, p. 249) señala que el poder “no es algo que se posee o se acumula, se gana o se pierde, como si fuese un bien material” sino que es circulante y, por tanto, produce prácticas y discursos que tienen efectos de significación.

Mandoki (2007) pone como ejemplo el caso de una institución médica donde para “ejercer el poder de prescribir un tratamiento, realizar una cirugía o recetar medicamentos, un sujeto tuvo que situarse en lugares particulares de la institución médica y seguir un itinerario preestablecido” (p. 253).

El saber médico, a lo largo de la historia ha tenido relevancia en la administración de la vida, por ejemplo, en su posicionamiento en relación con la medicina mental. Esta cuestión es analizada por Foucault (1999), quien critica esta forma de poder no “por ser una empresa lucrativa, sino porque ejerce un poder incontrolado sobre los cuerpos, la salud de los individuos, su vida y su muerte” (p. 6).

En la producción del poder es necesario el reconocimiento del lugar social en el que se gesta; por lo tanto, tal como propone Mandoki (2007), la relación entre lugar y discurso quedan estrechamente ligadas, pues el lugar genera una cartografía del discurso enunciable, aun cuando quien represente a ese lugar cambie cada cierto tiempo. Por tal motivo, Foucault (2022) advierte que “el poder es algo que opera a través del discurso, puesto que el discurso mismo es un elemento en un dispositivo estratégico de relaciones de poder” (p. 59).

En la historia se han presentado formas de oposición al poder. Foucault (2022) menciona que hay tres tipos de lucha: las que se oponen a las formas de dominación; las de denuncia de la explotación; y las que luchan contra todo aquello que somete al individuo a sí mismo y a otros.

El poder no se construye a partir de voluntades, sino que se implanta mediante múltiples cuestiones y efectos de este, por eso Foucault (2007) concluye que la tarea está en estudiar el dominio complejo que existe a partir del poder, toda vez que considera la dominación y la coerción como formas de poder, y no como el poder en sí mismo:

Finalmente, no entiendo por poder un sistema general de dominación ejercida por un elemento o un grupo sobre otro, y cuyos efectos, merced a sucesivas derivaciones, atravesarían el cuerpo social entero. El análisis en términos de poder

no debe postular, como datos iniciales, la soberanía del Estado, la forma de la ley o la unidad global de una dominación; éstas son más bien formas terminales. (p. 55)

Por lo tanto, se puede definir al poder como una red de relaciones sociales que, orienta, distribuye y se ejerce a través de múltiples prácticas y mecanismos en la sociedad, desde personas hasta instituciones.

Foucault (1999) plantea que existen distintos mecanismos de poder en la sociedad, y estos trabajan dentro y fuera de los sujetos, han sido inventados, perfeccionados y desarrollados para un mayor rendimiento, pero presentan dos inconvenientes para el desarrollo del capitalismo: el poder político como un poder discontinuo y la concepción onerosa del poder.

En cambio, el autor reconoce una mutación del poder discontinuo a un poder individualizante, una tecnología individualizante del poder, “una tecnología que mira a fondo a los individuos, hasta en su cuerpo, en su comportamiento” (Foucault, 1999, p. 245), y propone la “disciplina” como tecnología concebida desde “Cómo vigilar a alguien, cómo controlar su conducta, su comportamiento, sus aptitudes, cómo intensificar su rendimiento, cómo multiplicar sus capacidades, cómo situarlo en el lugar en que sea más útil” (p. 243).

A partir de la relación de poder con base en tecnologías y mecanismos aplicados a la población¹, revela que el poder no sólo es la relación del Estado con el súbdito, o del burgués con el proletariado, sino algo que se ejerce sobre el individuo y su cuerpo, entendiéndolos como entes adiestrables y, por lo tanto, como motivo de la biopolítica que materializa el poder, convirtiendo la vida en su objeto.

¹ Foucault (1999) entiende a la población como “seres vivos atravesados, mandados y regidos por procesos y leyes biológicas” (p. 245)

Biopolítica

No hay una relación más inherente e ineludible que la que se establece entre la vida y la muerte, de ahí la importancia de la biopolítica.

Foucault (1999, p. 209) entiende que la biopolítica es “la forma en que, a partir del siglo XVIII, se han intentado racionalizar los problemas que planteaban a la práctica gubernamental fenómenos propios de un conjunto de seres vivos constituidos como población”.

De acuerdo con Agamben (2020) “La política moderna es de principio a fin una biopolítica, donde la puesta en juego es en última instancia la vida biológica como tal” (p. 35). Para Tejeda (2012), “el nudo central de la biopolítica es la intromisión de la política en los asuntos de la vida” (p.15).

El concepto de biopolítica se ha utilizado ya desde hace más de un siglo y su significado se ha ido modificando a lo largo del tiempo. El término ha sido estudiado en tres oleadas distintas. En la primera oleada, fueron los escritos de Kjellen los que mencionaron por primera vez la palabra biopolítica con un enfoque organicista que hacía referencia al “espacio vital” que justificó el expansionismo alemán durante la época del Kaiser Guillermo II (Esposito, 2006).

La segunda oleada del término biopolítica surge en Francia, y su enfoque es naturalista, es decir, tiende un puente entre la biología y la política, intentando, como muchas otras ciencias a mediados del siglo XX, equiparar la política y el Estado a las ciencias naturales, en este caso, la biología (Esposito, 2006).

En cuanto a la tercera ola, surgida en el pensamiento anglosajón, su enfoque se vuelve mucho más naturalista y antropológico, y enfatiza la resolución de los problemas políticos a partir de un origen genético y evolucionista darwiniano, con el riesgo de reducir la política a un ámbito meramente natural (Esposito, 2006).

Para Tejeda (2012, p. 16):

La biopolítica se centra en el interés renovado de los Estados por la demografía, por el control natal, por la distribución de las poblaciones, por el control y la vigilancia y un largo etcétera, que amenaza con vaciar el concepto y sus utilidades más recientes.

Esposito (2006, 2013) distingue dos vertientes de la biopolítica, una benéfica o afirmativa, y una totalitaria y negativa. Al respecto, Tejeda (2012, p.16) señala que la vertiente benéfica es visible “en la seguridad, en la higiene y en la sanidad, en la educación y en el adiestramiento” y aspira a la realización y el desarrollo de las personas. La biopolítica, en este sentido, se define como “la política que administra la vida, que se interesa por la misma, que la encuadra, la organiza, la regula y la procesa”.

Por otro lado, la vertiente totalitaria o negativa se enfoca en el control de los habitantes, la manipulación e intimidación de la ciudadanía desde un enfoque darwinista que planteaba, como centro de la biopolítica, la selección natural que “se vuelve una lucha por la existencia en la que logran sobrevivir solo las especies más fuertes o, como expresa el autor (Darwin), más aptas” (Esposito, 2013, pp. 25-26).

Bajo esta vertiente, Acosta (2020) define la biopolítica como “el uso del biopoder que confiere el profundo conocimiento actual de las ciencias de la vida para la manipulación intencionada

e interesada de la sociedad en función de las élites dominantes” (p. 7). Sin embargo, el autor, aún con una definición negativa de la biopolítica, reconoce que este término también es utilizado para el uso del conocimiento a favor de la población en el empoderamiento ciudadano y la implementación de políticas públicas saludables.

Cualquiera que sea la óptica que se propone, el objetivo es el mismo que plantea Foucault: un entrelazamiento creciente de los asuntos del poder (del Estado) y la política con la existencia natural, con la población (Tejeda, 2012). Es decir, las técnicas del Estado para la administración de la vida y los cuerpos (Foucault, 2022) .

En la actualidad, la biopolítica requiere de diversos elementos para su seguimiento dada la persistencia de principios como la libertad y los derechos humanos. Entre los elementos para el control total de la vida por parte del Estado, Acosta (2020) propone la coerción, mientras que Esposito (2013) considera que el instrumento soberano de dominio es el derecho. El autor señala que para seguir las normas no basta la coerción, sino que se requieren dispositivos complejos que permitan la normalización, puesto que el biopoder y la biopolítica se valen de dispositivos para la administración de la vida y de los cuerpos.

Dispositivo sanitario

Foucault (citado por Agamben, 2011) “llamó dispositivo a todo aquello que tiene, de una manera u otra, la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivos” (p. 257).

Agamben (2011) define al dispositivo como “un conjunto resueltamente heterogéneo que compone los discursos, las instituciones, las habilitaciones arquitectónicas, las decisiones reglamentarias, las leyes, las medidas administrativas, los enunciados científicos, las

proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas” (p.250). Es decir, es todo aquello cuya función estratégica es la dominación con cierta manipulación de la relación de fuerzas, es decir del poder.

García (2011) describe los dispositivos como una red entre ese conjunto de componentes que Agamben describe. Asimismo, el autor menciona que estos dispositivos no son solo prácticas discursivas, sino también prácticas no-discursivas. En concordancia con Foucault, García señala que los dispositivos producen formas de subjetividad y que constituyen en los cuerpos un modo y una forma de ser a partir de “un conjunto de praxis, saberes e instituciones cuyo objetivo consiste en administrar, gobernar, controlar, orientar, dar un sentido que se supone útil a los comportamientos, gestos y pensamientos de los individuos.” (p. 2).

El dispositivo tiene efectos en torno a un objetivo que para su funcionamiento depende de relaciones de poder disponibles, del orden y de un “conjunto de saberes que describen, explican, legitiman, aseguran o respaldan la autoridad de ese poder para funcionar de una manera y no de otra” (García, 2011, p. 3).

Agamben (2011) menciona que los dispositivos conforman y forman una red de saber/poder, pues “si el poder afecta el cuerpo, no es porque antes se haya interiorizado en la conciencia de la gente. Hay una red de biopoder, de somato poder que es en sí misma una red (...)” (Foucault, 2022, p. 183). El poder no impide la existencia de saberes, los produce y los usa para que las relaciones de poder penetren en el espesor mismo de los cuerpos a través de los dispositivos.

En este sentido, es importante comprender que los dispositivos inscriben en los cuerpos “reglas y procedimientos, esquemas corporales, éticos y lógicos de orden general que

orientan prácticas singulares: conducen-conductas dentro de un campo limitado pero inconmensurable de posibilidades” (García, 2011, p. 6).

Luhmann (2010) señala que en momentos de crisis existen transformaciones del poder que encontrarán resistencia cuando las personas no logren adaptarse a ellos. Por ejemplo, en algunos eventos sanitarios como la pandemia, se emiten una serie de disposiciones que buscan normar las acciones de las personas a través de diversas formas de poder como la coerción.

Foucault (2022) y Agamben (2011) reconocen al menos cuatro tipos de dispositivos: Jurídico, lo que se dispone a través de una ley; tecnológico, haciendo referencia a la disposición tecnológica para un funcionamiento eficiente; militar, que enfatiza a la disposición de los medios dispuestos para un plan, y eso implica a todos los dispositivos involucrados en la ejecución de determinado plan durante la pandemia; seguridad, que se relaciona con aquellos mecanismos implementados para la seguridad de la población.

Además, derivado de la pandemia, Agamben (2020, p. 7) propone que el “dispositivo de gobierno que resulta de la conjunción de la nueva religión de la salud y el poder estatal con su estado de excepción” puede ser considerado como un dispositivo de bioseguridad, entendiendo que el estado de excepción es “la pura y simple suspensión de las garantías constitucionales” (p.6).

A partir de lo anterior, en esta investigación se asume que el dispositivo sanitario es el conjunto de discursos en torno a la prevención o gestión de una crisis sanitaria, las instituciones gubernamentales y de salud encargadas de su gestión, los reglamentos, leyes y medidas en la materia, así como los enunciados científicos que se consideran válidos. El

dispositivo tiene como finalidad producir un conjunto de prácticas mediante saberes e instituciones que administren, gobiernen, controlen, orienten y den un sentido útil a los comportamientos, gestos y pensamientos de los individuos en torno a la preservación de la vida durante las crisis sanitarias.

Los dispositivos sanitarios se valen de una serie de mecanismos de poder: a) mecanismos jurídicos o legales que establecen reglas y sanciones; b) mecanismos de vigilancia o disciplinarios, que se encargan de hacer cumplir lo establecido; c) mecanismos de seguridad, que se encargan de mantener el orden durante la crisis (Foucault, 2022).

En este trabajo, se dividen los mecanismos de poder en dos tipos: 1) los mecanismos involuntarios, que incluyen a los mecanismos jurídicos y legales que son obligatorios, así como los de vigilancia y disciplinarios. 2) los mecanismos voluntarios, que son producto de la normalización de las prácticas y discursos, donde la confianza es un elemento clave.

Confianza

La confianza ha sido estudiada desde distintas disciplinas y debido a su uso en tantas ramas de la ciencia no hay un acuerdo respecto a su definición. Coca y Pintos (2009) mencionan que la confianza es “un fenómeno bio-psico-socio-axiológico” por lo que se entiende como “un sinónimo de transdisciplinar, policontextualidad e interpenetración” (p.231).

Para Fukuyama (1995), la confianza “es la expectativa que surge dentro de una comunidad de comportamiento normal, honesto y cooperativo, basada en normas comunes, compartidas por todos los miembros de dicha comunidad” (p. 45). El autor hace énfasis en que las “normas comunes” pueden ser normas de Dios o normas seculares, en estas últimas se ubican las pautas profesionales y los códigos de conducta.

En el análisis comparativo que realiza el autor sobre los países aliados de la postguerra, encuentra que la confianza interpersonal jugó un papel importante en la recuperación de la sociedad alemana, y que esta es el resultado de las normas comunes.

Por su parte, Pearson (citado por Luhmann, 1996, p.46) define la confianza y la desconfianza “como actitudes *afectivas* (no neutrales) y *difusas* (no específicas) y de acuerdo con la forma en la que se presenta el objeto, como *particulares* (no universales) y *adscritas* (no logradas)”. Lo importante en esta definición, es que la desconfianza es considerada como una actitud y no la falta de confianza.

Por su parte, García (2016) señala que la palabra “confianza” está vinculada al ámbito de la ética, especialmente a la creencia y la fe en que el otro actuará de cierta forma. Por lo tanto, la confianza se encuentra en un punto intermedio entre la potencia, entendida como el poder-ser y el poder-hacer, y el acto.

El autor, con base en el argumento de Agamben sobre la potencia, considera que la desconfianza es un factor de resistencia al poder, considerando que “la resistencia es la actividad política de la reserva de potencia que no quiere ponerse al servicio del poder” (p.37). Es decir, a pesar de poder actuar, se decide no hacerlo a razón de la desconfianza. Entonces la confianza y la desconfianza no son opuestas, sino tensiones ligadas a la potencia.

El tiempo juega un papel importante en la confianza, ya que esta se desarrolla a través del tiempo (García, 2016). Pero también, mostrar confianza “es anticipar el futuro” (Luhmann, 1996, p. 15) o, como señala Viales (2022), la confianza se crea para la acción futura y descansa en la credibilidad de los sujetos involucrados en un contexto determinado.

De acuerdo con Saenz, Ruiz y Pérez (2009), la confianza se relaciona con “diferencias individuales, los factores situacionales, los sentimientos y juicios de tipo personal, y se desarrolla con base en experiencias. En caso de que éstas sean positivas, la confianza aumenta, pero si son negativas disminuye” (p. 40).

Krause y González (2016) señalan que “la confianza presupone una situación de riesgo o, en un sentido más amplio, de incertidumbre” (p.38), mientras que Saenz, Ruiz y Pérez (2009) consideran que la confianza es indispensable en aquellos casos en los que los individuos se enfrentan a circunstancias donde la información es escasa o incompleta. Ya que la falta de información genera miedo e incertidumbre, la confianza reduce la sensación de riesgo, facilitando la resolución de problemas y la toma de decisiones en escenarios adversos, generando cooperación y coordinación entre los individuos afectados.

De alguna manera actuamos a través de la confianza cuando existe la percepción de riesgo, pues acudimos a nuestras redes de confianza porque “crean controles para evitar las fechorías y brindar salvaguardas contra las consecuencias de errores y descuidos en su funcionamiento rutinario” (Tilly, 2005, p. 32). Es decir, si existe peligro, nos resguardamos en la confianza para salvaguardarnos del mismo.

Para Luhmann (1996), la confianza es “el más amplio sentido de la fe en las expectativas de uno, es un hecho básico de la vida social” (p.5), es necesaria como base de cualquier organización y sin ésta difícilmente se podría reducir la incertidumbre de un sistema.

De acuerdo con Güemes (2016) la confianza tiene tres dimensiones clave:

- Racional: supone que las personas basan su confianza a partir de interpretar la realidad desde experiencias vividas o aprendizajes previos. Esto implica una

relación ya existente y continua. En el momento en que la confianza se rompe, se presenta una sanción, por lo que esta dimensión implica una actitud estratégica de costo-beneficio al otorgar o retirar confianza.

- **Afectiva:** esta dimensión implica una influencia de emociones y sentimientos en torno a la decisión de confiar.
- **Sociológica-rutinaria:** se basa en opiniones que de forma individual se sostienen en torno a los demás, y con base en ello, se supone que su actuar logrará una expectativa favorable.

Con base en esta propuesta, la confianza se fundamenta en las actitudes, pensamientos y rutinas que se adoptan frente a los demás, lo que facilita la coordinación y cooperación entre las personas, ya que promueve la creación de un sentido de pertenencia o identidad compartida (Putnam, 1995), así como de corresponsabilidad.

En este sentido, Tilly (2005) considera que se puede pensar en la confianza como una actitud que permite la formación de redes entre individuos pertenecientes a un grupo, pueden ser familiares, amigos o conocidos. Es decir, la confianza es un elemento que permite socializar con los demás miembros de una comunidad, ya que “sin confianza no hay relaciones funcionales” (Garduño, 2016, p. 48).

Para Garduño (2016, p. 57) ningún sujeto, “considerado en sí mismo, es confiable. La confianza en nuestras relaciones radica en el estricto seguimiento del contrato social que define nuestros parámetros morales y legales de conducta”. Por lo tanto, la confianza (interpersonal y en las instituciones) parte del contrato social que dicta la conducta de los miembros de una sociedad.

Con respecto a la confianza institucional, Segovia (2006) define a la confianza como “un tipo especial de apoyo, donde los ciudadanos expresan la idea de que las instituciones realizarán las acciones y se obtendrán resultados que se esperan, aun en condiciones de bajo nivel de control” (p. 100).

Fukuyama (1995) sostiene que cuando no hay confianza, las personas cooperan bajo un mecanismo jurídico constituido por “normas y regulaciones que tienen que ser negociadas, acordadas, litigadas e implantadas a veces en forma coercitiva” (p. 47), es decir, el mecanismo disciplinario sustituye a la confianza.

El estudio de la confianza se puede dividir en dos temáticas; por un lado, aquellos estudios centrados en la importancia de la confianza para la toma de decisiones, las relaciones interpersonales o la cooperación institucional y actividades sociales como lo explican Saenz, Ruiz y Pérez (2009); y por el otro lado, los estudios enfocados a estudiar las consecuencias de la presencia o ausencia de confianza como lo menciona Fukuyama (1995).

Como lo escribe Güemes (2019) “la confianza, lejos de ser algo coyuntural e individual es una realidad social intersubjetiva y multidimensional, subproducto de las relaciones interpersonales que ocurren bajo ciertas dinámicas estructurales, institucionales y de los imaginarios que colectivamente se forjan en torno dichas relaciones” (p. 13). Por lo tanto, al ser un elemento que entreteje las relaciones entre individuos, y a su vez, la relación de estos con las instituciones, su estudio y el estudio de las dimensiones y fuentes de confianza es crucial para entender situaciones sociales.

De acuerdo con la literatura revisada, se puede clasificar a la confianza en dos categorías importantes. Por un lado, la confianza hacia las personas cercanas o no, entendida como

confianza interpersonal; y por otro lado, la confianza en las instituciones. La primera depende de la conducta de la persona en la que se desea confiar; y la segunda depende del desempeño de una institución (Estella de Noriega, 2020).

El estudio de ambos tipos de confianza resulta importante dado que durante la pandemia fueron primordiales para “el desarrollo y mantenimiento de la salud y el bienestar individual, social y comunitario” (González-Melado y Di Pietro, 2021, p. 513).

Confianza interpersonal

Este tipo de confianza se define como las expectativas positivas que tiene una persona con respecto a la conducta de los demás, se basa en creencias que el otro tiene de intenciones positivas (Razeto, 2015).

González-Melado y Di Pietro (2021, p. 513) la definen como “el resultado de las interacciones pasadas por las que las personas pueden aprender a tomar decisiones sobre interacciones futuras, es decir, el individuo, a partir de sus experiencias pasadas, aprende a confiar en alguien o no en el futuro”.

Con base en estas definiciones, la confianza interpersonal surge a partir de expectativas positivas que se tiene de otros individuos y que se juzga a partir de un comportamiento esperado.

La confianza interpersonal, ha sido una variable estudiada para conocer elementos de cohesión social y redes de apoyo (Tilly, 2010; Keefer y Scartascini, 2022), y su papel en momentos de crisis es indispensable para aumentar o mantener el apoyo entre las personas (Ervasti, Kouvo y Venetoklis, 2019).

Durante una crisis, se espera que la confianza interpersonal aumente, ya que la confianza en las personas intensifica el sentimiento de unión y contribuye a fortalecer la confianza en personas fuera del círculo cercano (González-Melado y Di Pietro, 2021; Ervasti, Kouvo y Venetoklis, 2019).

Tagle y García (2021) consideran que la confianza interpersonal es la base de las demás formas de confianza, y que es un elemento clave para entender la cooperación entre pares, aun cuando pueden ser personas desconocidas o extraños.

Confianza en las instituciones

La confianza en las instituciones es el resultado del conocimiento de las instituciones, de sus procedimientos y acciones, así como de la evaluación del desempeño de estas y de sus titulares (Juárez, 2019). Por lo que, la confianza institucional se refiere a la confianza que las personas depositan en aquellas instituciones formales nacionales e internacionales (Estella de Noriega, 2020).

González-Melado y Di Pietro (2021) consideran que la confianza institucional depende de la evaluación de las experiencias personales en torno a las instituciones, aunque mencionan que esta evaluación es principalmente en torno a experiencias negativas que la persona ha tenido a lo largo de su vida, principalmente con las personas que representan a la institución.

Una de las premisas de la confianza institucional sostiene “que los gobiernos que se desempeñan bien reciben respaldo ciudadano y aquellas cuyo desempeño es percibido negativamente reciben desconfianza” (López, 2022, p. 41).

Durante una crisis, la confianza en las instituciones se convierte en un elemento angular “puesto que de ello depende, en buena medida, la adopción de determinadas conductas y

estrategias sanitarias” por parte de la población (Ayala, 2021, p. 75) emitidas por las instituciones.

Considerar la confianza como un elemento importante en la toma de decisiones en entornos de crisis, principalmente relacionadas a la salud de las personas, es imprescindible. Sandoval (2019, p. 52) sostiene que “la confianza en las instituciones es determinante en las estrategias de afrontamiento y la actitud resiliente”, lo que significa que el éxito de una sociedad para enfrentar una crisis dependerá, en cierta forma, de la confianza que las personas tengan en sí mismas y en sus instituciones. Gilson (2003) considera que la confianza apuntala la cooperación con los sistemas de salud y que estos puedan dar un beneficio importante a la sociedad.

En resumen, como señalan diversas fuentes literarias, la confianza tiene diferentes acepciones y se considera un elemento clave en las crisis para reducir la incertidumbre. Esta investigación se centra en la confianza hacia los siguientes elementos que componen el dispositivo sanitario: las medidas de prevención de contagio, las personas y las instituciones encargadas de la gestión de la pandemia.

Capítulo III. Marco metodológico

Para esta investigación se planteó como objetivo general: explicar el papel de la confianza que tuvieron los jóvenes universitarios de la ciudad de Puebla en la práctica del dispositivo sanitario emitido durante la pandemia por COVID19.

Con base en este objetivo, se realizó la obtención de datos partiendo de una metodología cualitativa realizada en dos etapas. En la primera etapa se plantearon los elementos del dispositivo sanitario, comenzando por distinguir a las instituciones encargadas de la gestión de la pandemia en México, así como los acuerdos y decretos que se emitieron y que conformaron el marco jurídico del dispositivo sanitario para el control de la pandemia.

Posteriormente se procedió a revisar y clasificar la información del portal de la Comisión Nacional de Mejora Regulatoria, encargada de reportar los acuerdos y decretos correspondientes. En ella se contabilizaron 344 respuestas federales regulatorias de la pandemia por COVID19 entre marzo y agosto de 2020. Por el gobierno estatal de Puebla se reportaron 76 respuestas regulatorias y sólo 1 por el gobierno del municipio de Puebla.

Para dar cumplimiento a los objetivos planteados, y con base en las categorías de análisis, solo se consideraron los acuerdos y decretos emitidos por Presidencia de la República, el Consejo de Salubridad General y la Secretaría de Salud del Gobierno de la República, y Secretaría de Educación Pública del Gobierno de la República del 23 de marzo de 2020 al 9 de mayo de 2023. Asimismo, considerando la delimitación espacial de la investigación, se contemplaron los acuerdos y decretos emitidos por el gobierno estatal de Puebla en el mismo periodo de tiempo.

A partir de la revisión del marco jurídico y del estado del arte, se propusieron categorías de análisis para profundizar en la segunda etapa de investigación que consistió en explorar en detalle las actitudes de confianza que las juventudes universitarias de la ciudad de Puebla tuvieron respecto al seguimiento del dispositivo sanitario durante la pandemia.

Los tópicos abordados durante los grupos focales fueron: recuerdos generales de la pandemia; medidas de protección llevadas a cabo; confianza en las medidas sanitarias; confianza en las personas; y confianza en las instituciones. Estos responden a la operacionalización de los conceptos claves que se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 1. Operacionalización de conceptos

Categoría	Definición	Dimensión
Dispositivo sanitario	El conjunto de discursos en torno a la prevención o gestión de una crisis sanitaria, las instituciones gubernamentales y de salud encargadas de su gestión, los reglamentos, leyes y medidas en la materia, así como los enunciados científicos que se consideran válidos. El dispositivo tiene como finalidad producir un conjunto de prácticas mediante saberes e instituciones que administren, gobiernen, controlen, orienten y den un sentido útil a los comportamientos, gestos y pensamientos de los individuos en torno a la preservación de la vida durante las crisis sanitarias a través de mecanismos voluntarios e involuntarios.	<ul style="list-style-type: none"> • Discursos de prevención. • Instituciones. • Reglamentos y leyes. • Medidas de prevención. • Prácticas. • Mecanismo voluntario. • Mecanismo involuntario.
Confianza	La expectativa positiva basada en normas comunes compartidas por todos los miembros de la comunidad que se forma a lo largo del tiempo con base en las experiencias y que surge dentro de una comunidad respecto al comportamiento adecuado de las personas y las instituciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Expectativas positivas. • Experiencias. • Confianza interpersonal. • Confianza institucional. • Confianza en normas (medidas de prevención).

Elaboración propia.

Grupos focales

El grupo focal es considerado una técnica de investigación cualitativa basada en la conversación (Valles, 1999) que se define como “una entrevista semiestructurada realizada

de forma simultánea a un colectivo, bajo la dirección de un moderador” (Cisterna, 2007, p. 53). Esta técnica nos permite conocer los qué, cómo y por qué, de la forma en que las personas piensan o interactúan en torno a un objeto de estudio (Buss Thofehr et al., 2013), y en ella se valora la interacción entre las y los participantes para comprender comportamientos y opiniones de un grupo en torno a un tema en específico, es decir, considera qué piensa un grupo y por qué piensa de esa forma (García y Mateo, 2000).

Se decidió realizar esta técnica de investigación y no un grupo de discusión por la esencia propia del grupo focal, mismo que invita a la conversación de lo cotidiano y busca estudiar las racionalidades, es decir, los relatos de las acciones y con ello una experiencia típica, y, a diferencia del grupo de discusión, la conversación sí está dirigida por el investigador (Canales, 2006).

Población objetivo

Para esta investigación se considera una muestra enfocada en el cumplimiento de los objetivos (Coyne, 1997), seleccionada a partir de la edad y su posición como estudiantes durante la pandemia, por lo que la muestra para los grupos focales se compone de jóvenes entre 21 y 26 años de edad que durante la pandemia estuvieran matriculados en alguna universidad privada o pública de la Ciudad de Puebla. La convocatoria para participar en estos grupos focales se realizó a través de tres canales: Facebook, colegas docentes y exalumnos propios. Así mismo, cabe destacar que la dirección de los grupos focales estuvo a cargo de quien suscribe.

Las características de las y los participantes se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 2. Características de participantes

Grupo focal 1				
Sexo	Edad (años)	Tipo de universidad	Lugar de residencia durante la pandemia	ID
Mujer	20	Privada	Puebla	1AM
Hombre	21	Privada	Juan C. Bonilla	2AH
Hombre	20	Privada	San Andrés Cholula	3AH
Mujer	21	Privada	Acajete	4AM
Hombre	20	Privada	Puebla	5AH
Hombre	20	Privada	Atlixco	6AH
Mujer	21	Privada	Puebla	7AM
Grupo focal 2				
Mujer	24	Privada	Tulcingo del Valle	1BM
Mujer	26	Privada	Puebla	2BM
Mujer	26	Privada	Puebla	3BM
Hombre	21	Privada	Puebla	4BH
Grupo focal 3				
Hombre	25	Pública	Túxpan, Veracruz	1CH
Mujer	24	Pública	Teziutlán	2CM
Mujer	28	Privada	Puebla	3CM

Elaboración propia.

A continuación, se presentan los hallazgos con base en las categorías de análisis.

Capítulo IV. Resultados

Mecanismo jurídico del dispositivo sanitario

En este apartado se buscó dar respuesta a la siguiente pregunta específica: ¿Cuáles fueron las medidas de prevención del contagio que formaron parte del marco jurídico del dispositivo sanitario durante la pandemia de COVID-19?

Para ello, se revisó la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reconociendo que en esta se contempla un protocolo jurídico para actuar ante una epidemia. El artículo 73 constitucional indica que la Secretaría de Salud es la encargada de dictar las medidas preventivas en caso de epidemias; asimismo establece la conformación del Consejo de Salubridad General como órgano ejecutor de dichas medidas, que es presidido por el Presidente de la República, y sus disposiciones serán obligatorias en todo el país. De la misma forma, menciona que la autoridad sanitaria será ejecutiva y las disposiciones que de ella emanen serán obedecidas por todas las autoridades administrativas de México (México, 1978, art. 73).

Posteriormente se revisaron los acuerdos y decretos que conformaron el marco jurídico del dispositivo sanitario. Para mayor comprensión de este apartado se clasificaron los decretos en cuatro categorías:

1. Decreto de reconocimiento y culminación de la pandemia.
2. Medidas de prevención.
3. Vacunación.
4. Nueva normalidad.

Si bien, las leyes mexicanas contemplan la posibilidad de epidemias y la actuación de las instituciones frente a ellas, surgen dos observaciones importantes. La primera es que, además de lo ya señalado, el artículo 73 constitucional también se refiere a las facultades del Congreso, entre ellas dictar leyes en materia de salubridad, delegando la gestión en esta materia a las instituciones de salubridad.

La segunda es que, la figura presidencial que encabeza al Consejo en materia de salud, no necesariamente debe tener formación en el área médica o de salubridad, por lo que hay una diferenciación entre los discursos político y médico que, en el caso mexicano, presentaron contrariedades y discrepancias entre ellos. A la luz de lo que señala Luhmann (1996, p. 51) respecto a que el experto “puede convertirse en una amenaza para el político y sus argumentos, cuando se pone a debatir en los mismos términos”, es posible identificar que se refuerza esta discrepancia entre ambos discursos, lo que lleva a considerar su influencia en la confianza en el dispositivo sanitario.

La medicina es un saber/poder, y la salud es un problema político de suma relevancia, pues el saber médico tiene como objetivo preservar la vida biológica que, durante la pandemia, se vio amenazada (Foucault, 1996; Andrada, 2020), y como todo problema político requirió de gestión, convirtiendo la política de salud en una práctica biopolítica, es decir, un ejercicio de poder “capaz de intervenir no sólo sobre los cuerpos sino sobre el medio, sobre las conductas, los deseos con el fin de modificar la vida de la población” (Andrada, 2020, p. 156).

La primera intervención del saber médico se refleja a través de los acuerdos jurídicos que fueron importantes para dar inicio a la práctica del dispositivo sanitario en México. Lo anterior fortalece el argumento sobre que, el saber médico se liga a la norma como un elemento de poder que se instaura en la vida de la población.

El primer acuerdo emitido por el Consejo de Salubridad fue el que reconoció la epidemia por el virus SARS-CoV2 el 23 de marzo de 2020, y que derivó en la declaración de emergencia sanitaria el 30 de marzo de 2020 basándose en la declaratoria de emergencia de salud pública a nivel mundial por la OMS y en la reunión previa del Consejo con la institución internacional.

De acuerdo con lo estipulado en el artículo 73 constitucional, la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad fueron las instituciones y organismos encargados de emitir los acuerdos correspondientes para la administración de la vida de las personas con la intención de evitar el mayor número de contagios y muertes ocasionadas por COVID19; sin embargo, cada estado y municipio del territorio nacional llevó a cabo medidas de prevención propias para dar seguimiento a las actividades y lineamientos, algunas de ellas basadas en las recomendaciones de la Secretaría de Salud y de la propia OMS.

Lo anterior refleja una falta de acuerdo entre los diferentes niveles de gobierno, lo que generaba incertidumbre respecto al seguimiento del dispositivo sanitario, la cual se reflejaba en los índices de contagio en cada estado, pues el dispositivo sanitario fue adaptado por los diferentes niveles de gobierno de acuerdo con sus necesidades. Esta incertidumbre desincentivaba la confianza en las instituciones encargadas de gestionar la pandemia, ya que cada nivel de gobierno proponía disposiciones que, en ocasiones, resultaban contradictorias, como se explicará más adelante.

Uno de los acuerdos más importantes fue el emitido por la Secretaría de Educación Pública el 16 de marzo de 2020, que estableció la suspensión de clases presenciales en todos los niveles educativos (Secretaría de Educación Pública, 2020). Esto obligó a que las y los

estudiantes permanecieran en actividades en línea durante año y medio, lo que respondía a uno de los mecanismos del dispositivo sanitario: el aislamiento o distanciamiento social.

Según el artículo 73 constitucional, el gobierno federal emitía las medidas de prevención con carácter obligatorio, pero en la práctica no había una sanción si estas no se seguían, por lo que la obligatoriedad era solo de carácter enunciativo. Cabe destacar que las principales medidas adoptadas, como el aislamiento, evitar el contacto cercano con las personas y las medidas de higiene, responden a un dispositivo común para situaciones de emergencia ante enfermedades desconocidas, el cual ha sido utilizado desde la Edad Media (Díaz, 2021).

Además, los gobiernos estatales también tenían la facultad de emitir sus propios decretos para atender la emergencia sanitaria de acuerdo a sus propias necesidades, lo que trajo como consecuencia una mayor diversificación de las medidas implementadas a partir del dispositivo sanitario.

En el caso de Puebla se encontraron decretos que contradecían los emitidos a nivel federal, como el Acuerdo estatal del 23 de marzo de 2020 que emitió la clausura temporal solo de recintos recreativos (Ejecutivo del Estado de Puebla, 2020a), mientras que el Acuerdo federal estableció la suspensión de todas las actividades no esenciales (Secretaría de Salud, 2020b). Asimismo, el Acuerdo estatal consideraba la apertura de negocios particulares que no pudieran mantenerse en resguardo sin hacer alusión a actividades no esenciales, inclusive se consideraba el aforo máximo y la distancia de 1.5 metros en restaurantes. Además, el Acuerdo federal estableció como máximo 50 personas en un recinto, mientras que el Acuerdo estatal permitió un máximo de 100 personas. En este sentido, se observa una postura más permisiva del gobierno estatal con respecto al federal.

Schlager y Villamayor-Tomas (2013), comentan que muchos de los problemas públicos son el resultado de una acción descoordinada entre distintos actores y la crisis por COVID19 en México no fue la excepción, pues la falta de coordinación y cooperación entre los diferentes niveles de gobierno aumentaban la incertidumbre que prevalecía durante la pandemia.

La diferencia en lo dispuesto en los Acuerdos de los dos niveles de gobierno indica una resistencia estatal al poder federal. En el estado de Puebla conforme la pandemia avanzaba, los Acuerdos se volvieron más restrictivos. Esto respondía a la gravedad de la enfermedad y a la rapidez del contagio que, en caso de hospitalización, podría haber sobrepasado la capacidad de atención de los hospitales. Según Ramírez y Ramírez (2021), la tasa de contagios en Puebla fue 47% mayor que la registrada a nivel nacional, mientras que la tasa de letalidad fue del 13.35%, comparada con el 9.23% estimado a nivel nacional.

Conforme avanzaba la pandemia, el gobierno federal mostraba mayor apertura a reanudar algunas actividades presenciales, por ello, el 14 de mayo de 2020 emitió las disposiciones para la reapertura de actividades sociales, educativas y económicas de acuerdo con un sistema de semáforo que evaluaba el riesgo de contagio en los estados (Secretaría de Salud, 2020c). Con base en ello, el 25 de septiembre 2020, la Secretaría de Salud estimó que Puebla estaba en semáforo amarillo, lo que permitía la reapertura de algunas actividades económicas. No obstante, el gobernador Miguel Barbosa dio a conocer que, a pesar de dicha disposición, el estado seguiría con las mismas medidas de prevención y emitió el acuerdo correspondiente del 29 de septiembre de 2020, contradiciendo lo estipulado a nivel federal (Hernández, 2020; Ejecutivo del Estado de Puebla, 2020b).

Adicionalmente, el decreto estatal del 1 de mayo de 2020 suspendía la venta de alimentos preparados y bebidas alcohólicas en establecimientos fijos. Así como el decreto del 8 de

mayo de 2020 establecía la medida temporal “Hoy no circula”, con la finalidad de evitar el traslado de personas y así minimizar los contagios en el transporte público y privado (Ejecutivo del Estado de Puebla, 2020c, 2020d). A pesar de lo anterior, entre abril y mayo de 2020 hubo un aumento de más de dos mil casos, pasando de 775 a 3,066 (INEGI, 2020).

Respecto a la reapertura de actividades, el gobierno federal el 29 de mayo de 2020 emitió el Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos Técnicos Específicos para la Reapertura de las Actividades Económicas (Secretaría de Economía; Secretaría de Salud; Secretaría del Trabajo y Previsión Social; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2020), en el que se establecía una estrategia llamada “Nueva Normalidad” que permitió el regreso a actividades esenciales, y algunas no esenciales con atención a lineamientos específicos para los centros de trabajo. No obstante, en Puebla se aprobó la reapertura gradual hasta el 25 de enero de 2021, y la reanudación de actividades sociales, culturales y religiosas hasta octubre de 2021 (Ejecutivo del Estado de Puebla, 2021a, 2021b).

Finalmente, aunque el Consejo fue el encargado de reconocer la pandemia, el ejecutivo federal fue quien declaró el fin de la emergencia sanitaria en México el 9 de mayo de 2023 (Presidencia de la República, 2023).

En conclusión, con base en la revisión del marco jurídico contemplado en el dispositivo sanitario para el control de la pandemia en México se observó la relación de poder existente entre las instituciones federales y estatales encargadas de la gestión de crisis por COVID19. Asimismo, aunque el gobierno estatal de Puebla y el gobierno federal parecían tener el mismo objetivo, implementar medidas biopolíticas que permitieran administrar y salvaguardar la vida de sus habitantes, se identificaron contrastes entre lo dispuesto por el gobierno federal y lo que se dispuso a nivel estatal, lo que permite observar, la falta de coordinación y

cooperación entre los diferentes órdenes de gobierno y el carácter enunciativo del ejercicio del poder, pero que, carece de efectividad ya que los contagios y fallecimientos por COVID19 seguían aumentando.

El ejercicio de poder que se plasmó en los acuerdos y decretos federales publicados para el control sanitario no llevan la tilde prohibicionista que Foucault (2022) critica cuando se habla de poder, y que, en todo caso, no se alude a un solo poder al gestionar la crisis en términos institucionales, más bien, se observan distintos poderes que actúan para producir prácticas y discursos, tal como se verá en el análisis de resultados de los grupos focales.

Análisis de grupos focales

Recordando que el objetivo de esta investigación es analizar el papel de la confianza que tuvieron los jóvenes universitarios de la ciudad de Puebla en la práctica del dispositivo sanitario emitido durante la pandemia por COVID19, se presenta el análisis de los hallazgos en los grupos focales a través de las categorías establecidas previamente con la finalidad de distinguir cada categoría y su relación con las demás.

Posterior a la revisión del marco jurídico, se seleccionaron aquellas medidas que respondían al dispositivo sanitario emitido por las instituciones gubernamentales y de salud para la población general, excluyendo las que hacían referencia a las acciones dentro de las instancias de gobierno.

Es importante mencionar que, debido que al inicio del grupo focal se preguntaba a los participantes sobre sus recuerdos de la pandemia, surgió una nueva categoría de análisis a la que denominé experiencias, debido a que al inicio del grupo focal se preguntaba a los participantes sobre sus recuerdos de la pandemia y estos comenzaban por contar las

experiencias que tomaban importancia cuando se trataba de hablar de confianza pues, como se mencionó anteriormente, la confianza se basa en las experiencias de quien confía respecto al objeto o sujeto receptor de confianza.

Ilustración 1 Categorías de análisis



Elaboración propia.

La presentación de las categorías es con un diagrama de Venn debido a que, en el análisis se encontró que las categorías no se encontraban como elementos aislados, sino que se interconectaban para dar respuesta al papel de la confianza de las juventudes universitarias.

Categoría 1: Experiencias

“De mi parte tuve varios familiares que desgraciadamente murieron, algunos antes que otros” (3AH).

En el inicio del grupo focal se preguntó a los participantes qué recordaban de la pandemia en el 2020, y como parte de sus respuestas comenzaban a contar experiencias haciendo referencia a graduaciones en línea, fallecimientos de seres queridos y su adaptación a los cambios impuestos por esta crisis. Por lo que, en lugar de clasificar estas respuestas como recuerdos, y respondiendo a la definición operativa de confianza basada en experiencias previas, las respuestas se clasificaron en dos grupos: a) positivas, que incluyen experiencias agradables, y b) negativas, que se refieren a experiencias desagradables.

En cuanto a las experiencias positivas, para algunos participantes, la convivencia familiar resultó, en algunos casos, agradable, ya que les permitió volver a tener momentos familiares que se habían perdido con las actividades previas a la pandemia. Así lo manifiesta una participante: “como que fue aprender a convivir de nuevo, entonces fue como que una nueva etapa que siento que nos unió más como familia.” (1BM)

Lo anterior coincide con los hallazgos de Hernaddz-Cortina y otros (2022) respecto a que la cuarentena estrechó más la relación familiar, y en caso de contagio, el apoyo familiar fue indispensable para sobrellevar la enfermedad.

En lo que respecta a las experiencias negativas, estas fueron las predominantes entre los participantes. Algunos de ellos manifestaron la muerte de sus familiares y de personas conocidas, describiendo estos eventos como una experiencia fea o triste:

De mi parte tuve varios familiares que desgraciadamente murieron, algunos antes que otros, incluso algunos que se llegaron a poner la vacuna (...) o sea, sí fue una experiencia súper, súper horrible. (3AH)

Todos los Doctores del pueblo, los más importantes, todos fallecieron, o sea, realmente ninguno, pudo pasar lo de la pandemia y de hecho fue así como feo, como triste. (4AM)

Entre las experiencias expuestas por los participantes, se identificaron emociones como la preocupación por lo desconocido, que fue mencionada principalmente por los participantes foráneos:

Siento que esto, como yo no lo había vivido, era un acontecimiento muy raro para mí.

Entonces, pues el hecho de irme a casa y no saber cuándo íbamos a regresar, sí me preocupaba, y pues sobre todo porque yo ya acá (en Puebla) tenía una vida. (1CH)

El miedo fue la emoción dominante en las experiencias, así como el temor al contagio de familiares y la muerte de algunos de ellos o personas del círculo cercano. Estas emociones llevaron a reforzar el dispositivo sanitario con base en las medidas en las que más se confiaba, pues buscaban salvaguardar a la familia que identificaban como parte de un “*nosotros*”, es decir, los miembros del hogar familiar. Además, consideraban que el miedo y el temor aumentaban con el fenómeno informativo que acompañó a la pandemia:

No es como que alguien controle del todo como de “ah me va a dar COVID hoy”, ¿no? Pero sí dije “estuve muy expuesta”, y no tanto por mí, pero porque en mi casa sí hay adultos de la tercera edad y eran las personas que estaban más vulnerables en ese momento, entonces, honestamente no lo hacía tanto por mí, sino porque no quería que les pasara nada. (7AM).

Desde el primer momento fue un miedo de no saber qué era lo que se venía para todos, y más que nada por las noticias, que a veces sí eran lo suficientemente amarillistas en el sentido de que de repente veías noticias, que la gente. No sé, te aparecían vídeos horribles de gente muriéndose. (5AH).

Por lo menos a mí me tocó ver que varios amigos sí se enfermaban de COVID, algunos graves, otros no, y justo lo que decía mi compañero, que pensaban que era un invento y por eso se creaba mucha desinformación, y la gente no tomó todas las medidas necesarias y fue una contagiadera muy grande. (1AM).

En ese sentido, Esposito (2003) explica que el miedo es una especie de resorte psicológico de las personas que impulsa a la sobrevivencia, y que este nunca está sólo, se acompaña de la esperanza, y es esta la que las lleva a confiar en sí mismas para conservar la vida, mientras que el miedo busca huir de la muerte.

En otro sentido, los participantes refieren un deterioro de su salud mental y generación de ansiedad social como consecuencia del aislamiento. De acuerdo con Posada-Bernal, Bejarano-González, Rincón-Roso, Trujillo-García, y Vargas-Rodríguez (2021) la pandemia provocó un cambio en la conducta de los jóvenes respecto a sus relaciones interpersonales, modificando principalmente, sus relaciones de pareja y de amistad. De igual forma, Contreras-Ibáñez y otros (2020) reportan que las juventudes fueron el grupo etario que vivieron mayores cambios en su salud mental durante la pandemia, aunque no brindan datos de cuáles fueron las razones, en esta investigación se encontró que el principal motivo del deterioro fue el aislamiento:

También se tocó la salud mental porque pues todos estábamos acostumbrados a salir y de un día a otro como que ya no porque pues casi te puedes morir. (1AM)

Yo pensé que la pandemia no me afectó tanto hasta que ya pude salir, porque dije “no gracias, me da mucha ansiedad”, sí me afectó mucho en esta parte de salud mental, en cuestión de ansiedad. (2BM)

Algunos participantes manifestaron que su vida no cambió debido a que vivían en municipios con poca afluencia, inclusive uno de ellos pudo poner un negocio en su municipio durante la pandemia. Los cambios en su vida cotidiana llegaron hasta que el participante regresó a la presencialidad y tuvo que regresar a la ciudad de Puebla. Aunque mencionó que no tenía miedo de contagiarse, como otros, también temía contagiar a sus familiares.

En mi caso sí fue muy diferente a mis compañeros, porque yo no tuve el cuidado a lo mejor de “ah, me voy a morir”, pero sí estaba el miedo de contagiar a mis familiares, pero en mi caso sí era salir casi sin cuidado, sin protección (...), entonces para mí fue como una vida normal, no sentía el miedo de contagiarme en lo personal, pero sí, a lo mejor de llegar a contagiar (a) algunos de mis familiares. (2AH)

Lo anterior también responde a la percepción de riesgo que existía ante el contagio. Para Escobaza (2020) los conceptos de riesgo y de confianza tienen una relación interdependiente, puesto que, siguiendo a Luhmann (1996), el riesgo es un fenómeno social orientado a la toma de decisiones en referencia a las posibilidades de sufrir daño, y es precisamente la confianza la encargada de disminuir la incertidumbre respecto tal posibilidad, es decir, actuar o no, de determinada manera.

En resumen, en esta categoría las y los participantes comparten sus experiencias durante la pandemia, y entre ellas predominan aquellas que recuerdan con miedo, temor y tristeza, relacionada con contagiar a familiares o por fallecimiento de seres queridos y conocidos cercanos.

Además, comparten experiencias consideradas como positivas debido a la unión y convivencia familiar; aunque son pocas las menciones, estas están presentes principalmente en aquellos participantes foráneos. Estas experiencias son parte de los motivos por los que las personas se sentían seguras e inseguras durante la pandemia y que, como veremos más adelante, motivó la confianza en las medidas biopolíticas de prevención, las personas y las instituciones.

Categoría 2: Dispositivo sanitario

“Prácticamente la única medida que utilizaba era cubrebocas para salir, incluso antes, cuando igual empezaba, me estorbaba demasiado (...).” (2AH)

El objetivo de esta categoría consistió en describir las medidas de prevención y disposiciones institucionales que los participantes conocían en relación con el dispositivo sanitario y la frecuencia con la que los participantes lo cumplieron. Para ello, se preguntó a los participantes sobre qué medidas de prevención de contagio conocían y cuáles llevaban a cabo. Una vez que comentaban qué medidas llevaban a cabo, se indagó en el motivo del cumplimiento de dichas medidas.

En este sentido, se pueden dividir las medidas en tres tipos: aquellas que conocieron a través de las disposiciones gubernamentales, por recomendación médica o científica y aquellas que eran recomendadas por familiares que no pertenecían al área médica. Las primeras eran parte

de las acciones comunes, mientras que las dos últimas solían usarlas para la prevención en casa.

Se encontró que las juventudes universitarias conocían, como parte de las acciones comunes, el uso de cubrebocas, el distanciamiento social, el lavado de manos, el uso de sanitizante, los tapetes sanitizantes y el gel antibacterial como medidas de prevención de contagios. Además, estas señalaron que el uso de cubrebocas y el aislamiento fueron las medidas que emplearon con mayor frecuencia, lo que coincide con otros estudios que confirman que la medida del aislamiento generaba una percepción de menor riesgo, por lo que era la más implementada (Andrada, 2020; Albor-Chadid, Domínguez y Armenta, 2022; Joshi y Swarnakar, 2021).

Con base en las participaciones, para el análisis de las respuestas de esta categoría se identificaron tres grupos: a) cumplimiento por disposición institucional; b) cumplimiento por vigilancia; y c) cumplimiento por confianza. Los primeros responden a los mecanismos involuntarios y la última a un mecanismo voluntario.

En primer lugar, la mayoría de los participantes mencionaron que, al inicio de la pandemia, seguían las medidas debido a la incertidumbre y al desconocimiento sobre lo que estaba ocurriendo. Sin embargo, otros afirmaron que cumplían con estas medidas porque las autoridades las imponían mediante disposiciones de carácter obligatorio. En este sentido, el cumplimiento respondía a una disposición institucional, y especialmente se seguía debido a que algunas disposiciones eran ineludibles, como la suspensión de clases, el cierre de recintos y la limitación de aforo en determinados lugares.

Un ejemplo de lo anterior es lo que menciona uno de los participantes respecto a que el cumplimiento que llevó a cabo fue por obligación normativa, principalmente cuando el gobierno autorizó la reapertura de actividades, entre ellas el regreso a clases presenciales.

Pues casi, casi yo empecé a tomar medidas cuando ya estaban dando luz verde para asistir a algunos lugares como restaurantes. En el caso de la escuela (el cubrebocas) era prácticamente la única medida que utilizaba para salir, incluso antes, cuando igual empezaba, me estorbaba demasiado, sentía que no podía respirar bien. Entonces hasta en el transporte público no lo utilizaba, ya fue hasta cuando empezó a tener luz verde, (...) que empecé a utilizar el antibacterial, pero casi casi fue por obligación o porque ya las autoridades estaban diciendo que forzosamente necesitaban tales medidas para asistir, pero al principio sí, nada. (2AH).

Esta participación hace énfasis en que se seguían ciertas medidas porque la autoridad lo dictaba, de lo contrario no se podía asistir a determinados lugares. Como se pudo observar en el análisis del mecanismo jurídico del dispositivo sanitario, las normas jurídicas no contemplaban castigos o repercusiones para quienes no las acataban, pero en el caso de Puebla, estas adoptaron un enfoque más restrictivo. Por ello, con el objetivo de ejercer un mayor control sobre la población, se promovió la clausura de recintos y la negación del ingreso a diversos lugares a aquellas personas que no cumplieran con las medidas de prevención impuestas por el gobierno. De este modo, el cumplimiento de las disposiciones se volvió obligatorio para acceder a determinados espacios.

De igual manera, comentan que, cuando se reincorporaron a actividades presenciales, principalmente para asistir a clases, la universidad solicitaba contestar un cuestionario para poder ingresar a las instalaciones, y si no lo contestaban, les era negado el acceso. En este

sentido, la red de poderes también atravesaba a las instituciones educativas y a su comunidad que, aunque no había una disposición gubernamental sobre la realización de estos cuestionarios, las universidades implementaban medidas biopolíticas propias que engrosaban el dispositivo sanitario, principalmente a través de mecanismos involuntarios, como se puede leer en la siguiente participación:

Cuando regresé a clases, en cada edificio (de la universidad) era de “muéstrame tu cuestionario de que puedes entrar”, y era de que lo tienes que hacer a fuerza sino no te dejaban entrar, y también con el cubrebocas. (1BM)

Es importante resaltar que aquellos participantes que, al inicio, no cumplían con las medidas establecidas por el mecanismo jurídico, terminaron por cumplirlas con base en el mecanismo de vigilancia, sobre todo en aquellos lugares en los que no había una autoridad gubernamental que hiciera cumplir el primero.

En segundo lugar, en cuanto al grupo de cumplimiento por vigilancia, se encontró que aquellos que no seguían un dispositivo sanitario era, principalmente porque no radicaban en la ciudad de Puebla, y en sus municipios el aforo de personas era mucho menor. No obstante, al incorporarse a actividades cotidianas dentro de la ciudad, como acudir a la universidad o usar el transporte público, sentían la obligación de seguir el dispositivo sanitario porque “así lo hacían todos”, pero esta medida la contrastaban con el discurso médico, y si era una recomendación médica, la seguían:

(Sobre el uso del cubrebocas, lo hacía porque) yo veía que lo usaban todos y aparte era como la recomendación muy general de cualquier médico o cualquier sector de salud, te acercabas al hospital y veías que podía faltar cualquier cosa menos eso. (3AH)

Pues cuando tenía que trasladarme a la capital pues sí usaba el cubrebocas porque siempre había una persona que no lo usaba, a veces era hasta yo, pero sí lo terminé usando porque así lo pedían en la escuela, pero más, ya no me cuidaba. (2AH)

Para explicar lo anterior, se puede decir que uno de los mecanismos empleados para sujeción del dispositivo, es el mecanismo de vigilancia o disciplinar, mismo que he agrupado como parte de los mecanismos involuntarios. Foucault clasifica a la disciplina como una técnica política:

Una técnica de poder que encierra una vigilancia constante y perpetua de los individuos. No basta con observarlos de vez en cuando o con ver si lo que hacen se ajusta a las reglas. Es preciso vigilarlos sin cesar para que se realice la actividad y someterlos a una pirámide permanente de vigilancia (Foucault, 1999, p. 105).

En este sentido, se puede considerar que, cuando el cumplimiento del dispositivo sanitario responde a la vigilancia y esta se convierte en disciplina, el dispositivo sanitario ha logrado incorporarse a la vida cotidiana de las personas, tal como se observa en las siguientes participaciones:

Pues uno de los cambios, por lo menos en mi familia, fue la forma de comprar, porque en ocasiones, como dijo el compañero, íbamos al súper y ya no había muchas cosas, entonces lo que hicimos fue tener que hacer el súper, pero por Amazon entonces comprábamos y pedíamos las cosas, y eso ya se nos quedó durante unos seis meses que estuvo muy fuerte la pandemia. (1AM).

Yo me bañaba en Lysol al entrar y salir de la casa, y todavía a veces ¿no? como que esas cosas no se van, sigo cargando alcohol todo el tiempo para agarrar cosas, y son

como nuevos hábitos que desarrollé, pero de alguna manera también es como de ¡maldita, sea! ¿en qué momento voy a dejar de tener como este nerviosismo?. (3CM)

Se me quedaron buenas prácticas, las frutas y las verduras llegaba y las desinfectábamos, por eso digo, buenas prácticas, porque ahora está más práctico, desde que llegas las desinfectamos, las lavamos y ya, todo se va al refri, y ya si necesitas algo, nada más lo sacas. (3BM)

Esta serie de acciones que se hicieron parte de la vida cotidiana de las y los jóvenes universitarios se puede entender desde lo que Foucault (2022) llama normalización, es decir, la repetición continua de una acción. Por lo que hay que entender al mecanismo de poder voluntario como esta red de poderes que se implantan, en primer lugar, desde la voluntad, posteriormente a través de la normalización, y finalmente como parte de un dispositivo interiorizado.

En tercer lugar, respecto a la categoría de cumplimiento por confianza, los participantes mencionaron confiar en algunas medidas que llevaban a cabo cada vez que salían a realizar alguna actividad en espacios públicos y regresaban a casa. El objetivo de estas medidas era no contagiar a las personas en su hogar.

En este grupo de respuestas, fue posible identificar las medidas implementadas con base en disposiciones institucionales y aquellas que se realizaron como medidas adicionales, principalmente por sugerencia de otros familiares o como iniciativa propia. Estas acciones incluían desde el uso de sanitizante hasta el cambio de ropa o la ducha antes de ingresar al hogar.

Bueno yo iba a Walmart, pero me acuerdo que me ponía cubrebocas, caretas y llegaba, me cambiaba la ropa, a lo mucho salíamos en el coche a mandados, farmacia y ya, de hecho, Walmart era mi lugar seguro. (7AM)

Yo era de que me ponía a lavar todo, o sea, yo lavaba absolutamente todo lo que llegaba a mi casa. De hecho, cuando fue la cuarentena, yo fui la que hizo cuarentena, porque mi mamá y mi hermana sí salían, pero yo no salía, o sea, de que nada más al patio con mis perros, pero de ahí en fuera no salía para nada, y siempre que llegaban, pues era como de que “quítate la ropa y métete a bañar”. (4AM)

Cuando alguien de mi casa salía, antes de entrar a donde todos estábamos, había un baño donde pudieran bañarse, igual “no te puedes meter como la ropa con la que te fuiste” o algo así, para no contagiar a los demás y pues eso fue como el mecanismo que ocupamos para la pandemia. (5AH)

Si llegábamos a salir, que era demasiado raro, la ropa que usábamos la echábamos en una bolsa, y mi mamá, no sé de dónde sacó que, poniéndola al sol tres días y luego lavándola, mataba el virus, decían que podía sobrevivir unas 72 horas en la ropa, entonces mi mamá cuando le dijimos eso nos dijo “no, pues si llegamos a salir, aquí va a estar una bolsita, vamos a echar la ropa, los zapatos, y al sol”. (1BM)

Un hallazgo importante respecto al cumplimiento del dispositivo sanitario con base en la confianza es que, aunque existían medidas específicas emanadas de un discurso médico sobre cómo prevenir el contagio, todos los participantes implementaron medidas que consideraban confiables para ellos y que no estaban contempladas entre las que se aplicaban a toda la población, es decir, aunque existía una disposición institucional para la administración de la

vida en la población, cada persona instauraba medidas individuales para la conservación de la vida. Esto puede responder a que consideraban que las medidas existentes eran insuficientes para evitar el contagio. Esto no se puede atribuir a una falta de confianza en las medidas dispuestas sino al temor al contagio.

Para entender lo anterior, Nishijima y Blima (2016) proponen una categorización de la enfermedad más allá de lo biológico, considerando la cultura y el constructo social en torno a la enfermedad y los enfermos. Por ello, se entiende que, además de las medidas dictadas por el saber médico, en los hogares se implementaban medidas adicionales basadas en la representación social del fenómeno de la enfermedad y la percepción del contagio de esta.

Es importante señalar que, como se mencionó en la categoría de experiencias, el temor al contagio estaba presente de forma constante en el hogar, principalmente cuando se interactuaba con personas ajenas al círculo familiar que compartían la vivienda. El temor implica incertidumbre y, como se ha discutido anteriormente, la confianza mitiga la incertidumbre. En este sentido, cuando no existía confianza en que las personas con las que interactuaban siguieran las medidas mínimas de prevención, para evitar contagios, los participantes optaban por seguir con mayor frecuencia la medida de aislamiento voluntario y no recibir visitas debido a lo que resumían como “si no salgo, no me contagio”.

A razón del aislamiento eran pocos los participantes que recibían visitas y, en caso de recibirlas, estas debían cumplir con un protocolo de ingreso en el que confiaban, o bien, llevaban a cabo medidas de limpieza una vez que las visitas dejaban la casa:

De repente iban mis amigos a la casa o algo por el estilo, y cuando se iban yo me ponía a limpiar todo, llenaba de pinol los sillones, o sea, yo tomé como otro tipo de prevenciones. (4AM)

Pues en mi caso sí, como a los dos meses fue que yo empecé a invitar a mis amigas o mis amigos de mi círculo más cercano, pero el proceso era como que llegaban y les teníamos que rociar (sanitizante), y que pasaran por el tapete sanitizante, y en el caso de mi familia en general, eran familiares de los más cercanos, eran como tres, no fueron como visitas grandes. Yo creo que fueron como cinco personas que recibimos en mi casa. (1AM)

Además, en sus lugares de residencia hubo personas que implementaron acciones que permitían a los participantes continuar con el aislamiento para evitar el contagio:

Si llegamos a salir, que era muy raro, con cubrebocas, con careta y guantes. Las compras allá (en Tulcingo del Valle) había un servicio de moto taxi, que tú les hablabas, les decías “sabes qué, necesito tal cosa del mercado” y no había necesidad de que tú salieras, ellos te lo llevaban a tu domicilio por diez pesos. (1BM)

En este grupo de respuestas también se encontraron aquellas que expresaban cumplir con el dispositivo sanitario para sentirse seguros, principalmente cuando debían convivir con personas desconocidas o que no seguían las medidas, aun cuando eran familiares.

Yo creo que fue cuando uno salía a comprar, desde la manera en la que salía a comprar, porque a lo mejor iba como que muy protegido, ¿no?, o sea, como que para que no me entrara el virus o algo así, para que no lo respirara; al igual que, por ejemplo, cuando llegábamos ya a casa y traíamos como la despensa era como desinfectarla antes de

guardarla y con guantes y todo eso, o sea, era así como algo muy dramático, pero pues hay que hacerlo. (4BH)

Es importante señalar que, en términos de confianza interpersonal, los participantes hacían una distinción clara entre “nosotros” y “los otros”, es decir, en la primera categoría consideraban a su familia y a las personas con quienes vivían; mientras que, en la segunda, incluían a todas las personas ajenas a su hogar. El grupo de “nosotros” eran las personas a las que los jóvenes debían cuidar y al vivir con ellas estaban seguros de las medidas que seguían dentro del hogar; mientras que no confiaban en que “los otros” dieran seguimiento al dispositivo sanitario. Esta incertidumbre llevaba a intensificar los mecanismos voluntarios cuando había convivencia entre “nosotros y “los otros”.

Ellos (sus tíos) cuando llegaban a salir y regresaban, nada más con sus cosas del mercado, veíamos que no usaban cubrebocas, entonces cuando veíamos que iban a salir sin cubrebocas y pasaban por las ventanas, rápido las cerrábamos porque nosotros no queríamos contagiarnos. (1BM)

(Yo confiaba en) mi familia porque yo sé que se preocupaban por la salud de todos, o sea, yo sabía que tal vez mi hermana estaba muy enojada de que no podía ver a su novio, pero también sabía que no se iba a escapar a verlo o que iba a ser algo así nada más por satisfacer esa necesidad, y en mis amistades por lo mismo, porque yo sabía que se cuidaban ellos y que intentaba cuidar a sus familias. (2BM)

En resumen, en esta categoría se indagó en el cumplimiento del dispositivo sanitario a partir de tres grupos: cumplimiento por vigilancia, cumplimiento por disposición institucional y cumplimiento por confianza. La mayoría de los participantes refirieron un mayor

cumplimiento del dispositivo por confianza, pues la incertidumbre constante por el contagio estaba presente en el seguimiento de medidas de prevención y, como ya se mencionó, una forma de mitigar esta incertidumbre es a partir de la confianza.

Entre los principales hallazgos se encontró que todos los participantes siguieron al menos una medida de prevención de contagio, diferenciando las que adoptaron individualmente y en familia de las que fueron dictadas por las instituciones.

En lo que respecta al cumplimiento por disposición institucional, aunque se mencionan una serie de medidas impulsadas por el gobierno, la sanción por no cumplir las normas se basaba en la negación del acceso a determinados lugares. Sin embargo, en algunos casos en los que no existía una sanción por el desacato, las medidas se cumplían por vigilancia social, lo que indica la adopción social del dispositivo sanitario.

Finalmente, se resalta una interacción entre las medidas emanadas del discurso médico, las disposiciones institucionales y las medidas implementadas por los participantes y sus familias, es decir, el dispositivo sanitario se modificaba con base en las necesidades, creencias y confianza de cada individuo, por lo que no se puede hablar de un solo poder que atraviesa al individuo, sino una red de poderes que constituyen al dispositivo sanitario.

Categoría 3: Confianza

“Para mí sería como esa seguridad que pongo en manos como de alguien más”.

(5AH)

La confianza como parte del mecanismo de poder para el cumplimiento de medidas de prevención frente al COVID19, es el eje de esta investigación, por ello se indagó en la

confianza depositada en tres elementos: confianza en medidas de prevención, confianza interpersonal y confianza en instituciones.

Con base en la literatura revisada, se esperaba que los jóvenes confiaran en las instituciones encargadas de la gestión de la pandemia y desconfiaran de las personas debido a que desconocían si estas se habían expuesto al virus. No obstante, los grupos focales revelaron que había desconfianza hacia las instituciones y que la confianza en ellas era focalizada.

Para iniciar la discusión sobre confianza, se preguntó a los participantes cómo la definirían. En los grupos focales definieron la confianza, principalmente, como un estado de bienestar, tranquilidad, verdad y seguridad, o lo relacionan con lugares o personas. Así lo expresa una participante:

Estar en completa seguridad de que puedes estar bien o estar como en un estado de tranquilidad, de paz, llámese como de sana estadía. no importa a lo mejor y te está refiriendo al lugar, a una persona, un momento, a un tiempo que precisamente te dota lo mejor de ese sentir bien, ¿no? de ese sentirte seguro, o sea, es sentir que puedes estar bien, no sé, creo que yo a lo mejor se relaciona mucho con el simple hecho de sentirte como con salud, con bienestar, que en ese momento no te preocupa nada.
(3AH)

Yo diría que es saber que lo que te están diciendo o lo que está pasando es verdad.
(2BM)

Yo lo ligo más a la seguridad de “me siento bien, y esta persona me da esa idea de seguridad, de paz, sé que nada malo va a pasar estando con esta persona o conviviendo con esta persona”. (1BM)

En las definiciones presentadas por los participantes, la seguridad fue un elemento predominante, pues como señalan Núñez, Seebach y Cantó-Milà (2015), la mentira y la traición amenazan la confianza, pues atentan contra ello que les hace sentir seguridad. Es importante destacar que en la última definición presentada se enfoca en la confianza interpersonal, específicamente en la confianza de pareja, un tipo de confianza que no es analizado en este trabajo.

Confianza en las medidas de prevención

Al indagar en los tipos de confianza que se consideraron para esta investigación, los participantes fueron cuestionados sobre qué medidas les daban mayor confianza durante la pandemia, en qué personas confiaban y en qué instituciones, y por qué razón.

En la primera subcategoría sobre confianza en las medidas como parte del dispositivo sanitario, se mencionó principalmente el uso del cubrebocas que surge de experiencias personales en las que pudieron evitar el contagio gracias a su uso:

Fue como por experiencia propia, porque una vez se me descompuso mi lap y la llevé a arreglar, pero pues la llevé con un amigo de mi hermana y él no creía en el cubrebocas, estuvimos (...) cara a cara, no era de que hay un metro de distancia de seguridad ni nada porque pues yo dije no tiene nada y ya; al otro día le dijo a mi hermana como “oye, pues ve, revisa a tu hermana que no se sienta mal porque yo ya tengo COVID, ya estoy mal”, y pues por experiencia propia, yo dije, “confía en el cubrebocas”. (1AM)

Como se observa, la experiencia es parte de la construcción de confianza en las medidas de prevención, por eso la importancia de rescatar este análisis de experiencias como parte de la

implementación del dispositivo sanitario. Igualmente, se manifiesta que el simple hecho de cubrirse la cara les brindaba confianza:

El simple hecho de tener un pedazo de tela entre la nariz y la boca durante toda la pandemia sí fue algo (...) de tener algo sobre la cara, creo que por lo menos a mí me daba completamente seguridad de que no me fuera como a contagiar. (3AH).

Algunos participantes mencionaban que su confianza fue evolucionando en diversas medidas conforme pasaba la pandemia, y veían estas medidas como autocuidado y con un sentido de responsabilidad hacia otras personas; incluso el aislamiento se convirtió en una de las mayores medidas de confianza pues no convivir con otras personas era garantía de no enfermarse.

Pues creo que en principio el aislamiento porque yo estaba segura, y tenía la certeza de que, si no convivía con personas, pues no me iba a enfermar, no había nadie, ¿no?, esa era de cajón. Luego el cubrebocas, también me da esta sensación de confianza, de saber que es verdad, que sí funciona ¿no?, sobre todo cuando yo lo tenía, había otros que tenían el cubrebocas, o sea, me parecía una labor, no solo de autocuidado, sino también para cuidar al prójimo. (3BM)

Algo que fue importante durante la discusión de la confianza en las medidas, es que algunas de ellas les generaban confianza debido a que algún familiar, principalmente del sector salud, recomendaba esas medidas de prevención.

Como mi mamá está en el área de salud tenía eso de poner su tapetito, rociarnos antes de entrar con un atomizador (...), me echaba en todo el cuerpo (...) también tener

como un distanciamiento con las personas que no fueran cercanas a mi círculo, sanitizar también el vehículo. (6AH)

En este sentido es importante destacar que Luhmann (1995) introduce el concepto de familiaridad como una precondition de la confianza y permite “contener los elementos del riesgo” aunque “no indica ni expectativas favorables ni desfavorables, sino las condiciones bajo las cuales ambas se hacen posibles” (p. 32). Es decir, esta familiaridad con las personas, con los eventos y los resultados de las acciones permitían trasladar la confianza interpersonal a las instituciones, o bien, desconfiar de las instituciones con base en la confianza en las personas.

Adicional a estas respuestas, también había desconfianza en algunas medidas, principalmente por la información que se recibía de ellas. El término de infodemia se define como “una sobreabundancia de información, verdadera y falsa, que dificulta encontrar fuentes y recomendaciones fiables” (Casino, 2022, p. S98), y fue utilizado durante la pandemia para explicar “el enorme volumen de información generado por la pandemia se ha propagado tanto por medios de comunicación tradicionales como digitales” (Nieves-Cuervo, Manrique-Hernández, Robledo-Colonia, y Grillo-Ardila, 2021, p. 2).

La desconfianza, que partía de la desinformación, se reflejaba en participaciones como la siguiente:

Pues en mi caso era el sanitizante del rociador, era en gran medida porque tenía yo esta creencia de que pues todo se sanitizaba, todo se limpiaba, (...) y pues confiaba mucho más que, por ejemplo, en el cubrebocas, pero también (fue por) todos estos vídeos que empezaron a salir en TikTok (...) de las pruebas con el cubrebocas, y

que pasaba el aire, ¿no?, entonces me daba mucha más seguridad el sanitizante que el propio cubrebocas. (6AH)

Es importante resaltar que los participantes hacen alusión a los rumores como una fuente de información, pero que desconfiaban de estos por la falta de veracidad. Los rumores son una parte de la comunicación del grupo social en el que se esparcen; además, sirven como reflejo de la queja social, pues “constituyen también un lenguaje metafórico y simbólico para denunciar a sus gobernantes y las instituciones, de las cuales desconfían profundamente” (Zires y Cicardi, 2023, p.129).

Por otro lado, también se preguntó sobre aquellas medidas en las que no confiaban, siendo el uso del tapete sanitizante la más nombrada; además, hubo medidas que siguieron los participantes que fueron sugeridas por alguien más y que no fueron emitidas por alguna institución. Este es el caso de una participante, quien refiere llevar a cabo una medida en la que no confiaba, pero decidía llevarla a cabo por sugerencia de un familiar radicado en Estados Unidos:

(No confiaba en) pararme en el sol quince minutos, es que una tía que vive en Estados Unidos, cuando se puso muy feo el COVID allá, nos marcó y nos dijo “tienen que ponerse al sol quince minutos al día, y quiero que me marquen cuando se pongan ahí”, pero es que ahí (en Tulcingo del Valle) el sol está horrible, ni siquiera cinco minutos, un minuto y ya estás súper quemada, (...) se me hacía una medida muy tonta (...) lo hacíamos porque mi papá confiaba en ella (la tía). (1BM)

Yo no confiaba en el lavado de las verduras, ¿no?, yo decía “tal vez para prevenir otras cosas, cisticercos”, no sé, pero COVID, no sé. (3BM)

En este sentido, se pueden observar dos cuestiones importantes. En primer lugar, la relación de poder/saber que existe dentro de las familias de los participantes, en donde, aun cuando no existía confianza en alguna medida, la red de poderes que se entreteje en la relación familiar lleva al cumplimiento de ciertas medidas que, para el participante, carece de validez. En segundo lugar, los participantes prefieren hacer uso, tanto del conocimiento científico como del sentido común, para discernir entre aquellas medidas que pueden ser de prevención y aquellas que surgen de creencias respecto al virus. Hay una confianza en el saber médico y desconfianza en el saber popular; sin embargo, la acción se lleva a cabo por vigilancia, es decir, el grupo familiar impulsa la acción aun cuando esta no emana del saber médico.

Una de las medidas biopolíticas más importantes del dispositivo sanitario implementado es la aplicación de vacunas. Al respecto, se encontró que todos los participantes estaban de acuerdo con usar una vacuna para prevenir la muerte por COVID19. Aunque manifestaron conocer personas que no se vacunaban, era difícil identificar quiénes no se la habían aplicado, por lo que preferían seguir con el uso de cubrebocas; esto implicaba que, aun cuando había disponibilidad de vacunas y los participantes se habían vacunado, no tenían plena confianza al estar en espacios públicos, por lo que nuevamente recurrían a la medida en la que más confiaban: el cubrebocas o el distanciamiento social cuando el aislamiento ya no era posible.

Los participantes mencionaron que existía una amplia desinformación e incertidumbre ante el desarrollo, aplicación y efectos de las vacunas. Quienes tenían familiares del área médica preferían las vacunas que estos les recomendaban al considerarlas las más efectivas. Además, contrastaban la información de sus familiares y de los medios de comunicación con la que proporcionaban instituciones como la FDA o la OMS, descartando la información de

instituciones médicas nacionales por considerarlas poco confiables, aunque este ejercicio solo fue realizado por participantes de mayor edad.

(Yo confiaba casi en todas las vacunas), había una, no recuerdo cuál, pero decía que solamente era el 60% confiable, porque cuando empezaron a decir que iban a empezar a vacunar aquí en México, mi hermano y yo éramos los que más investigábamos, nos poníamos a investigar qué vacunas eran las más confiables y cuáles no. (1AM)

Los participantes también comentaron algunas creencias presentes en las redes sociales o comentadas por sus familiares sobre las vacunas, como la implantación de chips, retiro de líquido de las rodillas o aplicación de más enfermedades; sin embargo, consideraban que estas creencias eran infundadas y por lo tanto no creían en ellas.

Se observó mayor desconfianza en las vacunas desarrolladas por los gobiernos de Rusia y de China, mientras que manifestaron mayor confianza en las desarrolladas por los laboratorios de AstraZeneca y Pfizer; sin embargo, algunos participantes preferían vacunarse con cualquiera de las vacunas disponibles en lugar de no tener ninguna, pues la ausencia de estas significaba un mayor riesgo de contagio.

No estoy segura si confiaba en las vacunas o en la información que leía sobre las vacunas, por lo mismo de que mi mamá es médico, las dos nos metimos a investigar sobre las vacunas, cómo las hacían, cómo funcionaban, luego mi papá también. Entonces siempre pensé que alguna vacuna era mejor que ninguna vacuna, ¿no? O sea, ya lo que me toque es mejor que nada. Ahora, si puedo elegir, pues sí, voy a elegir alguna; yo sobre todo buscaba vacunas que fueran avaladas por los gringos

(...) porque quería irme a Europa, quería estudiar la maestría, entonces estaba buscando eso ¿no?, no tener que volver a vacunarme, pero en sí, yo confiaba en que las vacunas iban a ser mejor que nada. (3BM)

Lo anterior es consistente con los hallazgos de la literatura consultada, pues las personas que confían en las vacunas, lo hacen a partir de la confianza en la ciencia y el temor al contagio, es decir, hay una confianza mayoritaria en el saber médico cuando se trata de esta medida biopolítica, mientras que su desconfianza se relaciona con las creencias y el escepticismo sobre estas (Seddig, Maskileyson, Davidov, Ajzen y Schmidt, 2022).

Por lo que, la aplicación de las vacunas fue incentivada, principalmente por un mecanismo voluntario basado en la confianza, aunque al incorporarse a las actividades presenciales, las instituciones educativas intentaron hacer efectivo el mecanismo de vigilancia y el jurídico para limitar el ingreso a quienes no estaban vacunados, estos tuvieron poca verificación, según los participantes.

La confianza en el saber médico tiene un papel predominante, aunque la infodemia también aportó sesgos a la información que se socializaba de cada vacuna, lo que generaba incertidumbre sobre su eficacia.

Confianza interpersonal

La segunda categoría de análisis respecto a la confianza, fue la confianza interpersonal. En esta categoría resalta que los participantes atribuyen la confianza a una conciencia de autocuidado, información y corresponsabilidad. Por ejemplo, confiaban en los adultos mayores porque consideraban que estos sabían del riesgo de contagiarse de COVID y cumplían con el dispositivo, lo que coincide con los hallazgos de Romero-Albino y Ortiguera-Sánchez (2021); mientras que las personas jóvenes les generaban desconfianza

porque no dimensionaban la gravedad de la pandemia. Esto coincide con el trabajo de Caycho-Rodríguez, Carbajal-León, Vivanco-Vidal, y Saroli-Araníbar (2021), quienes encontraron que la aplicación de medidas preventivas como la vacuna, tienen una relación directa con el aumento en la edad.

La gente mayor se cuidaba demasiado, o sea ellos sí, sí creían como en esta confianza, y precisamente sí se tenía, pero de repente ya entre nosotros te dabas cuenta que había bares, antros clandestinos que abrían, y entonces, pues todo eso no lo comentaban con sus papás, ¿no? entonces hasta cierto punto creo que a lo mejor yo ya no confiaba en la gente de mi edad, pero sí, en la gente mayor creo que hubo personas de nuestra edad, que no dimensionó lo que fue la pandemia (...) esto no es un juego, ¿no? O sea, hay gente que ahorita no puede respirar en el hospital y tú con tu cerveza, ¿no? O sea, creo que yo no confío tanto en la gente de mi edad, pero si en la que era mayor. (3AH)

Así como manifestaban confianza interpersonal, también hablaban de desconfianza interpersonal que se veía reflejada en el recibimiento de visitas, como se observó en la categoría anterior sobre el cumplimiento de medidas de prevención; no obstante, el cumplimiento también estaba ligado a la desconfianza interpersonal por lo que los participantes prefirieron optar por no recibir visitas porque no confiaban en que siguieran medidas de protección para evitar el contagio por COVID19, lo que les generaba miedo, temor e incertidumbre como mencionaron los siguientes participantes:

Pues igual (...) fue esta parte de no (recibir) visitas y si lo hacían eran muy cercanos, ¿no?, o sea ya ni amigos, o sea, nadie entraba a no ser que fuera muy indispensable, y pues era siempre de sanitízate, todo, todo, todo, todo, todo, todo,

y tu gel, que tengas cubrebocas y ya, y eso fue durante media pandemia, y realmente, no quisimos tener casi ninguna visita por esa misma razón, porque era ese miedo por parte de mis papás de que nos podíamos contagiar, podía pasar algo más ¿No?. (5AH)

Mi mamá les dijo a sus familiares, y mi papá les dijo a sus familiares “no vamos a recibir a nadie en la casa ni venga, ni se paren porque no van a entrar”. (1AM)

De la misma manera, la desconfianza interpersonal estaba en aquellas personas que no seguían medidas de prevención, incluso los familiares que no compartían el mismo hogar, pues al observar que no se cuidaban, pasaban a la categoría de “los otros” como lo expresan a continuación.

Pues realmente no confiaba, principalmente, en esas personas que se iban de fiesta o que no ocupaban cubrebocas, que se subían al transporte público, así como si nada estuviera pasando (...) igual cuando me topaba con una persona que a lo mejor era mi familiar y no ocupaba cubrebocas, era así como “no, pues ahí quédate tantito, desde acá yo y desde allá háblame porque no me quiero juntar contigo”, ¿no?, a lo mejor él se sentía como “¿por qué no me quieres, no me quieres tener cerca o algo así?”, entonces era como que se sentía de cierto modo discriminado ¿no? o sea, como que “no quieres que esté a tu lado” y era como de “pues no, porque a lo mejor no cuidas de tu salud, no tienes como ese cuidado de que puedes contagiar a los demás”, entonces era esa parte de desconfiar porque si bien es cierto, no sabía cómo en qué lugares estuvo previamente a antes de venirme a ver. (5AH)

Confianza en las instituciones

En la tercera categoría, que se refiere a la confianza en las instituciones, se pidió a los participantes mencionar en qué instituciones confiaron durante la pandemia. Las principales respuestas se centraron, más que en instituciones, en las personas al frente de instituciones gubernamentales, y más aún, en instituciones del gobierno federal, algunos en gobierno estatal, y ninguno en gobierno municipal.

Adicional a ello, nuevamente la confianza institucional se vio incentivada por algún lazo familiar cercano, pero también estos lazos intervinieron en la pérdida de confianza cuando había incongruencias entre la información que les hacía llegar la institución y la que obtenían de sus familiares, como se expresa a continuación:

¿Pues así como confiar? al principio fue en la Secretaría de Salud porque había un lazo familiar con una persona de ahí, y sí nos contó cosas, y era de “la información que están dando es cierta”, hasta que después nos tocó tener a una amistad en el IMSS, y nos contó que “está atascado, no se dan abasto”, y después ya fue el momento en el que empezaron a decir “no, pues ya van en descenso los casos” y desde que ni siquiera te estás dando abasto y estás diciendo que van en descenso, entonces fue como falta de congruencia, y ahí fue cuando dijimos como hay algo sospechoso ahí. (1AM)

En cuanto a las personas que dirigen las instituciones, los participantes expresan desconfianza principalmente en el presidente de la República, Andrés Manuel López Obrador, debido a que no seguía medidas de prevención y minimizaba la pandemia a partir de los comentarios que realizaba como abrazar a las personas o usar un “detente” para evitar el contagio. Además, consideraban que el Presidente tenía cierta influencia en el grupo de personas de la

tercera edad, y debía ser más cuidadoso con lo que decía, tal como se expresa en la siguiente participación:

Yo creo que el Presidente es el Influencer número uno de los viejitos de la tercera edad, porque mi abuelita y todos mis tíos de la tercera edad creían ciegamente en lo que el Presidente decía. Si el Presidente dice: ya no hay COVID, ellos ya no se ponían cubreboca para nada. Entonces, aunque Gatell dijera las cifras en otros medios de comunicación, o en Internet, si este señor decía que no existía el COVID, y que a lo mejor echándote una persignada todos los días se te iba a quitar, pues no me parecía nada correcto, porque él como Presidente tiene una influencia (...) sí debería pensar más. (2CM)

Igualmente había líderes que en un principio eran receptores de confianza por su preparación, como Hugo López Gatell, subsecretario de Salud a nivel federal, pero con el paso del tiempo esa confianza, por parte de los participantes, decreció.

Confiaba en Gatell por la forma en la que se desenvolvía en los medios, sí tiene mucho que ver con la presencia que tuvo, y porque la información que escuchaba en ¿eran las matutinas?, bueno, me parecía congruente y luego lo comprobaba yo o ya lo sabía de cosas que investigaba antes. (3BM)

No confiaba para nada en el Presidente porque él decía que nos cuidáramos, que usáramos medidas preventivas, y pues él no lo las llevaba a cabo, entonces yo decía “eres o no eres”, o sea, su incongruencia, y después se enfermó, y luego lo de su amuleto de “ellos me protegen”. (2BM)

Los participantes mencionaron confiar en el subsecretario de Salud Pública, Hugo López-Gatell por ser un médico y epidemiólogo, pero desconfiaban de él cuando justificaba las acciones de descuido ante el COVID19 del presidente Andrés Manuel López Obrador, quien era el principal líder institucional en el que decían desconfiar más. Esto coincide con los hallazgos de Marañón, Barrientos, y Frías (2021) quienes encontraron que los jóvenes de Nuevo León confiaban en el subsecretario de salud, Hugo López-Gatell por su papel como experto en salud. En este sentido, se coincide con la literatura, pues se mostró que la confianza institucional estaba mediada por la confianza en los expertos, y a su vez, esta confianza permitía un mayor seguimiento de las medidas de prevención como también lo demostraron Saechang, O., Yu, J., y Li, Y. (2021).

En cuanto a las instituciones estatales, el gobernador de Puebla, Miguel Barbosa, los participantes más jóvenes confiaban en él debido a que lo veían seguir las medidas de prevención emitidas por las organizaciones internacionales, aunque esa confianza se fue desgastando con el paso del tiempo:

Yo sí me acuerdo que, en un momento en mi familia, llegamos a confiar mucho en lo que decía Barbosa porque para nosotros, la medida de mayor seguridad, por lo que comenté, fue el cubrebocas. Entonces, pues él comentaba el uso de cubrebocas, porque se vio mucho que en otros países empezaron a levantar el uso de cubrebocas, que era como opcional, y él decía “no, de todos modos, lo vamos a seguir usando”, pero igual dejamos de confiar en él, porque después se fue con lo de todos los estados (disminución del seguimiento de medidas de prevención de contagio). (1AM)

En el caso de los participantes de mayor edad, consideraban que, el gobernador de Puebla tal como el Presidente, no era una persona confiable debido a algunas sugerencias que hacía frente al COVID, pues las consideraban como una forma de minimización del problema:

Barbosa dijo que con el caldo de pollo te curabas del COVID (...) me dio mucho coraje porque estábamos en un momento en el que neta la gente se estaba muriendo, y lo estábamos viendo, y no puede ser que sean tan imprudentes e irresponsables para decir eso. (3CM)

Ertas (2015) encuentra que, cuando las preferencias políticas de las personas son usadas por los narradores, en este caso los titulares del gobierno estatal y federal, la confianza en ellos aumenta, y esta aumenta más cuando hay congruencia entre la narrativa, las preferencias políticas y el actuar del narrador. Lo que, de acuerdo con Jones, Smith-Walter, McBeth y Shanahan (2023) puede explicar la importancia de las narrativas, es decir, los discursos, en torno a temas específicos.

Un participante mencionó que confiaba en la Secretaría de Movilidad y Transporte de Puebla por las medidas que implementaba, pero dejó de confiar en ella porque las personas no seguían las medidas, lo que es interesante porque no hace alusión a desconfianza por su labor sino por la falta de cumplimiento de los usuarios:

Yo en un momento llegué a confiar en la Secretaría de Movilidad y Transporte del estado de Puebla, justamente porque hubo una etapa en la se aplicó el “Hoy No Circula” ¿no?, y solamente va a poder circular el que sea personal de alguna dependencia de hospitales ¿no? (...) yo creo que iba más ligado a (disminuir) los contagios ¿no?, pero justamente dejé de confiar porque mucha gente no lo

respetaba, entonces no le tomaban cierta importancia, a esta medida de “si no te toca circular pues no debes de salir”, y pues fue esa pérdida de confianza hacia la autoridad. (5AH)

En esta subcategoría también se mencionó la pérdida de confianza en algunas instituciones, principalmente a partir de experiencias personales, como fue el caso del siguiente participante que, aunque en un inicio confiaba en instituciones de salud, perdió la confianza debido a una experiencia personal que le hizo dudar de la gravedad de la pandemia:

Dejé de confiar mucho en todo el tema de salud porque como a los ocho meses que inició la pandemia mí abuelito se enfermó, entonces todos pensamos en mi casa que había sido por COVID, pero no, duró más de un mes todavía con vida, después de que se enfermó y cuando falleció, el médico, más bien, el hospital donde estuvo declaró que era por COVID cuando todos en mí casa estábamos cuidando de él, en contacto con él, y nadie se contagió en ningún momento, y fue para mí ese punto más bajo, porque veía que éramos parte de una estadística, y ya no estaban contabilizado bien los casos. Entonces sí fue como un golpe de a lo mejor y ni siquiera había tantos muertos por COVID. (2AH)

Lo anterior es un ejemplo más de que las experiencias son condicionantes de la confianza, por lo que si existen experiencias positivas la confianza aumenta, mientras que, si existen experiencias negativas, la confianza disminuye.

Es importante destacar que se encontró que los participantes no confiaban en la atención de los enfermos de COVID por parte de las instituciones mexicanas de salud, así como de la información brindada por las instituciones gubernamentales encargadas de la gestión de la

pandemia en México, por lo que los participantes preferían informarse y atender indicaciones de instituciones internacionales, principalmente de la OMS.

En otro sentido, las participantes de mayor edad mencionaron tener confianza en otras instituciones que no eran gubernamentales, como instituciones internacionales de salud, lo que muestra que buscaban información especializada.

Yo en la FDA (Food and Drug Administration), confiaba en sus publicaciones, (...) a lo mejor estoy muy sesgada, pero veía que tenían más bases científicas y al mismo tiempo los avances eran un poco más rápidos que algunas noticias en México, entonces iban un poquito más rápidos, porque algo pasaba en la FDA, y de pronto en un par de días ya estaba en México como algunas vacunas. (3BM)

Confiaba en la OMS porque ellos eran de los que publicaban los comunicados de cuándo se tenía que levantar la pandemia, de cuando volvían a mutar los virus, ellos publicaban y yo investigaba un poco más, pero sí (confiaba) en el director o presidente, creo, de la OMS. (2BM)

Asimismo, uno de los participantes refiere confiar en la iglesia, pero sobre todo en Dios, lo que resultó importante debido a que no era una institución involucrada en el dispositivo sanitario.

Pues, para empezar, como que la institución en la que más llegué a confiar fue la Iglesia, por el tema de, a lo mejor y sí tenemos el cubrebocas o nos sanitizamos o cualquier cosa, pero finalmente toda nuestra vida está en manos de Dios, entonces era como que depositar la confianza plenamente en temas religiosos. (2AH)

Resumiendo, en la categoría correspondiente a la confianza se identificó que existe una relación entre los tres tipos de confianza. En la relación entre la confianza interpersonal y las medidas de prevención, el papel de la experiencia fue importante, pues se confiaba en aquellas medidas que habían sido útiles en experiencias personales, o bien, que eran recomendadas por familiares cercanos al sector salud. Además, las experiencias que los participantes compartieron durante la pandemia fueron mediadoras para el aumento o disminución de la confianza en las instituciones, principalmente si estas eran congruentes con los datos brindados por las instituciones gubernamentales.

De igual forma, la confianza interpersonal se relacionaba con la confianza institucional cuando un miembro de la familia perteneciente al sistema de salud podía corroborar el discurso político. Por otro lado, la confianza institucional influía en las medidas de prevención, especialmente cuando estas eran sugeridas por instituciones u organismos internacionales, particularmente en lo que respecta a la medida biopolítica de las vacunas. Sin embargo, en cuanto a estas, la información resultó ser un elemento clave para decidir usar una u otra vacuna, ya que, según las noticias o la información que consumían, tendían a preferir confiar en aquellas desarrolladas por laboratorios conocidos por encima de las vacunas de origen chino o ruso, aunque también consideraban que, basados en sus temores, cualquier vacuna era aceptable.

Finalmente, en lo que respecta a la confianza en instituciones, los participantes más que confiar en las instituciones gestoras de la pandemia, desconfiaban de los gobernantes, sobre todo en la congruencia y responsabilidad que asumían respecto a las medidas biopolíticas implementadas. En aquellas instituciones en las que confiaban, era debido a la confianza interpersonal que existía con algún familiar perteneciente a estas instituciones, así como la

evaluación del desempeño de estas. Respecto a las instituciones internacionales la confianza se basaba en la información que obtenían de ellas y la inmediatez con la que, a consideración de los participantes, afrontaban la pandemia.

Conclusiones

Las principales aportaciones de esta investigación al campo de los estudios de la confianza y los dispositivos sanitarios durante eventos de crisis, como la pandemia por COVID19, radican en la comprensión del papel de la confianza como un mecanismo de poder que incentiva el seguimiento del dispositivo. De igual forma aporta al análisis de las dinámicas de confianza en medidas de prevención, interpersonal e institucional como elementos que influyen en el seguimiento de las medidas de prevención en contextos de emergencia sanitaria.

Esta investigación tuvo por objetivo explicar el papel de la confianza que tuvieron los jóvenes universitarios de la ciudad de Puebla en la práctica del dispositivo sanitario emitido durante la pandemia por COVID19. A través de este estudio, se ha evidenciado la relación entre la confianza interpersonal con la confianza en las medidas de prevención y en las instituciones, contribuyendo a una mejor comprensión de los factores que determinan la efectividad de las políticas de salud pública en situaciones de crisis.

Se definió al dispositivo sanitario como el conjunto de discursos en torno a la prevención o gestión de una crisis sanitaria, las instituciones gubernamentales y de salud encargadas de su gestión, los reglamentos, leyes y medidas en la materia, así como los enunciados científicos que se consideran válidos. Con base en esta definición se encontró que este funcionó como el eje rector de la implementación de medidas biopolíticas, pero se observó que su seguimiento no pudo ser inmediato debido a que las crisis surgen de forma repentina, por lo que, en un inicio, el desconocimiento y la falta de información propician un clima de incertidumbre que provoca resistencias en la práctica del dispositivo.

La implementación del dispositivo en momentos de crisis se realiza a partir de dos tipos de mecanismos de poder: el mecanismo involuntario, que implica un mecanismo jurídico y el mecanismo de vigilancia. Y un mecanismo voluntario en el que la confianza es parte fundamental para el seguimiento de medidas biopolíticas.

El primer paso hacia su adopción se da a través de mecanismos involuntarios, como la reglamentación y la vigilancia. Esto debido a que la implementación de mecanismos voluntarios requiere tiempo y confianza, siendo el tiempo el factor más limitante en ese contexto.

Por un lado, dado que el primer mecanismo en actuar durante una crisis es el mecanismo jurídico, como se mostró en esta investigación, si este no es claro y ordenado solo genera incertidumbre, lo que dificulta la implementación del dispositivo sanitario. Asimismo, el mecanismo jurídico debe ser coherente entre diferentes órdenes de gobierno, de tal manera que el dispositivo y las medidas emanadas de este brinden confianza y certeza para su seguimiento.

Por otro lado, el mecanismo involuntario de vigilancia social actúa para en el seguimiento de medidas de prevención a pesar de que las personas no implementen un dispositivo por medio de otros mecanismos como el jurídico o el voluntario. Joshi & Swarnakar (2021) señalan que, como se observó en esta investigación, las medidas son parte de un mecanismo que es ritualizado y normalizado, al grado de que su ausencia es motivo de estigmatización.

Lo anterior se puede entender desde la reflexión circulante del poder, que implica que este opera en todos los niveles de la sociedad, en todas las relaciones sociales y en todas direcciones, es decir, el mecanismo de vigilancia implica una sociedad que vigila la práctica

correcta del dispositivo por cualquier miembro de esta, lo que conlleva al ejercicio del biopoder y la biopolítica, gestionando, regulando y administrando la vida de las personas a través de las medidas de prevención, y cuando las personas no siguen estas medidas son señaladas.

Si el dispositivo ha sido implementado durante un periodo de tiempo prolongado, las medidas aplicadas, tanto las de acción común como las implementadas de forma individual, se hacen parte de la vida cotidiana de las personas, normalizando su ejecución, es decir que, el dispositivo sanitario como un ejercicio de poder, logra producir prácticas con efectos de significación a partir de la crisis. En esta investigación se encontró que, el dispositivo sanitario implementado para la prevención logró penetrar en los cuerpos y los hogares de las juventudes universitarias de la Ciudad de Puebla.

El seguimiento del dispositivo no se restringe únicamente al cumplimiento de reglas impuestas de manera involuntaria. Como se abordó en el marco teórico, también involucra la implementación de mecanismos voluntarios como la confianza que es un elemento clave para reducir la incertidumbre, lo que permitió el seguimiento del dispositivo sanitario sin que un mecanismo involuntario interviniera, aunque, como se pudo identificar en esta investigación, estos tipos de mecanismos se alternaron a lo largo de la crisis.

La confianza se definió como la expectativa positiva basada en normas comunes compartidas por todos los miembros de la comunidad, que se forma a lo largo del tiempo con base en las experiencias y que surge dentro de una comunidad respecto al comportamiento adecuado de las personas y las instituciones.

En este trabajo se encontró que la confianza juega un papel fundamental en el seguimiento voluntario del dispositivo sanitario, y está fuertemente influenciada por las redes de poder que se tejen en las diversas relaciones sociales de los individuos, como las que mantienen con la familia, los amigos, las instituciones y el gobierno.

Es importante señalar que esta investigación resalta la importancia de analizar en conjunto los diferentes tipos de confianza planteados, y no por separado como lo hacen la mayoría de los estudios sobre confianza (Keefer y Scartascini, 2022), ya que están estrechamente relacionados y cada uno afecta a los demás; aunque se encontró que la confianza es diferida, la confianza interpersonal explica los otros tipos de confianza evaluados.

Uno de los hallazgos más importantes de esta investigación es que, en coincidencia con lo que plantea la teoría, la confianza se construye a partir de tres dimensiones: racional, afectiva y sociológica-rutinaria (Güemes, 2019), siendo la experiencia, la familiaridad, el saber médico y el miedo los principales elementos mediadores de estas dimensiones, y que cada una de ellas se relaciona con la confianza en las medidas, las personas y las instituciones.

La experiencia es inseparable de la confianza, pues a partir de las vivencias personales positivas se decide confiar en medidas, personas e instituciones, y si las vivencias no son positivas, surge la desconfianza; no obstante, la experiencia de otras personas cercanas también tiene una incidencia en la construcción de confianza de las personas hacia cualquier elemento analizado.

Es fundamental señalar que la familia juega un papel crucial al momento de generar confianza hacia cualquier sujeto de esta, ya sean medidas de prevención, personas o instituciones. Si bien Luhmann (2010) menciona que la familiaridad es una precondition de

la confianza, en el contexto de una crisis sanitaria, todo parece desconocido y se deben atravesar procesos de adaptación.

La familiaridad explica la confianza interpersonal a través de la diferenciación de las personas en las que las juventudes confían durante una crisis, pues se identificó una marcada diferencia entre la confianza depositada en quienes reconocían como “nosotros”, y desconfiaban de “los otros”, poniendo a los “nosotros” como las personas en las que confiaban y a las que más debían cuidar siendo miembros del mismo hogar, lo que coincide con lo que Putman (1995) plantea sobre que la confianza ayuda a la coordinación y cooperación entre las personas y permite la generación de un “nosotros”, haciéndolos parte de un mismo grupo.

Cabe resaltar que, en esta diferenciación entre los miembros de una comunidad, cuando los jóvenes perciben que “los otros” no siguen el dispositivo sanitario, el mecanismo de vigilancia actúa para señalar a quienes no lo implementan; y cuando el mecanismo de vigilancia es insuficiente, es el mecanismo jurídico el que se acciona. Fukuyama (1995) explica que cuando “la gente que no confía en su prójimo termina cooperando bajo un sistema de normas y regulaciones que tienen que ser negociadas, acordadas, litigadas e implementadas a veces en forma coercitiva” (p. 47), por lo que el mecanismo jurídico termina por sustituir a la confianza en los momentos en los que esta no está presente.

Además, se identificó que también los jóvenes diferencian la confianza interpersonal según los grupos etarios, y estos no necesariamente se relacionaban con la primera diferenciación entre “nosotros” y “los otros”. Los participantes preferían confiar en las personas adultas mayores antes que en otros jóvenes, a quienes consideraban descuidados con el seguimiento del dispositivo sanitario; mientras que a los adultos mayores los percibían más cuidadosos

debido a que eran considerados un sector de alto riesgo. Este hallazgo permite incentivar nuevas investigaciones sobre el seguimiento del dispositivo sanitario en otros grupos etarios para contrastar la aplicación de este.

En lo correspondiente a la relación entre confianza institucional y familiaridad, se encontró que, a diferencia de lo que la teoría propone en momentos cotidianos, durante una crisis, la confianza en las personas no implica un aumento en la confianza institucional, principalmente cuando la información compartida por familiares o personas conocidas resulta no coincidir con la brindada por las instituciones, por lo que esto se reflejaba en desconfianza en las instituciones gubernamentales. Por lo tanto, en momentos de crisis, cuando la confianza en las instituciones es baja, la confianza interpersonal puede no ser suficiente para aumentarla.

Sobre el saber médico, durante una crisis de índole sanitario, los jóvenes le dan un papel importante para confiar, principalmente cuando se trata de confianza en la implementación de medidas biopolíticas de prevención y en confianza institucional, pues se encontró que los jóvenes fueron más receptivos a adquirir información para decidir confiar o no en determinadas medidas. Asimismo, si este saber médico se complementa con el lazo familiar, adquiere mayor importancia pues incide directamente en la confianza interpersonal que se verá reflejada en las instituciones y en el seguimiento del dispositivo sanitario.

En lo que respecta a la confianza institucional, el saber médico también juega un papel determinante, ya que las juventudes priorizan este saber para evaluar los conocimientos de los líderes institucionales expertos en salud y contrastarlos con sus acciones, distinguiendo así la confianza depositada entre los líderes institucionales y las instituciones, otorgando confianza a aquellos líderes que son congruentes con el saber médico y su actuar. Es decir,

sí importa que un profesional de la salud y experto en la materia dirija la implementación de los mecanismos del dispositivo sanitario para que la confianza permita que este se siga con éxito.

En lo que respecta al miedo, este funciona como mediador de la confianza y aunque no fue abordado en el marco teórico, se puede considerar como un elemento de la incertidumbre, por lo que la confianza sí puede mitigar el miedo, tal como se demostró en esta investigación, pues durante una crisis, las personas pueden sentir miedo de no mantener seguros a sus familiares, principalmente aquellos con quienes viven y representan un grupo de riesgo, por lo que, para evitar riesgos que afecten a sus familiares, llevan a cabo medidas de prevención confiando en que estas cumplan su función.

Como se puede observar, la confianza interpersonal fue determinante para la práctica de las medidas biopolíticas del dispositivo sanitario, así como la importancia de su relación con la confianza institucional, lo que confirma lo que Luhmann (1995) apunta sobre que, toda confianza es en un inicio una confianza interpersonal.

En lo que respecta a la pregunta principal de esta investigación se puede concluir que la confianza tuvo un papel determinante en el seguimiento del dispositivo sanitario por parte de las juventudes universitarias de la Ciudad de Puebla, puesto que la confianza funciona como un elemento que aminora la complejidad de la incertidumbre. Por lo tanto, es importante considerar la confianza como parte de un dispositivo sanitario a través de los mecanismos voluntarios, pues esta permite mayor control de una crisis sanitaria y la exitosa sujeción del dispositivo en la población.

Finalmente, en esta investigación surgieron elementos importantes de análisis que quedaron fuera del alcance de la misma y de los objetivos planteados, como el papel de la información y de los medios de comunicación, tanto tradicionales como digitales. Dada la relevancia de estos factores, así como el papel de los medios como agentes socializadores de la pandemia y del dispositivo sanitario, futuras investigaciones podrían considerar estos aspectos para obtener una comprensión más completa de los elementos que inciden en la cooperación social frente a emergencias sanitarias.

Referencias

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica*, 23(72), 249-264.
- Albor-Chadid, L., Domínguez, B., y Armenta, O. (2022). Mitos, creencias de la familia frente a la aplicación y efectividad de la vacuna contra el COVID-19. *Psicología y salud*(Especial), 101-111. doi:<https://doi.org/10.25009/pys.v32i3.2795>
- Anchundia Mero, C., Villacreses Veliz, E. G., y Pincay Pin, V. (2021). Eficacia de las normas de bioseguridad frente a la pandemia del COVID-19. *Higía de la salud*, 5(2).
- Andrada, A. A. (2020). La pandemia desde una perspectiva biopolítica: Una exploración sobre la vigencia de los análisis foucaulteanos para pensar la crisis sanitaria en tiempos de covid-19. *Revista Ethika+*(2), 151-165. doi:<https://doi.org/10.5354/2452-6037.2020.58561>
- Ayala Durán, C. (2021). Deeterminantes de la confianza pública en El Salvador: manejo de la pandemia por el Ministro de Salud y el Presidente. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 30(2), 71-98.
- Botzen, W. W., Duijndam, S. J., Robinson, P. J., y Van Beukering, P. (2022). Behavioral biases and heuristics in perceptions of COVID-19 risks and prevention decisions. *Risk Analysis*, 42(12), 2671-2690.
- Calderón Herrera, J., Gavia Dugand, A., y García-Sánchez, M. (2021). *Satisfacción con los servicios básicos y crisis de confianza en las instituciones*. Obtenido de <https://obsdemocracia.org/wp->

content/uploads/2021/06/Satisfaccion_con_los_servicios_basicos_y_crisis_de_la_confianza_en_las_i_j4TquFj.pdf

- Canales, M. (2006). El grupo de discusión y el grupo focal. En *Metodologías de Investigación Social. Introducción a los Oficios*. (págs. 263-287). Santiago de Chile: Lom Ediciones.
- Carpizo, J. (1999). El poder: su naturaleza, su tipología y los medios de comunicación masiva. *I(95)*, 321-356. doi:<https://doi.org/10.22201/ijj.24484873e.1999.95.3588>
- Casino, G. (2022). Comunicación en tiempos de pandemia: información, desinformación y lecciones provisionales de la crisis de coronavirus. *Informe SESPAS*, S97-S104.
- Caycho-Rodríguez, Carbajal-León, Vivanco-Vidal, y Saroli-Aranibar. (2021). Intención de vacunarse contra la COVID-19 en adultos mayores peruanos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 56(4), 245-246. doi:10.1016/j.regg.2021.03.005
- Cisterna, F. (2007). Los grupo de discusión. En *Manual de metodología de investigación cualitativa para la educación y las ciencias sociales* (págs. 53-56). Chile: Bío-Bío.
- Coca, J. R., y Pintos, J. L. (2009). La confianza como sendero entre lo personal y lo social. *Revista de Teoría y Didáctica de las Ciencias Sociales*(14), 217-232. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/652/65213214012.pdf>
- Consejo de Salubridad General. (30 de Marzo de 2020a). Acuerdo por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19). Diario Oficial de la Federación. Obtenido de Diario Oficial de la Federación:

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590745&fecha=30/03/2020#gs.c.tab=0

Consejo de Salubridad General. (23 de marzo de 2020b). Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-Cov2 (COVID19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria así como establecen las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia. Diario Oficial de la Federación.

Consejo Nacional de Población. (2000). *Índices de desarrollo social en las etapas del curso de vida*. Obtenido de CONAPO: Índices de desarrollo social en las etapas del curso de vida,

Consulta Mitofsky. (Mayo de 2021). *Aprobación de gobernantes en el manejo de la pandemia*. Obtenido de Consulta Mitofsky:
<https://www.mitofsky.mx/post/aprobacion-manejo-covid-mx>

Contreras-Ibáñez, C. C., Flores González, R., Reynoso-Alcántara, V., Pérez-Gay Juárez, F., Castro López, C., y Martínez, L. (2020). Condiciones psicosociales y situaciones asociadas al estrés al inicio de la pandemia por COVID-19. *Entorno UDLAP*, 102-119.

Coyne, I. (1997). Coyne IT. *Sampling in qualitative research*. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *J Adv Nurs.*, 623-630.

Deloitte Insights. (2022). *Generar confianza en los tiempos de COVID-19. Cuatro aspectos sobre la confianza de los grupos de interés*.

Díaz, S. (2021). *La pandemia en una crónica*. Ciudad de México: Siglo XXI.

Echeverría, M. (8 de Octubre de 2021). Confianza en medios y actores frente a COVID. Un abordaje desde las desigualdades nacionales. Puebla, México. Obtenido de <https://www.facebook.com/ICGDE/videos/1551164698564140>

Ejecutivo del Estado de Puebla. (01 de junio de 2020). Decreto del Ejecutivo del Estado, mediante el cual se toman las medidas emergentes, de sana distancia, confinamiento y se extiende el “Hoy No Circula”, y demás Decretos que restringen la movilidad humana para evitar el contagio y propagación del virus COV. Obtenido de <https://periodicooficial.puebla.gob.mx/index.php/covid-19?start=0>

Ejecutivo del Estado de Puebla. (23 de marzo de 2020a). Acuerdo del Ejecutivo del Estado por el que con la finalidad de evitar la propagación y contagio del virus COVID-19, se decreta como medida de seguridad sanitaria, la clausura temporal en el Estado de algunos recintos recreativos. Periódico oficial del Estado de Puebla. Obtenido de https://periodicooficial.puebla.gob.mx/media/k2/attachments/T_3_23032020_C_1.pdf

Ejecutivo del Estado de Puebla. (29 de septiembre de 2020b). Acuerdo del Ejecutivo del Estado, por el que establece que no obstante el anuncio que ha hecho la Federación de pasar a semáforo amarillo esta Entidad Federativa, se reiteran y permanecen las medidas de prevención, de propagación y contagios del SARS-CoV2. Obtenido de <https://periodicooficial.puebla.gob.mx/index.php/covid-19>

Ejecutivo del Estado de Puebla. (1 de mayo de 2020c). Decreto del Ejecutivo del Estado, con la finalidad de evitar la cadena de transmisión (propagación y contagio) del virus SARS-CoV2 (COVID-19), se suspende la venta de alimentos preparados y

bebidas no alcohólicas en establecimientos fijos, durante el tiem. Periódico Oficial del Estado de Puebla. Obtenido de

<https://periodicooficial.puebla.gob.mx/index.php/covid-19?start=40>

Ejecutivo del Estado de Puebla. (8 de Mayo de 2020d). Decreto por el que se establece la medida temporal “Hoy No Circula”, con el objeto de mitigar la dispersión y transmisión del COVID19 entre la población. Dario Oficial del Estado de Puebla.

Obtenido de Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla:

https://seapuebla.org.mx/images/normatividad/2021/Febrero/Covid19/T_1_Decreto_-_que_establece_Hoy_-No_-Circula_mitigar_-_Transmisin_Covid_19_08052020.pdf

Ejecutivo del Estado de Puebla. (25 de enero de 2021a). Decreto del Ejecutivo del Estado, por el que permite un reinicio de actividades responsable, gradual y ordenado en el Estado de Puebla, en los términos que establecen en el presente Decreto. Periódico Oficial del Estado de Puebla. Obtenido de

<https://ojp.puebla.gob.mx/index.php/covid-19>

Ejecutivo del Estado de Puebla. (13 de octubre de 2021b). Decreto del Ejecutivo del Estado, por el que se reanudan las actividades económicas, comerciales, sociales, culturales y religiosas en el Estado de Puebla y se reapertura los establecimientos correspondientes. Periódico Oficial del Estado de Puebla. Obtenido de

<https://ojp.puebla.gob.mx/legislacion-del-estado/item/584-decreto-del-ejecutivo-del-estado-por-el-que-se-reanudan-las-actividades-economicas-comerciales-sociales-culturales-y-religiosas-en-el-estado-de-puebla-y-se-reaperturan-los-establecimientos-correspo>

- Ervasti, H., Kouvo, A., y Venetoklis, T. (2019). Social and Institutional Trust in Times of Crisis: Greece, 2002–2011. *Social Indicators Research*, 141, 1207–1231.
doi:<https://doi.org/10.1007/s11205-018-1862-y>
- Esposito, R. (2003). El miedo. En *Communitas. Origen y destino de la comunidad* (págs. 53-82). Buenos Aires: Creative Commons.
- Esposito, R. (2006). Introducción. En R. Esposito, *Bios. Biopolítica y filosofía*. (págs. 9-21). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Esposito, R. (2013). Vida biológica y vida política. *Revista Pléyade*(12), 15-33.
- Estella de Noriega, A. (2020). *Confianza institucional en América Latina: un análisis comparado*. doi:<https://doi.org/10.33960/issn-e.1885-9119.DT34> Cómo
- Eurobarómetro. (23 de Agosto de 2021). *Eurostat*. Obtenido de https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_16_60/default/table?lang=en
- Foucault, M. (1976). Clase del 17 de marzo de 1976. En M. Foucault, *Defender la sociedad* (págs. 217-238). México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*, 50(3), 3-20.
- Foucault, M. (1999). *Estética, ética y hermenéutica*. Buenos Aires: Paidós.
- Foucault, M. (1999). La incorporación del hospital en la tecnología moderna. En *Estética, ética y hermenéutica* (págs. 97-110). Paidós.
- Foucault, M. (2007). Método. En *Historia de la sexualidad, Tomo I* (págs. 112-125). México: Siglo XXI.

- Foucault, M. (2022). Poder y cuerpo. En M. Foucault, *Microfísica del poder* (págs. 165-176). México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2022). *Seguridad, territorio y población*. México: Fondo de Cultura Económica.
- García, L. (2011). ¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze, Agamben. *A Parte Rei*(74), 1-8.
- García, F. (2016). ¿Se puede confiar en la actualiad? Ensayo sobre la potencia contemporanea. En M. Espinosa, *Confianza o desconfianza. Una consideración actual*. (págs. 29-4). México: Las lecturas de Sileno.
- Garduño, C. (2016). Anuit Coeptis: sobre la legitimación de la confianza y la confianza en la legitimación. En M. E. (Coord.), *Confianza o desconfianza. Una consideración actual*. (págs. 47-69). México: Las lecturas de Sileno.
- Gilson, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science and Medicine*, 56(7), 1453-1468.
- Gobierno de México. (8 de diciembre de 2020). *Política nacional rectora de vacunación contra el SARS-CoV-2 para la prevención de la COVID-19 en México. Documento rector*. Obtenido de Gobierno de México:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/597831/Salud_PN_Vacunaci_n_COVID-19_documento_rector__08dic20.pdf
- González-Melado, F. J., y Di Pietro, M. L. (2021). La vacuna frente a la COVID-19 y la confianza institucional. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, 39, 510-515.

Güemes, C. (2016). Confianza. *Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad*, 10, 132-143.

Güemes, C. (2019). Marco conceptual: confianza y cohesión social. En FIIAPP Cooperación Española, Expertise France, Organización italiana italo-latinoamericana, SISCA, & SICA, *Tejiendo confianza para la cohesión social: una mirada a la confianza en América Latina* (págs. 7-28). Madrid: Eurosocial.

Hernández-Cortina, A., Mejías-Jaramillo, D., Vasquez-Osses, M., Reyes-Muñoz, C., y Rivera-Montesinos, T. (2022). Experiencias de vida de personas con Covid-19 durante el periodo de cuarentena. *Index de enfermería*, 31(1), 180-184. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962022000300009&lng=es&nrm=iso

Hernández, J. (2016). Confianza o desconfianza: hombre contra hombre. En M. Espinosa, *Confianza o desconfianza. Una consideración actual*. (págs. 15-27). México: Las lecturas del silencio.

Hernández, M. (28 de septiembre de 2020). *Puebla no reabrirá cines y teatros en semáforo amarillo; reporta 339 contagios el fin de semana*. Obtenido de El Economista: <https://www.economista.com.mx/estados/Puebla-no-reabrira-cines-y-teatros-en-semaforo-amarillo-reporta-339-contagios-el-fin-de-semana--20200928-0068.html>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Encuesta para la Medición del Impacto COVID-19 en la Educación (ECOVIED-ED) 2020*. México: INEGI. Obtenido de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/OtrTemEcon/ECOVIED-ED_2021_03.pdf

- Jones, M., Smith-Walter, A., McBeth, M., y Shanahan, E. (2023). The narrative policy framework. En C. M. Weible, *Theories of policy process* (págs. 161-195). Routledge.
- Joshi, B., y Swarnakar, P. (2021). Staying Away, Staying Alive: Exploring Risk and Stigma of COVID-19 in the Context of Beliefs, Actors and Hierarchies in India. *Sociología Actual*, 69(4), 492-511.
- Juárez, R. I. (Noviembre de 2019). Confianza institucional en el Ine: una análisis sistémico en el marco de las elecciones federales de México en 2018. Puebla, México: BUAP.
- Keefer, P., y Scartascini, C. (2022). *Confianza: la clave de la cohesión social y el crecimiento en América Latina y el Caribe (Resumen ejecutivo)*.
doi:<https://doi.org/10.18235/0003911>
- López, A. (2022). El declive de la confianza institucional en México: ¿desempeño político o cultura? *Revista Mexicana de Opinión Pública*(34), 39-58. doi:DOI
10.22201/fcpys.24484911e.2023.34
- Lucia, V., Kelejar, A., y Afonso, N. (2020). COVID-19 vaccine hesitancy among medical students. *Journal of Public Health*, 43(3), 445-449.
doi:<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa230>
- Luhmann, K. (1996). Sociología del riesgo.
- Luhmann, N. (1996). *Confianza*. Barcelona: Anthropos.
- Luhmann, N. (2010). Absorción de la incertidumbre. En N. Luhmann, *Organización y decisión* (págs. 219-260). Distrito Federal: Universidad Iberoamericana.

- Mandoki, K. (2007). Cuerpo, lugar y discurso: reflexiones en torno a la producción del poder. *Semiótica y poder: las negociaciones del sentido*, 247-269.
- Marañón, F., Barrientos, R., y Frías, L. (2021). Imagen, confianza y liderazgo en voceros públicos durante la pandemia COVID-19. caso: Nuevo León, México. *Journal of the academy*, 5, 7-26. doi:<https://doi.org/10.47058/joa5.2>
- Mathews, C., McGuire, L., A., J., Law, F., Winterbottom, M. R., y Drews, M. H.-R. (2021). *Assessing adolescents critical health literacy: How is trust in government leadership associated with knowledge of COVID-19? PLoS ONE*, 16(11). doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259523>
- Matus, E., Matus, L., Toriz, A., y Molino, J. (2021). Confianza durante la pandemia por COVID-19 en Panamá. *European Scientific Journal*, 51(35), 51-69.
- México. (1978). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, art. 73
- Nieves-Cuervo, Manrique-Hernández, Robledo-Colonia, y Grillo-Ardila. (2021). Infodemia: noticias falsas y tendencias de mortalidad por COVID-19 en seis países de América Latina. *Panamerican Journal of public health*(45). doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.44>
- Nishijima, Y., y Blima, L. (2016). El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. *Salud Colectiva*, 12(1), 9-21.
- Noticias ONU. (19 de Noviembre de 2020). La desconfianza en los gobiernos, la condición preexistente de América Latina en la crisis del COVID-19. Obtenido de <https://news.un.org/es/story/2020/11/1484242>

- Núñez, Seebach, y Cantó-Milà:. (2015). Confianza, mentira y traición. El papel de la confianza y sus sombras en las relaciones de pareja. *Sociología*, 30(8), 117-142.
- O., S., Yu, J., y Li, Y. (2021). Public Trust and Policy Compliance during the COVID-19 Pandemic: The Role of Professional Trust. *Healthcare*, 9(2), 151. doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare9020151>
- Pak, A., McBryde, E., y Adegbeye, O. (2021). *Does High Public Trust Amplify Compliance with Stringent COVID-19 Government Health Guidelines? A Multi-country Analysis Using Data from 102,627 Individuals*. *Risk Manag Healthc Policy.*, 14, 293-302. doi:<https://doi.org/10.2147/RMHP.S27877>
- Perspectiva de Puebla. (abril de 3 de 2024). *Sin Límites. ¿En qué terminó la gran marcha estudiantil de 2020?* Obtenido de Perspectiva de Puebla: <https://www.perspectivadepuebla.com/post/sin-l%C3%ADmites-en-que-termin%C3%B3-la-gran-marcha-estudiantil-de-2020?form=MG0AV3>
- Posada-Bernal, S., Castaneda-Cantillo, A. E., y Martins, M. D. (2021). Resiliencia, estilos de vida y manejo del tiempo en jóvenes universitarios de Colombia, ante la pandemia COVID-19. *MOTRICIDADES: Revista Da Sociedade De Pesquisa Qualitativa Em Motricidade Humana*, 5(2), 196-212.
- Presidencia de la República. (9 de mayo de 2023). Decreto por el que se declara terminada la acción extraordinaria en materia de salubridad general que tuvo por objeto prevenir, controlar y mitigar la enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19). Diario Oficial de la Federación. Obtenido de <https://sidof.segob.gob.mx/notas/5688265>

- Razeto, A. (2015). Confianza interpersonal entre los miembros de una escuela: valor básico y olvidado por las reformas educativas. *Actualidades Investigativas en Educación*, 16(1), 1-22. doi:<http://dx.doi.org/10.15517/aie.v16i1.21926>
- Romero-Albino, Z., y Ortigueria-Sánchez, L. (2021). Prescripción social y confianza en adultos mayores: Una mirada en el contexto de COVID-19. *Revista Del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 62-69. doi:<https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.14Sup1.1176>
- Sánchez-Reina, J., y González-Lara, E. (2022). The COVID-19 infodemic among young people and adults: The support of critical media literacy. *Comunicar*, 73, 71-81. doi:<https://doi.org/10.3916/C73-2022-06>
- Sandoval, F. (2019). Cobertura del desastre. Confianza institucional, opinión pública y resiliencia. *Revista Mexicana de Opinión Pública*, 27, 43-58.
- Schlager, E., y Villamayor-Tomas, S. (2023). The AID framework and its tools for policy and institutional analysis . En C. M. Weible, *Theories of the policy process* (págs. 196-229). New York: Routledge Taylor and Francis Group.
- Secretaría de Economía; Secretaría de Salud; Secretaría del Trabajo y Previsión Social; Instituto Mexicano del Seguro Social. (29 de mayo de 2020). Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos Técnicos Específicos para la Reapertura de las Actividades Económicas. Diario Oficial de la Federación. Obtenido de https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5594138&fecha=29/05/2020#gsc.tab=0

Secretaría de Educación Pública. (16 de marzo de 2020). Acuerdo número 02/03/20 por el que se suspenden las clases en las escuelas de educación preescolar, primaria, secundaria, normal y demás para la formación de maestros de educación básica del Sistema Educativo Nacional, así como aquellas de los tipos medio. Diario Oficial de la Federación. Obtenido de https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5589479&fecha=16/03/2020

Secretaría de Salud . (14 de mayo de 2020). Acuerdo por el que se establece una estrategia para la reapertura de las actividades sociales, educativas y económicas, así como un sistema de semáforo por regiones para evaluar semanalmente el riesgo epidemiológico relacionado con la reapertura de actividades en cada entidad federativa, así como se establecen acciones extraordinarias. Obtenido de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5593313&fecha=14/05/2020#gs.c.tab=0

Secretaría de Salud. (24 de Marzo de 2020a). Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19). México: Diario Oficial de la Federación. Obtenido de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/2020

Secretaría de Salud. (31 de marzo de 2020b). Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2. Obtenido de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590914&fecha=31/03/2020#gs.c.tab=0

- Seddig, D., Maskileyson, D., Davidov, E., Ajzen, I., y Schmidt, P. (2022). Correlates of COVID-19 vaccination intentions: Attitudes, institutional trust, fear, conspiracy beliefs, and vaccine skepticism. *Social Science & Medicine*, 297. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114820>
- Sistema Educativo Nacional. (2023). *Principales cifras del sistema educativo nacional (2022-2023)*. Obtenido de <https://www.planeacion.sep.gob.mx/>
- Tejeda, J. L. (2012). Biopoder en los cuerpos. *Educación Física y Ciencia*, 14, 13-25.
- Tilly, C. (2010). *Confianza y gobierno*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Valles, M. (1999). Capítulo 8: técnicas de conversación, narración (III): los grupos de discusión y otras técnicas afines. En *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. (págs. 279-338). España: Editorial Síntesis .
- Xu, T. (2021). Media, Trust in Government, and Risk Perception of COVID-19 in the Early Stage of Epidemic: An Analysis Based on Moderating Effect. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(11). doi:<https://doi.org/10.3390/healthcare9111597>
- Yupari, I.L. y Paredes, S. (2021). Características asociadas a la confianza en la vacuna para COVID-19 en ciudadanos de La Libertad. *UCV Hacer*, 10(4), 61-66.