

Saberes y trayectorias de atención a la salud de poblaciones *vulneradas* en México¹: un abordaje interdisciplinario

Knowledge and health care trajectories in damaged population in Mexico: an interdisciplinary approach

Luz María Espinosa Cortés

Doctora en Estudios Latinoamericanos. Investigadora en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Dirección: Dpto. Estudios Experimentales y Rurales, INNSZ, Vasco de Quiroga 15, col. Sección XVI, Tlalpan, México, D.F., CP 14000. E-mail: luzmac597@gmail.com

Jazmín Mora Ríos

Doctora en Psicología. Investigadora en Ciencias Médicas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Dirección: Avenida México-Xochimilco No. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, México, D.F., CP 14370. E-mail: morarj@imp.edu.mx

Montserrat Salas Valenzuela

Doctora en Ciencias Sociales; Investigadora en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Dirección: Dpto. Estudios Experimentales y Rurales, INNSZ, Vasco de Quiroga 15, col. Sección XVI, Tlalpan, México, D.F., CP 14000. E-mail: monsesalas@gmail.com

¹ Una versión preliminar de este trabajo se presentó en la Tercera Conferencia Internacional de Psicología Comunitaria 2010, Puebla, México. 3 de junio de 2010.

Este trabajo se basa en tres investigaciones diferentes, cada autora obtuvo financiamiento de las instituciones de adscripción. La primera autora adicionalmente recibió financiamiento de Conacyt (82334) para su estudio.

Resumen

El objetivo de este artículo es evidenciar la potencialidad que tiene el abordaje interdisciplinario en la comprensión integral del proceso salud/enfermedad/atención de poblaciones vulneradas de tres comunidades, una rural ubicada en el Estado de Oaxaca (Charco Redondo) y dos en la Ciudad de México (Xochimilco y Magdalena Contreras). La experiencia y los *saberes* (representaciones y prácticas sociales) se recuperan desde la perspectiva de sus habitantes, siguiendo la estrategia basada en aproximaciones multi método. Con base en referentes teóricos y metodológicos compartidos, se revisó el material empírico producido en tres investigaciones previas. El abordaje interdisciplinario se orientó hacia la reinterpretación histórica, antropológica y psicosocial de los *saberes* y de las trayectorias de búsqueda de atención de la población, para lograr una comprensión más amplia e integradora del proceso salud/enfermedad que contribuya a la elaboración de políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones de salud de poblaciones vulneradas. Al final del trabajo se plantean algunas reflexiones sobre los alcances, limitaciones y los retos para impulsar la investigación interdisciplinaria.

Palabras clave: Interdisciplina; Representaciones sociales; Saberes; Vulnerabilidad social; Proceso de salud/enfermedad; Trayectorias de atención en salud.

Abstract

The aim of this paper is to demonstrate the potentiality of an inter-disciplinary approach in the comprehensive understanding of the health-illness-attention process in Mexican damaged populations, one of them in a rural community in Oaxaca (Charco Redondo) and two communities in Mexico City (Xochimilco and Magdalena Contreras). The experience and *knowledge* (representations and social practices) are obtained from the perspective of the inhabitants, using a multi-method strategy. Shared theoretical and methodological references are used to review the empirical material acquired in three previous research studies. The inter-disciplinary approach focused on the historical, anthropological and psychosocial reinterpretation of *knowledge* and the population's trajectory in their search for attention, in order to achieve a broader, more integral understanding of the health-illness process that contributes to the design of policies meant to improve the health conditions of damaged populations. The article ends with some reflections on the scope, constraints and challenges of promoting inter-disciplinary research.

Keywords: Inter-Discipline; Social Representations; Knowledge; Social Vulnerability; Health-Disease Process; and Attention Trajectories.

Introducción

En los últimos años el tema de la interdisciplinariedad ha cobrado una importancia creciente, a partir de la complejidad de los problemas que la humanidad presenta y que, como señala González-Casanova (2004), obligan a “buscar nuevos sentidos al conjunto”, ya que la especialización de las disciplinas ha conducido a una visión parcial y fragmentada del conocimiento. En las disciplinas sociales se manifiesta este interés, especialmente en el campo de la investigación en salud, p.ej. Choi y Pak llevan a cabo una exhaustiva revisión de la literatura internacional alrededor de los conceptos de multidisciplinaria, interdisciplina y transdisciplina en el período comprendido entre 1982 a 2007; sus hallazgos se plasman en tres artículos relacionados entre sí. En el primero plantean definiciones prácticas y alcances de la interdisciplina (Choi y Pak, 2006) en el segundo, las principales dificultades para el trabajo interdisciplinario (Choi y Pak, 2007) y en el tercero, las posibilidades de llevar a cabo la colaboración entre disciplinas diversas (Choi y Pak, 2008). Lolas (2004) menciona que en la multidisciplinaria cada investigador conserva su identidad profesional y su léxico especializado, en la interdisciplina existe un sentido de integración y creación de puentes entre disciplinas, mientras que en la transdisciplina se abandona la identidad disciplinaria, se comparte un cometido, existen intereses comunes y un contexto de trabajo. Pero, por la complejidad que representa el trabajo interdisciplinario, --la antesala a la transdisciplina--, es común publicar trabajos en los cuales cada autor aborda un tema específico sin establecer un diálogo o una reflexión teórica o metodológica con relación al objeto de estudio, algo muy similar a la suma de partes. A este respecto, González-Casanova refiere que el diálogo interdisciplinario supone: “...la articulación de textos y contextos sociales y culturales, y de autores-lectores para la construcción de mediaciones entre realidades y utopías” (González-Casanova, 2004, p. 84). Aboeela et al. (2007) con base en una amplia revisión de la literatura, definen la interdisciplina en términos de:

...un modelo conceptual que vincula o integra marcos teóricos derivados de esas disciplinas, utiliza diseños de estudios y metodologías que no

se limitan a un solo campo y requieren el uso de perspectivas y habilidades de las disciplinas involucradas a través de múltiples fases del proceso de investigación (p. 341).

La presente propuesta constituye un primer acercamiento al diálogo posible entre la antropología social, la psicología social y la historia de las mentalidades proceso al que hemos denominado *tría-logo* que difiere del sentido propuesto por González-Casanova (2004), en términos de una construcción interdisciplinaria del objeto de estudio. Nuestro interés fue lograr a partir del análisis de información empírica proponer un ejercicio interpretativo basado en el intercambio de experiencias y saberes alrededor del proceso salud enfermedad atención en tres localidades diferentes en las que realizamos investigaciones previas (Mora-Ríos, 2008; Espinosa e Ysunza, 2010-2012; Salas, 2011).

Referentes teóricos

Iniciamos este *tría-logo* identificando los referentes teóricos y supuestos epistemológicos desde los cuales se construyeron las propuestas de investigación. De esta revisión aparecieron dos ejes conceptuales: las representaciones sociales y la noción de *saberes* en el proceso de salud/enfermedad/atención, proceso dinámico y relacional que permite comprender cómo cada sujeto social vive y explica la enfermedad, el padecimiento y el daño a la salud, conforme al contexto del universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural y de sus condiciones de vida en el grupo social al que pertenece (Kleinman y Benson, 2004; Menéndez, 1994).

Para la interpretación colectiva interdisciplinaria de dicho proceso, fue necesario el acercamiento a través de la Teoría de las Representaciones Sociales propuesta por Moscovici (1961) como referente teórico heurístico para profundizar en el conocimiento de la realidad social de las poblaciones, al facilitar la cercanía teórica entre antropología social, psicología social e historia de las mentalidades. La utilización de este concepto desde la interdisciplina constituye una especie de *concepto marco* (Ibáñez, 2001) que enriquece y potencia el *estatus* teórico y metodológico de muchas disciplinas sociales, aunque esta multiplicidad puede constituir una

debilidad/limitación en tanto se conciba únicamente como construcción social, por su naturaleza simbólica o por las dificultades metodológicas para operacionalizar sus categorías. En nuestro caso, los referentes teóricos compartidos se acercaron a la corriente procesual de Jodelet (1986) y Banchs (2000) favoreciendo el diálogo disciplinario interpretativo porque “el estudio de los procesos y los productos por medio de los cuales los individuos y los grupos construyen e interpretan su mundo y su vida, permite la integración de las dimensiones sociales y culturales con la historia, como evolución diacrónica orientada” (Jodelet, 2000, p. 10). El *tría-logo* se enriqueció con los aportes de Blaxter y Paterson (1982), Boltanski (1971) y Blair (1993).

Como autoras de este trabajo, nuestro interés fue establecer un diálogo respetuoso y equitativo entre los saberes científicos, humanísticos, tecnológicos y socioculturales para la construcción del conocimiento (Choi y Pak, 2007), lo cual favoreció el acercamiento interdisciplinario, como antítesis a la fragmentación que lleva al divorcio entre las disciplinas y a la separación de los *saberes* académicos y los subalternos. Utilizamos la noción de *saber* como una abstracción metodológica, pues el *saber* se representa y se pone en práctica por sujetos y grupos sociales concretos y constituye un todo sistemático socialmente compartido (Menéndez y Di Pardo, 1996). Y también utilizamos la noción de *saber* en tanto remite al conocimiento -en oposición a ignorancia- sobre una determinada problemática (Menéndez, 2005). Por tanto, consideramos que para lograr la *praxis* interdisciplinaria también es necesario el diálogo entre los saberes científicos y los saberes del sentido común porque sólo a partir de la intercomunicación y el enriquecimiento recíproco entre los actores sociales, es posible construir puentes conceptuales y metodológicos para acercarse a la comprensión de la realidad como una totalidad, es decir, alcanzar un conocimiento más integrador y holístico del proceso salud/enfermedad/atención.

El *sufrimiento social* y la *autotención* fueron dos nociones compartidas. La primera porque una enfermedad es “un evento desafortunado, una desgracia que amenaza o modifica” la vida individual y afecta el equilibrio colectivo cuyo misterio “no se aclara con el diagnóstico médico” (Banchs, 2007,

p. 234). La autoatención a la salud según los términos propuestos por Menéndez, alude a la actividad constante e intermitente que los sujetos y grupos sociales llevan a cabo de forma autónoma y tiene “como referencia secundaria decisiva a las otras formas de atención” (Menéndez, 2005, p. 54); además no incluye a ningún profesional y se desarrolla en las casas y las familias.

En la Conferencia Latinoamericana para la medición del bienestar y la promoción del progreso en las sociedades que tuvo lugar en la Ciudad de México en el 2011², se planteó que América Latina sigue siendo una de las regiones con mayor desigualdad a nivel mundial, en términos del ingreso de la población y el acceso a servicios de educación y salud, se estima que la cobertura en seguridad social corresponde a sólo el 37% de la población. Específicamente en el caso de México, es un país caracterizado por evidentes desigualdades originadas en iniquidad evitable que atañe a la injusticia social y vulnera a la mayor parte de la población mexicana. Las tres localidades en las que realizamos los estudios poseen condiciones socioeconómicas similares, (Tabla 1). El acceso a los servicios de salud de calidad es limitado por la renuncia sistemática del Estado a su responsabilidad de atender la salud de la población; si bien existen importantes programas sociales de combate a la pobreza como *Oportunidades* y el de *Gratuidad*, sus principios focalizadores del gasto dejan fuera a sectores sociales que no son considerados beneficiarios potenciales, (Adelantado y Scherer, 2008). El Seguro Popular establecido en el sexenio 2000-2006 y vigente hasta la actualidad, cuyo objetivo ha sido garantizar el acceso universal a los servicios de salud, aún muestra limitaciones ya que en la práctica no cubre a toda la población sin seguridad social. La población rural con acceso limitado a estos servicios es mayor en relación a la urbana, p.ej. en Charco Redondo (costa chica de Oaxaca) más del 97.6% de la población carecía de este servicio en 2005 y en el 2010 el 48.72% (CONEVAL, 2012). En las ciudades también existen zonas en condiciones similares. En el Distrito Federal la población no asegurada se concentra en las demarcaciones del sureste (Milpa

Alta, Xochimilco, Iztapalapa y Tláhuac), y en las del suroeste (Cuajimalpa, Álvaro Obregón, Magdalena Contreras y Tlalpan), (Gomes-da-Conceição, 2002). En 2008 la población no asegurada en Xochimilco alcanzó el 50.1% y en Magdalena Contreras el 45.3% (SSA-GDF, 2009).

Consideramos a la *vulnerabilidad social* como resultado de la acumulación de desigualdades a los sujetos y poblaciones a quienes no se les puede garantizar plenamente sus derechos, y que en lo referido al derecho constitucional a la salud, muestran mayor posibilidad de presentar un daño, derivado tanto de causas sociales y culturales como de características personales e individuales. Entendida de esta forma, la vulnerabilidad aparece como posibilidad y potencialidad; por ello preferimos utilizar la noción “poblaciones vulneradas” ya que no sólo presentaban la potencialidad de la desigualdad sino la violación sistemática de sus derechos fundamentales, lo cual refuerza la posición de subalternidad de las poblaciones estudiadas, que limita el posible impacto de sus propuestas en las decisiones macrosociales y macropolíticas que les involucran.

Con estas nociones compartidas, el objetivo de este trabajo fue construir -desde la especificidad de nuestras disciplinas-, un *triá-logo* interdisciplinario que reinterprete los datos empíricos con una mirada integradora para contribuir a la elaboración de políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones de salud de poblaciones vulneradas.

Los caminos del *triá-logo*

Las investigaciones fueron planteadas desde tres disciplinas sociales: la Historia de las Mentalidades, la Psicología Social y la Antropología Social. Las tres surgieron de la insatisfacción con el modelo de atención en salud vigente que dejó al margen las necesidades de atención de las poblaciones vulneradas y las colocó como beneficiarias pasivas de los servicios de salud; además de una postura crítica respecto al carácter vertical del sistema de salud que omite la consideración de las opiniones de todos los actores sociales para establecer las políticas públicas del sector.

2 INEGI, FCTT, OCDE 2011. Conferencia Latinoamericana para la Medición del Bienestar y la Promoción de la Salud. Del progreso de las sociedades, 11-13 de mayo 2011, Ciudad de México.

Tabla 1 - Características de las comunidades estudiadas

Investigaciones	Objetivo general	Sujetos de estudio	Técnicas de recolección	Estrategia de análisis
I. Se llevó a cabo entre 2008 y 2009 en Charco Redondo, Municipio de Villa de Tututepec, Costa Chica, Oaxaca con población afromexicana dedicada a la agricultura (limón, maíz y plátano), cuenta con ganado bovino; algunas mujeres crían cerdos y aves de corral. Los hombres realizan actividades de albañilería y otras. Las casas disponen de luz eléctrica, existe una casa de Salud, donde asisten cada mes los médicos de las brigadas del programa gubernamental Oportunidades; las mujeres también acuden al médico particular y al Hospital regional (Espinoza e Ysunza, 2010).	Construir un perfil epidemiológico sociocultural a partir de sus experiencias en salud -enfermedad- atención.	Usuarios de la medicina tradicional, curanderos, médicos, etnobotánicos e informantes clave (autoridades locales y municipales).	Entrevistas a profundidad Historia de vida. Cuestionario estructurado Revisión Documental	Análisis del discurso por tema y textual
II. Se llevó a cabo entre 2008 y 2009 en Xochimilco, al suroriente de la ciudad de México cuyos habitantes (originarios y avecindados) se asientan en zonas marginales y semi-rurales. No cuentan con todos los servicios urbanos, la urbanización es reciente y caótica. El 50% de la población cuenta con seguridad social, el resto sólo dispone de los servicios de la Secretaría de Salud de la ciudad. Las familias acuden a estos servicios y a los médicos privados de bajo costo. Las madres entrevistadas realizan trabajos doméstico y extra-doméstico en sus domicilios. Los padres, presentes en todas las unidades domésticas estudiadas, se emplean en actividades remuneradas de servicios varios, no estables. Las unidades territoriales donde habitan son de alta marginalidad (Salas, 2011)	Describir y analizar las relaciones y representaciones sociales entre los grupos domésticos y el personal de salud sobre la alimentación de bebés de menos de 6 meses, en el marco de la subordinación del primero, como parte del sistema de auto-atención.	Bebés Ego Grupo doméstico/ familiar Enfermeras, médicos, trabajadoras sociales Funcionarios y autoridades	Observación Entrevistas a profundidad Revisión documental	Elaboración de trayectorias alimentarias infantiles. Etnografía de consultas y prácticas domésticas. Análisis temático de las narraciones y textual
III. Se llevó a cabo en el periodo 2000-2003 en una localidad de alta marginalidad de la Delegación Magdalena Contreras, al sur de la Ciudad de México. Se ubica en un asentamiento irregular sin servicios públicos (agua potable, drenaje, etc.). La población es heterogénea por el lugar de origen. Es una localidad <i>de paso</i> ; algunas familias están en espera de migrar a los Estados Unidos. Sólo el 15% de la población contaba con sistemas de seguridad social. Desde 1994 la comunidad cuenta con un centro de salud, cuyo funcionamiento es irregular (Mora-Rios, et. al., 2008)	Indagar acerca de los padecimientos y malestares emocionales, recursos individuales y sociales para hacer frente al estrés.	Población adulta y personal de salud en la comunidad e informantes clave	Multimétodo: Revisión documental Entrevistas a profundidad. Entrevistas grupales Observación participante. Cuestionario semiestructurado	Análisis textual, temático y de contenido

Cada investigadora seleccionó los datos empíricos que consideró pertinentes para realizar la interpretación colectiva, los compartió con el equipo y con posterioridad se procesaron en conjunto mediante el análisis de las narraciones de los informantes. En la tabla 1 se presentan las características generales de cada proyecto. En las tres investigaciones se solicitó a los participantes su colaboración y autorización para audiograbar sus entrevistas y socializar la información recolectada, se les explicó el motivo de las entrevistas, el carácter confidencial de los datos y la utilización de nombres ficticios en las publicaciones. Las tres investigaciones fueron aprobadas por los Comités de Ética/Bioética de las Instituciones de adscripción de las autoras.

Durante 24 meses el proceso *tria-lógico* se desplegó mediante sesiones presenciales periódicas en las que participaron las autoras de este trabajo, en las cuales se desarrollaron diversos ejercicios de análisis de la información teórica y empírica. En varias de ellas, hubo intercambio de recursos bibliográficos e incluso se registraron en audio estos encuentros. Asimismo hubo una comunicación constante a través del correo electrónico y por teléfono.

Las mujeres en el proceso salud/enfermedad/atención

Conviene aclarar que si bien el interés inicial compartido fue recuperar la experiencia de diferentes actores sociales en el proceso de salud/enfermedad/atención, en este primer ejercicio reinterpretamos interdisciplinariamente sólo los discursos de las mujeres, porque contábamos con información empírica que mostraba su papel preponderante en dicho proceso. A continuación se describen los principales hallazgos, los cuales se enriquecen con los relatos de las participantes de las tres investigaciones referidas.

Estar enfermo, estar sano

Las mujeres de las tres localidades definieron y explicaron a la enfermedad desde la dimensión física o biológica, como un estado limitante porque con ella se pierde la energía y en consecuencia la fuerza para trabajar y enfrentar sus condiciones de precariedad económica. Consideraron que estar enfermas no

sólo significa perder la energía o la fuerza, sino se pierde la libertad al no poder realizar las actividades cotidianas y en consecuencia dejar de cumplir con las funciones socialmente asignadas. Ellas no se limitaron a referir los signos de la enfermedad sino abarcaron la dimensión psicosocial con la que dejaron ver que subyace el malestar generado por sus condiciones de pobreza. En contraste la noción de estar sanas la asociaron a la alegría y armonía familiar; dos estados que permiten la convivencia al interior del núcleo familiar y la interacción con la colectividad.

En el ejercicio interpretativo descubrimos la asociación de estar enfermas (os) con dejar de comer. Algunas mujeres consideraron que comer bien indica salud, por lo cual, desde su visión, quienes se encargan de la familia deben estar atentas a los cambios que los miembros del grupo doméstico presentan a la hora de comer e indagar acerca de los malestares para elegir la ruta de atención a seguir.

La pobreza, mayor malestar

En el discurso de las mujeres se muestra la *pobreza* como el principal malestar y a través de la que explicaron por qué no podían solucionar sus problemas de salud o por qué su enfermedad se podría agudizar. Manuela explicó que se sentía preocupada por las precarias condiciones en que vivía: “Preocupada, pues sí, es lo que más me preocupó, o sea la salud de mis niñas también porque, p.ej., ahorita está todo húmedo toda la parte de piso como es de tierra”. Desde la percepción y representación social de la salud/enfermedad para esta mujer y para algunas más la pobreza vivida tiene carácter hereditario. Adriana refirió lo siguiente:

Como ora de eso de la infancia que dice usted, pues, yo en el hogar de mis papaces (sic), eran muy pobres, padecí de recursos económicos. Pasaba uno más necesidad, trabajo, jajá!, y ya, pero hay va uno creciendo, va creciendo, va creciendo. Ya después viene uno y se casa y otra vez va a caer a lo mismo con el esposo, uno se casa y veces, también, pues, somos de familia pobre tanto el esposo como uno, tanto la esposa también y allí otra vez, anda pasando trabajo con sus hijitos. Luego vienen los hijos, y anda uno sufriendo para sacar adelante a sus hijitos. Hay va, hay va uno, pero a través de los

años, al principio sufre uno mucho por lo económico, pero como ya después trabaja, y cuando uno piensa, hay va saliendo, va saliendo [...].

Asimismo, la informante adjudicó a la pobreza heredada el carácter de causalidad a su dolor de pulmones, ya que para afrontar la adversidad tuvo que preparar y vender tamales: “[...] yo me enfermo mucho de los pulmones por la fuerza para hacer esos tamales dulces, se bate muy fuerte la masa para que la masa este porosita para que salga bien el tamal”.

En el caso de Ángela, habitante del asentamiento urbano de Contreras, refiere que ella migró a este lugar para superar sus condiciones de pobreza, pero se reencontró con ella generándole un nuevo sufrimiento que se profundiza cuando alguien de su familia se enferma, ya que al principio se asentó en una zona de alto riesgo a las inundaciones por el desbordamiento del río. En época de lluvias perdía sus pocos bienes y su vivienda se volvía un lodazal. Sobre esto, afirmó: “[...] es un sufrimiento estarme mojando, ese es un sufrimiento para mí, eso es [...] ¡No, pus sufrimos mucho!, vivíamos acá donde está la Virgen de Guadalupe de piedra, arriba de ese cerro”.

Sufrimiento social

Estar enfermo no sólo genera sufrimiento físico, también sufrimiento social porque la persona deja de ser útil para su núcleo familiar en contra de su voluntad, abandona su función socialmente asignada y queda en indefensión, lo opuesto a tener salud. Sobre este sufrimiento, Eusebia, explicó que padecía de un dolor agudo de rodillas; esto le preocupaba porque si acudía a recolectar el limón, su padecimiento podía empeorar, pero si dejaba de trabajar, no percibiría su único ingreso, sobre lo que dijo: “mala enfermedad que me caí, y que no gano para que me cure”. El corte y la recolección de limón para esta mujer representa su principal fuente de ingresos, la cual es insuficiente para pagar la consulta de un médico particular, comprar medicamentos y cubrir las necesidades básicas de su familia, además los gastos de traslado. Al final, recurrió a la medicina tradicional esperando que el remedio fuera eficaz, o al menos disminuyera su sufrimiento físico.

Estrategias para enfrentar la adversidad

La enfermedad es una de las formas principales en las que se expresa socialmente el sufrimiento indivi-

dual y colectivo. Para los grupos sociales vulnerados, esta situación les obliga a recurrir a diversas estrategias de sobrevivencia, incluida la migración e incorporación de los niños y niñas al sistema productivo para afrontar la adversidad. En las tres localidades, las mujeres contaban con la figura tradicional del varón como proveedor económico de la familia, aunque algunas de ellas, realmente eran el principal sostén económico, no obstante, su participación no era reconocida ni valorada porque las actividades que realizaban para incrementar o complementar los ingresos familiares eran consideradas por ellas mismas como extensión de sus actividades diarias en el hogar, entre las que destacaron las ventas por catálogo, la elaboración de tamales u otros alimentos o como trabajadoras domésticas, actividades que a veces realizaban a escondidas de sus parejas. Además, otras participaban en espacios públicos como el trabajo comunitario, y otras más habían invadido los espacios que por tradición correspondían a los hombres, como la construcción en el caso de las comunidades urbanas y la agricultura o pesca ribereña en la zona rural y hasta algunos puestos de gobierno local, pero los patrones de autoridad continuaban recayendo en sus parejas, reforzando las relaciones de subordinación frente a los varones.

A propósito, ¿qué sucede cuando el hombre como principal sustento se enferma o fallece?. Para algunas mujeres esto pone en riesgo la unidad doméstica. La reflexión de Remedios, informante de la comunidad rural, muestra las implicaciones sociales que tiene el padecimiento de su pareja, al modificar el papel asignado a cada miembro de la familia. Ella y sus hijos tuvieron que insertarse al sistema productivo local/regional como jornalera y ellos como jornaleros agrícolas para afrontar la adversidad:

[...] también me voy, ¡peor ahora! que él está malo (refiriéndose a su esposo). Me voy el día, con mis hijos, con mis tres hijos a veces hago mis diez cajas, nueve, ocho, siete, así, hasta donde el cuerpo dijera [...]. A veces cuando hay mucho hacemos diez, y cuando hay poquito hacemos ocho, siete, así ya puede hacer más dinero. Y le digo, tenemos que hacer la lucha nosotros, de irnos a la chamba [a trabajar]

Para el sistema de producción agrícola capitalista la fuerza laboral de mujeres, niños y niñas es valiosa en dos sentidos: a) para la sobrevivencia de

la unidad doméstica en donde se reproduce la fuerza de trabajo y b) para la reproducción del capital que relega a esta unidad a una economía marginal al desarrollo económico, como fuerza de trabajo y reproductora de esta fuerza. Por sus precarias condiciones económicas sin la incorporación de la fuerza laboral infantil, los ingresos de esta familia se hubieran reducido a la mitad. En otra parte de su relato expuso que acordó con su pareja que, mientras recuperaba su salud, él se encargaría de la preparación de los alimentos y aseo de la casa.

Algunas mujeres mostraron una postura ambivalente ante la adversidad, por un lado de resignación, afirmando que “es lo que me ha tocado vivir”, y por el otro, la esperanza de un futuro mejor con la ruptura del círculo de pobreza a través de la migración de sus hijos e hijas, que en el medio rural es casi cumpliendo los 16 años de edad o al concluir la secundaria. Sobre esto, Alejandra enfatizó: “[...] la juventud, es la que quiere cambiar su vida, ya no quiere vivir la vida que vivimos nosotros los grandes, porque ellos quieren vivir su vida más bien, darle a sus hijos la mejor vida [...]”. En cambio, para las mujeres del asentamiento urbano de Contreras la migración tuvo otro significado. Algunas eran de origen centroamericano; y aún cuando existía una diversidad cultural, todas afrontaban la modificación o pérdida de sus redes sociales, y prevalecía el sentimiento de añoranza por el estilo compartido de ciertas actividades familiares de su comunidad o país de procedencia. En medio de esto, vivían un proceso de construcción de identidad y pertenencia. Sobre las causas de la migración, las mujeres de Charco y Contreras coincidieron en que fueron por: 1) falta de tierras para vivir o producir; 2) ingresos insuficientes; 3) malas cosechas; 4) aspiración a mejores condiciones de vida para ellos y sus hijos; 5) pérdida parcial o definitiva de sus tierras ocasionadas por desastres naturales (huracanes o sequías) y 6) las guerras, desplazamientos o conflictos comunitarios.

Autoatención

La autoatención constituye el *verdadero* primer nivel de atención de la salud en las tres localidades estudiadas (Menéndez, 1992) y se encuentra en manos de las mujeres, con un carácter fundamentalmente preventivo. Las identidades de género se definieron a

partir de la división sexual del trabajo que las ubica en el ámbito privado, dedicadas casi exclusivamente a la crianza y cuidado de la descendencia para lo que han sido preparadas desde niñas. Socialmente su función consiste en aprender a diagnosticar e identificar los signos y síntomas de la enfermedad para determinar la gravedad o levedad y a partir de ello, decidir la ruta de atención a la salud, siendo ellas las primeras curadoras. Las mujeres entrevistadas señalaron que las relaciones sociales y culturales con otros miembros de la familia y comunidad son fundamentales para retroalimentar sus saberes, incluidos los medios de comunicación y el propio sistema médico. Las razones que rigieron la elección de las rutas fueron: 1) a la autoatención recurren porque no les queda más remedio al ser pobres; 2) porque los padecimientos sólo pueden ser atendidos por la medicina tradicional; 3) los padecimientos pueden ser atendidos por ambas medicinas (académica y tradicional) y 4) depende de la calidad del vínculo con el personal de salud local, sea tradicional, privado o institucional. La utilización de los servicios tradicionales de salud o de médicos “particulares” o de los servicios públicos de salud, integran el itinerario que siguen de modo indistinto o combinado.

Saberes y pluralismo asistencial

El camino en busca de la salud es complejo, no sólo para las mujeres de las localidades estudiadas, sino en todas las sociedades y grupos sociales. Nuestro ejercicio interdisciplinario permitió confirmar que el diagnóstico inicial lo realiza la madre u otra mujer de la familia. Las técnicas de diagnóstico utilizadas y los tratamientos son recogidos, re-interpretados y re-significados de diferentes saberes, sobre todo del saber tradicional y de ciertos conocimientos del saber biomédico que adquirieron por tradición oral, a través de medios de comunicación masiva y durante las consultas médicas. El relato de Andrea, habitante de la comunidad de Xochimilco, dio cuenta de la automedicación (parte de la atención) y mixtura de saberes. Relató que al enfermarse su bebé, recurrió a un remedio que incluyó un producto químico farmacéutico: “[...] bueno, estuvo mal del estómago una noche, pero le pusimos de la pomada de la manzana [...] una noche tuvo gripita, sólo una

noche y le dimos temprá. Dos gotitas en agua. ¿Quién se las recomendó? Pues nosotros sabíamos”. Por su parte, Eugenia reconoció que a través de la televisión aprendió a curar la resaca. Así, en la descripción de sus trayectorias se observó que el ajuste diagnóstico o de tratamiento, y la decisión tomada se adapta a la problemática en salud presentada, si no hay mejoría acuden al centro de salud más cercano, al curador tradicional de acuerdo a la enfermedad que padezca, o bien a la medicina privada, o a todos ellos a la vez. Con frecuencia, el final de esta carrera son los hospitales públicos regionales.

Desatención a la salud

Mediante este ejercicio interdisciplinario identificamos la insatisfacción evidente con el sistema de atención en salud que deja al margen las necesidades de atención de las poblaciones en condiciones de rezago social, colocándolas como beneficiarias pasivas de los servicios de salud y carentes de una postura crítica respecto al carácter vertical del sistema que omite las opiniones de los actores sociales en el diseño de las políticas públicas en salud.

En general y desde su experiencia vivida en cuestiones de salud, el acceso a los servicios públicos, cuando los hay, es limitado y los servicios deficientes y de poca calidad. Ellas hicieron hincapié en *la falta de medicamentos*, como uno de los principales problemas a los que se enfrentan cuando acuden a los Centros de Salud u Hospitales públicos. La falta de estos bienes les impedía afrontar alguna emergencia, desde un dolor de estómago o cabeza hasta como sucede con el envenenamiento por piquete de alacrán, muy frecuente en la región de la costa donde son causa de muerte entre los niños menores de 5 años. Es importante mencionar que los Hospitales, Centros y las Casas de salud fueron percibidos como lugares proveedores de recursos de atención a la salud, p.ej., Andrea prefería acudir a los dispensarios más cercanos porque: “[...] en caso de que me recomiende alguna medicina y la tienen allí me la regalan. Es como Centro Comunitario. Y hay de todo, hay Dermatología, hay este, Odontología, hay para control de peso, para control de diabetes”. Además, en la costa fueron considerados como un lugar donde pasan lista para poder continuar como beneficiarias de los *Programas de Combate a la*

Pobreza, entre ellos Oportunidades.

Un elemento más que desde la visión de las usuarias denota desatención a la salud fue *la falta de personal de salud*, incluidos los médicos. Su crítica se centró en el funcionamiento irregular de los servicios públicos de salud, por lo cual, plantearon la necesidad de que mejorara la atención. Las mujeres entrevistadas reconocieron que su localidad (Xochimilco) contaba con varias instituciones de atención a la salud, pero consideraron que no contaban con personal médico y horas de atención suficiente, como Catalina expuso: “O sea son pocos consultorios, pero como no todos los médicos acuden [...] o este, recurren todo el tiempo”.

También criticaron la deshumanización de la atención médica que se traduce en *la falta de calidez en la relación médico/paciente*. Desde su percepción, Catalina agregó:

[...] *aparte de que son muy déspotas los que atienden, muy déspotas las enfermeras. Los doctores es muy raro que te encuentres una buena persona y que de veras ama su profesión, ama a los humanos, porque muchos de veras son muy ingratos. Te ven como te ven y haz de cuenta que están experimentando con un animalito y hasta que ya te estás muriendo es que te hacen caso, de menos no [...]*

La relación asimétrica paciente/médico y demás personal de salud también se manifiesta mediante los regañones, como otro elemento de desatención a la salud percibida por las mujeres. Este acto evidencia el conflicto médico/paciente que se deriva del choque cultural entre estos dos actores sociales. Para Remedios (Charco Redondo) recibir un buen trato y no salir regañada, desde su ubicación de subalternidad en el sistema de salud, era cuestión de suerte, de la gracia divina y por su obediencia a las autoridades y el personal de salud: “gracias a Dios, que me tocó una doctora ¡buena! Y yo veía, creo que se iban a poner cerca de la puerta y los regañaban [...] le doy gracias a Dios que me atendieron”.

Discusión

El objetivo de este artículo fue analizar la potencialidad que tiene el abordaje interdisciplinario en la comprensión integral del proceso salud/enfermedad/atención de mujeres de tres poblaciones vulneradas

en México, pues consideramos que uno de los desafíos en el campo de la investigación en salud es impulsar dicho diálogo interdisciplinario. En México existen aportaciones teóricas valiosas sobre el tema, pero las experiencias concretas de investigación son poco comunes. En ese sentido, este trabajo es un primer esfuerzo por analizar conjuntamente los hallazgos de tres investigaciones en las que se abordaron temáticas, enfoques y estrategias metodológicas similares. Como autoras de las investigaciones en las localidades mencionadas coincidimos con el planteamiento de Minayo (2008) que refiere la complejidad del campo de la salud y propone revalorizar el diálogo, el intercambio y la combinación de diversos saberes en su abordaje, como:

...diversas miradas para explicarlo y entenderlo: aspectos históricos, contextuales, dimensiones estructurales, relacionales, regularidades, singularidades y, generalmente, intervenciones de los sujetos y sus interpretaciones en la producción de la realidad. Ahora bien, en tales circunstancias, precisamos generar informaciones cuantitativas y cualitativas de diversos tipos que un abordaje metodológico único no permite abordar (p. 6).

Las estrategias cualitativas de investigación, fundamentalmente cuando se emplean métodos de carácter participativo, evidenciaron que las mujeres entrevistadas tenían una gran necesidad de platicar su experiencia y externalizar lo que han sentido y vivido, de modo que la propia entrevista se volvió, en cierto sentido, una intervención y al promover la reflexión sobre estos temas permitió a las informantes resignificar sus experiencias cotidianas. Esta actitud, parafraseando a Martínez-Hernández (2010) se enmarcó en un proceso dialógico del que participaron entrevistadas y entrevistadoras de modo relacional, lo que permitió que ambas otorgaran sentido a sus experiencias. Este ejercicio permitió no sólo identificar las coincidencias metodológicas en nuestras investigaciones, sino confirmar lo expuesto en otros estudios sobre las representaciones sociales en el proceso salud/enfermedad/atención. Boltanski (1971) planteó que a diferencia de las clases sociales más favorecidas, las populares centran su atención en los síntomas corporales relacionados con la fuerza física o habilidad, y buscan “hacer que su cuerpo funcione durante un largo tiempo y a su

máxima capacidad” (Castro, 2000, p. 52). En efecto, dos mujeres entrevistadas de la comunidad rural de Charco Redondo, sin hijos o hijas pequeños refirieron la pérdida de la fuerza o energía como signo de estar enfermas y manifestaron que mientras tuvieran fuerzas seguirían trabajando y aguantando su malestar hasta donde les fuera posible; sólo se preocuparon por su salud en los casos de tener hijos e hijas que dependían de ellas.

Desde la visión de algunas de las mujeres la pobreza tuvo el carácter de heredabilidad, tal como Blaxter y Patterson (1982) señalaron en su estudio. De manera que para quienes vivían en el medio rural, la migración de los más jóvenes representaba una alternativa para romper el círculo de pobreza, pero para quienes vivían la experiencia de haber migrado, significaba haberse reencontrado con ella, su principal malestar que se agrava con la enfermedad de algún miembro de la familia. La infancia, tal como Toumaala (2005) lo mostró en su trabajo, fue el punto de partida de los relatos para dar a conocer sus vivencias y explicar las carencias no superadas, por qué y cómo fue que perdieron su salud.

A la manera gramsciana afirmamos que en todo modelo médico prevalecen las relaciones de hegemonía/subalternidad. En el modelo biomédico el paciente en su ubicación subalterna con frecuencia adopta una actitud de obediencia para no salir regañado, pero a veces también de rebeldía y crítica. La crítica a los servicios públicos de salud y a la relación médico/paciente se centró en: 1) la deshumanización del quehacer médico; 2) la falta de calidez en la relación médico/paciente; 3) la falta de interés por lo que vive el paciente o la madre; 4) la falta de medicamentos y personal de salud y 5) el regaño. En esta última acción hicieron mayor hincapié, lo que para Boltanski (1971) evidencia el conflicto médico/paciente que se deriva del choque cultural entre estos dos actores sociales, ante el innegable hecho de que la enfermedad del paciente no coincide con la noción de enfermedad que el médico maneja, además, los centros de salud fueron considerados como abastecedores de recursos, más que de atención a la salud.

En los tres estudios se confirmó una vez más que la ruta de atención se inicia en la casa donde las mujeres recurren con frecuencia a las “personas de su

inmediato espacio social, y continuar con el tipo de curador considerado más adecuado, y cuya consulta dependerá de los recursos económicos y culturales del grupo y de la infraestructura de servicios existentes” (Menéndez, 2005, p. 58), por lo que no existe una ruta única de atención. Las entrevistas dejaron ver la medicalización en las prácticas de atención que resulta de los “procesos de síntesis, de yuxtaposición o exclusión de prácticas y representaciones procedentes de distintos los saberes” (Menéndez, 1994, p. 75).

Comentarios

Esta experiencia permitió identificar los aspectos que favorecieron y limitaron el diálogo interdisciplinario y coincidieron en gran medida con los referidos por Choi y Pak (2007). Entre los aspectos que favorecieron esta colaboración a nivel metodológico destacaron: la visión o enfoque compartido por las autoras con relación a los temas de estudio; compartir un marco teórico flexible a través de la teoría de las representaciones sociales; la insatisfacción con una visión unidisciplinar; el interés por reconstruir los saberes recuperando los contextos locales y el empleo de diversas estrategias metodológicas. A nivel organizacional influyeron la cercanía física, disponibilidad de horario, espacios adecuados para trabajar conjuntamente, el apoyo institucional para impulsar el trabajo colaborativo en red, cumplir en la medida de lo posible con los compromisos asignados en las reuniones, además de establecer un acuerdo de respeto a las disciplinas y al trabajo colectivo.

Inicialmente, tuvimos dificultad para integrar o articular los temas más relevantes de cada investigación y acotar la información con relación a los hallazgos empíricos que fueran pertinentes para el desarrollo de este manuscrito. Por otra parte, se presentaron dificultades para coincidir en las sesiones de trabajo acordadas, asunto que solucionamos, mediante la comunicación electrónica y la audiograbación de dichas sesiones. Finalmente, el aspecto más importante y preocupante, fueron los desacuerdos que ponen en riesgo el trabajo colaborativo. Según Choi y Pak (2007), este trabajo puede verse obstaculizado por la falta de tolerancia, rigidez, falta de apertura de los integrantes y por cuestiones de poder. Desde nuestra experiencia, los desacuerdos, los roces, las disensiones se superaron

con soltura, sin que generaran obstáculos imposibles de superar, posiblemente por la cercanía de nuestras disciplinas, todas vinculadas al campo de las humanidades. Pero este asunto plantea nuevos retos, p.ej., cómo integrar a este ejercicio interdisciplinario a otros investigadores de disciplinas distintas que compartan el mismo interés por el proceso salud/enfermedad/atención (Choi y Pak, 2008); asimismo, cómo mantener la comunicación y el diálogo a partir de un objeto de estudio concreto para evitar que este aprendizaje se diluya.

De lo expuesto hasta aquí, uno de los aprendizajes más valiosos de esta experiencia fue que la información generada en la investigación a nivel comunitario se enriqueció con la mirada crítica y compartida entre disciplinas distintas (antropología social, historia de las mentalidades y psicología social), lo cual ofreció la posibilidad de reinterpretar los datos varias veces sin agotar el análisis; y aún cuando las investigaciones se realizaron en diferentes períodos y escenarios, nos encontramos con su validez que deviene de la historicidad de los *saberes*. En este ejercicio compartimos las experiencias similares de los actores sociales y significados a sus padecimientos y trayectorias de búsqueda de atención.

Al plantear los retos para impulsar la investigación interdisciplinaria en salud, es ineludible hacer referencia a las formas tradicionales de ejercer el poder en los grupos académicos e instituciones de salud (Choi y Pak, 2007). En este nivel observamos una discrepancia entre los discursos y las prácticas, ya que por un lado, se plantea la importancia del trabajo colaborativo a través de la formación de grupos y redes interinstitucionales, y por otro lado, en la práctica se observa una sobrevaloración del trabajo individual por encima del colectivo, p.ej., al privilegiar al primer autor de un artículo o al autor correspondiente como responsable de la investigación. ¿Qué ocurre en los trabajos de carácter interdisciplinario en que cada autor es responsable de su investigación como fue nuestro caso? ¿Con base en qué criterios se establece quién es el primer autor o el líder en la publicación? Sin duda, esto representa un desafío para las publicaciones que incorporan un abordaje interdisciplinario. Hasta donde fue posible tratamos de emplear criterios de democracia y equidad, así como mantenernos al margen de prácticas corporativas refuncionalizadas en el campo

de la investigación que privilegian una disciplina sobre otra o identifican como líder a quien tiene mayor jerarquía institucional. El principal reto de un ejercicio interdisciplinario es la re-significación del trabajo colectivo basado en la reciprocidad, entre la exigencia y la evaluación, entre la retórica y la práctica, de este modo, el orden de las autorías fue consensuado, y aún cuando no es lo deseable, recurrimos a una práctica tradicional que consiste en el grado de participación, pero sólo en la última redacción y de edición. Por último, reconocemos que si bien este ejercicio resultó enriquecedor para conocer los alcances del trabajo colectivo, siempre será mejor formular interdisciplinariamente el objeto de estudio, como lo propone González Casanova (2004) ya que el ejercicio que realizamos de interpretar los datos empíricos *a posteriori* redujo el nivel de profundidad del análisis.

Agradecimientos

Nuestro principal reconocimiento es para las mujeres que aceptaron participar en los tres estudios, sin quienes no habríamos desarrollado este manuscrito.

Al Conacyt, proyecto 82334, al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Referencias

ABOELELA, S. W. et al. Defining interdisciplinary research: conclusion from a critical review of literature. *Health Services Research*, Chicago, n. 42, p. 329-346, 2007.

ADELANTADO, J.; Y SCHERER, E. Desigualdad, democracia y políticas sociales focalizadas en América Latina. *Estado, Gobierno, Gestión Pública. Revista Chilena de Administración Pública*, Santiago, n. 11, p. 117-134, 2008.

BANCHS, M. A. Entre la ciencia y el sentido común: representaciones sociales y salud. En: RODRÍGUEZ SALAZAR, T.; GARCÍA CURIEL, M. L. (Eds.). *Representaciones sociales*. Teoría e investigación. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 2007. p. 219-253.

BANCHS, M. A. Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. *Papers on Social Representations*, Linz, n. 8, p. 3.1-3.15, 2000.

BLAIR, A. Social class and the contextualization of illness experience. En: RADLEY, A. *Worlds of illness: biographical and cultural perspectives on health and disease*. Canada: Taylor & Francis e-Library, 1993. p. 27-48.

BLAXTER, M.; PATTERSON, E. *Mothers and daughters: a three-generational study of health attitudes and behaviour*. London: Heinemann Educational Books, 1982.

BOLTANSKI, L. Les usages sociaux du corps. *Annales Economies, Sociétés, Civilisations*, Paris I., 1971. p. 205-233.

CASTRO, R. *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Morelos: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias - UNAM, 2000.

CONEVAL - Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Índice de rezago social 2005 y 2010 a nivel municipal y localidad*. Ciudad de México, 2010. Disponible en: <<http://web.coneval.gob.mx/Paginas/principal.aspx#UCPHzaDEKnA>>. Acceso en: 18 jun. 2013.

CHOI, B.; PAK, A. Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy. 2. Promotors, barriers, and strategies of enhancement. *Clinical and Investigative Medicine*, Ottawa, n. 301, p. 224-232, 2007.

CHOI, B.; PAK, A. Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy. 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and Investigative Medicine*, Ottawa, v. 291, p. 351-364, 2006.

CHOI, B.; PAK, A. Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy. 3. Discipline, inter-discipline distance, and selection of discipline. *Clinical and Investigative Medicine*, Ottawa, n. 311, p. 41-48, 2008.

- ESPINOSA, L. M.; YSUNZA, A. Enfermedades de filiación cultural en poblaciones afro-mexicanas de la Costa Chica oaxaqueña y guerrerense. *AM Rivista della Società Italiana de Antropologia Medica*, Perugia, v. 29-32, p. 153-182, 2010-2011.
- GOMES-DA-CONCEIÇÃO, M. C. Servicios de salud en México. Indicadores de Cobertura y Uso de Servicios. En: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13., 2002, Ouro Preto, MG. *Anais...* Campinas, SP: Abep, 2002.
- GONZÁLEZ-CASANOVA, P. *Las nuevas ciencias y las humanidades*. De la academia a la política. Madrid: Anthropos/IIS-UNAM/Editorial Complutense, 2004.
- JODELET, D. La representación social, fenómenos, concepto y teoría. En: MOSCOVICI, S. (Ed.). *La psicología social II*. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona: Paidós, 1986. p. 469-494.
- JODELET, D. Representaciones sociales: contribución a un saber sociocultural sin fronteras. En: JODELET, D.; GUERRERO, T. A. (Coord.). *Develando la cultura*. Estudios en representaciones sociales. México: Facultad de Psicología, UNAM, 2000. p. 7-30.
- KLEINMAN, A.; BENSON, M. La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina. *Monografías Humanitas Fundación Medicina y Humanidades Médicas*, Barcelona, v. 2, p.17-26, 2004.
- IBÁÑEZ, T. Representaciones sociales: teoría y método. En: Ibáñez, T. (Ed.). *Psicología social constructorista*. México: Universidad de Guadalajara, 2001. p. 153-216.
- LOLAS, F. Competencias bioéticas en los servicios de salud. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, Antioquia, v. 22, n.99 p. 79-86, 2004.
- MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A. Dialógica, Etnografía y educación en salud. *Revista de Saúde Pública*, Sao Paulo, v. 44, n. 3, p. 399-405, 2010.
- MENÉNDEZ, E. Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes, en Campos-Navarro, R. *La Antropología Médica en México*, Ciudad de México, p.141-18, 1992.
- MENÉNDEZ, E. La enfermedad y la curación ¿qué es la medicina tradicional? *Alteridades*, Ciudad de México, v. 4, n. 7, p. 71-83, 1994.
- MENÉNDEZ, E.; DI PARDO, R. *De algunos alcoholismos y algunos saberes*. Atención primaria y proceso de alcoholización. México: CIESAS, 1996.
- MENÉNDEZ, E. L. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social, Ciudad de México*, n. 14, p. 33-69, 2005.
- MINAYO, C. Interdisciplinariedad y pensamiento complejo en el área de la salud. *Salud Colectiva*, Lanús, v. 4, n. 1, p. 5-7, 2008.
- MORA-RÍOS, J. et al. The meanings of emotional ailments in a marginalized community in Mexico, City. *Qualitative Health Research*, Alberta, 18, p. 830-842, 2008.
- MOSCOVICI, S. *La psychoanalyse: son image et son public*. Paris : Presses Universitaires de France, 1961.
- SALAS, M. *La alimentación de bebés menores de seis meses: saber materno y doméstico y relaciones con el saber médico*. 2011. Tesis (Doctoral en Ciencias Sociales) - Colegio de Michoacán, Zamora, Michoacán.
- Secretaría de Salud y Asistencia. Gobierno de la Ciudad de México. *Agenda estadística 2008*. Ciudad de México: Gobierno del Distrito Federal. Secretaría de Salud del Distrito Federal-Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial-Dirección de Información en Salud, 2009.
- TOUMAALA, S. ¿Por qué reía Ana? Fenomenología y género en la historia oral, en más allá del trabajo, la risa. *Revista semestral del seminario de Historia oral del Departamento de Historia Contemporánea*, Barcelona, p. 37-48, 2005.

Recebido em: 19/09/2012

Aprovado em: 07/12/2012