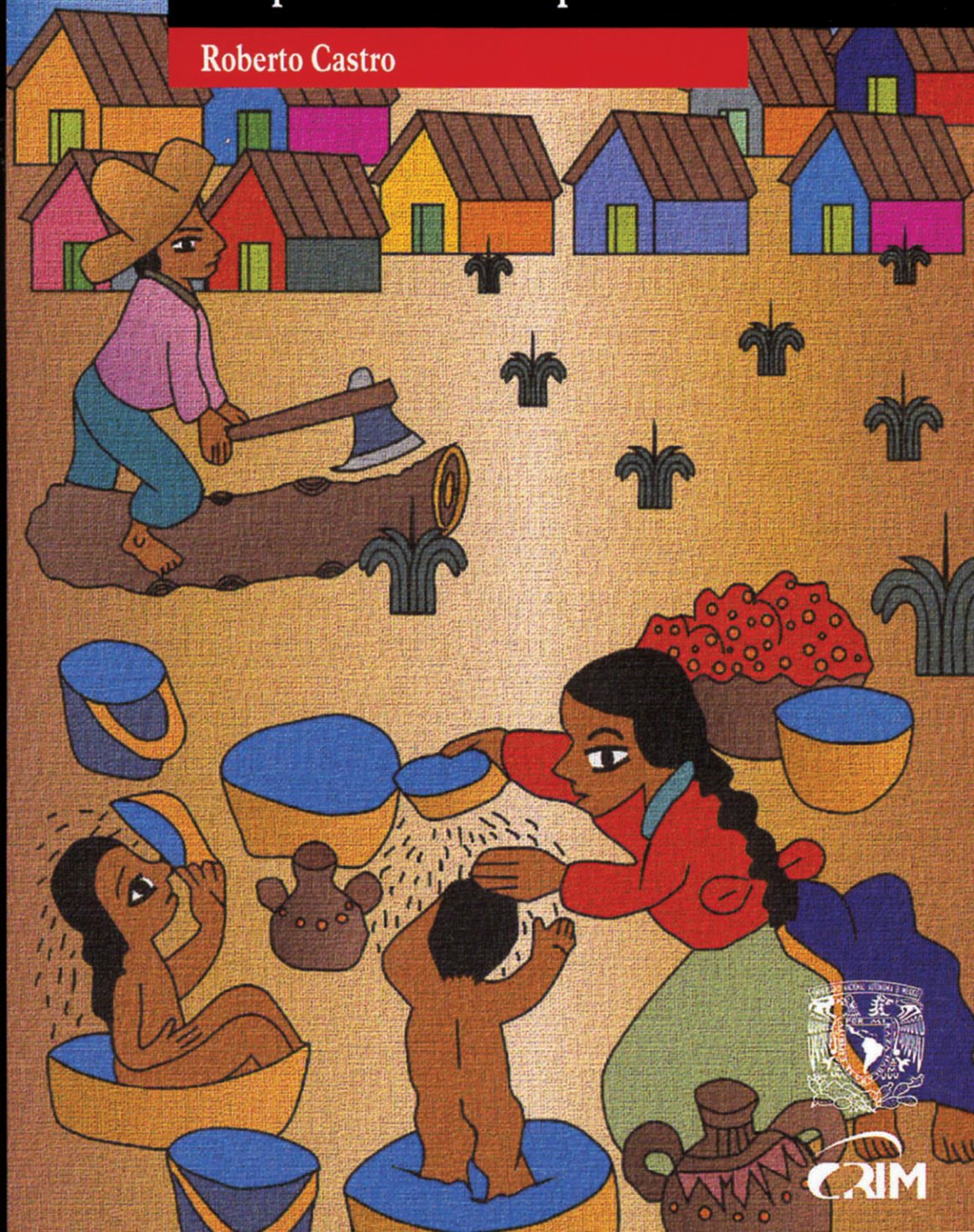


La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza

Roberto Castro



*L*a vida en la adversidad:

el significado de la salud
y la reproducción en la pobreza

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias
Av. Universidad s/n, Circuito 2, Col. Chamilpa, C.P. 62210,
Cuernavaca, Morelos, México
crim@servidor.unam.mx
www.crim.unam.mx

*L*a vida en la adversidad:

el significado de la salud
y la reproducción en la pobreza

Roberto Castro Pérez

Universidad Nacional Autónoma de México
Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias
Cuernavaca, Morelos, 2000

GN484.3 Castro Pérez, Roberto
C38 La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. / Roberto Castro Pérez. Cuernavaca: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 2000
539p.
ISBN: 968-36-7783-5

1. Salud reproductiva - Ocuituco (Morelos) - Aspectos sociales.
2. Salud - Conducta sexual - Ocuituco (Morelos) - Experiencias.

Catalogación en publicación: Martha A. Frías - Biblioteca del CRIM

Diseño de cubierta: Poluqui

Primera edición: 2000

Primera reimpresión: 2002

© Universidad Nacional Autónoma de México

Ciudad Universitaria, Delegación Coyoacán

C.P. 04510, México, D.F.

ISBN: 968-36-7783-5

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio
sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales

Impreso y hecho en México

Para Fernanda, Lorena y Paccelli,
por supuesto

Hablamos porque somos
mortales: las palabras
nos son signos, son años.
Al decir lo que dicen
los nombres que decimos
dicen tiempo: nos dicen,
somos nombres del tiempo.
Conversar es humano.

Octavio Paz,
fragmento de *Conversar*

Agradecimientos

Estoy en deuda, en primer lugar, con los habitantes de Ocuituco, que generosamente aceptaron compartir conmigo su tiempo y sus relatos, con frecuencia preguntándose para qué me podría servir lo que me contaban. Ojalá yo pudiera retribuirles tanto como lo que ellos me han dado. En la realización del trabajo de campo, la colaboración siempre competente y altamente profesional de Martha Loya fue crucial, sobre todo para entrevistar a las mujeres.

En la realización de esta investigación, además, he tenido la fortuna de contar, en diversos momentos, con la asesoría de Robin F. Badgley y de Mario Bronfman, así como con el apoyo decidido de personas como Santiago Funes, Julio Frenk, Enrique Ruelas y Carlos Santos-Burgoa.

La primera parte del trabajo de campo fue posible gracias a un financiamiento del Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación de la Organización Mundial de la Salud. La segunda parte del trabajo de campo fue financiada con una beca de la Fundación W.K. Kellogg. Y parte del análisis de la información fue apoyada con financiamientos tanto del CONACYT como del Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México.

Algunas secciones del capítulo V fueron publicadas originalmente en inglés en el *Social Science and Medicine* 41(7):1005-1022, bajo el título "The subjective experience of health and illness in Ocuituco: a case study", 1995. Se reproducen aquí con permiso de Elsevier Science. De igual manera, algunas secciones del capítulo VI fueron publicadas originalmente en inglés en *Culture, Medicine and Psychiatry* 22(2):

203-230, en coautoría con Enrique Eroza, bajo el título “Research notes on social order and subjectivity: individuals’ experience of *susto* and fallen fontanelle in a rural community in Central Mexico”, 1998. Se reproducen aquí con permiso de Kluwer Academic Publishers. Por otro lado, una parte del capítulo VII fue originalmente publicada en *Debate Feminista* 9(18): 105-130, bajo el título “Uno de hombre con la mujer es como una corriente eléctrica: subjetividad y sexualidad entre los hombres de Morelos”, 1998. Y finalmente, algunas secciones del capítulo VIII fueron publicadas en Stern, Claudio y Echarri, Carlos (coords.), *Salud Reproductiva y Sociedad. Resultados de Investigación*, México: El Colegio de México, 2000, en el capítulo titulado: “Formas de precariedad y autoritarismo presentes en la vivencia de la reproducción en el área rural de Morelos”, pp. 33-66. Se reproducen aquí con permiso de los editores.

Por último, el ambiente de concentración y productividad que prevalece en mi centro de trabajo, el CRIM, así como la cálida amistad que me brindan mis colegas, me ha hecho posible dar forma y contenido a este manuscrito y ofrecer a la crítica de los lectores sus resultados.

Contenido

Agradecimientos	11
Introducción: fragmento de un desencuentro discursivo en salud	13
I. Estructura y acción en la experiencia de la salud	23
Los enfoques racional-colectivistas o normativos	29
Estudios sobre el concepto de conducta frente a la enfermedad (<i>illness behavior</i>)	29
Estudios sobre la relación entre clase social y percepciones de salud	35
Las representaciones sociales y la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad	48
Representaciones sociales de la salud y la enfermedad en la historia	50
Representaciones sociales contemporáneas de la salud y la enfermedad	54
La experiencia de la salud reproductiva: estudios basados en los conceptos de género y medicalización	64
Los abordajes no-racional individualistas o interpretativos	73
Estudios sobre la experiencia de la salud y la enfermedad en general	74
Estudios sobre cultura y salud-enfermedad	83
Estudios sobre enfermedades crónicas	87
Estudios sobre salud de las mujeres	94
Nota sobre los abordajes no-racional colectivistas o hermenéuticos	101
Recapitulación	103

II. Teoría y métodos para un abordaje hermenéutico	109
El andamiaje conceptual	109
La recolección de la información	114
Registro, clasificación y selección de los informantes	114
Las entrevistas en profundidad	120
III. Ocuituco: el lugar donde los conejos viven en cavernas	123
Para llegar al lugar	123
Hombres y mujeres de carne y hueso	127
La pobreza y la marginación	131
La desigualdad de género en cifras	134
La medicalización de la comunidad como signo de los nuevos tiempos	137
Recapitulación: los rasgos básicos del contexto social de Ocuituco	141
IV. El contexto subjetivo	153
Sentido común y pobreza	155
La sensación de ser explotados	156
La sensación de incertidumbre	156
La sensación de opresión	162
Sentido común y desigualdad de género	164
Sentido común e identidad	172
Sentido común y cambio social	175
Sentido común y cambio en la economía	176
Sentido común y cambio en la educación	177
Sentido común y cambio en salud	178
Sentido común y cambio en la dinámica familiar	179
Recapitulación: la visión del mundo de los excluidos	181
V. La experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad	185
Los conceptos de salud y enfermedad	186
La experiencia subjetiva de los síntomas: el vínculo dolor-conocimiento	194
La experiencia subjetiva de las causas de la enfermedad	202
El azar y las enfermedades contagiosas	203
El agua: líquido vital que también trae la muerte	206
El trabajo: fuente de vida y de desgaste	210
Dieta: mantener la salud a pesar de no tener para comer	213
Accidentes: lo azaroso cotidiano	215

Conclusión: la experiencia de la salud
como contraste con la cotidianidad 219

VI. Susto y caída de la mollera: la experiencia
subjetiva de los padecimientos tradicionales 227

El análisis antropológico sobre el susto/pérdida
de la sombra y la caída de la mollera 228

La experiencia subjetiva del susto y la pérdida de la sombra 231

Etiología: las condiciones de vida y las causas del susto 231

Consecuencias: pérdida de la sombra y pérdida de la salud 233

Curación: sombras de un antiguo intercambio 237

El significado: articular un mundo inarticulado 239

Crear en el susto 242

La experiencia subjetiva de la caída de la mollera 244

Conclusión: el susto y la caída de la mollera como recursos
de adaptación frente a la adversidad 249

VII. La experiencia subjetiva de la sexualidad, la reproducción
y la anticoncepción 253

La sexualidad: la vigencia de un doble estándar moral 254

La experiencia de la reproducción entre los hombres 258

El temor al hijo ajeno 259

Hacerse embarazada 260

Parir para él 261

Presencia y capacidad decisoria del hombre 262

La experiencia de la reproducción entre las mujeres 264

Embarazo: precariedad y medicalización 264

Parto: autoritarismo y tendencia a la normalización 267

La experiencia de la anticoncepción entre los hombres 275

La experiencia de la anticoncepción entre las mujeres 281

Conclusión: el vínculo identidad-sexualidad-estructura social 285

VIII. La experiencia de sanar: las interacciones
con los prestadores de servicios de salud 289

Marginación y recursos de salud 290

El significado de buscar ayuda 291

Género y poder en las relaciones entre médicos y pacientes 299

Los significantes de las medicinas moderna,
tradicional y doméstica 306

Conclusiones: elementos para cuestionar un mito 324

IX. Conclusiones: el carácter social de la experiencia subjetiva de la salud y la reproducción	329
Inventario	331
El contexto social y la experiencia subjetiva de la salud y la reproducción	331
La visión del mundo y la experiencia subjetiva de la enfermedad	335
El punto de retorno: un intercambio final con la literatura	339
Del problema de la generalización de los hallazgos y sus implicaciones	346
Anexos	
Anexo 1. Listado de variables incluidas en el censo de población realizado en Ocuituco en 1988	351
Anexo 2. Guías de entrevista para el trabajo de campo de 1988 y 1992	352
Anexo 3. Procedimiento de análisis de las entrevistas en profundidad	356
Anexo 4. Listado de códigos generados para el análisis de las entrevistas	358
Obras consultadas	361
Índices	381

Introducción: fragmento de un desencuentro discursivo en salud

En el verano de 1988, mi asistente de investigación y yo realizábamos trabajo de campo en Ocuituco, una comunidad rural de Morelos, con el propósito de explorar las concepciones sobre la salud y la reproducción de sus habitantes. Una tarde tuvo lugar la siguiente conversación entre Martha, mi asistente, y una mujer de 29 años de edad, a quien llamaremos María, que usaba un dispositivo intrauterino (DIU):

Martha: ¿Y usted sabe cómo funciona el dispositivo?

María: No, yo no siento nada. No es que diga usted que me duele algo o que sienta yo algo, nada. No, nada.

Martha: Nada. ¿Pero le explicaron cuando se lo pusieron cómo le iba a...?

María: Nada. Nomás le digo a usted, iba yo cada mes. Me lo revisaban...

Martha: ¿Y cómo se imagina que funciona el aparato, cómo le hace para que usted no tenga hijos?

María: Ni me imagino, no le digo a usted que no me duele ni siento náusea, no sé cómo funciona.

Una conversación así nos obliga a preguntarnos con perplejidad: ¿están estas dos mujeres hablando de lo mismo? ¿qué hace posible que una pregunta de parte de la entrevistadora acerca del funcionamiento del dispositivo intrauterino —pregunta cuyo propósito era obtener una descripción racional de causa-efecto— provoque una respuesta basada

en sentimientos y sensaciones físicas? Para Martha, la entrevistadora, parece ser claro que las respuestas que va obteniendo no son del tipo de las que busca. De ahí su insistencia en reformular la pregunta de varias maneras a partir de tres entradas diferentes (¿usted sabe? ¿a usted le explicaron? ¿usted cómo se imagina?). Sin embargo, la respuesta de María, desde un principio, es claramente negativa. Lo que parece confundir a Martha no son las negativas en sí mismas, sino el conjunto de afirmaciones que las acompañan (“yo no siento nada”, “no me duele ni siento náusea”), que a primera vista parecen ser indicaciones de que la pregunta no ha sido claramente comprendida. María, por su parte, parece estar segura de que está ofreciendo el tipo de respuestas que se buscan; pruebas de ello son la consistencia de sus respuestas, el tono ligeramente exasperado que caracteriza a la respuesta que ofrece cuando la pregunta es formulada por tercera vez (“no le digo a usted que no me duele...”) y la frase tajante con que, acto seguido, concluye (“no sé cómo funciona”). El reconocimiento explícito, por parte de María, de que no sabe cómo funciona el DIU se ajusta, por fin, al marco de expectativas de respuestas con que Martha formula sus preguntas. Ello le permite a Martha dar por explorado el tema y —aunque esto no se aprecia en el fragmento citado— pasar a formular preguntas sobre otros temas.

Esta breve exploración da cuenta de la existencia de una complejidad mucho mayor en el diálogo anterior que la que una primera lectura permite sospechar. Si bien la entrevistadora formula sus preguntas interpretando, a partir de las respuestas que obtiene, que las mismas no han sido cabalmente comprendidas, parece ser ella, en realidad, quién no logra entender la lógica que articula y da sentido al discurso de la mujer entrevistada. Ante un desencuentro verbal como éste, hay que preguntarse si en realidad estas dos personas comparten la misma racionalidad, el mismo sentido común, el mismo “mundo” en términos de Schutz. Para analizar, desde la perspectiva de las ciencias sociales, respuestas del tipo como las ofrecidas por la mujer entrevistada, es necesario prescindir de cualquier presuposición que atribuya a la “ignorancia” o a la “falta de comprensión”, o a la mera “incongruencia” la explicación de lo que se presenta, en primera instancia, como carente de sentido. Por el contrario, el punto de partida debe ser lo que

Schutz denominó el postulado de la interpretación subjetiva (Schutz, 1974), esto es, hipotetizar que en el discurso de los entrevistados —por precario que parezca— hay siempre una lógica que articula sus expresiones, a través de las cuáles se expresa su subjetividad. Esta hipótesis metodológica no carece de sustento: suponiendo sin conceder que, en el caso del ejemplo anterior, la entrevistada no ha comprendido el sentido exacto en el que se le interroga, es claro que ajusta sus respuestas a partir de interpretar la pregunta en sus propios términos, de manera que sus respuestas tienen sentido, es decir, son adecuadas, dentro del marco de su propio sentido común, para el tipo de pregunta que se le ha formulado.

La tarea es desentrañar esa lógica y mostrarla como un producto socialmente construido, es decir, con vinculaciones claras con los arreglos sociales y las condiciones de vida predominantes. Si aceptamos que en un fragmento como el anterior no es clara de manera inmediata la razón por la que la mujer entrevistada hace referencias al dolor y a las sensaciones físicas para apuntalar su respuesta de que no sabe cómo funciona el DIU, podemos entonces preguntarnos: ¿cómo es posible un sentido común que permite formular respuestas a preguntas de tipo causa-efecto haciendo referencia al dolor, o a la sensación de náusea? ¿qué dicen este tipo de respuestas acerca de la experiencia subjetiva que los habitantes de Ocuituco tienen respecto a la salud y la enfermedad, así como respecto a la anticoncepción moderna? ¿qué visión del mundo subyace a una respuesta que permite esa lógica, y cómo se articula esa visión del mundo con las condiciones objetivas de vida?

El propósito de esta investigación es responder a estas preguntas para el caso de la comunidad de Ocuituco y, por generalización —como se verá en el capítulo final—, para las comunidades que participan de la misma raíz cultural que Ocuituco. Se trata de explorar, desde esta perspectiva, la manera en la que los individuos experimentan la salud y la enfermedad, así como la reproducción y la anticoncepción. Para hacerlo desde la perspectiva de las ciencias sociales, nos proponemos explorar de qué manera se articulan, en la perspectiva de los entrevistados, los elementos del discurso de la medicina moderna con los de sus antecedentes tradicionales, y de qué manera dicha articulación se ve influida por las condiciones objetivas de la vida cotidiana.

Uno de los temas emergentes de la sociología y la antropología médicas contemporáneas, es el estudio de la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad (Calnan, 1987; Fitzpatrick, 1984; Rogers, 1991). De hecho, desde etapas tempranas en la investigación sobre este tema, se estableció la hoy ya típica diferenciación entre enfermedad (disease) y padecimiento (illness). Cassell (1976) sostiene que “padecimiento” es lo que el paciente siente cuando va a ver al doctor, mientras que “enfermedad” es lo que tiene cuando va ya de regreso a su casa. De manera similar, Eisenberg (1977) afirma que mientras que la población en general sufre padecimientos, los médicos diagnostican enfermedades. La diferencia, pues, entre ambos conceptos, se refiere a una conceptualización especializada de las patologías del cuerpo (enfermedad), en comparación con la experiencia subjetiva (padecimiento) que los individuos tienen de tales patologías (Fabrega, 1972; Kleinman, 1980). En este trabajo haremos referencia, indistintamente, a la experiencia de la salud, o de la salud-enfermedad, además de la de la reproducción.

Debido a la multiplicidad y riqueza de su cultura, México es un campo especialmente apropiado para la investigación de este tema. Como se sabe, es común encontrar que los diferentes sectores de la población mexicana poseen sus propios conocimientos, creencias y costumbres acerca de la salud y enfermedad. En algunos casos, estos sistemas particulares de conocimiento derivan de las culturas indígenas locales y del sincretismo cultural que tuvo lugar después de la Conquista, en el siglo XVI.

Ocuituco es una comunidad rural de unos 3 200 habitantes, localizada aproximadamente a 90 km al sureste de la Ciudad de México.¹ La comunidad ha estado expuesta a la influencia de la medicina moderna durante los últimos 45 años, cuando el primer pasante de medicina que hacía su servicio social en la comunidad optó por establecerse definitivamente en el lugar y abrir su consultorio particular. Sin em-

¹ Los datos que se citan en esta sección fueron generados por el propio autor a través de un censo de población llevado a cabo en la comunidad. Esta información caracteriza a Ocuituco como era en 1988, durante la primera etapa del trabajo de campo. El capítulo 3 presenta en mayor detalle una descripción de la localidad.

bargo, ha sido sólo en los últimos 25 años que las autoridades estatales de salud han monitoreado con regularidad a la comunidad. Hace 20 años otra de estas estudiantes se estableció en Ocuituco después de terminar su servicio social y desde entonces ha estado proporcionando servicios de salud a esta comunidad, si bien en forma parcial debido a que trabaja de tiempo completo como médica en Cuautla, localidad muy cercana a Ocuituco. Además, durante los últimos 10 años la medicina moderna ha incrementado su presencia, sobre todo a partir de que dos médicos más (uno de ellos cardiólogo) se mudaron a Ocuituco con el propósito de brindar servicios de salud a la población.

En la actualidad, Ocuituco cuenta con un pequeño centro de salud a cargo de un pasante de medicina que es reemplazado anualmente, una enfermera y una promotora de salud, todos patrocinados por la Secretaría de Salud. Este equipo brinda gratuitamente servicios de salud a la población. Finalmente, Ocuituco cuenta con los servicios de varias parteras, curanderos y un huesero, varios de los cuales combinan su actividad como curadores con otras que les permiten completar su ingreso, como las faenas en el campo o la venta informal de pan o dulces.

Comparada con muchas otras poblaciones rurales de la región central del país, Ocuituco no parece tener ningún rasgo distintivo. Los habitantes de esta comunidad hablan español al mismo tiempo que participan de varias de las tradiciones de origen náhuatl; la población sobrevive básicamente mediante una economía campesina; y el acceso a la comunidad es relativamente cómodo a través de la carretera pavimentada que une a Yecapixtla con Tetela del Volcán.

Sin embargo, es precisamente el carácter común de esta población lo que la hace interesante para esta investigación, pues detrás de su aparente “comunalidad” existe toda una racionalidad, toda una visión del mundo que difiere de la propuesta por la medicina moderna y que todavía no ha sido comprendida. En este libro nos proponemos caracterizar esa racionalidad en el discurso de los actores y desentrañar la lógica con la que dan cuenta, narrativamente, de su experiencia de los fenómenos de la salud, de sus padecimientos, así como de la reproducción. Así pues, la hipótesis general de este libro es que la manera en la que los habitantes de Ocuituco dan significado a la salud y a la reproducción no solamente es el resultado de una combinación de

creencias tradicionales y de conceptos médicos modernos, sino que también está influida por elementos que provienen de otros niveles de realidad, como la situación económica prevaleciente (de pobreza para la mayoría de los habitantes) y las relaciones de género dominantes.

La naturaleza específica de esta obra puede definirse también mediante la diferenciación de este estudio de otros enfoques similares. Así, por ejemplo, ésta no es una investigación cuyo objetivo sea estudiar solamente los conceptos tradicionales sobre salud y enfermedad que han sobrevivido hasta la fecha; en este trabajo, más bien, habremos de explicar la forma en que tales concepciones se articulan con otros elementos de la realidad social, para conformar la racionalidad contemporánea de los habitantes de Ocuituco con relación a estos problemas. Como se verá, sin embargo, echaremos mano de los estudios antropológicos pertinentes relacionados con el tema de nuestro interés.

De igual manera, el propósito central de este trabajo no es únicamente documentar la opresión de las mujeres y sus condiciones de vida. Antes bien, la intención es entender este fenómeno como un elemento constitutivo de la percepción que los hombres y las mujeres tienen de sí mismos y, por extensión, de la manera en que tal construcción de la identidad genérica se articula con la experiencia subjetiva de la salud y la reproducción. Por ello, privilegiaremos un enfoque de género que nos permita discernir el vínculo existente entre las relaciones entre hombres y mujeres, y la experiencia subjetiva de la salud y la reproducción en la comunidad.

Este trabajo tampoco es una encuesta cuantitativa convencional que busque correlacionar estadísticamente escalas de actitud y opinión con indicadores económicos. Aquí se busca más bien explorar en profundidad de qué manera la pobreza y las condiciones restringidas de vida se reflejan en las expresiones cotidianas de estas personas; y cómo dichas condiciones constituyen un componente decisivo en la manera en la que los individuos le dan sentido a los fenómenos de salud y enfermedad. Para lograrlo, recurriremos a una caracterización sociodemográfica de la comunidad para establecer después las conexiones entre esta realidad y la experiencia subjetiva de la salud y la reproducción.

Finalmente, este estudio no es una investigación realizada desde la perspectiva de la “educación para la salud” orientada a evaluar las ne-

cesidades de “educación” en la comunidad, ni persigue el fin de obtener elementos que sirvan para incentivar la utilización de los servicios de salud modernos por parte de los individuos. Los resultados de esta investigación, más bien, habrán de permitirnos comprender mejor cómo se han articulado los conceptos médicos modernos en una racionalidad comunitaria preexistente que se nutre de otros elementos de la realidad, como son los saberes médicos tradicionales y las condiciones materiales de vida.

El ejemplo presentado al inicio de esta introducción muestra que cuando se habla desde la perspectiva médica moderna, cuando se asume como universal la misma visión del mundo que el discurso médico moderno proclama como cierta, no se establece necesariamente una comunicación adecuada con individuos como los habitantes de Ocuituco. Si este tipo de desencuentros discursivos son comunes, ¿qué formas de sufrimiento de estas personas escapan a la mirada y al entendimiento de la medicina moderna? ¿qué nuevas formas de dolor emergen cuando se les proporcionan servicios médicos bajo los supuestos de la medicina moderna?

Para lograr su cometido, el libro se divide en varios capítulos. El primero presenta una propuesta de clasificación y un análisis de la literatura producida, tanto desde la antropología como de la sociología médicas, en torno al problema de la determinación social de la experiencia subjetiva de la salud, la enfermedad y la reproducción. Se trata de un capítulo cuya lectura puede obviar el lector no especializado, pero que puede ser de mucho interés tanto para los estudiosos del tema, como para aquellos interesados en contar con un mapa actualizado de este campo. Pese a su extensión, el capítulo es selectivo, esto es, no pretende ser exhaustivo en la discusión de los trabajos existentes en el área. Y es también propositivo: busca identificar los principales aportes así como las debilidades más serialadas de tales trabajos, a partir de la cuestión que nos interesa aquí: establecer con la mayor claridad y rigor posibles la naturaleza del vínculo existente entre el orden social y la experiencia subjetiva de los individuos en torno a la salud y la reproducción. El capítulo termina con una recapitulación de los aportes que retomamos de las investigaciones revisadas, y que dan pie a la formulación de nuestra propia aproximación al tema.

El segundo capítulo presenta en forma sistemática el abordaje teórico y metodológico que se utiliza en este proyecto. Se propone ahí que el vínculo entre el orden social y la experiencia subjetiva de la salud y la reproducción debe reconstruirse distinguiendo tres niveles de realidad: en primer lugar, el contexto sociodemográfico donde se desenvuelven cotidianamente los actores de nuestra investigación; en segundo lugar, la visión del mundo —o sentido común que dichos actores tienen de su propia cotidianidad y que funciona como mediación entre las determinaciones estructurales y la experiencia subjetiva; y en tercer lugar, la experiencia subjetiva, propiamente tal, de los temas de nuestro interés.

Consecuentemente, los capítulos tercero y cuarto contienen, respectivamente, la descripción del contexto sociodemográfico de Ocuituco, y la reconstrucción de los rasgos más sobresalientes del sentido común de sus habitantes. Una vez caracterizados estos dos niveles de realidad, e identificadas las principales formas de vinculación entre ambos, el libro da paso a la exposición de nuestros propios hallazgos. Así, el capítulo quinto contiene un análisis del significado que los individuos atribuyen a la noción general de “salud”, así como de las causas que desde su perspectiva se vinculan con más frecuencia al origen de la enfermedad. Este análisis, y los que se presentan en los capítulos subsecuentes de este libro, se realiza siempre buscando identificar la manera en que dicha experiencia subjetiva se vincula con los dos niveles de realidad descritos en los capítulos anteriores. El capítulo sexto se enfoca a la experiencia subjetiva de padecimientos tradicionales como el susto/pérdida de la sombra y la caída de la mollera. Para fundamentar adecuadamente nuestro proceder, en el mismo capítulo se presenta una breve revisión de la literatura sobre el tema de los padecimientos tradicionales en la región.

Por su parte, en el capítulo séptimo se analiza la experiencia subjetiva que tienen los individuos —hombres y mujeres de la sexualidad, la reproducción y la anticoncepción.

El capítulo octavo se centra en la experiencia de sanar, esto es, en el proceso de búsqueda de atención y recuperación de la salud, así como de los significados que los habitantes de esta localidad atribuyen a la atención médica moderna. Finalmente, el libro concluye con un

análisis de las principales implicaciones teóricas y empíricas de los hallazgos presentados a lo largo de la investigación, así como con una argumentación sobre la posibilidad de generalizar, más allá de Ocuituco, los hallazgos aquí reportados.

Las evidencias sobre las que se basa la mayor parte del análisis de este libro están constituidas por segmentos literales del discurso de los individuos entrevistados. En ellos están contenidas sus diversas maneras de nombrar el mundo de la salud y la reproducción, además de su propia cotidianidad; en ellos, por lo tanto, se refleja el sentido profundo de los significados que atribuyen a estas cuestiones. La lectura de cada uno de ellos es imprescindible para que el lector pueda seguirnos fielmente en la interpretación que ofrecemos a cada paso y, consecuentemente, en las conclusiones que en cada capítulo ofrecemos como las más plausibles.

La resolución del enigma planteado al inicio de esta introducción se irá dando en la medida en que avancemos en el desarrollo de nuestra investigación. En algún punto, hacia la mitad de la obra, veremos esclarecido el problema, si bien únicamente para atestiguar que nuevas interrogantes se van formulando. La vocación por esclarecer el mayor número de ellas le da vida y aliento al esfuerzo científico, de más de una década de duración, que representa este trabajo.

I. Estructura y acción en la experiencia de la salud

La literatura existente sobre cómo se constituye socialmente la experiencia subjetiva de la salud, es vasta y diversa. El propósito de este capítulo es revisar los estudios —tanto sociológicos como antropológicos— más relevantes que se han realizado en el área de la experiencia subjetiva de la salud-enfermedad y la reproducción, y los factores sociales que se relacionan con la manera en que estas experiencias se articulan. Al hacerlo, distinguiremos los abordajes estructurales y los interpretativos, mostrando los alcances y las limitaciones de cada uno de ellos.

Además de la revisión general que presentamos en este capítulo, en el capítulo sexto incluiremos una revisión complementaria sobre los principales padecimientos tradicionales existentes en la comunidad.

Se han realizado muchos estudios sobre estos temas, cubriendo una amplia gama de perspectivas disciplinarias. Algunos trabajos se han hecho desde un punto de vista filosófico (Buchanan, 1989), médico (Simons, 1985), o literario/narrativo (Brody, 1987); otros más privilegian la perspectiva de la enfermería (Morse y Johnson, 1991), y otros cumplen un fin meramente testimonial (Rosenberg, 1980).

Pero lo que nos interesa aquí es el análisis de los estudios que privilegian las perspectivas sociológica y antropológica en el estudio de la experiencia subjetiva de la salud-enfermedad y la reproducción. Al adoptar estos enfoques disciplinarios, lo que buscamos es explorar cómo se ha teorizado desde la sociología y la antropología la existencia de diversas formas de experiencia subjetiva en torno a estas cuestiones.

Esto es, queremos explorar el tipo de vínculos que se han propuesto como plausibles entre las grandes determinaciones macro-sociales y la subjetividad de los individuos: ¿cómo experimentan los individuos la salud y la enfermedad? ¿qué fuerzas sociales son cruciales en la generación de tales experiencias?

La pregunta no es ingenua pues supone un posicionamiento respecto al problema de la acción y el orden social, cuestiones centrales de la teoría social contemporánea (Alexander, 1992). El problema de la acción se refiere a la naturaleza de los actores sociales y exige una definición metateórica acerca de si las conductas de los individuos son básicamente el resultado de imposiciones externas a ellos (individuos racionales), o si por el contrario los actores sociales cuentan en principio con un margen de libertad y creatividad individual para decidir el curso de sus acciones (individuos no racionales, de acuerdo con Alexander).

El problema del orden, en cambio, se refiere a la naturaleza de las regularidades y los patrones sociales, y exige una definición acerca de si los mismos existen previamente a los individuos —y por lo tanto los moldean— (abordajes colectivistas) o si por el contrario son las consecuencias de las múltiples interacciones individuales, la suma de las cuáles resulta en el orden social existente (abordajes individualistas).

Se trata de dos problemas independientes que al combinarse generan por lo menos cuatro tipos generales de escuelas sociológicas (Cuadro 1.1). Para el problema que nos ocupa, sin embargo, los enfoques relevantes se pueden reducir a tres. Esto es así porque el enfoque racional-individualista corresponde básicamente a la teoría del intercambio dentro de la teoría social. Pero dentro de esta corriente, no

CUADRO 1
LOS PROBLEMAS DEL ORDEN Y LA ACCIÓN SOCIAL EN EL ESTUDIO
DE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

<i>El problema de la acción</i>	<i>El problema del orden</i>	
	<i>Colectivistas</i>	<i>Individualistas</i>
Racionales	Enfoques normativos	(sin explorar)
No racionales	Enfoques hermenéuticos	Enfoques interpretativos

existen estudios de sociología o antropología médicas que exploren la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad. Nos quedan entonces tres perspectivas. Los enfoques racional-colectivistas, o *normativos*, que contemplan a la subjetividad de los individuos como una categoría marginal, o como una variable dependiente, en virtud de que “se entiende que la respuesta del actor se puede predecir a partir del análisis de su ámbito externo” (Alexander, 1992: 20). Los enfoques no racionales-individualistas, o interpretativos, que albergan a corrientes como el interaccionismo simbólico y la etnometodología, y que centran su análisis en la pretendidamente libre subjetividad de los individuos, si bien al costo de ignorar, en mayor o menor medida, la existencia de un orden social externo a los mismos. Y los enfoques no racionales-colectivistas, o hermenéuticos, que, como argumentaremos a lo largo de este libro, ofrecen la mejor perspectiva para abordar el tema de nuestro interés, pero que se encuentran prácticamente inexplorados.

El problema de la vinculación entre orden social y experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad ha sido estudiado básicamente desde éstas tres perspectivas. Por una parte, los enfoques racional-colectivistas o *normativos* que proclaman que a la ciencia social le interesa, ante todo, el estudio científico de los hechos sociales, esto es, de aquellos “modos de actuar, de pensar y de sentir exteriores al individuo y que poseen un poder de coerción en virtud del cuál se le imponen” (Durkheim, 1978: 31).

Por otra parte, los enfoques no racional-individualistas o *interpretativos*, que proponen que desde las ciencias sociales se busca comprender empáticamente la acción social. “Por ‘acción’ debe entenderse una conducta humana (bien consista en un hacer externo o interno, ya en un omitir o permitir) siempre que el sujeto o los sujetos de la acción *enlacen* a ella un *sentido* subjetivo. La ‘acción social’, por tanto, es una acción donde el sentido mentado por su sujeto o sujetos esté referido a la conducta de los *otros*, orientándose por ésta en su desarrollo” (Weber, 1981: 5. Cursivas en el original).

Y por último, los enfoques no racional-colectivistas, que postulan que “cada individuo es un punto donde convergen redes de relaciones: estas relaciones atraviesan los individuos, existen dentro de ellos, pero también trascienden la vida de ellos y poseen una existencia in-

dependiente y un desarrollo propio” (Dilthey, 1976:179). En contraste con los dos enfoques anteriores, los abordajes no racional-colectivistas postulan más abiertamente la existencia interdependiente de ambos niveles de realidad.

En términos esquemáticos, se pueden identificar estos tres enfoques generales a pesar de la ocurrencia de varias alternativas intermedias entre ellos (Dawe, 1971). En consecuencia, la literatura se puede ordenar primeramente, de acuerdo al abordaje principal, normativo, interpretativo o hermenéutico utilizado por los autores. Esta clasificación es útil aunque, como en nuestro caso, la revisión de la literatura incluya trabajos elaborados tanto desde una perspectiva sociológica como antropológica.¹

Los enfoques *normativos* tienden a hacer hincapié en el papel que los factores sociales (cultura, sistemas cognoscitivos, estructura social, etc.) juegan en la constitución de las percepciones subjetivas. Dicho en otras palabras, la experiencia de los individuos se considera más bien una variable dependiente que puede ser explicada por otras fuerzas sociales. Por supuesto, no todos los enfoques normativos en sociología comparten una perspectiva durkheimiana. Existen algunas tradiciones que también pueden considerarse como normativas en su orientación teórica general, que ciertamente mantienen una postura crítica frente a Durkheim (por ejemplo, la tradición marxista y algunas ramas de la teoría feminista). Con todo, lo que todas estas tradiciones tienen en común es la importancia que le otorgan al aspecto normativo de los fenómenos sociales. Para los propósitos de esta revisión de la literatura, los enfoques normativos, por su parte, se pueden dividir en varias tradiciones específicas: las primeras tres de ellas se concentran en la exploración de la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad en general, mientras que la cuarta se refiere básicamente a la experiencia subjetiva de la salud reproductiva. Ellas son: estudios basados

¹ Esta taxonomía busca dar cuenta de los principales estudios realizados sobre la vinculación entre el orden social y la experiencia de la enfermedad. Es un error presumir una mayor validez de otras clasificaciones, como lo hace Mercado (1996, pp. 38), cuando dichas clasificaciones obedecen a un fin diferente al que aquí nos ocupa.

en el concepto *de conducta frente a la enfermedad* (illness behavior);² 2) estudios basados en el concepto de *clase social* y su impacto sobre las percepciones de salud y enfermedad; 3) estudios basados en el concepto de *representaciones sociales* de la salud y la enfermedad; y 4) estudios basados en los conceptos de *medicalización y patriarcado*.

Como veremos más adelante, la ventaja de los enfoques normativos es su capacidad para vincular diferentes factores sociales con la experiencia subjetiva de la salud de los individuos. Esta vinculación se logra, sin embargo, a costa de hacer a un lado algunas de las capacidades creativas de los actores, que son descritos como “juguetes de una ilusión de libertad” (Durkheim, 1978: 32).

Los enfoques *interpretativos*, por otro lado, destacan la capacidad de los actores de dar significado a diferentes situaciones sociales y de actuar, no sólo “reaccionar”, en consecuencia. Tradiciones sociológicas como el interaccionismo simbólico y la etnometodología, y escuelas antropológicas, como la antropología interpretativa, son las más relevantes a este respecto. Estos enfoques se concentran en *la comprensión interpretativa* de la experiencia humana real, es decir, en las maneras específicas en la que los individuos sienten, perciben y definen los diferentes aspectos de la vida social, de manera que se transforman en experiencias significativas para ellos. En el área que nos interesa, estos enfoques iluminan aspectos importantes acerca de las dimensiones intersubjetivas de la vida social, al presentar a los actores sociales como individuos plenamente creativos, con la capacidad de ejercer su libertad y de influir en el curso de los eventos en todo momento. Con todo, con frecuencia esto se logra a costa de sacrificar, en términos analíticos, el papel de la estructura social como determinante o, por lo menos, como factor que debe ser considerado como condicionante de la libertad individual. Los enfoques interpretativos también se pueden dividir en subcampos específicos, de los cuáles los tres primeros se refieren a la experiencia de la salud y la enfermedad en general y el último a la experiencia de la salud reproductiva, a saber: 1) estudios

² Traducido literalmente, illness behavior significa “conducta frente a la enfermedad”. El concepto también es traducido como “carrera del enfermo” y se aplica en estudios sobre utilización de servicios (Bronfman *et. al.*, 1997).

holísticos sobre la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad; 2) estudios sobre cultura y salud-enfermedad; 3) estudios sobre la experiencia de las enfermedades crónicas; y 4) estudios que se centran en la salud de la mujer.

Los enfoques *hermenéuticos*, por último, constituyen una tentativa de combinación del orden colectivo de los abordajes normativos con la acción creativa y emotiva de los enfoques interpretativos. Se trata de una alternativa que sólo puede existir bajo la forma de un delicado equilibrio conceptual que evite sucumbir al espectro del determinismo o a la relevancia exagerada de la capacidad creativa de los individuos. Este enfoque, como veremos al final de este capítulo, apenas ha sido explorado en el estudio social de la experiencia de la salud mental, por lo que nuestra revisión de la literatura se centrará ante todo en los dos abordajes mencionados más arriba. Propondremos que una acción combinatoria de este tipo, que articule las determinaciones colectivas con la libertad interpretativa de los individuos, constituye una prometedora solución al dilema que los enfoques normativo e interpretativo plantean. Pero veremos que dicha solución es plausible sólo en la medida en que se dé plena cabida a las determinaciones de orden material; esto es, sólo en la medida en que adopte de una manera heterodoxa las posibilidades de la perspectiva hermenéutica.

En la siguiente revisión de la literatura se presentará una discusión de las contribuciones y limitaciones más significativas de cada una de las dos perspectivas utilizadas hasta la fecha —la normativa y la interpretativa, a partir del análisis de trabajos tanto sociológicos como antropológicos. No todos los estudios que se revisan tienen como objetivo principal examinar la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad. En algunos casos, este objetivo es solamente un medio para alcanzar otra meta; en otros, es solamente un resultado indirecto. Esto aplica en particular al caso de los estudios feministas, que tienden a centrarse en el área de la reproducción, más que a dirigirse directamente a la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad. Empero, vale la pena revisar este conjunto de estudios a manera de aclarar su contribución para esta investigación.

LOS ENFOQUES RACIONAL-COLECTIVISTAS O NORMATIVOS

Estudios sobre el concepto de conducta frente a la enfermedad (*illness behavior*)

Basándose en la formulación de Parsons del “papel del enfermo” (Parsons, 1951), pero buscando superar algunas de sus limitaciones, Mechanic desarrolló la noción de “conducta frente a la enfermedad (*illness behavior*)” para dar cuenta de la manera diferencial en que los síntomas son percibidos y evaluados y de la forma en que diferentes individuos actúan, o dejan de actuar, en consecuencia (Mechanic, 1961). Éste es el concepto más interpretativo dentro de la tradición funcionalista (que no es un enfoque interpretativo), en el área de la sociología médica. El concepto fue propuesto para abrir paso a la innegable realidad de que los individuos son capaces de dar significado e interpretar sus circunstancias, en este caso, aquellas circunstancias relacionadas con la salud y la enfermedad, y de comportarse de acuerdo con ello.

Existen por lo menos tres estudios considerados actualmente como “clásicos”, que deben tomarse en cuenta al revisar esta tradición. El primero, elaborado en el marco de la antropología médica, es el estudio de Zborowski³ sobre los “componentes culturales en la respuesta al dolor” (Zborowski, 1958). Si bien es cierto que Zborowski no usó de manera explícita el concepto de conducta frente a la enfermedad —dado que dicho concepto no había sido desarrollado todavía— también es verdad que este estudio encaja perfectamente en la tradición que nos ocupa, si no por otra cosa porque Mechanic se basó en éste, entre otros, para desarrollar el concepto de *illness behavior*.

Zborowski intentó explorar cómo los diferentes antecedentes culturales de los individuos dan como resultado formas diferenciales de reaccionar al dolor. Comparó cuatro grupos etno-culturales

³ Kleinman y cols. (1992) observan que, en realidad, antes de Zborowski, otros antropólogos como W.H.R. Rivers y Erwin Ackerknecht exploraron la relación entre cultura y experiencia del padecimiento. Coinciden, sin embargo, en que el de Zborowski se ha vuelto el estudio más citado en el campo.

en Nueva York: judíos, italianos, irlandeses y “americanos viejos” (es decir, de inmigración no reciente). Su hipótesis principal era que el bagaje cultural proporciona a los individuos un conjunto de normas y orientaciones personales que conforman la manera en que se percibe y reacciona frente al dolor. Zborowski propuso que es importante distinguir entre “expectativa del dolor” y “aceptación del dolor”, donde esta última categoría analítica permite una mejor observación de la influencia cultural. Al igual que en la mayoría de los estudios que se centran alrededor del concepto de conducta frente a la enfermedad, el interés principal de Zborowski no fue la experiencia subjetiva del dolor en sí, sino las “regularidades en las reacciones y actitudes hacia el dolor, características de los cuatro grupos” (p. 259). En otras palabras, el autor analizó la experiencia subjetiva del dolor con relación en las consecuencias prácticas que genera, es decir, a los comportamientos diferenciales que surgen de ella. Desde esta perspectiva, encontró que tanto italianos como judíos tenían un bagaje cultural que permitía una expresión más abierta de los sentimientos, al comparárseles con los irlandeses y los norteamericanos. Sin embargo,

mientras que los pacientes italianos parecían preocupados principalmente por lo inmediato de la experiencia del dolor y les molestaba la sensación dolorosa en sí, que experimentaban en una situación dada, la preocupación de los pacientes de origen judío se concentraba principalmente en la importancia del dolor en relación con su enfermedad, bienestar y eventualmente el bienestar de sus familias (p. 261).*

Estas diferencias, a su vez, poseen implicaciones prácticas: mientras que para los italianos la prioridad de acción era aliviar el dolor mismo, para los judíos era concentrarse en el origen del dolor. Por otra parte, se encontró que los pacientes irlandeses eran más estoicos de conformidad con sus valores culturales de restricción— mientras que los norteamericanos estaban más preocupados con los efectos incapacitantes del dolor —de conformidad con sus tradiciones que

* Los textos originalmente en inglés que se citan a lo largo de este libro son traducción libre del autor.

enfatan el valor del trabajo. Zborowski advierte con sumo cuidado que no se puede concluir a partir de este estudio que la cultura es la variable única que puede explicar reacciones diferenciales ante el dolor. Por el contrario, además de este factor, otras variables, como el nivel socioeconómico, la educación y las prácticas religiosas, moldean también de manera significativa las reacciones de un individuo ante el dolor. Con base en sus observaciones, Zborowski concluye que “las reacciones similares ante el dolor, manifiestas en miembros de diferentes grupos etnoculturales, no son necesariamente reflejo de actitudes similares ante el mismo,” ya que “patrones de reacción, similares en términos de sus manifestaciones, pueden tener funciones diferentes y servir propósitos diferentes, en culturas diferentes” (p. 263).

Otro estudio dentro de esta tradición es el realizado por Zola, que examina la manera en que los pacientes irlandeses e italianos presentan sus síntomas ante el doctor (Zola, 1966). El objetivo de este estudio es demostrar la “existencia de un proceso selectivo de lo que el paciente trae al doctor” (p. 620). La idea es confirmar la influencia de la cultura (medida en términos del grupo étnico al que el individuo pertenecía) en la selección y presentación de síntomas ante el médico.

En este trabajo, al igual que en el anterior, se asume que la existencia de las fuerzas sociales que rodean a los individuos determinan lo que perciben y sienten y, por consiguiente, la manera en la que “le dan nombre” a sus síntomas médicos. El bagaje cultural se presenta como el principal factor determinante, responsable de esta variabilidad. Entonces, la hipótesis principal es que ese bagaje cultural determina de manera importante la manera en que se experimentan y presentan los síntomas relacionados con una misma enfermedad clínica (en relación con ojos, oídos, nariz o garganta). Zola entrevista a una muestra de pacientes italianos e irlandeses que esperaban ser atendidos por el médico. Encuentra a lo largo de esta investigación que había más irlandeses que italianos que tendían a ubicar sus problemas principales en áreas específicamente determinadas (como los ojos, oídos, nariz o garganta), mientras que los italianos mostraban una tendencia a ser más genéricos. Los pacientes irlandeses tendían a limitar y a entender sus dificultades, mientras que los italianos, a expandirlas y a generalizarlas. Se hizo una comparación de algunas de las respuestas textuales de los

irlandeses y los italianos, a una misma pregunta del médico, en la cual había una variación sistemática de percepciones corporales y sintomatológicas, y en la manera en que éstas se comunicaban. La hipótesis del autor es que los valores de la sociedad se reflejan en esta manera diferencial de comunicar y hablar de los síntomas. Así se explica que la tendencia de los italianos a exagerar sus síntomas se asocia con un mecanismo de defensa cultural llamado dramatización. Por el contrario, los irlandeses tienden a limitar y a definir sus síntomas por cuestiones vinculadas a su cultura, que se caracteriza esencialmente por una vida cotidiana de restricción y ahorro. Con base en esta evidencia, Zola concluye haciendo hincapié en el papel que juegan los antecedentes socioculturales en la explicación de la definición y respuestas diferenciales a problemas médicos similares.

Finalmente, Suchman llevó a cabo un tercer estudio, dentro de esta tradición, sobre las variaciones sociomédicas entre grupos étnicos (Suchman, 1964). Comparó seis subgrupos étnicos que vivían en Nueva York, a saber, negros, portorriqueños, judíos, protestantes, católicos y católicos irlandeses. A diferencia de los dos estudios anteriores, Suchman se basó principalmente en abordajes cuantitativos. Aunque, al igual que en los otros dos, centró su análisis en el concepto de comportamiento frente a la enfermedad y en la manera en que las diferentes fuerzas sociales determinan y explican las diferencias dentro de esta variable. Suchman encuentra que la “cohesión social” de un grupo étnico, un grupo de amigos o una familia, se relaciona directamente con la probabilidad de desarrollar o preservar un conocimiento local acerca de la enfermedad, diferente, o por lo menos independiente, del conocimiento que caracteriza a la medicina moderna. De la misma manera, esas variables están directamente asociadas con una postura de escepticismo hacia la atención médica profesional y de dependencia durante la enfermedad. El autor va más allá todavía para argumentar que la cohesión social es una variable que explica de mejor manera las variaciones observadas en las respuestas sociomédicas que la etnicidad o la clase social. Asimismo, subraya de tal manera el papel que estos tipos de factores sociales juegan en la conformación de las percepciones y orientaciones médicas subjetivas, que concluye que la única manera de incorporar a los miembros de estos grupos étnicos a una

racionalidad médica moderna (y así motivarlos a recibir los beneficios de los servicios médicos modernos) es “remover” todas las demás barreras que impiden la participación plena de estos individuos en otros aspectos de la sociedad norteamericana.

Siguiendo la pauta de estos estudios clásicos, se ha llevado a cabo una gran cantidad de estudios para investigar el concepto de conducta frente a la enfermedad (Honig-Parnass, 1981; Segall, 1976; León-Telles, 1981). Sin embargo, este concepto se enfoca sólo de manera indirecta a la cuestión de la experiencia subjetiva de la enfermedad, debido a que, como ya se ha propuesto en otros trabajos, el objetivo central del concepto es explicar el proceso de búsqueda de atención médica (McHugh y Vallis, 1986: 1). El supuesto es que estos comportamientos son el resultado natural de patrones específicos de experimentar la enfermedad, experiencia que, a su vez, “es conformada por factores socioculturales y sociopsicológicos, sin importar sus bases genéticas, fisiológicas y biológicas” (Mechanic, 1986: 101).

Crítica

La contribución de estos trabajos a la exploración sociológica de las experiencias subjetivas de salud y enfermedad es más bien limitada. El problema radica en la manera en que se construye el concepto de “conducta frente a la enfermedad”. En primer lugar, enfocarse en los *comportamientos* como el fenómeno que debe observarse da como resultado una manera mecanicista de entender los fenómenos sociales. Los que utilizan este concepto se enfrentan a la decisión de considerar los comportamientos reales como el problema por estudiar —y por consiguiente suponen que la correspondencia entre significados y comportamientos subjetivos es tan directa, que los primeros se pueden ignorar o que se pueden asumir como explicables a través de la observación de los segundos o de considerar las interpretaciones subjetivas como el problema de interés, aunque suponiendo que la única manera de observarlas, aunque indirectamente, es mediante el estudio de los comportamientos que producen. Como señala Kleinman, mientras que el concepto de “padecimiento” (*illness*) significa la manera en

que un individuo dado percibe, convive y responde a los síntomas, el concepto de conducta frente a la enfermedad (*illness behavior*) “es meramente la manera en la que científicos sociales han hecho operacional a los padecimientos, en los términos analíticos de un lenguaje del comportamiento social, legitimado hace relativamente poco tiempo” (Kleinman, 1986:151). Esta insistencia en concentrarse en hechos “observables”, como los comportamientos, en vez de fenómenos menos tangibles como son los significados subjetivos, ha sido heredada de una postura positivista que caracteriza a la tradición sociológica a la que pertenece este concepto. No es casualidad que el concepto de conducta frente a la enfermedad haya sido relacionado con el estudio de la utilización de los servicios de salud y con los intentos (fallidos) de desarrollar “leyes científicas” en esta área (Dingwall, 1976).

En segundo lugar, análisis como los arriba descritos oscilan entre un abordaje puramente lógico-deductivo (en el cual se asume que los factores sociales determinan el comportamiento de los individuos) y uno más interpretativo. Ciertamente, debe cuestionarse si la “conducta frente a la enfermedad” no es un concepto “residual” (Alexander, 1992), más bien ajeno al marco de referencia teórico general al cual supuestamente pertenece y que es introducido “por la puerta de atrás” para poder explicar un conjunto de fenómenos, como son los factores subjetivos, que no son plenamente contemplados dentro del marco conceptual original. La ambivalencia de estos análisis tiene sus costos: indudablemente, esta metodología no permitiría a los autores obtener un entendimiento más profundo, de una manera más holística, sobre cómo interpreta y vive cada grupo étnico sus problemas de salud. Quizá esa sea la razón por la que, por ejemplo, en la última sección de su artículo, Zola únicamente puede especular acerca de las razones por las cuales existe tal variedad de maneras de presentar los síntomas. Desde este punto de vista, se puede observar en estos trabajos la ausencia de un análisis contextual a nivel micro. En otras palabras, dado el abordaje teórico y metodológico seleccionado, los autores no discuten (y ciertamente *no lo pueden discutir*) ni los particulares de la interacción intersubjetiva dentro de cada grupo étnico, de acuerdo con la manera en la que los individuos interpretan sus síntomas y se comportan en consecuencia, ni la experiencia subjetiva en sí, representada desde la

perspectiva del individuo. Más aún, el método, predominantemente cuantitativo de varios de estos estudios resulta un obstáculo para la adecuada construcción del objeto. Como Zola mismo lo reconoció años después, cuando se trata de estudiar la experiencia subjetiva de la enfermedad,

muchos de los instrumentos convencionales van en detrimento de este objetivo. Las listas de verificación de síntomas son un buen ejemplo de ello. Frecuentemente se les utiliza para determinar la presencia o ausencia de ciertas condiciones y por consiguiente, de la experiencia. Dichas listas, sin importar cuán sofisticadas sean, proceden de asuntos de relevancia médica', que generalmente se derivan o correlacionan con alguna categoría importante de diagnóstico. Si uno intenta comprender las categorías de enfermedad de allá afuera', entonces se debe proceder desde una perspectiva muy distinta... El objetivo del investigador es delinear un universo que describa la realidad del individuo (los antropólogos evitan este escollo oculto) en vez de tratar de determinar si dicha realidad se ajusta a la conceptualización del investigador... (Zola, 1986: 216; cursivas mías) .

Por lo demás, se trata de trabajos cuya aproximación al tema hoy está plenamente superada, en virtud del cúmulo de estereotipos y determinismos que los autores atribuyen a la etnicidad.

ESTUDIOS SOBRE LA RELACIÓN ENTRE CLASE SOCIAL Y PERCEPCIONES DE SALUD

Una segunda tradición importante en el estudio de las percepciones de salud es la que destaca el papel de la clase social y las condiciones objetivas de vida en la conformación de la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad. Los autores que adoptan este abordaje tienden a usar conceptos críticos de clase y estructura social. Los estudios pioneros dentro de esta tradición son, probablemente, los de Levine (1962), Bart (1968) y Kadushin (1972). Pese a su desactualización y a lo polémico de sus conclusiones, cabe destacar varias aportaciones de ellos para el

tema que nos interesa. Levine (1962) mostró que las personas de clase social baja viven más temerosas de las enfermedades graves que las de clases medias o altas, y señaló la sensación característica de las personas de clases bajas de tener poco o nulo control sobre su vida y sus circunstancias, lo que determina de manera decisiva la manera en que enfrentan la enfermedad cuando ésta se presenta. Bart (1968) señaló que existe una creciente tendencia de las clases medias a pensar en su salud en términos psicológicos, en contraste con las clases bajas que lo hacen más en términos físicos, lo que a su vez traduce diferencias en la estrategia que los individuos de una clase y de otra eligen para enfrentar sus padecimientos. Kadushin (1972), por su parte, también llamó la atención sobre el hecho de que las personas de clase social baja son más propicias a pensar en su salud y su cuerpo, así como a expresar sus ansiedades emocionales en términos físicos, en contraste con el mayor refinamiento educativo de las clases medias y altas.

Pero el estudio sistemático de la manera en que la clase social determina las percepciones y, por ende, la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad comenzó en realidad años más tarde. Un primer autor importante en este campo es Bolstanski (1974) quien postula la hipótesis de que la difusión de las reglas de higiene, así como de las relacionadas con la nutrición y el cuidado de los niños, es parte de una *empresa civilizadora* en curso, que se aboca principalmente a las clases sociales bajas. Esta empresa, llevada a cabo por instituciones médicas y educativas, se ha visto sistemáticamente obstruida por otros conjuntos de reglas y normas que tienen los grupos de esta clase social y que, en general, corresponden a un conocimiento antes considerado como científico, pero que en la actualidad es todo lo contrario: no científico. Por consiguiente, la organización jerárquica de la sociedad no sólo implica que las clases sociales se ubican a sí mismas en áreas geográficamente distintas, con una cantidad diferencial de recursos disponibles para sobrevivir, sino que existe también una *distancia temporal* entre ellas. Esta distancia temporal explica el hecho de que las clases localizadas en la parte superior de la jerarquía social pueden apropiarse y mantener un tipo de conocimiento más cercano al hegemónico, mientras que las clases bajas mantienen un conjunto de conocimientos considerados “tradicionales”, pero que de hecho fueron

conocimientos hegemónicos en períodos históricos anteriores. Según Boltanski, el inventario de conocimiento producido en una sociedad dada sigue un patrón de cascada, en el que las clases bajas son las últimas, en términos cronológicos, en beneficiarse de este recurso vital.

El propio Boltanski propone en otro trabajo notable (1972), que el conocimiento médico no está exento de esta regla general. El punto de partida es la observación de que aquellas clases sociales (en Francia) con mayor consumo médico (que el autor llama también *necesidad médica*), son también las que tienen un menor índice de mortalidad. Por el contrario, se podría esperar que aquellas clases que, de acuerdo con las estadísticas, tienen mayor necesidad de consumo médico (debido a sus necesidades de salud y elevada mortalidad), son las que tienen los menores niveles de demanda de servicios. Boltanski propone la noción de *enfermos funcionales* para referirse a los individuos en los que el médico no puede descubrir enfermedad alguna, a pesar de la presencia de síntomas. Como explica el autor, la propensión a enfermedades *funcionales* es principalmente signo de una aptitud a sobreinterpretar los mensajes del cuerpo, es decir, una aptitud a observar, seleccionar e interpretar como signos de enfermedad un rango de sensaciones que otros individuos probablemente no perciben. De acuerdo con él, la frecuencia de enfermos funcionales es mayor en las clases sociales altas que en las bajas. Mientras que los individuos de las clases sociales altas son capaces de describir en detalle qué sienten o qué enfermedad creen padecer, los de clases sociales bajas tan sólo pueden repetir lo que recuerdan que el doctor pudo haberles dicho que padecían. Los individuos de clases bajas normalmente se quejan de una “debilidad general”, siendo incapaces de una mayor precisión conceptual. Boltanski propone el concepto de *capacidad médica* para dar cuenta de este fenómeno.

Boltanski sugiere que en la mayoría de las sociedades (industrializadas) contemporáneas, no existen taxonomías de enfermedades y sintomatologías populares, que estén bien organizadas, sean coherentes y manejadas de manera consciente por los individuos. Por el contrario, sostiene el autor, existen únicamente taxonomías científicas, formuladas de acuerdo con reglas explícitas y usadas e impuestas deliberadamente por los especialistas. El conocimiento de dichas taxono-

mías por parte de los individuos está en función de la distancia social que los separa del mundo intelectual (e.g. su nivel de educación) o la frecuencia con que visitan al doctor. En general, el proceso de reinterpretación necesario para que los individuos entiendan y aprendan el discurso médico consiste básicamente en la aplicación de una serie de reducciones analógicas de categorías de la medicina moderna a unas más generales. En consecuencia, la *capacidad médica* es en parte producto de la familiaridad que se tenga con este tipo de lenguaje.

El enfoque normativo usado por Boltanski se puede apreciar mejor en su hipótesis sobre el proceso de adquisición de los individuos de dicha *capacidad médica*. Este aprendizaje, según Boltanski, está condicionado por normas sociales, que regulan el grado de interés y atención que se puede otorgar —en términos socialmente aceptables— a sensaciones mórbidas y al cuerpo. Estas normas determinan el umbral más allá del cual una sensación física dada puede considerarse como anormal y de la cuál deba informarse al doctor. Las normas difieren en cada clase o grupo social. Boltanski sostiene que la norma que regula la expresión de sensaciones corporales, en la clase social baja, y que impide que la gente hable acerca de ellas, está presente también en sus actitudes hacia la enfermedad y la sexualidad. Las clases sociales altas manejan con maestría un lenguaje técnico que les permite referirse a temas sexuales con propiedad, sin obscenidad. Las clases bajas, por otra parte, no hacen esta distinción cognoscitiva y por lo tanto tienden a evitar hablar de asuntos sexuales y de otro tipo, por temor a que puedan ser interpretados como obscenos. Estas normas reflejan las condiciones objetivas de vida de los que las ponen en vigor. Es por ello que el individuo de clase social baja tiende a concentrarse en síntomas corporales relacionados con su fuerza física, es decir, en su habilidad para hacer que su cuerpo funcione durante un largo tiempo y a su máxima capacidad. Dado que las categorías de fuerza y fortaleza son centrales en sus percepciones, estos individuos favorecen los alimentos que consideran fortificantes, y viven y expresan la enfermedad principalmente en términos de debilidad física.

Siguiendo esta misma línea de razonamiento, Boltanski propone una hipótesis para explicar por qué la medicina preventiva no siempre funciona con individuos de clases sociales bajas. Sus condiciones

objetivas de vida, aunadas a una incertidumbre económica, impiden que puedan adoptar una actitud de protección en cuestiones financieras. Esto da como resultado la internalización de una actitud hacia el tiempo, que los deja sin poder adoptar una actitud preventiva en cuestiones de salud. El autor declara también que una actitud demasiado reflexiva hacia nuestro propio cuerpo no es compatible con su uso intensivo. Boltanski menciona que las normas previamente discutidas tienen la función de evitar que aquellos que, por su pertenencia de clase se ven obligados a utilizar su cuerpo de manera intensiva, establezcan una relación reflexiva y consciente con su propio cuerpo. Esto se debe a que dicha relación serviría únicamente para disminuir su resistencia amenazando así su habilidad para trabajar. Por el contrario, los miembros de clases altas tienen la libertad de prestar atención a los mensajes de su propio cuerpo, no sólo porque tienen la capacidad cognoscitiva de hacer distinciones sutiles entre diferentes sensaciones, sino porque no dependen exclusivamente de su cuerpo para trabajar. Cuanto menos se use el cuerpo como factor de producción, declara Boltanski, más se tenderá a convertirlo en un factor de consumo.

La conclusión final de Boltanski es similar a la noción de "medicalización", que discutiremos más adelante: los servicios médicos por sí mismos pueden generar su propia demanda, ya que su misma disponibilidad ayuda a identificar a la enfermedad y al enfermo, al desarrollar nuevas categorías para reconocer entidades mórbidas, al divulgarlas y al enseñar el lenguaje mediante el cual se pueden percibir nuevos signos corporales. Este proceso de medicalización es un fenómeno de dos caras: por una parte, a menudo se le presenta como una empresa civilizadora, dirigida a permitir que los individuos se liberen de sus tabúes y reconquisten sus cuerpos; pero por la otra, es también un proceso sistemático de expropiación cultural debido a que esta habilidad creciente para identificar signos y necesidades corporales requiere de un número creciente también de "especialistas del cuerpo", que a su vez producen nuevos conjuntos de normas, consejos e instrucciones destinadas tanto a regular la nueva relación de los individuos con sus cuerpos, como también a venderse en el mercado.

Otra autora relevante dentro de esta tradición es Mildred Blaxter. Ella explora cómo definen las mujeres de la clase trabajadora el

concepto de salud y las nociones de causalidad asociadas con la enfermedad (Blaxter, 1983). Para lograrlo, se basa en un análisis de contenido de relatos de mujeres, en un intento por descubrir la estructura subyacente de su pensamiento. Blaxter encuentra que estas mujeres tienden a reflejar sus condiciones de vida y sus historiales médicos en sus conceptos de salud. Sus nociones de enfermedad se asocian estrechamente con su vivencia de la misma, de manera que los padecimientos usados como ejemplos para ilustrar lo que para ellas significa enfermedad, están relacionados con la pobreza y la privación (tuberculosis, bronquitis, etc.). La autora observa que la falta de control que estas personas tienen sobre sus condiciones de vida se reflejan también en sus relatos de la causalidad de la enfermedad: un sentido de aleatoriedad e inevitabilidad permea sus testimonios. Estas mujeres tienden a señalar a fuerzas externas como las fuentes y las causas principales de la enfermedad y a relacionarlas en cadenas de causalidad; para ellas, muchas enfermedades tienen posibilidades de “convertirse” en otras, es decir, de convertirse en nuevas enfermedades. Ciertamente, la autora sugiere que estas mujeres muestran un marco de referencia elevadamente integrador, en el que prácticamente todos los eventos corporales, del pasado al presente, se relacionan de alguna manera u otra. Sostiene que el discurso médico moderno es una de las principales fuentes de ideas acerca del origen de la enfermedad para estas mujeres. Otras fuentes provienen del saber heredado de sus padres, del inventario de conocimientos disponible en su comunidad y de la publicidad de los medios de comunicación, en particular de la televisión. Blaxter concluye que existe una conexión evidente entre las categorías “preferidas” que estas mujeres utilizan para referirse a la salud y a la enfermedad, y la situación social en la que viven, indicando que sus nociones y vivencias de salud y enfermedad son verdaderamente un producto de sus condiciones objetivas de vida.

Con un abordaje similar, Blaxter y Paterson (1982) exploran las actitudes hacia la salud y los servicios médicos de tres generaciones de mujeres de clase trabajadora, para evaluar la medida en que se han transmitido las concepciones y las actitudes, de generación en generación. Su meta es determinar si la actual deprivación en salud que se observa entre algunos grupos jóvenes está relacionada con actitudes

negativas hacia los servicios de salud y si esta actitud se ha venido transmitiendo a través de los lazos familiares.

En un análisis crítico de la tradición norteamericana sobre el concepto de comportamiento frente a la enfermedad (*illness behaviour*), las autoras buscan identificar las variables que juegan un papel central en la conformación de la conducta frente a la salud (*health behaviour*) de estas mujeres. Como paso previo, necesario para este fin, las autoras documentaron las nociones del grupo sobre la salud y la enfermedad, así como su acervo informal de conocimientos y creencias acerca de estos temas. Para asegurarse de que mantenían como constante la pertenencia a la misma clase social, las autoras excluyeron aquellos casos donde se detectó una movilidad social ascendente, de una generación a otra.

Las mujeres de este estudio definen la salud en términos negativos, es decir, principalmente como ausencia de enfermedad. La capacidad para trabajar es detectada también como uno de los principales indicadores de salud. Esta concepción de salud demuestra tener importantes consecuencias prácticas: la presencia de síntomas o incluso de dolor, no es considerada como un signo de enfermedad, en la medida en que el individuo que informa de estos signos sea capaz de trabajar. Encuentran también que la enfermedad se concibe y experimenta principalmente como una categoría “moral”. Por ejemplo, las informantes se refieren a ella no sólo como una enfermedad física, sino como un mal espiritual, asociando así enfermedad con debilidad e infelicidad (primordialmente entre las mujeres de la generación más vieja). En este mismo sentido, la enfermedad se percibe a veces como inevitable y por lo tanto relacionada con la suerte. A su vez, esto tiene una estrecha relación con las actitudes de estas mujeres hacia los servicios de salud.

Blaxter y Paterson encuentran entre las mujeres una tendencia a favorecer la herencia (más que el discurso médico convencional) como explicación para sus enfermedades. Como sugieren las autoras, esta manera de razonar es un reflejo de una privación de muchos años y de carácter intergeneracional. El hecho de que la pobreza haya estado “en la familia” durante varias generaciones, da a estas mujeres una orientación cognoscitiva que les permite explicar, en términos simila-

res, el origen de sus enfermedades. Asimismo, las autoras encuentran una fuerte tendencia entre ellas para conectar en términos causales los diferentes eventos de salud de sus vidas, de manera que

no era razonable para ellas que alguno de sus sistemas corporales pudiera empezar a funcionar mal este año, y otro sistema, al año siguiente, sin tener conexión alguna (p. 37).

Esta sofisticada perspectiva de las cadenas de causalidad hace que su modelo de pensamiento acerca de la salud sea básicamente similar al propuesto por la medicina moderna.

Uno de los hallazgos centrales de este trabajo se refiere a la existencia de diferentes actitudes intergeneracionales hacia los servicios de salud y sobre cómo dichas diferencias dan cuenta de los distintos tipos de conducta frente a la salud. Además, las autoras subrayan la importancia de las normas para dar forma a las concepciones y comportamiento de la gente:

Para otros aspectos de comportamiento vinculado a cuestiones de salud, con relación a los niños, la comparación entre madres e hijas no es significativa, ya que las normas de comportamiento han cambiado por completo (p. 180).

Finalmente, Blaxter y Paterson concluyen subrayando la importancia de la estructura de los servicios de salud, en cuanto a su efecto en las actitudes y el comportamiento. Critican esos modelos “simples” de conducta frente a la enfermedad, que encuentran inadecuados para explicar la utilización de servicios de salud. Sugieren que en algunos grupos, factores como la “cultura de la pobreza” juegan un papel importante en la explicación de este comportamiento.

Otro estudio que vale la pena discutir brevemente en esta revisión, es el análisis de Calnan y Johnson (1985) de mujeres de diferentes clases sociales y sus conceptos de salud. Declaran con precaución que la meta de su estudio es determinar si

existe alguna evidencia que apoye la aseveración de que las circunstancias sociales y económicas podrían estructurar la manera en que la gente piensa acerca de la salud y de los riesgos de salud (p. 70).

De acuerdo con la clasificación del Registro General Británico, los autores seleccionan una muestra de mujeres de las clases sociales I y II (grupo A) y de las clases sociales IV y V (grupo B) y exploran en ellas dos dimensiones específicas de creencias de salud: los conceptos de salud de las mujeres y sus percepciones de la vulnerabilidad ante la enfermedad. Calnan y Johnson encuentran que la clase social tiene, en efecto, una influencia en cómo estos conceptos se definen: las mujeres del grupo B tienden a tener un concepto más bien funcional de la salud (e.g., “terminar el día”), mientras que las mujeres del grupo A demuestran tener una concepción multidimensional de la salud, que incorpora aspectos como estar en forma, activa y no tener un padecimiento. Los autores declaran no tener evidencias de una clara relación entre la clase social y las percepciones de salud, aunque sí encuentran algunas indicaciones indirectas en este sentido. Por el contrario, afirman, cuando se les pregunta a las mujeres acerca de la salud y de la mala salud, en lo abstracto, se identifica un patrón de clase más claro que, de acuerdo con ellos, habla de la vinculación entre pertenencia de clase y percepciones de salud y enfermedad:

Las circunstancias adversas, sociales y materiales, pueden haber llevado a las personas a operar predominantemente con definiciones funcionales de salud (p. 71)

De manera similar, encuentran que las mujeres del grupo A tienen un menor umbral de percepción de vulnerabilidad que las del grupo B. Aunque los autores no hacen referencia a Boltanski, los hallazgos de estos dos estudios son bastante comparables:

Más que percepciones de vulnerabilidad asociadas con riesgos creados por el comportamiento o las condiciones socioeconómicas, las teorías más comunes de la vulnerabilidad entre mujeres profesionistas fueron

aquellas que enfatizaron la experiencia previa o presente de signos y síntomas (p. 72. Las cursivas son mías).

Calnan y Johnson afirman que las experiencias de las mujeres no tienen relación con sus condiciones socioeconómicas, aunque sostienen que es más probable que las mujeres de clase social alta vinculen sus vivencias de enfermedad previas con la probabilidad de ser amenazadas por otras enfermedades en el futuro. Esa suposición lleva a los autores a concluir su trabajo con una pregunta:

Si las dimensiones de las creencias de salud aquí estudiadas tienen poca relación con las circunstancias sociales y materiales, ¿existen otras dimensiones que sí la tengan? (p. 73).

Desde esta perspectiva, el estudio de Calnan y Johnson contiene una crítica de los abordajes estructurales que asumen la existencia de una relación causal directa entre clase, por una parte, y conceptos de salud y experiencia subjetiva, por la otra. En un trabajo posterior, Calnan (1987) señala que, aunque se ha acumulado evidencia sobre cómo la clase social y las circunstancias económicas pueden influir en la forma en que se perciben la salud y la enfermedad, se requiere hacer más investigación en esta área para poder efectuar una documentación sistemática, que incluya el papel de variables tales como sexo y edad.

Blair (1993), por su parte, reconoce la importancia de los estudios que postulan el papel del lenguaje en la construcción social de la identidad y de la experiencia subjetiva de la enfermedad, pero señala que hace falta un marco conceptual que articule al menos algunas de las dinámicas de dicha relación. Su propuesta es que un marco que contemple a la clase social como categoría analítica central puede servir para este fin. Siguiendo a Berstein, Blair argumenta que cada clase social posee un “código sociolingüístico” distintivo: mientras que el de las clases bajas es “restringido”, el de las clases medias y altas es “elaborado”:

Si, como ha argumentado Berstein, la experiencia subjetiva, el concepto de sí mismo (*self*) y la articulación y elaboración de estados internos

difiere entre los que usan uno u otro código, entonces se puede hipotetizar la existencia de un vínculo más bien directo entre clase social y la experiencia y la comunicación de los padecimientos (p. 31).

Para probar esta hipótesis, Blair realiza cuatro estudios diferentes en los que demuestra que mientras las clases trabajadoras tienden a reportar al cuerpo como el lugar del padecimiento —y lo hacen utilizando términos que hacen alusión a una visión muy física de la vida— las clases medias y altas tienden a reportar a su “psique” como el lugar donde se experimentan los principales padecimientos —y lo hacen utilizando términos que hacen alusión a una visión más psicológica y emocional de la vida. El autor concluye señalando que el estudio de la conciencia y de la experiencia de los padecimientos debe apoyarse en un marco teórico que recupere la naturaleza socialmente localizada de dichas experiencias. Si bien el autor se limita a utilizar el concepto de “códigos sociolingüísticos” para dar cuenta de las diferencias observadas en cada clase social, termina su trabajo argumentando la importancia de sofisticar aún más el diseño teórico del estudio y apuntando en una de las direcciones posibles que dicha empresa puede seguir: la exploración de “representaciones sociales” en los diferentes grupos sociales. Dicha perspectiva, como veremos en seguida, ha sido ampliamente desarrollada por otros autores.

Otras investigaciones recientes han buscado beneficiarse del aporte de estos estudios para explorar la relación entre clase social y la percepción sobre ciertos problemas específicos de salud o de grupos específicos de población. Frey (1981), por ejemplo, mostró que aun al interior de un grupo de mujeres de la misma clase social, es posible advertir variaciones respecto a la percepción y las actitudes que mantienen hacia la menopausia; y que dichas variaciones a su vez se asocian a variables sociodemográficas, también de orden estructural. De mayor relevancia para nuestra investigación es el estudio de Winkvist y Akhtar (1997), que encontraron que la “imagen” que tienen las mujeres del Punjab (Pakistán) sobre la salud varía de acuerdo con su pertenencia de clase. Mientras que las de nivel socioeconómico bajo privilegian una concepción de la salud basada en la fuerza física, las de nivel socioeconómico medio, en cambio, privilegian una concep-

ción basada en la fuerza mental; ello parecería confirmar —si bien los autores no lo reportan así— los hallazgos de Boltanski y Blair señalados más arriba, en el sentido de que la posición de clase determina la relación que mantienen los individuos con su propio cuerpo y, por ende, los parámetros conceptuales dentro de los cuáles pueden elaborar su propia concepción de salud. Finalmente, una investigación reciente (Goodman *et al.*, 1997) exploró la influencia tanto de la clase social como del género en las percepciones de salud de un grupo de adolescentes. Los autores informan haber encontrado que la variable género explica, con mucha mayor fuerza que la clase social, las variaciones sobre la percepción de la salud en general entre el grupo de adolescentes estudiado, lo que los lleva a sugerir que quizás el estudio de la percepción de la salud entre adolescentes debe explorar hipótesis que no necesariamente se aplican para el caso de los adultos. Estos tres estudios, sin embargo, exploran el tema de nuestro interés —la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad en su vinculación con el orden social— sólo de manera parcial, bien porque se concentran en un aspecto específico (menopausia), bien porque se limitan a explorar la “imagen” o idea —pero no la experiencia— que tienen las mujeres de la salud, o bien porque se concentran en un grupo —los adolescentes— que por diversas razones parece comportarse de manera diferente a lo reportado hasta ahora en la literatura en general.

Crítica

Sin lugar a dudas, la investigación efectuada en el marco de la tradición estructural ha hecho una importante contribución al entendimiento de la manera en la que la estructura social y las nociones subjetivas, y la experiencia de salud y enfermedad se interrelacionan. Destaca, en primer lugar, el enfoque interpretativo, mucho más detallado, de los relatos de los individuos que los usados por Zola, Zborowski y Suchman. La principal virtud de esta tradición radica en que, a diferencia de los estudios basados en el concepto de comportamiento frente a la enfermedad, intenta teorizar sobre los efectos que las variables socio-culturales pueden tener en las experiencias de salud de los individuos.

El aporte más sugerente se refiere a la propuesta de que la pertenencia de clase determina una orientación cognoscitiva particular (Boltanski la llama “capacidad médica”; Blair la llama “códigos sociolingüísticos”) que se manifiesta en la manera diferencial en que los individuos expresan y experimentan sus padecimientos.

Debido a su orientación teórica, esta tradición tiende a representar a los actores restringidos por sus condiciones sociales circundantes. No otra cosa es lo que se argumenta cuando se postula que los individuos experimentan sus padecimientos de acuerdo con una capacidad médica o con un código sociolingüístico que varía por su pertenencia de clase. Esto resulta de la pregunta de investigación formulada por los autores, es decir, del supuesto implícito de que la estructura social conforma de alguna manera las percepciones de los individuos y las experiencias subjetivas de salud y enfermedad. Empero, la precaución que muestran Calnan y Johnson es digna de mención, así como su disposición a probar si en efecto existe una relación entre la estructura social y las percepciones de salud, sin prejuicios.

Pero la principal dificultad con este tipo de estudios radica en la ausencia de una mayor sofisticación en el esfuerzo de vincular la pertenencia de clase con la experiencia subjetiva de la salud. El vínculo propuesto por los autores se antoja demasiado mecánico, sin márgenes para la creatividad, entre el orden estructural y el reino de lo subjetivo. Mientras Boltanski y Blair proponen una categoría parecida (“capacidad médica” en el primer caso; “códigos sociolingüísticos”, en el segundo) para vincular estos dos órdenes de realidad, Blaxter y Paterson buscan identificar un paralelismo entre la experiencia de la pobreza a través de varias generaciones y el valor que la categoría de “lo hereditario” en salud tiene para las mujeres de clase social baja. Frente al mérito de esta tradición, de llamar nuestra atención sobre la importancia de retomar las condiciones objetivas de vida como un factor decisivo en la conformación de la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad, hay que contraponer su principal limitación: no teoriza suficientemente sobre las mediaciones entre ambos niveles. Así lo sospecha el propio Blair y por ello su propuesta de refinar aún más el análisis. Justo lo contrario ocurre, como veremos en seguida, con la tradición centrada en torno al concepto de representaciones sociales en salud.

LAS REPRESENTACIONES SOCIALES Y *LA EXPERIENCIA SUBJETIVA DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD*

Una tercera tradición importante en el estudio de la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad procede directamente de la noción durkheimiana de representaciones colectivas, si bien se centra en el concepto de representaciones sociales. Este último concepto se diferencia de aquél por su carácter problematizado. Mientras que el concepto de “representaciones colectivas” es usado en sociología como una variable independiente que sirve para explicar fenómenos relacionados con la religión, los valores y otras áreas de la vida social, el término “representaciones sociales” es una especie de variable dependiente, un fenómeno que a su vez requiere explicación. Dado el carácter normativo de esta escuela sociológica, se presume que las representaciones sociales poseen el carácter de hechos sociales, es decir, de formas de hacer y pensar que se imponen a los individuos con fuerza irresistible. Por eso Moscovici, el principal formulador del concepto, sostiene que los individuos no piensan las representaciones sociales sino que sólo las repiensen, las representan. Las representaciones sociales, dice el autor, una vez creadas, existen por sí mismas, poseen existencia propia (Moscovici, 1981). Las representaciones sociales son, entonces, imágenes cognitivas socialmente construidas si bien observables sólo a través de la expresión de los individuos. Constituyen, por ello, un puente entre lo social y la subjetividad: ésta, tan íntima, tan individual, se expresa a través de un recurso que la trasciende, extra-individual: las representaciones del grupo. Las representaciones sociales cumplen una función primordial que es a la vez su principal mecanismo de funcionamiento: hacen que lo desconocido resulte familiar; al representar un objeto, lo sustituyen por otro más cercano, más conocido para los individuos (Jodelet, 1988; Farr, 1988). Por eso Moscovici plantea que al estudiarlas debemos identificar ambos elementos: aquello que es desconocido y la metáfora que se utiliza para volverlo algo más familiar. Aquello que se busca representar, y la imagen significativa que sirve para ese propósito.

Moscovici formula una importante diferenciación conceptual entre opiniones y actitudes, por una parte, y representaciones sociales,

por la otra. Las representaciones sociales son definidas como sistemas cognitivos, con lenguaje y lógica propios y con un tipo específico de discurso:

No representan simples ‘opiniones acerca de’, ‘imágenes de’, o ‘actitudes hacia’, sino ‘teorías’, ‘ramas del conocimiento’ por derecho propio, para el descubrimiento y organización de la realidad (Moscovici, 1973: xiii).

A partir de esa distinción, Moscovici propone una de las hipótesis más formidables respecto al alcance sociológico del concepto de representaciones sociales. Una representación social, dice, es una representación transmitida por los individuos, al mismo tiempo que es una representación de algo. Dicha representación se nutre de los diferentes lenguajes —médico, científico, legal, político, etc.— vigentes en la sociedad, pero no es su mera reproducción, pues los individuos combinan esos discursos con su propia experiencia, de acuerdo con la posición que ocupan en la sociedad. Las relaciones sociales que influyen en la manera en que las representaciones sociales son construidas, sostiene el autor, también se reflejan en las mismas representaciones. Por ello, *el mapa de la interacción social puede ser reconstruido a partir del estudio de las imágenes, conocimiento y símbolos que sustentan los individuos*, esto es, a partir del estudio sistemático de las representaciones sociales (Moscovici, 1973: xiii).

La hipótesis, por supuesto, no carece de sustento: implica la posibilidad de recorrer en sentido inverso el camino lógico mediante el cual se sostiene la existencia de las representaciones sociales. Estas son formulaciones cognitivas, *socialmente construidas*, que una vez formuladas poseen existencia propia, y a las que los individuos recurren para re-presentar o expresar aspectos de su subjetividad. Por lo tanto (el camino inverso), la subjetividad de los individuos puede explorarse mediante el análisis de las representaciones sociales que utilizan, mismas que, al poseer el carácter de hechos sociales, existen por sí mismas como resultado de la creación colectiva, que no se manifiesta sino a través de arreglos de poder y patrones de interacción específicos. Éstos, en consecuencia, deben reflejarse en las representaciones sociales a que dan lugar.

Dentro del problema que nos ocupa, varios autores han utilizado el concepto para estudiar las nociones populares sobre salud y enfermedad. Todos ellos, como veremos, al distanciarse del concepto de *conducta frente a la enfermedad*, anteriormente analizado, logran construir su objeto en torno a las percepciones de salud, enfermedad y dolor, en vez de hacerlo, como en aquel caso, en torno a las conductas y respuestas que los individuos despliegan a partir de su experiencia subjetiva.

REPRESENTACIONES SOCIALES

DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD EN LA HISTORIA

Desde una perspectiva más sociopsicológica (comparada con la de las dos tradiciones anteriores), Herzlich y Pierret (1985 y 1987) tratan de ilustrar la manera en la que las relaciones sociales históricamente específicas conforman la experiencia subjetiva del enfermo. Las autoras señalan que los estudios sobre las concepciones populares de la salud y la enfermedad, han dejado de lado su postura paternalista para reconocer explícitamente que a tales concepciones les asiste una lógica propia, y una coherencia específica cuyo estudio es objeto de las ciencias sociales. Pero critican tanto a ciertos abordajes antropológicos —que al centrarse en nociones como “valores” y “creencias” sobre la salud y la enfermedad, permanecen distantes de la experiencia real y de los comportamientos concretos de los individuos— como a los enfoques fenomenológicos —que, por el contrario, al centrarse en el análisis individual del fenómeno olvidan situar sus hallazgos en el contexto social más general (Herzlich y Pierret, 1985: 145). Sostienen que la enfermedad es una de las principales formas en que se expresa socialmente la desgracia tanto individual como colectiva, por lo que siempre exige una explicación que vaya más allá de la mera búsqueda de las causas y que enuncie simultáneamente una verdad, tanto acerca del orden del mundo como del cuerpo del enfermo. La experiencia de la enfermedad de las personas, afirman, no puede separarse de los fenómenos macrosociales. El estudio de las representaciones sociales de la enfermedad, en consecuencia, debe iluminar ambas direcciones al mismo tiempo. Se trata, pensamos, de la aplicación consecuente del

postulado de Moscovici, señalado más arriba, en el sentido de que el mapa de la interacción social puede ser leído a través del análisis de las imágenes y representaciones que los grupos construyen sobre sus diversas realidades. Por ello, Herzlich sostiene que “el lenguaje que se usa para expresar la salud y la enfermedad no es un lenguaje del cuerpo ni de hechos orgánicos, sino el lenguaje de la relación del individuo con el exterior socializado, con la sociedad” (Herzlich, 1995: 161).

En su obra de 1973, Herzlich define el concepto de representación social de salud y enfermedad como

la compleja elaboración psicológica mediante la cual la experiencia de cada persona y los valores y la información vigente en la sociedad, se integran en una imagen significativa (Herzlich, 1973: 11) .

De acuerdo con la autora, las representaciones sociales se componen de un elemento cognitivo “la percepción y evaluación de una experiencia, con influencia directa de las normas sociales” (p. 11)— y de uno dinámico — “la construcción de una idea, la conceptualización de la experiencia que refleja las nociones de salud y enfermedad” (p. 11). La intención fundamental de sus trabajos es integrar estos dos conjuntos de factores.

Herzlich y Pierret se enfocan a la forma en la que las personas enfermas viven, definen y expresan su estado (Herzlich y Pierret, 1987: xi) y a la manera como se relacionan estas interpretaciones con las representaciones sociales de la enfermedad. Estas representaciones se estudian en su propia formulación y en su propia lógica, sin hacer referencia a su “verdad” médica.

En lógica correspondencia con el abordaje teórico seleccionado, uno de los supuestos que subyace al trabajo de Herzlich y Pierret es que los fenómenos macrosociológicos influyen decisivamente en lo que piensan y sienten los individuos y su forma de entender la realidad. Por consiguiente, la subjetividad de los individuos (en este caso, su manera de construir su propia experiencia de la enfermedad) se estudia principalmente como el efecto de estructuras sociales específicas que inciden sobre los individuos y conforman sus vivencias. Esto es, los principales supuestos metateóricos que caracterizan a los abordajes

“macro” se pueden observar en los trabajos de estas autoras: el orden social se asume como impuesto a los individuos y se conceptualiza a las estructuras sociales como instancias que moldean las representaciones colectivas (las que a su vez determinan los relatos individuales sobre la enfermedad). Ello, pese a que las autoras señalan explícitamente que

el orden simbólico no es sólo el mero reflejo de la realidad. Las concepciones que la sociedad se forma acerca de los enfermos y que ellos internalizan y sostienen— orientan, organizan y legitimizan las relaciones sociales y, en cierta medida, ‘producen’ la ‘realidad’ de los enfermos (Herzlich y Pierret, 1985: 146).

La hipótesis principal de Herzlich y Pierret es que la figura de la persona enferma ha evolucionado históricamente. En otros tiempos, cuando las plagas eran la forma dominante de enfermedad, el concepto de persona enferma no existía con la claridad que existe actualmente, debido a que la colectividad entera ya fuera la ciudad o todo el país— y no solamente los individuos aislados, era atacada y a menudo eliminada por la calamidad. El concepto más individualista de la *persona enferma* ha surgido de manera gradual, en la medida en que la experiencia de los individuos sobre el mundo también se ha individualizado.

El análisis histórico proporcionado por Herzlich y Pierret en cuanto a la evolución del proceso en el que la enfermedad y el padecimiento se “elaboran” públicamente y se experimentan, constituye una contribución importante al estudio de estos temas. Las autoras sugieren, por ejemplo, que durante el *antiguo régimen de enfermedad*, correspondiente al de las grandes epidemias como la peste, los padecimientos estaban marcados por tres características: los “números” (ya que las epidemias mataban a miles de personas), la “impotencia y la muerte” (ya que no se podía hacer nada para escapar del azote de la epidemia) y la “exclusión” (debido a que aquellos con enfermedades estigmatizantes, como los leprosos, eran apartados y reclusos). Argumentan así, que fue a partir de la propagación de los casos frecuentes de tuberculosis, en el siglo XIX, que la figura de la “persona enferma”, y no del “grupo enfermo”, surgió y se consolidó en las representaciones colectivas de enfermedad.

Sin embargo, esta transición hacia una manera moderna de conceptualizar a la enfermedad no implica que nada de los tiempos antiguos haya sobrevivido. Por el contrario, las autoras sugieren que algunas representaciones antiguas de la enfermedad han sobrevivido hasta la actualidad y que valdría la pena rastrear los orígenes de cada concepción actual. Las representaciones contemporáneas de los padecimientos han contribuido a consolidar la idea del individuo enfermo a diferencia del grupo victimario. La enfermedad ha asumido un carácter individual a la vez que se ha convertido en un fenómeno social: actualmente la enfermedad es sinónimo de incapacidad para trabajar. En otras palabras, el significado básico de enfermedad, al nivel de las representaciones colectivas de la sociedad contemporánea, está estrechamente relacionado con la productividad y competitividad económicas. Al mismo tiempo, las enfermedades se han medicalizado tanto que ya no se puede concebir un padecimiento en el que no haya que recurrir a un médico y a un tratamiento. En este contexto, “estar enfermo” se ha convertido en una de las categorías centrales de la percepción social de la enfermedad, donde la *incapacidad para trabajar* y la *necesidad de consultar a un médico* son sus “significantes” principales.

Herzlich y Pierret analizan también la manera en que, a lo largo de la historia, ha evolucionado la manera de *leer e interpretar* las enfermedades. Las autoras proponen que inicialmente se percibía e interpretaba a la enfermedad a nivel corporal. Los signos corporales (por ejemplo, un cuerpo hinchado) eran considerados los principales indicadores de enfermedad. Esto ocurría en lógica correspondencia con las principales enfermedades de la antigüedad, como eran las plagas, la lepra, la sífilis y la viruela, que, como es de todos sabido, marcan el cuerpo. Con el desarrollo de la medicina clínica, surgió la capacidad de examinar al cuerpo internamente. Por consiguiente, ha dejado de ser la superficie del cuerpo para ser su interior —percibido en términos mecanicistas— donde se decodifican la mayoría de las enfermedades en la actualidad.

Las autoras sugieren también que los seres humanos han buscado siempre dar significados a sus enfermedades, más allá de la mera búsqueda de sus causas. Ante las preguntas “¿por qué a mí?” y “¿por qué ahora?” las personas han apelado a fuerzas externas como los ca-

taclismos, el castigo divino, el contagio y, actualmente, el estilo de vida (incluyendo la manera en que se trabaja), las cuestiones hereditarias, y la tendencia moderna a pensar que los desórdenes físicos son “psicosomáticos”.

Finalmente, las autoras exploran también el proceso mediante el cual los diferentes significados que se dan a la enfermedad han transformado las identidades de los enfermos. Los individuos han hecho frente a su enfermedad de maneras diferentes, ya sea con una sumisión total ante el “destino” o negando la existencia misma de la enfermedad. Otros más interpretan sus enfermedades como un castigo o una prueba enviada por Dios. Más recientemente, se ha mostrado la tendencia a pensar que la enfermedad (por ejemplo la sífilis) es el resultado natural de un estilo de vida permisivo. Sin embargo, se puede notar actualmente una completa transformación de estos conceptos debido tanto a la disminución de enfermedades infecciosas⁴ como al surgimiento de enfermedades crónicas, así como al desarrollo de una “moral de la enfermedad” (es decir, la noción ampliamente aceptada de que mantenerse sano es deber del individuo). Las instituciones de seguridad social, los cada vez más elevados gastos públicos en cuestiones de servicios de salud y una creciente conciencia de los límites y riesgos de la tecnología médica moderna, han contribuido sustancialmente a este hecho. Las autoras concluyen sugiriendo que “el deber de mantenerse saludable” es una noción contemporánea que moldea nuestra manera de entender la enfermedad. Este entendimiento, a su vez, tiene lugar en la perspectiva de la persona enferma, una categoría cultural que se hizo posible solamente cuando la experiencia de la enfermedad se pudo individualizar a través del tiempo.

REPRESENTACIONES SOCIALES CONTEMPORÁNEAS DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

El uso del concepto de representaciones sociales para el estudio de las nociones de los individuos sobre la salud y la enfermedad no se ha

⁴ Las autoras publican su trabajo por primera vez en 1984, antes de la propagación del sida.

limitado sólo a cuestiones históricas. Por el contrario, su aplicación más rica se refiere a la experiencia de la enfermedad en las sociedades contemporáneas.

Herzlich es, también aquí, la autora líder en el campo (Herzlich, 1973; 1995). Su interés no es estudiar el conocimiento de los pacientes ni sus comportamientos reales con respecto a la salud, sino explorar cómo organizan e interpretan su comportamiento de una manera significativa. La autora hace énfasis en la estrecha conexión entre las imágenes de realidad de los individuos con la ciencia médica; y se pregunta si se puede hablar de enfermedad sin utilizar lenguaje médico, o lo que es lo mismo, si existe un sistema de referencia que por derecho propio indique las formas en que se organiza la información y asume significado para los miembros de un grupo social. Sea cual fuere el caso, la autora establece que lo más interesante acerca de las representaciones de enfermedad y salud es el papel que juegan en la construcción de la realidad social. Al principio de este trabajo se presenta la siguiente premisa lógica:

Si la experiencia individual adquiere su significado como resultado de encuentros con valores y modelos culturales, y si esta experiencia individual se canaliza a categorías conceptuales compartidas, entonces tendremos aquí la experiencia individual fusionándose con la realidad social, para producir una entidad única dentro de la cual se hace posible el consenso de comunicación y normas sociales (Herzlich, 1973: 11) .

Herzlich define una serie de principios rectores para explorar las representaciones sociales de la salud y la enfermedad. Estos principios hacen referencia a las nociones de salud y enfermedad y a sus interrelaciones, a las ideas acerca de las causas de enfermedad y salud, la relación entre salud/enfermedad y los valores, las consecuencias percibidas —en términos de participación y desviación social— de la salud y la enfermedad y las relaciones percibidas entre salud, enfermedad y muerte. Como en otros de sus trabajos, la principal hipótesis de la autora es que las representaciones sociales estudiadas son un reflejo de la relación del individuo tanto con la salud y la enfermedad como con la sociedad.

Al explorar las nociones individuales acerca del origen de las enfermedades, Herzlich muestra en qué medida *el estilo de vida y los factores individuales* dan cuenta de muchas de las percepciones que tienen los individuos. El cáncer, los desórdenes mentales y las enfermedades cardíacas son las metáforas principales para representar a la enfermedad. El estilo de vida se percibe como intrínsecamente patogénico, mientras que los factores individuales como la predisposición, la constitución, el temperamento, la naturaleza del individuo y otros, se perciben como variables responsables en gran medida de las variaciones de la apariencia real de la enfermedad. Herzlich observa también que el concepto de estilo de vida es destacado día con día por los medios masivos de comunicación y que, en consecuencia, los individuos recurren a un concepto que está en circulación diariamente. Sin embargo, una propiedad de este concepto es su coherencia de contenido y su capacidad de organizar la realidad cotidiana. La naturaleza restrictiva del estilo de vida se identifica como la característica más significativa de esta categoría, conforme lo percibido por los individuos. La autora propone que la restricción social es la raíz de lo que es no saludable y, por lo tanto, la raíz de la enfermedad.

Herzlich muestra también que mientras la enfermedad es percibida como una adversidad producida por la sociedad, la salud es percibida por los individuos como una realidad que no tiene un origen específico, que está dentro del individuo y que, por lo mismo, se da por sentada. Además, se percibe a la salud de una manera holística, integrada, mientras que a la enfermedad se le percibe como múltiple, no como una entidad singular. La autora identifica tres formas en que los individuos ven a la salud: 1) *salud en un vacío* (un hecho), relacionado con “ser” que, básicamente, significa ausencia de enfermedad; 2) *reserva de salud* (una norma), relacionada con “tener”, que significa una característica biológica orgánica del individuo; y 3) *salud como equilibrio* (un valor), relacionado con “hacer”, que esencialmente significa una experiencia autónoma, personal.

La autora encuentra que mientras las referencias a la salud se restringen a unos cuantos términos —centrados por completo alrededor de la noción de *equilibrio*— en la enfermedad sucede lo contrario. La categoría de gravedad muy frecuentemente se utiliza para signifi-

car incertidumbre, peligro de muerte, periodo de duración e irreversibilidad: es una categoría que expresa la relación del individuo con la enfermedad más que una simple caracterización de la enfermedad en sí. Estos atributos no se relacionan con la terminología médica. Antes bien, se refieren a las implicaciones de la enfermedad para la vida presente y futura, y la manera en la que la persona se involucra con la enfermedad.

Según Herzlich, la necesidad de interpretación de la gente aparece en relación con la enfermedad, ya que la salud se da por sentada. Para interpretar sus enfermedades, el individuo rara vez usa exclusivamente signos físicos; más bien, recurre al nivel de la experiencia, más allá de lo físico. La *inactividad* parece ser el criterio principal de enfermedad para las personas; aún más, las enfermedades y los síntomas físicos adquieren significado de acuerdo con la limitación de actividad que traen consigo. Como dice Herzlich,

el hecho de que la inactividad (interpretada en el sentido de no ir a trabajar o de abandonar nuestros roles sociales) integra los síntomas físicos, indica que es en relación a nuestro grupo social que los síntomas adquieren significado (Herzlich, 1973:84).

La autora polemiza con el concepto de *conducta frente a la enfermedad* formulado por Mechanic. Este autor, señala, concibe a la conducta frente a la enfermedad “como el resultado y la prueba del hecho de que el síntoma se percibe e identifica como enfermedad” (Herzlich, 1973: 84). Ella propone, en cambio, que la secuencia lógica correcta es justamente la inversa:

Nuestro propio análisis sugiere que deberíamos invertir los términos. Como produce un comportamiento, el síntoma se convierte en un signo de enfermedad. Sin importar la dinámica efectiva del proceso, en lo que se refiere a representación social, la consecuencia realmente aparece primero. El individuo no evalúa su condición de enfermo según sus manifestaciones intrínsecas, sino de acuerdo a sus efectos (Herzlich, 1973: 84).

De acuerdo con Herzlich, existe una estructura identificable, que subyace a estas representaciones sociales. La sociedad (o el estilo de vida) se contrasta con el individuo (como reserva de salud); la salud (como actividad) se contrasta con la enfermedad (como inactividad). Pero estas relaciones no son simétricas. Mediando entre ellas se encuentra el concepto de *higiene*. El comportamiento higiénico tiene mucho significado porque se le distingue como mediador entre el individuo y su estilo de vida. Las prácticas de salud (comer bien, dormir adecuadamente, conservar la higiene, etc.) llegan a formar parte de un cuerpo de reglas que el individuo debe obedecer. De esta manera, surge una paradoja de salud: para prevenir los efectos dañinos de un estilo de vida restrictivo, el individuo debe recurrir a prácticas restrictivas, en vez de recurrir a prácticas que lo liberen.

Como consecuencia lógica de este análisis, Herzlich identifica tres tipos de percepciones de enfermedad de parte de los individuos. Primero, *la enfermedad como destructiva*, en la que la inactividad se percibe como destrucción de uno mismo y de los lazos personales. Existen dos formas de respuesta a esta definición: 1) negación y 2) pasividad. Segundo, *la enfermedad como liberadora*, entendida de dos maneras: 1) la posibilidad de una interrupción de las actividades diarias, y 2) la posibilidad de una profunda reflexión acerca de uno mismo, con eventuales cambios importantes en la personalidad. Y tercero, *la enfermedad como ocupación*, donde el paciente se percibe como ocupado en recuperar su salud y en adaptarse a la enfermedad; la enfermedad se concibe como una situación de aprendizaje.

Herzlich propone que los enfoques que prevalecen para explicar las diferentes respuestas a la enfermedad (por ejemplo, el psicoanálisis, el rol del enfermo de Parsons, etc.) son parciales, y que el modelo que ella propone nos permite unir las diferentes alternativas. Cada concepción de enfermedad (como destructiva, liberadora, o como ocupación) implica un tipo diferente de organización cognoscitiva. Según esta autora, cada una de esas concepciones representa acciones alternativas con metas diferentes. Esta variedad de propósitos se puede describir de la siguiente manera: *no estar enfermo*, en el caso de la enfermedad como destructiva; *estar enfermo*, en el caso de la enfermedad como

liberadora; y *ser un buen paciente*, en el caso de la enfermedad como ocupación.

En sus conclusiones finales, Herzlich establece que un punto es evidente: el lenguaje de la enfermedad no es el lenguaje del cuerpo. De acuerdo con ella, los pacientes, a diferencia de los médicos, tienden a localizar, en la medida de lo posible, las funciones y sus debilidades:

para el doctor, la enfermedad se entiende como un grupo de síntomas, como un todo hecho de signos relacionados, coordinadamente, dentro del marco de referencia de un proceso patológico. La contradicción entre una concepción ocupada en la localización y el análisis y otra ocupada por el contrario, en la coordinación y la síntesis, es una de las razones por las que se dificulta la comunicación entre el médico y el paciente (Herzlich, 1973:135).

La autora muestra claramente que el lenguaje de la salud y la enfermedad tienen como base la relación del individuo con otros individuos y con la sociedad: las imágenes de la sociedad y sus restricciones, como las perciben los individuos, se pueden acceder a través del lenguaje de salud y enfermedad. Más aún, las normas de la conducta frente a la enfermedad se pueden explicar solamente si se les relaciona con los valores centrales que esta sociedad le da a la actividad y a la producción.

Tomando el trabajo de Herzlich como punto de partida, D'Houtaud y Field (1984) exploran las percepciones acerca de la salud (no de la enfermedad) que prevalece en una muestra de varias clases sociales, en Francia. Así, este estudio podría leerse como un intento de articulación entre los abordajes centrados en torno al concepto de clase social, como los revisados en la sección anterior, y los estudios centrados en torno a las representaciones sociales.

D'Houtaud y Field encuentran que mientras que los individuos de clases sociales altas tienen una noción "hedonista" de la salud (la salud como fin en sí misma), los que pertenecen a clases sociales más bajas poseen una concepción más "utilitaria" al respecto (la salud como medio para alcanzar otros fines). Los autores postulan que la clase juega un papel crucial en la conformación de las concepciones de los

individuos, respecto a la noción de salud. La explicación propuesta por los autores es sorprendente:

Se puede... entender que los que dirigen la realización de las tareas sociales tiendan también a apropiarse de su salud y a cultivarla para sus propios fines, mientras que los que ejecutan dichas tareas tienden a alienarse ellos mismos de su salud y ponerla básicamente a disposición de la sociedad, que generalmente requiere de su trabajo (D'Houtaud y Field, 1984:47).

D'Houtaud y Field señalan que las condiciones objetivas de vida moldean la manera en que los individuos perciben su salud: la prioridad de los individuos de clases sociales bajas es sobrevivir y así, la fuerza y las aptitudes físicas se transforman en los signos principales de salud. Por el contrario, los de clases sociales altas, que se han emancipado de las restricciones del trabajo físico, también han liberado su cuerpo y de esta manera lo tienen disponible para sí mismos, para cultivarlo y para actividades recreativas. No debe sorprendernos que en su noción de salud, la "abundancia" (*wealth*) sea uno de los principales significantes. Esto lleva a los autores a apoyar el punto de vista de Moscovici, en el sentido de que el mapa de interacción social se puede leer a través de las representaciones sociales de un grupo dado, incluyendo las relacionadas con salud y enfermedad.

El trabajo de D'Houtaud y Field se puede considerar como complementario al de Herzlich, en el sentido de que al centrarse solamente en las nociones de salud de los individuos han podido distinguir varias nociones de salud, en contraste con Herzlich que, como se señaló anteriormente, encontró que los individuos tienden a tener una multiplicidad de conceptos de enfermedad y padecimiento, mientras que simultáneamente mantienen una noción de salud constante, que se da por sentada.

Además de los anteriores, en los últimos años se han publicado otros trabajos de investigación estructurados en torno a la noción de representaciones sociales. Suelen referirse a problemas de salud específicos como alcoholismo (Demers *et al.*, 1996; Weiss, 1985), y enfermedades reumáticas (Sailly y Lebrun, 1982); o bien a cuestiones

de salud reproductiva como la vasectomía (Viveros, Gómez y Otero, 1998), o la menopausia (Delanoe, 1997). Pero precisamente porque abordan temas más acotados que la salud y la enfermedad en general, su alcance en términos conceptuales es también menor, por lo menos en relación con el tema de nuestro interés. No conviene, por ello, detenerse mayormente en ellos.

Crítica

La contribución de esta tradición al estudio de la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad es de gran relevancia. La variedad de procedimientos metodológicos llevados a cabo por estos autores ha dado como resultado una prometedora explotación de un enfoque centrado en el concepto de representaciones sociales. Estos procedimientos han permitido a los autores mostrar de qué manera las representaciones sociales (por sí mismas o en combinación con la clase social) podría dar forma a la experiencia subjetiva de salud y enfermedad del individuo.

Visto de una manera global, la virtud principal de estos trabajos (desde el punto de vista de esta investigación) es mostrar que la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad se puede estudiar sin ignorar la historia ni el papel que la estructura social juega en la conformación de la subjetividad de los individuos. En contraste con los estudios sobre la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad que se centran en el concepto de clase social, los trabajos basados en la noción de representaciones sociales logran evitar establecer vinculaciones demasiado directas entre la estructura social y la subjetividad de los individuos. El concepto de representaciones sociales está construido para servir de puente entre ambos niveles de realidad (Spink, 1993). Es precisamente por ello que al utilizarlo podemos obtener información que ilumine simultáneamente en ambas direcciones. La hipótesis de que la exploración sistemática de las representaciones sociales de la salud y la enfermedad ofrece las claves fundamentales para reconstruir el mapa básico de la interacción social, descansa justo en esa cualidad comunicante del concepto.

Pero es justamente esa cualidad de intermediación lo que da lugar a dos problemas importantes en los trabajos revisados. En primer lugar, en ninguno de ellos se describen adecuadamente las condiciones objetivas de vida de los individuos entrevistados, lo que impide verificar la validez de la hipótesis antes mencionada. Ello nos obliga a preservar la hipótesis como tal, y a intuir, sobre de esa base, el contexto social de los individuos a partir de lo que se vislumbra precisamente en sus testimonios. En segundo lugar, si el concepto de representaciones sociales es una buena mediación entre las condiciones de vida y la experiencia subjetiva, entonces es una entidad diferente de estas dos. En ese sentido, el concepto es útil pero limitado: al utilizarlo obtenemos pistas e indicaciones sugerentes de lo que es la experiencia subjetiva de los individuos, pero no accedemos de lleno a ella. Dado el carácter normativo de este enfoque, presumimos que las representaciones sociales son producto, en una primera instancia, de la experiencia subjetiva de los individuos pero que, una vez existentes, adquieren vida propia y *moldean* a su vez a la experiencia subjetiva, pero no la *constituyen*.

Además de estos dos problemas, se pueden identificar algunas limitaciones adicionales en estos estudios. El abordaje más bien colectivista seleccionado por los autores deja poco espacio para dar cuenta de la libertad individual como punto de partida en la producción del fenómeno social a explicar, a saber, la producción de la experiencia subjetiva de salud y enfermedad. Dicho de otra manera, el concepto de “*self*” es prácticamente eliminado: no se representa a los individuos como “actores” activos y creativos, sino más bien sujetos pasivos y dóciles que deben conformarse a un orden social preexistente. En este sentido, la persona *enferma* no se entiende aquí como un actor, sino como una categoría sociológica abstracta que abarca a la humanidad como un todo. Por ello, es posible advertir cierta tensión teórica⁵ cuando Herzlich y Pierret (1987) intentan ir de las causas al significado: la búsqueda de significado se discute teóricamente mediante el uso de

⁵ Alexander (1992) discute la inevitable tensión teórica que los sociólogos “macro” deben enfrentar cuando exploran factores subjetivos y procesos sociales. Los sociólogos “micro” se enfrentan al mismo problema cuando tratan con factores objetivos y estructura social. Herzlich y Pierret ciertamente no son la excepción en lo que a esto se refiere.

categorías macrosociológicas, como la ideología, la religión, la filosofía y los valores sociales que prevalecen en una sociedad determinada; con todo, esta misma búsqueda de significado se ilustra empíricamente mediante el uso de testimonios individuales de actores concretos. Ello explica la inevitable sensación del lector de que no siempre corresponden adecuadamente los ejemplos con lo que los autores buscan demostrar; o bien de que en algunos casos, los ejemplos citados podrían apoyar una interpretación diferente a la ofrecida.

Estrechamente relacionada con este problema, está una limitación de orden metodológico. Los autores no especifican el método de análisis usado para evaluar los relatos de los individuos y lo que proporcionan es un análisis literal de lo que los actores dijeron en las entrevistas. Herzlich y Pierret parecen asumir que sus informantes deben reflejar en sus palabras el orden social existente. Un abordaje menos determinista nos forzaría a preguntarnos si los informantes dicen lo que quieren decir o si, por el contrario, se expresan mediante afirmaciones que poseen varios niveles semánticos, cada una de ellos relacionado de diferente manera tanto con la subjetividad que el actor que la enuncia pretende expresar, como con el orden social que, por definición, las condiciona.

También en el orden de lo metodológico, un problema típico de los estudios que adoptan el concepto de representaciones sociales es la diferenciación empírica entre ellas y las meras opiniones. Si bien conceptualmente la diferenciación entre ambos conceptos es convincente, como lo señalamos más arriba, no resulta del todo evidente cómo hacen los autores mencionados esta distinción, principalmente cuando ilustran sus argumentos al citar a los entrevistados.⁶ En otras palabras, el lector nunca sabe a ciencia cierta cuándo están los autores tratando con una opinión personal del informante y cuándo dichas opiniones se consideran como expresión de representaciones sociales, más amplias y complejas (Rogers, 1991: 65; Radley y Billing, 1996: 223). El pro-

⁶ Pese a algunos esfuerzos serios por identificar y superar este problema (Banchs, 1999), mucha de la literatura latinoamericana que utiliza este abordaje no logra demostrar que la diferenciación entre representaciones y meras opiniones ha sido satisfactoriamente lograda (Canelón, 1999; León, 1999).

blema deriva de la propia definición del concepto de representaciones sociales. Como tales, éstas poseen existencia propia, independiente de los individuos que las *re-presentan*. Pero al mismo tiempo, sólo son observables mediante el análisis de la narrativa de individuos concretos. Los autores que utilizan el concepto están sujetos a la tensión que resulta de la *necesidad* de buscar a las representaciones en el nivel de lo micro, de lo individual —ahí donde también se exploran las meras opiniones, las creencias y otros fenómenos afines— y de la obligación de trascender ese nivel, de demostrar que lo encontrado —la representación— posee un orden de existencia superior a aquel donde son observadas.

Por último, Herzlich (1973) declara que debido a que no maneja representatividad estadística, los hallazgos de este estudio no son generalizables. Investigaciones posteriores, sostiene, podrán validar sus hallazgos, así como indicar los efectos de las variables relevantes. Esta observación ejemplifica lo que Glaser y Strauss (1967: 223-235) señalan acerca del dominio que por muchos años ha ejercido el enfoque estadístico y verificador en las ciencias sociales, sobre el enfoque cualitativo. Pero debemos preguntarnos si en efecto llevar a cabo más estudios en este campo demostrará esa “validez” buscada. Ciertamente, siempre y cuando se entienda “validez” en términos estadísticos, el “dilema de la validez” siempre estará presente en este tipo de estudios. La generalización de los hallazgos, como mostraremos más adelante, puede presumirse sobre otras bases.

LA EXPERIENCIA DE LA SALUD REPRODUCTIVA: ESTUDIOS BASADOS EN LOS CONCEPTOS DE *GÉNERO* Y *MEDICALIZACIÓN*

Una de las principales tradiciones intelectuales dentro del campo de la sociología médica señala la creciente tendencia de la medicina moderna a convertirse en un paradigma dominante, como en otras épocas lo fueron la religión y el derecho (Zola, 1972). El argumento central de esta tesis es que este proceso de medicalización está permeando gradualmente todos los aspectos de la vida cotidiana de manera que la medicina moderna se está transformando en el principal referen-

te cultural, ideológico y cognoscitivo que los individuos utilizan para interpretar sus circunstancias. La tesis de la medicalización ha sido explorada con amplitud por las teóricas del feminismo quienes, a su vez, sostienen que la sociedad está organizada sobre la base de la desigualdad de género, lo que resulta en la exclusión de las mujeres de la mayoría de las esferas de la vida (arte, ciencia, política, etc.). La conjunción entre la tesis de la medicalización y el análisis feminista resulta en una hipótesis muy sugerente, a saber: la medicina no es un medio de dominación neutral igualmente dirigido hacia hombres y mujeres; por el contrario, la medicina ha sido básicamente otro medio que las sociedades han utilizado para reforzar la dominación sobre las mujeres. La hipótesis es parte de un proyecto académico y político de mayor envergadura orientado a demostrar que no sólo la medicina sino todas las demás instituciones sociales están construidas de manera que refuerzan y perpetúan la dominación masculina sobre las mujeres. El origen de esta forma de desigualdad sigue siendo objeto de investigación, si bien se afirma que la ideología de la superioridad masculina encuentra sus raíces no sólo en las relaciones sexuales sino dentro del conjunto de la sociedad y, en particular, dentro de todos los procesos de reproducción social (O'Brien, 1981).

La tesis de la *medicalización* se relaciona estrechamente con la noción de la *construcción social de la realidad*, toda vez que el argumento central es que aquellos que detentan el poder médico constantemente redefinen en términos médicos aspectos de la vida cotidiana que anteriormente se consideraban como pertenecientes a otros dominios. Ello implica que el conocimiento médico es permanentemente construido y re-construido socialmente a modo de facilitar su expansión sobre todas las áreas de la vida, con el concomitante reforzamiento de la dominación masculina.

Desde una perspectiva *normativa*, el argumento feminista dentro de este campo es que el discurso médico está permeado por una ideología de *género* que nutre y da forma tanto a la manera en que los investigadores médicos definen y trabajan sobre su objeto de estudio, como a la manera en que la población *interpreta y experimenta* los asuntos relacionados con la salud y la enfermedad, y la salud reproductiva (Jacobus, Keller y Shuttleworth, 1990). En consecuencia, un

objetivo que se deriva de esta conceptualización, es el descubrimiento de los mecanismos a través de los cuáles ocurre este tipo de *medicalización*. En uno de los estudios clásicos en esta materia, Ehrenreich y English (1978) muestran cómo las mujeres de las clases media y alta del siglo pasado fueron gradualmente sometidas *a través* de tratamientos médicos y de la ideología que se les asocia. La “normalidad” a la que la medicina buscaba reintegrar a las mujeres, era una caracterizada por una vida doméstica, de dependencia de los hombres, y centrada en la maternidad.

De hecho, la construcción de la *normalidad* a través del discurso médico ha sido un campo ampliamente investigado desde la perspectiva feminista. Por ejemplo, Scully y Bart (1978) muestran cómo en 28 textos de ginecología escritos entre 1943 y 1972, las mujeres son caracterizadas como personas cuyo objetivo principal en la vida es la reproducción y la vida doméstica; que la sexualidad femenina es inferior a la masculina y que la sumisión de las mujeres es natural. Por ello, las autoras señalan que “los efectos nocivos de tales actitudes sobre las pacientes femeninas difícilmente pueden ser estimados” (p. 221).

McCrea (1986) señala que los mitos sobre la menstruación y la menopausia son formas de control social toda vez que fuerzan a las mujeres a sentir y experimentar estos fenómenos en formas que dicta la ideología médica. Estos mitos sugieren que la menstruación y la menopausia son eventos que limitan las capacidades psicológicas y fisiológicas de las mujeres. La autora argumenta que la menopausia fue construida como enfermedad (o como algo *anormal*) una vez que hubo medicamentos para “tratarla”. Las mujeres menopáusicas han sido definidas socialmente como “problemáticas” o por lo menos como no tan normales como las no menopáusicas. Mediante una masiva campaña a través de los medios de comunicación, la medicina moderna ha logrado medicalizar a este otrora fenómeno natural, extendiendo así su poder y control sobre las mujeres.

Por otra parte, también Martin (1987; 1990) muestra cómo las referencias aparentemente científicas y objetivas a la menstruación, que se encuentran en los libros de texto de medicina, contienen en realidad muchas metáforas ideológicas que reproducen una visión masculina del mundo, del cuerpo, y de las funciones y los órganos

reproductores femeninos. Por ejemplo, en tales textos el cuerpo femenino es descrito como un sistema burocrático de control organizado jerárquicamente, lo cual tiene implicaciones directas en la forma en que diversas funciones son percibidas. Así, la menopausia es entendida como una falla general del sistema central, a consecuencia de la cuál los ovarios “dejan de responder” y el hipotálamo comienza a “dar órdenes inapropiadas”. El cuerpo femenino es percibido como un organismo orientado fundamentalmente hacia la reproducción. Por ello la ovulación es descrita como un proceso en el que todos los cambios del organismo tienen lugar con miras a preparar el ambiente adecuado para la fertilización del óvulo. Martin señala que esta descripción teleológica del organismo femenino tiene consecuencias directas en la manera en que es percibida la menstruación. Ésta es descrita como un propósito fracasado, como un proceso de construcción malogrado. Y cita diversos textos de medicina actuales en los que el lector encuentra que la menstruación es descrita con términos negativos: “degeneración” del corpus luteum, “declinación” de los niveles de estrógenos y progesterona, “suspensión” de los efectos estimulantes de aquellas hormonas, “espasmos” de los vasos sanguíneos del endometrio, “degeneración” del endometrio como consecuencia de la “carencia” de irrigación sanguínea, “debilitamiento” de los vasos capilares, que resulta en una “fuga o escurrimiento” de la sangre, y “descarga” de la misma (Martin, 1987: 47). La autora sugiere que esta visión de la menstruación está influida por la ideología capitalista que a su vez subraya el valor de la “producción”. Frente a estas descripciones, la autora contrasta los términos con que se describe la espermatogénesis: ésta es caracterizada como un proceso “extraordinario”, “sorprendente”, de “magníficas” proporciones y en cuya descripción nunca se usa la palabra “desperdicio”.

Indirectamente, la autora argumenta que estas metáforas afectan la manera en que las mujeres experimentan su propia sexualidad y sus procesos reproductivos. Así, el argumento de fondo es que son las fuerzas sociales ubicadas al nivel del modo de producción capitalista las que moldean las categorías culturales que, a su vez, moldean las formas en que los individuos experimentan sus capacidades y funciones reproductivas.

El papel de los medios de comunicación en el proceso de medicalización también ha sido explorado por Graham (1977), quien analizó las imágenes sobre el embarazo que se manejan en material impreso de consumo popular en Inglaterra. La autora encuentra que estos materiales transmiten mensajes ambiguos: mientras que el material fotográfico tiende a presentar al embarazo como un evento disfrutable que se da en armonía con la naturaleza, los dibujos y las ilustraciones tienden a mostrar la realidad medicalizada de la atención prenatal. El análisis de la autora implica que esta ambivalencia puede ser un factor importante en la conformación de la forma ambigua en que las mujeres contemporáneas tienden a experimentar el embarazo y el parto.

Centrándose en el embarazo y el parto, Oakley sostiene que la atención prenatal es tanto un ejemplo como un facilitador de un control social más amplio que se ejerce sobre las mujeres (Oakley, 1984). La autora sostiene que no es gratuito que la atención prenatal también sea conocida como “control” prenatal. Señala que la característica central de la medicalización del embarazo es la importancia que le da la medicina a la probabilidad de desarrollar alguna patología durante esta etapa o durante los primeros años de la crianza. En consecuencia, la eliminación de la idea de *normalidad* en este proceso provee la justificación para la intervención médica. La medicalización del embarazo ha pasado por dos etapas de transformación ideológica frente a la población: de ser un evento básicamente social, se transformó en uno de carácter biológico; y de ahí en uno básicamente médico. La autora llama la atención sobre la necesidad de cuestionar la capacidad de los profesionales médicos de moldear la vida de los individuos y de explorar si en verdad la única opción racional hoy día para la atención del parto es la que se ofrece desde los servicios institucionales de salud.

Con un abordaje similar, Treichler señala que el aparente consenso de las mujeres en sociedades industrializadas que favorecen el parto institucional no es, en realidad, sino la consecuencia de la falta de alternativas ante el monopolio de la medicina moderna (Treichler, 1990). La cuestión, entonces, es explorar cómo una cierta interpretación del parto se ha convertido en una definición oficial de la realidad, con poder suficiente para influir incluso sobre las condiciones materiales en las que tiene lugar en la actualidad: el hospital. En un

ejercicio parecido al de Martin, la autora analiza las definiciones de parto” en los libros de texto, y encuentra que en general las mujeres son eliminadas o por lo menos relegadas en este evento. Por ejemplo, una definición como “el pasaje del producto del útero al mundo exterior” (p. 117) destaca el trayecto del producto, más que la labor de la madre. O una definición como “la completa expulsión o extracción de la madre de un feto de 500 gramos de peso o más”, legitima la presencia de un médico a través de la palabra “extracción”. Treichler argumenta que estas definiciones del parto como un evento médico cuentan con un soporte científico, económico e ideológico. El primero deriva del conocimiento médico difundido en los libros de texto para estudiantes de medicina; el soporte económico, a su vez, deriva de la metáfora contemporánea, ligada al capitalismo, que concibe al cuerpo como una especie de fábrica, donde los médicos son como los técnicos encargados de mantenerla funcionando eficiente y provechosamente; el soporte ideológico, por último, deriva del creciente papel del pensamiento médico y de las autoridades médicas para definir que es la enfermedad. Estas definiciones, sugiere la autora, impactan directamente sobre la manera en que las mujeres experimentan el parto. En una frase que recuerda a la hipótesis de Moscovici sobre la posibilidad de reconstruir el mapa básico de la interacción social a partir del análisis de las representaciones sociales, la autora concluye señalando que

el lenguaje de los debates sobre el parto mapea las complejas intersecciones entre las construcciones lingüísticas y la autoridad profesional, los intereses económicos, las estructuras institucionales, la política, el dinero y las diversas posiciones ideológicas respecto a la atención prenatal (Treichler, 1990:131).

Por otra parte, Rothman (1978) también estudia la construcción social del embarazo y el parto, partiendo de una versión modificada del *dictum* de W.I. Thomas: “si las situaciones definidas como reales son reales en sus consecuencias, entonces aquellos que definen, controlan” (p. 124). La autora examina cómo diversas instituciones definen el parto en términos médicos, lo cuál, por un lado, legitima el control médico, y por otro lado determina el tipo de experiencia que las mujeres tienen sobre

estos aspectos. En su versión medicalizada, señala, el parto es conceptualizado no como algo que las mujeres hacen, sino como algo en lo que los hospitales y los médicos son los actores principales. La idea de que el médico le presenta el bebé a la madre ilustra este punto. La medicalización del parto es un proceso que comienza cuando el embarazo es confirmado por la medicina. Ello supone una práctica que desprecia las experiencias subjetivas de las mujeres, tales como sus sospechas de que están embarazadas o de que el trabajo de parto ha comenzado: ambos son reconocidos oficialmente sólo cuando los médicos así lo sancionan. La autora señala también que convencionalmente se considera que una mujer está bajo control si es capaz de reprimir sus sentimientos y emociones incluso durante el trabajo de parto y el parto:

De acuerdo a las reglas del juego, cuando una mujer en trabajo de parto elige enfrentar su dolor gritando y llorando, pierde completamente su derecho a tomar decisiones sobre su propio proceso (Rothman, 1978: 133).

La autora señala que se trata de una definición con un claro sesgo masculino de “control”, que en última instancia, al ser impuesto sobre las mujeres, moldea también su propia experiencia del trabajo de parto y del parto.

Finalmente, diversas autoras han señalado que también la anticoncepción moderna ha sido medicalizada y despojada del sentido emancipador que tenía para las mujeres a principios de este siglo (Gordon, 1978). La vivencia que muchas mujeres tienen de la práctica anticonceptiva es hoy día más el resultado de la asimilación de la ideología dominante que promueve el uso de anticonceptivos y que enfatiza su importancia para la salud de las mujeres y de la familia, para la estabilidad familiar, e incluso para prevenir la sobrepoblación mundial, que la consecuencia de una voluntad de liberación personal (Hartmann, 1987; Corea y Klein, 1985; Corea, 1985).

Crítica

La relevancia de la perspectiva feminista para el estudio de la experiencia subjetiva de la salud, la enfermedad y la salud reproductiva,

difícilmente puede sobreestimarse. Su dominio yace dentro de la perspectiva de la sociología del conocimiento, en particular con su argumento de que la totalidad del conocimiento disponible actualmente en la sociedad (ya sea no formal o científico) es parcial hacia la perspectiva masculina del mundo. Esto sería el resultado de los arreglos sociales actuales, dentro de los cuales la dominación masculina sobre las mujeres es una de las características centrales de la mayoría de las sociedades. Subyace a este argumento la hipótesis de la sociología marxista del conocimiento que postula que la estructura social determina el tipo de conocimiento y las formas específicas de conciencia producidas en cada sociedad (Marx y Engels, 1960).

Tal vez el aspecto más atractivo de esta hipótesis es la posibilidad implícita de desarrollar un paradigma del conocimiento, completamente nuevo, imparcial, que en términos de Kuhn (1982) resultaría eventualmente en una completa reconceptualización de asuntos como la salud, el embarazo, el parto y la anticoncepción, permitiendo así a los individuos de la sociedad tener una percepción y experiencia subjetivas completamente diferentes respecto a estos temas.

Sin embargo, también debemos estar conscientes de las limitaciones de este enfoque, que en su nivel más general, no difiere de los abordajes señalados por las escuelas de pensamiento previamente mencionadas. La crítica de Pirie (1988) es importante en este aspecto. Esta autora señala que una contribución de la teoría feminista en general, es su hincapié en los abordajes fenomenológicos que facilitan la comprensión de las experiencias humanas subjetivas. Aun así, éste no ha sido el caso de la sociología médica, donde los enfoques estructurales feministas sobrepasan a los interpretativos. La tendencia ha sido identificar a aquellos agentes de control social que han contribuido a la perpetuación de la opresión de las mujeres, aunque “no existe intento alguno por explicar la forma en la que las etiquetas médicas mismas son internalizadas por los sujetos involucrados” (p. 630).

Según lo propuesto por Pirie, el problema con los abordajes normativo-feministas, previamente discutidos, es que la conexión entre la etiquetación como “enfermedad” de ciertas conductas y procesos y su subsecuente adopción como conductas frente a la enfermedad, se asume pero nunca se explica. Esto da como resultado una paradoja

sorprendente: estos estudios son permeados por la retórica feminista y sin embargo las voces de las mujeres rara vez se escuchan directamente. En otras palabras, estos enfoques son atractivos intelectualmente ya que contribuyen a identificar los procesos sociales macro de medicalización. Con todo, no se explica el proceso mediante el cual la siempre creciente ideología médica se incorpora como parte de la biografía de un individuo. La autora establece que, a pesar de la fuerza del patriarcado, no se debe olvidar que las mujeres son también actores sociales con su propia habilidad interpretativa, para dar significado y sentido a su realidad.

Pirie propone que el abordaje fenomenológico, como se formula en la obra de Berger y Luckmann (1986), es más adecuado para explicar la relación entre los procesos macro, bien definidos por los enfoques normativos y estructurales, y los procesos de internalización mediante los cuales el individuo selecciona y adopta las etiquetas propuestas por el discurso médico moderno. En este sentido, el papel de etiquetador del médico puede ser una de las piezas, aunque no necesariamente la central, de este proceso. La producción social de cualquier tipo de conocimiento abarca tres niveles (macro, meso y micro), a los que Pirie llama “pasos”, específicamente:

- 1) La introducción o provisión de categorías abstractas de conocimiento; 2) el proceso de selección mediante el cual algunas categorías (y no otras) se consideran relevantes para la situación social del individuo, y 3) los procesos de negociación de significados que dotan a las categorías abstractas de conocimiento con significado personal, para que el mundo de la enfermedad se convierta en nuestro mundo (p. 641).

Conforme a lo propuesto por Stanley y Wise (1983), estos abordajes estructurales han traicionado de alguna manera la máxima feminista de que “lo personal es político”, al concentrarse exclusivamente en el nivel de las estructuras, ignorando las vivencias reales de la gente. Los trabajos hechos conforme a esta tradición carecen del testimonio empírico para apoyar la idea de que, por ejemplo, las mujeres de hecho experimentan el nacimiento medicalizado como una intervención que está fuera de su control. Sería interesante investigar de qué manera el

proceso de medicalización conforma los sentimientos y el entendimiento de la mujer hacia su embarazo y de qué manera esto determina su perspectiva del proceso.

Finalmente, en cuanto al tema que nos ocupa en esta investigación, diremos que otra limitación del abordaje normativo-feminista es la importancia otorgada a asuntos relacionados con la reproducción y la anticoncepción, lo que contrasta con la escasa investigación realizada sobre la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad. Podría proponerse, por deducción, que los principales hallazgos feministas en cuestiones de reproducción aplican también, en un sentido general, al campo de la salud y la enfermedad. Pero una propuesta así quedaría pendiente de demostración, posible únicamente mediante la realización de investigación que aborde directamente este tema.

LOS ABORDAJES NO RACIONAL-INDIVIDUALISTAS O INTERPRETATIVOS

El análisis de las experiencias subjetivas de la salud y la enfermedad se ha llevado a cabo también mediante varios enfoques interpretativos. Como señalamos al principio de este capítulo, los estudios que privilegian este tipo de enfoque parten de la exploración directa de los testimonios de los sujetos de investigación; pero varían entre sí, a los efectos de esta investigación, en el alcance de su pretensión de teorizar la experiencia subjetiva de los individuos como un fenómeno socialmente construido. Como veremos, existen algunos trabajos notables —más bien pocos— que se esfuerzan por teorizar sobre los vínculos que unen a la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad con la estructura social dentro de la cuál viven los sujetos estudiados. Llamaremos a éstos estudios sobre la experiencia de la salud y la enfermedad en general (o holísticos). En otros casos, los trabajos se concentran en áreas específicas de la salud y la enfermedad, en particular en la experiencia de las enfermedades crónicas. En los últimos años se ha publicado un gran número de trabajos sobre la experiencia de las enfermedades crónicas en distintos países. La gran riqueza de la mayoría de ellos radica en el detalle de sus descripciones, lo que ha significado

una gran contribución para nuestro conocimiento acerca de las diversas formas de sufrimiento y las variadas estrategias de adaptación y supervivencia asociada al padecimiento de las enfermedades crónicas. Pero sólo un reducido número de esas investigaciones intenta explorar la naturaleza de los vínculos entre esos hallazgos y las características del orden social al que pertenecen los sujetos incluidos en el estudio. Nuestra revisión se habrá de concentrar sólo en estos últimos pues es ese vínculo, y no la descripción meramente fenomenológica del padecimiento, lo que interesa en esta investigación. Finalmente, un tercer grupo de trabajos que revisaremos en este apartado se centra en la salud de las mujeres, subrayando, en particular, la reproducción.

Estudios sobre la experiencia de la salud y la enfermedad en general

En el ámbito de los estudios *holísticos* destaca, en primer lugar, el trabajo de Cornwell (1984), que estudió los relatos sobre salud y enfermedad de hombres y mujeres de la clase trabajadora, de un suburbio de Londres. El supuesto inicial es que estos relatos no pueden entenderse plenamente a menos que se analicen dentro del contexto de las vidas de estas personas, como un todo. Cornwell nota que la situación de la entrevista en sí afecta el contenido del relato. La autora propone distinguir entre *relatos públicos* y *relatos privados*. Los primeros se definen como

grupos de significados, expresados en la moneda social común, que reproducen y legitiman los supuestos que las personas dan por sentado, acerca de la naturaleza de la realidad social... Al apegarse al relato público del tema en discusión (...), la persona que lleva la conversación puede estar segura de que no importa lo que diga, será aceptable para los demás (Cornwell, 1984:15).

Por consiguiente, los relatos públicos reflejan sólo parcialmente la experiencia de salud y enfermedad de las personas. Los *relatos privados*, por otra parte, están vinculados con la experiencia personal y los

sentimientos de los individuos; surgen cuando el individuo es capaz de pensar y de responder en el contexto donde se considera únicamente su propio punto de vista. De acuerdo con Cornwell, el individuo tiende a volver al relato público si se le hacen preguntas directas en las entrevistas, mientras que es probable que ofrezca un relato privado si se le invita a contar su historia personal. Esta variación, explica la autora, implica un cambio sutil de poder en la naturaleza del encuentro entrevistador-entrevistado: si el entrevistador tiene el control, se obtendrán relatos públicos; si, en cambio, el entrevistado es quien percibe que tiene el control y la latitud para expresarse libremente, entonces se producirán relatos privados.

Cornwell, en sus propias palabras, escoge un enfoque de estudio de caso, para evitar reducir a los sujetos

a cifras, números tan socialmente determinados que carecen de la habilidad de adoptar un papel activo en el proceso de sus propias vidas (p. 2).

La autora busca estudiar la relación entre la medicina y la profesión médica por una parte, y la sociedad, por la otra. Argumenta que los abordajes sociológicos estructurales (e.g., el funcionalismo y teorías de conflicto, como el marxismo y algunas ramas del feminismo), al subrayar el papel de la medicina como institución de control social, promueven análisis que invalidan la perspectiva de la “gente común y corriente” acerca de la salud y la enfermedad. Esto ha desalentado los esfuerzos de algunos científicos sociales por considerar seriamente las perspectivas de salud de los pacientes. Por otra parte, señala que los abordajes sociológicos interpretativos han manejado mejor

el reconocimiento de la existencia del poder médico, sin convertir a los pacientes en víctimas pasivas, ni conformistas ni dependientes (p.19),

pero se han centrado en analizar estudios sobre discapacidad y pacientes en escenarios médicos. Esto se debe a la importancia que enfoques como el interaccionismo simbólico suelen darle a la observación como método principal para la recopilación de información.

Una contribución de central importancia de Cornwell se refiere a su tesis de que el discurso médico moderno conforma parcialmente la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad de las personas. Pero para apreciar con mayor precisión el papel de dicho discurso, dice, es imprescindible estudiar también el papel de los otros saberes médicos no científicos. Para ello, propone, en vez de estudiar los “conceptos no formales” de salud y enfermedad, se debe estudiar el *sentido común* de los individuos —que ciertamente incorpora algunos elementos médicos modernos— si es que se desea lograr una genuina comprensión de sus experiencias subjetivas de la salud y la enfermedad. El sentido común del individuo incorpora también ideas acerca del trabajo, de la vida en general y del mundo, los cuales están interrelacionados. Lo que Cornwell busca explorar es precisamente la naturaleza de esta interrelación.

El principal hallazgo de este trabajo —decisivo para nuestra propia investigación— es el paralelismo entre los relatos públicos y privados respecto al trabajo, la vida familiar y la salud. Los relatos públicos sobre el trabajo se refieren a la ética capitalista del mismo, a la noción de la iniciativa individual y a una perspectiva del mundo en la que cada individuo trata de “superarse al máximo” (p. 80). Los relatos privados, por el contrario, reflejan una visión del mundo donde ciertamente hay poca oportunidad para la acción individual, perspectiva que prevalece y en la cual los individuos tratan de adaptarse a las circunstancias para “sacar el máximo provecho” (p. 80). De manera similar, los relatos públicos de la vida familiar representan relaciones familiares ideales, es decir, armónicas y cooperativas. Dentro de este contexto, el hombre es un buen esposo, un hombre trabajador y un buen padre; la mujer es una buena esposa y madre. Los relatos privados de la vida familiar, por el contrario, pueden descubrir conflictos profundos entre los miembros de la familia, creando una distancia social entre ellos que frecuentemente se encuentra llena de amargura y rencor.

La autora disputa la tesis de la “medicalización de la vida” (Zola, 1972; Navarro, 1977), debido a que presenta a la medicina y a la profesión médica como un fenómeno unitario, ignorando sus divisiones y conflictos internos, y porque existe una considerable evidencia de que los individuos no se están volviendo “adictos” a la medicina moderna.

Sin embargo, Cornwell conserva el concepto de *medicalización* aunque lo reformula dentro de una perspectiva habermasiana, es decir, como una tradición “que orienta la acción”. Redefinido de esta manera, el concepto preserva tanto los relatos públicos como los privados como puntos de referencia que el individuo toma en consideración con relación al discurso médico moderno. Sin embargo, en sus relatos públicos, los individuos tratan

de no alejarse demasiado de los conceptos y teorías que ellos consideraban de origen médico o compatibles con la medicina (p. 144),

mientras que los relatos privados demuestran ser más prácticos y pragmáticos en su contenido. Los relatos públicos de salud y enfermedad poseen un contenido moral similar al representado en los relatos públicos de trabajo y de vida familiar: la salud se asocia con un estilo de vida adecuado, mientras que se piensa que la enfermedad es el reflejo de algo moralmente erróneo. Por el contrario, los relatos privados tienden a excluir estas consideraciones y a concentrarse en formas prácticas de recuperar la salud. Los *relatos públicos* incluyen tres tipos de padecimiento: 1) *padecimiento normal*, que se refiere principalmente a enfermedades infecciosas; 2) *padecimiento real*, que se refiere a una enfermedad contemporánea importante, para la cual no hay cura (cáncer, enfermedades de las coronarias, etc.), y 3) *problemas de salud que no son padecimientos*, que se refieren a problemas físicos considerados como no tratables médicamente (problemas asociados a la menstruación, la menopausia, el envejecimiento, etc.). Los relatos privados, por otra parte, son resultado principalmente de tres factores: 1) la posición del individuo en su trabajo (donde ser funcional es crucial); 2) la división sexual del trabajo dentro y fuera del hogar: debido a las demandas de trabajo, los hombres experimentan más síntomas controlables fuera de casa que dentro de ella, donde, en cambio,

no les da remordimiento esperar que su esposa los entienda cuando ellos ‘ceden’ ante síntomas de menor importancia (p. 139).

Y 3) la experiencia previa con doctores y servicios de salud, donde las personas de edad avanzada, que crecieron en una época en la cual el acceso universal a los servicios de salud no existía, se rehusan con mayor frecuencia a definir sus síntomas como tratables médicamente que los que están acostumbrados a depender mucho más de los servicios médicos.

La autora reporta también diferencias sorprendentes entre teorías públicas y privadas acerca de la etiología del padecimiento. Los relatos públicos son muy explícitos al reconocer la autoridad del círculo médico y su ideología: al usar estos relatos, las personas tienden a referirse a “ellos” (“ellos dicen”, “ellos no saben”) y destacan el carácter moral de la enfermedad, es decir, en la responsabilidad individual de su salud. Los relatos privados, por el contrario, abren claramente una puerta para la experiencia subjetiva y las teorías personales acerca de la causa de la enfermedad, donde los individuos muestran una tendencia a depender mucho más de su propia historia personal, mientras que las cuestiones de responsabilidad personal son irrelevantes.

En su conclusión, Cornwell realza la importancia de los métodos etnográficos en los estudios de las experiencias subjetivas de la salud y la enfermedad. Concluye que estos métodos permiten que las

interpretaciones del material (recopilado) den testimonio del papel que cada persona juega en conformar el curso de su propia vida, sin perder de vista el hecho de que lo hacen en condiciones que no fueron de su elección (p. 204).

Así, este abordaje ayuda a evitar la caracterización normativa implícita de los actores como pasivos y dependientes. Cornwell es insistente acerca de la importancia de hacer una distinción entre relatos públicos y privados. En dichos estudios, el investigador siempre debe saber qué tipo de relato está obteniendo. Como en el caso de Herzlich (1973), Cornwell concluye que para los individuos de su estudio

no existe una separación clara entre la enfermedad y lo que sucede durante el resto de sus vidas (p. 205).

Según Cornwell, la medicina moderna juega un papel crucial —aunque no exclusivo— en moldear las concepciones de salud y enfermedad de los individuos. Una implicación significativa de esta calificación es que mientras la profesión médica dé prioridad a la medicina curativa, será difícil reestructurar el sentido común de las personas, para que la comunidad y la medicina preventiva adquieran un papel relevante en sus percepciones de salud y enfermedad.

Otro estudio interesante, que también confiere un papel fundamental a la noción de *sentido común*, es el llevado a cabo por Locker (1981), y que se centra en la experiencia de los “síntomas y padecimientos”. Locker explora la manera en que los elementos cognoscitivos, que se integran al sentido común, se utilizan como recursos para interpretar asuntos relacionados tanto con la salud y la enfermedad, como con la vida diaria. Desde una perspectiva etnometodológica, el supuesto principal del autor es que la exploración de recursos culturales que se “dan por sentado”, que los individuos utilizan para darle sentido a lo que perciben como el mundo en que viven, contribuye a una mejor comprensión del proceso mediante el cual construyen sus experiencias y definiciones de enfermedad.

Locker decide estudiar a un grupo de familias en su propio escenario, más que en consultorio o en el hospital, justo porque lo que le interesa es la construcción legítima de definiciones de experiencias problemáticas. Encuentra que los actores sociales deben responder a dos cuestionamientos básicos, para lograr una interpretación personal de sus enfermedades, a saber: “¿qué es lo que anda mal?” y “¿por qué me pasa esto a mí?”. Locker sugiere que la elaboración de cualquier experiencia personal acerca de la enfermedad debe dar respuesta a estas preguntas, utilizando los recursos disponibles del sentido común. Un individuo reconoce que algo “anda mal” debido a experiencias problemáticas que Locker llama *claves*. Estas claves sensibilizan a los individuos para que se percaten de que se han apartado del estado en el que se “dan las cosas por sentado”. Las *claves* pueden ser *sintomatológicas* (cambios físicos o fisiológicos experimentados subjetivamente u observados por otros), de *comportamiento* (cambios de comportamiento observados en los demás), y *comunicativas* (un individuo hace declaraciones ante los demás que indican que ha habido un alejamiento del

estado normal de las cosas). El desarrollo de esta clasificación permite a Locker elaborar un poco más su principal contribución conceptual: la distinción de dos dimensiones de la construcción de significados —la cognoscitiva y la interaccional— que se pueden estudiar desde una perspectiva sociológica. La dimensión cognoscitiva se refiere

a la organización e interpretación de eventos y a la producción por medio del lenguaje de un orden social reconocible (p. 181),

mientras que la dimensión *interaccional* se refiere a la construcción de significados mediante la actividad interpersonal. En otras palabras, Locker argumenta que el estudio etnometodológico de las experiencias de padecimiento y enfermedad de los individuos deben considerar el contenido (en términos cognoscitivos) de dichas experiencias y las formas mediante las cuales dichas experiencias se elaboran (a través de la interacción).

El valor del estudio de Locker radica en el estatuto teórico que concede al concepto de *sentido común*, habida cuenta de que adopta una postura claramente etnometodológica. Desde esta perspectiva, el sentido común es entendido como un saber colectivo en permanente construcción, en el que la tipicidad y la objetividad de los objetos y sucesos ordinarios (incluida la experiencia de la enfermedad) se dan por sentado; y, más importante aún, es un saber colectivo en permanente reafirmación a través de la interacción social. El orden social es el resultado de estas prácticas interactivas, locales. Nuestra sensación de orden, postula la etnometodología, es el resultado de nuestras prácticas conversacionales, aunque tendamos a imaginar que nuestras descripciones se refieren a un orden que nos pre-existe. La tesis de la *reflexividad*, que sostiene que describir una situación es al mismo tiempo crearla (Garfinkel, 1967), tiene hondas implicaciones para el estudio de Locker: las prácticas conversacionales que permiten la descripción de la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad, sostiene el autor, son al mismo tiempo constitutivas de ella. Los significados que se construyen a través de la conversación cotidiana, por lo tanto, están *indexados* al contexto interaccional del que derivan. De ahí la conclusión del autor: una experiencia o una conducta sea sig-

nificativa o racional es algo que no se puede imputar legítimamente sin especificar el contexto interpretativo en el que se inscribe. Lo que se presenta como irracional o inapropiado desde un punto de vista médico puede no serlo desde la perspectiva de los actores comunes y corrientes. Al identificar los recursos interpretativos de los que echan mano los individuos, es posible reconstruir la racionalidad y la lógica de la interpretación que los individuos hacen del mundo y, dentro de él, de sus experiencias de salud y enfermedad (Locker, 1981: 182).

Finalmente, un tercer estudio importante dentro de esta corriente es el de Toombs (1993), que propone que el método fenomenológico de análisis de la experiencia de la enfermedad puede explicar cómo los individuos construyen los significados de su experiencia y, por ende, ofrecer las claves para un mejor entendimiento entre médicos y pacientes. Se trata de un estudio netamente fenomenológico, esto es, que se centra exclusivamente en el dominio de lo no-pensado, de lo que se da por sentado dentro de la experiencia cotidiana y que es constitutivo de ella. Apoyándose en la tesis general de la reciprocidad de perspectivas (Schutz, 1974), la autora sostiene que una de las claves para comprender la dificultad de la comunicación exitosa entre pacientes y médicos es precisamente el fracaso en la construcción de un “ambiente comunicativo común”, que se deriva, a su vez, de la actitud natural” del médico, no problematizada ni interesada en cuestionar sus propios supuestos, con los que se acerca al paciente. La experiencia pre-reflexiva que los individuos tienen de su cuerpo incluye aspectos como el simple “estar en el mundo” (“yo soy”), las capacidades corporales de manipulación de los objetos (“yo puedo”), la percepción del mundo y la ubicación en él a través de los sentidos (“yo estoy”), y otros. Estos aspectos, que habitualmente se dan por sentados, son violentamente traídos al campo de la conciencia a través de la enfermedad, en particular de los padecimientos crónicos. En consecuencia, la experiencia de la enfermedad significa, en primer lugar, una sensación de desorden, una drástica alteración en la manera de “estar en el mundo” de los individuos. Las enfermedades crónicas exigen que el individuo preste una inusual atención a cuestiones que normalmente se dan por sentadas. Representan, por lo tanto, una forma distinta de “estar en el mundo”, una forma de existencia caracterizada por una permanente

pérdida del sentido de integridad con que los individuos normalmente se experimentan a sí mismos, una disminución en el campo de las certidumbres con que los individuos normalmente viven.

La autora concluye que el espacio terapéutico debe incluir la posibilidad de que el paciente narre su padecimiento en sus propios términos y bajo su propia lógica. Estas “narrativas clínicas”, sostiene, contienen elementos invaluable para facilitar la comprensión del sufrimiento de los pacientes por parte de los médicos.

Crítica

Los estudios sociológicos de las experiencias subjetivas de salud y enfermedad que recurren a un abordaje interpretativo, contribuyen de manera significativa a una comprensión detallada de la naturaleza de dichas experiencias. Pero este logro incurre en costos teóricos: disminuye la importancia del papel que juega la estructura social en la conformación de percepciones subjetivas como determinante comparado con el abordaje conceptual normativo.

La forma de análisis que utiliza Cornwell incluye tanto a hombres como a mujeres. Ella utiliza una lente “espacial”, no una temporal, que se enfoca en cómo las nociones que se relacionan con dominios diferentes al de la salud (el trabajo y la vida familiar) también son moldeadas por las condiciones objetivas de vida. Estas nociones, que, en sus propias palabras, componen el “sentido común” covarían por clase social. Sin embargo, Cornwell ha evitado la perspectiva determinista de los actores sociales; su distinción conceptual entre *relatos públicos* y *privados* provee una solución interesante al problema de la estructura versus la acción. La influencia de la estructura social se puede observar principalmente en los relatos públicos, mientras que el papel de la creatividad y de la libertad del individuo se pueden observar principalmente en los privados. Los relatos públicos presentan los atributos de un “hecho social” típico: son impuestos de manera externa. Los privados, por el contrario, son ejemplo de “acción social” típica: son creados a partir de la interpretación que hacen los individuos de su situación.

Es de notar la congruencia entre Cornwell y Locker en el hecho de que ambos se concentran en los recursos del sentido común que se utilizan para interpretar asuntos de salud de manera comparable a la usada para interpretar otras áreas de la vida, como el trabajo, la familia y la comunidad. Como otros autores, Locker recalca en que las dos preguntas básicas formuladas por los individuos para interpretar su experiencia de enfermedad son “¿qué es lo que anda mal?” y “por qué a mí?”. Locker, sin embargo, asume congruentemente el costo de usar enfoques interpretativos: el papel de la estructura social prácticamente desaparece como una realidad independiente y externa a los individuos, para repositionarse de acuerdo con lo postulado por la etnometodología: como una realidad constituida por las propias descripciones de los actores. El autor nos lleva, así, a lo que Alexander (1992) denomina “presupuestos metateóricos”: el carácter real de la estructura social sólo es postulable como axioma, pero no demostrable.

El ejemplo extremo del costo que los abordajes interpretativos pueden significar lo constituye el trabajo de Toombs, que elabora una acuciosa descripción de las *disrupciones* que experimentan los individuos enfermos en el nivel de sus supuestos cotidianos, pero que ignora por completo el contexto, y la influencia de éste en la experiencia de la enfermedad. No es casual la advertencia de la autora de que el lector no debe confundir su abordaje fenomenológico con los estudios más estrictamente psicológicos; ambos apuntan en la misma dirección: la subjetividad de los individuos, independientemente de sus vinculaciones objetivas con el exterior.

ESTUDIOS SOBRE CULTURA Y SALUD-ENFERMEDAD

El estudio de la experiencia subjetiva de la enfermedad se ha llevado a cabo también a partir de abordajes sociológicos y antropológicos “micro”, que se han centrado sobre todo en el análisis de los padecimientos crónicos. En los últimos años se ha publicado un gran número de trabajos de investigación sobre la experiencia subjetiva de las enfermedades crónicas. No es nuestro cometido aquí hacer una revisión exhaustiva de ellos. Por el contrario, sólo nos referiremos a aquellos

que exploran de manera directa el vínculo entre la experiencia subjetiva y el orden social de los actores. Dejaremos de lado, así, muchas investigaciones, algunas de ellas muy valiosas, cuyo aporte principal consiste en una descripción detallada de la vivencia de los enfermos crónicos y de sus estrategias de adaptación y supervivencia. Algunos de esos trabajos se limitan simplemente a yuxtaponer la descripción de la experiencia subjetiva de las enfermedades crónicas con algunas características del contexto sociocultural de los actores, pero sin teorizar sobre la naturaleza de ese vínculo (por ejemplo, Kagawa-Singer, 1993; Mercado, 1996); y otras se concretan a exponer de manera detallada la vida cotidiana y la sintomatología que experimentan las personas con padecimientos crónicos sin trascender, en cuanto a lo social se refiere, las estrategias de adaptación y supervivencia que despliegan los actores (por ejemplo, Williams, 1993; Heurtin-Roberts, 1993; Radley, 1995; Ramos, 1998). Si bien en algunos casos el aparato conceptual que se ha desarrollado para dar cuenta de dichas conductas es altamente sofisticado (Bury, 1991), una auténtica sociología de la experiencia de la enfermedad crónica debe trascender la mera descripción acerca del manejo que los individuos hacen de tal o cuál padecimiento, para contribuir, en un nivel más elevado de abstracción, a la comprensión de la experiencia de la enfermedad en general (Conrad, 1990). Sólo unos cuantos trabajos buscan establecer vinculaciones más claras entre el nivel de lo macrosocial y la experiencia subjetiva del padecimiento. La breve revisión que sigue se centra en los más significativos de ellos.

En el ámbito de la antropología, la experiencia de los padecimientos crónicos ha sido menos explorada que desde el ámbito de la sociología (Heurtin-Roberts y Becker, 1993; Gerhardt, 1990). Con todo, un primer autor, central dentro de la perspectiva antropológica es Kleinman (1988), quien explora las concepciones de los individuos acerca de las enfermedades y del sufrimiento, no sólo como información básica que los médicos deben tomar en consideración, sino como una forma de enterarse acerca de algo fundamental relacionado con la condición humana. El autor parte de reconocer la necesidad que tienen los individuos de dar significado a su sufrimiento. Tales significados están *orientados* culturalmente (a un nivel general), pero son *negociados* a través de la interacción cara-a-cara entre los médicos

y los pacientes, así como entre los individuos comunes y corrientes. Para describir este “puente” entre las orientaciones culturales generales y las negociaciones intersubjetivas de los significados del sufrimiento, Kleinman propone la existencia de cuatro niveles de significación, a saber: 1) los significados de los síntomas como “verdades” estandarizadas en un sistema cultural local; las metáforas y coloquialismos corporales se pueden entender solamente al hacer referencia a este marco; 2) los significados marcados a partir de rasgos culturales sobresalientes, en diferentes épocas y sociedades (lo que lleva al estigma y a la exclusión); 3) los significados de los síntomas determinados por el hecho de que la enfermedad llega a ser parte de una trayectoria de vida en particular, rodeada de un mundo vivo concreto:

A diferencia de los significados culturales de enfermedad que tienen relevancia para la persona enferma, este tercer tipo de significado, más íntimo, transfiere significancia vital de la vida de la persona a la experiencia del padecimiento enfermedad (p. 31).

Y 4) significados resultado de una construcción en términos clínicos de parte de los médicos. El autor propone el concepto de *narrativas del padecimiento* (*illness narratives*) que se define como la historia que cuenta el paciente, y que sus otros significativos reproducen, para dar coherencia a los eventos distintivos y a un periodo largo de sufrimiento. Tales narrativas dan cuenta de los *modelos explicativos* (*explanatory models*) de que disponen los individuos al hablar de sus padecimientos. Estos modelos explicativos son mapas cognitivos donde se organiza el conjunto de creencias y nociones que los individuos tienen acerca de la etiología, del origen de los síntomas, de la patología, del desarrollo de la enfermedad y del tratamiento (Kleinman, 1978). A lo largo de su obra, el autor muestra cómo tales modelos explicativos del padecimiento están influenciados por diversas fuerzas sociales: desde el discurso médico dominante, hasta los valores con los que los actores orientan su vida cotidiana.

Kleinman (1992) también ha señalado la urgencia de desarrollar estudios que exploren la manera en que los procesos macrosociales estructuran, a través de los contextos locales, la relación entre la ex-

perencia subjetiva del cuerpo con la sociedad. Un trabajo del propio autor, que ilustra este argumento (Kleinman y cols., 1995), muestra cómo la experiencia de un padecimiento como la epilepsia puede variar diametralmente en un contexto predominantemente individualista, como Estados Unidos, y en otro con una orientación mucho más comunitaria, como China. El dolor y el sufrimiento es “social”, señala el autor, tanto porque los modos colectivos de la experiencia moldean la percepción y las expresiones de los individuos, como porque la interacción social entre los actores es también constitutiva de los padecimientos (Kleinman y Kleinman, 1997). Kleinman muestra así que el sufrimiento, al estudiarse desde una perspectiva antropológica, puede ser analizado como un modo culturalmente particular de la experiencia social cotidiana.

Good, por su parte (1992), ha llamado la atención sobre los límites del propio lenguaje en el estudio de la experiencia del dolor. El autor distingue entre la teoría etiológica lega de la enfermedad (la narrativa), la descripción social del mundo subjetivo del dolor (la fenomenología), y el proceso social de etiquetación del padecimiento (la simbolización). Apoyándose en la teorización de Schutz sobre el mundo cotidiano, el autor muestra que precisamente una de las fuentes de mayor sufrimiento entre los enfermos crónicos radica en la suspensión de lo que los individuos dan por sentado en su vida diaria: por ejemplo, la presuposición de que todos vivimos en el mismo mundo, o de que todos vemos al mundo de la misma manera, es dolorosamente falsa para el caso de aquellos enfermos crónicos que expresan la singularidad de su vivencia del dolor con expresiones como “nadie sabe lo que siento”, o “sólo los que padecen lo mismo que yo pueden saber qué implica esta enfermedad”. En tales casos, sostiene el autor, la insuficiencia del lenguaje para hacer común una experiencia individual es manifiesta, lo que implica que para ciertos padecimientos límite la posibilidad de las ciencias tanto sociales como biomédicas de acceder a la experiencia subjetiva como tal está prácticamente denegada.

Sin embargo, la experiencia de la enfermedad para la que sí podemos tener acceso, sostiene el mismo autor en otro trabajo (Good, 1977), se estructura a partir de “redes semánticas del padecimiento” (*semantic illness network*), esto es, a partir de la “red de palabras, situa-

ciones, síntomas y sentimientos que están asociados con un padecimiento y le dan sentido a los ojos del enfermo” (p. 40). Tales redes, se organizan a través de “elementos simbólicos centrales”, una noción que se basa en la distinción de Turner (1997) entre “símbolos dominantes e instrumentales”. Como los símbolos dominantes, los elementos simbólicos centrales son polisémicos y pueden articular entre sí diversos niveles de significación; al identificarlos, el antropólogo puede reconocer en ellos elementos ideológicos (valores y normas) vinculados a elementos de orden emocional y físico (síntomas y descripciones del padecimiento).

Good sostiene que cambios en el nivel institucional e interaccional de los individuos producen cambios en las redes semánticas del padecimiento. El estudio de estas últimas, por lo tanto, debe realizarse en estrecha conexión con el contexto social y cultural de los individuos. Tal es el caso en los estudios de enfermos crónicos que Good hace tanto en Irán (Good, 1977), como en Estados Unidos (Good y Good, 1981).

Finalmente, Angel y Thoits (1987) mostraron que la manera en que los individuos describen sus experiencias subjetivas de la salud y la enfermedad depende directamente del conjunto de categorías cognitivas y lingüísticas de que disponen, las cuáles a su vez son culturalmente específicas y, por tanto, variables de un contexto social a otro.

ESTUDIOS SOBRE ENFERMEDADES CRÓNICAS

La antropología social también ha estudiado largamente la experiencia subjetiva de las enfermedades crónicas (HeurtinRoberts y Becker, 1993). De hecho, autores como Kleinman y Good, naturalmente, también podrían ser clasificados dentro del grupo de estudiosos que han explorado la experiencia subjetiva de las enfermedades crónicas. Los hemos separado simplemente por razones esquemáticas y para recalcar su importancia y contribución distintiva, más apoyada en la antropología que la que hacen los autores que veremos en seguida.

Otros autores han intentado también estudiar los relatos de los individuos respecto al sufrimiento derivado de padecimientos cróni-

cos, aunque utilizan abordajes más bien sociológicos (Kelly y Field, 1996). Además de los ya mencionados más arriba, algunos estudios se han centrado en la experiencia subjetiva de la diabetes (Kelleher, 1988) y de los desórdenes menstruales (Scambler y Scambler, 1993).

Bury (1982), por su parte, ha estudiado los problemas de cambios en una situación de vida y de las relaciones sociales, ocasionados por el desarrollo de una enfermedad crónica. El autor discute las dos tradiciones que están disponibles para los sociólogos médicos interesados en padecimientos crónicos; la primera, un enfoque macro, que se desprende del modelo parsoniano de padecimiento y del papel del enfermo, y que ha dado lugar a abordajes más bien *analíticos*. La segunda, que se concentra en los niveles de análisis micro, y que surge de la perspectiva del interaccionismo simbólico. De acuerdo con este autor, el conocimiento obtenido a través de esta perspectiva ha sido de particular importancia en lo que se refiere a revelar y a descubrir síntomas, aunque el nivel de investigación ha sido bastante *descriptivo*. El argumento de Bury es que, dada la naturaleza social del padecimiento crónico —a través del cual se desorganizan las estructuras de la vida cotidiana y las formas de conocimiento asociadas con ellas— se puede adoptar una abordaje más analítico para su estudio. Bury sostiene que

considerar el desarrollo de una enfermedad crónica como la artritis reumatoide como ‘una situación crónica’, como una forma de *interrupción biográfica* (“biographical disruption”), es más útil, no sólo como una manera de describir qué sucede, sino para proporcionar un foco analítico más explícito” (p. 169. Cursivas y paréntesis míos).

De acuerdo con el autor, se pueden identificar y vincular tres formas de *interrupción* en el desarrollo de una enfermedad crónica: 1) la interrupción de los supuestos y comportamientos que se daban por sentado, la ruptura de las fronteras del sentido común, que dan como resultado prestar atención a estados corporales que, por lo general, no se hace de manera consciente; 2) el replanteamiento de la biografía del individuo y la redefinición del concepto del yo (*self*), como resultado de la búsqueda del significado de los eventos que los individuos con padecimientos crónicos tienen que enfrentar; y 3) la alteración de

recursos personales cotidianos (red social de apoyo), debido a que se deben movilizar para hacer frente a la situación. El autor termina proponiendo que la interrupción que causa el inicio de una enfermedad crónica, implica la participación de los recursos cognoscitivos y materiales, disponibles para los individuos. Declara que el discurso médico moderno es la base de este proceso de interpretación de la persona enferma, lo contrario de los que argumentan que las concepciones no científicas se crean sin recurrir a dicho sistema de conocimiento. Más aún, Bury sugiere que la investigación sociológica debería tratar a la medicina como un sistema cultural que es al mismo tiempo

un recurso importante para los individuos, en tiempos de angustia y dolor, así como una limitación en su búsqueda de un significado más profundo de la experiencia (p. 179).

Otra autora que ha hecho contribuciones importantes en este campo es Charmaz, quien ha defendido la pertinencia de los abordajes cualitativos, para el estudio sociológico de la experiencia de las enfermedades crónicas (Charmaz, 1990). Desde esta perspectiva, la autora ha estudiado la pérdida de la identidad (*loss of self*) (Charmaz, 1983) y el desarrollo de la autocompasión (Charmaz, 1980), como dos tipos de experiencias subjetivas donde las concepciones no científicas juegan un papel crucial. El objetivo del primero es explorar, desde una perspectiva simbólico-interaccionista, las formas en que el yo se deteriora por el sufrimiento, así como identificar las principales condiciones sociopsicológicas que contribuyen a dicho sufrimiento. El punto de partida es el supuesto de que la medicina moderna no toma en consideración aquellas formas de sufrimiento que van más allá del mero sufrimiento físico y que, por consiguiente, ignora el tipo de sufrimiento que realmente experimentan principalmente los adultos con padecimientos crónicos y que es la *pérdida del yo*. De acuerdo con el marco teórico seleccionado, se piensa que el yo es fundamentalmente de naturaleza social y, por lo tanto, la experiencia de la enfermedad se percibe como moldeadora de situaciones en las que la persona adquiere nuevas definiciones del yo y a menudo renuncia a las previas.

En este estudio (Charmaz, 1983), la autora adopta la perspectiva de la teoría fundamentada. La hipótesis de trabajo es que, como consecuencia del efecto debilitador e inmovilizador de las enfermedades crónicas, un gran número de individuos pierde su autoestima y su identidad. En otras palabras, sufrir dichas pérdidas trae como resultado la disminución del yo de quienes las padecen. Los hallazgos corroboran la hipótesis previsible: dentro del interaccionismo simbólico, un postulado central es que la identidad se estructura a partir de la interacción social (Mead, 1982). Por lo tanto, una disminución en la intensidad y frecuencia de la interacción social —producto a su vez de las limitaciones corporales que imponen ciertos padecimientos crónicos— debe traducir una disminución del *self*.

Charmaz examina cuatro fuentes de pérdida del yo, identificadas a través del análisis de los relatos de sus informantes, a saber: 1) *vivir una vida restringida*, que se refiere al enfermo crónico que no puede salir de su casa; cuanto menor sea el grado de libertad y elección, mayor será el cambio en la imagen propia y mayor el sufrimiento; 2) *aislamiento social*, que se relaciona directamente con el tiempo utilizado en tratamientos médicos y la necesidad de permanecer inmovilizado en el hogar; 3) *definiciones desacreditantes* del yo, que se refiere principalmente a la mortificación pública del enfermo crónico; y 4) *convertirse en una carga*, que esencialmente significa ser más dependiente y menos móvil. Charmaz concluye su trabajo señalando que el lenguaje del sufrimiento que utilizan los individuos severamente debilitados es el lenguaje de la pérdida, más que el de la sabiduría recientemente adquirida que ciertas nociones estereotípicas tienden a atribuir a los enfermos crónicos.

Desde una perspectiva teórica similar, Charmaz ha trabajado en la construcción social de la autocompasión (1980), es decir, en una manera determinada socialmente de experimentar subjetivamente una enfermedad. De acuerdo con ella, la naturaleza social de la autocompasión está dada por tres factores, a saber: el autoconcepto de la persona enferma; los patrones de toda la vida de autocuidado y obtención de estima de los demás; y el carácter de las relaciones sociales. Según Charmaz, la experiencia de la autocompasión se desarrolla bajo varias condiciones socialmente estructuradas, que van desde el descubri-

miento y la definición del padecimiento hasta la desacreditación social de la persona enferma. En otras palabras, esta forma particular del sufrimiento de un individuo no se puede explicar plenamente a menos que se tomen en cuenta las condiciones sociales que la originan.

Finalmente, Anderson y cols. (1991) muestran que la experiencia de la enfermedad crónica supone una re-estructuración en la vida de las mujeres que la padecen, tanto angloamericanas como chinas. Dicha re-estructuración, sin embargo, no es elucidable sin identificar los rasgos básicos del contexto socioeconómico y político en que viven. Las autoras señalan que no se trata de imaginar a la “cultura” ni a la “etnicidad” como “hechos objetivos” que determinan de manera ineluctable la experiencia de la enfermedad y las conductas a ella asociadas. Por el contrario, sostienen que la experiencia de la enfermedad crónica de las mujeres estudiadas es la resultante de un proceso adaptativo y de supervivencia que se nutre de los antecedentes culturales y étnicos de las mujeres pero que se despliega, dando latitud a la creatividad de las mujeres, en el contexto socioeconómico en que viven.

Crítica

El rasgo más llamativo en los estudios abocados a los padecimientos crónicos es la cercanía entre los abordajes antropológicos y sociológicos. Desde ambas perspectivas se ha insistido, con diversas variaciones entre los autores, en la importancia de comprender la experiencia del sufrimiento crónico como un fenómeno social que es producido *simultáneamente* en dos niveles distintos: el orden de lo estructural y el orden de la intersubjetividad. Y si bien puede ser cierto que el grueso de los trabajos de investigación sobre enfermedades crónicas se ha realizado desde la sociología, es posible sostener que los aportes más sustantivos para el tema de nuestro interés se han realizado desde el dominio de la antropología.

El concepto de *modelos explicativos* de Kleinman, y la identificación que hace de cuatro niveles de significación para vincular el nivel de las determinaciones estructurales con la experiencia subjetiva del padecimiento, constituyen un aporte novedoso en la investigación

en este campo. Con todo, como ha sido señalado ya por otros autores (Young, 1982), la noción de *modelos explicativos* es usada unas veces como un constructo para dar cuenta de la influencia de la cultura en la experiencia subjetiva de los individuos, y otras veces como un constructo que ilumina ante todo la naturaleza adaptativa de las respuestas de los individuos frente a la adversidad. Esta ambigüedad en el concepto es problemática y nos obliga a distanciarnos del mismo.

No ocurre así, en cambio, con el concepto de *redes semánticas del padecimiento* de Good. A nuestro juicio, el autor logra articular adecuadamente los dos niveles mencionados más arriba en la explicación de la experiencia subjetiva del padecimiento. La clave, sugiere el autor, está en el lenguaje mediante el cual los individuos expresan sus padecimientos: en él es posible discernir patrones colectivos de significación —redes semánticas— y variaciones individuales de la experiencia del dolor. Y así como el lenguaje es el medio, constituye también el límite para investigaciones como la nuestra: existe un dominio de la experiencia subjetiva del padecimiento que no es comunicable sino muy indirectamente y que escapa, por lo mismo, a nuestras posibilidades de análisis socioantropológico. Junto a este aporte de primer orden, hay que advertir un vacío importante en el trabajo del autor: al adoptar una perspectiva netamente antropológica, Good deja de lado el análisis de las determinaciones estrictamente económicas sobre la experiencia subjetiva del padecimiento, para centrarse de lleno en aquellas de orden cultural y situacional. Como veremos en los siguientes capítulos, una exploración sistemática de las determinaciones económicas puede también iluminar significativamente nuestra comprensión de la experiencia subjetiva de la enfermedad.

Los estudios sociológicos que hemos revisado en esta sección, por su parte, logran identificar con gran detalle ciertos matices y variaciones de la experiencia subjetiva de los padecimientos crónicos. El intento de Bury, por ejemplo, de explorar el vínculo entre estructuras sociales más amplias y las experiencias de salud-enfermedad, dentro de contextos culturales y familiares específicos, es conceptualmente prometedor. Propone que este problema se puede atacar combinando la noción de la *interrupción biográfica* y el análisis de la interacción de modos de pensamiento no formales y profesionales. Esta tesis, aunque

todavía difusa, merece mayor consideración. Identificar el vínculo que existe entre estos dos niveles de realidad es también objetivo de otros autores, como hemos visto. Sin embargo, mientras que en varios de ellos el “puente” conceptual que uniría estos dos dominios es más explícito, Bury solamente enuncia la propuesta. El lector tiene entonces la impresión de que precisamente cuando Bury va a empezar a discutir un punto crucial, el trabajo termina.

Por otra parte, es interesante observar que Charmaz trata el mismo tema que Kleinman. El punto de partida para ambos autores es reconocer que la medicina moderna ignora una dimensión fundamental del sufrimiento humano, aquella que existe más allá de los límites físicos y de los signos biomédicos. Con todo, Charmaz intenta dirigirse a este tema desde una perspectiva sociológica. Sin embargo, el costo de usar una perspectiva interpretativa estrecha es evidente: la autora no puede criticar el “contexto” en que viven los entrevistados; por ejemplo, ¿por qué valora tanto nuestra sociedad la “independencia” y la “libertad” de los individuos y por qué, por consiguiente, perder estas capacidades conlleva un sufrimiento tan grande para las personas con enfermedades crónicas? ¿Cómo se incorporan estos valores sociales a los relatos de las personas enfermas, en cuanto a su sufrimiento (como lo demuestran, de diversas formas, Good, Herzlich y Cornwell)? ¿Cómo conducen, en este último ejemplo, los arreglos macrosociológicos de una sociedad dada a la pérdida del yo de los enfermos crónicos? Estas son preguntas que Charmaz no se formula debido, quizás, al alcance relativamente reducido de su marco teórico.

Las mismas preguntas que exploraron Herzlich y Locke para aclarar el proceso mediante el cual los individuos le dan significados específicos al padecimiento y la enfermedad (“¿por qué a mí?” y “por qué ahora?”), las usa Charmaz para explorar el desarrollo de la autocompasión como construcción social. Charmaz observa que junto con la definición del significado de un padecimiento dado, el individuo podría desarrollar un sentimiento de autocompasión, construido también socialmente. Esto puede sugerir que Herzlich no se percató de este aspecto del “proceso de dar sentido al padecimiento” o que tal vez el desarrollo de la autocompasión no sea observable a menos que se utilice una perspectiva interpretativa. Pero esto es resultado tam-

bién de la manera en que se formulan las preguntas de investigación: mientras que para Herzlich el objeto de estudio eran los relatos de sus informantes —en los que espera descubrir una lógica subyacente— para Charmaz el objeto de estudio es a lo que se hace referencia en estos relatos, no los relatos en sí. Sin embargo, Charmaz no puede “contextualizar” la validez de sus hallazgos, en términos históricos y macrosociológicos, dado que estas caracterizaciones no se pueden realizar directamente mediante un enfoque microsociológico.

ESTUDIOS SOBRE SALUD DE LAS MUJERES

Desde un punto de vista feminista, se ha intentado hacer estudios interpretativos de la experiencia subjetiva de los padecimientos de las mujeres, así como del embarazo, el parto, la anticoncepción y otros temas afines. Por ejemplo, Popay (1992) ha presentado argumentos en contra de las explicaciones sociológicas convencionales, cuyo objetivo es dar cuenta de la tasa de morbilidad diferencial, frecuentemente observada en estadísticas de salud, en las cuales se muestra que las mujeres tienen mayores probabilidades de enfermarse que los hombres. Una de las explicaciones convencionales sostiene que las mujeres sienten más libertad para adoptar el papel de enfermas porque tienen menos limitaciones que los hombres para hacerlo. De acuerdo con esta versión, no es que las mujeres se enfermen más frecuentemente que los hombres, sino que simplemente tienen más libertad (la “libertad del hogar” en contraste con las restricciones del lugar de trabajo) de expresar cómo se sienten. Popay argumenta que estas explicaciones son demasiado simplistas porque no toman en consideración los significados que los hombres y las mujeres le dan a la experiencia de la enfermedad “y lo que esto puede decirnos acerca de la realidad subjetiva de sus vidas diarias” (p. 100).

La autora entrevista a hombres y mujeres con dependientes económicos (niños) de 18 hogares en Londres. El propósito es explorar los significados que la gente da a sus experiencias, así como identificar los procesos y las estructuras sociales que conforman estos significados. El trabajo se centra en la experiencia de la fatiga. Es sorpren-

dente que los resultados muestran que las mujeres no se perciben a sí mismas con libertad de enfermarse. Los datos muestran que sus relatos subjetivos de fatiga severa están vinculados a su experiencia de amas de casa y madres solamente, o en combinación con sus otros roles. Para entender los relatos de las mujeres es necesario considerar primeramente la estructura social donde se ubican las informantes, así como la presión de las expectativas a las que están sometidas como mujeres, madres, amas de casa, y a veces también como trabajadoras. En segundo lugar, la respuesta de sus compañeros, principalmente de los esposos, hacia el cansancio de las mujeres, es crucial. Los hombres no tienden a considerar que el trabajo de la casa sea lo suficientemente agotador para que las mujeres se sientan cansadas. Por lo tanto, como la adopción del rol del enfermo requiere de la aprobación de los demás, las mujeres ciertamente no tienen la libertad de sentirse cansadas. Popay rechaza entonces varias explicaciones convencionales que dan cuenta de la proporción más elevada de enfermedades entre mujeres, argumentando que simplemente no reflejan lo que las mujeres tienen que decir respecto a este fenómeno.

Otros estudios se han centrado en la percepción de las mujeres sobre la menstruación. Bransen (1992), por ejemplo, cuestiona la aseveración feminista de que a las mujeres se les ha impuesto una forma médica de conocer y de pensar acerca de sus cuerpos. Después de entrevistar a 21 mujeres, Bransen encuentra que la relación entre el discurso médico y el mundo de la persona con conocimientos no formales es más compleja que la que propone la teoría de la medicalización. Aunque se puedan observar fragmentos del discurso médico, los relatos de las mujeres acerca de su experiencia e ideas respecto a la menstruación sugieren que tienen mucho más independencia, autonomía y control que la representada por enfoques normativos. La autora identifica tres modos de hablar de la menstruación, y muestra que el papel de los médicos varía en cada una de ellas. Mientras que en el modo emancipatorio” (en el que las mujeres se sienten plenamente en control) las mujeres *hacen uso* del doctor, en el modo “objetivo” (en el que las mujeres hablan de la menstruación y del cuerpo como algo “independiente” de ellas), las mujeres van al doctor a ser *tratadas*. Por último, en el modo “natural” (en el que las mujeres perciben la

menstruación básicamente como un proceso natural), los médicos son percibidos como superfluos e innecesarios. La autora concluye subrayando el papel activo que las mujeres juegan en su interacción con la medicina, en contraste con la teoría de la medicalización que tiende a presentarlas como meras víctimas de dicha institución.

Por otra parte, Miller (1978) pone a prueba la noción de Mead de que todas las identidades se adquieren a través de un proceso de construcción social de la realidad, independientemente de su realidad “objetiva”. Su estudio se centra en cómo un grupo de mujeres experimenta el embarazo, y la manera en que dichas mujeres adquieren su identidad de “mujeres embarazadas” a través de un proceso de construcción social de la realidad. Miller encuentra que “no es la ocurrencia de los síntomas en sí mismos, sino lo que la gente hace’ de ellos, lo que determina la confirmación de la identidad de embarazada” (p. 196).

Otros estudios se han centrado en la experiencia de las mujeres sobre el parto. Oakley, por ejemplo, presenta argumentos contra el paradigma femenino que establece que una mujer “propia”, “es decir, una mujer verdaderamente femenina quiere crecer, dar a luz y cuidar bebés” (Oakley, 1979:613). La autora explora de qué manera la atención médica en cuestiones de maternidad contribuye a los sentimientos que las mujeres experimentan respecto a convertirse en madres, moldeando así su experiencia subjetiva de este evento crucial en la vida (Oakley, 1980). Tras reconocer que el estudio sociológico de la reproducción ha carecido de relatos frescos, la autora entrevista a mujeres que fueron atendidas en un hospital, en dos momentos: durante su embarazo y después del parto. Su argumento principal es que el paradigma femenino es una herramienta limitada para entender las reacciones de las mujeres hacia el nacimiento y que este evento se debe entender como un suceso de la vida que

comparte características clave con otros tipos de eventos de la vida, menos diferenciados en cuanto a género, y que el significado personal del parto para la madre se descubre al describir estas similitudes, más que al apelar al carácter femenino del proceso (Oakley, 1980:179).

Su hallazgo principal es que la experiencia subjetiva de la mujer en cuanto a dar a luz no es conformada primordialmente por la biología del nacimiento, sino por las circunstancias sociales que rodean dicho evento. La posición de las mujeres como grupo socialmente subordinado da como resultado el desarrollo de una psicología específica, que no es la psicología del carácter femenino “sino la autonegación inducida de una minoría oprimida” (p. 227). Según Oakley, la remoción del paradigma femenino para entender el ajuste de las mujeres a su vida como madres permite aclarar varias cuestiones clave: primero, es importante distinguir los sentimientos que experimentan las mujeres respecto al parto, de los que experimentan por sus bebés; asimismo, estos sentimientos se deben diferenciar de sus actitudes hacia el papel de madre, en cuanto rol social, de su propia experiencia de la maternidad. En segundo lugar, la depresión que las mujeres llegan a sentir después del parto no es simplemente un ajuste hormonal, sino una experiencia que comprende varios elementos:

Un síndrome de alivio/reacción a corto plazo (la tristeza); un estado de ansiedad intensificado por sentirse sola y con la responsabilidad del bebé; una condición en la que se observa un estado depresivo fluctuante, en las primeras etapas de su vida como madre; y finalmente, una ‘depresión’ más discapacitante, clínicamente definible, cuya característica principal es la tendencia a interferir con el bienestar físico y a bloquear el sentirse capaz de ‘lidiar’ con el ser madre (p. 278).

En tercer lugar, en contraste con el paradigma femenino que representa al parto como una ganancia para la mujer, las mujeres tienden a sentir que han perdido algo, desde quedarse sin empleo, hasta ver transformado su estilo de vida acostumbrado y su propia identidad.

Relacionado con este trabajo, Kitzinger (1992) explora la naturaleza de la “depresión” posparto, y argumenta que la explicación convencional tiende a localizar el fenómeno dentro de las mentes de las mujeres, liberando así a la medicina moderna de cualquier rol en esto. La autora compara el lenguaje de mujeres que han sido violadas con el de otras que han tenido una experiencia de parto traumática. Su hallazgo central consiste en que en ocasiones las mujeres utilizan

palabras como “violación”, “abuso”, “asalto” o “violencia” para describir ambos tipos de experiencias. En otros casos, las mujeres no encuentran las palabras adecuadas para describir su experiencia y utilizan el lenguaje del otro (el violador o el médico) para expresarlas. Hacen referencia, así, al “amor” del violador, o a la “necesidad” de la intervención que sufrieron. Por ello, la autora recalca la importancia de realizar investigación que explore la interpretación de las mujeres sobre el parto y la maternidad, en el propio contexto de las mujeres y con su propio lenguaje, de manera que puedan expresarse sin imbricarse con el lenguaje médico.

También en Latinoamérica se han llevado a cabo varias investigaciones *interpretativas* del fenómeno de la reproducción y la anticoncepción. Por ejemplo, Valdés (1988) estudia cómo las mujeres trabajadoras de Santiago de Chile interpretan sus condición de mujer, esposa y madre, a partir de la observación de que la generalización de los métodos de planificación familiar ha creado procesos subjetivos insuficientemente explorados. Sus hallazgos muestran también que la experiencia subjetiva es plural: para las mujeres estudiadas, “ser madre” y “ser ama de casa” son formas de identidad —formas de experiencia subjetiva— que permiten una mayor sensación de poder frente a los hombres, en tanto que “ser esposa” normalmente traduce una vivencia de subordinación. Por su parte, Ramos (1983) estudia la experiencia subjetiva de la maternidad, y encuentra que las características de la vida cotidiana de las mujeres de su estudio juegan un papel central en la conformación de sus experiencias. La autora señala que el ambiente de incertidumbre económica en que viven las mujeres estudiadas se relaciona directamente con su incapacidad de adoptar conductas preventivas en relación con la reproducción. Finalmente, García y Oliveira (1991) exploran cómo las percepciones de mujeres mexicanas sobre la maternidad y la planificación familiar se relacionan con su vinculación a su trabajo fuera del hogar. Su principal hallazgo muestra cómo estas percepciones varían de acuerdo a la posición estructural de las mujeres: aquellas de clase media o alta tienden a ser más ambivalentes respecto a la maternidad y a defender más abiertamente su derecho al trabajo, que aquellas de clases sociales bajas.

Crítica

Dentro de la sociología médica, se pueden distinguir dos abordajes feministas generales: los basados en el concepto de “patriarcado”, que estudia las condiciones de las mujeres desde una perspectiva objetiva y los basados en experiencias reales de opresión de las mujeres, que hacen hincapié en las dimensiones subjetivas de su realidad social. Los primeros suelen ser ricos en teoría pero pobres empíricamente; los segundos, a la inversa, tienden a ilustrar con gran agudeza las particularidades de la interacción entre las personas —y su influencia en la experiencia subjetiva de la enfermedad— pero no suelen ir muy lejos en sus contribuciones teóricas.

Un aspecto interesante que se debe hacer notar es el papel diferencial que los autores citados en esta sección atribuyen a factores estructurales. Algunos, como Bransen y Miller, se enfocan exclusivamente en la naturaleza de los relatos subjetivos, asignándole así a la estructura social una dimensión que el lector debe inferir. Otros, por el contrario, destacan el papel de las variables estructurales con diferentes grados de insistencia. Así, mientras que los análisis interpretativos de Popay o Valdés no pueden entenderse a menos que se preste atención a estas variables, otros trabajos, como el de Kitzinger, tienden a ser ambiguos en este respecto.

Así como el trabajo de Pirie fue útil para nuestra crítica del enfoque feminista normativo, el trabajo de Currie (1988) se puede citar aquí para apoyar nuestra crítica del enfoque feminista interpretativo. La autora entrevista a 76 mujeres con respecto a su decisión de posponer o rechazar la maternidad y presenta argumentos contra las perspectivas feministas que, al hacer demasiado hincapié en la experiencia subjetiva de los actores, eventualmente rechazan la noción de que las estructuras y las instituciones son factores de opresión. En su estudio, encuentra que aunque se hagan preguntas personales a las mujeres, sus respuestas se dirigen a procesos estructurales. Dicho de otra manera, las mujeres hablan de los aspectos tanto gratificantes como negativos de la maternidad como si fueran meros “problemas privados”, inscritos en sus biografías, si bien, en realidad, tales problemas derivan de

sus condiciones sociales (la organización del trabajo, disponibilidad de atención infantil). Luego entonces, el estudio

reta a la teoría establecida al reconocer la manera en la que la práctica normal de la investigación en ciencia social obscurece las raíces estructurales de la opresión de las mujeres, mediante el desarrollo de paradigmas que presentan las decisiones como el resultado de evaluaciones completamente cognoscitivas (p. 250).

La autora destaca en la necesidad de trascender los mundos puramente personales de las mujeres, si es que se desea alcanzar una comprensión plena de sus experiencias subjetivas. Al igual que Pirie, Currie concluye recalcando la necesidad de rechazar la falsa dicotomía entre estructura versus individuos, así como de desarrollar nuevos esquemas teóricos que se aboquen a la relación entre estos dos niveles de realidad social. Una notable excepción que salva con éxito este dilema es el trabajo de Finkler (1994), sobre la experiencia de la enfermedad entre mujeres pobres de México. Al recuperar abiertamente las condiciones de deprivación económica en que viven las diez mujeres que entrevista, la autora logra dar contexto a una desigualdad de género que se manifiesta en cómo las mujeres hablan de sus padecimientos y de su enfermedad.

Lo anterior no significa, por supuesto, que los estudios interpretativos que prestan poca atención a factores estructurales sean inútiles, ya que a veces ilustran otras áreas significativas de la realidad. Por ejemplo, en su estudio de la definición social de la experiencia del embarazo, Miller subraya el papel de la pareja en dar sentido a signos físicos. Al contrario del abordaje normativo de Zola (1966), que se centraba en los relatos diferenciales de los signos, proporcionados por distintos grupos étnicos, Miller recalca la manera diferencial en que las mujeres embarazadas de la misma cultura construyen sus relatos. Zola no explica de qué manera dan sentido estos individuos a sus signos, en el contexto de sus antecedentes culturales. Por el contrario, Miller ejemplifica detalladamente cómo un antecedente cultural dado puede funcionar, de manera diferente, para las mujeres dispuestas a tener un hijo que para las que se embarazan de manera inesperada. Es

evidente que esto constituye otra dimensión, en la que el proceso de interpretación subjetiva requiere atención.

Valdés y Cornwell utilizan abordajes comparables, excepto que la primera no explora las condiciones objetivas de vida por separado, sino que simplemente se concentra en la interpretación que hacen las mujeres de asuntos cotidianos. Con esta base, intenta descubrir las “normas” que constituyen el sentido común de estas personas, que a su vez se utiliza para dar sentido a sus relatos sobre sexualidad, reproducción y comportamiento de regulación de la fecundidad. Sin embargo, ambas autoras comparten la hipótesis de que las condiciones materiales de vida se reflejan fundamentalmente en los relatos de las experiencias subjetivas de los individuos. Ramos, por otra parte, parece coincidir con Boltanski, con respecto a la noción de que las clases sociales inferiores tiene una capacidad cognoscitiva menos desarrollada para expresar sus sentimientos. Esto lleva a la autora a declarar que mientras la exploración de los puntos de vista de los actores es fundamental para alcanzar una comprensión sociológica de sus condiciones, dicha exploración podría no ser suficiente, lo que requeriría que el investigador hiciera sus propias interpretaciones y las impusiera a los datos, si es que se desea lograr una clarificación plena de la información.

Estos trabajos constituyen un precedente acerca de la necesidad de efectuar más estudios sobre el impacto de la introducción de servicios médicos modernos en los frecuentemente olvidados actores principales de esta historia: hombres y mujeres que, a medida que el tiempo pasa, no tienen otra opción más que la de utilizar dichos servicios, teniendo así que recurrir a lo que esté disponible en su inventario común de conocimientos, símbolos y significados, para poder dar sentido a esta experiencia.

NOTA SOBRE LOS ABORDAJES NO RACIONAL-COLECTIVISTAS O HERMENÉUTICOS

Como señalamos al comienzo de este capítulo, los abordajes no racional colectivistas, o hermenéuticos, buscan combinar el orden colectivo de los abordajes normativos con la acción subjetivamente inspirada de

los enfoques interpretativos. Constituyen, por ello, una prometedora solución frente al dilema de la total indeterminación social —típica de los enfoques interpretativos clásicos— y frente al dilema de la supresión de los actores —típica de los enfoques colectivistas. Su principal problema radica en la necesidad de quienes adoptan esta perspectiva de teorizar sobre la experiencia subjetiva de la salud, dando por sentado que el estructural y el subjetivo son dos órdenes de realidad interdependientes y simultáneamente relativamente autónomos. Ninguno predetermina al otro y sin embargo, ninguno se explica sin el otro. Se trata de una lectura de la realidad poco ortodoxa si se le compara con los abordajes normativo e interpretativo, pero no menos fructífera que ellos. Y, de hecho, aquí sostenemos que es la mejor solución para el problema de la vinculación entre las grandes determinaciones sociales y la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad.

Los estudios que conocemos dentro de esta perspectiva han sido desarrollados básicamente en Brasil. Alves y Rabelo (1997) por ejemplo, mostraron que dentro de la narrativa que describe el padecimiento de *nervios* se despliegan las características estructurales básicas de su propia sociedad. Al mismo tiempo, derivados de dicho contexto, la misma narrativa exhibe un conjunto de claves, imágenes y metáforas que producen un dominio intersubjetivo a partir y dentro del cuál los individuos pueden moldear y comunicar sus experiencias a otros. Tales narrativas, sostienen los autores, reflejan simultáneamente la percepción que tienen los individuos de su mundo, al mismo tiempo que conllevan a una forma específica de caminar por él.

Un argumento parecido es desarrollado en los diversos trabajos que los autores han publicado sobre la experiencia de la enfermedad mental en el mismo país (Rabelo, Alves y Souza, 1999). Los autores problematizan el concepto mismo de “experiencia”, algo que no había aparecido en prácticamente ninguno de los trabajos mencionados hasta ahora, y cuestionan las limitaciones que tanto los abordajes biomédicos como socioantropológicos han enfrentado para el estudio de la misma.

Pero se trata, en fin, de esfuerzos pioneros que tienen un valor central para los efectos de nuestro trabajo: muestran que es en el precario equilibrio entre las determinaciones sociales y la creatividad

individual donde se encuentran las claves para resolver el problema que nos ocupa: la explicación sistemática, desde una perspectiva socioantropológica, de la experiencia subjetiva de la salud-enfermedad, entendida simultáneamente como una activa construcción intersubjetiva sujeta, al mismo tiempo, a un cierto orden de determinaciones estructurales.

RECAPITULACIÓN

La conclusión principal que se puede obtener de esta revisión es que se ha intentado el estudio socioantropológico de la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad, desde varias perspectivas, con resultados no uniformes. Entre los abordajes normativos, la tradición de la noción del *comportamiento de enfermedad* no ha abordado este tema directamente, principalmente como consecuencia del prejuicio positivista que le impide concentrarse en los fenómenos no observables, intangibles, como lo es la experiencia subjetiva de los individuos. Si adoptáramos este abordaje, tendríamos que asumir que este problema se puede estudiar solamente a través de la observación indirecta, es decir, sólo a través de la observación de los comportamientos asociados con las percepciones e interpretaciones diferenciales que hacen los individuos de los síntomas.

En cambio, con base en el concepto de *clase social*, los estudiosos han logrado desarrollos importantes en el proceso de teorizar de qué manera las limitaciones estructurales pueden conformar las experiencias subjetivas de los individuos, en cuanto a la salud y la reproducción. Boltanski ha dirigido nuestra atención al papel del discurso médico moderno en la configuración de las llamadas creencias “tradicionales” de salud, argumentando que las clases sociales están apartadas no sólo por la cantidad diferencial de riqueza con la que cuentan, sino por la cantidad diferencial de habilidad cognoscitiva de sus miembros. Esta diferencia se explica mediante una dimensión temporal: las clases sociales inferiores poseen un conocimiento (una *capacidad médica*, en términos de Boltanski) que un tiempo fue hegemónica pero que en la actualidad se considera “tradicional” y no científica. Sin embargo, este

conocimiento debe ser acotado rigurosamente en el caso de México donde, como se ha mencionado con anterioridad, las clases sociales bajas, en particular de comunidades rurales, todavía tienen un antecedente cultural vital propio. Con todo, la noción de una distancia temporal entre clases sociales es una perspectiva que se debe tomar en consideración.

Blaxter y Paterson, a su vez, introdujeron en su estudio una *dimensión temporal* al analizar los relatos de salud de mujeres de tres generaciones. Ésta es una contribución metodológica que se repetirá en la investigación, ya que permite la observación del efecto del tiempo en las concepciones de los individuos y en las formas de experimentar cuestiones relacionadas con la salud y la reproducción.

El aspecto más interesante del abordaje estructural es el intento de vincular directamente variables socioeconómicas con las narrativas de salud y reproducción. Sin embargo, el resultado fundamental es la representación de individuos bastante restringidos por su ambiente social. Cuando se ha cuestionado este supuesto, como en el caso de Calnan y Johnson, los resultados han demostrado que hay buenas razones para mantener ciertas reservas con respecto a este enfoque. Asimismo, es interesante dirigir la atención al hecho de que varios autores dentro de esta tradición han notado que el escenario de la entrevista en sí, puede afectar la naturaleza de los datos que se obtienen. Sin embargo, precisamente por falta de un abordaje más interpretativo, no pueden dar una solución satisfactoria a este problema y se limitan a decir que han intentado ser lo más objetivos posible. Si se les reconocen capacidades interpretativas a los actores sociales, esta llamada "objetividad" difícilmente se puede sostener, ya que en este caso cualquier tipo de comportamiento del entrevistador (sin importar cuán "objetivo" sea) será interpretado subjetivamente por la persona entrevistada, quien en consecuencia seguirá adaptando su comportamiento/respuestas a la situación. Dicho de otra manera, lejos de simplemente reconocer que éste es un problema metodológico, la naturaleza del escenario de la entrevista requiere ser teorizado también, dadas sus implicaciones sociológicas.

La tradición de las *representaciones sociales* constituye una alternativa para evitar la tendencia rigidizante del enfoque estructural.

Herzlich y Pierret, así como D'Houtaud y Field se han centrado en el papel que juegan las representaciones sociales en moldear la experiencia subjetiva de los individuos respecto a la salud y la enfermedad, y han ilustrado de qué manera estas representaciones reflejan la lógica del orden social sobre la que se basan las sociedades industrializadas contemporáneas: la lógica de la productividad. Precisamente debido a esta propiedad de las representaciones sociales de la salud y la enfermedad, estos autores han propuesto que el mapa de la interacción social se puede leer a través de un análisis de tales representaciones, lo que constituye un conocimiento digno de tomarse en cuenta. Sin embargo, este enfoque presenta varias limitaciones importantes: por una parte, tiende a desarrollar una perspectiva determinista de los actores sociales, que se representan principalmente como sometidos a la lógica de las representaciones sociales. En un trabajo de investigación como éste, en el que el objeto de estudio central son las experiencias subjetivas de la salud y la reproducción, la eliminación de la creatividad humana es inaceptable. Por otra parte, existe una confusión conceptual recurrente entre las representaciones sociales y las opiniones individuales, lo que dificulta en gran manera distinguir, sin lugar a dudas, las contribuciones de esta orientación teórica. Y por último, dado el tipo de diseño que privilegian estos estudios, nunca sabemos con certeza a qué contexto social pertenecen los actores, lo que nos puede llevar a la falsa conclusión de que dicho contexto es irrelevante.

Finalmente, la contribución principal de la tradición que se basa en los conceptos de *patriarcado* y *medicalización* es la insistencia en la necesidad de entender la condición de las mujeres (incluyendo su subjetividad), como un fenómeno determinado históricamente. Partiendo de una perspectiva marxista, algunas autoras de la tradición feminista han ilustrado un problema fundamental de la sociología del conocimiento: el hecho de que un arreglo social patriarcal necesariamente produce una ideología concomitantemente masculinista, que invade todos los dominios del conocimiento, científicos o no científicos, perpetuándose a sí mismo. Según esta tesis, si hemos de estudiar los relatos subjetivos de salud y reproducción de los individuos, debemos estar preparados tanto para entenderlos como productos históricos, como para descubrir en ellos las particularidades específicas de la sociedad

en la que se encuentren, sociedad gobernada, a un nivel más general, por la lógica del capitalismo y del patriarcado.

Sin embargo, el problema fundamental de cómo vincular conceptualmente esta lógica con la naturaleza particular de los relatos de los individuos permanece sin resolver. Esta tradición, como se mencionó con anterioridad, asume, en vez de explicar, dicha conexión, representando así a las mujeres como sometidas a tanta opresión que aparentemente no hay lugar para la creatividad individual.

Al invertir los términos, de manera que el punto de partida sea la subjetividad de los individuos y la estructura social adquiera la posición de una variable dependiente, los resultados son más promisorios. La investigación efectuada en la tradición interpretativa ha ilustrado la riqueza que se puede lograr en la descripción de la experiencia subjetiva, si se aborda este asunto directamente. Por ejemplo, la distinción conceptual de Cornwell entre relatos *públicos* y *privados* es realmente esclarecedora, así como su hallazgo de que la lógica que regula los dos tipos de relatos de salud y enfermedad es similar al relacionado con los relatos de trabajo y vida familiar, esto es, una lógica que se encuentra en el análisis del *sentido común* de los individuos. Los estudios que parten de esta tradición han intentado una exploración sistemática de la interrelación entre estructura social y subjetividad, sin sacrificar la capacidad creativa de los agentes (Giddens, 1995). Sin embargo, la existencia de explicaciones “públicas” y “privadas” es un fenómeno históricamente específico que, por consiguiente, puede variar de una sociedad a otra. Como se verá más adelante, sostenemos que las condiciones sociales de las comunidades mexicanas, como la de Ocuituco, permiten una recopilación directa de explicaciones privadas. Con todo, esta argumentación deberá ser probada durante el análisis de los datos.

Los conocimientos proporcionados por los estudios que tratan con las diferentes formas de sufrimiento de los enfermos crónicos son importantes, debido a que describen el alcance del abordaje interpretativo en el descubrimiento de la variedad de dimensiones que puede adoptar el sufrimiento subjetivo de los individuos. De particular importancia son los trabajos de Kleinman y Good pues constituyen, a nuestro juicio, los esfuerzos más serios dentro de la tradición interpretativa, por vincular los tres niveles que nos interesan en esta inves-

tigación: la estructura social, la visión que tienen los individuos del mundo, y la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad.

De la misma manera, los estudios interpretativos que se ocupan de asuntos como la reproducción humana y los derechos de las mujeres han empezado a ilustrar tanto el carácter socialmente construido de la experiencia de las mujeres (y, en última instancia, el origen social de cualquier experiencia subjetiva) como la naturaleza problemática del concepto mismo de *subjetividad* cuando se intenta definirlo independientemente del contexto social dentro del que existe. Una contribución fundamental de este abordaje, sobre la cual abundaremos en esta investigación, es el papel central que se asigna a los propios relatos de los actores, en vez de deducir qué les sucede a partir de un marco teórico preconcebido, más amplio. La lógica subyacente a sus relatos se puede observar (o *escuchar*) en sus propias formulaciones.

Tanto Cornwell como Oakley han hecho énfasis en la importancia de explorar las similitudes entre los relatos de salud y cuestiones reproductivas de los individuos y los relatos de otras áreas de la vida social. Todos estos elementos componen el *sentido común*, que constituye fundamentalmente el inventario básico del conocimiento con el que cuentan los individuos, para interpretar y dar significado a sus propias experiencias.

Finalmente, los estudios interpretativos realizados en América Latina (particularmente los realizados por la escuela hermenéutica brasileña) han argumentado, con bastante éxito, sobre la importancia de continuar con estos tipos de análisis, si es que se desea alcanzar un mejor entendimiento de la condición humana de los habitantes de esta región del continente. Esa parece ser una condición humana caracterizada, entre otras cosas, por formas de sufrimiento poco conocidas, pero que se presentan, aunque no intencionalmente, a través de aquello que pretendía aliviarlos: los servicios médicos modernos. De qué manera se desarrollan estas contribuciones en términos sistemáticos, para los propósitos de esta investigación, constituye el tema del siguiente capítulo.

II. Teoría y métodos para un abordaje hermenéutico

El andamiaje conceptual

En el capítulo anterior argumentamos que el grueso de la investigación social que se ha desarrollado sobre la experiencia de la salud, la enfermedad y la reproducción ha seguido básicamente un patrón colectivista al costo de sacrificar la capacidad creativa de los individuos— o bien un patrón individualista —al costo de anular el peso de las fuerzas macrosociales que influyen sobre los individuos. Hemos identificado también que una promesa de solución plausible a este dilema —si bien muy poco explorada— se encuentra en las tentativas de combinación de ambas alternativas, esto es, en la posibilidad de diseñar estudios que articulen la subjetividad de los individuos con la existencia de un orden social que les precede y los modifica.

Con esta investigación nos proponemos explorar los significados que los habitantes de Ocuituco atribuyen a sus experiencias de salud, enfermedad y reproducción, identificando las principales determinaciones de orden social y cultural que influyen en la forma en que aquellos significados son construidos. Adoptamos, en consecuencia, una perspectiva teórica que presupone que los actores funcionan como agentes con capacidad de interpretar sus circunstancias y de adaptarse a ellas acordemente —individuos *no-racionales*, en la terminología de

Alexander (1992)— al mismo tiempo que están insertos en un orden social que los moldea (orden *colectivista*, según el mismo autor).

Para lograr esta articulación debemos construir nuestro andamiaje teórico de manera sistemática. La antropología de la experiencia —que estudia la manera en que los individuos experimentan su realidad— ha hecho evidente el carácter problemático del vínculo entre la experiencia y las expresiones de la misma. La experiencia estructura la manera en que ésta es expresada, pero también las posibilidades lingüísticas de expresión que dan estructura a las experiencias (Bruner, 1986). Requerimos, en consecuencia, de un abordaje que nos permita reconocer el carácter socialmente construido de estos dos polos —la experiencia y sus expresiones— y que simultáneamente nos facilite el acceso a nuestro objeto de estudio. Por ello, la perspectiva teórica general aquí adoptada corresponde a la de la ciencia social interpretativa (Weber, 1981), toda vez que el objetivo principal es “comprender”, mediante interpretación, la manera en que los individuos atribuyen sentido a sus experiencias de salud y reproducción. La interpretación subjetiva de los significados, sin embargo, no es un rasgo exclusivo del método sociológico, sino una característica general de los seres humanos. Tanto el sentido común como nuestro pensamiento científico se basan en interpretaciones de la realidad. Esto implica que “en términos estrictos, los hechos puros y simples no existen. Desde un primer momento todo hecho es un hecho extraído de un contexto universal por la actividad de nuestra mente. Por consiguiente, se trata siempre de *hechos interpretados...*” (Schutz, 1974: 36-37. Cursivas añadidas). Todas las interpretaciones de la realidad —las científicas y las de sentido común se basan en un cuerpo de experiencias pre-existentes acerca de la misma, la mayor parte del cual nos ha sido heredado por nuestros antecesores. Y “el medio tipificador por excelencia que permite transmitir el conocimiento de origen social es el vocabulario y la sintaxis del lenguaje cotidiano” (Schutz, 1974: 44).

En concordancia con estos postulados, el análisis interpretativo de esta investigación está basado en las explicaciones verbales de los habitantes de Ocuituco, toda vez que se asume que el lenguaje que usan los individuos en la vida cotidiana es el medio por excelencia para transmitir “significados”. El lenguaje es el medio a través

del cuál la actividad interpretativa de un grupo puede ser observada. El lenguaje de un grupo social representa la acumulación objetiva de vastas cantidades de significados y experiencias de ese grupo (Berger y Luckmann, 1986). Por extensión, el lenguaje que un grupo usa para expresar síntomas y hablar de la salud y la reproducción constituye en sí mismo la experiencia objetivada de ese grupo respecto de estos fenómenos, al mismo tiempo que sirve para expresarla. El conjunto de conceptos y símbolos lingüísticos que un grupo determinado usa para expresar la experiencia subjetiva de la salud y la reproducción de sus integrantes forma parte de un *campo semántico*. Los campos semánticos hacen posible un proceso social de acumulación de la experiencia, acumulación que se logra a través de un proceso selectivo que determina la experiencia real de los miembros del grupo (Berger y Luckmann, 1986: 60). El campo semántico específico de nuestro interés para esta investigación corresponde con lo que Boltanski llama *capacidad médica* (Boltanski, 1972). De acuerdo a este autor, la percepción y la identificación de signos y síntomas es un acto de desciframiento e interpretación, que supone un proceso de aprendizaje, consciente o inconsciente, por parte de los individuos. Dicha percepción e identificación, a su vez, depende del número y la variedad de categorías cognitivas o de percepción corporal —del lenguaje— de que disponen los individuos, esto es, de su *capacidad médica*.

El concepto de *capacidad médica* en tanto campo semántico posee mayor rigor teórico que la comúnmente utilizada expresión de “concepciones y creencias populares” sobre salud y enfermedad, en tanto que esta última supone implícitamente un contraste directo con el conocimiento médico moderno. El uso indiscriminado de expresiones como concepciones populares o legas” tiende a hacer referencia a un conjunto inarticulado de conceptos y creencias sustentados por personas comunes que, se presume, contrastan con el conocimiento médico moderno que a su vez es asumido como un conjunto de postulados racionales, bien articulados y científicos (Cornwell, 1984: 21). Por otra parte, si se entiende a las “naciones populares” como un cuerpo complejo y articulado de conocimiento, socialmente construido y con flexibilidad suficiente para responder a los requerimientos de la

experiencia cotidiana en salud (Fitzpatrick, 1984: 17), entonces estamos frente a un concepto muy semejante al de capacidad médica.

La experiencia subjetiva de la salud, la enfermedad y la reproducción de los individuos se expresa a través de su *capacidad médica*, la cual a su vez forma parte de un *campo semántico*, mismo que, finalmente, es parte del *sentido común* construido por, y disponible para, el grupo social de referencia. Para los propósitos de esta investigación, el *sentido común* es entendido como un sistema cultural que permite a los individuos realizar “una interpretación de las inmediataces de la experiencia, una glosa de éstas... (que está) construido históricamente y (que está) sujeto a pautas de juicio definidas históricamente” (Geertz, 1994: 96).

El sentido común funciona de acuerdo con ciertos principios y presupuestos que son discernibles empíricamente. El más importante de ellos se refiere a la *tesis de la reciprocidad de perspectivas* (Schutz, 1974: 42), en virtud de la cual, en su vida cotidiana los individuos *presuponen* que participan, junto con los demás, de un saber compartido, de una interpretación de la realidad que es común a todos y que les permite comunicarse prácticamente. Bien mirado, entonces, el sentido común es un acervo de presuposiciones, socialmente creado e interiorizado por los individuos.

Al explorar el “punto de vista del nativo” de un fenómeno dado, el investigador se enfrenta al dilema de dejarse atrapar por las nociones mismas que los individuos utilizan para referirse a este fenómeno, viéndose frustrada su teorización, en términos sociológicos, sobre el mismo; o dedicarse intensamente a teorizar sobre este fenómeno, con el riesgo de mantenerse demasiado lejos de la experiencia subjetiva de los sujetos en estudio. La solución a este dilema se encuentra en el llamado círculo hermenéutico, o sea en el vaivén constante entre los significados particulares del problema específico bajo estudio, y el contexto general en que se encuentra inmerso el fenómeno (Geertz, 1994). Conviene citar extensamente: “para seguir el juego del béisbol, uno debe comprender qué es un bate, un *hit*, un *inning*, un defensor izquierda, una presión, una curva pendiente y un campo ajustado, y qué es en su conjunto el juego del que todas esas ‘cosas’ constituyen elementos... Del mismo modo, cuando un etnógrafo del tipo significa-

dos y símbolos’.., intenta averiguar lo que un puñado de nativos piensa que es una persona, se mueve de un lado al otro preguntándose: ¿cuál es la forma general de su vida?’ y ¿qué son exactamente los vehículos en los que se encarna esa forma?”... (Geertz, 1994: 89; cursivas en el original).

En nuestro caso, para dar solución a este problema, hemos adoptado un abordaje equivalente: 1) caracterizar los aspectos más importantes de la estructura social de Ocuituco, aquí referida como el *contexto social*, y 2) caracterizar los rasgos centrales del sentido común de sus habitantes, aquí referido como el *contexto subjetivo*. No es que el objeto de esta investigación sea el sentido común en sí mismo de estos individuos, ni es éste un estudio puramente fenomenológico de la experiencia subjetiva de la salud y la reproducción de esa comunidad. Se trata, más bien, de que, con el fin de poder interpretar las partes (las experiencias subjetivas de la salud, la enfermedad y la reproducción), será necesario hacer referencia constantemente al todo: el contexto social, y el sentido común (o contexto subjetivo) de estos individuos. La caracterización detallada de ambos niveles de realidad es el contenido de los dos capítulos siguientes de este libro.

Consecuentemente, la propuesta central de este estudio es que las experiencias subjetivas de la salud, la enfermedad y la reproducción de los habitantes de Ocuituco deben ser interpretadas en relación tanto con los factores que caracterizan el orden social de dicha comunidad, como con los rasgos dominantes de la “visión del mundo” de sus habitantes. Esto significa que adoptamos el postulado de Marx, de que todas las formas de conocimiento e ideología están históricamente determinadas y estrechamente conectados con el ser social, esto es, con las formas específicas en las que las sociedades están económica y socialmente organizadas. Y significa también que recuperamos el postulado de Berger y Luckmann, en el sentido de que la subjetividad de los individuos simultáneamente refleja las determinaciones sociales a las que están sujetos, y expresa la capacidad interpretativa de los actores. Parafraseando a Herzlich (1973), proponemos que la salud, la enfermedad y la reproducción constituyen una dimensión tan fundamental de la existencia humana, que las narraciones que los individuos hacen de ella reflejan los rasgos básicos del mapa de las relaciones

sociales prevaecientes en la sociedad a la que pertenecen. Por ello, coincidimos con el punto de vista que sostiene que las explicaciones que los individuos ofrecen sobre su salud y su enfermedad son algo más que meras descripciones de su condición física: tales explicaciones “también articulan la situación de la persona en el mundo y, de hecho, articulan ese mundo, en el cual el individuo puede responder frente a los demás” (Radley y Billing, 1996).

LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Registro, clasificación y selección de los informantes

El trabajo de campo en el que se basa esta investigación se realizó en varias etapas, en el lapso comprendido entre la primavera de 1988 y el verano de 1992. Al entrar en contacto con la comunidad, quedó de manifiesto que no existía un registro confiable de sus habitantes, por lo que se optó por realizar un censo general de la población como primer paso. La unidad de observación de este censo fue cada casa-habitación de la localidad. El anexo 1 contiene el listado de las variables que se incluyeron en el cuestionario correspondiente.

La segunda etapa se llevó a cabo durante el trabajo de campo de 1988 y consistió en la sistematización de la información recopilada mediante el censo de población. Posteriormente se definieron tres tipos de informantes, que interesaba entrevistar: 1) los informantes clave, 2) las mujeres y 3) los hombres de la comunidad. La meta era entrevistar a unos cuantos individuos representativos de cada uno de estos tres tipos, dejando así de lado cualquier pretensión de generar una muestra con representatividad estadística.

El grupo de *informantes clave* consistió principalmente en individuos que, debido a su posición social dentro de la comunidad, funcionaban como actores importantes en la formación y divulgación de nociones y conceptos de uso común en la comunidad sobre salud, enfermedad y reproducción. Dentro de este grupo (compuesto por 18 personas) se incluyó a tres maestras de primaria, cuatro parteras (dos de las cuales estaban ya retiradas) y a dos hueseros, dos enfermeras

y una promotora de salud que prestaban sus servicios en el pequeño centro de salud local y que estaban a cargo del programa de planificación familiar, y seis médicos locales, de los cuales uno había trabajado en esta comunidad durante más de 40 años. La composición final de estos grupos de personas entrevistadas, después de los dos períodos de trabajo de campo, se muestra en el Cuadro 2.1.

CUADRO 2.1
DISTRIBUCIÓN DE LOS INFORMANTES CLAVE POR TIPO Y AÑO DE ENTREVISTA

<i>Tipo</i>	<i>1988</i>	<i>1992</i>	<i>Total</i>
Maestras	3	-	3
Curadores tradicionales	4	2	6
Enfermeras y promotores	1	2	3
Médicos	2	4	6
Total	10	8	18

El segundo grupo de informantes seleccionado era el de mujeres mayores de 15 años, que habían tenido por lo menos un hijo y que en la primera fase del trabajo de campo (en 1988) fueron clasificadas de acuerdo con los siguientes criterios:

a) *Edad al primer parto*. La población femenina se dividió en dos grupos: 1) las que habían tenido su primer parto antes de cumplir los 18 años de edad, y 2) las que lo habían tenido después de los 18.

b) *Número de hijos*. Una vez más la población se dividió en dos grupos: 1) las mujeres de fecundidad baja, y 2) las mujeres de alta fecundidad. La fecundidad “baja” y “alta” se definió tomando en cuenta la edad y el número de hijos, como se muestra en el Cuadro 2.2.

c) *Estado civil* (al momento del censo). Se identificaron dos grupos: 1) mujeres unidas (casadas y en unión libre) y 2) mujeres no unidas (solteras, viudas, separadas y divorciadas).

De acuerdo con estos criterios, la población de mujeres de Ocuituco que tiene por lo menos un hijo fue clasificada dentro del esquema que se muestra en el Cuadro 2.3. En 1988, la idea era seleccionar de manera aleatoria a dos mujeres de cada celda, de manera que cada *tipo*

CUADRO 2.2
CRITERIOS PARA DEFINIR FECUNDIDAD BAJA Y ALTA

<i>Edad</i>	<i>Número de hijos</i>	
	<i>Fertilidad baja</i>	<i>Fertilidad alta</i>
15-17	Hasta 1	2 o más
18-21	Hasta 2	3 o más
22-25	Hasta 3	4 o más
26-29	Hasta 4	5 o más
30 y más	Hasta 5	6 o más

fuera representado y entrevistar así a una muestra de 16 mujeres. Sin embargo, no fue posible, por varias razones, localizar a “mujeres no unidas, de alta fecundidad, cuyo primer parto hubiera sido después de los 17 años de edad”, de manera que la celda correspondiente está vacía. Más aún, en ciertas ocasiones fue imposible entrevistar a la mujer seleccionada sin que hubiera otras personas presentes, ya que algunas veces estaban acompañadas de algún pariente del sexo femenino. Algunas de estas informantes inesperadas no tenían hijos; a otras, no se les preguntó al respecto.

El número total de mujeres entrevistadas en esta primera etapa del trabajo de campo fue de 23.

Tras la finalización del trabajo de campo en 1988, se pudo dividir a las mujeres entrevistadas en tres generaciones: las de menos de 30 años (9 casos), las que tenían entre 30 y 60 años (8 casos) y las mayores de 60 (6 casos). Con el trabajo de campo de la segunda etapa (1992) se planteó como objetivo adicional preservar esta dimensión temporal obtenida durante la primera etapa. Por lo tanto, se decidió entrevistar a tres mujeres de menos de 30 años, a tres de entre 30 y 60 y a tres de más de 60. El Cuadro 2.3 muestra la composición final de la muestra de mujeres, incluyendo las dos etapas de trabajo de campo (1988 y 1992).

Como se puede observar, se entrevistó a un total de 35 mujeres, 23 unidas y 12 no unidas; 15 de ellas tuvieron su primer parto antes de los 18; 15 después de los 18; dos no tuvieron hijos y en tres casos esta condición no se pudo determinar; 22 mujeres fueron clasificadas como de fecundidad baja y 13 como de fecundidad elevada. Asimismo, como

CUADRO 2.3
 CLASIFICACIÓN FINAL DE LA MUESTRA DE MUJERES DE OCUITUCO 1988 Y 1992

<i>Edad al primer parto</i>	<i>Año</i>	<i>Fertilidad baja</i>		<i>Fertilidad alta</i>		<i>Subtotal</i>	<i>Total</i>
		<i>Unidas</i>	<i>No unidas</i>	<i>Unidas</i>	<i>No unidas</i>		
Menos de 18	1988	3	3	3	3	12	15
	1992	2	1	-	-	3	
18 y más	1988	2	1	3	1	7	15
	1992	4	1	3	-	8	
Sin hijos	1988	-	2	-	-	2	2
	1992	-	-	-	-	-	
Desconocida	1988	1	-	-	-	1	3
	1992	2	-	-	-	2	
Subtotal	1988	6	6	6	4	22	35
	1992	8	2	3	-	13	
Total		14	8	9	4	35	35

se muestra en el Cuadro 2.4, doce mujeres tienen menos de 30 años, 14 tenían entre 30 y 60, y nueve eran mayores de 60.

El tercer grupo de informantes, integrado por *hombres*, se seleccionó conforme a los siguientes criterios:

a) *Escolaridad*. La población de hombres de 18 años o más se clasificó en tres categorías: 1) los que tenían tres años de estudios o menos, 2) los que tenían de cuatro a seis años de escolaridad, y 3) los que habían estudiado más de seis años.

b) *Ocupación*. Se identificaron cuatro categorías: 1) hombres desempleados, retirados o que trabajaban de manera irregular en la agricultura; 2) campesinos; 3) albañiles, empleados, vendedores y otros, y 4) maestros de escuela y profesionistas.

CUADRO 2.4
DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS POR GRUPOS
DE EDAD Y AÑO DE LA ENTREVISTA

<i>Grupos de edad</i>	<i>1988</i>	<i>1992</i>	<i>Total</i>
Menos de 30	9	3	12
Entre 30 y 60	8	6	14
Más de 60	6	3	9
Total	23	12	35

De acuerdo con estos criterios, los hombres de Ocuituco mayores de 17 años se clasificaron conforme a lo que se muestra en el Cuadro 2.5. Como en el caso de las mujeres, en 1988 el propósito fue seleccionar a dos hombres de cada celda. Sin embargo, no siempre fue posible localizarlos a todos, por lo que la selección final de informantes de este tipo (26 en total) se realizó conforme a lo que indican los números contenidos en cada celda.

El Cuadro 2.6 presenta la composición final de la muestra de los hombres, después de que terminaron las dos etapas (1988 y 1992) de trabajo de campo. Como se puede observar, se completaron 26 entrevistas a hombres: 10 de ellos tenían tres años de estudios o menos, siete tenían más de tres y hasta seis, y nueve habían estudiado más de 6 años. Asimismo, del total de 26 hombres entrevistados, cuatro no

estaban trabajando, 14 eran agricultores y campesinos, y ocho tenían otras ocupaciones (vendedores, herreros, maestros, etc.).

CUADRO 2.5
CLASIFICACIÓN FINAL DE LA MUESTRA DE HOMBRES DE OCUITUCO
1998 Y 1992

<i>Años de escolaridad</i>	<i>Año</i>	<i>Ocupación</i>			<i>Subtotal</i>	<i>Total</i>
		<i>Desempleados</i>	<i>Campesinos</i>	<i>Albañiles, empleados y maestros</i>		
Hasta 3	1988	2	4	-	6	10
	1992	1	3	-	4	
Más de 3 y hasta 6	1988	-	3	2	5	7
	1992	-	1	1	2	
Más de 6	1988	1	3	3	7	9
	1992	-	-	2	2	
Subtotal	1988	3	10	5	18	26
	1992	1	4	3	8	
Total		4	14	8	26	26

Finalmente, como se muestra en el Cuadro 2.6, del total de los 26 entrevistas realizadas, ocho corresponden a menores de 30 años, 13 a hombres de entre 30 y 60 años, y cinco a hombres mayores de 60.

En síntesis, el análisis que sigue se basa en la aplicación de 79 entrevistas en profundidad, 18 de las cuales corresponden a informantes clave, 35 a mujeres y 26 a hombres de la comunidad de Ocuituco.

CUADRO 2.6
DISTRIBUCIÓN DE LOS HOMBRES ENTREVISTADOS POR GRUPOS
DE EDAD Y AÑO DE LA ENTREVISTA

<i>Grupos de edad</i>	<i>1988</i>	<i>1992</i>	<i>Total</i>
Menos de 30	6	2	8
Entre 30 y 60	9	4	13
Más de 60	3	2	5
Total	18	8	26

Las entrevistas en profundidad

Para recolectar los testimonios de los individuos respecto a sus experiencias de salud, enfermedad y reproducción, se diseñó una guía de entrevista que se fue adaptando en la medida en que nuestro conocimiento de la comunidad progresaba. Para el trabajo de campo de 1988, la guía (ver Anexo 2) se dividió en tres grandes temas, a saber: a) la experiencia de la salud y la enfermedad; b) la experiencia de la reproducción; y c) la experiencia de la anticoncepción. Apoyándonos en el método de la narrativa (Hyden, 1997; Riessman, 1993),

al interior de cada uno de estos temas se buscó que los informantes describieran, con la mayor profundidad posible, el conjunto de signos, síntomas, causas, efectos, tratamientos, prácticas, conocimientos, creencias y vivencias que se les asocian, siempre desde su punto de vista. Para el trabajo de campo de 1992 la guía (ver Anexo 2) hizo más hincapié en la experiencia de la salud y la enfermedad que en la reproducción. La estrategia fue nuevamente invitar a las personas entrevistadas a que hablaran libremente acerca de sus experiencias en esta área. Haciendo un paralelo con el método de historias de vida, se invitó a los informantes a que relataran su “historia de salud”, incluyendo desde sus primeros recuerdos hasta el momento presente. Adicionalmente, se incluyeron algunas preguntas con el propósito de obtener, tanto la evaluación personal del informante respecto a los servicios de salud existentes en su comunidad, como conseguir la mayor información posible acerca de su vida familiar y de sus condiciones de vida.

En otro trabajo hemos dado cuenta ya de las transformaciones sistemáticas a las que debe someterse la información que se recolecta durante el trabajo de campo, incluyendo tanto las entrevistas grabadas como el diario de campo, con el fin de hacer posible su aprovechamiento en términos analíticos (Castro, 1996). Conviene entonces obviar dicha discusión para mencionar únicamente que el procedimiento analítico que seguimos en esta investigación corresponde al del análisis cualitativo. Como es convencional en este tipo de estudios, el procedimiento analítico incluyó la grabación de las entrevistas, la transcripción literal de las mismas, el uso de software especializado, y la codificación, en varias etapas, del material lingüístico así procesado,

para su posterior interpretación. El Anexo 3 presenta una descripción detallada de la metodología analítica utilizada y el Anexo 4 presenta una lista de los códigos generados para el análisis de las entrevistas.

Como se verá en lo que sigue, la clasificación original de informantes en tres generaciones no proporcionó información claramente diferenciada para cada categoría. Por lo tanto, para los fines de este análisis, se dividió a los informantes en dos grupos: aquellos que pertenecían a la generación más vieja (de 45 años y más) y los que pertenecían a la generación más joven (menores de 45 años). De manera similar, se realizó una exploración para determinar si existían diferencias relevantes en la naturaleza de los relatos proporcionados por hombres y mujeres, y por individuos con niveles relativamente altos y bajos de escolaridad. En lo que sigue, aquellos casos en que esta clasificación por grupos refleja diferencias significativas en los testimonios de los individuos, serán resaltados de manera específica. En cambio, ahí donde los testimonios no difieren por grupos, el análisis se hará haciendo referencia a la comunidad en su conjunto.

III. Ocuituco: el lugar donde los conejos viven en cavernas

Para poder aplicar el enfoque analítico que propusimos en el capítulo anterior, resulta indispensable realizar una caracterización sociológica de Ocuituco, toda vez que la interpretación del material lingüístico de los capítulos subsiguientes será referida a las condiciones materiales de vida de esta comunidad.

Para llegar al lugar

Ocuituco es una comunidad mestiza de habla española, de alrededor de 3 200¹ habitantes, localizada al noreste del estado de Morelos.² Además de la propia comunidad de Ocuituco, que es cabecera del municipio del mismo nombre, otras 14 comunidades forman parte del mismo municipio; las más importantes: Huecahuasco, Huejotengo, Huepalcalco, Metepec y Jumiltepec.

A la altura del km 7.5 de la carretera federal Cuautla-México entronca la carretera estatal número 10, que enlaza a la llamada ruta

¹ A menos que se indique de otra manera, la información estadística que se presenta en esta sección corresponde a la obtenida a través del censo de población realizado por el propio autor, y que será referido como "Censo de Población de Ocuituco 1988". Si bien existen estadísticas más actualizadas, conviene mantener para esta caracterización a la que corresponde con el momento en que se realizó el trabajo de campo.

² Latitud norte 18 °52' y longitud oeste 98 °46'. Altura: 1,941 metros sobre el nivel del mar (SGGEM, 1988)

de los tres conventos, esto es, a las tres comunidades que cuentan con sendos conventos agustinos de los siglos XVI y XVII. Estas comunidades son Yecapixtla, Ocuituco y Tetela del Volcán. Ocuituco se encuentra sobre el km. 14 de esta ruta. Cuautla, la segunda ciudad del estado, se encuentra a 22 kms al suroeste de esta comunidad, y constituye el principal centro de referencia política y económica para los habitantes de Ocuituco.

La comunidad de Ocuituco se divide en cuatro barrios que convergen en la plaza central de la comunidad, en la que predomina el convento agustino más antiguo de América Latina, construido en 1571 (Hentschel y Pérez, 1986), y que aún funciona como el principal centro religioso del lugar. En los otros lados de la plaza se encuentran el palacio municipal, el centro de salud, una pequeña biblioteca pública, un jardín de niños y varias tiendas de abarrotes y casas particulares.

Al norte de la comunidad se encuentra el barrio de La Macarena, también conocido como el barrio de La Asunción. Al sur se encuentra el barrio de Berriozábal o Tlani. Al este se encuentra el barrio de Coapan, y al oeste el barrio de San Enrique. Estos cuatro barrios han existido por varios siglos, si bien los que cuentan con las construcciones más antiguas son La Macarena y Coapan. En La Macarena también se localizan los tanques de agua que surten tanto a la comunidad como a algunas parcelas. A juzgar por el tamaño y la calidad de las construcciones, estos barrios se encuentran en mejores condiciones que los de San Enrique y Berriozábal. Este último, en cambio, es el barrio más pobre de los cuatro barrios de Ocuituco. No sorprende, por ello, que aún siga siendo conocido por su antiguo nombre náhuatl "Tlani", que significa "abajo" o "menor".

Hacia el lado este de la comunidad, una barranca marca el antiguo límite de la localidad y el comienzo de las tierras de cultivo. Sin embargo, desde 1926 nuevos pobladores han ocupado esta porción de tierra constituyendo un quinto barrio oficialmente llamado "Colonia 7 de Julio" pero conocido por los habitantes del lugar simplemente como "La Colonia". Los habitantes de la región tienden a diferenciar a Ocuituco de La Colonia, de alguna manera implicando que esta última no forma parte de los barrios originales de la comunidad. Sin

embargo, si la consideramos parte de Ocuituco, entonces éste es el barrio más pobre y aislado de la localidad.

Hasta 1990, la mayor parte del pueblo estaba formado por calles de tierra. Sólo la entrada a la comunidad, y tres de las cuatro calles que rodean la plaza principal se encontraban pavimentadas. Sin embargo, con el programa “Solidaridad” impulsado por el régimen salinista, Ocuituco vio varias más de sus calles pavimentadas, incluyendo la llamada Avenida Plan de Ayala que comunica a La Colonia, lo que facilitó una mejoría relativa en la integración física de la localidad.

La carretera estatal número 10 que mencionábamos antes permite la comunicación entre Ocuituco y Cuautla, vía Yecapixtla, y entre Ocuituco y Hueyapan, vía Tetela del Volcán. Para la mayoría de los ocuituquenses, el medio de transporte más común para viajar fuera de la comunidad son las peseras” o bien el autobús “flecha roja”. Para movilizarse al interior y a los alrededores del pueblo, los que no usan sus propios pies cuentan con carretas de madera tiradas por caballos o bueyes. Por las noches, la comunidad se sumerge en la oscuridad, toda vez que el alumbrado público es escaso.

En los años en que se realizó esta investigación, la comunicación telefónica en esta comunidad era del todo precaria. Un médico privado del lugar, que vivía cerca de la plaza central, contaba con la única caseta telefónica disponible en ese momento. Distribuidos por entre las casas con mejores recursos se encontraban alrededor de 70 aparatos telefónicos, pero sus propietarios no podían marcar ni recibir llamadas directamente, sino que debía ser todo por intermediación del operador de la caseta telefónica. La mayoría de los habitantes de la localidad, sin embargo, que no contaban con uno de esos 70 aparatos en sus domicilios, debían acudir a la caseta y solicitar ahí la llamada.

En esos mismos años, el correo llegaba dos veces por semana a Ocuituco y era depositado en la Presidencia Municipal. Como no había medios para pagar a un cartero profesional que distribuyera la correspondencia, aquellos que esperaban una carta o un paquete debían pasar a la presidencia y preguntar si había correo para ellos. La comunidad carecía de oficina de telégrafos, y también de un kiosco o un local donde se pudieran comprar periódicos del día. Así, como en tantas otras comunidades de este país, cuando un mensaje importante

debía ser transmitido a la población, se usaban los altoparlantes de la presidencia municipal.

La mayoría de las viviendas de la localidad cuentan con radio o televisión. Como se verá en lo sucesivo, esto significa que estos medios de comunicación juegan un papel fundamental en la construcción de toda clase de valores, incluyendo los relacionados a la salud y la reproducción.

El disfrute del “tiempo libre” tiene acotaciones específicas en esta comunidad. No existen salas de cine ni teatros donde puedan presentarse espectáculos públicos. Existen en la comunidad tres canchas de baloncesto y algunas más de fútbol, en donde es posible ver a grupos de jóvenes jugando todas las tardes. Prácticamente todas las tiendas de abarrotes de la localidad (más de 15) venden bebidas alcohólicas a cualquier hora a quien lo solicite. Y en el camino a Yecapixtla, así como a la entrada a Cuautla, existen varios centros nocturnos donde se practica la prostitución y que son conocidos eufemísticamente como “Las Vegas” por los habitantes de Ocuituco.

La localidad es escenario de varias festividades religiosas y cívicas. Las principales celebraciones religiosas son el 25 de julio, día de San Pablo, patrón de la comunidad, y el 15 de agosto, día de la Santa María, que se celebra durante tres días seguidos. Como es común en muchos otros lugares, la comunidad suele designar mayordomos y padrinos para estas celebraciones entre los habitantes mejor posicionados económicamente, que se encargan de financiar por su cuenta y de organizar la recaudación de fondos necesaria para la realización de las festividades. Por otra parte, la principal celebración cívica tiene lugar en la noche del 15 de septiembre, en que se celebra el aniversario del Grito de la Independencia.

Por encima de todo, los habitantes de Ocuituco son personas de gran afabilidad en el trato. Suelen mostrar una enorme cortesía sobre todo frente a aquellos visitantes que provienen de las grandes ciudades. A veces esa cortesía es tan extrema que el investigador se ve obligado a preguntarse si no será ella un indicador de la servidumbre a que estas poblaciones han estado sometidas durante siglos, primero por los propios aztecas, después por los conquistadores españoles, y por último por las poblaciones urbanas y su concomitante dominio económico y cultural.

HOMBRES Y MUJERES DE CARNE Y HUESO

El Cuadro 3.1 muestra la distribución de la población de Ocuituco por sexo y grupo de edad. Alrededor de 38% de ésta era menor a los 15 años al momento del levantamiento del censo, 48% se ubicaba entre los 15 y los 49 años de edad, y el restante 14% era mayor a los 49 años. Se trata, en síntesis, de una población muy joven en la que la mitad de ella era menor de 20 años.

Ocuituco es una comunidad rural en tanto que el total de su población es menor a los 5 000 habitantes.³ Ésta no es una comunidad indígena, toda vez que de acuerdo al Censo de Población y Vivienda de 1990, sólo 52 personas (esto es, el 0.4% de habitantes de todo el municipio) hablaba alguna lengua indígena, principalmente el náhuatl⁴ (INEGI, 1991). En cambio, la inmensa mayoría de los habitantes del lugar hablan sólo el español. La comunidad, sin embargo, fue fundada antes de la llegada de los españoles (Gerhard, 1970), y se ubica en el corazón de una zona náhuatl. Como veremos en lo sucesivo, un rasgo central de esta comunidad es la vigencia de la cultura náhuatl, que permea muchos de los aspectos de la vida cotidiana incluyendo, por supuesto, los relacionados con la salud, le enfermedad y la reproducción.

La mayor parte de los habitantes de Ocuituco se declaran católicos (91%) y sólo una fracción menor (5%) son protestantes o evangélicos. Además del convento agustino situado en la plaza central de la comunidad, existían hacia 1992 dos pequeñas capillas dedicadas al

³ Como se sabe, los criterios para definir una comunidad como rural o urbana varían entre los diversos investigadores. En este trabajo adoptamos la propuesta de Unikel (1978) de que las menores de 5,000 habitantes son comunidades rurales. El análisis de las principales ocupaciones en esta comunidad (abajo) apoya esta caracterización.

⁴ En esta sección incluimos las estadísticas que la propia investigación generó para la comunidad de Ocuituco. En los casos en que resulta necesario, sin embargo, recurrimos a las estadísticas del Censo de Población y Vivienda de 1990. Sabemos bien que éstas se refieren al municipio y no sólo a la comunidad de Ocuituco. Sostenemos, con todo, que ellas constituyen una buena base para completar la caracterización de la comunidad.

culto católico. La comunidad ha resistido la penetración de las sectas protestantes más exitosamente que las vecina comunidad de Tetela del Volcán, donde los protestantes suman cerca de 10%. En más de un sentido los ocuituquenses se conciben a sí mismos como una comunidad en permanente batalla en contra de los protestantes: no es raro encontrar letreros colocados en la puerta de las casas que dicen: “Este hogar es católico. Protestantes retírense”. Sin embargo, la dominación de la Iglesia Católica en esta comunidad tiene lugar bajo modalidades particulares, toda vez que no todos sus preceptos son completamente aceptados por la población. Como veremos más adelante, esta relativa actitud *crítica* de muchos de los habitantes de esta comunidad les permite articular posiciones ideológicas alternativas referidas sobre todo a cuestiones como la anticoncepción y el aborto.

La mayoría de la población (alrededor de 89%) es originaria de esta comunidad. Es interesante, sin embargo, mirar con detenimiento la composición de aquellos nacidos fuera de Ocuituco. Se trata de inmigrantes compuestos mayoritariamente por mujeres (61%). Esta inmigración se asocia a las uniones maritales, que alrededor del 84% de los hombres y mujeres inmigrantes de más de 14 años están, o estuvieron unidos, en contraste con la población en general donde el porcentaje de los unidos y separados es de 59%. Además, de los inmigrantes unidos las mujeres forman la mayoría (64%), lo que es consistente con la costumbre general en esta región de que las mujeres que se unen se van a vivir a la casa de los padres de la pareja hasta que ésta pueda hacerse de una vivienda independiente. Esto es, en el caso de los inmigrantes, es más probable que una mujer no ocuituquense que se une a un hombre de Ocuituco se vaya a vivir a esta comunidad que la inversa, es decir, que un hombre no ocuituquense que se une a una mujer de Ocuituco se vaya a vivir a esta comunidad.

El hecho de que 50% de la población sea menor a 20 años de edad y que 63% esté o haya estado unido, nos lleva a una conclusión lógica; un amplio número de personas menores de 20 años, están o estuvieron unidos. Esta presunción se ve confirmada con el Cuadro 3.2 que muestra que 11% de los individuos entre 15 y 19 años están unidos, separados o viudos. Si tomamos juntos a los grupos de edad de 15 a 19 años y de 20 a 24, entonces resulta que 25% de las personas en

estos grupos de edad están o han estado unidos alguna vez. En consecuencia, la actividad sexual se inicia tempranamente en la vida para un significativo grupo de habitantes de Ocuituco.

El Cuadro 3.3 muestra que el promedio de hijos nacidos entre las mujeres de 12 años de edad o más era de 3.2 al momento de realizar nuestro censo de población, o bien de 5.3 si consideramos como denominador únicamente a las mujeres que habían tenido por lo menos un hijo vivo. Este promedio va desde 0.2 (o 1.47) entre las mujeres de 15 a 19 años de edad, hasta 4.27 (o 7.96) entre aquéllas mayores de 70 años.

Alrededor de 38% de las mujeres de más de 11 años no tenían hijos, cerca de 24% tenían de uno a tres hijos, más de 16% tenían entre cuatro y seis hijos, y alrededor de 20% tenían más de seis hijos (Cuadro 3.4). Como cabe esperar, los años de escolaridad es una variable directamente asociada con la fecundidad, como se aprecia en el Cuadro 3.5. Entre las mujeres de 15 años de edad o más con menos de tres años de escolaridad el promedio de hijos nacidos vivos es de 6.32, mientras que este promedio cae a 3.13 entre las que tienen entre cuatro y seis años de escolaridad, y a 1.15 entre las que tienen entre siete y nueve años de escolaridad. De hecho, una regresión de la fecundidad por años de educación muestra que casi 29% de la variación en la fecundidad puede ser explicada por los años de educación (Cuadro 3.6). Cada incremento de 1.94 años de escolaridad se traduce en un decremento de un nacimiento. Por cada incremento de una desviación estándar en años de educación, controlando por edad (Cuadro 3.7) podemos esperar, en promedio, un decremento de -.2404 desviaciones estándar en la fertilidad. Estas dos variables (edad y escolaridad) explican el casi 50% de la variabilidad en la fecundidad.⁵ El mismo efecto se observa si se controla por edad, como se ilustra en el Cuadro 3.5 donde, para

⁵ La fecundidad también puede ser correlacionada con otras variables como ingreso y clase social. La información sobre niveles de ingreso, sin embargo, está disponible sólo a nivel municipal. La imposibilidad de combinar esta información con la existente sobre fecundidad para la comunidad de Ocuituco nos impide explorar la interrelación entre ellas, así como identificar el potencial explicativo de cada una de ellas.

efectos de ejemplificación, se presentan las estadísticas para los grupos de edad de 15 a 19 años, 30 a 34 y 50 a 54.

De igual manera, la condición de ocupación influye sobre la fecundidad. Mientras que las mujeres desempleadas tienen un promedio de 3.89 hijos, las empleadas tienen un promedio de 2.48 (o 5.31 y 3.81 si el denominador es mujeres con al menos un hijo nacido vivo). En ambas categorías, el efecto de los años de escolaridad es claramente visible (Cuadro 3.8). En promedio, las mujeres de Ocuituco tuvieron su primer parto a la edad de 20.1 años. Alrededor de 9% de las que habían tenido por lo menos un hijo vivo tuvo su primer parto antes de los 16 años (Cuadro 3.9); 40% tuvo su primer parto antes de los 19; y 72 % tuvo su primer parto antes de los 22.

A diferencia de la fecundidad, la edad al primer parto no parece ser tan fuertemente afectada por los años de escolaridad, toda vez que esta última variable sólo explica 3% de la variación de la primera (Cuadro 3.10). Aun así, se aprecia una asociación positiva entre estas dos variables, de manera que a mayor número de años de escolaridad también resulta ligeramente mayor la edad al primer parto. Al controlar por edad, la asociación entre estas dos variables resulta más fuerte (Cuadro 3.11). Por cada desviación estándar de incremento en los años de escolaridad podemos esperar, en promedio, un incremento de .31731 desviaciones estándar en la edad al primer parto.

Estos datos, en su conjunto, muestran que Ocuituco es una comunidad en la que la “paridad” temprana sigue siendo predominante. Ello significa que desde temprana edad la mayoría de las mujeres y los hombres de esta comunidad se ven directamente involucrados en algún evento vinculado con la reproducción. En consecuencia, desde temprana edad se ven obligados a recurrir al corpus de conocimientos y prácticas (modernas y tradicionales) a su disposición, con el fin de interpretar estos fenómenos de una forma familiar y eficaz.

Junto a esta descripción general, conviene ahora dar paso a una caracterización más específica de Ocuituco, con el fin de dar cuenta de tres factores básicos que conforman el contexto de esta localidad: la pobreza, la desigualdad de género y la creciente medicalización que vive la comunidad (Castro, 1995a).

LA POBREZA Y LA MARGINACIÓN

Ocuituco es una comunidad marginalmente inserta dentro del sistema capitalista, el modo de producción dominante en México. Aun así, los principales rasgos de dicho sistema son claramente observables en esta comunidad: los bienes son producidos y adquiridos a través de un intercambio económico que en última instancia resulta en la acumulación de capital en unas cuantas manos, y en la creciente deprivación económica de la mayoría de la población. Una sensación de estar siendo explotados está presente en la mayoría de los habitantes de Ocuituco. Como señalaba un campesino:

...acá lo que directamente nos perjudica y nos envuelven aquí es el Banco Rural ¿no? que nos dan unos préstamos pa'l campesino según para ayudarnos pero no nos ayuda. Porque si le prestan doscientos mil pesos el rédito se lo ponen pero alto... nos ponen pero duro, entonces no es una ayuda del gobierno que nos da al campesino, que oímos programas de televisión, de radio, que no que arriba el campesino y que apoyar al campesino pa'que trabaje y pa'que tenga y que pa'esto: ¿no es cierto!... Y pues creo que si no hubiéramos nosotros de pobres así para trabajar el campo, para sacar maíz, para sacar frijol, para sacar el medio para comer ¿quién lo haría?" (M41/1988:128-150).⁶

En 1990, Ocuituco tenía un índice de marginación de -0.140, que correspondía a la categoría de marginación "media" en una clasificación que iba de la "muy alta" a la "muy baja" (CONAPO, 1993). De los treinta y tres municipios del estado de Morelos, en 1990 Ocuituco ocupaba el tercer lugar con más alta marginación; y dentro de los 2,403 municipios del país existentes en 1990, Ocuituco ocupaba el lugar número 1,307 —que equivale a la posición 54 en una escala del

⁶ Por razones obvias, la identidad de los informantes debe permanecer anónima. De aquí en adelante, los testimonios de este tipo serán identificados simplemente por el sexo del informante ("M" masculino, "F" femenino), el número de la entrevista a que corresponde (del 1 al 79), el año de aplicación de dicha entrevista (1988 o 1992) y los números de los renglones que se transcriben.

1 al 100— donde el número 1 correspondía al municipio con más alta marginación en el país y el 2 403 al municipio con la más baja marginación. Ello significa que Ocuituco se ubicaba dentro del conjunto de municipios del país (27.3%) que tenían un grado de marginación media (CONAPO, 1993). En un contexto como el de este país, en el que la mayoría de la población vive en condiciones de alta pobreza, pertenecer a un municipio que es clasificado como de marginación “media” significa también vivir en condiciones de mucha restricción, como se muestra con los datos que siguen.

Cerca de 62% de la tierra en Ocuituco es ejidal: 42% corresponde a ejidatarios particulares mientras que 20% pertenece a tierras comunales; 38% restante de la tierra pertenece a formas de propiedad privada (Banco de México, 1992). Los principales cultivos son el maíz, el arroz, el frijol, el tomate, y algunos árboles frutales como el mango y el aguacate. Como la región no cuenta con infraestructura de riego, los ejidatarios dependen exclusivamente de la temporada de lluvias, que va de junio a octubre.⁷ Con frecuencia, una mala temporada de lluvias, o una temporada que inicia demasiado temprano o demasiado tarde, es suficiente para arruinar económicamente a una familia.

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda de 1990, el sector agrícola agrupa 73% de la población económicamente activa (PEA), seguido de aquellos que se dedican al comercio (5.4%). Los niveles de ingreso en esta comunidad son muy bajos. De acuerdo con la misma fuente de información, cerca de 90% de la PEA ganaba menos de tres salarios mínimos al mes, un nivel de ingreso que no permitía comer carne más de una vez por semana, o pagar una consulta a un médico privado más de dos veces al mes, o comprar ropa o zapatos nuevos (no de segunda mano), o ahorrar algo de dinero para eventuales emergencias. Se trata, en suma, de un nivel de ingresos de mera subsistencia, que permite una dieta cotidiana basada apenas en el consumo de frijoles, tortillas y chile.

Un indicador adicional de las condiciones de pobreza de esta comunidad se refiere a las condiciones de las viviendas. De acuerdo

⁷ El municipio tiene un clima húmedo-subtropical, con un promedio de precipitación pluvial anual de 2,472.7 mm (SGGEM, 1988).

con el Censo de Población y Vivienda de 1990, existía en el municipio de Ocuituco un promedio de 5.81 habitantes por casa; este promedio disminuye a 3.3. si usamos como denominador “cuartos que se usan para dormir”.

Muchas de las viviendas cuentan con un pequeño cultivo de hortalizas, así como con un fregadero que se usa para lavar ropa y trastes. Por lo común, estas viviendas son oscuras en su interior, puesto que el patrón dominante es la construcción de ventanas pequeñas. Estas condiciones explican el hecho de que la mayor parte de la vida cotidiana en esta comunidad tiene lugar fuera de la vivienda, ya sea en el solar de las mismas, o en la calle, afuera de la casa. Este patrón de vida explica a su vez otra característica de Ocuituco: es una comunidad relativamente ruidosa, toda vez que en muchas casas se sube al volumen de la radio para poder escucharla estando afuera.

Alrededor de 44% de las viviendas del municipio tienen pisos de tierra, mientras que en 53% son de cemento. Por otra parte, 50% de las viviendas tienen techo de asbesto o lámina, mientras que en 25% de los casos el techo es de cartón. Sólo 16% de las viviendas contaba con techos de concreto o ladrillo. Finalmente, las paredes de 78% de las viviendas de la localidad están hechas de adobe.

Al caminar por las calles de Ocuituco es común advertir una pequeña columna de humo que escapa por el techo de muchas de las viviendas: es señal de que sus ocupantes están cocinando. En 58% de las viviendas, el principal combustible para cocinar es el carbón y la leña, mientras que el gas se utiliza sólo en 41% de las casas.

No existe en Ocuituco un servicio público de recolección de la basura; lo común es que se queme en los campos o en los solares de las casas, o que se acumule en la barranca (Vila, 1985). Por ello, las aguas del pequeño río Amatzinac, que irrigan las tierras de Ocuituco, no son potables.

Del total de las viviendas del municipio de Ocuituco, alrededor de 52% no cuenta con W.C. (Cuadro 3.12). Por ello, la construcción de letrinas en el solar de la casa, o el fecalismo al aire libre son las únicas opciones disponibles para cerca de la mitad de la población. Por otra parte, cerca de 18% de las viviendas cuenta con drenaje conectado a la calle y 66% dispone de fosa séptica, mientras que el restante 17%

deposita sus desechos directamente sobre el suelo o lo arrojan al río. Alrededor de 81% de las viviendas cuenta con electricidad y un porcentaje similar (80%) dispone de agua entubada. La construcción de un índice de disponibilidad de servicios (electricidad, agua entubada y drenaje) muestra que sólo 15% de las viviendas cuenta con los tres servicios, 60% cuenta con dos de ellos, 14% dispone de sólo uno de esos servicios, y 5% carece de todos.

LA DESIGUALDAD DE GÉNERO EN CIFRAS

Como en la mayoría de las poblaciones de este país, las mujeres de Ocuituco viven bajo el dominio directo de los hombres, en un sistema de desigualdad de género o *patriarcal*. Cuando se trata de estudiar la experiencia subjetiva de la salud, la enfermedad y la reproducción —fenómeno en el que las mujeres son actores centrales— la relevancia de este factor no puede ser sobreestimada. Esta posición subalterna de las mujeres puede ser documentada estadísticamente en varios niveles, principalmente en los rubros de trabajo y educación.

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda de 1990, 90% de la PEA del municipio de Ocuituco estaba compuesto por hombres y el resto (10%) por mujeres. En concordancia, la mayor parte de la población económicamente inactiva eran mujeres (75%). El Cuadro 3.13 muestra la composición de la población económicamente inactiva por sexo y según su principal actividad. Entre los hombres inactivos, 48% eran estudiantes mientras que esta actividad correspondía sólo a 15% de las mujeres. Naturalmente lo contrario ocurre respecto a las tareas del hogar: mientras que sólo 9% de los hombres inactivos se dedicaba a esta actividad, el porcentaje entre las mujeres era del 82%.

Mientras que 80% de los hombres económicamente activos trabajaba en el sector agrícola, sólo 15% de las mujeres de igual condición trabaja en este rubro. Las mujeres tienden a concentrarse en los servicios comunitarios (28%), el comercio (23%) y en los servicios personales (17%). Durante el día, cuando los hombres están trabajando la tierra, Ocuituco parece convertirse en una comunidad de mujeres y niños. Al mediodía, sin embargo, la comunidad parece quedar casi

vacía dado que una de las actividades cotidianas de la mayoría de las mujeres es llevar la comida a sus parejas trabajando en el campo, actividad que con frecuencia supone una hora de camino de ida y una más de regreso.

Es común que muchas mujeres vayan a las comunidades vecinas a vender sus productos (pollo, huevo, queso, pan, etc.). La región cuenta con un sistema de mercado en el que la “plaza” se realiza cada día en una comunidad diferente. Los martes son días de plaza en Tetela del Volcán, los jueves en Yecapixtla, y los sábados en Ocuituco. Estas “plazas” son la principal fuente en las que los habitantes de la comunidad realizan sus compras: comida y ropa usada o de segunda mano. Finalmente, no todas las mujeres comerciantes, especialmente las de tiempo parcial, están incluidas en las estadísticas oficiales: cada día, tras la puesta del sol, entre ocho y nueve de la noche, muchas mujeres salen de su casa, con frecuencia con algunos niños jugando a su alrededor, colocan una silla y una pequeña mesa junto a la puerta del frente de su vivienda, y venden alguna forma de comida típica o queso o pan hechos en casa.

La desigualdad de género se aprecia también con toda nitidez con relación a la educación de los habitantes de Ocuituco. El promedio general de escolaridad para esta comunidad es de seis años (Cuadro 3.14), pero es evidente que a los hombres se les da preferencia sobre las mujeres en cuestiones educativas. Mientras que los hombres de más de 14 años de edad tienen un promedio de 6.2 años de escolaridad, las mujeres tienen un promedio de 5.9 años.

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda de 1990, alrededor de 13% de la población del municipio de más de 14 años de edad es analfabeta. Este porcentaje es menor para la comunidad de Ocuituco, donde sólo el 8.43% de la población no sabe leer ni escribir. Estos datos son consistentes con el hecho de que, al ser cabecera municipal, Ocuituco cuenta con los mejores servicios educativos de la región, todos los cuales (excepto un jardín de niños) son instituciones del gobierno que ofrecen sus servicios casi sin costo alguno. En la comunidad de Ocuituco había hacia los años en que se realizó el trabajo de campo de este proyecto, tres jardines de niños, dos escuelas primarias, una escuela secundaria, y una preparatoria técnica (CBTA).

La distribución del analfabetismo por grupos de edad es muy significativa en ambos casos (el municipio y la cabecera municipal), más de 50% se concentra en la población de 50 años de edad o más. Obviamente, en el pasado había menos oportunidades educativas que en el presente. Más llamativa aún es la distribución del analfabetismo por sexo y grupos de edad (Cuadro 3.15): a nivel municipal, alrededor de 34% son hombres y 66% son mujeres. En el caso de Ocuituco las mujeres también son mayoría: 59%. Excepto para el grupo de edad de 25 a 29 años (donde los hombres son mayoría), estos porcentajes son relativamente similares para todos los grupos de edad. Sin duda, por largo tiempo el género ha sido la variable discriminante en relación con las oportunidades educativas, como lo ilustra el testimonio de una mujer:

(yo sólo fui hasta segundo de primaria) porque me tocó ser la hija mayor y porque, pos antes intervenían las abuelitas ¿no?, la mamá de mi papá dijo: 'no, esta escuincla ya está rebuena para lavar los pañales, a qué va a la escuela. A la escuela nomás van a aprender cosas malas'. ¡Imagínese! (F31/1992: 590-598).

En el presente, el sexo de las personas continua siendo un buen predictor del analfabetismo en esta comunidad: las mujeres tienen el doble de posibilidades de ser analfabetas que los hombres. Según el Censo de Población y Vivienda de 1990, 53% de la población del municipio entre cinco y 14 años de edad que no iba a la escuela eran mujeres. Como se ilustra en el Cuadro 3.16, las mujeres están en desventaja en todos los niveles educativos.

Finalmente, el Cuadro 3.17 muestra la distribución de la población de Ocuituco por sexo, según el máximo grado de estudios alcanzado (para aquellos que tienen más de secundaria completa). Destaca, en primer lugar, que del conjunto de la población que han estudiado más allá de la secundaria completa, 54% son hombres y 46% mujeres. La carrera de maestra normalista tiende a ser más una opción para las mujeres (37%) que para los hombres (23%). De hecho, es sólo entre los que estudiaron la escuela normal que las mujeres son mayoría (cerca de 58%), mientras que en las demás categorías la mayoría siempre está

formada por hombres. Esto es cierto particularmente en la medida en que se incrementa el nivel educativo: cerca de 21% de los hombres (de más de 17 años con estudios superiores a la secundaria completa) han ido a la universidad, en contraste con sólo un 7% de las mujeres. Y de aquellos que han completado sus estudios universitarios, 83% son hombres y sólo 17% son mujeres.

La medicalización de la comunidad como signo de los nuevos tiempos

Durante los últimos 50 años, Ocuituco ha vivido un paulatino proceso de medicalización en el que, gradualmente, la medicina moderna ha adquirido importancia en detrimento de otras medicinas alternativas. El concepto de medicalización se usa aquí, como lo sugirió Cornwell, como “una instancia del proceso más amplio de racionalización’ que Habermas define como el proceso clave de la modernización...” (Cornwell, 1984: 119). Esto es, a diferencia de otros autores, que definen a la medicalización como el proceso por el cual se reinterpreta el comportamiento “desviado” en términos médicos (Conrad y Schneider, 1980; Zola, 1972), este concepto es entendido aquí como la forma específica que la racionalización (y la legitimación) adoptan en el área de la salud, la enfermedad y la reproducción. Una breve revisión histórica de la manera en que la medicina moderna ha ido haciendo su aparición en la comunidad nos permitirá entender mejor el sentido en que la medicalización a la que hacemos referencia ha ido tomando forma.

Al momento de realizar el trabajo de campo, había seis médicos en la comunidad:

- 1) El decano de todos ellos, y el primero que hubo en Ocuituco, llegó a la localidad en 1945 a realizar su servicio social y desde entonces se quedó a vivir ahí. Se casó con una mujer del lugar y estableció su domicilio y su consultorio privado en una casa muy próxima a la plaza central. El administra la única caseta telefónica existente en la comunidad y es propietario, además, de una pequeña tienda de abarrotes y de algunas casas que renta. En 1964 fue elegido presidente municipal de Ocuituco, lo que le permitió llegar a ser la más alta autoridad po-

lítica, administrativa y médica de la comunidad. Hacia 1992 seguía trabajando como el médico particular más prestigiado del lugar.

2) Su hijo, entonces de 31 años de edad, es el primer médico nacido en Ocuituco. Se desempeñaba como el Jefe de Enseñanza dentro de la Jurisdicción Sanitaria de Cuautla, en la Secretaría de Salud del estado de Morelos. Desde esa posición, él era el responsable de todos los pasantes de medicina que hacían su servicio social en los diversos centros de salud de la jurisdicción, incluido, por supuesto, el de Ocuituco mismo. Viajaba todos los días a sus oficinas en Cuautla, lo que le permitía apoyar sólo marginalmente a su padre en la consulta privada en Ocuituco.

3) Después del decano, una segunda doctora arribó al lugar en el año de 1967, primero para hacer su servicio social, y después para vivir en definitiva en Ocuituco tras casarse con un habitante de la localidad. Hacia 1992 mantenía una posición como médica familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social en Cuautla, a donde viajaba diariamente, lo que le permitía ofrecer su consulta privada en Ocuituco sólo por las noches. Ella estableció la primera farmacia que hubo en la comunidad, misma que administró por varios años hasta que la vendió, a principios de la década, a otro médico, un cardiólogo, que recién llegaba a la localidad.

4) Un segundo médico nacido en esta comunidad estableció su consultorio en la localidad, tras haber completado sus estudios de medicina en Michoacán, en 1987. Se desempeñaba como director del Centro de Salud de Yecapixtla y ofrecía sus servicios en Ocuituco como médico privado por las tardes y noches.

5) El primer especialista que se estableció en la comunidad, un cardiólogo, llegó a Ocuituco en 1991, primero en calidad de asociado de la doctora propietaria de la farmacia, y después, tras adquirir la propiedad de este negocio, de manera independiente. Sobre la calle de Plan de Ayala, muy cerca también de la plaza central, mandó pintar un gran letrero en una pared en el que ofrecía sus servicios como médico general, médico internista y cardiólogo, y que explicaba, a modo de adoctrinamiento:

La medicina interna es la atención de enfermedades reumáticas, digestivas, diabéticas, respiratorias, renales, nerviosas y de la sangre a nivel de especialidad

6) Finalmente está la pasante de medicina que prestaba su servicio social en el centro de salud de Ocuituco. Como responsable del centro, ella contaba con tres auxiliares: dos estudiantes de enfermería (que a su vez hacían su servicio social en el centro de salud) y una trabajadora social (cuya formación era, en realidad, de maestra normalista).

¿A qué perfil epidemiológico respondían estos prestadores de servicios de salud? Según los registros del centro de salud de Ocuituco, las principales causas de consulta médica en 1991 fueron las siguientes: 230 casos de enfermedades intestinales insuficientemente especificadas; 157 casos de parasitosis; 102 casos de amibiasis; 75 casos de candidiasis y tricomoniasis; 70 casos de neumonía y bronconeumonía; 54 casos de micosis; 49 casos de infecciones en las vías urinarias; 29 casos de infecciones de la piel; y 18 casos de varicela. Se trata, evidentemente, de un típico perfil de enfermedades de la pobreza, donde las enfermedades infecciosas y agudas son las que predominan.

La gradual irrupción de los representantes de la medicina moderna en Ocuituco no se ha dado, sin embargo, sin tensiones ni conflictos. Se trata de un proceso de “conquista” de la región, al decir de uno de ellos, o de “combate a la superstición”, al decir del decano, que ha debido enfrentar diversas dificultades. Una de ellas está dada, por supuesto, por lo que los médicos mencionados describen como “resistencia de la gente” frente a la racionalidad médica moderna. Como veremos más adelante, los habitantes de Ocuituco han debido aprender a integrar en su visión del mundo los rasgos dominantes de la medicina moderna, sin por ello prescindir de sus certezas más básicas que derivan de su propia tradición.

Otra de las dificultades que ha enfrentado el proceso de medicalización de la comunidad se relaciona con la lucha de poder que se ha desarrollado entre los propios médicos. A lo largo de los años, el decano de la comunidad ha podido preservar y ampliar su dominio sobre los demás colegas, y estos últimos han debido aprender a someterse a

las reglas del juego dictadas por aquél. Este entendimiento ha sido la condición básica para que los nuevos médicos hayan podido encontrar su propio espacio en la comunidad. De la existencia de intereses creados da cuenta, por ejemplo, el testimonio de la doctora que en ese momento funcionaba como la pasante en el Centro de Salud:

No tengo ni siquiera laringoscopio, ni gasas, ni suturas, ni medicamentos. Sin embargo, mi supervisor (el jefe de enseñanza de la jurisdicción) me exige que cuando tenga supervisión nacional, como la que hubo hace poco tiempo, diga que tengo todo el material y que no me falta nada y que tengo todos los medicamentos... Trabajo entonces bajo mucha presión porque... por otro lado, los pacientes se enojan cada vez que les pido, por ejemplo a las que quieren papanicolau, que compren sus guantes en la farmacia... la gente se queja de que el servicio debería ser gratuito, que debería tener todos los materiales (F5611992: 13-43).

Este tipo de restricciones con frecuencia fuerza a los habitantes de Ocuituco, (sobre todo a las mujeres a punto de parir) a buscar en otras localidades, principalmente en Cuautla, los servicios de salud, gratuitos y con un mínimo de calidad, que necesitan. Pero como veremos en otro capítulo, estas búsquedas de servicios en otros lugares constituyen en sí mismos elementos constitutivos muy importantes de la experiencia de la salud, la enfermedad y la reproducción de los habitantes de la región.

Sin embargo, con todo y las limitaciones, los conflictos y los intereses creados, han sido los médicos modernos de la localidad, en particular los pasantes del centro de salud, los operadores de los principales programas de salud promovidos por el Estado. Un claro ejemplo de ello está dado por la planificación familiar. Durante los últimos 20 años el centro de salud ha distribuido gratuitamente anticonceptivos entre la población, lo que ha significado que, por primera vez en sus más de 500 años de historia, esta comunidad esté expuesta a un discurso público antinatalista y cuente con los medios para regular su fecundidad. Al revisar, en 1992, los archivos del centro de salud, se encontró que había en ese momento 122 usuarias activas de métodos de planificación familiar, todas ellas de menos de 50 años de edad, lo

que sugería que cerca de 30% de las mujeres unidas de la comunidad, de entre 15 y 49 años (413) eran usuarias de algún método. El método más usado era la esterilización femenina (39%), seguido por el dispositivo intrauterino (26%), las pastillas (18%), y después por el condón (15%). Es necesario, sin embargo, tomar estos datos con cautela, toda vez que es bien sabido que algunas mujeres de Ocuituco prefieren viajar al centro de salud de alguna de las comunidades vecinas, o de Cuautla, con el fin de preservar su anonimato como usuarias de anti-conceptivos. Lo mismo puede ocurrir a la inversa: un cierto porcentaje de las usuarias registradas en el centro de salud de Ocuituco (de las que no se tenía más que su nombre y el método que usaban) bien podrían provenir de otras localidades por las mismas razones.

Además de los profesionales de la medicina, Ocuituco contaba con otros especialistas alternativos, bien reconocidos en la comunidad y frecuentemente consultados por sus habitantes. Entre ellos destacan tres parteras empíricas, una curandera y un huesero. En las comunidades circunvecinas también había curanderos “espiritualistas” y hierberos. Como veremos más adelante, junto a las enfermedades que reconoce y registra la medicina moderna, en Ocuituco existen diversos padecimientos reconocidos por el saber popular, no menos reales que aquellas enfermedades, y que preservan la legitimidad de los curadores alternativos.

RECAPITULACIÓN: LOS RASGOS BÁSICOS DEL CONTEXTO SOCIAL DE OCUITUCO

En síntesis, en este capítulo hemos argumentado que, a los efectos de una investigación como la nuestra, existen cuatro factores básicos que pueden señalarse como conformadores decisivos del contexto social de Ocuituco:

- 1) Como consecuencia de su inserción marginal en la economía de mercado, Ocuituco es una comunidad donde la mayoría de sus habitantes viven en condiciones de deprivación económica o *pobreza*.
- 2) Como en la mayoría de las poblaciones de este país, las mujeres de Ocuituco viven bajo el dominio directo de los hombres, en un

sistema de desigualdad de género o *patriarcal*. Como lo sugiere Fox, el uso del concepto *patriarcado* debe comprender un estudio simultáneo de “la estructura social y la subjetividad, los cuales son dos niveles de realidad diferentes pero inseparables, y en constante interacción» (Fox, 1988:165).

3) Durante los últimos 40 años, un proceso de *medicalización* ha tenido lugar en esta comunidad. Gradualmente, la medicina moderna ha adquirido importancia en detrimento de otras medicinas tradicionales.

4) Consecuentemente, el *discurso* —entendido, como propone Foucault (1983), como saberes y prácticas articulados —tradicional ha venido quedando paulatinamente subordinado frente a la medicina moderna. Sin embargo, debido a su ubicación geográfica —en el corazón de una zona cultural nahua— aún es posible encontrar que elementos muy significativos de la *tradicición* han sobrevivido y continúan teniendo sentido para la población (Castro y Eroza, 1998).

Junto a estos factores que caracterizan el orden social en su conjunto, existen una serie de rasgos que caracterizan la subjetividad —la visión del mundo o *sentido común*— de los individuos, y que se describe con mayor detalle en el siguiente capítulo.

CUADRO 3.1
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE OCUITUCO
POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

<i>Grupos de edad</i>	<i>Hombres</i>	<i>%</i>	<i>Mujeres</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
0-4	206	13.1	211	13.1	417	13.1
5-9	199	12.6	206	12.8	405	12.7
10-14	199	12.6	202	12.5	401	12.6
15-19	191	12.1	186	11.5	377	11.8
20-24	165	10.5	177	11.0	342	10.7
25-29	122	7.8	116	7.2	238	7.5
30-34	99	6.3	95	5.9	194	6.1
35-39	81	5.1	75	4.7	156	4.9
40-44	57	3.6	65	4.0	122	3.8
45-49	48	3.0	51	3.2	99	3.1
50-54	46	2.9	58	3.6	104	3.3
55-59	49	3.1	47	2.9	96	3.0
60-64	35	2.2	37	2.3	72	2.3
65-69	20	1.3	27	1.7	47	1.5
70-74	18	1.1	12	0.7	30	0.9
75-79	16	1.0	17	1.1	33	1.0
80-84	6	0.4	19	1.2	25	0.8
85-89	7	0.4	4	0.2	11	0.3
90 y más	10	0.6	6	0.4	16	0.5
Total	1573	100.0	1611	100.0	3185	100.0

Fuente: Censo de Población de Ocúituco 1988.

CUADRO 3.2
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE OCUITUCO DE 15 AÑOS Y MÁS
POR ESTADO CIVIL SEGÚN GRUPOS DE EDAD

<i>Estado civil</i>	<i>Grupos de edad</i>								<i>Total</i>	<i>%</i>
	<i>15-19</i>	<i>% h</i> <i>% v</i>	<i>20-24</i>	<i>% h</i> <i>% v</i>	<i>25-29</i>	<i>% h</i> <i>% v</i>	<i>30 y más</i>	<i>% h</i> <i>% v</i>		
Unidos	37	3.4 10.2	125	11.5 38.7	156	14.3 66.4	773	70.9 78.2	1091	57.2
Separados	3	9.1 0.8	8	24.2 2.5	4	12.1 1.7	18	54.5 1.8	33	1.7
Viudos	1	0.9 0.3					105	99.1 10.6	106	5.6
Solteros	320	47.2 88.6	190	28.0 58.8	75	11.1 31.9	93	13.7 9.4	678	35.5
Total	361	18.9 100	323	16.9 100	235	12.3 100	989	51.8 100	1908	100

Fuente: Censo de Población de Ocúituco 1988.

CUADRO 3.3
POBLACIÓN FEMENINA DE OCUITUCO MAYOR DE 11 AÑOS
POR GRUPOS DE EDAD Y NÚMERO DE NACIDOS VIVOS

<i>Edad</i>	<i>(a)</i> <i>Total de</i> <i>mujeres</i>	<i>(b)</i> <i>Total de</i> <i>mujeres</i> <i>con nacidos</i> <i>vivos</i>	<i>(c)</i> <i>Total de</i> <i>nacidos</i> <i>vivos</i>	<i>(d)</i> <i>Promedio</i> <i>general</i> <i>(c/a)</i>	<i>(e)</i> <i>Desv. std</i> <i>de a</i>	<i>(f)</i> <i>Promedio</i> <i>específico</i> <i>(c/b)</i>	<i>Desv. std.</i> <i>de f</i>
12-14	115	0	0	0.000	0.000	0.000	0.000
15-19	164	23	34	0.207	0.570	1.478	0.665
20-24	167	71	150	0.898	1.249	2.112	1.049
25-29	113	86	259	2.292	1.796	3.011	1.435
30-34	94	83	330	3.511	2.426	3.976	2.191
35-39	75	70	339	4.520	2.683	4.843	2.476
40-44	65	56	365	5.615	3.608	6.518	3.027
45-49	49	46	310	6.326	4.130	6.739	3.918
50-54	58	54	461	7.948	4.470	8.537	4.045
55-59	46	40	300	6.522	4.380	7.500	3.823
60-64	36	33	261	7.250	3.812	7.909	3.244
65-69	25	24	203	8.120	3.789	8.458	3.463
70 +	56	51	406	7.250	4.227	7.961	3.789
Total	1063	637	3418	3.215	3.859	5.19	3.649

Fuente: Censo de Población de Ocuituco 1988.

CUADRO 3.4
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA DE OCUITUCO
MAYOR DE 11 AÑOS POR NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS

<i>Número de hijos</i>	<i>Mujeres</i>	<i>%</i>	<i>% Acumulado</i>
0	411	38.67	38.67
1	79	7.43	46.10
2-3	171	16.09	62.19
4-6	175	16.46	78.65
7-10	135	12.70	91.35
11-15	72	6.77	98.12
16-+	5	0.47	98.59
No especif.	15	1.41	100.00
Total	1063	100.00	100.00

Fuente: Censo de Población de Ocuituco 1988.

CUADRO 3.5
PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS DE LAS MUJERES DE OCUITUCO
MAYORES DE 14 AÑOS POR AÑOS DE ESCOLARIDAD SEGÚN GRUPOS DE EDAD

<i>Años de educación</i>	<i>Todas las mujeres</i>			<i>Mujeres con nacidos vivos</i>			<i>Todas las mujeres de 15-19 años</i>			<i>Mujeres de 15-19 años con nacidos vivos</i>		
	T	P	DS	T	P	DS	T	P	DS	T	P	DS
0-3	312	6.32	4.3	274	7.19	3.8	5	0.00	0.0	-	-	-
4-6	244	3.13	3.0	171	4.46	2.6	48	0.29	0.7	8	1.75	0.7
7-9	139	1.15	1.6	64	2.50	1.5	55	0.25	0.6	11	1.27	0.5
10 y +	116	0.95	1.7	49	2.24	1.2	32	0.16	0.6	3	1.67	1.2
No esp.	91	1.76	2.9	40	4.00	3.1	24	0.04	0.2	1	1.00	0.0
Total	902	3.86	3.9	598	5.29	3.6	64	0.21	0.6	23	1.48	0.7

<i>Años de educación</i>	<i>Todas las mujeres</i>			<i>Mujeres de 30-34 años con nacidos vivos</i>			<i>Todas las mujeres de 50-54 años</i>			<i>Mujeres de 50-54 años con nacidos vivos</i>		
	T	P	DS	T	P	DS	T	P	DS	T	P	DS
0-3	30	4.73	3.0	26	5.46	2.5	40	8.83	4.5	37	9.54	3.9
4-6	34	3.24	2.1	30	3.67	1.8	10	6.10	3.5	9	6.78	2.9
7-9	11	3.45	1.4	11	3.45	1.4	-	-	-	-	-	-
10 y +	11	2.09	0.8	11	2.09	0.8	-	-	-	-	-	-
No esp.	7	1.57	1.8	4	2.75	1.5	-	-	-	-	-	-
Total	93	3.48	2.4	82	3.95	2.2	50	8.28	4.4	46	9.00	3.8

Fuente: Censo de Población de Ocuituco 1988.

T = total; P = promedio; DS = desviación estándar.

CUADRO 3.6
ANÁLISIS DE REGRESIÓN DE FECUNDIDAD POR ESCOLARIDAD*

R	=	0.53719
R ²	=	0.28857
Intercept	=	6.56990
B	=	-0.51467
Beta	=	-0.53719

Fuente: Censo de Población de Ocuituco 1988.

* Dado que se trata de un censo de población, no se requiere de pruebas de significancia.

CUADRO 3.7
ANÁLISIS DE REGRESIÓN DE FECUNDIDAD
POR AÑOS DE ESCOLARIDAD Y EDAD

R	=	0.69630
R ²	=	0.48483
Intercept	=	0.62710
<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>Beta</i>
Edad	0.12214	0.53333
Años de escolaridad	-0.23033	-0.24040

Fuente: Censo de Población de Ocuituco 1988.

CUADRO 3.8
PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS DE LAS MUJERES DE OCUITUCO MAYORES DE
14 AÑOS POR AÑOS DE ESCOLARIDAD SEGÚN CONDICIÓN DE OCUPACIÓN

<i>Años de escolaridad</i>	<i>Todas las mujeres</i>						<i>Mujeres con nacidos vivos</i>					
	<i>Desempleadas</i>			<i>Empleadas</i>			<i>Desempleadas</i>			<i>Empleadas</i>		
	T	P	DS	T	P	DS	T	P	DS	T	P	DS
0-3	262	6.55	4.3	31	4.74	3.3	232	5.62	3.8	26	5.65	2.8
4-6	197	3.24	2.9	35	2.94	3.3	142	7.40	2.5	23	4.48	3.1
7-9	99	1.28	1.6	28	0.93	1.6	51	2.49	1.5	9	2.89	1.7
10 +	53	0.73	1.4	55	1.25	1.2	16	2.44	1.8	32	2.16	0.8
NS	67	1.79	3.0	16	2.00	2.6	29	4.14	3.4	9	3.56	2.7
Total	678	3.89	3.9	165	2.48	2.7	470	5.31	3.6	99	3.81	2.7

Fuente: Censo de Población de Ocuituco 1988.

T = total

P = promedio

DS = desviación estándar

CUADRO 3.9
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA DE OCUITUCO
MAYOR DE 11 AÑOS CON AL MENOS UN NACIDO VIVO,
POR EDAD AL PRIMER PARTO

<i>Edad al 1er parto</i>	<i>Mujeres</i>	<i>%</i>	<i>% acum.</i>
12-15	56	9.08	9.08
16-18	192	31.12	40.20
19-21	197	31.93	72.13
22-24	91	14.75	86.88
25-27	42	6.81	93.69
28-30	16	2.59	96.28
31-33	9	1.46	97.74
34-36	6	0.97	98.71
37 y más	5	0.82	99.53
No especificada	3	0.47	100.00
Total	617	100.00	100.00

Fuente: Censo de Población de Ocuituco 1988.

CUADRO 3.10
ANÁLISIS DE REGRESIÓN DE LA EDAD AL PRIMER PARTO
POR AÑOS DE ESCOLARIDAD*

R	=	.16243
R ²	=	.02638
Intercept	=	19.23369
B	=	.18367
Beta	=	.16243

Fuente: Censo de Población de Ocuituco 1988.

* Dado que se trata de un censo de población no se requiere de pruebas de significancia.

CUADRO 3.11
ANÁLISIS DE REGRESIÓN DE LA EDAD AL PRIMER PARTO
POR AÑOS DE ESCOLARIDAD Y EDAD

R	=	0.31083
R ²	=	0.09662
Intercept	=	15.02451
<i>Variabile</i>	<i>B</i>	
Edad	0.08315	0.30695
Años de escolaridad	0.35879	0.31731

Fuente: Censo de Población de Ocuituco 1988.

CUADRO 3.12
DISTRIBUCIÓN DE LAS VIVIENDAS DEL MUNICIPIO DE OCUITUCO
SEGÚN DISPONIBILIDAD DE WC, DRENAJE,
AGUA ENTUBADA Y ELECTRICIDAD

<i>Servicios</i>	<i>Disponibilidad</i>						<i>Total</i>
	<i>Si</i>	<i>%</i>	<i>No</i>	<i>%</i>	<i>No esp.</i>	<i>%</i>	
WC	1059	47.1	1164	51.8	24	1.1	2247
Drenaje	396	17.6	1714	76.3	137	6.1	2247
Agua entubada	1906	84.8	325	14.5	16	0.7	2247
Electricidad	1951	86.8	296	13.2	-	-	2247

Fuente: Censo de Población de Ocuituco 1988.

CUADRO 3.13
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE INACTIVA
DEL MUNICIPIO DE OCUITUCO POR TIPO DE ACTIVIDAD SEGÚN SEXO

<i>Actividad</i>	<i>hombres</i>	<i>% hor</i>		<i>Mujeres</i>	<i>% hor</i>			
		<i>% ver</i>	<i>% ver</i>		<i>% ver</i>	<i>%</i>		
Estudiantes	628	51.1	48.2	601	48.9	15.2	1229	23.4
Amas de casa	113	3.4	8.7	3235	96.6	81.9	3348	63.7
Jubilados	15	45.5	1.2	18	54.5	0.4	33	0.6
Discapacitados	80	72.7	6.1	30	27.3	0.8	110	2.1
Otras	467	87.1	35.8	69	12.9	1.7	536	10.2
Total	1303	24.8	100.0	3953	75.2	100.0	5256	100.0

Fuente: Censo de Población y Vivienda 1990.

CUADRO 3.14
 PROMEDIO DE AÑOS DE ESCOLARIDAD POR SEXO

<i>Sexo</i>	<i>Promedio</i>	<i>Desv. std.</i>	<i>Casos</i>
Masculino	6.2452	4.2115	958
Femenino	5.9193	4.1121	943
Total	6.0819	4.1641	1880

Total de casos = 1952

Casos sin información = 72 (3.7%)

Fuente: Censo de Población de Ocuituco 1988.

CUADRO 3.15
 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ANALFABETA POR EDAD
 SEGÚN SEXO EN EL MUNICIPIO Y EN LA LOCALIDAD DE OCUITUCO

	<i>Hombres</i>	<i>%</i>	<i>Mujeres</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>	<i>Hombres</i>	<i>%</i>	<i>Mujeres</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
15-19	25	55.6	20	44.4	45	4.6	1	100.0			1	0.6
20-24	30	45.5	36	54.5	66	6.8	2	22.2	7	77.8	9	5.4
25-29	25	38.5	40	61.5	65	6.7	9	60.0	6	40.0	15	9.0
30-39	54	36.9	92	63.1	146	14.9	6	33.3	12	66.7	18	10.8
40-49	53	33.3	106	66.7	159	16.3	12	46.2	14	53.8	26	15.6
50 y más	143	28.9	351	71.1	494	50.7	38	38.8	60	61.2	98	58.7
Total	330	33.4	645	66.2	975	100.0	68	40.7	99	59.3	167	100.0

Fuentes: Censo de Población de Ocuituco 1988.

Censo de Población y Vivienda 1990.

CUADRO 3.16
POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE OCUITUCO MAYOR DE 14 AÑOS
POR NIVEL DE ESCOLARIDAD SEGÚN SEXO

<i>Nivel de escolaridad</i>	<i>Hombres</i>	<i>%</i>	<i>Mujeres</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Menos de un año de primaria	341	38.1	553	61.9	894	11.9
1-3 años de primaria	806	48.3	864	51.7	1670	22.3
4-5 años de primaria	472	52.3	430	47.6	902	12.1
Primaria completa	1074	53.6	928	46.4	2002	26.8
Más de primaria completa	1072	53.5	933	46.5	2005	26.9
Total	3765	50.4	3708	49.6	7473	100.0

Fuente: Censo de Población y Vivienda 1990.

CUADRO 3.17
POBLACIÓN DE OCUITUCO MAYOR DE 17 AÑOS CON NIVEL DE EDUCACIÓN SUPERIOR
A SECUNDARIA, POR MÁXIMO NIVEL DE ESCOLARIDAD ALCANZADO SEGÚN SEXO

<i>Máximo nivel de escolaridad</i>	<i>Hombres</i>	<i>%hor %ver</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% hor % ver</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Preparatoria o Normal incompleta	63	52.9	56	47.1	119	38.3
Preparatoria completa	31	37.5	24	39.2	55	17.7
Normal completa	39	56.4	53	43.6	92	29.6
Universidad incompleta	16	18.5	6	16.8	22	7.1
Universidad completa	19	42.4	4	27.3	23	7.4
Total	168	23.2	143	37.1	311	100.0

Fuente: Censo de Población de Ocuituco 1988.

IV. El contexto subjetivo

¿Cómo ven este mundo de pobreza y de desigualdad de género los propios habitantes de Ocuituco? ¿Qué tipo de elementos cognoscitivos se pueden encontrar en el *sentido común* de estos actores dentro de este contexto de medicalización y tradiciones médicas alternativas? Y sobre todo ¿cómo se vincula esta cosmovisión general de los individuos con la interpretación y experiencia que tienen de la salud, la enfermedad y la reproducción?

Para poder lograr una comprensión empática de la experiencia subjetiva de la salud, la enfermedad y la reproducción de estos habitantes, es necesario identificar primero algunos de los principales rasgos cognoscitivos que caracterizan su sentido común. Estas características están estrechamente relacionadas con las condiciones sociales existentes dentro de esta población, especialmente la pobreza que aflige a la mayoría de los habitantes y la condición de sometimiento de las mujeres. Teniendo como base este entendimiento general del mundo, será posible entonces explorar con mayor profundidad de qué manera los individuos recurren a las diversas racionalidades médicas (tradicional y la moderna) existentes en esta comunidad, con el fin de dar sentido y coherencia a sus experiencias cotidianas de la salud, la enfermedad y la reproducción.

En el capítulo III hemos examinado las condiciones objetivas de vida de los habitantes de Ocuituco. Tales condiciones tienen que ver con circunstancias más bien externas a los individuos a las que deben adaptarse en la medida de lo posible. Pero como hemos venido sosteniendo a lo largo de este libro, es necesario construir una mediación

entre las condiciones materiales de vida y la experiencia subjetiva de la salud y la reproducción. Nuestra propuesta es que el sentido común puede jugar este papel fundamental. Como se indicó anteriormente, el concepto de sentido común se entiende aquí como un sistema cultural, compartido por una comunidad de individuos y que existe como consecuencia de la convicción de dichos individuos de que es un saber práctico, significativo y correcto. El sentido común “no es lo que percibe espontáneamente una mente liberada de propensiones; es, más bien, lo que colige una mente llena de presunciones...” (Geertz, 1994: 105).

Por consiguiente, este capítulo se aboca a la discusión de algunas de las características primordiales del sentido común de los ocuituquenses y que son relevantes para los fines de este trabajo. Este análisis abarca un amplio espectro de fenómenos que van desde sus perspectivas de sentido común respecto a la naturaleza y a la sociedad, hasta las percepciones específicas de sí mismos. El primer apartado se concentra en la forma en que los individuos perciben los aspectos relacionados con las condiciones económicas de la comunidad. El segundo apartado se refiere a la manera en que la desigualdad de género (incluyendo sus formas extremas, como la violencia contra las mujeres) se refleja en la visión que tienen del mundo los hombres y las mujeres de la comunidad. El tercer apartado caracteriza brevemente la visión que los individuos tienen de sí mismos y de cómo, en consecuencia, las condiciones materiales de vida repercuten directamente en su propia identidad. Finalmente, el cuarto apartado examina la percepción que tienen los individuos del proceso de cambio social que se está llevando a cabo en esa comunidad y la manera en que se ha incorporado a su sentido común el conocimiento de dicho cambio. Este capítulo, en consecuencia, posee una importancia crítica para esta investigación pues, como se demostrará en los capítulos posteriores, el sentido común constituye el otro contexto —el subjetivo— en el cual los individuos dan sentido a la salud, a la enfermedad y a la reproducción.

SENTIDO COMÚN Y POBREZA

Como miembros de una comunidad que participa sólo de manera marginal en el sistema capitalista, los ocuituquenses no son ni grandes productores ni grandes consumidores de bienes materiales. Dentro de este contexto, es tentador recurrir a la tesis de la *cultura de la pobreza*, para caracterizar el estilo de vida de estos individuos. Lewis (1986), en su bien conocido estudio, propuso que la cultura de la pobreza constituye en una sociedad capitalista, tanto una adaptación como una reacción de los pobres hacia su marginación económica. Lewis sugirió que los que viven en una *cultura de la pobreza* carecen de la disposición mental que los capacita para aprovechar las oportunidades de mejora que se pudieran presentar. El fatalismo, en consecuencia, así como una falta de aspiraciones son características de esta orientación, y especialmente, argumentaba Lewis, el aspecto medular de esta cultura es la tendencia a perpetuarse, de una generación a otra, en virtud de los efectos producidos en los niños. Estos, señala el autor, a temprana edad internalizan los valores y las actitudes primordiales de su subcultura, lo que les inhibe la disposición mental que se requiere para sobrevivir con éxito en un medio competitivo.

Sin embargo, al examinar detalladamente los testimonios recolectados en esta investigación, resulta claro que dicho concepto no es adecuado para el análisis que aquí nos interesa, primeramente (por razones empíricas), porque algunos de los hallazgos reportados en este capítulo son, por lo menos en parte, diferentes de los que comprende el concepto de la *cultura de la pobreza*, y en segundo lugar (por razones teóricas), porque dicho concepto describe al individuo como determinado con demasiada rigidez por esa cultura. Esta perspectiva es inconsistente con la adoptada en este trabajo, en la que los actores sociales son agentes capaces de interpretar sus propias circunstancias y por lo tanto, de crear y recrear —hasta cierto punto— el curso de sus vidas.

Existen tres características básicas, presentes en el sentido común de los habitantes de Ocuituco, que se relacionan con sus condiciones económicas, a saber: a) una sensación de estar siendo explotado y víctima de abuso; b) una sensación de incertidumbre, y c) una sensación

de estar situado en la parte más baja de la escala social. Analicemos con detalle estos aspectos.

La sensación de ser explotados

Los habitantes de este lugar están conscientes de sus privaciones, lo que a veces expresan en términos de sentirse explotados. Pueden identificar a varios tipos de opresores, entre los que incluyen a los bancos (como se ilustra en el capítulo III), la economía de mercado en la cual participan desde una posición de desventaja y, a veces, al gobierno mismo:

Todo está bien caro. Eso es lo que debe ver el gobierno, que dice que va a ayudar pero ¿en qué forma? Si todo lo que vende el campesino no vale, en cambio orita el abono dicen que lo están dando a cuatrocientos sesenta, casi a medio millón la tonelada,* no, si es una sinvergüenzada de parte del gobierno... ¿dónde está la ayuda que dicen que le van a dar al campesino, en qué lo están ayudando? Nomás estafando, porque toda la vida estafan a los pobres, a los del pueblo, los campesinos son los que salen poniendo (F26/1992:1189-1217).

Los precios han aumentado considerablemente en los últimos años. Con frecuencia, los individuos refieren el hecho de que aunque hoy ganan más dinero que en años anteriores, el valor del dinero es menor:

Cuando mi señor empezó a ganar, tres pesos ganaba diario. Cuando trabajaba toda la semana salía con dieciocho pesos... Sí, sentía yo que me lucían. Y ahora ya gana un poquito más y creo menos me alcanza (F1611988 430-432).

La sensación de incertidumbre

Estrechamente relacionado con esta percepción de sentirse explotado se encuentra una sensación general de incertidumbre que, para fines

* En este y en los testimonios sucesivos, se habla de viejos pesos.

analíticos, puede descomponerse en cinco dimensiones. En primer lugar, existe una sensación de *azar y aleatoriedad*, es decir, una sensación de que muchas cosas son impredecibles y que están mucho más allá del control de los individuos. No estamos hablando aquí de una sensación de “fatalismo”, puesto que dicha noción implica que las cosas no sólo están fuera del control del individuo sino que están prede-terminadas, lo que no es el caso de esta comunidad. Los individuos saben que tienen un control limitado sobre su propio destino, aunque al mismo tiempo perciben lo que les sucede como eventos que dependen fuertemente de la “suerte” y de la “oportunidad”. Por ejemplo, este elemento de aleatoriedad es percibido como el factor más importante que determina el grado de éxito (o fracaso) en la cosecha:

—¿Y qué siembra?

—Pues milpa, maíz, siempre sembramos maíz... sembramos dos tierras pero ya nos las chingó bien gacho el granizo (F1/1988:1616-20).

El trabajo duro es necesario pero no es suficiente para garantizar cierto nivel de éxito económico. Por lo tanto, las cosas dependen, en segundo lugar, de la voluntad de Dios:

Y otra cosa: pos Dios no nos socorre dinero pero niños sí, y aunque trabajamos *y todo eso*, pero yo creo de por sí que Dios cuando quiere ayudar ayuda y cuando no quiere no, por más que le haga uno¹ (M38/1988:298-304).

En tercer lugar, los individuos perciben que la inflación y el alza de precios han contribuido también a convertir la agricultura en una

¹ La expresión *y todo eso* es un ejemplo de lo que Garfinkel (1967) llamó “la regla del *et caetera*” que pone de manifiesto el supuesto del entrevistado de que existe un saber común que su interlocutor comparte. En este caso se trata de una alusión al discurso capitalista que propone que el trabajo arduo, la responsabilidad y una vida de restricciones son prerequisites para alcanzar una condición económica segura. Es evidente que los habitantes de esta comunidad han sido expuestos a esta ideología y que sin embargo, desde su punto de vista, las cosas no precisamente siguen esta supuesta secuencia racional.

empresa todavía más riesgosa. Los ejidatarios necesitan obtener préstamos para cultivar sus tierras; pero entonces,

si valieron los tomates y los jitomates (en el mercado) pues salió el dinero, y si no ¿de dónde? (F26/1992:1203-6) .

Buenas condiciones climatológicas, la voluntad de Dios o el nivel de los precios del mercado, son factores cruciales que los individuos no pueden controlar pero que perciben como sucesos que ocurren de manera azarosa. En ocasiones la aleatoriedad de las cosas puede alcanzar niveles extremos:

Hace un año sembramos harto jitomate y tomate pero nos fue rete mal hace un año, ora no quisimos echar nada.

¿Por qué les fue mal?

Pos no hubo precio. Y después todo el mes de agosto casi no llovió, y luego la fruta nomás se estaba cayendo. Y después que llueve y la planta como estaba bien asoleada, nomás se hirvió.² Y luego el precio, estaba rebaratísimo el jitomate, el tomate: lo dejamos. Estaba rebien barato, pos no sacamos ni los gastos, no salían ni los gastos de llevarlo, no, mejor lo dejamos ahí... todo se echó a perder, todo (M4311992:565-80).

Por lo tanto, no es que los ocuituquenses hayan desarrollado un tipo de “cultura de la incertidumbre”. Se trata más bien de que, en términos objetivos, existen muchas cosas que se encuentran fuera de su control, debido principalmente a su participación marginal en el sistema capitalista, circunstancia que se refleja en la manera cotidiana en la que relatan su situación. En otras palabras: existe un fuerte elemento de incertidumbre en su sentido común, pero esta incertidumbre se sustenta firmemente en sus circunstancias objetivas. Esta falta de control de sus circunstancias les hace percibir que muchas cosas ocurren,

² Alusión a la teoría frío-caliente que prevalece en la comunidad (ver capítulos siguientes). Así como al cocinar se pueden hervir las verduras poniéndolas a calentar en agua, este informante sugiere que algo similar le pasó a sus jitomates, sólo que a la inversa: primero se calentaron mucho por el sol, luego llovió y entonces “se hirvieron”.

por lo menos implícitamente, de manera aleatoria. Esta percepción de la incertidumbre, a su vez, hace posible la existencia de una sorprendente paradoja: a las personas de este lugar se les entrena para asumir que lo inesperado es normal. Así, además del ya mencionado sentido de aleatoriedad, la segunda dimensión que caracteriza el sentido de incertidumbre de los habitantes de Ocuituco es la *normalidad de lo inesperado*. Esta orientación les permite adaptarse a eventos repentinos, que se pueden presentar en todas las áreas de la vida; por ejemplo, una familia de albañiles puede convertirse de repente en una de ejidatarios, debido a que recibieron inesperadamente una porción de tierra:

— Ora últimamente, apenas nos dijeron de otra tierra que tenemos aquí por... es cuestión comunal, un cachito como de seis mil metros.

¿Pero no sabían ustedes que lo tenían?

No sabíamos, hasta apenas un señor de aquí de Tlani nos dijo que había ese terrenito y que posiblemente era de nosotros. Pos vamos a verlo. Fuimos a barbechar y todo y nadie nos dijo nada, pos ya es de nosotros.

Pero ¿y si aparecen los dueños luego?

No pues ya tiene tres años eso. Ya nadie nos dijo nada... ¿Y cómo sabría ese señor que tal vez ese terrenito era de ustedes?

Porque él dice que cuando era joven trabajaba con mi papá y cultivaban todas esas tierras y dice pos yo me acuerdo que aquí veníamos a cultivar (M50/1992:48-59).

Como lo ilustra este testimonio, frecuentemente se hace referencia a sucesos y situaciones como ocurrencias o hallazgos a los que se llega por mera casualidad. Sin embargo, en ocasiones los sucesos inesperados pueden ser mucho menos placenteros y tener consecuencias todavía más directas en la vida del individuo. Por ello, por ejemplo, de una adolescente soltera que se embaraza se dice que “se *encontró* a su bebé en la calle”; o una mujer podía verse repentinamente viviendo con un hombre:

Tenía yo doce años, me llevó cargando en el aguacero y ya no me dejó. Ni mi permiso me pidieron. Me aconsejaron, me aconsejaron, porque

no he de sobrevivir el hombre', me aconsejaban... no me pidió permiso, nomás me agarró en la calle, estábamos trabajando... me llevó y yo, lo que sea, no lo quería yo casarme pero pues como todos ellos, toda su gente de él se amontonaron, se amontonaron, dice 'que sea yo dote, que sea yo dote, que no lo fuera yo a echar de cabeza y que', bueno... yo tonta, pues nos casamos (F8/1988:7-36)

En un mundo en el que lo aleatorio y lo inesperado son las características cognoscitivas primordiales, es difícil, aunque no imposible, planificar y prever. De hecho, los habitantes de esta comunidad siguen planeando sus vidas aunque muchos de sus planes y esperanzas no lleguen a cumplirse. De esta manera, la tercera dimensión del sentido de incertidumbre es una *orientación generalizada hacia el presente, a lo inmediato*. Esta orientación se refuerza de cierta manera debido a la falta de algunos *ritos de paso* en esta comunidad. Por ejemplo, para la mayoría de los habitantes no existen ceremonias ni procedimientos legales que sancionen un cambio en su estado civil: las nuevas parejas simplemente empiezan a vivir juntas en un determinado momento, y si las cosas no funcionan, se separan. Esta práctica deriva de su nivel de privación económica, pues tanto las ceremonias religiosas como los trámites legales implican un monto de dinero del que las personas simplemente no disponen. Así se explica también que, como se mostró en párrafos anteriores, un individuo puede llegar a ser propietario de una porción de tierra sin tener que registrarla legalmente.

Naturalmente, existe también una relación entre estas tres dimensiones del sentido de incertidumbre (aleatoriedad, orientación al presente y la disposición a asumir lo inesperado como normal). Por ejemplo, si la cosecha fue mala, los hombres tendrán que buscar inmediatamente un ingreso adicional que puede llegar a implicar el tener que viajar a la Ciudad de México en busca de empleo. Muchos no saben en realidad qué les sucederá a corto plazo (pueden estar trabajando en sus tierras, puede ser que tengan que viajar a la Ciudad de México, o pueden intentar emigrar a los Estados Unidos). Su destino dependerá del incierto desarrollo de las cosas. Por ello, más que una incapacidad para planificar, los ocuituquenses exhiben una orientación

cognoscitiva que los prepara y les permite estar listos siempre para enfrentar una amplia gama de posibles contingencias desconocidas.

La aleatoriedad, lo inesperado y lo inmediato de los sucesos presentes culminan en una cuarta dimensión de la incertidumbre, esto es, en una *sensación de precariedad* de la vida diaria:

Es que hace un año (mi hija) se iba a ir en septiembre (a la universidad³) pero tuvimos un caso de que mi señora *fracasó*, tuvo un accidente, se quebró una pierna, gasté muchos centavos y ya no pude... Por Dios, me va a creer que por treinta mil pesos⁴ no se fue. No los tuve y no pude conseguirlos porque estaba yo bien endrogadísimo con mi mujer, gaste y gaste los centavos (M42/1988:485-97).

En un mundo en el que la mayoría de las esfuerzos se llevan a cabo bajo condiciones en extremo precarias, no es sorprendente que la palabra *fracasar* se utilice para referirse a alguien a quien de cierta manera pueda culparse por el colapso de un proyecto dado. El precario equilibrio que podría permitir que un miembro de la familia asistiera a la universidad tenía que ser apoyado por todos y cada uno ellos. Si alguien fracasa en este esfuerzo colectivo, el proyecto entero se colapsa.

Por consiguiente, la quinta dimensión del sentido de incertidumbre es la *familiaridad con la imposibilidad de terminar un proyecto*. Los individuos tienden a dar por sentado que en cualquier cosa que emprendan existe una alta probabilidad de no poder terminarla. Como se mostró anteriormente, en ocasiones esto puede implicar que la labor agrícola de todo un año tenga que ser abandonada. En otras, los proyectos como la educación son los que no pueden llevarse a cabo; mucho jóvenes tienen que abandonar la escuela por varias razones, ya

³ Enviar a una de las hijas a la universidad es un logro extraordinario. Como se señaló en el capítulo anterior, no es común que las mujeres estén preparadas para ir a la universidad ni que una familia pueda enfrentar los gastos que esto implica. Este extracto, sin embargo, es representativo de la forma en la que se utiliza el verbo fracasar. Sobre el uso de este verbo daremos otros ejemplos más adelante.

⁴ Aproximadamente \$22 dólares americanos en el año al que se hace referencia, 1987.

sea porque tuvieron que ayudar a sus padres en su trabajo o porque sus familias no pudieron pagar más el costo de la educación:

Yo llegué hasta primero de secundaria pero no la terminé... me salí antes porque en mi casa se veían muy apurados e iba yo en una secundaria particular, teníamos que comprar todo y pagar mensualidad y todo. Acá en el centro había una secundaria pero no había federal. Era particular y teníamos que comprar todo, libros y todo el material, pagar colegiaturas. No alcanzaba ya, pues (M47/1988.62-72).

En ocasiones es la tierra, en otras es la escuela lo que se abandona. A veces es a la familia misma a la que se abandona; es tan común que los niños crezcan sin que su padre esté presente que el hecho se da por sentado en una conversación cotidiana:

Una vez estaba yo en el centro de Cuautla y se acercó un niño así y ya era tarde y tenía su carita bien descolorida... Y que le digo al niño ese... ¿por qué trabajas? y dice 'es que tengo que ayudar a mi mamá, mi papá ya sabrás, pero mi mamá me pone una base de sueldo de cincuenta mil pesos diarios, porque si no los llevo no me da de comer' (M45/1992:421-6).

La sensación de opresión

Crecer sin padre hace que a veces las condiciones de vida sean todavía más difíciles. Muchos adultos empezaron a trabajar cuando tenían seis o siete años de edad y son muchas las mujeres que han tenido que trabajar como empleadas domésticas, casi siempre fuera de la localidad. Esa cotidiana sensación de explotación e incertidumbre hace que los individuos perciban la vida y la sociedad de una manera tal en la que la *fuerza* es un valor medular. Esta percepción se refleja en la forma de hablar que tienen acerca del propósito del trabajo:

- 1) Mi mamá trabajó mucho, se quedó viuda cuando yo empezaba a gatear apenas. Y le quedaron todos los hijos, entonces trabajó mucho para *alzarnos* y ya después nos casamos... (F32/1992:71-6) .
- 2) A mis hijos los he *levantado* a mis puros brazos, gracias a Dios y al campo, que es el que nos ha dado de comer (M38/1988:10-13).

El uso de expresiones como “alzar” y “levantar” refleja una visión jerárquica de la sociedad percibida desde el fondo de la misma, lo que constituye la tercer característica del sentido común de estos habitantes que deseamos destacar. En este lugar, sobrevivir implica superar el peso de la sociedad, el cual se percibe como un peso que se lleva encima. Tener éxito en la vida implica lograr alzarse o levantarse desde la posición de subordinación original. Esta percepción contrasta de manera interesante con la expresión que utiliza la clase media urbana, en la que tener éxito es referido básicamente como lograr “salir adelante”, expresión que presupone una visión de la sociedad mucho más horizontal. Ambas expresiones levantarse y salir adelante— se utilizan para hacer referencia al éxito económico en la vida. Ambas implican movimiento. Sin embargo, en uno de los casos, el movimiento es vertical, hacia arriba (lo que refleja opresión y demanda fortaleza); en el otro caso, se trata de un movimiento horizontal, lateral (lo que refleja una inserción mucho más cómoda en la escala social, que demanda habilidad, más que fuerza). Ambas expresiones indexan en términos etnometodológicos— una particular experiencia subjetiva de la sociedad, una visión específica que los individuos tienen de su propia condición social.

Así, desde el punto de vista de estos individuos, la vida es una empresa llena de avatares. Como se mencionó en el Capítulo II, el lenguaje de un grupo social dado representa un almacenamiento objetivo de sus significados importantes y de sus experiencias (Berger y Luckmann, 1986). Con base en el análisis llevado a cabo hasta ahora, es claro que los ocuituquenses ven al mundo desde la perspectiva del oprimido.

Sentido común y desigualdad de género

La desigualdad de género es un fenómeno que se refleja también en la visión que los individuos tienen del mundo y de la vida. Se trata de una forma de familiaridad que los entrevistados muestran con respecto a la opresión de las mujeres y los concomitantes privilegios de género de los hombres.

La naturaleza de esta conciencia, naturalmente, difiere entre hombres y mujeres. Estas últimas saben que el orden social prevalente favorece a los hombres; desde la niñez saben también que su destino en esta sociedad es básicamente el de servir a los hombres:

Fuimos seis: dos hombres y cuatro mujeres. Y a mí me tocó ser la grande de las mujeres. Por eso a la mayor *le toca más* criar a los hermanos (F31/1992:173-6).

Como se mencionó en el capítulo III, los hombres tienen preferencia sobre las mujeres en lo referente a oportunidades de ir a la escuela:

Nunca fui a la escuela, *los únicos* que fueron son mis tres hermanos... esos sí saben leer y todos salieron de la secundaria y todo... (F1/1988:237-41).

Esta preferencia está directamente relacionada con el valor económico diferencial de los sexos en esta sociedad. Desde un punto de vista económico, los niños son más valiosos que las niñas, porque ellos están destinados a trabajar, a obtener un ingreso, a producir valor. Así, un niño puede llegar a ser más valioso que varias niñas, tal como lo ilustra el siguiente testimonio de un hombre que tiene varias hijas y ningún hijo:

Entre más hijos tiene uno, se ve uno apurado cuando están chiquitos, pero ya estando grandes pos ya ellos dan hartito a uno. Pero así, puras mujercitas, ¿qué quiere? casi, casi *nomás se van a servir*, nomás casi van ganando para vestirse (M36/1988:447-453).

El valor diferencial de los niños y las niñas (los primeros son más valiosos; las segundas son más útiles) contribuye a explicar la tolerancia hacia el intercambio de niños existente en la comunidad. Las familias con un excedente de niños, o una madre soltera que no esté dispuesta a criar a su hijo, puede encontrar con relativa facilidad a otras familias interesadas en recibir a tales niños en adopción. Como explicó una señora viuda sin hijos:

...una hermana de mi esposo tenía sus chamaquitos y un niño, yo, lo que sea, lo oía yo que lloraba y veía yo que no lo atendían bien. Y le digo: “¡regálame al niño!” me lo dio, lo agarré de tres meses y lo crié... (F24/1988:260-271).

De la misma manera, las familias con un excedente de niñas o, de nueva cuenta, madres solteras no dispuestas a criar a sus hijas, pueden *prestar* o *regalar* a una de ellas a alguna otra familia con necesidad de ellas:

Y entonces a mí de la edad de nueve años *me regaló* mi mamá con mis padrinos. Porque ya era yo la más grandecita y ya podía yo ayudarlos en algunos mandados. Ahí estuve hasta la edad de 14 años, hasta que ya me pude defender: me pegaban mucho (F30/1988:29-36).

Esta conceptualización está en la base de las valoraciones que los varones tienen sobre las mujeres: la capacidad de producir valor, de traer un sustento a la familia, permite la emancipación y la autonomía en la vida adulta. El valor económico es un fin en sí mismo: de ahí que los varones sean también en sí mismos. Para las mujeres, en cambio, cuyo sino es servir, la valoración es diferente. *Servir* en Ocuituco es un verbo transitivo: se sirve *para* algo o *a* alguien. Si las mujeres esencialmente *sirven*, entonces ellas *sirven/son* para alguien. De ahí su relatividad respecto a los varones.

Debido a que los hombres juegan un papel dominante en cada familia, a los niños se les percibe como cruciales para consolidar la seguridad de padres en edad avanzada. Dicha percepción se ve incorporada en el lenguaje cotidiano:

y cuando mi hijo no quiere comer le digo: ¡ándale hijo, te vas a morir, menso!', le digo, ¡de una vez que vas a crecer grandote *para que me compres mis zapatos!*' (F1/1988 785 94).

Una expresión como la anterior, además, descansa en el conocimiento de una regla social bien aceptada en esta comunidad: un hombre tiene la libertad y autoridad de cuidar a sus padres (o mejor dicho, de demandar que su esposa los cuide). Las mujeres, por el contrario, tienen mucho menos libertad de hacer lo mismo con sus padres. Un hombre con hijas pero sin hijos varones decía:

Lo que decimos orita es que hay que lucharle para ver si hay uno. Como le digo yo a mi esposa, en parte es que no hay quien me ayude a mí a trabajar... y además le digo: 'mira, yo por mi parte el día de mañana ya paso adelante y tu te quedas sola, estás fuerte y no hay ni quien te vea. Si Dios nos socorre un hombrecito pues estaría bien'. Por eso le digo, *dos mujeres no tienen ninguna validez porque no preguntan por el padre...* (M34/1988.437-43).

En este contexto de desigualdad de género, las mujeres son percibidas básicamente como propiedad del padre y del esposo:

Mis hijas trabajan pos de sirvientas, les dice uno de gatitas. Porque yo fui honradamente pobre, pos que nunca tuve así posibilidades *de no prestarlas*. Se iban a México, por allá *se enajenaron*, pos bueno... todas fueron a la escuela, dos salieron de la secundaria pero pos esas que salieron de la secundaria luego se casaron: como si no hubieran estudiado (M36/ 1988:470-81).

Vale la pena hacer aquí un análisis detallado de este testimonio. Implícito en este testimonio se encuentra la noción de que si al padre le hubiera ido un poco mejor, hubiera podido tener mejor control sobre las mujeres de su familia. Fue su pobreza la que lo forzó *a prestarlas*. Cuando las mujeres se casan, la percepción que tienen de sí mismas es que se entregan para ser propiedad de alguien más. El uso del verbo *enajenar* (adjudicar, transferir en propiedad), cuyo significado en este

testimonio es “casarse”, es posible precisamente porque las mujeres son percibidas como objetos de propiedad. Asimismo, es posible que las mujeres lleguen a estudiar, pero una vez que se convierten en amas de casa, no podrán ser nada más. Este axioma hace posible que para el hombre de este testimonio casarse y convertirse en ama de casa sea lo mismo que no haber estudiado. Esto a su vez nos permite entender mejor por qué las mujeres van menos a la escuela que los hombres: no tienen suficientes incentivos para hacerlo, ya que cuando una mujer se casa se ve forzada a adoptar un papel claramente definido, esto es, servir a su esposo y a los miembros de su familia. Esto sugiere también que en esta sociedad se ve con escepticismo cualquier intento de parte de las mujeres por estudiar una determinada carrera, ya que es *sabido* que una vez que se casen se revelará su verdadero ser: su propósito es servir a los hombres y obedecer sus órdenes.

Las consecuencias prácticas de ser un agente libre (un hombre) o un tipo de propiedad similar a un bien económico (una mujer), están muy claramente definidas en la conciencia de las mujeres:

— ¿Y por qué sería que a sus hermanos les fue un poco mejor (en la vida) y a usted no tanto?

— Exactamente porque como fueron hombres y yo soy mujer... (F22/1992:746-50).

Por lo tanto, el destino de las mujeres está inextricablemente vinculado al de los hombres con los que viven, lo que resulta en una consecuencia lógica: es crucial que las mujeres se asocien con los hombres o que vivan cerca de uno, lo que explica que, por su propio bien, se les exhorte enfáticamente a casarse o a que vivan en unión consensual con un hombre.

Ocuituco es también una sociedad con un alto grado de violencia cotidiana. Es una noticia común, entre los habitantes de la comunidad, saber de alguien que ha sido atacado, asaltado o asesinado. En muchas de las entrevistas aplicadas en campo, los informantes hacen referencia, a veces de manera incidental, a veces de forma directa, al hecho de que alguno de sus parientes conocidos ha sido asesinado. Dos ejemplos típicos:

1) ¿Cuántos hijos tuvo usted?

Tuve como seis o siete. Se murieron... dos me mataron, y dos se murieron. Son los cuatro que se murieron, y cuatro que me viven: tuve ocho. ¿Y a dos los mataron?

A dos me mataron pos por andar ahí en las parranditas. Eso es lo que gana uno (M34/1988:187-95).

2) Y ahora apenas me mataron a mi nieto!... Pos sí, es que estaba bien tomado y se fue de borracho, y entonces hizo barbaridades: tiroteó una casa y entonces —de borracho que estaba, bien borracho que sale el señor y lo mató (F11/1992 14-22).

Los asesinatos representan uno de los muchos tipos de eventos *inesperados* que los habitantes de este lugar tienden a *normalizar*. Aunque en años anteriores (“cuando no había gobierno”) el número de asesinatos era mucho más elevado, la frecuencia con la que se presentan ha contribuido a la orientación cognoscitiva de los individuos que les permite ver lo inesperado como normal. Algunos de los informantes tienen incluso la percepción, por supuesto errónea, de que la violencia es la causa número uno de mortalidad en esta comunidad.

Este ambiente de violencia afecta de manera principal a las mujeres de la localidad. La mayoría de las mujeres viven con el permanente temor de ser atacadas por los hombres, ya sea sexual o físicamente. Las madres recomiendan a las jóvenes que tengan cuidado:

Como le digo ahora a mi hija la grande, le digo: ‘oye yo las prevengo de los peligros que hay ora, tantas muchachas que salen embarazadas’, digo, no hija, vas a tener tu novio y todo eso pero no te me andes... con los muchachos porque lo que ellos quieren es aprovecharse de las muchachas’. Yo mi mamá nunca me dijo nada, y ora sí a mis hijas les digo: si vas a una casa o una tienda, si sale el hombre no se metan, si les dice pasen’ no se metan hijas. Si sale la señora, bien, si no ahí nos vemos’ (F26/1992:34-52).

Así, la mayor parte de las mujeres percibe a los hombres como una permanente amenaza potencial, percepción que no siempre es tan abierta como se ilustra en el ejemplo arriba descrito. Por el contrario,

las mujeres constantemente dan por sentado este sentimiento de precaución en su conversación diaria. Esta percepción se basa también en su experiencia con los hombres, la cual se inicia en etapas tempranas de su vida debido a que el abuso puede venir del padre, los hermanos, o de otros hombres que formen parte de su familia. En una sociedad en la que se enseña a los individuos a considerar los eventos inesperados como “normales”, existe la tendencia a dar cuenta de la experiencia del abuso sexual por parte del padre mediante un intento de racionalización de lo sucedido. Esta interpretación se logra en ocasiones mediante una búsqueda explícita de las causas del abuso, como lo ilustra el reporte de una mujer que vivió esta experiencia:

¿Y por qué te casaste tan pronto?

Pues, no sé, problemas que tuve de hogar ¿no? Porque mi papá era una persona muy... que tomaba mucho, porque el muchacho no era novio digamos de tiempo, no era y, este, mi papá tomaba mucho, mucho. Luego tenía una idea muy fea, era de unas ideas muy, muy liberales o algo así porque tenía una mentalidad muy chica o muy avanzada. Ahora mi padre es una buena gente con nosotros, pero antes sí era muy descabellado (F4/1988:10-23).

En otros casos, el intento por normalizar se ve reflejado en la manera en la que las mujeres nombran la violencia de la cual son víctimas:

— me mareo mucho pero es que yo tuve un accidente (cuando tuve a mi primer hijo)

— ¿cómo le fue?

— Pues fue ahí donde el papá de esa niña fue el que me pegó y de ahí me dejó toda, bueno, eso. Ya me fui para mi casa y ya no me quise ir con él porque me empezó a pegar. Luego me pegó a machetazos (F12/1988:27,85-91).

El uso de la palabra “accidente” para describir una agresión por parte de la pareja ilustra nuestro punto: enmarcado en la tendencia a asumir como normal lo inesperado, las mujeres hablan de la violencia

de la que son víctimas sin crítica de por medio, volviendo natural el problema.

En un mundo de incertidumbre, los hombres violentos son percibidos como individuos impredecibles que maltratan a las mujeres de manera indiscriminada. En algunos casos, las mujeres hablan de la violencia de género de manera implícita, como en el siguiente ejemplo:

(cuando yo era niña) a veces sí me pegaba mi mamá porque ya ve que la educación antes fue muy diferente. Entonces que sí me pegaba, pero tenía bastante razón porque las madres no están locas, no tienen nada de locas para que nomás así porque sí lleguen y ¡órale! no (F5/1988:40-7).

La entrevistada sugiere veladamente que hay otros actores sociales que sí están locos como para llegar y golpear indiscriminadamente, tal como ella misma lo confirma, explícitamente, más adelante:

...vivíamos una vida tan amargada (con mi esposo) que era un martirio para mí y para mi hijo porque todavía estaba inocente cuando empecé a sentir las amarguras, porque él fue comandante auxiliar nueve años, y en esos nueve años él agarró mucho el vicio, de por sí era malo, pegalón, feo, así de carácter, pero en ese tiempo agarró el vicio de la borrachera duro. Y nos pegaba a todos, no había a quien que sí o no, no, a todos nos agarraba. Cuando ya mis hijos eran más grandes, porque me defendieron también ¡órale!, a todos agarraba ¡bueno! (F5/1988:510-25).

Las mujeres, entonces, enfrentan un predicamento: dependen de los hombres para subsistir y al mismo tiempo les temen. Este dilema explica por qué muchas mujeres “prefieren” permanecer en casa con sus maridos, aún cuando las golpeen; necesitan a sus hombres para subsistir. Además, las normas predominantes que dictan que el papel básico de las mujeres es el de servir a los hombres, es un factor adicional que muchas mujeres toman en cuenta cuando deciden si se quedan o regresan a la casa de sus padres; esto frecuentemente depende de qué lugar tiene menos hombres. Una de las enfermeras del centro de salud nos decía:

sí, a muchas mujeres les pegan. A lo mejor también por su poca educación porque luego tienen miedo, luego, luego se empiezan a llenar de hijos y les pregunta uno `¿pero por qué lo aguantas?' y dicen no, es que por mis hijos, yo qué voy a hacer en mí casa con todos y luego todavía tengo más hermanos, mejor aquí, siquiera nada más están ellos, aunque me esté golpeando pero siquiera su papá les compra cosas' (F57/1992:569-79).

Pero la violencia es simplemente una forma extrema bajo la cual se da la dominación masculina sobre las mujeres. Sin hacer una referencia directa a la violencia, frecuentemente es posible notar, indexada en los comentarios de los individuos, la condición subordinada de la mujer. En esta sociedad, el papel de la mujer claramente se define y refleja en sus testimonios, aunque hablan de relaciones con hombres sin prejuicios. Por ejemplo, como respuesta a la pregunta "¿Qué tan importante es la virginidad de la mujer para los jóvenes?" una mujer de 21 años de edad decía:

Pues hay muchos que todavía le dan mucho valor, pero hay bastantes que yo he tratado... y que no toman en cuenta eso sino a la persona como es, o sea, dicen `para qué voy a querer a una persona bonita y que sea virgen si al rato me va a engañar, o no me va a atender, o va a llegar a la casa desarreglada, no hay comida, mi ropa sucia'. Me he dado cuenta que no le dan valor a eso ni al físico sino realmente una persona que los atiende (F4/1988:611-24).

A los hombres se les otorga una posición dominante aun dentro de relaciones familiares y matrimonios considerados como "ideales", donde no hay evidencia de violencia y donde la relación de la pareja o entre padres e hijos es vista, por lo menos por las mujeres, como afectuosa y armoniosa:

...para mí mi esposo es un santo, él tiene un carácter muy, pero muy bonito... nosotros nunca reñimos ni peleamos, ni me voy por ahí sin permiso. Yo, si a misa voy, a misa le digo: 'me das permiso?', o si llegas de la ordeña y no estoy, fui a misa'. Sólo salgo por un médico, por una

necesidad, hay armonía... Mi papá conmigo era cariñoso... le decía a mi hermano: 've a encaminar a tu hermana' y yo le decía 'no, yo me voy sola papá'; decía: no, no te vaya a regañar tu marido' ... (F31/1992. 1008-42).

Esta subordinación de las mujeres hace posible que un hombre y una mujer den por hecho los papeles que cada uno supone debe jugar cuando se casan. Estas suposiciones a su vez, hacen más fácil "escoger" a un(a) compariero(a), porque no se espera que dentro de varios candidatos exista mucha variabilidad. En otras palabras, en una sociedad donde los papeles del hombre y la mujer están tan rigurosamente definidos, es posible decidir casarse casi inesperadamente, porque cada individuo ya sabe qué puede esperar de un candidato potencial, basándose en el simple hecho de ser éste un hombre o una mujer.

Sentido común e identidad

En una sociedad como la de Ocuituco, las percepciones que los individuos tienen de sí mismos tienden a reflejar las opresiones económica y de género que caracterizan su cotidianidad, así como los roles típicos que expresan su propia identidad. Las mujeres presienten que ser mujer en esta sociedad implica mucho más sufrimiento que ser hombre. Por ejemplo, al preguntar a una joven madre si tuvo algún tipo de depresión emocional (depresión posparto) tras su último parto, tuvo lugar el siguiente diálogo:

— ¿Recuerda usted si cuando tuvo a sus hijos sintió como tristeza durante los cuarenta días después...?

— No, no tenía por qué pasar eso... (aunque) de todos modos, como le digo, a ratos pos sí siente uno feo porque, si es niña, uno dice «pobrecita creatura, va a sufrir lo que yo sentí, lo que yo sufrí». Pero si es hombre, digo yo, no pasará de que se quede tirado en la calle y ya. Pero una mujer siempre sufre más que un hombre (F2711992:517-525).

Mientras que la pregunta del investigador se orientaba a explorar en el dominio de lo psíquico, la respuesta de la joven madre se orientó al mundo social que la rodea. Ello muestra que el discurso de los entrevistados posee un orden propio, que no necesariamente se ajusta a la lógica del entrevistador. Ello, a su vez, explica el aparente desfase entre la intención de las preguntas y el contenido de muchas de las respuestas. Por ejemplo, al indagar sobre el conocimiento que como adolescente tuvo acerca de su menstruación, tuvimos el siguiente diálogo con una mujer de 23 años:

- ¿Entonces su mamá no le explicó nada a usted ni a sus hermanas de lo que les iba a suceder cuando crecieran? ¿Nunca les dijo nada?
- Nunca
- Pues no creo que tuviera problemas *porque no vivía con ninguno*, y de hermanos *nada más éramos tres mujeres* las que vivíamos con ella (F1/1988:257-266).

En este caso, una pregunta orientada a explorar la probable existencia de problemas personales (psíquicos, emocionales) de la madre como posible explicación para su silencio frente a la menstruación de sus hijas, genera una respuesta, sorprendente, en donde la entrevistada deja ver que el concepto «problemas personales» tiene sentido, más bien, si se le vincula al mundo social que la rodea. En este caso, tener problemas es, ni más ni menos, vivir con algún hombre, o tener hijos varones. A partir de testimonios como éste, es posible señalar que las mujeres caracterizan a los hombres con términos como alcohólicos, malos, violentos, y también como *el* origen de sus problemas. En general, hombres y mujeres tienden a tener una percepción negativa de sí mismos. Sin embargo, a diferencia de las de las mujeres, la mayor parte de las valoraciones que los hombres tienen de sí mismos hacen referencia implícita a su condición económica:

- Mi papá fue un señor de menos importancia como yo... (M33/1988:69-70).

O bien, los hombres se perciben (y valoran) a sí mismos en tanto integrantes de un grupo específico. Esto es, los hombres hablan de “uno, como hombre”, o “yo, como campesino”, y se caracterizan a sí mismos en términos de “rudo”, “ignorante”, “analfabeta”, “pobre”, etc.:

...yo, por ejemplo, en plan de padre no tengo experiencia que digamos profesional ¿no?, porque *somos campesinos, somos analfabetas...* (M41/1988: 416-421).

Para efectos del análisis que nos interesa,⁵ es importante destacar dos aspectos importantes. Por una parte, lo que está en funcionamiento aquí es un mecanismo de construcción de la identidad masculina a partir de la pertenencia a un grupo. Los hombres, entonces, se conciben a sí mismos como ignorantes, o rudos, no intrínsecamente sino en tanto miembros del grupo de los campesinos, o de los pobres, al que pertenecen. Por otra parte, este mecanismo de transferencia de la identidad del “yo” al “nosotros”, entraña una consecuencia de inescapabilidad del propio destino. De acuerdo a la lógica que subyace a esta forma de construir la identidad, para trascender esa especie de minusvalía personal, los hombres requerirían dejar también de ser campesinos, u hombres, pues es en su adscripción a estos grupos donde se advierte el origen de su propia autovaloración.

Las mujeres, por el contrario, no muestran una tendencia tan clara para identificarse como miembros de un grupo, sino que hablan de sí mismas en términos individuales y frecuentemente mencionan la fuente de la que proviene el adjetivo que utilizan para caracterizarse a sí mismas:

...y yo, como quiera que sea, por mis caprichos, mis terquedades, *porque así él dice, que soy terca*, así me toma... (F5/1988:126-29).

⁵ Es importante señalar que ésta no pretende ser una caracterización exhaustiva de la identidad genérica de los habitantes de esta región. Esta identidad tiene también componentes de responsabilidad, honestidad, lealtad y otros. Aquí sólo hemos destacado aquellos aspectos que es necesario explicitar para poder interpretar lo que sigue: el significado de la salud, la enfermedad y la reproducción para los habitantes de este lugar.

En otras palabras, los adjetivos que utilizan las mujeres no pretenden caracterizar a un grupo sino a sí mismas, como individuos. De esta manera, utilizan términos como idiota, ignorante, terca, tonta, burra, torpe, lenta, ingenua, etc. Las pocas veces que describen a las mujeres como grupo, hacen referencia a su incapacidad de aprender, a su ceguera, ignorancia, terquedad y como se mostró en párrafos anteriores, su tendencia a sufrir más que los hombres. Una de ellas, por ejemplo, que había sido atacada por su marido con un machete, explica así que se volvió a casar, años más tarde, con otro hombre:

...después pues, *ya lo que es una de mujer*, después me casé con su papá de esas muchachas y tuve otras dos... (F12/1988:98-99).

La expresión *ya lo que es una de mujer* es una caracterización implícita de la identidad femenina, una alusión que implica alguna forma de inferioridad, una velada sugerencia de que las mujeres “son tan tercas” que se quieren casar a pesar de la manera en que las tratan los hombres. En realidad, esta mujer culpa al carácter femenino por lo que en realidad es un arreglo social que fuerza a todas las mujeres a encontrar un hombre con quien vivir.

Es muy raro encontrar adjetivos positivos que las mujeres como grupo hayan fabricado para referirse a sí mismas. Existe un único caso en el que una mujer orgullosamente se considera una persona inteligente y otro en el que la entrevistada se define como una mujer valiente. Además, es interesante notar que, como un reflejo del status y del poder de clase, el nivel más elevado de autoevaluación positiva se encontró en las entrevistas que se hicieron a uno de los médicos locales, en las que se describe a sí mismo como un héroe regional, un profesional comprometido y un médico siempre actualizado.

Sentido común y cambio social

Ocuituco es una comunidad caracterizada, entre otras cosas, por la pobreza y las relaciones de género desiguales, condiciones que, como hemos visto, permean por completo la vida social, desde la estructura

social hasta la conciencia y las presuposiciones de los individuos respecto a la realidad. Sin embargo, esta sociedad no está estancada. Por el contrario, se puede observar que en el sentido común de los individuos se manifiesta con gran claridad la certidumbre de que la comunidad está viviendo un proceso de *cambio* sin precedente. Naturalmente, este proceso de cambio lo perciben básicamente las generaciones de mayor edad (de 45 años en adelante), quienes han vivido lo suficiente como para poder comparar el presente con el pasado. Sin embargo, aun entre las generaciones más jóvenes es posible percibir —en términos más genéricos— un conocimiento de que las cosas ya no son lo que solían ser.

Los relatos de los individuos entrevistados muestran que el cambio que vive la comunidad tiene lugar en por lo menos cuatro áreas importantes de la realidad social, a saber, en la economía, la educación, la salud y la dinámica familiar.

Sentido común y cambio en la economía

En términos de la economía, existe un acuerdo generalizado de que las cosas han *empeorado*. Los bienes y servicios solían ser mucho más baratos y por consiguiente el poder adquisitivo del dinero era mucho más elevado:

Yo para qué le digo 'ya tengo suficiente dinero'. No se puede, ya no luce el dinero para nada. Qué sirve que dicen 'gano diez mil pesos'. Compra uno papitas, compra uno chilitos, compra uno jitomatitos, bueno, porque ni para la carne alcanza (M3811988. 62-68).

Además, existe la percepción de que la organización social del trabajo es ahora menos conveniente que en el pasado. Por ejemplo, años atrás, era más redituable que un joven trabajara como campesino que como bolero. Actualmente, es todo lo contrario:

En el campo era donde se pagaba más antes en comparación con la boleada y todo eso. No, ora la boleada es más negocio, antes había bien pocas personas de zapatos (M45/1992: 439-444).

Un relato como éste hace referencia al hecho de que en la actualidad hay más personas que pueden comprarse zapatos que antes, lo que a su vez implica que el estándar de vida ha mejorado para algunos. Bolear zapatos es un tipo de trabajo que sólo se puede dar en una ciudad y por lo tanto, su significado es evidente: desde el punto de vista de este informante, algunos de los individuos que viven en áreas urbanas podrán haber mejorado sus condiciones de vida, pero esto no aplica para los campesinos, a menos que estén dispuestos a dejar de serlo y mudarse a la ciudad para trabajar como boleros.

Sentido común y cambio en la educación

El hecho de que la vida actual sea más difícil que en otros tiempos se compensa de alguna manera al contar actualmente con un mejor sistema educativo, según lo expresado por un hombre de 46 años de edad:

Entonces ya por ejemplo, ya no es igual que hoy parece que todo está caro, pero ya tenemos otro medio, otras comodidades de escuela, de todo eso ¿no? para pues para desarrollar a los hijos (M41/1988: 13-17).

Existe un acuerdo generalizado de que en cuestiones de educación, ha habido *una mejoría* en la comunidad, ya que los jóvenes han recibido mejor educación que sus padres. Este cambio se refleja en que hoy día algunos jóvenes salen de Ocuituco para continuar sus estudios en una ciudad, así como en el hecho de que se ha implantado un nuevo plan de estudios en las escuelas oficiales. Los cambios al plan de estudios han afectado en particular el área de la sexualidad, debido a que las personas mayores nunca estudiaron estas cuestiones en la escuela. Se puede observar un consenso entre hombres y mujeres de todas las generaciones acerca de este punto:

En esos tiempos no explicaban eso, ahora ya hablan de eso, ya explican, pero en el tiempo en que yo fui, no, no me explicaban (F4/1988.105-106).

Desde la perspectiva de las generaciones de mayor edad, la educación permite a los jóvenes de ambos sexos saber “qué esperar” cuando inician su vida sexual, ya que en tiempos pasados las parejas jóvenes (especialmente las mujeres) se casaban con los ojos cerrados”:

“Pos sí, nosotros no tuvimos nada de anticipos de esas cosas”(M36/1988: 545-546).

Sentido común y cambio en salud

Una tercera dimensión en la que los individuos pueden percibir el proceso de cambio social se refiere a la creciente disponibilidad de servicios médicos modernos que acompaña al proceso de medicalización de la comunidad. De acuerdo con las entrevistas, en años anteriores no había tantos doctores, y los que estaban disponibles “sabían muy poco”. No había medicinas para tratar a los enfermos:

- ¿Y de qué murió su papá?
- Pos le dio una enfermedad, *ve que antes no había medicinas*, se curaban pero era casi con puras hierbas vegetales. No supe de qué enfermedad, como estaba yo chico (M43/1992. 57-62).

Los informantes de más de cincuenta años de edad han atestiguado el desarrollo de la medicina moderna y el concomitante incremento de los costos de los servicios de salud. Lo que resulta más llamativo es el relativo escepticismo con el que se refieren a la aparición de especialistas médicos de diverso tipo, escepticismo que denota cierta crítica hacia la excesiva medicalización de la salud:

- ¿Usted no usa remedios que usaba su mamá cuando estaba chica?
- No, ya ni los nietos. Porque ya ellos se curaron de otra forma con puro médico y pura patente. *Ora ve que salió eso del pediatra*, les digo a mis nueras ‘en mi vida antes nunca supe qué cosa es un pediatra’ y ora no porque ora se van hasta Cuautla al pediatra y que pos muchos honores para criar un hijo... Sí, ora ve que si no es miles no se curan. Todo está

carísimo, hasta los médicos. Ora, los pediatras, pos serán muy buenos pero es mucho dinero (M31/1992:150 170).

Esa actitud crítica hacia la medicalización pasa también por lo que se refiere al desarrollo de los medicamentos de patente y el desplazamiento que han sufrido los remedios naturistas. En muchos de los informantes de la tercera edad se aprecia un juicio más bien negativo ante este fenómeno, pues perciben que antes estaban en contacto más cercano con la naturaleza y contaban con menos sustancias químicas, por lo que padecían menos enfermedades:

No y ora todo es nuevo. Ora es muy distinto todo. Luego les digo yo aquí a los muchachos, orita todo, hasta las plantas, si no les echan abono químico no se dan las siembras. ¿Y antes qué cosa le echaban? tamaño mazorcote, tanto frijol que se daba. No le echaban químico, no le echaban nada, nada más la fuerza de la tierra... Así le pasa al cuerpo. Si no están con vitaminas no están contentos. Sí, porque ya ve usted que vitaminas para fortalecer el cuerpo, vitaminas y vitaminas... sí, nomás mire usted, ora están aventados: una pastilla; que les duele el estomago: una pastilla... (F24/1988. 570 612).

En consecuencia, a diferencia de los cambios económicos y educativos, las personas de mayor edad no han llegado a un acuerdo sobre si en cuestiones médicas en general, el cambio puede considerarse positivo o negativo. Entre los más jóvenes, en cambio, existe la percepción generalizada de que la mayor presencia de la medicina moderna es uno de los signos de que las cosas han ido mejorando en la comunidad. En sus testimonios se aprecia con claridad que ellos dan por sentada la legitimidad y la eficacia de los servicios de salud modernos. Son, sin saberlo, los beneficiarios, pero también los propagadores del discurso que acompaña a la medicina hegemónica.

Sentido común y cambio en la dinámica familiar

La otra dimensión donde los habitantes de este lugar perciben la existencia de un cambio importante se refiere a la dinámica familiar,

básicamente lo que comprende la relación entre padres e hijos y la condición de la mujer dentro de la pareja. Existe consenso con respecto a que la relación de pareja y entre padres e hijos es ahora mucho más flexible que en otros años. En el pasado, la relación padres e hijos era muy autoritaria y daba como resultado una falta de comunicación entre ellos:

...antes no existía como ahora que hay más confianza, más franqueza. Las mamás no tenían confianza en uno... (F26/1992: 127-130).

Los cambios en la dinámica familiar se atribuyen a dos factores. Por una parte, los individuos reconocen que la nueva flexibilidad de la relación entre padres e hijos es resultado de que estos últimos reciben ahora una mejor educación que sus padres (cambios en la educación). Por otro lado, reconocen también que el proceso general de cambio, patente en la comunidad, ha dado como resultado, entre otras cosas, la disponibilidad de métodos anticonceptivos (cambios en los servicios de salud) y la necesidad de utilizarlos (cambios en la economía). La planificación familiar, por su parte, ha colocado a las mujeres en una posición diferente, debido a que ahora se les percibe como potencialmente capaces de tener relaciones sexuales con alguien que no sea su pareja sin tener “consecuencias”, esto es, sin quedar embarazadas. En el capítulo siete incursionaremos con más detalle sobre este aspecto. Basta por ahora señalar que la posibilidad de que las mujeres ejerzan su sexualidad más libremente que antes es considerada, sobre todo por las generaciones más grandes, como un signo de la caída de los estándares morales, situación de la cual, en esta sociedad patriarcal, tanto hombres como mujeres hacen responsable a la mujer:

...luego ve que (las muchachas) tienen novio y ve que ahora se, ya no es como, todavía le digo cuando yo estaba, antes de que me casara era más diferente, cada vez se pone más fea la situación ¿no? de que ahora son novios y al rato ya andan ya, este, pues, o sea que ya hay más inmoralidad ¿no? (F10/1988:604-611).

En suma, las personas de mayor edad han notado que la dinámica familiar se encuentra en proceso de cambio, si se le compara con lo que prevalecía en otros tiempos, pero parecen tener opiniones ambiguas respecto a si dicho cambio puede considerarse positivo o negativo.

RECAPITULACIÓN: LA VISIÓN DEL MUNDO DE LOS EXCLUIDOS

En conclusión, los habitantes de este lugar perciben su mundo desde el punto de vista de los oprimidos. *Primero*, la vida cotidiana se vive con una permanente sensación de estar siendo explotado y de ser, por lo tanto, víctima del abuso de los más poderosos. *Segundo*, la realidad es percibida con una enorme carga de incertidumbre, sensación que a su vez puede ser descompuesta en cinco dimensiones: i) los sucesos cotidianos son percibidos como series de hechos con un alto nivel de aleatoriedad; ii) lo que se traduce en una marcada predisposición a enfrentar lo inesperado como normal; iii) que a su vez resulta en una generalizada orientación hacia el presente; iv) que se asocia a una permanente sensación de precariedad de los asuntos cotidianos, v) que conduce a acostumbrarse a no terminar muchos de los planes y proyectos que se emprenden. *Tercero*, en un mundo que se vive desde una sensación de subalternidad, el trabajo es percibido como el medio para levantarse hacia posiciones superiores y, por lo tanto, la fuerza constituye una valor central para los individuos.

Esta perspectiva es compartida tanto por hombres como mujeres, debido a que la mayoría de los ocuituquenses vive en condiciones de privación económica. En *cuarto* lugar, sin embargo, en términos de género, la visión del mundo difiere entre ambos sexos, debido precisamente a las desigualdades que los diferencian. La subordinación de las mujeres se refleja tanto en las suposiciones del sentido común, como en las normas, papeles y valores sociales cotidianos. Las mujeres sirven a los hombres, las mujeres dependen de los hombres y al mismo tiempo, muchas de ellas les tienen temor.

En *quinto* lugar, como consecuencia de sus condiciones de opresión, tanto hombres como mujeres tienden a tener una imagen nega-

tiva de sí mismos. Sin embargo, mientras que las opiniones que los hombres tienen de sí se originan en su condición económica, la que las mujeres tienen de sí mismas tienen una clara relación con la desigualdad de género.

Finalmente, en *sexto* lugar, los ocuituquenses, en particular los mayores de 45 años, perciben que su sociedad está cambiando en varios aspectos. Algunos de estos cambios (por ejemplo, el cambio económico) se consideran negativos para la comunidad, mientras que otros (la educación) se consideran positivos. Por otra parte, los individuos de este grupo de edad consideran que otro tipo de cambios (en los servicios de salud y en la dinámica familiar) tienen resultados tanto positivos como negativos, es decir, tienen una opinión más bien ambigua al respecto. Una de las consecuencias de la naturaleza y complejidad de estos cambios es la existencia del ambiente de controversia que se respira hoy en día en la comunidad y que sirve de sustento desde el cual estos habitantes se esfuerzan todos los días por interpretar sus circunstancias cotidianas.

Hemos delineado, al fin, los contextos material y subjetivo en los que transcurre la vida cotidiana de Ocuituco. Surge ahora la cuestión de cómo se perciben desde esta perspectiva la salud, la enfermedad y la reproducción, y de qué manera son experimentadas por los individuos. Los siguientes capítulos están dedicados a dilucidar estas cuestiones.

En el capítulo anterior mostramos que las condiciones materiales de vida de los habitantes de esta comunidad se caracterizan por la pobreza, la desigualdad de género, la creciente presencia de la medicina moderna y la existencia de una cultura tradicional subalterna y desplazada, pero no menos viva. Hemos sostenido que si bien las condiciones materiales de vida deben ser el sustrato con base en el cual debe estudiarse la experiencia subjetiva de la salud, la enfermedad y la reproducción, ello no puede hacerse sin identificar mediaciones entre ambos niveles de realidad. La descripción que hemos hecho en este capítulo sobre la visión del mundo de los ocuituquenses obedece a ese fin. Hemos mostrado que dicha visión deriva de las condiciones materiales de vida, y mostraremos ahora que ella, a su vez, alimenta directamente la forma en que los ocuituquenses interpretan los fenómenos que nos interesan en esta investigación.

En los capítulos siguientes haremos referencia tanto a las condiciones materiales de vida como a la visión del mundo de los habitantes de Ocuituco para poder comprender mejor, desde una perspectiva socioantropológica, el significado de los relatos de los individuos en cuanto a los asuntos que nos ocupan. Esto no quiere decir que cada uno de los elementos del contexto material y cada una de las características de la visión del mundo están presentes en la misma medida o que tienen el mismo peso en la interpretación que los individuos hacen de su salud, sus enfermedades y su vida reproductiva. Los siguientes capítulos mostrarán, por el contrario, la compleja y variada interacción de estos elementos en los relatos de los habitantes de Ocuituco.

V. La experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad

¿Qué significa “salud” para los habitantes de Ocuituco —que se perciben a sí mismos como personas que deben levantarse para poder sobrevivir? ¿qué significa padecer una enfermedad —para ellos que viven con la sensación permanente de ser explotados? ¿Cómo experimentan sus padecimientos los ocuituquenses —quienes perciben la cambiante vida diaria con una gran sensación de incertidumbre y que reflejan en sus supuestos del sentido común los valores de un orden social que oprime a las mujeres? En resumen: ¿cómo interpretan los individuos temas como la salud y la enfermedad en un contexto de privación económica, desigualdad de género y medicalización?

En este y los capítulos siguientes responderemos a estas preguntas. Este capítulo se concentra en los padecimientos reconocidos por la medicina moderna, mientras que el siguiente hará lo propio con los padecimientos tradicionales. La primera parte de este capítulo está dedicada a analizar los significados que los individuos atribuyen a los *conceptos* de salud” y “enfermedad”. Al final de esta sección, en la que se identifican los principales padecimientos reportados por los habitantes de la comunidad, quedará claro que los ocuituquenses recurren a varios discursos médicos para hablar de estos temas, que derivan tanto de la medicina moderna como de la tradición náhuatl que sobrevive en la región. La segunda parte de este capítulo explora la experiencia subjetiva de los *síntomas*, como los reportan los entrevistados. Y la tercera parte constituye una exploración sobre las *causas* que los ocuituquenses atribuyen a sus padecimientos.

LOS CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD

Como hemos venido sosteniendo a lo largo de este libro, el lenguaje de un grupo social constituye tanto el inventario de conocimientos disponibles y experiencias de dicho grupo, como un reflejo de los principales arreglos sociales, como los actores sociales los perciben. Con base en esta postulado, la hipótesis que guía nuestro análisis es que la manera en la que los individuos nombran al fenómeno de la salud y la enfermedad se refiere simultáneamente a su experiencia subjetiva de estos fenómenos, como a la sociedad y su posición dentro de ella.

A un nivel general de análisis, los conceptos de “salud” y “enfermedad” constituyen meras abstracciones para el común de las personas. Sólo a través de individuos de carne y hueso es que la salud y la enfermedad se viven en la vida diaria como fenómenos concretos. Al hablar de la salud, la enfermedad, los individuos recurren a formas específicas para nombrar a estos fenómenos que reflejan sus experiencias subjetivas, mientras que al mismo tiempo indexan la naturaleza de, y la posición que ocupan en la sociedad en la que viven. En una investigación como ésta, cuyo objetivo es explorar la manera en que los individuos experimentan subjetivamente y dan significado a la salud y a la enfermedad, es fundamental empezar por explorar como los ocuituquenses *nombran* a estos fenómenos.

Un hallazgo inicial es que los ocuituquenses se refieren a la salud usando el término *gordo* o *gorda*. La palabra *gordo* significa tanto *obeso* como *regordete*. En las clases urbanas media y media alta, *gordo* significa obeso, de aquí su connotación negativa. En estas clases sociales normalmente existe una diferencia entre *saludable* y *gordo*. Lo que es interesante es que los ocuituquenses le dan a *gordo* los dos sentidos, nunca con una connotación peyorativa y siempre como sinónimo de salud. Así, para indicar que alguien es un individuo saludable, los individuos dicen: “Él está gordo, él está bien”. Lo interesante es que el término *gordo* se usa como sinónimo de “saludable”,¹ que también es

¹ Es decir, lo interesante es que los ocuituquenses usen las palabras *saludable* y *gordo* como sinónimos, y casi siempre tienen preferencia por ésta última. El punto importante aquí es que al igualar estos términos (y otros que se discuten más adelante),

un concepto conocido y en uso. Por ejemplo, para referirse a la muerte inesperada de su hija, un padre la describe como una niña saludable al decir:

Pues la niña nació bien, bien *gordita*, bien parecida, bien hermosa la niña. Pero después pos no sé si fue aire o no sé qué cosa pero le daban como clase de ataques... (M38/1988:186-91).

O para ilustrar lo bien que la leche le ha sentado a su nieta enfermiza, una mujer mayor dice:

Aquí mi hija nomás le dio cinco meses a la niña, ya después le metimos leche de vaca y le estuvo porque rete que se compuso porque estaba re-bien *gordita* y llena de vida y nunca se enferma (F21/1988:1012-17).

Finalmente, al referirse a su hija, quien se estaba recuperando de una enfermedad seria, una mujer dice:

Se ha visto bien mala, se ha visto que llega la muerte... Mire si ora no estuviera repuesta. Era gorda (F15/1988:757-62) .

El término *gordo* sugiere, por implicación, su antónimo, *flaco* o *delgado*. Este término también se usa para indicar lo opuesto a la salud, esto es la enfermedad. Por ejemplo, al describir tanto mujeres saludables como enfermizas, un hombre caracteriza a las primeras como “*gordas*, llenas, bonitas”; y se refiere a las últimas como “*flaquitas*, feas” (M_{37/1988}:369-76). Dadas las condiciones de marginación en este lugar, *engordar* (en el sentido de bien alimentado) es algo que no se da por sentado, como lo hacen las clases urbanas media y media alta. Es, consecuentemente, un estado de cosas que se reconoce y nombra cada vez que ocurre. Por definición, las cosas que se dan por sentado normalmente no se mencionan, pero pueden estar claramente implícitas en la conversación cotidiana. De esta manera, en una sociedad donde

los ocuituquenses le dan un significado particular a la idea de “salud”, un significado que no es común, por ejemplo, entre las clases urbanas media y media alta.

la privación económica es la característica principal de la vida diaria, *engordar* o estar *gordo* es un logro valioso que se debe hacer notar y es un estado que se reconoce inmediatamente como un indicador de salud.

Un segundo término que se usa para referirse a la salud es *contento*. Como es el caso de *gordo*, los individuos usan este término como sinónimo de salud y en ocasiones en lugar de “saludable”. La palabra *contento* también se puede usar como sinónimo de una ausencia de síntomas:

- 1) ...luego en el día andan bien *contentos*, pero ya como a las nueve o diez de la noche estamos viendo la televisión y (comienzan a quejarse del estómago) (F1/1988:1167-71).
- 2) Como ayer, estaba bien *contento* y ahora anoche tuvo hasta calentura, diarrea... (F27/1992:322-26).²

Algunas veces, por el contrario, los individuos usan el término opuesto, *triste*, para referirse al hecho de que alguien está enfermo:

- ¿Y cómo se notaba que estaban mal?
- Pos se ponen tristes y luego no quieren comer (M47/1988:94-97).

Dado que estar *contento* es lo opuesto a estar triste, a la infelicidad, el uso de este término implica una visión del mundo en la que

² Los ocuituquenses usan estos términos (*gordo*, *contento*) aun en presencia de alguien que esté usando una terminología más diferenciada. En este extracto, por ejemplo, la entrevistadora utilizó la expresión *enfermarse*. El hecho de que la entrevistada se apegó a la palabra *contento*, en lugar de *saludable* o *sano* (que desde el punto de vista la entrevistadora son lo opuesto a *enfermarse*), simplemente demuestra que *contento* es un término mucho más significativo para la entrevistada que *saludable* o *sano*. En otras palabras, no es que los ocuituquenses usaran el concepto *gordo* porque de alguna manera fueron “influenciados” por la entrevistadora. Esta última siempre usó las palabras que tenían más significado para él/ella (*salud*, *saludable*, *enfermo*, *enfermizo*) y los ocuituquenses normalmente respondían con las palabras más significativas para ellos (*gordo*, *contento*, *flaco*, *triste*). Como se indicó anteriormente, esto no significa, sin embargo, que los ocuituquenses no conozcan o usen términos como *salud*, *saludable*, *enfermo*, *enfermizo*.

uno está saludable-contento o enfermo-triste simultáneamente. Por otro lado, en los sectores urbanos de la población mexicana, existe una clara distinción entre este par de conceptos. Dado que estos conceptos (salud-estar contento) son iguales en el caso de esta comunidad, estudiar el significado de “salud” inevitablemente lleva a un análisis del significado de *contento*. Como se mencionó anteriormente, es importante hacer notar que los individuos rara vez usan el concepto de “salud” en su lenguaje cotidiano y prefieren el concepto contento. Esta preferencia revela que la palabra *contento* tiene mucho más significado para ellos que la palabra *salud* y que es un concepto mucho más cercano a su experiencia subjetiva de bienestar físico y mental. Esto es el resultado de una vida de dolor y sufrimiento en la que es difícil distinguir “enfermedad” de otros peligros y de otras condiciones problemáticas (pobreza, marginación, opresión, incertidumbre) que pueden dar como resultado una permanente sensación de angustia y desdicha. En otras palabras, desde el punto de vista de los ocuituquenses, “salud” es un concepto muy específico, difícil de diferenciarlo de ideas relacionadas como “alegría”, “estar contento” y “felicidad”. Así, estos conceptos simultáneamente comunican algo acerca de las características del contexto social dentro del cual son usados, al mismo tiempo que hacen referencia a la experiencia de los individuos sobre la salud y la enfermedad.

Los conceptos de *gordo* y *contento* son las formas históricamente específicas de referirse a la salud en Ocuituco. Estas expresiones también mantienen un cierto grado de generalidad, esto es, carecen de la especificidad que le darían individuos con una más sofisticada *capacidad médica* (en palabras de Boltanski). En otras palabras, mientras que *estar contento* y *salud* son dos conceptos virtualmente indistintos desde la perspectiva de los ocuituquenses, ambos son conceptos que claramente connotan significados diferentes para los individuos de otros sectores sociales del país. Existen muchos y diferentes factores que imposibilitan un estado completo de bienestar en esta comunidad; dichos factores están tan inextricablemente interconectados (pobreza, opresión de género, violencia, incertidumbre, enfermedad) que desde la perspectiva de los ocuituquenses es, hasta cierto punto, artificial tratar de nombrarlos por separado en la vida diaria. Desde luego, existen

nombres específicos para estos factores, pero en el lenguaje de todos los días basta con *nombrar*, en términos generales, el estado global de bienestar del individuo (estar *gordo* o *contento*) o la falta de dicho bienestar (estar *flaco* o *triste*) a través de estos términos amplios y categóricos.

Sin embargo, hasta ahora sabemos muy poco acerca de la naturaleza específica de la experiencia subjetiva de la enfermedad. Para lograr esto, debemos hacer un análisis más detallado de los testimonios que los entrevistados ofrecen al respecto. Se puede obtener una primera aproximación mediante el análisis de algunas de las respuestas a la pregunta “¿qué tan enfermizos han sido sus niños o usted?”

Los individuos tienden a minimizar las enfermedades no serias que han padecido caracterizándolas con un simple calificativo. Así, definen a las enfermedades benignas (resfríos, fiebre, “bronquios”) como “breves”, “simples” y “lentas”:

— ¿Y sus hijos no se le han enfermado?

— Pues sí pero así nomás, no de gravedad, nomás enfermedad *lenta* (F3611988:242-45).

Al caracterizar a las enfermedades no serias como *lentas*, hacen una comparación implícita de estas enfermedades con las otras, “más rápidas”, fulminantes, que pueden ser fatales:

— ¿Su esposa tuvo once hijos?

— Tuvo once, murió una niña de quince meses que le agarró vómito a las cinco de la mañana y luego después le vino la diarrea y a las nueve de la noche estaba tendida (M40/1988:122 26).

Por el contrario, las enfermedades reales se definen por lo menos de dos maneras. En la primera, se menciona también el principal atributo o consecuencia física de la enfermedad. Así, se caracteriza a una enfermedad grave en términos como “difícil”, “arraigada” (crónica), “mortal”, “fuerte”, “que lo deja a uno paralítico”, “mala”, “que produce ataques”, “fea” y “grande”.

La segunda manera consiste en mencionar el tipo de atención médica que pueden llegar a requerir. Sin embargo, el papel de la medicina moderna en la definición de enfermedad ha adquirido importancia hasta hace relativamente poco tiempo. El proceso de *medicalización* que se ha incorporado a las formas de definir la enfermedad entre estos habitantes es claro. La gente mayor, por ejemplo, tiende a igualar la mayor disponibilidad de los servicios médicos con una incremento en la frecuencia de las enfermedades (o viceversa, tienden a igualar la relativa falta de servicios médicos de años anteriores con una frecuencia menor de enfermedad):

— ¿Y antes de eso nunca estuvo enferma ya cuando creció, cuando fue joven?

— No, le digo que en tiempos de amamantar a mis hijos nunca había atenciones médicas porque pos aquí no había nada (F31/1992-359-65).

En sus propios relatos, la gente mayor parece confirmar la afirmación de Boltanski de que la medicina moderna ha traído nuevas medicinas y curas, así como nuevas enfermedades que deben ser tratadas con estos procedimientos modernos (Boltanski, 1972). Desde luego, esto no tiene que ver con los efectos iatrogénicos reales o potenciales de la medicina moderna. Más bien, está relacionado con la orientación cognoscitiva que conlleva etiquetar como enfermedades fenómenos que antes los individuos no reconocían en términos médicos. También existe el reconocimiento de las muchas ventajas que estos cambios han significado para sus estilos de vida. Por ejemplo, mucha gente mayor (y la mayoría de los jóvenes) también cree que la disponibilidad de vacunas y de campañas periódicas de vacunación han marcado una diferencia substancial en la salud de las generaciones más jóvenes.

Los efectos de la *medicalización* han sido diferentes para la gente mayor y para las nuevas generaciones. Los mayores no han adoptado un lenguaje médico para caracterizar sus enfermedades y, al mismo tiempo —como se indicó anteriormente— tienden a notar que en el presente hay más enfermedades que en tiempos pasados. Las personas más jóvenes, por el contrario, no tienen una opinión sobre si hoy hay

más enfermedades que antes (porque carecen de la experiencia para hacer la comparación), y al mismo tiempo poseen un lenguaje mucho más medicalizado para hacer referencia a la gravedad de las enfermedades que la gente mayor. Una mujer de 35 años decía:

Yo nomás me he enfermado de anginas y gripas. Hasta orita nada de sueros, hospital, operaciones ni nada de eso (F27/1992:4-7).

En síntesis: “salud” para estas personas significa básicamente estar *gordo* o *contento*, es decir, es un concepto general de bienestar dentro de un ámbito social lleno de amenazas contra el mismo, uno que se refiere —por deducción— a la posibilidad real de no tener suficiente para comer (y, por ende, ser flaco) o de estar emocionalmente abrumado (triste) por las condiciones de la vida cotidiana. Una enfermedad no grave es entendida como una que es simple, breve o lenta. Por el contrario, a una enfermedad seria se le conceptualiza como difícil, arraigada, o bien como una enfermedad grande (de acuerdo con la versión no medicalizada, entre los adultos mayores) o como una condición que requiere de un hospital, suero, una operación o análisis de laboratorio (de acuerdo con la versión medicalizada de los adultos jóvenes).

¿Cuáles son las enfermedades que padecen los ocuituquenses, según sus propios relatos? En el Cuadro 5.1 se presenta un listado de los padecimientos que más frecuentemente reportaron los individuos que fueron entrevistados en esta investigación. Bajo la columna de padecimientos “tradicionales” se incluyen: a) aquellos cuya existencia se puede remontar a los antiguos nahuas (pérdida de sombra, susto, etc.); b) aquellos que, a pesar de que aparentemente se derivan del discurso médico moderno, presentan una sintomatología completamente independiente de su equivalente moderno. Por ejemplo, la palabra “cáncer” tiene un significado muy diferente de acuerdo con el paradigma tradicional cuando se le compara con su contraparte moderno; c) aquellos que representan enfermedades reconocidas por la medicina moderna pero que los individuos etiquetan de una manera diferente (estar adolorido de un músculo se le conoce a veces como “desconchabaduras”, y a un “hueso roto” a veces se le llama “desquebrajadura”). Bajo la colum-

na de padecimientos “modernos”, por el contrario, se incluyen aquellos que son reconocidos por el discurso médico moderno.

Además de estos padecimientos, los habitantes de este lugar reportan muchos síntomas como enfermedades (fiebre, vómito, desmayos, convulsiones, dolores de cabeza, etc.). Más aún, existen referencias aisladas a estrabismo, ciática, conjuntivitis, tétano y leucemia

CUADRO 5.1
PADECIMIENTOS TRADICIONALES Y MODERNOS
REPORTADOS POR LOS HABITANTES DE OCUITUCO

<i>Tradicionales</i>	<i>Modernos</i>
Caída de la mollera	Depresión de la fontanela (por deshidratación)
Susto/Pérdida de la sombra	
Empacho	Congestión estomacal
Daño	
Anginas	Amigdalitis
Aire	
Frío	
Pérdida del habla	
Desconchabaduras	Dolores musculares
Desquebrajaduras	Fracturas
Orejones	Paperas
Muinas	
Azúcar alta	Diabetes
	Infecciones respiratorias
Bronquios	Bronquitis
	Bronconeumonía
	Enfermedades del aparato digestivo:
	Amibiasis
	Diarrea
	Parasitosis
	Tifoidea
	Otras enfermedades infecciosas
	Sarampión
	Varicela
	Hepatitis
	Polio
	Infecciones de las vías urinarias
	Enfermedades crónico-degenerativas
	Alcoholismo
	Enfermedades del corazón
Cáncer	Cáncer
	Embolia

que por su escasa relevancia en la comunidad hemos optado por dejar a un lado. Finalmente, esporádicamente los médicos del lugar también reportaron enfermedades como síndrome de ansiedad, disentería, y otras, que también hemos obviado.

El perfil epidemiológico de Ocuituco es típico de una población donde la pobreza es el factor sobresaliente de la mayoría de estas enfermedades. La prevención de infecciones del aparato respiratorio y del sistema digestivo específicamente, se puede dar bajo condiciones sociales y económicas diferentes, cuando tanto el nivel de vida como los servicios de salud pública disponibles son adecuados. Es indudable que un gran número de ocuituquenses padece “enfermedades de la pobreza”. Algunas enfermedades crónicas, como la diabetes y las enfermedades del corazón, han empezado a alterar este perfil; pero desde la perspectiva de muchos de estos habitantes, no se han propagado tanto como las enfermedades infecciosas. Empero, el hecho de que estas enfermedades sean *socialmente innecesarias*, o lo que es lo mismo, que los habitantes de este lugar las padezcan no debido a la insuficiencia de conocimientos o por carecer de la tecnología necesaria para su prevención, sino como resultado de una distribución desigual de bienes y servicios en la región, no impide que los ocuituquenses las interpreten en términos muy completos.

El perfil de enfermedad de esta comunidad se encuentra al inicio de la fase de la transición epidemiológica —aquella caracterizada por una pesada carga de enfermedades infecciosas, conjuntamente con una creciente incidencia de padecimientos crónicos; es un perfil en el que la mayoría de las enfermedades infecciosas y algunas de las crónicas pueden ser prevenidas, según los conocimientos médicos modernos. Para los fines de este trabajo, la cuestión sociológica vital es de qué manera sus habitantes perciben e interpretan estas enfermedades.

LA EXPERIENCIA SUBJETIVA DE LOS SÍNTOMAS: EL VÍNCULO DOLOR-CONOCIMIENTO

¿Cómo reconocen los ocuituquenses que están en el proceso de enfermarse? ¿Qué tipo de sensaciones físicas experimentan durante este

proceso? A simple vista, los síntomas, como son referidos por los entrevistados, no presentan ninguna característica distintiva o desconocida: la mayor parte de ellos habla de mareos, fiebres y náuseas como síntomas asociados a la mayoría de los padecimientos; hablan también de sensaciones comunes, como cansancio, debilidad, sensación de asfixia y pérdida del apetito, así como de inflamaciones de la cara, de los ojos, del abdomen, del tórax y otras; también se refieren como síntomas de enfermedades la interrupción de diferentes funciones corporales, como la repentina incapacidad de ver, oír, hablar, caminar o evacuar. Y finalmente, los entrevistados hacen mención a un conjunto de dolores, como el dolor de cabeza, de estómago, en la vesícula, los riñones, el tracto urinario, los pulmones, las piernas, la espalda y los huesos.

Esta lista es un agrupamiento resumido de los síntomas identificados por los ocuituquenses. A este respecto, lo que es crítico entender de forma más específica es de qué manera se experimentan estos síntomas, signos y padecimientos y, sobre todo, qué relación guardan tales experiencias subjetivas con la visión general del mundo y las condiciones objetivas de vida de los habitantes de esta comunidad.

Un patrón inicial que caracteriza la experiencia subjetiva de los síntomas se refiere al hecho de que las mujeres tienden a ser más específicas que los hombres al describir cómo se sienten cuando se enferman. Los hombres, por el contrario, se limitan a informar como síntomas principales, el cansancio y la debilidad. Las mujeres informan también la presencia de estos síntomas, aunque su explicación es más detallada e incluyen otros síntomas como la sensación de asfixia, que ellas han experimentado u observado en los niños, como lo muestra el siguiente testimonio:

Sí pues me empieza más en las noches, me empieza como a doler aquí el pecho y a sentir que me asfixio, que me desguanzo, así siento (F32/1992:170-173).

El uso de metáforas para caracterizar una enfermedad es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. Por ejemplo, mientras que estos últimos hablan simplemente de un “dolor de estómago”,

las mujeres tienden a usar recursos explicativos como en el siguiente ejemplo:

Me empezó a dar vómito, no consentía yo nada de comida. Y me dolía todo, todo, sentía yo que las tripas se me hacían así nudo, o sea sí era un dolor muy exagerado (F45/I992:271-273).

Un segundo patrón que se observa es la frecuencia con la que algunos entrevistados mencionan la interrupción repentina de alguna función corporal como signo o síntoma de una enfermedad. Por ejemplo, una “pérdida del habla” inesperada o la incapacidad de hablar, se señala repetidamente como signo de un padecimiento serio. Se cree que este signo es en ocasiones resultado de una “embolia” que paraliza ya sea el lado derecho o izquierdo de la cara y que altera la apariencia normal de la boca. En otras ocasiones por el contrario, se desconoce tanto la enfermedad como su causa; sin embargo se considera que los signos son indicativos de que algo muy grave está sucediendo:

...también tenemos a una muchacha que tiene como quince años pero no habla y ella hablaba antes pero un día que se fue a la escuela algo le pasó y regresó y ya no volvió a hablar. No volvió a hablar, de repente como que tiene ratitos y dice cosas raras que nadie entiende y luego ya vuelve a quedar en silencio (F15/1988. 590-597).

La incapacidad de caminar se considera también como un signo de enfermedad, signo que no suele relacionarse con algún tipo de daño físico en las piernas, sino que se entiende como la expresión inequívoca de un desorden físico o mental muy serio. Por ejemplo, una mujer cuyo nieto fue asesinado semanas antes de que se le entrevistara, relató de la siguiente manera el tremendo impacto del dolor que esta pérdida había tenido en su salud:

... viera que ya me estaba afectando mucho, mucho. *No podía yo ni caminar*. Fui a ver al doctor (y le dije): ‘ay doctor, yo no puedo sufrir todo esto’... *Ya no caminaba* y sentía yo que mis pies, como que se me jalaban... (F11/ 1992:73-90).

La percepción es que la interrupción de estas funciones corporales es indicativa de una enfermedad, principalmente cuando hay ausencia de dolor físico. Por ejemplo, una mujer que informó haberse recuperado de una enfermedad seria, no identificada, respondió lo siguiente cuando se le preguntó qué le había dolido:

Absolutamente nada. *No comía yo ni dormía* (F15/1988:771- 773).

De igual manera, un anciano que había padecido “varias complicaciones”, respondió lo siguiente cuando se le preguntó qué había sentido y cuál había sido su enfermedad:

Pos no sé, no me dijo el doctor. Nomás estaba yo tilico pero no me dolía nada. Ya ciertamente cuando me llevaron a Cuautla *ya no andaba yo* (M35/1992:42-47).

De esta manera, muchos individuos hacen referencia repetidamente a estas funciones corporales repentinamente interrumpidas, para indicar la seriedad de un padecimiento que, fuera de estos síntomas, no produce dolor físico. Naturalmente, para los ocuituquenses el dolor es una categoría medular para referirse a un síntoma. Sin embargo, como lo ilustran estos relatos, para los individuos de esta población no existe una correlación directa entre la seriedad de una enfermedad y el grado de dolor físico asociado a ella. La interrupción de una función corporal puede ser igualmente significativa que un dolor intenso para identificar y comunicar los síntomas de una enfermedad.

El tercer patrón característico que se observa es la manera en que se relacionan los síntomas con el dolor. Existe una habilidad diferencial en los individuos para localizar un dolor físico. Como se dijo con anterioridad, las mujeres relatan con mayor detalle y exactitud estas cuestiones que los hombres. Por ejemplo, mientras que estos últimos hablan de manera genérica acerca de un “dolor de estómago”, las mujeres pueden ser más precisas y decir:

1) ...me vino un dolor muy fuerte *en la boca del estómago* (F28/1992 74 75).

2) ...Tuve un dolor de la vesícula (F45/1992:247).

Existen también diferencias intergeneracionales, es decir, las mujeres jóvenes hacen referencia a las distintas partes de su cuerpo y a los órganos con mayor familiaridad que las de mayor edad, que tienden a citar a una fuente médica para apoyar su descripción:

Pues orita ando enferma. Fíjese que me da un dolor que dicen, que me entienden los doctores que es la vesícula biliar (F13/1988: 458-461).

Por lo tanto, los ocuituquenses frecuentemente experimentan el dolor como un síntoma de enfermedad, hecho que da cuenta de por qué muchas mujeres se refieren a la menstruación como una enfermedad:

—¿Y de chica qué tantas enfermedades padeció?

1) *Yo comencé a enfermarme de dieciséis años.* Tenía muchos barros... (F30/1992:42-45).

2) Tuve un parto a los cuarenta años, crié a ese niño *y ya nunca me enfermé.* Ya no tuve regla (F30178-80).

Adicionalmente, existen por lo menos tres maneras más de interpretar el dolor. En primer lugar, puede ser interpretado como causa de muerte. Entre los individuos de mayor edad, que generalmente han tenido menos educación y que por lo tanto cuentan con una capacidad médica limitada (en términos de Boltanski), es común que señalen el dolor para dar cuenta de la muerte de un pariente:

1) —¿Y él de qué se murió?

—*Dicen que de dolor,* pero tomaba mucho antes (F11/1988:775-779).

2) Mi esposo se enfermó hace cinco años... Y cree usted que ya lo fuimos a llevar a Yecapixtla... y de ahí lo llevamos a Tetela... y ya no le hicieron nada sus medicinas, nada, nada. Entre más, más peor: le vino un dolor en el estómago, y dolor y dolor, y *ese dolor se lo llevó* (F21/1988:32-38).

El dolor también es mencionado como *la razón para ir al doctor*. Algunas personas, especialmente las de edad más avanzada, tienden a caracterizar a los médicos modernos de acuerdo con su capacidad de reducir el dolor del paciente. Por consiguiente, obtener alivio para el dolor es una de las principales expectativas del individuo que acude a un médico:

Yo cambio de doctores como cambiar de huaraches. Yo, si veo que no me hace la medicina luego luego, luego luego se siente cuando una medicina hace, *merma el dolor*, y si no yo voy a cambiar y veo a otro. Por eso luego se enojan, que dicen que nomás anda uno como jugando, *pero yo quiero que me calme el dolor...* (M13/1988:598-607).

La tercera manera en la que se interpreta el dolor, específicamente entre las mujeres, es como medio para conocer el cuerpo, sus enfermedades y el impacto de ciertos remedios o dispositivos médicos. Ello permite comprender el siguiente diálogo, sostenido con una mujer de 63 años de edad:

(Cuando usted se casó) ¿qué tanto sabía de lo que le pasaba a usted, de lo que le pasaba en su cuerpo?

—Nada, porque yo, mire, *solamente lo que a mí me dolía* era a veces la cabeza, me agarraban fuertes gripas, eso era lo que yo sufría. *De ahí para acá yo no supe de nada*, no (F5/1988:81-85).

De igual manera, “saber” acerca de un enfermedad específica se puede interpretar como sinónimo de saber qué se siente o qué duele cuando se adquiere esa enfermedad. Por ejemplo, en respuesta a la pregunta “¿Qué sabe usted del SIDA?”, varias mujeres respondieron de manera similar:

No me imagino cómo será o *qué cosa sentirán*. No, nada (F9/1988:710-711).

Hemos dado, así, con la clave para interpretar el extraño diálogo citado en la introducción de este libro, sostenido entre la asistente de

campo y una mujer de 29 años que usaba un dispositivo intrauterino, mismo que vale la pena reproducir de nueva cuenta aquí:

—¿Y usted sabe cómo funciona el dispositivo?

—No, *yo no siento* nada. No es que diga usted que me duele algo o que sienta yo algo, nada. No, nada. Nada. ¿Pero le explicaron cuando se lo pusieron cómo le iba a...?

—Nada. Nomás le digo a usted, iba yo cada mes. Me lo revisaban...

—¿Y cómo se imagina que funciona el aparato, cómo le hace para que usted no tenga hijos?

—Ni me imagino, no le digo a usted que *no me duele ni siento náusea, no sé* cómo funciona (F9/1988:359-384).

A simple vista parece haber una falta de comunicación en este diálogo puesto que mientras la entrevistadora formula sus preguntas con el propósito de obtener respuestas basadas en categorías “objetivas” como *causa* y *efecto*, la mujer entrevistada responde en términos de categorías “subjetivas”, como son *sentir* y *doler*. Sin embargo, al dar su respuesta, la entrevistada recurre a la noción del *dolor como medio de conocimiento*, precisamente porque la pregunta que se le formuló buscaba indagar acerca de su *conocimiento* sobre el tema que se discutía. El razonamiento subyacente en su respuesta es del mismo orden de la mujer citada inmediatamente antes de este testimonio, a saber: “no sé porque no he tenido dolor”. En un mundo en el que la experiencia de la realidad cotidiana, especialmente entre las mujeres, está mediada esencialmente por el dolor, no debe sorprender que éste sea una de las principales categorías cognitivas a las que se recurre. Los individuos perciben su mundo desde la *perspectiva de los oprimidos*. Por lo tanto, el *dolor* es una de las maneras fundamentales de *estar en el mundo*. Para ellos, conocer el mundo es una experiencia estrechamente relacionada con la de *sufrirlo*. Esto parece ser especialmente cierto en el caso de las mujeres en cuanto a la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad.

El desfase, entonces, entre la entrevistadora y la mujer entrevistada en el diálogo anterior, no existe más que en apariencia: la mujer entrevistada sabe que las preguntas que se le formulan se refieren al conocimiento que ella tiene sobre el funcionamiento del dispositivo

intrauterino, y por eso responde recurriendo a los términos que le son más significativos en su lenguaje cotidiano: desde su visión del mundo —caracterizada por la pobreza y la opresión de género *conocimiento* y *dolor* son sinónimos, y este último término le es más inmediato que aquél. De ahí que al responder opte por traducir su respuesta en conceptos que son de su pleno dominio.

Por último, el cuarto patrón relacionado con la manera en la que se experimentan los síntomas es el proceso mediante el cual los individuos tienden a *indexar* algunas de sus propias circunstancias para hablar más detalladamente de sus síntomas. Los hombres tienden a referirse a sus síntomas en un contexto de trabajo. Por ejemplo, un hombre que reportaba haber sufrido una embolia (“porque hasta la boca se me jaló”), describió sus síntomas de la siguiente manera:

Ya no puedo trabajar, así trabajando se me oscurece (la vista)... No trabajo todo el día, nomás ratitos porque no aguanto, siento que, yo me imagino que me pasa lo que le pasa a un carro que luego que se calienta el motor ya no puede (M131 1988: 613-627).

Las mujeres, por su parte, indexan sus circunstancias, aunque también sus quehaceres domésticos, y a diferencia de los hombres, incluyen sus relaciones sociales más significativas. Por ejemplo, para describir el cansancio que experimentó durante el embarazo, una mujer de 46 años decía:

Se siente uno mal *como cuando va uno por ahí* y llega uno cansado, así, el cuerpo que no lo aguanta uno (F26/1992:587-590).

En un lugar como Ocuituco, donde la mayoría de las calles no están pavimentadas y presentan una gran cantidad de charcos y agujeros, y la mayoría de los servicios son prácticamente inaccesibles, “salir” es una actividad que consume gran parte de la energía física del individuo. La metáfora que seleccionó esta mujer es, por lo tanto, sensible al contexto y de gran significado para ella. Las mujeres enmarcan también en el contexto de sus quehaceres domésticos la descripción de sus síntomas. Por ejemplo, una mujer que presenta inicios de cataratas decía:

...hay veces que me dan como mareos o como quién sabe qué, o será de tanto que me desespero, señorita, tanto que me desespero yo, me desespero que no, bueno... que me lleven los trastes al lavadero, yo los lavo cuanto traste me lleve usted, desgrano, limpio frijoles y bueno, hago lo que puedo. Pero ya de ahí, como hacer comidita, hacer tortilla, pos no puedo, no me vaya yo a quemar pues no veo la lumbre (F21/1988:443-454).

Finalmente, las mujeres tienden a narrar sus historias refiriéndose constantemente a sus seres queridos y al contexto de su vida cotidiana. Una mujer que relata el caso de su esposo que sufrió de embolia comienza así: "Mi esposo se fue a trabajar y los niños a la escuela". Una mujer cuya hija "de repente ya no caminó" inicia su narración diciendo: "había hecho el desayuno y llamé a los niños a la mesa". Se trata de un recurso narrativo que permite ilustrar la seriedad de los síntomas al ejemplificar tanto el contexto como el alcance de la interrupción de las relaciones personales cotidianas.

En resumen, los síntomas más comunes que se reportan en las entrevistas parecen, cuando se les abstrae de su contexto social, un simple catálogo de sensaciones físicas universales que no nos da información respecto a la manera en la que los individuos los interpretan y experimentan. Sin embargo, al examinar más detenidamente los relatos de los individuos se pueden resaltar los patrones que caracterizan la forma históricamente específica en la que la mayoría de los ocutuquenses experimentan sus síntomas y los recursos con los que cuentan para darles significado.

Con todo, los síntomas son sólo una pequeña parte de lo que constituye la experiencia subjetiva de la enfermedad. Otro componente muy importante de ésta se refiere a las teorías etiológicas a las que recurren los individuos para dar significado a sus enfermedades. Éste es el punto focal de la siguiente sección.

LA EXPERIENCIA SUBJETIVA DE LAS CAUSAS DE LA ENFERMEDAD

Las teorías etiológicas, desde una perspectiva sociológica, son el medio por excelencia para analizar la manera en la que los individuos

interpretan sus padecimientos. Ello es así puesto que el sufrimiento derivado de la enfermedad se asocia a una profunda necesidad de interpretar y dar sentido al evento, esto es, de generar una explicación satisfactoria sobre las causas de la misma y sobre las medidas que deben tomarse. ¿Cuáles son las principales causas de enfermedad para los ocuituquenses? En ocasiones, los habitantes de esta comunidad presentan una visión de las cosas en la que las enfermedades no parecen venir de ninguna parte, o bien en la que parecen presentarse completamente al azar. En otras, por el contrario, las causas de la enfermedad se relacionan con factores como el agua, el trabajo, la dieta y los accidentes. Por consiguiente, es importante, explorar detenidamente estos patrones de interpretación.

El azar y las enfermedades contagiosas

Un primer hallazgo respecto a las teorías etiológicas de la enfermedad se refiere a la tendencia de muchos de los habitantes a referirse a sus padecimientos como males que aparecen *inesperadamente*, surgiendo prácticamente de la nada. Las enfermedades son experimentadas como entidades autónomas que existen fuera del cuerpo humano y que, en consecuencia, le pueden “caer” a cualquier persona. En el lenguaje de los ocuituquenses, una enfermedad puede ser el sujeto de una oración y el individuo que la padece, el objeto. En otras palabras, los ocuituquenses frasean sus relatos de manera tal que una enfermedad “activa” aflige a una víctima “pasiva”. Por ejemplo:

- ¿De qué murió su hermano?
- Le cayó cáncer en la sangre... (M43/1992:66-69).

Otras expresiones comunes son “me agarró la gripa” (en vez de “tengo gripa”), o “la diarrea ha estado muy dura últimamente” (en vez de “ha habido muchos casos de diarrea últimamente”). Subyacente a esta perspectiva de causalidad, existe un evidente sentido de aleatoriedad (ya que las enfermedades parecen aparecer de manera impredecible) y la percepción de que el individuo es una víctima frente a la

enfermedad. La experiencia de las enfermedades como “algo que de repente aparece” es también reflejo de la disposición de los ocuituquenses a enfrentar *lo inesperado como normal*.

Un hecho que se encuentra estrechamente relacionado con esta percepción de aleatoriedad es que la noción de “enfermedades contagiosas”, en términos médicos modernos, es prácticamente inexistente en la localidad. Es notable por cierto, que en una comunidad en la que predominan las enfermedades infecciosas, la idea de que éstas se propaguen por contacto tenga tan poca importancia. La noción de “enfermedades contagiosas” se encuentra en los testimonios básicamente en dos formas: a) estrechamente relacionada con las nociones tradicionales de salud y enfermedad; o b) directamente asociada al SIDA. Dicho de otra manera, la noción de “enfermedad contagiosa” está relacionada con una forma *antigua* de entender la enfermedad (tradición náhuatl) o con un padecimiento *moderno* reciente (SIDA). Sin embargo, entre estos extremos, no parece haber una noción intermedia que corresponda con la teoría biomédica general contemporánea, en cuestiones de contagio.

La tradición náhuatl parece dar cuenta de las ideas que prevalecen en la actualidad respecto de las enfermedades contagiosas. Existe entre muchas mujeres de la comunidad la creencia de que corren peligro al asistir a un velorio si están embarazadas o menstruando. En otros tiempos, bajo el paradigma náhuatl, se creía que un cuerpo sin vida podía liberar espíritus ansiosos por robar calor y energía y como se consideraba que las mujeres embarazadas tenían más calor de lo normal, eran fácil blanco de dichos espíritus (Castro, 1995b). En la actualidad, al igual que en el caso del *susto*, aunque la *substancia* de esta creencia ha desaparecido, su *estructura* permanece, adoptando una nueva terminología. Algunas mujeres creen que puede ser peligroso para ellas asistir a un velorio porque les puede “caer cáncer”. Una maestra de escuela, de 31 años de edad, contó lo siguiente:

A mí me pasó. Se murió una tía y me dicen: ¡No vayas al funeral porque te puede afectar... tu niño puede nacer privado o a veces nacen muertos! Se cree eso. O cuando están menstruando porque si el señor difunto

murió por ejemplo de cáncer,³ *puede caerle cáncer* a esa mujer que está menstruando, que tiene una cortada, se cree eso (F17/1988:779-790).

Subyacente a la noción de enfermedad contagiosa se encuentra la asociación que existe entre tener una herida y el riesgo de infección que corre una mujer que se acerca demasiado a un muerto. Es interesante notar que en estos relatos menstruar y tener una herida son equivalentes.

La noción de que el SIDA es una enfermedad contagiosa está también muy difundida, resultado indudablemente de la campaña nacional educativa sobre su prevención. Sin embargo, existen algunas diferencias específicas de cada generación en el uso de este concepto; dicho de otra manera, mientras los jóvenes tienden a utilizar el verbo “contagiar”, las personas de mayor edad muestran un conocimiento más vago de este mecanismo:

No sabemos ni los síntomas ni nada. Nomás sabemos que es enfermedad provocada por el sexo, por el mal uso de la mujer ¿no? pero hasta allí (M42/1988:255-262).

En resumen, los individuos asocian la noción de enfermedades contagiosas ya sea con algunas prácticas derivadas de la antigua cosmovisión de los nahuas o con el SIDA. Sin embargo, el concepto no se utiliza para dar cuenta del origen de muchas de las enfermedades infecciosas que prevalecen en esta población, a pesar del uso generalizado del concepto “infección”. No existe evidencia en los relatos obtenidos de que padecimientos como la viruela, el sarampión y la malaria se perciban como enfermedades infecciosas. Por el contrario, la tendencia es referirse a estos padecimientos utilizando los términos arriba descritos, es decir, como enfermedades que “caen en” las víctimas, que simplemente suceden.

³ La noción de “cáncer” que se utiliza en este testimonio tiene una connotación diferente a la biomédica. En esta región, el término “cáncer” hace referencia a un amplio rango de padecimientos dermatológicos crónicos, resistentes al tratamiento médico y difíciles de curar (Zolla *et al.*, 1988: 22).

Con todo, la percepción de que las enfermedades suceden aleatoriamente, como si aparentemente surgieran de la nada, no es absoluta. Los ocuituquenses frecuentemente identifican toda una serie de factores que consideran ser causa de sus enfermedades; entre ellos, los principales son el agua, el trabajo, la dieta, los accidentes y la medicina moderna.

El agua: líquido vital que también trae la muerte

Desde la perspectiva de los entrevistados, el agua es una de las causas más importantes de enfermedades relacionadas con la *pobreza*. Se considera que el agua ocasiona enfermedades de diversas maneras, siendo la contaminación la principal. El alcance de este conocimiento, sin embargo, varía entre generaciones. Los jóvenes (generalmente con más escolaridad que las personas mayores) perciben este problema en términos del discurso médico moderno, que a su vez arguye que la higiene es una medida preventiva básica y que la falta de higiene es una fuente común de enfermedad:

Pues el principal problema es el agua, que viene pésima. No viene tan potable. Hay veces que viene como si hubiese estado en lodo podrido, pésima. Viene negra el agua que yo digo que a consecuencia de eso es las enfermedades *que caen acá*. Otro podría ser la higiene: está bien sucio todo alrededor de acá, por donde quiera hay basura tirada y desechos (M46/1988:52-61).

Los adultos hablan con mayor precaución acerca de este tema e implican en sus relatos un *cambio* que se ha dado al paso del tiempo en la naturaleza del discurso médico en esta comunidad:

Bueno, mire: *hoy se dice* que la gente está padeciendo de las amibas, que por el agua. *Dicen que* tomamos un agua muy mala (M3711988:8-14).

Muchos de estos habitantes identifican ciertamente varias fuentes de contaminación del agua. Señalan que el agua la utilizan “los

demás” antes de que se entube para suministrarla a la comunidad. “Los demás” pueden ser usuarios de otras comunidades (cuyos habitantes se bañan y lavan su ropa en ese mismo río), algunas fábricas (que descargan desperdicios en el río) y animales de granja (que se dice beben y defecan en el río). Un hombre de 53 años de edad resumió lo anterior de la siguiente manera:

...y luego se ponen a lavar su ropa y le echan clarasol o lavan cosas mayores y pues claro, parece que no porque viene entubada pero todo eso se viene pegando en el tubo. Si fuera una arena ya se va consumiendo la consumación de la agüita, pero esto es tubo y ya ve que como dice el dicho vulgar que tenemos que dicen, con perdón de usted, que ‘de arriba cagan a los de abajo’. Porque así es (M38/1988:379-391).

Si bien la mayoría sabe que hervir el agua reduce su nivel de contaminación, en realidad pocos lo hacen. Hervir agua es un quehacer doméstico, por lo tanto, un trabajo de mujeres. En un mundo de pobreza y privaciones, hervir el agua es una tarea poco práctica y, a veces, poco factible. Sin embargo, es interesante notar que los jóvenes al explicar por qué no hierven el agua culpan a sus debilidades de carácter, esto es, a una incapacidad de “tomarse la molestia” que se da por sentada:

Pues hirviéndola, sí, pero *ve* que nunca se tiene la molestia de hervir el agua (M46/1988:77-79).

Como hervir agua es una tarea de mujeres, las implicaciones son evidentes: en realidad se culpa a las mujeres y se les acusa de ser flojas. Esta explicación la comparten también las mujeres quienes, como se indicó en el capítulo anterior, tienen una *visión negativa de sí mismas*. Por ejemplo, una mujer de 35 años decía que durante la temporada de lluvias hierva el agua “porque viene toda revuelta”; sin embargo:

En secas no, ahí soy más floja, para qué mentirle (F28/1992:444-446).

Los habitantes de esta comunidad perciben también al agua como poseedora de otras características, además de la contaminación

propiamente tal. Por ejemplo, otra manera en la que se entiende que el agua es una causa de enfermedad parece tener relación con la antigua teoría náhuatl de lo caliente y lo frío, que analizaremos con detalle en el siguiente capítulo. Algunas personas señalan que el agua tiene efectos potencialmente peligrosos debido a su naturaleza *fría*. Es común que las mujeres que han trabajado por años lavando ropa y trastes digan que están enfermas porque han “recibido demasiado frío”, como lo ejemplifica el siguiente testimonio de una partera local que explicaba que frecuentemente se enferma de los pulmones:

...es de tanto trabajar. Mucha frialdad que han agarrado mis pulmones, porque yo bañé mucho en temazcal, adentro de un horno, adentro se mete uno, ahí se baña uno; y luego acabando de llover⁴ me venía yo de la casa de la enferma para mi casa, pos todo ese frío todo lo agarré (F22/1922:241-248).

Se considera que lo frío del agua es una amenaza potencial a la salud; esto incluye todo tipo de agua, desde el agua de lluvia, el agua potable y la que se usa para lavar. “Jugar” demasiado con el agua (como se dice en esta comunidad) ocasiona que el cuerpo se enfríe, lo que a su vez se puede transmitir a un bebé al amamantarlo. Ejemplo de ello es el caso de una mujer de 46 años de edad que relata que su hija tenía asma y para dar cuenta de esta enfermedad explicó que durante su embarazo tenía sed en repetidas ocasiones y que tomaba muchas bebidas frías:

Yo lavaba mucho, lavaba en la noche también,⁵ incluso ya estaba grandecita la niña y le quité el pecho porque nomás manoseaba el agua fría y pos más. Y me dice harta gente: ‘sabes qué, si quieres criar a tu hija

⁴ Se cree que la lluvia es un evento frío que refresca el ambiente. Esta mujer por consiguiente, habla de un peligro doble: bañar a las mujeres y salir justo después de haber llovido. Lo que ella quiere decir es que se estaba exponiendo a demasiado frío.

⁵ La expresión en las noches también se refiere al hecho de que la noche es fría (porque no hay calor del sol). De esta manera, el riesgo de que el cuerpo reciba demasiado frío es mayor que si lavara durante el día.

quítale el pecho, porque como lavas le das la humedad, la arroyas, estás mojada y la arroyas'. Le quité el pecho chiquita (F26/1992:920-929).

En estas interpretaciones está implícita la noción subyacente de un cuerpo desbalanceado. La concepción de un cuerpo sano incluye tener un equilibrio correcto entre lo caliente y lo frío. Entrar en contacto con mucha agua o mojarse demasiado se percibe como una causa potencial de enfermedad porque el equilibrio del cuerpo se ve amenazado. Sin embargo, este equilibrio no sólo se refiere al balance interno entre lo caliente y lo frío. Desde la perspectiva de algunos ocuituquenses, el agua misma puede existir dentro del cuerpo en proporciones inadecuadas, lo que constituye el tercer aspecto en el que a este elemento se le percibe como potencialmente peligroso para la salud. Por un lado, las enfermedades pueden ser el resultado de tener demasiada agua dentro del cuerpo. Algunas personas consideran que la causa de la muerte de un pariente fue porque el cuerpo del difunto “lo tenía completamente lleno de agua” (F26/1992.200-201). Una versión extrema de esta teoría sostiene que la sangre misma se convirtió en agua:

Mi padre murió hidrópsico. Hidrópsico es cuando se ponen panzones o barrigones del estómago ¿no? grande, que de agua, *la sangre se vuelve agua* (M44/1988.173-179).

Por otro lado, otras enfermedades pueden ser el resultado de tener *muy* poca agua en el cuerpo. Por ejemplo, un hombre que narraba haber padecido “dolores terribles” cuando orinaba, resultado de una enfermedad cuyo nombre no recordaba, contestó lo siguiente cuando se le preguntó cuál podría ser la causa de este desorden:

Dicen que por falta de no tomar uno agua, que porque se va uno al campo a solear y no toma uno agua, de eso me viene esa enfermedad (M43/1992:33-36).

En resumen, los ocuituquenses consideran que el agua es una importante fuente de enfermedades. Dentro del contexto de tradición

náhuatl que sobrevive en la comunidad, el concepto de “equilibrio” como sinónimo de salud les es muy significativo. El agua puede perturbar este equilibrio, ya sea al alterar el balance dentro del cuerpo entre lo caliente y lo frío o por tener la cantidad equivocada (ya sea demasiada o muy poca). Además, los ocuituquenses se han enterado recientemente de que el agua puede estar contaminada y, consecuentemente, beberla puede resultar en nuevas enfermedades.

El trabajo: fuente de vida y de desgaste

Desde la perspectiva de los habitantes de Ocuituco, otra fuente importante de enfermedades que está relacionada con sus condiciones de vida es el *trabajo*. Muchos ocuituquenses atribuyen un gran número de sus dolencias a sus severas condiciones de trabajo. En este contexto, el trabajo es percibido como un factor que *desgasta* a los individuos:

- ¿Y su papá sí está sano?
- Ese casi no porque se enferma del pulmón...
- ¿Y a qué se deberá?
- Pos a que ha trabajado mucho, desde que era chiquito ha estado trabaje y trabaje en el campo. Y se ha ido acabando (F27/1992:607-617).

Para muchos, trabajar con ahínco es una causa de enfermedad y, eventualmente, de muerte. Así, por un lado, se perciben a sí mismos como obligados a “trabajar muy duro” para *levantarse*, pero por otro lado, también saben que “trabajar duro” los acaba, hecho que eventualmente contribuye a su muerte. Tal es la dialéctica de su condición social:

- ¿Y su mamá?
- Esa se murió de... pues trabajó mucho, como a nosotros nos crió pues sola, madre sola y se desveló y... se murió.
- ¿Y de qué se puso enferma?
- Pues quién sabe, se quejaba de su barriga, que le dolía mucho, que no podía ni caminar nada, se esponjaba, y sus pulmones... porque *como trabajó mucho, se acabó, se acabó* (F26/1992:175-185).

Como en el caso de los síntomas, las mujeres tienden a contextualizar” el trabajo como una causa de enfermedad, es decir, a proporcionar una cantidad importante de información relacionada a las condiciones sociales básicas que rodean su trabajo. En el testimonio anterior, por ejemplo, la muerte de la madre está ligada a que trabajó demasiado, lo que a su vez está vinculado con el hecho de haber educado sola a sus hijos. Como se señaló en el capítulo IV, es relativamente común que muchos hombres abandonen a sus mujeres. Durante el trabajo de campo, no se registró un sólo caso equivalente entre hombres (es decir, de un hombre solo, a cargo de sus hijos), lo que sugiere que la condición de tener que trabajar duro para criar sola a los hijos es exclusiva de las mujeres.

Muchos individuos, particularmente las mujeres, entienden el “trabajo” en un sentido más amplio, para incluir muchas actividades diarias que se tienen que llevar a cabo para sobreponerse a las limitaciones de sus condiciones de vida. Al mismo tiempo, el “trabajo” es entendido como una actividad para la cual se requiere *fuerza* y que con el tiempo puede dar como resultado una lesión física. En su búsqueda por identificar la causa de una enfermedad, muchos individuos, particularmente los mayores, interpretan todo un periodo de sus vidas de manera tal que les sea posible acomodar la noción de *fuerza* dentro de la cadena de eventos que describen. Por ejemplo, una mujer de 55 años de edad, que se quejaba de una sensación recurrente de sofocación y de un dolor en la parte derecha de su cuerpo, proporcionó una interpretación tanto de la naturaleza del problema como de sus causas, en los siguientes términos:

Por eso le digo a él que para mí es como tumor el que tengo acá y de eso como que me sofoca... es que yo de muchacha sufrí muchísimo en mi casa. Eran bien pobres mis padres... entonces yo de muchacha, no había agua: toda la teníamos que acarrear lejos para tomar y para trastear. Yo me cargaba un botezote. Yo digo que es de eso: ir a lavar lejos las tinotas de ropa. Todo de cargar. Y es de este lado, de ahí cargaba yo. Por eso digo que es una rotura o un tumor que se me hizo (F16/1988:341-361).

Los individuos más jóvenes también recurren a la noción de *fuerza*, pero a diferencia de los mayores, son más cautelosos al revelar sus propias interpretaciones. Prefieren apegarse en primera instancia a lo que escuchan de los médicos. Solamente cuando se les motiva un poco más es que proporcionan sus propias interpretaciones, que frecuentemente giran alrededor del concepto de “trabajo”. Por ejemplo, con un hombre de 42 años, cuya primera hija nació con un defecto en la cabeza, sostuvimos el siguiente diálogo:

- ¿Y por qué habrá nacido así?
 —Quién sabe, *los doctores no me supieron decir*.
 —Pero usted por qué se imagina que habrá nacido así?
 —Pues yo pienso que se debe a que durante el embarazo de esa niña yo trabajaba en el campo y mi esposa aquí en la tienda. Ella tenía que cargar cosas pesadas, bajar la cortina que está bien dura, por eso pensamos que nació así la niña⁶ (M51/1992:41-53).

Por el contrario, los ocuituquenses consideran que permanecer sano después de un largo periodo de trabajo “duro”, es una prueba de que la persona es fuerte y capaz de resistir condiciones severas de vida:

- Y cuando usted estaba chico... ¿se acuerda de alguna enfermedad que le haya dado?
 No, entonces no me daba nada, cree usted que ni dolor de cabeza, nada, ninguna enfermedad. Definitivamente nada, *y andaba en el campo, me mojaba y me malpasaba...* (M43/1992.144-152).

Estos mismos principios aplican a las mujeres quienes, en lugar de referirse a la actividad de trabajar la tierra (como los hombres lo hacen), sitúan el haber trabajado “muy duro” sin haberse enfermado dentro del contexto de sus quehaceres domésticos:

⁶ Relatos como éste sugieren que, dado el efecto de medicalización por el que atraviesa esta población, los individuos más jóvenes están *aprendiendo* a desconfiar de sus propias interpretaciones, o a darles una importancia secundaria con relación a la opinión de los doctores. Por el contrario, los individuos mayores recurren de una manera más libre a sus propias teorías etiológicas.

...viera que yo desde muy chica empecé a hacer eso del queso. Ese es un trabajo feo y aburrido. Yo me acuerdo que todavía no alcanzaba yo pos a hacer bien esa labor pero ya me ponían a hacerla. Y pienso que *yo aunque hacía mucho trabajo yo nunca me enfermaba* (F31/1992.276-281).

Tolerar condiciones difíciles de vida se considera a veces como prueba de fuerza física y resistencia. Sin embargo, en otras ocasiones, los términos se revierten de manera que las restricciones y limitaciones objetivas son consideradas como la razón de tener una buena salud. En otras palabras, los individuos saben que condiciones como tener agua contaminada, niños jugando descalzos en la calle y mojarse con frecuencia, se derivan de su marginación económica. Aun así, algunos de ellos también creen que tolerar estos factores de riesgo puede contribuir de igual manera a hacerlos individuos más sanos:

...aquí mis hijos se criaron en el patio que entonces no tenía ni cemento. Eran charquitos de agua, de tierra y ahí andaban jugando con su short acá y juega y juega con el agua, y ya que su mamá los iba a acostar a veces los bañaba, a veces nomás los limpiaba con un trapo mojado, según. Y vámonos a la cama y así se criaron todos, corriendo por ahí sin huaraches y sin calzones. Así se crían los del pueblo y se crían más sanos..., se ponen más fuertes (M37/1988:65-80).

Dieta: mantener la salud a pesar de no tener para comer

Otra condición que deriva de la privación económica y que también se considera como fuente de enfermedad, es tener una dieta inadecuada. Los ocuituquenses señalan que los niños a menudo se enferman porque se alimentan de comida equivocada (por ejemplo, leche industrializada, fruta verde, etc.). Lo mismo aplica a los adultos, algunos de los cuales dijeron que han notado que se enferman cuando no comen lo suficiente o cuando “comen demasiada grasa”. Pero aún más importante es el hecho de que, al igual que en los casos de mojarse o trabajar duro, algunos individuos reportan disfrutar de una buena salud *a pesar* de no haber tenido una dieta adecuada durante su niñez:

—¿Y usted a qué cree que se deba que usted haya sido tan sana?

—Pos no sabría decirle a qué se deba, *porque buena alimentación pos no tuvimos*. Mi mamá nos mantuvo pero pues pobremente, no con todo lo necesario (F32/1992:88 96).

En otras palabras, mientras que algunos de los ocuituquenses crean un vínculo directo entre su privación económica, su dieta poco satisfactoria y sus enfermedades, otros —que han gozado de mejor salud— también citan sus antecedentes de pobreza para *contrastar* estas circunstancias con su estado de salud. Los individuos con mala salud tienden a pensar que se enferman *debido* a sus condiciones restringidas de vida. Los individuos sanos, por el contrario, señalan que han permanecido saludables *a pesar* de sus limitaciones económicas. En ambos casos, la privación económica es el punto de referencia general al que los individuos recurren para dar cuenta de su estado de salud.

Que los individuos no se enfermen *a pesar* de haber trabajado mucho, o de haberse mojado muy seguido, o de haberse criado descalzos, o de tener una dieta insuficiente, connota una noción de *resistencia*. En sus relatos, los ocuituquenses dan a entender que, desde su punto de vista, hubieron suficientes razones (suficientes factores de riesgo) para que se enfermaran y que, a pesar de estos riesgos, lograron de alguna manera permanecer sanos. Contenida en sus diversas narraciones se encuentra la noción implícita de que un resultado lógico de sus condiciones de vida sería que se hubieran enfermado, pero que de alguna manera han sido capaces de *resistir* o *aguantar* sus circunstancias. Sin embargo, este sentido personal de resistencia se percibe como una capacidad limitada. Los individuos frecuentemente dan cuenta de su pérdida de salud como el resultado de haber sometido sus cuerpos a una presión extrema, situación en la que tuvieron que resistir simultáneamente muchos factores percibidos de riesgo:

(Cuando era joven) tuve anemia. Me sentía yo bien mal, fue un descuido mío porque yo... a temprana edad me empecé a masturbar y fue muy feo pues. Después agarré la herrería y ahí, como quería yo aprender, me quedaba yo hasta sin comer desde las siete de la mañana hasta la una de la madrugada. Y así todos los días y no tardó mucho el resultado:

como al año ya sentía yo como mareos, me empezó a salir sangre de las narices, sentía como que me mareaba yo... (M45/1992:808-825).

Como lo ilustra este relato, algunos ocuituquenses entienden las causas de sus enfermedades de forma que las circunstancias que rodean el inicio de una enfermedad se interpretan como “malos tratos” que el cuerpo no puede *tolerar* más. De esta manera, trabajar fuertemente, no comer suficiente o a “su hora” y mojarse con mucha frecuencia, se perciben como condiciones que, cuando se combinan y se mantienen por largos periodos de tiempo, amenazan la capacidad del individuo para *aguantar* sus circunstancias, causando eventualmente una enfermedad.

Accidentes: lo azaroso cotidiano

En un ambiente de alto riesgo como el de esta comunidad, es posible sufrir con frecuencia diversos tipos de *accidentes* mismos que, por consiguiente, son considerados también como una causa importante de enfermedad y de problemas de salud. La mayor parte de los accidentes, de acuerdo a la información recolectada, ocurren a hombres y niños, lo cual es consistente con el hecho de que la mayoría de las mujeres permanecen en su hogar como amas de casa. Sin embargo, a pesar de este sesgo en la distribución, son las mujeres las que relatan dichos acontecimientos en mayor detalle.

Los accidentes que sufren los niños son básicamente de dos tipos: a) accidentes en los que participan animales (caída de un caballo o de un buey); b) accidentes y caídas durante el tiempo de juego (saltar desde lo alto de una pared o desde una banca y no caer en el lugar elegido —un montón de paja— o caer encima de otro niño, caer mal, caer de una bicicleta y lastimarse con algún objeto metálico filoso, caerse en un pozo, etc.)

La mayoría de los accidentes de los hombres suceden en su lugar de trabajo. Aunque generalmente se les percibe como acontecimientos *inesperados*, se puede distinguir entre los accidentes en los que se admite implícitamente que el individuo se expuso a un riesgo y aquellos

en los que el lesionado participa pasivamente, por lo que se convierte en una verdadera víctima. Ejemplos del primer tipo de accidentes pueden ser caerse de un caballo (mientras cultiva la tierra), caerse de un árbol (mientras corta fruta), lastimarse un pie (al preparar adobe para construir una casa o al usar una sierra eléctrica), chocar al manejar una bicicleta o automóvil, etc. Se pueden encontrar ejemplos del segundo tipo de accidentes en los relatos de individuos que murieron fulminados por un rayo o golpeados por una roca.

El patrón más importante en relación con los accidentes es la frecuencia con que los ocuituquenses se refieren a ellos para dar cuenta de enfermedades o muerte. Tienen una aparente preferencia por explicar sus enfermedades y los decesos de sus parientes como producto de “accidentes”. El caso del padre de un informante de 24 años es ilustrativo:

—¿Y su papá de qué murió?

— *Él fue de un golpe*. Se cayó en la noche, pisó una piedra abajo y le pegó en el estómago, y cuando lo anestesiaron para intervenirlo quirúrgicamente ahí se quedó.

—Pero entonces ¿no sabe si fue del golpe o de la anestesia?

—Pues no, en concreto no (M50/1992:204 210).

En este relato, por ejemplo, es posible hipotetizar que el padre de este hombre murió debido a la anestesia. Con todo, prefiere explicar el evento en términos de un accidente. Únicamente cuando se confronta con esta posibilidad alternativa, es cuando adopta una posición de incertidumbre, como se aprecia en su última respuesta.

Entre las mujeres también puede observarse la tendencia a usar los “accidentes” para dar cuenta de muchos de sus problemas de salud. Sin embargo, al contrario que los hombres, cuentan con interpretaciones mucho más amplias. Estas interpretaciones son de dos tipos: primero, en ocasiones agrupan bajo la noción de “accidente” aquellos acontecimientos que tienen consecuencias directas en la salud, pero que difícilmente se podrían interpretar como tales desde una perspectiva científica. El caso de la mujer que considera accidente el haber sido atacada por su esposo con un machete (capítulo IV) sirve para ilustrar este punto. Algunas veces a la violencia masculina se le llama “acci-

dente”. Otras más, las metáforas que usan las mujeres para caracterizar los efectos de la violencia de los hombres son las que transmiten esa noción de acontecimiento accidental. Una mujer de 62 años describía así el caso de una mujer más joven que fue atacada por su esposo:

...le pegó su marido, y también así le hizo, pero esa aquí (en el vientre) le metió el gavilán del machete y aquí tenía digamos que un atorón *como cuando se rompe una tela que se mete uno ahí en los alambres...* (F12/1988: 314-319).

El segundo tipo de interpretación que tienden a hacer las mujeres consiste en agrupar bajo la lógica de un “accidente” cosas y acontecimientos que desde otra perspectiva se considerarían como hechos independientes. En otras palabras, al parecer los accidentes constituyen una oportunidad para que las mujeres den sentido a algunos de los acontecimientos y circunstancias que suceden de manera más o menos simultánea. Las enfermedades, en particular, frecuentemente se explican como resultado de un accidente, aun si dicho acontecimiento le sucedió a otra persona, no al individuo cuya enfermedad se examina. Por ejemplo, una mujer de 23 años de edad relató lo siguiente:

Hace quince días me enfermé: se cayó el abuelito con mi niña del caballo y le dije que agarré como susto y luego como miedo, así sentí yo, que agarré miedo y susto, ya me estaba yo muriendo, y tenía como cólicos. Eran como las cuatro de la tarde, que nos lleva mi papá, no tenía ni dinero él tampoco, quién sabe a dónde lo fue a conseguir, dice que se lo prestó mi tío, que va con el tío a que le prestara cincuenta mil pesos, nomás que el médico cuesta cuarenta mil pesos. Ora el suero y aparte el coche especial de allá para acá fueron seis mil quinientos pesos...

—¿Y siquiera la curaron?

—Sí, me pusieron suero y un piquete que me lo metieron en medio del suero, con eso se me quitó el dolor de barriga...

—¿Oiga pero el susto no lo cura por aquí alguien...?

—No, yo tenía pastillas para el dolor de barriga..., yo sentía que se me ponían mis tripotas bien grandísimas (F1/1988:1206-1247).

Se pueden hacer varias observaciones de un relato como éste: primero, esta mujer atribuye su dolor de estómago al accidente que sufrieron su padre e hija (haberse caído de un caballo ese mismo día). Segundo, una vez que ha puesto en contexto dicho accidente como el acontecimiento que disparó su enfermedad, introduce en el relato todo un conjunto de sucesos que de otra manera quedarían inconexos: a) el hecho de que ni ella ni su padre tenían dinero, situación que forzó a su padre a pedir dinero prestado a un pariente. Cuando dice que su padre *no tenía ni dinero él tampoco*, deja claro que la privación económica es un elemento tan integral de su experiencia cotidiana de la salud y la enfermedad que lo da por sentado en su relato; b) también deja claro que la precariedad es una dimensión que está siempre presente en su vida, tanto porque apenas tuvo la suerte de contar con un pariente cerca que les prestara el dinero, como porque el frágil equilibrio de su vida fue completamente alterado por un accidente, un *acontecimiento inesperado* que los llevó a adquirir una nueva deuda con un pariente, y c) incluye en este relato cómo percibe los servicios médicos: como relativamente inaccesibles. Desde su perspectiva, tanto los doctores como las medicinas son caros; más aún, en una emergencia como ésta, es necesario pagar un taxi, lo que a su vez hace que toda esta experiencia sea todavía más costosa.

Desde el punto de vista de esta mujer, varios acontecimientos ocurren como consecuencia de una causa específica: un accidente. Al interpretar el accidente de su padre como la causa del resto de los acontecimientos del día que se enfermó, esta mujer puede dar sentido (por lo menos parcialmente) a una serie de eventos que de otra manera no tendrían conexión entre sí. Para un individuo que de por sí percibe su mundo y circunstancias como un conjunto de sucesos aleatorios e inesperados, los accidentes son una buena oportunidad para explicar por lo menos algunas de las “cosas” que le suceden. Desde la perspectiva de esta mujer, existe una conexión evidente entre la mayoría de estos eventos: debido al accidente de padre, ella se enfermó; debido a su enfermedad, la tuvieron que llevar al doctor; por esa misma razón, su padre tuvo que pedir dinero prestado; fundamentalmente, por su accidente, tuvieron que gastar mucho dinero para pagarle al doctor y para pagar el suero y el taxi. Por consiguiente, no es que desde la

perspectiva de esta mujer, el accidente explique su pobreza. Antes bien se trata de que un accidente como el de su padre le permite dar sentido tanto a su enfermedad como a las maneras concretas en las que, al tratar con su emergencia, se vio confrontada con los efectos de su privación económica (tener que pedir prestado, desplazarse para conseguir ayuda, etc.).

Finalmente, es interesante observar que esta mujer usa una metáfora (*susto*) para describir el vínculo entre el accidente y su enfermedad y sin embargo se resiste, ante la invitación abierta de la entrevistadora, a dar más detalles del caso en términos de paradigma tradicional. Esto se debe al hecho de que sus síntomas simplemente no correspondían a los del susto: tenía un fuerte dolor real (que es una buena razón para ir al doctor) y en efecto, un médico la curó. No obstante, la metáfora le es útil porque le permite entender la conexión entre un acontecimiento desagradable y alarmante (el accidente de su padre) y su enfermedad. Cuando dice que le dio *algo como susto*, lo dice literalmente: la naturaleza de la conexión entre el suceso inesperado y su enfermedad es muy similar a las observadas en los casos de *susto*, como veremos con detalle en el siguiente capítulo.

CONCLUSIÓN: LA EXPERIENCIA DE LA SALUD COMO *CONTRASTE* CON LA COTIDIANIDAD

Hemos analizado ya los principales patrones que caracterizan la experiencia subjetiva que los habitantes de esta región tienen de los síntomas de las enfermedades, así como sus interpretaciones acerca del origen de la mayoría de sus padecimientos. Nos corresponde, ahora, presentar una propuesta, elaborada sobre estas bases, acerca de la manera en que se constituye la experiencia subjetiva cotidiana de la salud entre los habitantes de Ocuituco, habida cuenta de sus condiciones objetivas de vida y de la manera en que ven su mundo.

Como hemos señalado, las enfermedades de la pobreza —las infecciones del aparato respiratorio y del sistema digestivo— dan cuenta de la mayoría de los padecimientos que se reportan. De la misma manera, el conjunto de síntomas que expresan los entrevistados, a través

de los cuales reconocen las alteraciones que sufre su salud, constituyen a primera vista un listado ordinario de sensaciones físicas bien conocidas. Sin embargo, más allá de la aparente neutralidad de una clasificación médica abstracta de sus síntomas, es posible discernir las formas, históricamente específicas, en que los individuos experimentan los síntomas y explican las causas de los padecimientos. El caso de la noción de *dolor* es ilustrativo: además de constituir un síntoma en sí mismo, en Ocuituco se considera también que el dolor puede estar relacionado con la principal causa de muerte de ciertas personas y como la razón principal para ir al doctor.⁷ Pero más importante aún, el *dolor* es también una de las principales formas en la que las mujeres conocen su cuerpo y sus enfermedades. Para las mujeres, cuya experiencia cotidiana del mundo está mediada por múltiples formas de dolor (pobreza y opresión de género, entre otras), el *sufrimiento* es una manera de *aprender*. Entre los habitantes de esta comunidad, esto tiene un significado literal: la manera común en que las mujeres expresan que desconocen algo acerca del cuerpo es diciendo que no sintieron dolor alguno en relación a ello.

Los habitantes de este lugar experimentan la salud no solamente de una forma negativa (esto es, como la ausencia de enfermedad), sino también en términos positivos: para ellos, la salud significa básicamente estar gordo o contento. Subyacente a esta noción de salud está el concepto de fuerza, aunque este concepto está más bien implícito en su lenguaje cotidiano. Esto contrasta con otros estudios que se han llevado a cabo en otros lugares económicamente más desarrollados, como Londres (Blaxter y Paterson, 1982), en los que se ha reportado la inexistencia de una noción *positiva* del concepto de salud. Las evidencias muestran que —dentro de ciertas condiciones— cuando los individuos pueden, dan por sentado un cierto nivel de seguridad

⁷ El hecho de que algunas de estas dimensiones del dolor puedan existir en otras sociedades, no menoscaba la legitimidad de indicar su existencia en Ocuituco. Para los fines de este estudio, en vez de tener como objetivo concentrarnos en aquello que sea exclusivo de Ocuituco, buscamos identificar, en la medida de lo posible, todo lo que ahí exista, sin importar su exclusividad, en relación con la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad.

económica y de bienestar general, la salud simplemente se asume, lo que explica la dificultad que tienen los individuos de definirla en términos positivos. Por el contrario, cuando la privación económica y una falta general de bienestar son las condiciones estándar de vida, la salud y el bienestar se vuelven una meta, un logro, un estado que no puede darse por hecho, lo que explica la posibilidad de *nombrarla* cada vez que ocurre. Éste es el caso de los ocuituquenses, que hacen referencia —por implicación— a sus condiciones restringidas de vida, cuando igualan ya sea el hecho de estar bien alimentado (gordo) o liberado de las cargas emocionales que resultan de sus circunstancias (contento) con la noción general de salud. Más aún, las restricciones objetivas de estos habitantes son tan numerosas, que es sorprendente que sólo tengan estos dos conceptos —además del concepto de salud mismo— para referirse a la salud. Esto se debe a que la tendencia a *indexar* sus circunstancias sociales a los conceptos que usan se intersecta con su *capacidad médica limitada*, en términos de Boltanski (Boltanski, 1972). En otras palabras, precisamente por sus condiciones restringidas de vida (entre las cuales está un nivel relativamente bajo de escolaridad), los ocuituquenses dependen de un número y variedad de categorías de percepciones limitados con relación a sus cuerpos y enfermedades. Esto se refleja, por ejemplo, en cómo caracterizan la seriedad de una enfermedad. Las personas mayores la mayoría de las cuales nacieron antes de que se introdujeran servicios médicos en el pueblo y que tienen un nivel relativamente bajo de escolaridad— califican a las enfermedades menos serias como “breves” o “lentas”, y a las serias, como “duras”, “arraigadas” o “grandes”. Por el contrario, la generación más joven muestra una *capacidad médica mucho más* refinada, debido a un nivel más alto de escolaridad y a que han estado más expuestos a los servicios médicos modernos. Los individuos de este grupo son más capaces en el uso de metáforas médicas para caracterizar enfermedades serias, a las que hacen referencia como condiciones que requieren de “hospital”, “suero”, “una operación” o “análisis de laboratorio”.

Al hablar de sus padecimientos, los individuos recurren con frecuencia a su visión del mundo en tanto serie de acontecimientos *aleatorios* con diversos elementos que están mucho más allá de su control. Ello explica que con frecuencia se refieran a las enfermedades como

entidades que “les caen” a los individuos. Al dar cuenta de sus síntomas, al igual que al dar cuenta de las causas de sus enfermedades, los ocuituquenses reflejan uno de los rasgos típicos de su visión del mundo, a saber: la percepción de sí mismos y de las cosas desde el punto de vista de los oprimidos. Así, uno de los hallazgos centrales de esta investigación se refiere a la tendencia de los ocuituquenses a *contrastar* su salud con sus condiciones de vida y a explicar continuamente sus padecimientos como resultado de dichas condiciones. Una forma alternativa —hipotética para el caso de los ocuituquenses— de dar cuenta de su experiencia de la salud sería aquella en la que la salud significaría básicamente una expresión de la *congruencia* entre vivir en el mundo y estar sano, como ocurre entre las clases sociales medias y altas, es decir, entre aquellos grupos sociales con una inserción relativamente cómoda dentro de la estructura social. Es así posible para los individuos de clases medias y altas *dar por sentada* su salud y decir que están sanos *porque* así se supone que deben ser las cosas. En el concepto de salud de los ocuituquenses, por el contrario, existe una *discrepancia* permanente entre el ser y el *estar* de los individuos. Por ello dicen estar saludables, no *porque*, sino *a pesar* de tener que trabajar tanto, o *a pesar* de mojarse con demasiada frecuencia, o *a pesar* de no tener una dieta adecuada, etc. Experimentar la *salud como congruencia* implica una visión del mundo en la que uno de los resultados lógicos de las condiciones diarias de vida es precisamente la “salud”. Es una visión del mundo en la que, como lo ilustró Herzlich (1973), la salud se puede dar por sentada. La experiencia de la *salud como discrepancia*, por el contrario, connota una visión del mundo donde la realidad cotidiana se percibe como una amenaza permanente para la salud, en la que por lo tanto, los individuos se perciben *resistiendo* a sus circunstancias. Una sensación de opresión, de estar *al fondo de la sociedad* se hace evidente. En este caso, no sólo no se puede dar la salud por sentada, sino que ciertamente se percibe a la enfermedad como el resultado lógico de las condiciones cotidianas de vida. No sorprende, entonces, que la noción de *resistencia* o *aguante* juegue un papel central en el entendimiento de los ocuituquenses respecto a su salud y sus enfermedades.

Sin embargo, los individuos perciben a la *resistencia* como un atributo limitado, que se erosiona con el tiempo. De aquí que perciban

al cuerpo humano como una entidad que se *desgasta* simplemente por existir en esta sociedad, principalmente cuando “existir en esta sociedad” significa, como para los habitantes de Ocuituco, trabajar “duro” para *levantarse*.

La noción de *resistir* lo difícil de las circunstancias de la cotidianidad emerge básicamente de la percepción de estar al fondo de la escala social; es decir, de estar conscientes de sus privaciones económicas. Es justo en esta cuestión, donde la validez de la hipótesis de Herzlich se puede apreciar mejor: el lenguaje de la salud y la enfermedad de un grupo dado refleja la naturaleza fundamental de su relación con los demás y con la sociedad.

Esta noción de *resistencia*, sin embargo, se refuerza todavía más con algunas de las nociones derivadas de la tradición náhuatl, a saber, la idea de que el cuerpo humano debe mantener un equilibrio interno entre lo frío y lo caliente. Por lo tanto, estar en contacto constante con agua puede alterar dicho equilibrio. A pesar de ello, para las mujeres que pasan su vida trabajando en casa, lavando y cocinando, o como trabajadoras domésticas (básicamente lavando la ropa de alguien más), o para los hombres que pasan su vida cultivando la tierra, es imposible no estar en contacto con agua. De ahí que el trabajo y el agua sean percibidos también como amenazas a la salud, percepción que a su vez refuerza la sensación general de que para sobrevivir es necesario *resistir* la realidad cotidiana.

El agua, además, se ha convertido en una amenaza adicional para los ocuituquenses desde que han aprendido que puede contener gérmenes patógenos. Éste es sólo uno de los muchos *cambios* que ha introducido la medicina moderna en población. En la actualidad, los adultos de mayor edad se refieren a este nuevo tipo de conocimiento haciendo énfasis en que “ellos” (los doctores) lo trajeron a Ocuituco.

Herzlich encontró que entre los individuos de la clase media de una sociedad industrializada existe lo que ella llamó una “moralidad de la salud”, es decir, una situación generalizada en la que los individuos se perciben a sí mismos como teniendo el “deber de estar sanos”. En Ocuituco, por el contrario, la situación generalizada es una en la que los individuos se perciben a sí mismos como en permanente amenaza por sus propias condiciones de vida. En este contexto, ciertamente, hay

personas capaces de resistir estas condiciones y permanecer saludables. Desde su punto de vista, no tienen el “deber”, sino la buena “fortuna” de ser suficientemente fuertes para no enfermarse.

La lógica de la desgracia cotidiana explica también la manera en que los accidentes son percibidos y elaborados narrativamente por los individuos, en particular por las mujeres. Es posible distinguir entre ellas un doble patrón de significación: por una parte, las mujeres interpretan como accidentes hechos que desde otra perspectiva llamamos más bien violencia de género; por otra parte, agrupan bajo la narrativa de un accidente sucesos que en realidad ocurren de manera independiente. En ambos casos, es evidente que existe una tendencia a incluir cuantos sucesos sea posible en la interpretación de un accidente. Blaxter (1983) identificó entre las mujeres de Londres una tendencia a integrar un amplio rango de acontecimientos corporales —desde el pasado hasta el presente— cuando explican una enfermedad. Las mujeres de Ocuituco muestran una tendencia integradora similar en relación con los accidentes; la diferencia es que no se centran exclusivamente en los acontecimientos de su propio cuerpo, sino que tienden a incluir una gran variedad de sucesos que se presentan conjuntamente con el accidente. En un mundo en el que los sucesos se perciben como una serie aleatoria cuya incidencia está fuera de su control, las enfermedades y los accidentes representan una oportunidad única para poder dar significado a algunos de estos acontecimientos.

Finalmente, a lo largo de este capítulo hemos ilustrado de qué manera se presentan algunas de las características centrales del sentido común de los ocuituquenses en su interpretación de los síntomas y las causas de la enfermedad. Hemos mostrado, por ejemplo, que la *sensación de incertidumbre* —con las diversas dimensiones que lo componen, como señalamos en el capítulo anterior— se refleja en la *sensación de aleatoriedad* con la que los ocuituquenses perciben que se presentan las enfermedades y los accidentes. La disposición a *enfrentar los acontecimientos inesperados como si fueran algo normal*, se refleja en la tendencia a considerar que algunas enfermedades “caen” en el individuo; la *sensación de precariedad* de la vida diaria se refleja en algunos de los relatos en los que se muestra que el frágil orden cotidiano se ve interrumpido por la aparición de síntomas dolorosos, etc. De igual manera, hemos

mostrado que la concepción prevaleciente de la salud-como-discrepancia está estrechamente relacionada con la sensación *de estar al fondo de la escala social* y la consiguiente necesidad de trabajar duro para *levantarse*; una *sensación de cambio* está presente en la manera en la que los individuos de mayor edad se refieren al hecho de que el agua puede contener gérmenes patógenos (por ejemplo, “ahora dicen que el agua está contaminada”). El hecho de que algunos consideran la violencia como un tipo de “accidente” —perspectiva reforzada implícitamente por las prácticas médicas establecidas— es, sin lugar a duda, reflejo de la *desigualdad de género* prevaleciente en esta sociedad. Finalmente, hemos identificado casos aislados, pero no menos significativos, en los que un hecho se explica al invocar implícitamente una *visión negativa de sí mismos* (por ejemplo, que “los ocuituquenses”, específicamente las mujeres, no hierven el agua porque son flojas). De hecho, únicamente la sensación de *ser explotados* no ha surgido en este análisis de manera evidente, pero como se ilustrará en los siguientes capítulos, ésta es una característica central de la experiencia subjetiva de los ocuituquenses en su interacción con los médicos.

VI. *Susto y caída de la mollera* : la experiencia subjetiva de los padecimientos tradicionales

La existencia de padecimientos tradicionales en el México Central ha sido bien documentada tanto desde una perspectiva antropológica como sociológica (Currier, 1966; Ingham, 1970; López Austin, 1975; Madsen, 1960). Desde estas disciplinas se ha enfatizado que la experiencia subjetiva de la enfermedad —y de los síndromes de filiación cultural— es, por sobre todo, una construcción social, esto es, que factores de orden tanto simbólico como estructural juegan un papel determinante en la constitución de la subjetividad de los individuos. En este capítulo nos concentraremos en el análisis experiencia subjetiva que los habitantes de Ocuituco tienen sobre padecimientos tradicionales, como el *susto/pérdida de la sombra y la caída de la mollera*. El objetivo es dilucidar cómo los individuos atribuyen sentido, interpretan y experimentan esos padecimientos (Fabrega, 1981). Al igual que en el capítulo anterior, el argumento central es que la experiencia subjetiva de padecimientos tradicionales está moldeada tanto por el contexto cultural de los actores, como por las características sociológicas del escenario social donde esos individuos viven. En este sentido, este capítulo no busca determinar la prevalencia de padecimientos tradicionales de este tipo, ni hacer un mero análisis de la lógica subyacente a ellos. Por el contrario, tras revisar los principales aportes teóricos de la antropología sobre el *susto* y la *caída de la mollera*, en este capítulo revisaremos la manera concreta en que esos padecimientos son experimentados en la actualidad por los habitantes de

Ocuituco. Se postula aquí que en este tipo de comunidades, el *susto* y la *caída de la mollera* son paradigmas cognoscitivos que les permiten a los individuos interpretar y atribuir sentido a su problemática realidad cotidiana. Por ello el capítulo concluye enfatizando la necesidad de estudiar la experiencia subjetiva, real, históricamente específica, de los padecimientos tradicionales (es decir, no sólo de los reconocidos por la medicina moderna), en conexión con los rasgos más sobresalientes de la estructura social a la que pertenecen los individuos en cuestión, así como con la visión del mundo que dichos individuos poseen de ese, su propio contexto.

EL ANÁLISIS ANTROPOLÓGICO SOBRE EL *SUSTO/PÉRDIDA*
DE LA SOMBRA Y LA CAÍDA DE LA MOLLERA

La existencia del *susto* ha sido documentada en muchas partes del mundo (Wikan, 1989), incluyendo a América Latina (Rubel, 1964) y, por supuesto, a México (Gillin, 1945). La sintomatología de este padecimiento es muy variada e incluye aspectos tanto físicos como emocionales (Zolla, Del Bosque Tascón y Mellado, 1988). A pesar de las variaciones culturales, existe un consenso básico en el sentido de que los principales síntomas que presentan aquellos que padecen de *susto* son, en el ámbito físico, debilidad, somnolencia, pérdida de apetito, fiebre y diarrea; y en el ámbito emocional, depresión y vacilación. Algunas investigaciones muestran que el *susto* es un padecimiento que trasciende a las comunidades tradicionales y que se manifiesta también en contextos urbanos y altamente industrializados (Baer y Penzell, 1993; Holloway, 1994).

Ha habido múltiples intentos por explicar el padecimiento del *susto* (Trotter, 1982). En algunos casos, se ha propuesto que el *susto* es equivalente a enfermedades caracterizadas por la medicina moderna como hipoglucemia (Bolton, 1981); en otros casos, se ha postulado que el *susto* puede ser medido en términos del grado de estrés social presente en aquellos afectados, y que puede por lo tanto ser explicado básicamente como un desajuste que los individuos presentan con relación a las expectativas sociales que penden sobre ellos (O'Neil y

Selby, 1968; Rubel y O'Neil, 1979; Rubel, O'Neil y Collado-Ardón, 1984). Desde esta perspectiva, el *susto* constituye básicamente un rol social que permite a los individuos afectados escapar temporalmente de las situaciones que los estresan y tensionan. Otros autores sugieren que el *susto* puede relacionarse con experiencias psicológicas asociadas a situaciones de pérdida y duelo (Houghton y Boersma, 1988). De acuerdo a este punto de vista, el *susto* se presenta siempre en relación a situaciones de pérdida (material, personal, física o moral) que a su vez se asocian a ciertas formas de duelo o pesar.

Más allá de los intentos de equiparar al *susto* con factores meramente psicológicos, otros autores sostienen que la interpretación de este padecimiento no puede ser reducida a categorías médicas occidentales, y sugieren que sólo puede entenderse este fenómeno dentro del contexto cultural de los individuos afectados (Lipp, 1987). Sin embargo, la interpretación del *susto* en conexión con contextos culturales específicos, ha dado lugar a una serie de controversias registradas en la literatura especializada. De central importancia es la controversia sustentada por Foster, López Austin y Ortiz de Montellano. El primero de estos autores sostiene que la teoría de lo caliente y lo frío que se encuentra en América Latina —y su consecuente asociación con el *susto* y la *pérdida de la sombra* tiene sus orígenes en la teoría humoral hipocrática introducida por los árabes en España y traída al continente americano por los españoles (Foster, 1953; Foster, 1978; Foster, 1987; Foster, 1992). López Austin y Ortiz de Montellano, por el contrario, sostienen que la medicina prehispánica tenía su propia teoría de lo caliente y lo frío, y que a su vez dicha teoría era parte de una cosmovisión más integral (López Austin, 1975; López Austin, 1988; Ortiz de Montellano, 1986; Ortiz de Montellano, 1989). De acuerdo con López Austin (1988: 204-205) el concepto de “sombra” que actualmente se usa en muchas comunidades mexicanas, deriva de la antigua noción de *tonalli*. Una característica particular del *tonalli* era su capacidad de abandonar el cuerpo de los individuos, normalmente como resultado de un *susto*. Se creía que los niños son particularmente vulnerables a la salida del *tonalli* debido a su incompleta osificación de la fontanela sagital (Aguirre Beltrán, 1973:47). Se creía también que la salida del *tonalli* producía un vacío o un hueco que podía observarse en la depresión craneana que

hoy se conoce como *caída de la mollera*. Se creía que cada vez que el *tonalli* se separaba del cuerpo era devorado por espíritus hambrientos de su energía, y que esos mismos seres habían provocado el *susto* que había liberado al *tonalli*. La recuperación de la *sombra* (o *tonalli*) se lograba a través de su intercambio o sustitución por otros bienes de naturaleza caliente, como el chocolate, los chiles, los listones rojos, elementos que se creía eran anhelados intensamente por esas criaturas frías y de naturaleza telúrica o acuática. En otros casos, sin embargo, el *susto* era considerado un evento caliente y los bienes que se usaban durante el proceso terapéutico eran “fríos” (Reyes, 1988).

La controversia originada por Foster, López Austin y Ortiz de Montellano no ha terminado. No obstante, para investigaciones sobre *susto* realizadas en comunidades mestizas, como la reportada en este capítulo, esta controversia tiene sólo una importancia indirecta debido a que las concepciones contemporáneas sobre el *susto* han perdido por completo cualquier sentido relacionado con un origen europeo o náhuatl, y han adquirido una nueva lógica estrechamente relacionada a las condiciones actuales de vida. Algunos autores han mostrado que el *susto* puede ser conceptualizado de diversas maneras tanto al interior de una misma comunidad —dependiendo del bagaje cultural (indígena o ladino) de los propios actores (Signorini, 1982)— como entre comunidades vecinas, dependiendo de las características estructurales de cada una de ellas. Es en este sentido que se postula que el *susto* es esencialmente un fenómeno social (Logan, 1979:162). Como mostraremos en este capítulo, el *susto* es, en efecto, un fenómeno social que también puede ser estudiado como un indicador de las relaciones sociales —de género y de opresión— existentes dentro de una comunidad. Es verdad que la investigación contemporánea sobre el *susto* clama por nuevos abordajes que permanecen aún insuficientemente explorados (Logan, 1993). Uno de ellos, propuesto por Tousignant, postula la posibilidad de interpretar el *susto* explorando las relaciones simbólicas no reconocidas explícitamente por una cultura dada. Una interpretación de este tipo nos permitiría identificar “vínculos significativos entre elementos discretos que [son] descritos como muy importantes por los informantes cuando [exponen] sus creencias [sobre el *susto*]” (Tousignant, 1979:358). Bajo esta perspectiva, el *susto* puede

ser concebido “esencialmente como un sistema de creencias que busca conferir un sentido a los eventos trágicos de la experiencia cotidiana (*ibid.*, pp. 359). Los hallazgos de Kearney también pueden analizarse con este enfoque. El autor muestra que es posible interpretar el *susto* en conexión con una de las características cognoscitivas de los habitantes de una comunidad zapoteca: la tendencia mental a normalizar lo inesperado (Kearney, 1972). El enfoque básico de los estudios que adoptan esta perspectiva debe ser, en consecuencia, el significado que los individuos afectados por el *susto* atribuyen tanto a las causas como a los síntomas de este padecimiento, precisamente el abordaje que privilegamos en nuestra investigación.

Desde una perspectiva similar, en este capítulo exploraremos también el tema de la *caída de la mollera*. Como el *susto*, éste es un padecimiento que ha sido documentado por varios autores (Foster, 1979; Garro, 1986). Como se señaló más arriba, algunos autores sostienen que el padecimiento se encontraba entre los aztecas antes de la llegada de los españoles, y postulan que en sus orígenes se asociaba a la pérdida del tonaii (Trotter, Ortiz de Montellano y Logan, 1989). Otros, en cambio, sostienen que este padecimiento tiene sus orígenes en la cultura española (Foster, 1992). Se ha demostrado que la depresión de la fontanela es un fenómeno biológico existente en muchas sociedades alrededor del mundo y que cada cultura posee su propia forma de nombrarlo y de explicar su ocurrencia (Kay, 1993). Cualquiera que sea su origen, su conceptualización contemporánea no siempre guarda relación con la pérdida de la sombra. Los dos padecimientos son considerados en la actualidad como independientes uno del otro. En lo que sigue mostraremos que la interpretación contemporánea de los ocuitquenses de este padecimiento constituye un sistema de creencias que, como el *susto*, permite a los individuos ordenar de una manera coherente eventos que se presentan como disconexos.

La experiencia subjetiva del *susto* y la *pérdida de la sombra*

Etiología: las condiciones de vida y las causas del *susto*

Los ocuitquenses pueden padecer de *susto* debido a varias razones:

El niño grande está asustado porque ahí abajo, ahí junto a doña Adelaida, está un perro negro que no me lo puede ver. Cada vez que lo ve pasar o lo ve bajar me lo corretea... No me lo ha mordido, lo único que orita *se espanta* (F27/1992:748-759)

Aunque cualquier tipo de evento inesperado puede provocar un *susto*, existe un patrón interesante en lo que se refiere a la naturaleza de estas causas, que depende de si las víctimas son niños, hombres o mujeres. Generalmente, los niños se asustan porque le temen a los animales o por sufrir accidentes de poca importancia:

...cuando mi hermana se murió., dejó su niño chiquito, entonces su papá lo andaba trayendo por ahí como ahora, ahorita que hay yerba, y se le sube un gusano al niño y en la noche dice que gritaba, en toda la noche no durmió y me dice al otro día mi cuñada: ‘crees que mi hijo no durmió en toda la noche: lo *espantó* el gusano’ (F15/1988.412-422).

Los hombres, por otra parte, normalmente padecen *sustos* por razones relacionadas con su trabajo. Algunas veces el individuo se puede llevar un *susto* en circunstancias dramáticas. Por ejemplo, un hombre que trabajaba en Cuautla, que repartía periódico en su bicicleta, relata:

Una vez atropellé a una niña. Me acuerdo que la agarré del cuerpo todo esto, así. Y cayó la criatura y me botó los periódicos (...) Yo me *espanté* mucho y agarré la criatura y le pegaba yo aquí (en la cara), me acuerdo bien, y la criatura no se movía, le comenzó a salir sangre de las narices y de los oídos (...) me escapé (M45/1992:502-519)

Las mujeres por su parte, se asustan a consecuencia de su papel de cuidar a los demás, ya sea por una enfermedad repentina o un accidente en el que se vean envueltas personas importantes para ellas:

Tuve un *susto* de que mi mamá se enfermó de un de repente... como embolia le dio (...) Le digo: ‘mami, mami vamos a desayunar’ y ya no me respondió. Ya no me habló y nomás de repente le vi la boca chueca, la boca y un ojo. ¡Ay! Yo salgo y pego de gritos, digo: ¡mi mamá ya

no me habló, ya no me respondió!'. Entonces yo me meto y, claro, me *espanté*, ¿no? (F42/1988: 52-81).

Las mujeres también se *asustan* como resultado de la violencia existente y como consecuencia de su subordinada condición de género. Dependiendo de la seriedad del *susto*, las consecuencias pueden llegar a variar mucho:

Fuimos [dos mujeres] a traer leña por allá por el monte y por allá salieron unos hombres, fíjese, yo, mi hija y otra señora, *que esa señora se murió del susto*. No nos pudieron hacer nada porque en ese mero momento pasó mi papá (...). Lo único que sí, a mi papá sí le dije que se me había quitado [mi menstruación¹ y hasta el Padre, porque me confesé y se lo dije al padre porque sí fue el *susto* que llevamos y sí, se me quitó a causa de eso (F1211988:590-609) .

Consecuencias: pérdida de la sombra y pérdida de la salud

En ocasiones, se hace referencia al *susto* como causa directa de muerte, como lo ejemplifica el testimonio anterior. En otros casos, se cree que es un factor que dispara otros padecimientos (normalmente, una enfermedad moderna), que a su vez produce la muerte. Sin embargo, aun en estos casos se dice que el *susto* es la principal causa de muerte:

—¿Cómo fue que su nuera se murió?

—*De un susto que llevó*. Mataron al difunto, a mi hijo. Lo mataron un 30 de diciembre y al día siguiente fue a Yecapixtla y le robaron el dinero, le rajaron con una tijera los bandidos y se *espantó* mucho. Y de ahí comenzó a estar enferma.

—¿De qué?

—Pues yo me imagino que ahora que ya se va registrando eso de diabetes, ella comenzó a hincharse de los pies, primero uno, después comenzó con un dedo, después una mano, la cara. Y a la definición, se

hinchó toda ella. Dicen que se le volvió agua la sangre (F11/1988:493-510)¹

De esta manera, aunque el *susto* lo experimentan tanto los hombres como las mujeres, sus causas están en función de la condición social de los actores, conforme a lo hallado en los relatos de los informantes. Para los hombres, el *susto* tiene relación con su trabajo, mientras que para las mujeres es un evento experimentado ya sea en su papel de cuidar a los demás o como consecuencia del carácter violento de la sociedad en que viven.

Como consecuencia de recibir un gran *susto*, o de acumular varios de ellos, se observa la *pérdida de la sombra*. A pesar de la variabilidad de las causas del *susto*, existe una coincidencia general en lo que se refiere a los signos y síntomas de la *pérdida de la sombra*. ¿Qué se siente haber perdido la *sombra*? Los entrevistados reconocen dos etapas en el proceso del *susto* en los niños. Puede ser que simplemente estén *asustados*, en cuyo caso lloran continuamente durante la noche y no pueden dormir. O pueden, efectivamente, haber perdido su sombra, en cuyo caso los síntomas serán similares a los que experimentan los adultos:

Un niño que llega a sufrir un *susto* pos después nomás se anda durmiendo y hasta que no le ponen la sombra, ya (M40/1988:287-289)

Para los adultos, por el contrario, la diferencia arriba mencionada no aplica, ya que utilizan ambas expresiones (estar asustado y no tener sombra) por igual. La pérdida de la sombra es un padecimiento que no presenta dolor, caracterizada por un sentimiento de debilidad y en general, por una disminución de las actividades personales que

¹ Hay que notar en este relato la influencia del proceso de medicalización que se lleva a cabo en esta comunidad. Esta mujer mayor (de 68 años de edad) incorpora muy claramente en su explicación un concepto médico recientemente desarrollado: la diabetes (“Pues yo me imagino que ahora que ya se va registrando eso de diabetes”). La mujer incluye este concepto, independientemente de la coincidencia objetiva entre los signos que menciona y los signos y síntomas reales de la diabetes.

normalmente dura varios días, hasta que se descubre la naturaleza del problema:

...yo no tenía hambre, andaba nada más con desganzo de los brazos, de las piernas, aquel frío.. .Y no tenía hambre sino nomás estaba yo adelgazando y adelgazando y flaca, toda flaca. Y luego me decía mi señor: ¡ándale, vamos a ver al doctor!'. Le digo: pos si qué cosa vamos a ver si a mí no me duele nada!'. Lo único nada más que aquel desganzo, aquella flojera, yo hacía mi quehacer porque les tenía que dar a mis hijos, pero no con gusto (F42/1988:85-101)

El testimonio anterior vuelve a corroborar la manera como se percibe a los médicos y la medicina moderna desde la perspectiva de muchos de los ocuitquenses. Existe una asociación directa entre los doctores y el dolor, como si solamente se visitara al médico (o por lo menos, la razón principal para visitarlo) cuando el paciente siente dolor. De no ser éste el caso, al igual que en el ejemplo mencionado, los individuos sienten que algo anda mal con su salud, pero dejan de pensar en los médicos como opción de atención a la salud. La identificación de estos síntomas es una habilidad que a veces se aprende en casa, es una capacidad que se transmite de generación en generación. Las mujeres, en especial las suegras, juegan un papel muy significativo en este proceso:

Cuando se espanta uno, mire, tiene uno flojera y ese sueño de las nueve, diez, once de la noche... y nomás se siente el cuerpo desganzado y decía mi suegra: 'no tiene la sombra' (F15/1988:362-367)

En otras ocasiones, sin embargo, estos síntomas se reconocen como un *susto*, como resultado de un diagnóstico específico de algún curandero local:

Y dilaté como un año, así andaba yo y nomás quería yo dormirme en lugar de hacer algún trabajito, no, nomás me quería yo dormir. Entonces le pregunté a mi nuera: '¿no sabes tú mujer qué es lo que me pasó? Tengo hartó sueño, no sé qué es lo que me pasará'. Y me fue a traer a la

señora aquella. Vino la señora Tranquilina y me dijo: no tiene la sombra, con razón te ha de dar sueño fácilmente', sí (M34/1988:105-117).

Sin embargo, acudir a los curanderos no siempre es la primera opción. De la misma manera en la que a veces se abandonan los procedimientos de curación tradicionales para probar los que ofrece la medicina moderna, hay personas que invierten esta secuencia para explorar los métodos tradicionales después de haber probado la medicina moderna. Ambos tipos de medicina tienen algo que enseñar, de acuerdo con las experiencias de los individuos. Una mujer que en primera instancia se rehusó a ir al un médico (como se citó con anterioridad), narra:

...entonces le digo: 'bueno, si quieres vamos con la doctora'. Y ya que me lleva. Y sí, me estuvo dando vitaminas y ya pos me compuso. Después me vio una señora y me dice: '¿sabes qué? Tú lo que tienes es que no tienes la sombra... pos no, no la traes. ¿Sabes dónde la llevas? Aquí, hasta aquí (en el antebrazo) ¿Por qué te has dejado mucho?'. Le digo: no, no sabía Y ya entonces me dicen mis hijas: no mamá, vaya a ver a esa señora Tranquilina'. Y ya que la voy a ver hasta allá y le digo a la señora: 'pero revísemela usted a ver si no la tengo'. Pos yo todavía dudaba que la otra señora me había engañado ¿no? Yo sentía pos que no era eso. Y me dice: '¡ay m'hija, no tienes la sombra! Mira: la llevas hasta aquí. ¿Por qué te dejaste mucho. Yo creo no crees tú en esto de la sombra, por eso ya te dejaste mucho'. Le digo: 'entonces la espero a usted si me la va usted a poner' (F42/1988:107-137).

Este extracto contiene varios fragmentos de información que vale la pena analizar. Primero, existe un rechazo inicial de parte de esta mujer a acercarse a las medicinas alternativas. Dudaba en ir con la doctora porque «no sentía ningún dolor». Dudaba también del diagnóstico que la había dado el primer curandero porque no estaba familiarizada con este tipo de diagnósticos. Por esa razón, según sus propias palabras, buscó una segunda opinión (de otro curandero). Desde la perspectiva de la doctora, esta mujer padecía simplemente de una debilidad general. Desde la de los curanderos, por el contrario, el

caso era mucho más serio: esta mujer había *perdido su sombra*. Finalmente, ambos abordajes médicos le ofrecieron una cura (vitaminas en un caso, restaurar la sombra, en el otro).

Curación: sombras de un antiguo intercambio

Los procedimientos curativos contemporáneos se asemejan a las antiguas tradiciones náhuas descritas por fuentes antropológicas, aunque se observan variaciones entre un curandero y otro en cuanto a los métodos específicos que se utilizan. La medida básica es “sentir el pulso del enfermo”. Los curanderos buscan el pulso en el brazo del paciente, empezando por la muñeca y desplazándose hacia arriba, hasta el hombro, hasta encontrar el pulso o la sombra. Después,

“La sombra se les restituye, o sea se les tienta hasta donde está su sombra [en el antebrazo]. Entonces ya, con agua en su boca, quién sabe qué aguas, creo que es agua normal, quién sabe cómo les hace así con su boca, como que les gorgorea todo esto hasta su cabeza... Entonces ya de la cabeza ya baja así y son tres veces las que les hace así.

Cada vez que les hace así echa un maicito al agua bendita, un maicito de esos colorados. Y como que le hace unas oraciones así ¿no? Y dice: ‘sombra, ven a tu centro, ven’. Así le va diciendo. Entonces ya también son tres veces las que les hace, tres curaciones y ya se les quita lo de la sombra (M49/1988. 143-170).

El procedimiento de curación del *susto* implica uno de los procesos sincréticos más interesantes en Ocuituco, porque algunas veces consta de una combinación de medicina moderna, religión católica y tradiciones náhuatl. Los médicos pueden intervenir si la causa del *susto* trajo como consecuencia heridas en el cuerpo, o si se les escoge para una exploración (como se ilustró anteriormente). Sin embargo, su papel es completamente marginal porque “...aunque se esté cura y cura con doctores, no se alivia” (F19/1988: 693-695).

Así, la competencia entre doctores y curanderos gira alrededor de la definición del problema. Los médicos son capaces de tratar

una debilidad general, pero sólo los curanderos tradicionales tratan la *pérdida de la sombra*. Como sea que se defina el problema, éste tiene grandes repercusiones en la manera en que el enfermo interpreta el problema y sus causas.

Existe un acuerdo generalizado entre los que han sufrido la *pérdida de la sombra*, de que después de una curación el enfermo empieza a sentirse mucho mejor:

Me sentí mejor porque ya hasta ni quería yo comer, con eso le digo todo. Y por eso es que la sombra *también* es delicadita, parece que es una cosa que no es nada pero sí. ¡Muchos no creen! (M34/1988:122-128).

Las personas saben que el *susto* es un padecimiento cuya existencia es cuestionada por la medicina moderna. Esto explica por qué los que creen en ella frecuentemente hablan haciendo referencia a una *controversia*. En otras palabras, los que creen en el *susto* han tenido que aprender a experimentar esta enfermedad en medio de un debate continuo entre los simpatizantes de los paradigmas médicos tradicionales y de los modernos. Que la *pérdida de la sombra* es también una enfermedad seria (como lo ejemplifica el último extracto, arriba mencionado) es una exigencia de que se le iguale a otras enfermedades serias, reconocidas por los que han adoptado el paradigma de la medicina moderna.

La competencia entre la modernidad y la tradición es desigual, puesto que mientras los médicos tienden a no considerar seriamente el paradigma tradicional y todas sus enfermedades concomitantes, es frecuente ver a los curanderos tradicionales invitando a los individuos a que no pierdan contacto con los médicos modernos. Con todo, en medio de esta lucha, los individuos todavía hacen lugar para tomar sus propias decisiones, esto es, para su propia capacidad interpretativa. En el testimonio que se mencionó con anterioridad de una mujer a quien en un principio una doctora le había prescrito vitaminas y a quien más tarde dos curanderas le dijeron que había perdido su sombra, se narra lo siguiente:

Y ya llega y me dice: ‘pos ora a ver cómo sigues, y síguete curando con la doctora’. No, fíjese que ya ni fui a ver ni he vuelto a ver al doctor porque pos *ya no me duele nada*. Le digo pues me compuso la *sombra*. Desde entonces me siento mucho mejor, ya no he, que diga yo no tengo hambre, no tengo ganas, que las flojeras ya ve usted que nunca se quitan (risas), pero, este, así con enfermedad ya no (F42/1988:147-157).

Es notable la razón que da esta mujer para ya no acudir con la doctora, a pesar del consejo que le dio la curandera. Al decir que no iría más con ella porque ya no tenía dolor, refuerza la observación que hemos venido haciendo en el sentido de que desde la perspectiva de los ocuituquenses se asocia a los médicos con el dolor. Dicho de otra manera, parece ser que vale la pena ir al doctor si se tiene un dolor específico que deba ser aliviado.

El significado: articular un mundo inarticulado

Desde el punto de vista del análisis que hemos realizado hasta ahora, es evidente que el antiguo significado náhuatl del *susto* prácticamente ha desaparecido de Ocuituco. Los habitantes de este lugar ya no pueden elaborar en términos tan refinados, como los que se resumen al principio de este capítulo, el significado tradicional del padecimiento que llaman *susto*. Por ejemplo, cuando se les preguntó directamente qué quieren decir exactamente con *sombra*, la mayoría de los informantes no pudo dar una respuesta elaborada. Sus respuestas simplemente hacía referencia a la noción genérica de “alma” o eran redundantes (“la sombra es cuando se pierde la sombra”). A pesar de ello, lo que sigue siendo relevante es la manera históricamente específica en la que los ocuituquenses contemporáneos experimentan subjetivamente este padecimiento. De esta manera, el *susto* ha sobrevivido como un padecimiento tradicional dentro de un contexto de condiciones sociales que promueven su existencia ininterrumpida: la *aleatoriedad*, las condiciones de *precariedad* y, sobre todo, la *frecuencia de lo inesperado*. Una gran variedad de eventos inesperados provocan *susto* y dan como resultado que las personas *pierdan su sombra*. El *susto* y su tratamiento preservan

todavía algo de los antiguos procedimientos curativos de los náhuas, aunque dicha racionalidad no esté presente necesariamente en la mente de los ocuituquenses. Dicho de otra manera, esta enfermedad y estos procedimientos tienen significado para los ocuituquenses no porque recurran a una antigua teoría náhuatl para darles sentido, sino porque, con base en sus condiciones actuales de vida, los individuos pueden dar nuevos significados a estas creencias y prácticas tradicionales.

Los ocuituquenses incorporan a esta enfermedad y al tratamiento correspondiente, una de las características principales de su sociedad, a saber, el flujo constante de *eventos inesperados*. Sin duda alguna, el *susto*, en más de un sentido, es un padecimiento equivalente al “estrés” (concepto que no existe en Ocuituco²) en las sociedades modernas. Como en el caso del *susto*, “cuando se le pregunta específicamente, la gente suele no tener una idea clara de lo que es el estrés, sin embargo se hace una clara asociación entre ese concepto, el corazón y la mente” (Pollock, 1988: 382). La noción de *susto* presupone lo inesperado, de la misma manera que el estrés implica presión, tensión y un cierto ritmo de la vida cotidiana. Desde un punto de vista conceptual, el *susto* y el estrés son comparables. Ambos son construcciones sociales utilizadas por los individuos para dar cuenta de algunas de las características principales de su vida social. En Ocuituco, el *susto* sirve para dar cuenta de los efectos emocionales y físicos del gran rango de eventos inesperados que experimentan sus habitantes. En las sociedades modernas el “estrés” sirve para dar cuenta de los efectos emocionales y físicos del rápido ritmo de vida de los individuos (Pollock, 1988). Ambos padecimientos hacen referencia al devenir de los cambios de la vida diaria y sin embargo hacen énfasis en dimensiones completamente distintas: el estrés se centra en la velocidad de los cambios y descansa en el supuesto de que estos cambios son relevantes; por el contrario, el *susto* se centra en la naturaleza o en el contenido de estos cambios, suponiendo que se presentan a un cierto ritmo. Ambos conceptos (*susto* y estrés) carecen de una definición precisa y ambos, sin embargo, connotan una teoría de su propia sociedad.

² Sin contar al cardiólogo que ha detectado muchos casos de estrés y síndrome de ansiedad.

Tanto los médicos como los curanderos tradicionales gozan de un estatus especial en Ocuituco, lo que les da el derecho a reconocer una enfermedad, etiquetarla, diagnosticarla y curarla. Los individuos a menudo aceptan uno de estos diagnósticos y descartan el otro, o lo agrupan como parte del que aceptan. Considérese, por ejemplo, el caso antes mencionado de la mujer que primero dudó en ir con la doctora y después acudió a ella. Después de que la doctora le dio vitaminas, dos curanderas tradicionales diferentes le diagnosticaron que había *perdido su sombra* y finalmente una de ellas la curó. Hizo caso omiso del consejo de acudir nuevamente con la doctora. Cabe preguntarse qué hace que una persona como esta mujer opte por el diagnóstico tradicional en vez del moderno. La teoría del *susto* permite integrar en una secuencia significativa una amplia gama de eventos cotidianos (incluyendo los violentos), que se perciben como *inesperados* y *aleatorios*. El *susto* es un padecimiento que permite ordenar en una cadena causal (y significativa) una serie de eventos que de lo contrario quedarían inconexos. Por otro lado, un diagnóstico médico como el de “debilidad” y un tratamiento basado en vitaminas, constituyen un procedimiento médico demasiado específico y estrecho para el individuo que necesita ordenar sus circunstancias diarias en términos significativos. Dado que, desde una perspectiva médica moderna, la “debilidad” no está relacionada con eventos cotidianos inesperados, a los individuos les parece el diagnóstico médico de “debilidad” menos atractivo que el de *susto*. El *susto* se considera una enfermedad seria, tan seria como los acontecimientos que normalmente la causan. De esta manera, eventos como el asesinato de un hijo, el asalto a una nuera y su muerte causada por “diabetes”, que hizo que su sangre se convirtiera en agua; o eventos como una embolia repentina de la madre o el ataque a dos mujeres en el campo por varios hombres, la desaparición de la menstruación de una de ellas y la muerte de la otra, derivadas de dicho ataque; o incluso sucesos aislados, como atropellar a una niña con una bicicleta; son todos ellos sucesos que una vez conectados en términos causales a una enfermedad como el *susto* se vuelven verosímiles y se pueden relacionar entre sí en términos significativos, disminuyendo parcialmente con ello el sentido de incertidumbre presente en los habitantes de esta localidad.

Crear en el *susto*

Es claro que el *susto* constituye una manera de lidiar con lo traumático, lo amenazante y lo peligroso. Pero la manera en que los ocuituquenses “creen” en el *susto* es también un reflejo de sus condiciones de vida. El *susto* es un padecimiento ampliamente reconocido por la mayoría de los individuos de esta comunidad. Existen muchas evidencias de personas de diferentes edades (jóvenes y mayores), sexos (hombres y mujeres) y niveles de escolaridad (alto y bajo) que creen en esta enfermedad y la consideran como una eventualidad real. Naturalmente, hay algunos “no creyentes”. Éstos se pueden encontrar básicamente entre los hombres, tanto de generaciones jóvenes como de más edad. Estos dos grupos de “no creyentes” dicen que *tienden* más bien a no creer en el *susto*, aunque dan diferentes razones para ello. Los hombres de más edad argumentan que creer en el *susto* es un pecado, porque en lo que deben de creer es en Dios:

Bueno, pero mire usted que yo desde que nacieron mis chamacos *casi eso no lo creí*. Porque el espanto y que sombra y todo eso, no, *casi no existe eso*. Nosotros de eso no pensamos. Ni antes ni ahora menos. Porque fíjese que hay una cosa: el que está bien centrado en las cosas de Dios, no hay porqué lo embrujen, no hay porqué, bueno, a veces ni porqué le peguen. Pero claro, si usted anda metiéndose en problemas aquí y allá pos sí hay probabilidad de que a uno le hagan algo ¿verdad? (M3711988.86-95).

De esta manera, los hombres de más edad que no creen en el *susto* manifiestan que no creer en ello es posible debido a la disponibilidad de un paradigma alternativo —la religión— dentro del cual pueden interpretar sus circunstancias. Aún así, como se ilustró anteriormente, no descartan por completo la posibilidad de creer en ello, ya que usan expresiones como “casi no creo en eso” o “no creo mucho en eso”.

Los jóvenes que dicen no creer en el *susto* presentan una ambivalencia similar, aunque no recurren a la religión para justificar su incredulidad. Los jóvenes tienen un nivel relativamente alto de escolaridad y parecen adherirse a un tercer paradigma —que no es la religión ni la

tradición, sino la “modernidad” transmitida a través de la educación—; no obstante, ellos también están abiertos a la posibilidad de eventualmente creer en ello si se enferman precisamente de *susto*. Por ejemplo, a un joven de 20 años de edad, con 9 años de escolaridad, que trabaja reparando televisores, se le preguntó si creía que el *susto* era realmente una enfermedad. El contestó:

O sea yo no, pero por ejemplo hay un dicho que dicen acá que no es bueno creer pero es bueno curarse’. O sea *casi no creo en eso* pero sí hay mucha gente, la mayor parte de la gente cree en eso (M50/1988:102-106).

Evidentemente, el razonamiento subyacente de este testimonio es algo así como “no creo en el *susto*, pero si me enfermo de un *susto* me voy a tener que curar”. Otro joven de 20 años, con 12 años de escolaridad, contestó a la misma pregunta:

En mí, en lo personal, pos yo diría que no. De maldad y de todo eso, no. *Aunque a lo mejor sí existe* pero para mí no (M46/1988:142-147).

Aparentemente, éstas son afirmaciones contradictorias, porque “*casi no creer en algo*” o “no creer *mucho* en algo” son expresiones que implícitamente apoyan a ambas posiciones (cree y no creer) al mismo tiempo. Sin embargo, un análisis más a fondo revela que para estos individuos “no creer” tiene un significado específico. Para ellos “no creer” no es lo mismo que categóricamente afirmar, por convicción personal, que algo no existe y, como consecuencia, vivir “como si” dicha cosa no existiera. De hecho, “no creer” en Ocuituco presupone una actitud mucho más modesta, que conlleva expresar una opinión personal y al mismo tiempo respetar la omnipotencia de la realidad. La expresión “yo no creo pero a lo mejor existe” es una síntesis perfecta de dos capacidades humanas históricamente presentes en Ocuituco hoy en día, como son la creatividad humana (por ejemplo, una habilidad para juzgar e interpretar un fenómeno dado en términos personales) y una disposición para enfrentar la posibilidad de un *evento inesperado*. En otras palabras, es un manera de decir no creo en el *susto*, pero ¿quién soy yo para decir si algo así existe o no?” Es, en resumen, una expre-

sión perfectamente congruente con la manera en la que los individuos perciben al mundo, un mundo de eventos repentinos (la realidad de enfermarse verdaderamente debido a un *susto* podría ser uno de estos eventos inesperados), en el que es necesario estar listo siempre para hacer frente a lo *inesperado como algo normal*.

En conclusión, el *susto* puede ser considerado como un padecimiento comprensivo, en el sentido de que puede ocurrirle a cualquiera y cuya interpretación da cabida a un gran número de causas.

La experiencia subjetiva de la *caída de la mollera*

A diferencia de la pérdida de la sombra, la *caída de la mollera* es considerada principalmente un padecimiento infantil. Se cree que la causa es fundamentalmente un golpe accidental o voluntario en la cabeza del niño. Las causas más comunes son que el niño caiga de los brazos de la madre o de la cama:

Se les cae la mollera aquí al niño cuando se cae uno con ellos o los deja caer de arriba pa'bajo (F111988:442-444).

Desde el punto de vista de los ocuituquenses, la *caída de la mollera* puede ser una enfermedad fatal si no se le atiende prontamente:

Me dice mi madre: 'es *caída de la mollera*'. Dije: 'pos no sé qué cosa sea esa'. Dice: 'vamos, te llevo'. Que me lleva con una señora que curaba de la mollera y del abierto de la cabeza. Me dice: 'uy, ese niño ya se temoría, está abierto de cabeza, muchacha! (F1/1988:881-886).

Este padecimiento presenta tres signos básicos. Un simple examen visual permite notar que la cabeza del bebé está sumida y concluir así que la mollera se ha caído. Si un bebé repentinamente presenta dificultades para mamar o tragar, se considera con mayor frecuencia que estos son signos de que la mollera se ha caído, independientemente de cualquier otra evidencia física que apoye el diagnóstico. Juntamente

con estos signos, se observa el tercer criterio que es la aparición de diarrea, que sirve para confirmar la presencia de este padecimiento:

—¿Y al bebé nunca se le cayó la mollera?

—Bueno, en eso estoy pensando, porque ayer estaba la cama y la niña, yo no la vi, estaba otra niña, mi sobrina, y dice que estuvo brincando, cayó sobre de él, su cabeza, y yo pienso que a lo mejor eso fue también de la mollera porque no tenía diarrea y ya hoy amaneció con mucha diarrea... La quiero llevar en la tarde con la curandera, a ver si es eso. Si no, pues le buscaré con médico (F27/1988.361-381).

Es interesante observar que esta mujer habla de buscar *otro médico* en caso de que ir con el curandero no funcione. Esto es indicativo de la tendencia de los ocuituquenses a identificar como equivalentes a los “doctores” a los curanderos locales. Los niños que presentan *caída de la mollera* pueden ser curados. El tratamiento consta básicamente de intentar levantar la mollera para restaurar así su forma original. Esto se puede lograr de varias maneras, siendo la más común el empujar hacia arriba el arco palatino de manera que la mollera “se bote hacia arriba”. El tratamiento incluye también, en ocasiones, el sostener al bebé de cabeza y sacudirlo violentamente, para que la mollera regrese a su lugar. Una tercera variante del tratamiento consiste tanto en soplar hacia el interior de la boca del bebé, como en succionar la mollera desde su superficie.

Existen por supuesto, interpretaciones alternas para esta enfermedad que, habiendo surgido del proceso de *cambio* que experimenta la comunidad en cuanto a cuestiones médicas, contribuyen en gran manera a generar un ambiente de *controversia*. La interpretación más importante es la de la medicina moderna que sostiene que la depresión de la fontanela es el resultado de una deshidratación severa (que a su vez se puede deber, entre otras razones, a la presencia de diarrea). De hecho, algunos individuos, principalmente los adultos jóvenes con cierta escolaridad, prefieren esta teoría. Una mujer de 34 años de edad, con 9 años de escolaridad, decía:

Pero ya a mis hijos pues ninguno está levantado de la mollera. O sea que yo me hice a la idea, lo llevaba yo con un doctor y me decía que se le sumía por deshidratación, y que hay que darles agua, o té o suero y ya (F45/1992:603-610).

La cadena causal o continuo basada en la perspectiva médica moderna (como se indica en el esquema 6.1) va desde la presencia de diarrea al principio del proceso; deshidratación; y la depresión de la fontanela al final. La existencia de un golpe a la cabeza no tiene lugar alguno en esta secuencia.

ESQUEMA 6.1

ETIOLOGÍA MÉDICA DE LA DEPRESIÓN DE LA FONTANELA

Diarrea ⇒ Deshidratación ⇒ Depresión de la fontanela

Elemento ausente: golpe fuerte.

Por el contrario, para muchos ocuituquenses la cadena causal comienza con algún tipo de golpe a la cabeza, que resulta en la *caída de la mollera*, que a su vez resulta en la presencia de diarrea que eventualmente conduce a la muerte de la víctima (esquema 6.2). En esta teoría, la presencia de la deshidratación no ocupa un lugar en la secuencia. Estas dos cadenas etiológicas ofrecen interpretaciones contradictorias del mismo fenómeno.

ESQUEMA 6.2

ETIOLOGÍA OCUITUQUENSE DE LA *CAÍDA DE LA MOLLERA*

Golpe en la cabeza ⇒ *Caída de la mollera* ⇒ Diarrea

Elemento ausente: deshidratación.

Existe un desacuerdo fundamental con relación a cómo los habitantes de Ocuituco consideran la *caída de la mollera*, ya que depende del paradigma que suscriban. Para los pocos habitantes que entienden este padecimiento desde una perspectiva médica moderna, es importante controlar la diarrea para prevenir la deshidratación. Sin embargo,

para la población que acepta el paradigma ocuituquense, lo más importante es prevenir que los niños tengan accidentes, especialmente caídas y golpes en la cabeza, eventualidades que, en definitiva, constituyen peligros reales para niños que viven dentro de un ambiente de alto riesgo —que resulta de las privaciones económicas como lo es Ocuituco.

El elemento central del paradigma ocuituquense, aquél que desata todo el proceso de la *caída de la mollera*, es un evento *repentino*, *inesperado*, como lo es un accidente. De esta manera, un elemento de *aleatoriedad* está presente en la etiología de este padecimiento. Los accidentes y los golpes a la cabeza, por el contrario, no se incluyen en el paradigma médico dada su definición diferencial del problema. Desde esta última perspectiva, el problema es básicamente una severa deshidratación que, sin duda, frecuentemente es consecuencia de una falta de condiciones higiénicas en el pueblo. Desde luego, existe un lugar dentro de la teoría de la medicina moderna para dar cuenta de estos accidentes, que se consideran como eventos inesperados que epidemiológicamente varían por grupos de riesgo diferencial. Sin embargo, el punto importante aquí es que la medicina moderna no considera a la *caída de la mollera* como un padecimiento real, sino simplemente como un signo (depresión de la fontanela) de otro desorden, es decir, de la deshidratación. En esta definición alterna del problema, los accidentes y los eventos aleatorios carecen de un lugar en la etiología de la enfermedad. Por el contrario, cuando el problema se define como *caída de la mollera*, donde a la diarrea se le considera simplemente como un signo, la deshidratación es excluida del continuo y la posibilidad se abre para que los ocuituquenses acomoden los accidentes y los golpes a la cabeza dentro de la etiología del padecimiento.

Tanto el *susto* como la *caída de la mollera* son padecimientos cuyas causas se interpretan como resultantes de eventos *inesperados* o *repentinos*. Sin embargo, mientras que la etiología del *susto* se basa en contingencias de naturaleza emocional (ser asustado), la *caída de la mollera* resulta de contingencias de naturaleza física (caídas y golpes). No obstante, ambos padecimientos producen alteraciones corporales que eventualmente pueden conducir a la muerte, y ninguna tiene una teoría eficaz de prevención.

La interpretación contemporánea de la *caída de la mollera* evoca una imagen mecanicista del cuerpo, en comparación con la concepción náhuatl más antigua de este padecimiento. Esta concepción descansa en una percepción del cuerpo como “objeto sólido” al cual, cuando se le golpea, se le puede restaurar a su forma original mediante el uso de la fuerza. De esta manera, al igual que en el caso del *susto*, existe una idea de *fuerza* subyacente al entendimiento subjetivo de esta enfermedad. Los síntomas del *susto* (debilidad) sugieren, por implicación, que la *fuerza* es una categoría central en la interpretación de los ocuituquenses en cuestiones de salud. Los relatos sobre la *caída de la mollera*, por otra parte, sugieren que el cuerpo saludable se concibe como un objeto de cierta solidez y firmeza físicas, que se puede dañar al golpearle con algo más duro, como el piso. Ciertamente, esta concepción del “cuerpo sólido” se refiere básicamente a la cabeza, ya que la evidencia analizada hasta ahora hace alusión únicamente a esta parte del cuerpo.

Al igual que en el caso del *susto*, es posible observar en estos relatos el papel que juegan los “otros significativos” en la capacitación de los jóvenes en cuanto a padecimientos tradicionales. Tanto en el caso del *susto* como el de la *caída de la mollera* existen casos de mujeres que no sabían nada, o que no creían en ellos, hasta que ellas mismas o sus hijos los padecieron. Este «proceso de conversión» personal a los paradigmas tradicionales parece verse reforzado por la «oportunidad» propicia de consultar a los curanderos. En ambos casos, en el del *susto* y en la *caída de la mollera*, los curanderos tradicionales dejan claro que la persona en cuestión acudió a ellos «justo a tiempo», para evitar una tragedia mayor (la muerte) que hubiera sucedido de no haberlo hecho. Esta sensación de peligro y emergencia es una expresión de la sensación de *precariedad* a través de la cual los ocuituquenses ven el mundo y contribuye en gran manera a caracterizar, en términos muy particulares, su experiencia subjetiva de salud y enfermedad.

Finalmente, aquéllos que no «creen» en la *caída de la mollera* tienden a ser jóvenes con un nivel de escolaridad relativamente elevado. Además de su educación, otro factor que parece dar cuenta de algunos «no creyentes» es una experiencia personal negativa. Hay individuos que relatan haber sabido que el bebé de alguien murió durante el proceso de curación debido a que se le aplicó una presión excesiva

en el arco palatino. Los médicos modernos hacen énfasis en este riesgo potencial para desalentar el uso de esta práctica. Una mujer de 32 años de edad, maestra normalista y que trabajaba como promotora en un centro de salud, casada con un médico, señaló:

Lo de la mollera mi esposo me ha explicado eso. Le digo: ‘ay, a lo mejor tiene la mollera...’, o sea que yo, después de todo, todavía conservo ciertas dudas, si será o no será. Y me dice: ‘llévalo a que se la soben para que le perforen no se qué...’ Entonces ya no creo en eso (F57/1988: 178-184).

Como en el caso del susto, algunos «no creyentes» son ambiguos en cuanto a la existencia real de la *caída de la mollera* como enfermedad. Sin embargo, este padecimiento genera menos controversia, quizás debido a que la *caída de la mollera* es un padecimiento menos importante que el *susto* para los ocuituquenses, ya que la primera afecta básicamente a los niños y admite que sólo un rango más restringido de eventos se pueda llegar a ensamblar e interpretar en su etiología.

CONCLUSIÓN: EL SUSTO Y LA CAÍDA DE LA MOLLERA COMO RECURSOS DE ADAPTACIÓN FRENTE A LA ADVERSIDAD

En este capítulo hemos mostrado cómo la experiencia subjetiva de los ocuituquenses respecto a ciertos padecimientos tradicionales está ligada, tanto a las características estructurales de su sociedad como a su visión general del mundo. Los padecimientos como el *susto/pérdida de la sombra* y la *caída de la mollera* son experimentados por los habitantes de Ocuituco de una manera análoga a su visión general del mundo. Esto es, los individuos experimentan estos padecimientos desde una perspectiva en la que el *azar* y lo *inesperado* se dan por sentados en sus teorías etiológicas. Ésta es una perspectiva donde la búsqueda de atención está siempre sumergida en una permanente sensación de *emergencia* caracterizada por una tendencia a “llegar justo a tiempo” con los curadores.

Hay por lo tanto, inherente en estos procesos, una sensación de *precariedad*, una en la que la fuerza es el valor siempre subyacente.

En el caso del *susto*, por ejemplo, son los eventos *inesperados* los que eventualmente conducen a la *pérdida de la sombra*. Sus síntomas son la pérdida del ánimo, la pérdida del apetito, que resulta en enflaquecimiento, y en general, un sentido generalizado de debilidad. Estos síntomas sugieren, por consecuencia, que un estado corporal saludable se caracteriza precisamente por atributos completamente opuestos, a saber, un “estar contento” y una capacidad para mantener al cuerpo *fuerte*. De este modo, en la sintomatología del *susto* también se puede observar la noción subyacente de *fuerza* como un valor relacionado con la salud.

De una manera similar, en el caso de la *caída de la mollera*, algunas de estas metáforas están presentes, pero en forma diferente. En este caso, el cuerpo saludable se concibe como un objeto rígido, que puede ser abollado o dañado al golpearle con un objeto más duro. Las consecuencias de este padecimiento, la diarrea y eventualmente la muerte, son consideradas como el resultado del problema original, a saber, la alteración del estado natural y firme de la mollera.

El énfasis que los individuos le dan al concepto de *fuerza*, surge de su perspectiva de tener que *levantarse* para sobrevivir. De esta manera, aunque el punto central de este estudio no es contrastar los puntos de vista de diferentes clases sociales en Ocuituco, se puede observar aquí un efecto de clase. Esto coincide con lo que Calnan y Johnson (1985) reportaron, en el sentido de que las circunstancias sociales y económicas afectan cómo piensan los individuos con relación a la salud y la enfermedad.

Aquéllos que no “creen” en los padecimientos tradicionales cuentan con un paradigma alternativo a partir del cual pueden elaborar sus interpretaciones. Estos paradigmas son o la religión o la “modernidad” y se transmiten por medio de la educación. Aún así, los “no creyentes” muestran una ambigüedad permanente en su escepticismo, que les permite estar siempre preparados para aceptar el paradigma tradicional, esto es, creer en estos padecimientos si llegara a ser necesario. Esta ambigüedad es el resultado de la orientación que tienen los individuos para enfrentar *lo inesperado como normal*, una característica

cognoscitiva que tiene su origen en la permanente sensación de *incertidumbre* con la que viven.

Es posible también observar un sentido del *cambio* en la manera en que los ocuituquenses viven la enfermedad. Por ejemplo, la introducción de servicios médicos modernos dentro de la comunidad ha resultado, entre otras cosas, en un ambiente de *controversia*. De hecho, muchos de los relatos de los ocuituquenses se frasean de manera que ponen en disputa el paradigma médico moderno, que descarta o descalifica a las enfermedades tradicionales. Este “debate” parece ser de importancia primordial para los habitantes de Ocuituco, porque dependiendo de cómo definan un desorden dado (ya sea en términos tradicionales o modernos), pueden vincular en términos causales —pueden *interpretar*— conjuntos completamente diferentes de factores aparentemente relacionados con el padecimiento en cuestión. A diferencia de la conceptualización médica moderna, la reinterpretación de enfermedades tradicionales en el marco de sus condiciones de vida actuales, permite que los individuos le den sentido a una variedad de circunstancias cotidianas, que de otra manera podrían parecer inconexas y que ocurren de manera aleatoria.

Otras de las dimensiones del sentido de *incertidumbre* están también presentes en la experiencia subjetiva de los habitantes de Ocuituco sobre los padecimientos tradicionales. Por ejemplo, la *aleatoriedad* está asociada con las causas del susto y la caída de la mollera. Además, en el caso de la caída de la mollera, aparece una *orientación hacia el presente* o lo inmediato que explica la preferencia de los individuos de considerar a los accidentes y a los golpes, más que a la deshidratación, como la causa de esta enfermedad. Una disposición para enfrentar lo inesperado como normal está presente en la ambivalencia que algunos ocuituquenses tienen con relación al paradigma tradicional.

Los ocuituquenses exhiben una gran familiaridad con la *violencia* en los testimonios de algunas de las causas del *susto* y de la *caída de la mollera*. Por otro lado, la *desigualdad de género* de esta sociedad se refleja, por ejemplo, en la naturaleza de las explicaciones que los individuos ofrecen acerca de las causas del *susto*. El hecho de que las mujeres se adhieran al paradigma tradicional más fuertemente que los hombres, parece estar relacionado también con esta condición, porque,

sufriendo mayor opresión que los hombres, tienen una mayor necesidad que ellos de interpretar sus circunstancias cotidianas en términos significativos.

Finalmente, en algunos testimonios se refleja un sentido de *cam-bio y controversia*, en tanto que muestran una tendencia a reclamar la existencia legítima de algunas enfermedades tradicionales, que son descartadas por la medicina moderna.

Estamos frente a una manera históricamente específica en que los individuos experimentan estos padecimientos. Esta especificidad está estrechamente relacionada con algunas de las condiciones objetivas de vida en este pueblo y en cómo los individuos ven su mundo, esto es, con la experiencia subjetiva general de los asuntos cotidianos. A menos de que estos dos niveles de realidad se aborden simultáneamente, el estudio antropológico de este tipo de padecimientos corre el riesgo de generar resultados incompletos y simplistas, resultando o demasiado determinista (si se retoman sólo los determinantes de la cultura o de la estructura social) o muy subjetivista (si se considera sólo los rasgos cognoscitivos de los actores). En ambos casos, la consecuencia será siempre la imposibilidad de apreciar en toda su magnitud el carácter socialmente construido de las experiencias subjetivas asociadas a padecimientos tradicionales como el *susto/pérdida de la sombra* y la *caída de la mollera*.

VII. La experiencia subjetiva de la sexualidad, la reproducción y la anticoncepción

La investigación social sobre la reproducción y la anticoncepción privilegió, por muchos años, los enfoques que se centraban en el análisis del papel de las variables macrosociales y demográficas como determinantes de aquellos fenómenos. La demografía ha estudiado la reproducción y la anticoncepción desde un punto de vista cuantitativo y macro, centrándose en las mujeres, y tomando a los hombres como variables “intervinientes” (u obstaculizantes) en el proceso (Figuroa, 1998). La discusión contemporánea sobre estos temas, en cambio, realza la importancia de enriquecer esta indagación desde varias perspectivas, entre las que sobresalen la dimensión microsocial (De Oliveira y García, 1986), la perspectiva de género (Arias, 1995), y la necesidad de considerar, en el proceso de conceptualización, a los hombres como actores igualmente importantes en el fenómeno reproductivo (Hearn y Morgan, 1990), y el carácter socialmente construido de la sexualidad humana (Caplan, 1987; Weeks, 1995). Nutriéndose de esas tendencias, en este capítulo nos centraremos en el análisis del “significado” que tienen la sexualidad, la reproducción y la anticoncepción para los habitantes de Ocuituco, en su vinculación tanto con los diversos factores sociales que hemos venido resaltando a lo largo de este libro, así como con la visión del mundo de los actores de esta comunidad.

LA SEXUALIDAD: LA VIGENCIA DE UN DOBLE ESTÁNDAR MORAL

En el capítulo IV señalamos que los hombres de Ocuituco recurren a un mecanismo de “transferencia” de la identidad del “yo” al “nosotros”, en virtud del cuál se conciben a sí mismos como pertenecientes a un grupo determinado —el de los campesinos, el de los pobres— del que no pueden escapar. Este mecanismo de transferencia y la consecuencia de *inescapabilidad* funcionan también cuando se explora la identidad genérica en su relación con la sexualidad. Los hombres reconocen abiertamente que el deseo puede ser experimentado tanto por ellos como por las mujeres:

...fijese que también eso es una necesidad. Automáticamente analizando eso del sexo es una necesidad para el hombre y para la mujer, porque de todas maneras *creo que en un hombre hay necesidad, en una mujer también* (M41/1988:452-457).

En el caso de las mujeres, sin embargo, el deseo es esencialmente algo que hay que controlar. En particular, llama la atención la asociación que hacen los varones entre deseo y enfermedad:

...a mí me dolían mucho los ovarios; fui a ver a un señor que cura así, con hierbas. *Y me dijo que me estaba haciendo daño no tener marido* y yo lo que necesitaba es medicina; me dice: “te voy a dar esta medicina”, y sí, me estuve haciendo lavados y eso, porque también yo tenía mucho flujo y me dijo: “no, dice, es que por lo mismo, pues, ¿sabes? tuviste marido pues y pos los deseos pos los tienes”; y ya me recetó eso y me tomé la medicina, así que ni deseos ...y se me quitó todo (F4/1988:480-495).

El control del deseo de las mujeres descansa también en concepciones prehispánicas. Según López Austin (1988), los antiguos nahuas creían que la concepción se da como resultado de la acumulación de suficiente semen dentro de la mujer, lo cual implicaba que era necesario copular varias veces para lograr la formación del bebé. De acuerdo con esta concepción, una cantidad insuficiente de semen no sólo no favorecía el embarazo, sino que daba lugar a que se descompusiera: se

transformaba en gusanos y dañaba a la mujer. En la actualidad, pueden advertirse reminiscencias de esta formulación pero que, montadas en la cultura de dominación de género prevaleciente en la comunidad, se expresan como formas extremas de represión del deseo de la mujer:

...a las mujeres se les forman gusanos por dentro del cuerpo, y esos gusanos lo que necesitan es semen; eso hace que las mujeres, cuando tienen esa enfermedad, quieran no con uno sino hasta con cinco hombres, uno tras otro. No es que la mujer sea mala, sino que está enferma y necesita de mucho sexo para satisfacer la necesidad de los gusanos que lleva adentro... incluso el doctor me dijo que sí les pasa eso, y que la única manera de controlar eso es echándoles gas (...). Lo normal es que si uno *usa* a la mujer, bien; si no, de todas maneras ella *no pide*; cuando ella pide, ya tienen esos gusanos, ya están mal, ya son peligrosas porque entonces van a satisfacer su deseo con cualquier hombre en cualquier momento (M59/1992.1235-1280).

Como se verá más adelante, esta concepción tiene obvias implicaciones con relación a los métodos anticonceptivos.

Antes de entrar en eso, sin embargo, conviene profundizar en algunas nociones relacionadas con la sexualidad, según los habitantes de Ocuituco.

Mientras que el deseo de las mujeres tiende a ser *normalizado* —esto es, controlado y reprimido por los hombres— el deseo de los hombres es concebido en términos de una fuerza natural:

...voy a ser franco: *uno de hombre*¹ con la mujer haga de cuenta que es como una corriente eléctrica. El trabajo es que empiece uno, (después) ya no se controla uno, ¡así puede uno morirse, señor! (M42/1988:332-337).

Esta idea de la sexualidad masculina como fuerza natural, y de la sexualidad femenina como fuerza controlada/ble, explica a su vez la forma en que se conceptualiza las relaciones entre hombres y mujeres.

¹ Notar en los dos testimonios de esta página el mecanismo de construcción de la identidad masculina a partir de la pertenencia al grupo de los hombres.

Predomina una concepción en la que los hombres son representados en permanente actitud de acoso sobre las mujeres, y las mujeres en permanente actitud de resistir tal acoso:

...*nosotros de hombres* nos ponemos a ganarle la voluntad (a las mujeres). Si, por ejemplo, cualquier muchacha fracasa con uno, pos bueno, qué quiere que le haga” (M36/1988:565-569).

La conceptualización en términos de acoso y resistencia explica el uso del término “fracasar”: aquella mujer que no logra resistir el empuje de los hombres es una mujer que “fracasa” en su deber de resistir a dicha presión. Es una mujer que “da su brazo a torcer” (M36/1988: 586-587). Esta visión de la sexualidad de los hombres como una fuerza que acosa es plenamente compartida por las mujeres, como lo revela el análisis de muchas de sus expresiones. Los siguientes ejemplos derivan de entrevistas hechas a mujeres por otra mujer (Martha Loya):

i) Hablando sobre la abstinencia sexual durante el posparto, una partera recomendaba:

Por eso digo que a los ocho días ni un hombre puede tocar a su mujer. Por más tardar, *si es necio el hombre*, a los dos meses... pero si no es necio el hombre, que mejor que dilate cuatro meses...” (F22/1988. 609-616).

ii) Hablando de sus tribulaciones para “huirse” con un hombre, una mujer decía:

...era yo escuincla y digo ‘a qué voy con él?’, digo, de veras pensaba yo, ‘a hacerme nomás de otro hijo?’, porque *es lo primero ¿ve?'*, es lo primero...” (F12/1988:364-368).

iii) Hablando de que ya no tiene relaciones sexuales con su marido, otra mujer de 60 años decía:

...ciertamente hasta hoy es cuando me ha tenido compasión. Aunque con coraje, *usted se imaginará*, con coraje y con lo que sea, pero ahora

sí ya no. Ahora sí, como dice el dicho, ya no le doy buen servicio” (M5/1988:146-152).

iv) Finalmente, hablando sobre la posibilidad de tener relaciones sexuales durante los días de la menstruación una enfermera decía:

Hay algunas que sí practican relaciones porque su esposo quiere tener relaciones en ese día, *pues se tienen que dejar ¿sí?* (F20/1988:102 105).

Lo esencial de estos testimonios es la normalidad que indexan las expresiones en cursivas. Ellas muestran que las entrevistadas asumen que es posible compartir con la entrevistadora ciertos sobreentendidos, que existe cierta comunidad de saberes y valores que comparten por el hecho de ser mujeres. Así, lo que estos testimonios muestran, además de su contenido directo, es que las mujeres viven en una realidad donde lo normal es que los hombres sean “necios” con respecto a las relaciones sexuales, que “lo primero que quieren” es tener relaciones, y que por eso, si éstas no se dan, les da coraje (“como usted se imaginará”); y sobre todo, una normalidad donde si el hombre quiere tener relaciones la mujer simplemente “se tiene que dejar”.

Que la sexualidad es una experiencia marcada por las relaciones de género se evidencia también en la forma en que los individuos hablan de ella. En una sociedad como la de Ocuituco, no sorprende que hombres y mujeres hablen de las relaciones sexuales en los siguientes términos:

- 1) ... (en el radio) dicen que (el SIDA) solamente se contagia en, este, no por los besos, ni por las caricias, ni por la ropa, ni porque coma en el mismo plato, simplemente se contagia de que *hagan uso de uno...* (F1/1988:1544-1461).
- 2) En esto de la primaria ya todas esas cosas ya las vienen estudiando ellas: *cómo es el uso*, cuántos hijos tienen, y cómo tienen que vivir y todo eso (M36/ 1988:505-509).

“Hacer uso de una mujer”, o “dar un buen servicio” son las expresiones cotidianas utilizadas por los hombres y mujeres para referirse

a las relaciones sexuales. Para ellos, los conceptos de “sexualidad” y de “relaciones sexuales” son abstracciones que sólo adquieren concreción a través de expresiones como “hacer uso”. En otras palabras, “hacer uso” es una expresión mucho más significativa para los ocuituquenses que “tener relaciones sexuales”. Esta expresión indica la manera en que los individuos experimentan las relaciones sexuales: dada su condición de género, las mujeres han aprendido a sentirse usadas, mientras que los hombres han aprendido a sentir que usan a las mujeres. Y, al mismo tiempo, una expresión como ésta hace referencia a una experiencia subjetiva que sólo puede existir en una sociedad cuyas características centrales son sugeridas, por implicación, por la misma expresión: una sociedad en la que las mujeres son cosificadas y dominadas.

Es importante notar que el conjunto de los testimonios presentados en esta sección reconoce que “lo natural” juega un papel muy importante en la sexualidad tanto de los hombres como de las mujeres. No sólo, como reconocía un informante varón, es la sexualidad una necesidad tanto en el hombre como la mujer; también la teoría de la descomposición del semen en gusanos descansa en una visión naturista de las cosas. Sin embargo, lo importante aquí es advertir qué se subraya en el proceso de construcción social de los significados: la sexualidad de los hombres es construida esencialmente como un impulso natural al que hay que dejar ser; la de las mujeres, en cambio, es construida como un impulso, o como una enfermedad (naturales ambos), a los que hay que *normar*.

LA EXPERIENCIA DE LA REPRODUCCIÓN ENTRE LOS HOMBRES

A partir de las interpretaciones precedentes, es posible reconstruir la lógica de algunos de los significados que poseen la reproducción y a la anticoncepción para los varones de Ocuituco. El desciframiento de esa lógica permite vislumbrar las conexiones que vinculan asuntos aparentemente inconexos como el temor de los varones de que su mujer tenga un hijo “ajeno” (es decir, de otro hombre); la centralidad que socialmente se asigna a los varones en el parto, pero no en el embarazo;

y la capacidad decisoria de los hombres en los momentos más importantes del proceso reproductivo.

El temor al hijo ajeno

Como se vio más arriba, ser hombre en Ocuituco significa, entre otras cosas, ponerse a “ganarle la voluntad” a las mujeres. Ser mujer, por su parte, es, entre otras cosas, resistir ese acoso, es no fracasar en esa resistencia. Esta faceta de las identidades genéricas masculina y femenina se asocia estrechamente a un rasgo característico de la sexualidad/reproducción en Ocuituco: el temor de los hombres a que sus mujeres tengan un hijo de otro hombre, esto es, la duda sistemática sobre la propia paternidad. Esta duda está en la base de las relaciones de dominación de los hombres sobre las mujeres y se expresa de varias maneras. Bien, como una amenaza:

Ya con la cuarta niña yo le digo a mi esposo: ¡ay!, ya mis hijos están grandes, yo quiero tener otro’. Y dice: ‘ah, pos si tienes otro ni creas que es mío...’ (F2611992:575-579).

Bien como el origen de la violencia contra las mujeres:

Yo iba a vender pollo a Jumiltepec... Y luego él venía: ¡ay! ya esto, ya lo otro’, me pegaba, que había yo de confesar qué hacía yo por allá. Me tenía desconfianza, pero viera, todos mis hijos son los mismos. Entonces, cuando tuve éste a los 46 años me dijo que *no había de ser su hijo...* (F30/1992:99-107).

O bien como recurso de manipulación de las madres sobre los hijos:

“...después mi suegra, como es medio canija, le decía a mi esposo: ¡ay! qué se me hace que ese niño, como ya te la trajiste embarazada’, dice, ‘*qué se me hace que ese niño no es tuyo*’, dice. ‘Como ya no han vuelto a tener al cabo de estos años’, dice... (F1/1988:625-632).

Los hombres, entonces, viven en un dilema que tiene su origen en la raíz misma de su propia identidad. En tanto hombres, se asumen como acosadores naturales de las mujeres. Ellos son el sujeto de un razonamiento de fondo que dice: soy hombre, luego siempre ando buscando ganarle la voluntad a las mujeres”. Ese rasgo de la identidad los lleva a sospechar de sus propias mujeres, pues ellas son las destinatarias de aquel razonamiento: “como mujer, debes estar siendo acosada por todos los hombres”. La duda terrible, inmanejable, emerge de la obligada pregunta que es posible formular a partir de las dos premisas anteriores: “¿estarás resistiendo siempre al acoso de los hombres? ¿o habrás tenido ya algún *fracaso*?”. Los hijos, entonces, pueden *significar* indistintamente una prueba del fracaso de la obligación de las mujeres de resistir, o una prueba de la fidelidad de la esposa, si la paternidad sobre los hijos es reconocida.

Hacerse embarazada

La conceptualización de que las mujeres son usadas, para referirse a las relaciones sexuales, contrasta con la forma en que se habla del inicio del embarazo:

- 1) Después (mi esposa) se hizo embarazada de otra niña (M34/1988:333-334).
- 2) Antes de la niña que tengo, tuve un bebé; ese lo tuve antes que me casara, me hice embarazada (F35/1992:136-139).

Es sólo en el momento de embarazarse cuando la identidad de la mujer transita del mero objeto (sexual: “mi marido hace uso de mí”), al pleno sujeto: hombres y mujeres hablan de que la mujer “se hace embarazada” (más que hablar de que las mujeres se embarazan). En consecuencia, uno de los soportes centrales de la identidad de las mujeres, ahí donde ellas son social e individualmente ellas mismas, descansa en la capacidad de embarazarse. En la mayoría de los testimonios, el embarazo responde a una exigencia (social, familiar, matrimonial, personal, de género) de reaseguramiento sobre la propia fecundidad

y sobre la propia descendencia. La mujer goza en el matrimonio de honorabilidad, protección y ventajas económicas, si bien en un marco de sometimiento ante el hombre. Este prestigio descansa básicamente en su capacidad de embarazarse. Esta capacidad es vivida como un evento que en sus primeras fases (el comienzo del embarazo) pasa por la reafirmación de la identidad social de las mujeres. Pero sólo en sus primeras fases, pues la terminación natural del embarazo, el parto, ya es significada con la mujer desplazada hacia la periferia, y con los hombres nuevamente con un papel protagónico.

Parir *para él*

Hombres y mujeres coinciden en que el sino de éstas últimas es tener hijos, y que deben tenerlos para sus maridos. Son las mujeres las que tienen hijos, pero los tienen para dárselos a los hombres:

Luego le digo a mi señor: 'pues si quieres *te doy los hijos que tú quieras*, digo, pero yo no quiero que mis hijos anden mal vestidos, ni tanto que anden huarachosos... (F1/1988 641-645).

El carácter normativo de la noción de que las mujeres tienen hijos para sus maridos autoriza a los hombres a reclamar a las mujeres, y a sospechar de ellas, en caso de que no puedan tener hijos:

Yo tardé como seis meses en embarazarme... No, y para mis suegros y para mi esposo *perdí mucho tiempo*. Porque ellos se molestaban (y me decían): ah, no, ¿por qué no te embarazas? ¿qué habrás hecho?" (F31/1992:660-666).

Si la identidad de las mujeres descansa en su capacidad de hacerse embarazadas, una falla de esta capacidad traduce directamente un cuestionamiento sobre aquella identidad: "¿quién eres?, ¿qué hiciste?", son preguntas que acompañan a la duda inicial de los varones de "¿por qué no te embarazas?".

Desde esta perspectiva, los hombres son conceptualizados como en el centro mismo del fenómeno de la reproducción.² Las mujeres, en cambio, son situadas más hacia la periferia del mismo, pues su parir no es un fin en sí mismo, ni puede tener el carácter protagónico que le está reservado al hombre: ellas le dan hijos a sus maridos. Lo anterior nos permite entonces recapitular sobre los tres vértices que componen la experiencia de la reproducción, desde el punto de vista de los hombres. Esta experiencia se concibe como un proceso que inicia y termina con el hombre como protagonista: el Cuadro 7.1 ilustra este punto. Sólo la fase II, que tiene que ver con el hecho de embarazarse, tiene a la mujer como sujeto y protagonista de la acción. Esta es otra forma de apreciar que la identidad femenina, como se construye en esta comunidad, tiene como rasgo central e incompañado la capacidad de procreación. Pero ya la acción de parir tiene al hombre otra vez, no como el sujeto, pero sí como el beneficiario o el destinatario de la acción.

CUADRO 7.1
LAS FASES DE LA REPRODUCCIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA
DE LOS HOMBRES DE OCUITUCO

<i>Fase</i>	<i>sujeto</i>	<i>verbo</i>	<i>destinatario</i>
I	Yo (hombre)	hago uso	de ti (mujer)
II	Tú (mujer)	te haces	embarazada
III	Tú (mujer)	pare	para mí (hombre)

Presencia y capacidad decisoria del hombre

Otras formas de significación asociadas a la reproducción, desde el punto de vista de los hombres, derivan de las relaciones de género prevaletentes en la comunidad, en las que el hombre detenta un alto

² Esta ubicación central de los hombres en el fenómeno de la reproducción convive con la realidad empírica, en la que, por supuesto, son las mujeres quienes juegan el papel central. Lo importante precisamente es advertir cómo una realidad de este tipo puede ser expresada por un discurso que parece corresponder a otra realidad.

grado de poder y, por ende, una capacidad decisoria importante sobre el proceso del embarazo y el parto. Por ejemplo, los hombres deciden en qué momento puede su mujer embarazada ver a un médico o a una partera:

Y fíjese cómo sería mi esposo, un día le dije: 'fíjate que se me hace que ya estoy embarazada porque ya se mueve. ¿Iremos a ver al doctor?'. Dice: no, mejor ya que falte más poquito tiempo'. Ahí sí me da tristeza cuando me acuerdo... (F31/1992:871-878).

También deciden sobre cierto tipo de atenciones, particularmente los "antojos", que otras mujeres deben brindar a las mujeres embarazadas:

Una vez me llevó a la clínica y estaban vendiendo así, picadas, y entonces me llevó a cita y yo no le dije sino ya cuando veníamos en el camino, ya venía yo sintiendo feo, dice: '¿qué cosa? ¿qué te duele o qué cosa? ¿qué cosa se te antojó que no dijiste?'. Le digo: se me antojaron unas picaditas'. Dice: pues ora que lleguemos a la casa te voy a ver quién te las hace'. Y sí, que agarra y que va a ver a mi concuña y ya que me las hace y que me las da... (F1/1988:192-205).

Finalmente, los hombres cuentan con un alto grado de poder para decidir dónde y con quién se atiende un parto. La decisión puede ser negociada dentro de la pareja, pero al final el punto de vista que prevalece normalmente es el del hombre:

...el doctor me trató mal y entonces yo quedé como traumada. Ya después ya no quise ir con el doctor; (mi esposo) me decía que fuéramos pero yo no quise... (él) me decía: tú estás muy mal comida, muy débil y muchos desvelos, entonces no te vas a poder aliviar acá', y yo le decía que sí, que sí, y *él decía que no*. Todavía me hizo el gusto de traerme a la partera... pero él ya no le tuvo confianza y ya fue a traer un coche... Y ya iba bien apurada y más con los azotones de la camioneta que hacía refeó... (F45/1992:1074-1127).

Es claro que estos testimonios translucen también un sentido de *responsabilidad* por parte de los hombres. Pero se trata de una responsabilidad cuya especificidad histórica deriva de la estructura de género en la que está montada. El papel preponderante que juegan los hombres en la vida social explica la naturalidad con que los diversos actores asumen la marginación de la que es objeto la mujer en la relación médico-paciente. Son los hombres los que se entienden con los médicos (que suelen ser hombres, también) aún tratándose de consultas por embarazo o parto:

—...tardé para el primer (embarazo) hasta que (mi esposo) me llevó al doctor. Me empezó a dar vitaminas., y ya después fue cuando me hice embarazada

—Con puras vitaminas; ¿y qué le dijo el doctor que tenía? —*Le dijo a él... él fue el que me llevó, a él fue al que le dijo* (F911988:307-326).

Esto es, la relatividad que se asigna a las mujeres a partir de su propia identidad (se hace uso de ellas, paren para sus esposos, sirven) está en pleno funcionamiento en las relaciones médico-paciente que se establecen en la comunidad. Este tipo de encuentros tienen a los hombres en el centro de la acción, aún en los casos en que la paciente sea una mujer.

LA EXPERIENCIA DE LA REPRODUCCIÓN ENTRE LAS MUJERES

Embarazo: precariedad y medicalización

Para la mayoría de las mujeres, el inicio de su primer embarazo tiene lugar en circunstancias de incertidumbre y desconocimiento:

—¿Usted ya estaba preparada para tener hijos o la agarró casi de sorpresa?

—No, yo no sabía nada, no sabía eso, pues... no, y entonces *yo salté mal en la calle* (M1/1988:28-35).

Esta situación explica que también el embarazo sea vivido con frecuencia en el marco de esa orientación cognoscitiva que hace a los individuos *normalizar lo inesperado*:

—¿Y por qué decidiste tener a tus hijos tan rápido?

—No es que lo haya decidido. Nosotros pensábamos tener nada más la primera, pero no me cuidé y me embaracé luego. Cuando ya quise cuidarme, ya estaba embarazada de que así, ya lo tenía (M3/1988:11-18).

La confirmación de un embarazo, entonces, es una vivencia central en las vidas de las mujeres. Dicha confirmación suele provenir de la madre o de la suegra (o de una mujer con más experiencia), y suele pasar por la etiquetación medicalizada de ciertos síntomas que requieren explicación:

...cuando yo me puse *enferma* a los tres meses, me dijo su madrastra del muchacho, le digo ‘me dan asco los frijoles’. Y me dice la señora: pues es que *ya te estás poniendo embarazada*. Como *estaba uno cerrada de ojos ¿verdad?* (M15/1988:16-23).

El testimonio anterior permite apreciar varios aspectos importantes: primero, que el inicio del embarazo es referido como un acontecimiento de orden médico (“ponerse enferma”). Segundo, que dicho evento significa un tránsito hacia una identidad genérica protagónica, donde la mujer deja de ser sólo un objeto y pasa a ser percibida como alguien que hace algo crucial: “te estás poniendo...”. Pero, tercero, esta reivindicación de la identidad aparece inmediatamente acotada por esa tendencia que exhiben las mujeres de Ocuituco de subestimarse en forma individual: “como está uno cerrada de ojos, ¿verdad?”.

Que el embarazo es una experiencia crecientemente *medicalizada* se aprecia también al explorar las medidas que las mujeres toman para embarazarse, en el caso de las que tienen dificultades para ello:

tardé, pues sí tardé para el primero hasta que [mi esposo] me llevó al doctor. Ya me empezó a dar vitaminas, inyecciones en vitaminas y frascos, y ya después fue cuando me hice embarazada (F9/1988:305-312).

La medicalización del embarazo se da en un contexto en el que la *tradicón* sigue jugando un papel importante en la determinación de los cuidados que deben procurarse a la mujer embarazada. En otros trabajos hemos documentado la lógica de la creencia en torno a los peligros que supone corre una mujer embarazada que se exponga a un eclipse (Castro, 1995b), y la importancia de satisfacer a una mujer embarazada sus “antojos” (Castro, Bronfman, y Loya, 1991; Castro y Bronfman, 1995). Hay que añadir a ello la creencia aún vigente en el peligro que corre una mujer embarazada que se acerca a un muerto o asiste a un velorio. Esta creencia incluso es utilizada como explicación en los partos difíciles:

...que nos vienen a levantar de madrugada: ‘acompañame, ya se murió el niño’. Y que le dice mi esposo: ‘no porque ya ve que aquí la señora está [embarazada]’. Y decían: nomás que lo agarre tantito, nomás mientras lo componemos; y que lo agarro tantito mientras compusieron la mesita y que lo pongo en la mesa... y mire, luego me vino, a los ocho días completitos nació mi hija. Y yo no podía, no podía y no podía, y mire, cuando nació mi hija me dijo la partera que mi hija estaba morada, morada, entonces me dijo: ‘ya no andes yendo a los mortorios, porque eso es lo que les sucede cuando ustedes van y ya están en vías de dar a luz’ (F5/1988:400-424).

El tema de los cuidados del embarazo se asocia también a otra serie de peligros a los que las mujeres están expuestas. De particular importancia es el de la violencia contra las mujeres que no parece disminuir cuando están embarazadas. Existen varios testimonios de mujeres que fueron agredidas físicamente por sus parejas durante este periodo, en algunos casos dando como resultado la terminación del embarazo:

Y me pegaba y luego me hacía cosas, y luego hasta me fue mal con un niño... Sí, apenas hará dos meses. Me espantó que me echara a un pozo artesano y yo sí me espanté y luego ese día empecé a sentir feo y me empezó a salir sangre... Y él me dice: ‘el chance, pendeja, dice, si nada más estaba yo chanceando, dice, ‘tabamos jugando, dice, eres una

idiota que todo te lo crees'. Pues sí, de él de veras lo creo pues estaba bien cerquita del pozo, así, bien me tenía de aquí, pues yo sí lo creí que me iba a echar.

—¿Y eso quién se lo atendió?

—Nadie, solita me pasó eso. A nadie le dije de eso y seguí haciendo mi quehacer como si nada (F1/1988-659-680).

En síntesis, la precariedad en la vivencia del embarazo pasa por varias dimensiones que a su vez se relacionan con la incertidumbre, la medicalización y la violencia a que están expuestas las mujeres en general y las mujeres embarazadas en particular. Este último es un tema aún confuso: ¿constituye el embarazo un factor de protección de las mujeres contra la violencia? o por el contrario ¿están las mujeres embarazadas expuestas, por esa misma condición, a un mayor nivel de violencia por parte de los hombres? Cualquiera de las dos posibilidades exigen una mayor profundización en la investigación social en este campo.

Parto: autoritarismo y tendencia a la normalización

El parto constituye el momento culminante de la vivencia reproductiva de las mujeres y los hombres. Podemos afirmar que en torno a este evento se reproducen, a nivel micro, los grandes ordenamientos sociales vigentes en esta localidad: la pobreza y la opresión de género, la medicalización y la tradición.

En algunos casos, el parto permite ciertos márgenes de iniciativa a las mujeres con los que no cuentan en circunstancias normales. Por ejemplo, ellas pueden tratar de decidir si el marido debe estar presente o no; pero también, el parto es un acontecimiento en el que confluyen, de manera intensificada, la *precariedad*, lo *imprevisto*, y lo *azaroso* de la vida diaria; y el parto es también, una ocasión para las mujeres de interpretar sus circunstancias:

pero una vez que me dice mi señor: 'yo tengo tentación de ver cómo nacen los niños'. ¡Ay, *eso sí* que nunca!', le dije yo, porque me da ver-

güenza que me vean, por eso no quiero aliviarme aquí. Dice 'alíviate'. No yo no. Me voy a ir a la clínica, estoy arreglando mis papeles para irme de aquí', y que tuve yo a la niña, pero digo yo, le digo a mi abuelita 'yo creo que Dios me castigó' le digo, yo no pude irme a la clínica o sea que cuando el coche llegó de la esquina aquella a ésta, ya la niña había nacido y la tuve yo toda tirada y fueron a ver a una partera, ya la partera llegó... (M1/1988:306-322).

El dramatismo del testimonio anterior permite ver en una especie de fotografía instantánea, algunas de las principales condiciones de vida de la comunidad: la informante, por pudor, prefirió que su marido no estuviera presente; hizo planes (fallidos) para atenderse en un centro de salud; pero la realidad se le impuso: terminó pariendo en la calle, a la vista de todos. Para sobrevivir a la vergüenza que esto le significó, interpreta el evento como un castigo de Dios, quizás por haber tratado de evadir la voluntad de su marido.

En otros casos, las mujeres paren en soledad, como resultado de sus propias circunstancias de opresión. Una mujer que vivía con su suegra, en condiciones de extrema tensión, relató:

...cuando me alivié, me alivié solita, nadie me atendió porque nadie nadie, sea yo por pena o por miedo no dije... y el día lunes yo todavía me levanté, arreglé la bujía de la cocina y les hice el almuerzo y entonces me sentí mal, y yo me subí, me fui a un cuarto chiquito, y me fui y me acosté... pero antes fui al baño y me di cuenta que había sangrado, entonces dije 'ya me voy a aliviar', entonces... me fui yo solita al cuarto ahí me quedé y ya, cuando ya sentí cuando se me reventó la fuente... y empecé a sentir los dolores y no me quejaba yo ni nada, yo solita yo. Y nació la criatura, pero en el momento en que nació la criatura como que quedé yo inconsciente, como no sabía yo qué era, pues yo sentí la fuente pero nunca pensé que se hubiera venido luego luego la criatura. Entonces ya eran como las diez y cuarto cuando llega la enfermera y que pregunta por mí, y entonces que le dicen que yo estaba en mi cuarto ¿no? Y cuando ya subió y me vio me dice: 'Pero criatura, ¿cómo es posible?', y que me *regaña* y que me dice: "¿cómo es posible?" Y que

dice: a ver, destápate'. Y que me destapo y que dice: pero si tu criatura ya nació, ya nació!' dice, ¡y es una niña!' me dijo... (F4/1988:170-228).

Es frecuente observar un elemento de fricción en las interacciones entre pacientes mujeres y personal médico. Tanto médicos como enfermeras son percibidas como agentes que *regañan* a los pacientes. De hecho, de las entrevistas se desprende que *regañar* es una actividad en la que incurren diversas personas en posición de autoridad. Sólo las mujeres informan haber sido regañadas por una suegra, un esposo, un médico o una enfermera. Estas interacciones presuponen que aquéllas que son regañadas (las mujeres) son percibidas por los demás y por sí mismas como en una posición inferior en relación con los que regañan, colocándolas en una posición comparable a la de un niño en relación con un adulto. La vivencia del regaño supone una visión *jerarquizada de las relaciones sociales*. Hay testimonios con relación al parto atendido por médicos, donde las formas del regaño alcanza modalidades de un autoritarismo extremo, represivo, sólo interpretable en el marco de las relaciones de género que caracterizan estos encuentros:

—¿Y no tuvo sufrimiento en su parto?

—Pos sí porque me dolía muchísimo mi cabeza. O sea que yo recuerdo que les decía a los doctores me duele, me duele'. Yo les decía que me dolía la cabeza y ellos me decían '*¡aguántese usted, así le gustó!*'. Para mí fueron más grandes los dolores de cabeza que los del parto (F25/1992:223-233).

El *regaño* se dirige, en primer lugar, como en el caso anterior, a reprimir manifestaciones de dolor por parte de las pacientes, haciendo alusión a un posible "permiso" que se dieron de disfrutar la sexualidad. La lógica de este mecanismo de represión es sorprendente: los médicos buscan obligar a la mujer a que se controle, se calle, o deje de quejarse, "recordándole" que en otro momento seguramente experimentó placer sexual y que "por lo tanto", ahora debe vivir "con las consecuencias". La expresión "así le gustó", del testimonio anterior, es semejante a otras como "pero disfrutaste antes, ¿no?", o "pero la pasaste bien, ¿verdad?", que hemos recogido también a lo largo de esta investigación.

El regaño se dirige, en segundo lugar, a inculpar a las propias mujeres por los problemas y las dificultades que pudieron haberse presentado durante el parto, y a eximir de toda responsabilidad a los médicos. Es un mecanismo culpabilizador de transferencia de la responsabilidad, que sólo puede funcionar en un contexto de opresión de un género sobre el otro:

El doctor aquél, yo pienso que pues estaba tomado y no me atendió bien, porque pues yo pienso: si el producto estaba muy grande lo que hubiera hecho hacer cesárea ¿no?. El no, dijo que *yo no había puesto nada de mi parte* y no sé qué, la cosa es que él me lo jaló, se reventó el cordón, o sea se ahogó el niño, pos yo digo que se ahorcó ¿no?... Entonces le dijo a mi esposo: *'su esposa no ayudó, ella fue la que tuvo la culpa'*. Todavía cuando mi esposo me internó ahí le dice 'doctor ¿puedo pasar a estar con ella o me quedo afuera?', y dice 'no, tú vete a trabajar, tú no le vas a ayudar a pujar aquí. Vete'. Entonces me metió como a las 12 del mediodía, dijo que como a las tres de la tarde ya tenía que haber nacido el bebé. Pasaron las tres, las cuatro, las cinco y nada. Y después todavía se enojaba ¿no? Decía '¡yo ya me tengo que ir! Yo pienso que sí estaba tomado porque... entré varias veces al baño y en el cesto de los papeles estaban unos envases de bebida... (M45/1992:1005-1070).

Se trata de un orden médico que presupone que en el parto el papel protagónico corresponde al doctor, y que la mujer que pare se limita a "cooperar" o a "ayudar" al médico en la tarea. Y sólo es posible montar un regaño sobre estas premisas cuando los actores han interiorizado tan hondamente esta estructura de valores, que pueden darla por sentado. En el testimonio anterior, por ejemplo, el reclamo de la informante se dirige a una mala calidad de la atención recibida o a una probable falta de ética profesional del médico que la atendió; pero no cuestiona los términos en que el médico resumió ante su marido el fracaso: "su esposa no ayudó...".

Este es un tema que también amerita mayor indagación: ¿sobre qué bases se monta el "permiso" de los médicos para reprimir en estos términos a los pacientes? esto es ¿qué mecanismo societal, o qué dispositivo de poder se activa en estos encuentros, que hace: i) que

abunden las conductas represivas, y que dichas conductas se asocien al nivel del discurso con el disfrute de la sexualidad por parte del o la paciente? Si expresiones como “así le gustó” exhiben un contenido incriminatorio, ¿cuál es la norma que desde la perspectiva de los médicos se rompió? ¿qué los hace asumirse como garantes de tales normas y como consecuentes represores de las que supuestamente se han desviado de ellas? La investigación en esta línea debe contemplar que los encuentros médico-paciente en general constituyen formas de interacción social asimétricas, pues en ellos uno es el que detenta el saber/poder, y la otra “sólo” es una paciente. En el caso de encuentros mixtos (donde la paciente es mujer), la asimetría se agudiza por la dimensión de género que se introduce. En el caso de encuentros mixtos en torno a casos de ginecobstetricia, la asimetría se agudiza aún más por la vulnerabilidad física y emocional de la mujer que pare. La indagación sobre este tema debe entonces conceptualizar el uso de tales expresiones como formas de represión extremas que aparecen en encuentros con una estructura de desigualdad también extrema.

Por otra parte, la *medicalización* del parto adquiere otras formas autoritarias que tienen que ver con la exclusión de las mujeres de lo que les está pasando:

—¿Quedó usted conforme, le gustó la atención?

—Sí, me atendieron... pos bueno porque pos uno no sabe cómo, por ejemplo, llega uno y luego dicen ‘no, que todavía no es hora, que todavía no cae’. Y luego que ‘no que...’ Pos así me tuvieron (...) Y no sé, ven unos números y tienen el día que debe llegar (...) Me decían ‘todavía le falta tanto, apenas va en’. Y les digo ‘¿pos hasta qué número tengo que llegar?’, y dice ‘por lo menos hasta el tres’ Híjole! y luego luego me sacaron para afuera, me dieron de alta. Me sacaron para afuera (F29/1992:37-83).

Llama la atención la forma en que la informante elabora su respuesta. Comienza con un *sí*, que tras una pausa es contradicho. Parecería que al vislumbrar que había condiciones para hablar (en la entrevista), la informante: a) dijo lo que realmente pensaba, o, b) pensó lo que realmente sentía y pudo verbalizarlo. En cualquiera de los dos

casos habría que explorar con mayor profundidad a qué condicionamientos responde la tendencia a contestar conforme a las expectativas implícitas en el discurso médico moderno. Se trata de un discurso que postula que la mejor calidad de atención al parto se encuentra en los servicios de salud modernos. Este postulado se usa de forma ambigua: sirve tanto para legitimar la hegemonía de la medicina moderna, como para “advertir” a los usuarios que no podrán encontrar nada mejor. En el primer caso, se trata de un recurso de poder. En el segundo, se trata de un recurso propagandístico con una caracterización implícita negativa de los otros tipos de servicios (alternativos, tradicionales). La mezcla de poder y propaganda podría explicar el efecto de confundir a los pacientes: por efecto de esta última asumen que la atención que reciben es de calidad. Como consecuencia de aquél no cuentan con espacios para disentir. Por eso las respuestas iniciales a este tipo de preguntas suelen ser “sí”, por lo menos hasta que se abre un espacio (en la entrevista) para elaborar más a profundidad.

Testimonios como el anterior ilustran la incertidumbre y la distancia con respecto a la lógica de la medicina moderna con la que muchas mujeres viven su parto. La medición de los centímetros de dilatación es vivida por esta informante con una mezcla de magia (“*ven unos números y tienen el día que debe llegar*”) y sumisión a la autoridad (¿*pos hasta qué número tengo que llegar?*).

En algunos casos es básicamente la condición de *pobreza* lo que hace difíciles las condiciones del parto. Existen abundantes testimonios de hombres y mujeres que relatan un sinnúmero de problemas que se presentaron llegada la hora, que hicieron que el parto fuera vivido como una situación de emergencia:

en una ocasión mi nuera iba a dar a luces y fuimos a ver al doctor Cano* y dijo que él ya estaba viejo, que él ya no atendía partos... entonces tengo un hijo que es maestro, tiene un coche, lo fui a ver a su casa. Le digo ‘hazme el favor de llevarme a tu cuñada que ya va a dar a luces y el doctor no la quiere atender’. Primero fuimos al centro de salud; el doctor de ahí le había dicho a ella que el día que sucediera eso fuera a la hora que fuera y él la atendía. Entonces fuimos primero allá y tocamos y tocamos y no había nadie. Fue como nos fuimos con el

doctor Cano, el doctor Cano no la quiso atender. Entonces nos fuimos a Tetela del Volcán. Que el doctor Martínez se había ido a dormir a Cuautla porque tiene casa allá y ya no duerme acá. Hay otro doctor que se llama José Gómez, ese salió a dar una función de cine y no sabían a qué pueblo se había ido. Y como aquí pos era cosa urgente, pos tuvimos que irnos hasta la clínica en Cuautla y allá se fue a aliviar (M40/1988:220-251).

Muchas personas viven el parto en condiciones de emergencia, bien porque no tienen una fecha probable de parto y no saben con certeza cuándo nacerá el bebé, o bien porque llegado el momento deben buscar qué servicio médico está disponible para ser atendidas. En otros casos, las condiciones en extremo difíciles en que se pare se asocia también con la relación de opresión y abuso a la que están sometidas con respecto a sus parejas. Sorprendentemente, es en estos casos donde se manifiesta con mayor fuerza la tendencia de los individuos a *normalizar* sus circunstancias. Al preguntarle, en general, cómo le había ido en su último parto, una mujer relató que su marido se negó a reconocer la paternidad sobre su último embarazo,

...que cómo iba a ser posible que iba a tener uno ya tan grande [a los 46 años]... todavía fui al molino, comencé a moler cuando sentí el dolor cuando comencé a sobar la masa, como hace uno fuerza, comencé a sentir... Y ya que se mete mi marido y me dice: 'ora, quien te hizo el favor, mándalo traer'; que tira un petate en el suelo, ahí me subí, me tiende un zarape... Y una señora que me mete plumas en mi boca con aceite y vio que no y que me mete su trenza y que vuelvo. Me vino vómito y fue cuando nació el niño. Y la señora me metió la uña para abrirme, ¡la uña, fíjese! Entonces a la hora de orinar ¡ay! sentía yo bien feo, me dolía mucho, decía 'yo no sé qué tengo, me duele, me arde ¡qué cosa!... Y ya que le hago señas al señor para que se arrimara ¿no? y que me hace señas que estaba yo tonta, y ya que le iba a decir al doctor cómo estaba yo. Lllaman al doctor y medicinas y ya, me compuse. *Pero fue lo único* (F30/1992:107-170).

La expresión “fue lo único” junto a un relato como el anterior sólo es posible en mujeres con un fuerte condicionamiento social para *normalizar* su dolorosa cotidianidad. No deja de ser llamativo el número de testimonios que muestran que el parto es vivido en condiciones de precariedad, abuso, incertidumbre y opresión. Si bien hay también muchos testimonios sobre una relativa “normalidad” del parto (en casa o en los servicios), es preciso preguntarse sobre las implicaciones de los casos con problemas. El primer dato que salta a la vista es que muchas mujeres, invitadas a hablar, han hablado sobre sus experiencias, muchas de ellas traumáticas, con relación al parto. Por esa misma razón, es necesario explorar las posibilidades de un redimensionamiento del problema, a partir de escuchar los testimonios de las mujeres. Los testimonios dramáticos, como los presentados en esta sección, suelen ser considerados como casos individuales de mujeres desafortunadas, esto es, como casos privados. Pero quizás hay elementos para redefinir las circunstancias conflictivas del parto como un *problema de salud pública*. Este enfoque nos permitiría dejar de considerar a cada caso de manera aislada, y nos forzaría a buscar en las grandes determinaciones sociales (pobreza, medicalización, relaciones de género) las claves para explicar los patrones comunes a esas historias.

Finalmente, una tercera línea que se abre para investigación futura se refiere a la aparente inexistencia en Ocuituco de la depresión posparto. En ocasiones, al ser interrogadas sobre la existencia de depresión posparto, algunas mujeres tendían a reportar la inexistencia de esa experiencia indexando al mismo tiempo su percepción de algunas de las diferencias sociales entre los hombres y mujeres de la comunidad.

La gran mayoría de las entrevistadas fue interrogada acerca de su estado de ánimo en el periodo inmediato posterior al parto, y en ningún caso obtuvimos información sobre una posible depresión. Dos ejemplos típicos son los siguientes:

1) —¿Y a usted no le pasó eso de que después de tener al bebé se siente como triste?

—No, yo me sentía feliz (M25/1992:217-220).

2) —¿Y cuando ya nació su niño usted no sintió como tristeza en los primeros cuarenta días?

—No. Estaba contenta. Me gustó tener familia y soy feliz con mis hijos orita, gracias a Dios (F28/1992:316-321).

Es verdad que la ausencia de evidencia no es evidencia de la ausencia. Pero los testimonios recolectados sugieren que una línea de investigación prometedora consiste en explorar a la depresión posparto no sólo como un fenómeno biopsicológico, asociado a cambios hormonales, sino también como un fenómeno sociopsicológico asociado a las condiciones en que se vive el parto, tanto en la comunidad como en las instituciones médicas (Kitzinger, 1992). Los casos en que las informantes sí reportaron algún efecto anímico durante el período posparto, se asocian directamente a la mala calidad del servicio recibido. La necesidad de buscar en los servicios de salud las causas de la depresión se explica a partir del contenido de los testimonios hasta ahora presentados: como consta en ellos, muchas mujeres viven el parto en condiciones en extremo difíciles, y sin embargo sólo las que tuvieron su parto en un centro de salud acusan algún efecto anímico de este tipo. Subsiste, por otra parte, la posibilidad de que las mujeres no “reconozcan” su propia depresión posparto como consecuencia de vivir en una depresión crónica, resultado de las adversas condiciones de su vida cotidiana. Una investigación ulterior, de corte más bien psicológico, deberá explorar esta hipótesis.

LA EXPERIENCIA DE LA ANTICONCEPCIÓN ENTRE LOS HOMBRES

El papel central de los varones en las diversas áreas de la salud reproductiva que informamos más arriba, así como el entendimiento que existe entre ellos y los médicos, funcionan también en varios sentidos con relación a la anticoncepción:

(mi esposo) dio su consentimiento, él y el doctor se entendieron y me operaron (Fdc3/1992: 30-31),

si bien, en algunos casos, el entendimiento entre el doctor y el esposo pasa por una consulta de este último a su esposa acerca de su parecer al respecto:

“Entonces me dijeron los doctores que se operara, y les digo yo ‘pos le voy a decir a ella porque debo tener su conformidad’, ¿no?” (M34/1988:311-314).

De hecho, la preponderancia del hombre en estos temas se advierte también al explorar la posibilidad de que algunas mujeres planifiquen sin que su esposo lo sepa. Las respuestas a esta pregunta iluminan el tipo de relaciones de género que existen, así como los supuestos sobre los que funcionan las relaciones entre hombres y mujeres: en la mayoría de los casos, las entrevistadas tienden a establecer una ecuación entre “saber” y “autorizar”:

¿Y hay mujeres que planifiquen sin que su marido sepa?

Casi la mayoría que planifica es con *autorización* del esposo... (F57/1992:638-646).

En otras palabras, para muchos de los habitantes de Ocuituco es tan clara la norma de que la mujer se somete a los dictados del esposo, que no es imaginable disociar “conocer” y “autorizar”: ambos términos pueden ser asumidos como sinónimos, dado que, para efectos prácticos, sí lo son. El fenómeno de la anticoncepción moderna, sin embargo, se ha constituido en un espacio donde las relaciones de poder/ género colisionan con las diversas concepciones existentes en torno a la sexualidad, la reproducción y la paternidad, dando lugar a nuevos procesos de construcción de significados de alta complejidad. Estos procesos de construcción de significados, contradictorios entre sí, tienen lugar en varias esferas de la realidad. Un primer campo que la anticoncepción ha impactado se asocia estrechamente a la concepción citada más arriba en el sentido de que la sexualidad de las mujeres es algo que hay que controlar. Si, de acuerdo a los testimonios citados, el semen que no se constituye en un nuevo ser humano degenera en gusanos, que a su vez desatan el deseo incontrolable de las mujeres, el efecto *nocivo* (desde el

punto de vista de los hombres) de los anticonceptivos salta a la vista. Es decir, la asociación de esta concepción tradicional, con el resultado práctico de los anticonceptivos modernos —la posibilidad de tener relaciones sexuales sin embarazarse— da lugar a un verdadero cortocircuito en el nivel de las significaciones colectivas que potencializa la ansiedad y el ánimo dominante de los hombres:

Yo ya había planificado mi familia, pero resulta que mi mujer comete adulterio y entonces *yo me vi obligado* a seguir procreando. Dije: ‘¿voy a seguir criando en vez de otro? pos mejor que sea mío’. Y eso me obligó a seguir teniendo. Si no, me hubiera quedado nomás con tres, porque ya tenía yo donde basarme (M40/1988:631-641).

Dadas las concepciones prevalecientes, la sospecha de que la esposa puede “haber dado su brazo a torcer” con otro hombre da lugar a un dilema para los hombres: si se sigue (por ejemplo) con el método del ritmo (que era el método usado por este informante), la “infidelidad” de la esposa puede dar lugar a la aparición del deseo incontrolable por la vía de la descomposición del semen en gusanos. No queda, entonces, sino ganar la carrera por la paternidad: bajo la noción de que el embarazo es producto de la acumulación suficiente de semen, este informante optó por ser él quién contribuyera con la mayor parte del mismo, para que el nuevo hijo fuera sobre todo suyo en vez de otro: de ahí su sentida obligación de “seguir procreando”.

Estrechamente relacionado con esto, un segundo campo que impacta la anticoncepción moderna pasa por el dominio mismo de la *identidad*. Si por “norma”, como se piensa en esta localidad, las mujeres deben resistir lo que por “naturaleza” los hombres buscan —“ganarles la voluntad”— la introducción en la comunidad de los anticonceptivos modernos es vivida por los hombres como la posibilidad que tienen las mujeres de escapar a esa tensión a la que están sometidas, es decir, como la oportunidad para ellas de optar por no resistir tal acoso: literalmente, la posibilidad de transgredir la norma. Como se mostró anteriormente, la ecuación entre identidad masculina y deseo sexual incontrolable da lugar a una permanente ansiedad por parte de los hombres que los hace vivir con el temor de que las mujeres próximas a

ellos (sus hermanas, esposas e hijas) no resistan al acoso al que, por definición, deben estar siendo sometidas. La posibilidad que ofrecen los anticonceptivos de disociar relaciones sexuales de reproducción resulta en una agudización de esta ansiedad:

Ora las chamaquitas ya andan con los hombres afuera antes de que se casen, ya saben de esos trucos, ¡pos mejor que tengan (hijos)! Yo, si una hija mía va a andar así con los hombres por allá y que no tenga nada y que llegue por aquí como una señorita, pos mejor que tenga un hijo: ‘*ya sé que no eres señorita y punto*’ no que se anden tomando sus porquerías para que no tengan hijos y yo recibéndola en mi casa como una niña. ‘Ya, ya tuvistes un hijo, pos órale, vete con él y punto. Allá ten 20 o 30, eso quieres’. Y no que me llegue que la señorita y que la niña (M37/1988:266-280).

La mayoría de las veces, las mujeres son construidas socialmente como personas con una sexualidad secundaria: inactiva, en el caso de las solteras; y controlada, en el caso de las casadas. “Señoritas” las primeras, “señoras” las segundas. El hecho de que la anticoncepción moderna permita (por lo menos teóricamente) que las primeras ejerzan su libertad sexual, supone un conflicto que cuestiona los términos sobre los que se ha construido la identidad de las mujeres. Desde la visión del mundo de los varones, la *mujer* que tiene *relaciones sexuales* es la *señora* que se *embaraza* y que se convierte en *madre*. La anticoncepción moderna permite trastocar la relación de sinonimia entre los términos mujer-sexualmente activa-señora-embarazada-madre; y abre la posibilidad de separar los últimos dos términos (embarazada-madre) del resto de la ecuación. El hecho de que esta separación esté apenas comenzando al nivel de las significaciones colectivas, explica que la ansiedad de algunos varones respecto de las posibilidades de la anticoncepción pase, como en el testimonio anterior, por el temor de no poder *identificar* adecuadamente a una mujer (en este caso, a una de sus hijas): tomarla por “señorita” cuando ya no lo es. Que el entrevistado se refiera a los anticonceptivos con el término “trucos” refuerza nuestra hipótesis de que este tipo de cambios son vividos por muchos

como una forma de “engaño”, como un recurso que puede confundir a los varones en sus roles de esposos y de padres.

En consecuencia, la anticoncepción moderna impacta también sobre la construcción social de las mujeres, quienes son percibidas por los hombres como mucho más cercanas al “descontrol” y a la libertad sexual y, “lo que es peor”, sin posibilidad de los hombres de controlar esa sexualidad:

Con ese control que tienen *le suelta la rienda libre*. Sí, ya saben que no hay peligro. Si habiendo peligro lo hacen, ora sin tener peligro. Ora, antes no había comunicación, ora ya hay. El hombre se va a trabajar y la mujer: se va a Cuautla. Regresa (el hombre) y la mujer está haciendo su quehacer (como si no hubiera) hecho nada (M40/1988:687 696).

Estos dilemas, sin embargo, coexisten con la necesidad, resultado de las crecientes dificultades económicas, de limitar el número y espaciamiento de los hijos. La anticoncepción moderna, en consecuencia, impacta una cuarta esfera de la realidad, que pasa por la necesidad de sobrevivir. Que la mayor parte de las veces los hombres *sepan/autoricen* (sobre) el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres es un signo de la necesidad de adaptación que las dificultades económicas imponen:

—¿Y usted cómo ve que ora haya planificación familiar?

—No pos, en la época que hemos llegado, está bien. Porque realmente pos ya está trabajoso para tener unos diez hijos. No alcanza el sueldo que gana uno y las cosas recarísimas (M36/1988:353-359).

Muchos hombres de más de 50 años de edad ven con claridad la ventaja económica de la planificación familiar:

—¿Y usted cómo ve eso de la planificación familiar?

—Pos está bien. Si hubiera habido antes de eso, tampoco nosotros nos hubiéramos cargado de hijos. (Ojalá que a mis hijos) no les pase lo que nos pasó a nosotros con tantos hijos que ya después son problemas: que a uno le falta esto y que a otro esto: se ve uno apurado. Y

con poca familia pos hasta uno vive mejor: son menos compromisos (M43/1992.318-322;537-543).

Esta claridad, con todo, es aún mayor en los hombres jóvenes de las nuevas generaciones, algunos de los cuáles enfrentan abiertamente la crítica de sus padres:

Sí, mis jefes luego se enojan. Dicen que debería de tener todos los que había de tener. Les digo: ‘ustedes no previeron eso antes, nosotros estuviéramos mejor’ (M47/1988:230-234).

Estas formas de resistencia al cambio, sin embargo, no provienen sólo de las generaciones precedentes, sino que incluso en ocasiones son generadas por las mujeres mismas. Esto es comprensible dado que, como afirmamos más arriba, la identidad de las mujeres se afianza sobre todo en la capacidad de *hacerse embarazada*. Es en esa capacidad donde las mujeres son construidas socialmente como plenos *sujetos*, no como meros objetos (sexuales) o como sujetos que lo son (que paren) *para* los demás. Una estrategia, como la anticoncepción, que limite esa capacidad/identidad necesariamente debe encontrar una objeción de principio por parte de las mujeres:

“Y yo le digo (a mi esposa): ‘mira, por eso te digo que mejor te operes para ya no tener familia ni para estar que tú, tus dolencias, uno se va a trabajar y que no puedes ni dar de comer ni dar de cenar, no. Así es que mejor hay que pararle’. Dice: ‘no, pos ahí tú, si no quieres pos no, no. De mi parte, yo daré los hijos que Dios me dé, porque para qué te voy a decir que no; ora si quieres dejarme, déjame, yo me voy a mi casa’... (M34/1988:339-350).

Estamos entonces ante un complejo fenómeno de reconstrucción de los significados en torno a la anticoncepción y la reproducción, que pasa por las valoraciones sobre la sexualidad y alcanza al problema mismo de la identidad genérica. Con todo, las prácticas anticonceptivas institucionalizadas han logrado penetrar en las estructuras culturales locales, por lo menos en un nivel discursivo:

1) Ahora ya oímos consejos, oímos palabras sobre cómo sobrellevarse en la vida, o cómo reducir la familia para tener, para no padecer tanto en lo económico (...) primero no, éramos ignorantes en una palabra (M14/1988:89-99).

2) Primero no teníamos esto de salubridad, que del control éste, pues control familiar ¿no? primero nos íbamos, con perdón de la mesa, al trancazo. 'que no, que `amonos y antes que se acabe el mundo', ¿o no es cierto? Y creo que ora parece que ya: yo tengo un hijo, pues ya tiene como 25 o 26 años, y ya tiene hartos años de casado y tiene (sólo) un chavo (N441/1988:66-79).

LA EXPERIENCIA DE LA ANTICONCEPCIÓN ENTRE LAS MUJERES

En Ocuituco no parecen existir prácticas anticonceptivas basadas en herbolaria tradicional. Por el contrario, al abordar el tema cada una de las informantes habla sistemáticamente de “lo que el médico me mandó” o “lo que me dieron en la clínica”. En este sentido, la experiencia de la anticoncepción es totalmente dependiente de la medicina moderna.

Llama la atención el papel que juega lo aleatorio en la experiencia de la anticoncepción. Puede tratarse de un azar que impide la realización de un plan de adoptar un método anticonceptivo:

Pues pensaba ponerme dispositivo. Para dispositivo me parece que dicen que se tiene que poner solamente cuando está uno *enferma*. Estaba esperando mi mes, *pero nunca llegó. Y de ahí ya no pude* (F3/1988.22-28).

En un mundo que se percibe como fuera de control, no es difícil alimentar las representaciones de los anticonceptivos que subrayan el carácter impredecible de los mismos. Esto es, abundan los testimonios que describen a los métodos modernos como participando de los mismos rasgos de *azar e incertidumbre* que caracterizan la vida cotidiana de los habitantes de esta comunidad:

—¿Y orita por qué no se ha animado a tomar algún método?

—Pues *por dejadez, porque no me he decidido*, pero ya fui al Centro y me dijeron que me podían poner el dispositivo. Pero así *no me confío* porque varias personas de aquí tuvieron sus bebés teniendo el dispositivo (F27/1992:436-444).

En este testimonio, además, hay que advertir la forma en que la entrevistada construye su respuesta. Parte de una autodescalificación de su persona (“por dejadez”), pasa por una referencia a su voluntad (“no me he decidido”), para terminar exponiendo sus razones de fondo (“no me confío”). Se trata de una construcción gramatical que sólo es posible en un contexto de extrema opresión hacia las mujeres: la pregunta de la entrevistada presupone un nivel de ciudadanía, una capacidad de autonomía (“por qué no se ha animado...?”) que la entrevistada no comparte. Esta última, por el contrario, deja constancia de que su vivencia de sí misma no es igual a la de una mujer con mayor grado de independencia que puede dar por sentado ciertos derechos y libre albedrío (como el de la entrevistadora); el lenguaje de lo voluntario, del ejercicio de los derechos reproductivos —en este caso, el de libre elección y uso de métodos anticonceptivos— pertenece, desde la perspectiva de la entrevistada, a un nivel de realidad que le es, en principio, ajeno, y al que se puede acceder -invitación de por medio- sólo a partir de escalar sobre sí misma desde su ser subordinado y negativo (“soy una dejada”), hasta un *self* más autónomo (“no me he decidido porque no me confío”).

Existen varios patrones de la vivencia de la anticoncepción entre las mujeres, que van desde la completa exclusión hasta la existencia de formas de *autonomía* y *control* por parte de ellas.

La vivencia de los métodos anticonceptivos como *exclusión* se asocia a las relaciones de género dominantes en esta comunidad. La primera de ellas se da cuando la decisión de “controlarse” depende enteramente no de la propia mujer, sino del marido. En el apartado anterior se mencionó que en muchos casos se manejan como equivalentes el hecho de que el marido *sepa* sobre el uso de métodos por parte de su mujer, y el hecho de que lo *autorice*. De hecho, hay testimonios de

mujeres que refieren su experiencia de pedir permiso a su marido para planificar:

1) Pues yo le dije a él [mi esposol , pues *tú dices* si quieres que me controle o luego luego tengo otro. ‘No’, dice, ‘mejor ve a ver qué cosa te ponen’. Entonces fui al Centro de salud y me ponen el dispositivo... (F9/1988:337-343).

2) —¿Y no se piensa operar?

Pos ahorita no

—¿Y qué tal si le viene otro niño?

—No, ahorita no lo creo. *Es que yo digo que no porque él no quiere que me opere* (F6/1988:145- 151).

La segunda forma de exclusión, semejante a la anterior, se manifiesta cuando es el propio marido el que “se pone de acuerdo” con el médico acerca de la posibilidad de que “su mujer planifique”. Se trata de situaciones en las que las negociaciones ocurren exclusivamente entre doctores y esposos:

1) Mi esposo dio su consentimiento, se entendieron y me operaron (F59/1992:29-32).

2) —¿Y usted platica con su esposo sobre qué le conviene a usted usar o él la deja en libertad?

—No, siempre vamos los dos, sola no me deja. *Y él le pregunta al doctor y a él le dice* (F28/1992:419-424).

Una forma adicional de *exclusión*, que puede coexistir con las anteriores, se refiere al desconocimiento que en diversos grados presentan las mujeres acerca del funcionamiento y efectos colaterales de los anticonceptivos. Por qué el uso de tales tecnologías impide el embarazo es una cuestión que las mujeres, en muchos casos, simplemente desconocen, tal como se ilustra con el testimonio que presentamos en la introducción de este libro. La información de que disponen acerca de los efectos en la salud de dichos métodos puede ser también mínima o confusa:

—¿Y tienes algún conocimiento sobre los efectos que producen los anticonceptivos que conoces?

—Sólo sé del dispositivo que llega a producir manchas en la cara (F3/1988:961-965).

El tránsito hacia la autonomía inicia cuando, en medio de estas relaciones de género, aparecen formas, así sean muy incipientes, de participación de las mujeres en esta materia. En el extremo de menor grado de control por parte de las mujeres, dicha participación se da mediada por la intervención de los maridos. Por ejemplo, un hombre de 32 años decía:

Entonces me dijeron los doctores ¿no? que se operara, y yo le digo: 'pos le voy a decir porque debo tener conformidad de ella ¿no?' (M34/1988:311-314).

Otras formas, más elaboradas de autonomía, se dan cuando las parejas, de común acuerdo, deciden optar por la planificación familiar. Sin embargo, el hecho de que a lo largo del trabajo de campo no hayamos recolectado ningún testimonio que ilustre esta posibilidad nos permite pensar que esta alternativa es más bien escasa en esta comunidad. En cambio, la forma extrema de la autonomía en la vivencia de la anticoncepción por parte de las mujeres, se da cuando éstas deciden adoptar un método de planificación familiar sin que sus esposos *sepan*, lo que desde su propia perspectiva implica que actúan sin la *autorización* de ellos. Se trata de una situación que amerita una mayor indagación en investigaciones futuras: ¿qué condiciones materiales y subjetivas favorecen que algunas mujeres opten por esta alternativa? ¿qué potencial encierran estas conductas para programas de apoyo a las mujeres? Se trata de una modalidad que requiere, ciertamente, la complicidad de la enfermera o del médico del centro de salud pero que no está exenta de riesgos. Los más obvios son las acusaciones de infidelidad derivadas del temor de parte de los hombres de que las mujeres ejerzan libremente su sexualidad. Este contexto de control patriarcal sobre las mujeres hace extremadamente difícil sobrellevar una situación de “delación”, es decir, en la que la identidad de una mu-

jer usuaria” es develada, intencionalmente o por error, al marido. Una médico-pasante de la localidad fue interrogada al respecto:

—¿Y nunca la has regado y has ido a visitar a quien no debías?

—Sí, una vez me equivoqué, pero lo que pasa es que la tarjeta no decía que el marido no sabía. Se trataba de una mujer que había tenido relaciones con un novio anterior y había tomado pastillas que le daban en el centro de salud. Después se casó bien pero con otro hombre. Después de año y medio de no tenerla en el tarjetero se me hizo fácil ir a visitarla con la enfermera; le pregunté enfrente del marido que por qué ya no había ido a consulta de planificación familiar. Yo pensé que ese control era el que llevaba junto con su marido. Su esposo inmediatamente reaccionó y empezó a decir ‘¿cómo, cómo, cómo, a ver cómo está eso?’ y terminó sacándome de la casa, me dijo a ver, nosotros vamos a hablar’. Y la señora no pudo decir ni pío y se quedó un problemón ahí dentro de la casa y yo en la calle. Fue una situación muy fea, no he vuelto a saber nada de esa mujer... yo reconozco que mi error estuvo en tratar el asunto enfrente de un hombre... (F56dc/1992.292 324).

La experiencia de la anticoncepción, entonces, está también mediada por delicados equilibrios en los que las “alianzas” entre usuarias y prestadores de servicios de salud y los secretos” frente a los esposos juegan un papel fundamental.

CONCLUSIÓN: EL VÍNCULO

IDENTIDAD-SEXUALIDAD-ESTRUCTURA SOCIAL

En este capítulo hemos demostrado que, al nivel más general, la experiencia subjetiva de la sexualidad, la reproducción y la anticoncepción de los habitantes de Ocúituco es interpretable como un fenómeno estrechamente asociado a la estructura social y a la visión que los actores tienen de ella. Esto es, la manera en que los individuos explican —*narran*— sus experiencias de estos temas deja entrever las determinaciones de orden estructural a las que están sujetos, así como los principales recursos del sentido común de que disponen. Los habitan-

tes de Ocuituco conciben su orden social dentro de ciertos parámetros del sentido común; estos parámetros, y aquel orden social, a su vez, se reflejan en la manera en que hablan de la sexualidad, la reproducción y la anticoncepción.

Hemos mostrado aquí que es fundamental comenzar la exploración de estos temas a partir de la propia construcción de la *identidad* de los individuos. Dicha concepción de sí mismos se asocia a la manera en que perciben la sexualidad, bien como un impulso natural irrefrenable o bien como una tendencia normatizable. La visión de la *sexualidad* se asocia directamente a los significados de la *reproducción*: el temor al *hijo ajeno* es una consecuencia de la imagen que se tiene de las sexualidades masculina y femenina, que a su vez derivan de la construcción social de las identidades de los hombres y de las mujeres; la noción de que las mujeres *se hacen embarazadas* pero que *paren para sus esposos* es así mismo una consecuencia de aquellas premisas.

Las relaciones de género, opresivas sobre todo para las mujeres, explican la *presencia y capacidad decisoria* de los hombres, incluso en los asuntos relacionados con el parto y la anticoncepción. La *anticoncepción* es, en primer lugar, un recurso que permite menguar la carga económica que representan los hijos; pero es también, sobre todo desde el punto de vista de los hombres, la posibilidad de que las mujeres asuman el control de su sexualidad. Hemos mostrado incluso cómo la introducción de la anticoncepción moderna ha significado un trastocamiento de las *identidades*, lo que se ha traducido en una dificultad —que angustia a muchos— de *identificar* a una mujer virgen y distinguirla de una que no lo es.

En este capítulo también hemos mostrado que las condiciones en que se vive el *embarazo* y el *parto* son un reflejo de las grandes determinaciones sociales a las que están expuestos los sujetos, así como de los recursos del *sentido común* que utilizan para interpretar su vida cotidiana. El embarazo es vivido crecientemente como un fenómeno *medicalizado*, que se inicia en condiciones de *incertidumbre* y que reclama permanentemente la habilidad de las mujeres para *normalizar lo inesperado*. Las relaciones de *género* también dejan su impronta: la resistencia de muchos hombres de reconocer su corresponsabilidad en

el embarazo de una mujer, y la *violencia* a la que muchas embarazadas son sometidas, son dos ejemplos de ello.

El carácter ambivalente de los significados construidos por los varones en torno a la anticoncepción deriva del entrecruzamiento de valores preexistentes, que a su vez se apoyan en las diversas formas de desigualdad (económica y de género) y en los distintos saberes médicos (moderno y tradicional) de la comunidad. De las condiciones económicas, adversas para la mayoría de los habitantes de Ocuituco, deriva una valoración positiva de la metodología anticonceptiva moderna. De las relaciones de género, adversa para las mujeres, derivan tanto las bases sobre las que se construye la identidad genérica de varones y mujeres, como una valoración negativa de la anticoncepción, por cuanto ella supone la posibilidad de trastocar los supuestos de desigualdad sobre los que se edifica las relaciones entre los géneros. Del saber médico moderno deriva la tecnología anticonceptiva misma; del saber médico tradicional deriva uno de los temores de que los anticonceptivos sean dañinos para la salud. De la intersección entre las relaciones de género y el saber tradicional deriva la ansiedad sentida por los varones de que las mujeres usuarias de anticonceptivos desarrollen una sexualidad fuera de su control. Del entrecruzamiento de las relaciones de género y el saber y la práctica médica moderna deriva el autoritarismo presente en las relaciones médico-paciente en consultas sobre salud reproductiva. En una palabra, de las condiciones objetivas de vida, así como de los saberes médicos existentes en la comunidad, deriva un complejo campo de significados en torno a la sexualidad, la reproducción y la anticoncepción.

La propuesta de fondo es que ese conjunto de significados es clasificable según su génesis, sus vinculaciones, su lógica y su función. Más allá del aparente caos que el conjunto de significados sugiere, existe un orden simbólico y, más importante aún, es un orden en movimiento, con reacomodos permanentes. Si el análisis que hemos hecho es correcto, podemos vislumbrar que los efectos de la tecnología anticonceptiva se harán sentir en una necesaria refiguración de los significados socialmente adscritos al fenómeno de la reproducción y la sexualidad; y, por extensión, puede contribuir a una reconstrucción de las identidades genéricas: ser varón y ser mujer están en vías de *signi-*

ficar nuevas cosas para comunidades como la de Ocuituco. Como, de hecho, lo ha advertido ya una mujer de 23 años:

(algunos hombres dicen) que por qué se han de poner eso, que las mujeres son para tener hijos, bueno: infinidad de cosas. *Y no, las mujeres no estamos nomás para tener bebés* (F3/1988:117-121).

La ambigüedad significativa en torno a la anticoncepción permite adelantar que la introducción de este tipo de tecnologías está impactando no sólo al nivel de las economías familiares, sino también en el terreno de la sexualidad y, consecuentemente, en el ámbito de las identidades genéricas, que han comenzado una transformación histórica de su propia naturaleza.

VIII. La experiencia de sanar: las interacciones con los prestadores de servicios de salud

Nuestro análisis de la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad debe incluir no sólo la manera cómo los individuos interpretan las enfermedades y sus causas, sino cómo perciben el proceso de recuperar la salud. Este capítulo empieza con una breve descripción de los servicios médicos disponibles en Ocuituco. La segunda parte muestra que en esta población el proceso de búsqueda de atención médica frecuentemente implica tener que desplazarse fuera de la comunidad, por lo que se hace un análisis específico de la experiencia de esta “búsqueda” de ayuda. La tercera parte destaca la interacción que se da entre individuos y médicos, desde la perspectiva de los ocuituquenses. En dichos encuentros es frecuente observar fricciones entre las dos partes, que hombres y mujeres experimentan diferencialmente. En esta sección se examinan también los patrones que caracterizan las distintas percepciones que tienen los individuos tanto de los diagnósticos médicos que reciben, como de los propios prestadores de servicios de salud. La cuarta parte contiene un análisis de los principales significantes de las medicinas moderna, tradicional y doméstica existentes en la localidad, lo que ilustra de qué manera la experiencia de recuperar la salud incluye la coexistencia de tres dominios médicos (Menéndez, 1983), que se experimentan subjetivamente en distintos términos. Finalmente, como en el caso de los demás apartados de este libro, el capítulo concluye con una síntesis de los hallazgos y algunas reflexiones que derivan de ellos.

Dado el diseño de esta investigación, el análisis que se hace en este capítulo, al igual que en los anteriores, se centra en los relatos

de los individuos sobre las cuestiones arriba mencionadas; esto es, el análisis que aquí se presenta no está basado en observaciones directas de la interacción entre médicos y pacientes, sino únicamente en los testimonios que al respecto han ofrecido los entrevistados.

MARGINACIÓN Y RECURSOS DE SALUD

El sistema de atención de salud en México es una combinación de seguridad social pública con servicios públicos asistenciales y práctica médica privada. En teoría, un individuo puede escoger entre recibir atención médica gratuita de las clínicas de la Secretaría de Salud o pagar los servicios de un médico particular. Sin embargo, en la práctica, muchos de los habitantes de áreas rurales utilizan ambas alternativas para compensar las limitaciones que presenta cada servicio. Durante 40 años, un médico general particular fue la fuente principal de atención médica para los ocuituquenses. Recientemente, la Secretaría de Salud del estado abrió una clínica de salud dirigida por un pasante de medicina y una enfermera en servicio social, que son remplazados anualmente; entre 1988-1992, otros tres médicos privados empezaron a dar consulta en la localidad.

A pesar de lo anterior los servicios prestados son limitados, básicamente porque los médicos carecen de los recursos necesarios; por ejemplo, no cuentan con instalaciones para el uso de rayos X ni tienen los medios para realizar análisis de laboratorio. Asimismo, como la clínica de la Secretaría de Salud solía proveer medicamentos gratuitos, durante muchos años los ocuituquenses sabían que al ir a consulta a ese centro de salud casi siempre recibirían el medicamento prescrito por el médico. Ahora, debido a la tendencia privatizadora de las políticas de salud (Laurell, 1994) este servicio ha sido eliminado y los usuarios se quejan de que “no dan medicinas” en la clínica.

Como resultado de estas circunstancias, los individuos se ven forzados a viajar a ciudades y poblados vecinos en busca de mejores servicios médicos. Por lo general, cuanto más seria es la enfermedad, mayor el refinamiento de los servicios médicos que probablemente requieran y, por consiguiente, mayores las distancias por recorrer. Esta

situación aplica por igual a los servicios de la Secretaría de Salud y a los privados. Existen tres etapas en el proceso de búsqueda (y de desplazamiento) para encontrar ayuda. Comúnmente, la primera parada en este viaje para recibir asistencia médica es en las comunidades vecinas de Tetela del Volcán y Yecapixtla, entre otras. Estas comunidades son aproximadamente del mismo tamaño e importancia económica que Ocuituco y los servicios médicos prestados en las tres localidades son prácticamente idénticos. Cuando los ocuituquenses viajan a esas comunidades (15 a 25 minutos de distancia), normalmente buscan privacidad (sobre todo para el caso de servicios de planificación familiar), así como médicos en quienes puedan confiar más o que consideren más competentes que los de Ocuituco.

Si estos servicios médicos alternativos resultan ser insuficientes para satisfacer sus necesidades, los individuos regularmente viajan a Cuautla, que es la segunda ciudad en importancia del estado (a 30 minutos de distancia), y en ocasiones van hasta Cuernavaca, la capital (a 60 minutos); este traslado lo hacen por cuenta propia o por referencia de un médico.

La Ciudad de México (a 90 minutos), por último, se considera como la opción preferente para la obtención de atención médica, porque además de contar con toda clase de recursos de servicios del tercer nivel, la ciudad en sí tiene un significado simbólico especial. Cuando los individuos hablan de “ir hasta la Ciudad de México” en su proceso de búsqueda de ayuda, implícitamente indexan que su resolución de sanar es tal que están dispuestos a *aventurarse*, con todo lo que ello implica, a la capital de la República.

Es importante analizar detalladamente de qué manera interpretan los ocuituquenses su necesidad de salir de la localidad, porque dichos viajes son parte integral de su proceso de búsqueda de atención médica y además afectan profundamente su experiencia subjetiva de la enfermedad y del proceso de recuperar la salud.

El significado de *buscar ayuda*

De hecho es tan común para los individuos viajar —por lo menos a las comunidades vecinas y a Cuautla— como parte de su proceso de

búsqueda de ayuda, que la idea de “ir de aquí para allá” para encontrar atención se usa en sentido literal:

“Y me mandaron, estuve yendo allá a Tetela. Y estuve yendo al centro de salud pero en Cuautla... el que me vino a curar, le digo, fue (el médico de Tetela). *Después de andar para acá y para allá* él fue el que me curó (F28/1992:242-255).

En otras palabras, la decidida vocación de los individuos para curarse es prácticamente sinónimo de tener que viajar a diferentes comunidades en busca del doctor adecuado y el tratamiento correcto. De manera similar, como ya se mencionó, viajar frecuentemente connota que se ha hecho el máximo esfuerzo para obtener atención médica:

La llevamos a México, *la anduvimos trayendo por donde quiera* y nada... sí, la anduvimos trayendo mucho (M38/1988:211-219).

La esencia de este “ir de un lado a otro” puede ser un verdadero martirio, debido al nivel de privación económica de los individuos. Por ejemplo, en una emergencia, la mayoría de las personas necesita encontrar un medio de transporte adecuado, ya sea un taxi o un automóvil prestado. Estos factores, combinados con sus limitados ingresos y la alta probabilidad de no poder encontrar al doctor que estén buscando, acentúan la *sensación de precariedad* que muchos individuos experimentan en su búsqueda de ayuda:

Se enfermó mi esposo hace cinco años... *lo llevamos* a la clínica de campo (en Cuautla), ahí lo tuvimos como veinte días y como que se mejoró. Y nos lo dieron de alta y *nos lo trajimos* y ahí estuvo. Pero durante el tiempo de que él estuvo yendo *lo estuvimos llevando* cada veinte días a la clínica. Pos cree usted que estuvo bien, nomás que después que nos dicen que ya no, que ya habíamos de ir pero a la otra clínica. Entonces *fui*mos y no hallamos nadien y nos dijo nomás una enfermera que no había medicinas y que nos venimos. Y que me dice mi esposo: ‘ya no me vuelvas a llevar, pa’ qué tanto pasaje y no arreglamos nada’. Entonces le digo yo: ora ya no vas a estar sin medicina... ora te vamos

a llevar con un doctor'. Y cree usted que *lo fuimos a llevar* a Yecapixtla con ese doctor Germán que ya falleció. *Y de ahí lo llevamos a Tetela...*" (F21/1988:12-35).

La Ciudad de México constituye la última y, potencialmente, la más temible alternativa. Algunos simplemente se rehusan a ir a la capital por tenerle miedo y prefieren que la enfermedad tome su cauce natural, para después morir en Ocuituco. Para muchos individuos, la recomendación de un doctor de ir a la Ciudad de México para buscar atención médica, puede incrementar el sentido de incertidumbre y sufrimiento que de por sí ya experimentan:

Y que me dice el doctor: 'a su niño ya se le hizo lo que se pudo, lléveselo a México'. Y le digo: 'pero doctor, ¿a dónde me lo llevo?', *yo de pueblo y pues en una ciudad ¿no?*. Dice: lo importante es que lo tenga en México, lléveselo y allá es lo importante que lo tenga'... (F45/1992: 131-138).

Como lo ilustra este relato, a la Ciudad de México se le percibe con sentimientos encontrados. Por un lado, la sugerencia del doctor de llevar al bebé a la ciudad significa que, debido a lo grave del estado de salud del bebé, es urgente que se le proporcione el cuidado médico adecuado. Por otro lado, el testimonio de esta mujer pone en claro que aventurarse en la capital no es una decisión fácil. Este relato también subraya el hecho de que los mejores servicios médicos se encuentran en la Ciudad de México. De esta manera, los ocuituquenses parecen ver a la ciudad tanto como un lugar donde pueden encontrar la solución a sus problemas médicos, como un destino donde perderán por completo el control de sus circunstancias. El relato anterior condensa el inmenso dilema al que se enfrentan muchos individuos: en Ocuituco es donde tienen el más alto grado de control sobre sus circunstancias (porque por lo menos conocen el lugar), pero donde existe, al mismo tiempo, un rango muy limitado de servicios médicos. Estos dos factores se revierten de manera progresiva en el momento en que los individuos viajan en búsqueda de atención médica: mientras más lejos tengan que ir, menor será el control de sus circunstancias, pero mayor la probabilidad de encontrar servicios médicos más refinados.

No es común encontrar individuos que recuerden felizmente sus visitas a la Ciudad de México. En tanto que muchos encuentran en esta ciudad el tratamiento que necesitan, también es ahí donde encuentran el índice más alto de arrogancia médica, factor que hace de su búsqueda de ayuda algo aún más azaroso:

En México, en el Hospital Civil, el doctor, claro me dijo: 'ya no se mortifique tanto, ya ni se esté preocupando porque su hijo ya no tiene remedio. ¿Sabe lo que le vamos a hacer? lo vamos a ir controlando, pero ya su hijo no tiene remedio'. ¡Qué sentiría yo!... Entonces pues ya me vine, como dice el dicho, desahuciada de los médicos de México, pero en ese tiempo vivíamos una vida tan amarga con su papá (porque me pegaba mucho)... venimos de México, ya nos vinimos porque en lugar de que se compusiera, más le daban (ataques)... y que me voy otra vez. Como dice el dicho, me fui ahora sí que de pelada,¹ así, nada más con mis hijas y otro hijo que se iba a ir para allá., y allá anduvimos que vamos a ver a esta persona, que vamos a esta otra que lo cure y que lo cure y hasta que Dios me iluminó ¡ay! que nos dio entendimiento que un doctor era muy bueno y que era muy bueno para las convulsiones, bueno pues vamos a llevarlo., y se alivió con ese médico... (F5/1988:497 584).

Relatos de este tipo revelan que no sólo tener que ir a la Ciudad de México hace que la búsqueda de ayuda sea tan azarosa. Esta mujer relata con claridad que su esposo solía golpearla y esto explica por qué fue a la ciudad sin él o sin su permiso (lo que representa, por lo menos desde su punto de vista, algo socialmente inaceptable). A pesar de esto, no logra evitar incorporar en su relato una *visión negativa de sí misma* tanto por caracterizarse como “una pelada” como por sugerir que era su falta de entendimiento lo que le impedía encontrar al médico adecuado. En relatos similares, la pobreza y el patriarcado dan forma a la experiencia subjetiva de la búsqueda de ayuda que tienen que emprender algunas mujeres. Su posición subordinada hace que las con-

¹ *Me fui de pelada* se refiere al hecho de haberse ido sola, sin su esposo. La ideología patriarcal dominante sostiene que una mujer casada «respetable» no viaja sin su esposo o por lo menos sin su permiso.

diciones de viaje sean aún más difíciles y es posible que ello también de cuenta del trato autoritario que, desde su punto de vista, reciben de algunos doctores en la Ciudad de México. Estas condiciones también se observan en casos en los que no se encontró cura y la persona para quien se buscaba de hecho murió. En algunos casos, el grado de sufrimiento y las circunstancias relacionadas al mismo toman un sesgo de proporciones casi dantescas. Una mujer narró:

Soledad: Yo ando con una tentación. El niño que se me murió lo llevé hasta México. Pero tenía otra niña. Yo estaba lavando., teníamos la hamaca. Yo creo que esta niña se subió encima y la aventó, y se revienta aquí, cayó el niño con todo y hamaca y ella encima. Cuando yo entré el niño estaba morado llorando. Agarro al niño y le ofrezco el pecho y no quiso. Lloraba y lloraba y moradito. Y comenzó enfermo siempre, con una tosecita, siempre malo. Lo anduve curando pero siempre estaba muy panzoncito. Y esa tos. Entonces al señor le robaron una vaca y estaba muy enojado. Que le digo: ‘¿qué vamos a hacer con José?’ y dice: ¡pos déjalo que se muera!’. Había días que lo curábamos y días que no. El doctor de aquí no me dijo nada. Me daba medicinas y nada. Que me lo llevo a Tetela. Ahí el doctor me dijo: ‘está moradito, llévatelo a Cuautla con el doctor Martínez. Fui con Martínez, ahí nomás sacudía la cabeza y dice: no güera, llévatelo al Hospital Infantil. Yo sin saber pedí prestado cien pesos a un tío. Me fui con un primo a México. Luego me lo quitaron ahí en el Infantil. Yo nomás veía que sacudían la cabeza. Me entregaron su ropita muy humilde y me dicen: ‘señora, no le encontramos qué tiene, vamos a esperar’. Duró seis días.² Que lo iban a operar del hígado y del corazón. Estaba cardíaco. Su expediente así salió. Murió de bronconeumonía: era cardíaco.

Martha: ¿Y qué cree usted que tenga que ver lo de la caída de la hamaca?

²Tener que pasar varios días en la Ciudad de México cuidando a una familiar implica, entre otras cosas, resolver el problema del hospedaje. Sin embargo, para los ocuituquenses, pagar la renta de un cuarto es prohibitivo, por lo que en estas circunstancias, los miembros de la familia duermen en los corredores del hospital (si se les permite) o, más comúnmente, en la calle afuera del mismo.

Soledad: Digo pos que se lastimaría de su corazón. Que a lo menor en el golpe se lastimaría en el corazón. Martha: A veces cuando están mal del corazón es desde que nacen.

Soledad: pos quién sabe. Pos se me murió y luego me lo pedían que se los dejara ahí, que yo me viniera y se los dejara, que iban a estudiarlo porque 'no supimos lo que tuvo el niño y ni Dios quiera que venga por acá con otro igual. No, yo lloraba, yo no hallaba qué hacer 'pero yo me llevo a mi hijo y cuánto les debo'. Y me dijeron que yo había hecho droga, que yo había tomado droga, y yo nunca tomé nada.

Martha: ¿droga?

Soledad: sí, para que no tuviera (hijos). Me dijeron que si había tomado yo pastillas o que si me habían inyectado; les digo: 'yo nunca me he hecho nada'. Y de veras.

Martha: pero ¿en esa época había?

Soledad: no sé, pero eso me dijeron. Que a lo mejor pastillas o inyecciones, y que por eso perjudiqué al niño. Yo nunca hice nada. Y eso fue lo que me pusieron en el expediente. Ahí traigo a mi hijito muerto en un coche, con su mamila en la boca para que no nos fueran a atajar. Así lo saqué... acá lo enterré (F30/1992:633-705).

Este relato revela varias cosas. Primero, como se mencionó en el capítulo V, esta mujer cita un accidente para así identificar el acontecimiento inicial que provocó la experiencia subsecuente. Segundo, no deja lugar a dudas de que vivió esta experiencia en un contexto en el que su esposo no la apoyaba; un contexto en el cual, desde su perspectiva, perder una vaca fue más importante para él que un hijo seriamente enfermo. Tercero, describe su viaje en busca de ayuda como un acontecimiento en el que tuvo que ir de un doctor a otro, de un pueblo a una ciudad de provincia, y después a la capital del país, la Ciudad de México. Cuarto, informa que los doctores que la atendieron no le dijeron qué enfermedad tenía su hijo, lo que lógicamente condujo a un sentido cada vez mayor de *incertidumbre*. Ella sintió haber sido tratada de una manera autoritaria en el Hospital Infantil, lo que a su vez le produjo una ansiedad considerable. Desde el punto de vista de esta mujer, aventurarse afuera de Ocuituco significó exponerse a un orden social donde la dominación masculina no sólo prevaleció, sino

que además es un lugar donde mujeres como ella son ubicadas definitivamente en la base de la escala social. Es irrelevante determinar si en verdad los doctores del hospital de la Ciudad de México la trataron como ella dice que lo hicieron (haber tratado de culparla por la muerte de su pequeño hijo). Lo importante aquí es cómo esta mujer y otras como ella experimentan la búsqueda de atención médica fuera de su comunidad. Finalmente, el relato del viaje de regreso a Ocuituco, cargando a su hijo muerto en los brazos (pretendiendo que todavía vivía), ejemplifica a qué extremo pueden llegar dichos viajes. Desplazarse a otros lugares es parte integral del proceso de búsqueda de atención médica en Ocuituco; es una dimensión inherente de la experiencia subjetiva, compartida por muchos, de buscar asistencia médica para una enfermedad. El viaje de regreso a Ocuituco con el cuerpo de su bebé en brazos es un ejemplo notable de cómo experimentan los individuos la enfermedad: es una experiencia moldeada por la pobreza, la desigualdad de género, y teñida de una gran angustia y dolor, de una sensación de incertidumbre y de una percepción generalizada de haber sido víctimas de abuso. Es también una vivencia en la que algunos individuos están dispuestos incluso a luchar hasta el límite para preservar un sentido mínimo de control y de dignidad.

Por otra parte, una sensación de emergencia está presente con frecuencia en la experiencia subjetiva de la búsqueda de ayuda. Ésta se vive de dos formas. La primera, está relacionada con ponerse en contacto con el doctor “justo a tiempo”:

1) ...ninguno le atinaba. Hasta que fui a ver al doctor Olivos (en Cuernavaca) y me dijo que tenía yo un intestino obstruido: *‘ya faltaba poquito para que usted ya... si se dilata un tratamiento usted se muere’* me dijo (F15/1988:774-779).

2) ...y el doctor de Cuatla me dijo: *¿sabes qué tiene tu hijo? tiene hepatitis. Un día más y no me lo traes y no se salva’*... (F31/1992.518-521).

Es evidente que este sentido de emergencia se vincula con la necesidad (y dificultad) de viajar fuera de la localidad en busca de atención médica. Este tipo de emergencia la pueden experimentar también

los pacientes que son enviados con otro médico para que los atienda cuanto antes:

Se nos vio bien mala. Se la llevé a un doctor aquí y dice: ‘es gripita. Mañana me la traes pa’ que la inyecte yo’. Y en la tarde se vio bien mala la niña y al otro día que me la llevo con el doctor de Tetela y que me dice: ‘esta niña quiere una cama de suero y todo’. Le digo: ‘entonces usted no me la puede curar?’ Dice: ‘sí pero no respondo. *Llévesela orita, no pase a ver ni a la comadrita ni al compadrito, ni nada. Se me va directo allá.* El me dio el pase, agarré un taxi en Tetela y de ahí a Cuautla (F26/1992:329-343).

La segunda manera en que se experimenta la sensación de emergencia está asociada con la posibilidad de curarse a pesar de que todo esté en contra. Esta opción no sólo incluye una *sensación de precariedad* en cuanto a la oportunidad con que se visita al médico, sino también respecto a la naturaleza real de la enfermedad, de la que puede haber pocas esperanzas de curarse:

...tuve un niño que cuando estaba recién nacido le salieron unas manchas así y dijo el doctor que de esa enfermedad entre cien se aliviaba uno, pero le hicieron la lucha y se alivió (M38/1988 160 165).

En síntesis, tras la experiencia de “buscar” ayuda se encuentran los dilemas que plantean la pobreza, la distribución desigual de atención médica en la región y el hecho concomitante de que la tecnología médica más refinada está disponible en parte sólo para aquellos que están dispuestos a salir de Ocuituco y que pueden pagar el viaje. Tener acceso a esos servicios implica una interrupción simultánea de la realidad cotidiana, no sólo en cuanto a entrar en contacto con tecnología de alto nivel, sino en cuanto a aventurarse en un mundo en el que los individuos no tienen control sobre los arreglos sociales que lo caracterizan y, por consiguiente, sobre sus propias circunstancias. Y más aún, un elemento primordial de esta “necesidad” de viajar en busca de atención médica es el inexorable proceso de *medicalización*, que enseña a

dar por sentado que la mayoría de los problemas de salud (no importa cuán elementales sean) se pueden resolver con una visita al médico.

Género y poder en las relaciones entre médicos y pacientes

Algunos de los relatos que hemos analizado hasta ahora proporcionan pistas muy sugerentes acerca de la manera en que son percibidas las interacciones con los médicos. Tales interacciones comprenden, naturalmente, tanto experiencias positivas como negativas con los médicos de la región. Sin embargo, como ya lo mencionamos en el capítulo anterior, es frecuente advertir un elemento de fricción en la interacción entre los habitantes de esta región y los médicos, particularmente con las mujeres. A menudo, a los médicos y enfermeras se les percibe como profesionales que *regañan* a sus pacientes. De hecho, de acuerdo con las entrevistas, el *regañó* es una actividad que abarca a diferentes tipos de personas que tienen posiciones de autoridad. Sólo las mujeres informan *haber sido regañadas* por un pariente político, su esposo, un doctor o una enfermera. Estas interacciones presuponen que las personas *regañadas* (las mujeres) son consideradas por otros y por ellas mismas como inferiores a quienes *regañan*. Algunos testimonios hacen referencia a mujeres que son *regañadas* por la enfermera por no usar anticonceptivos; en otros, provistos por mujeres, se informa haber visto a un doctor *regañando* a una doctora por llevar registros médicos inadecuados. A veces, una discusión con un doctor es considerada como una forma de *regañó*:

Una vez llevé a mi hija con el doctor de aquí y me dijo que eran paperas. Después otra vez le volvieron a salir y le dije: 'doctor, pero ya se la traje una vez y me dijo que eran paperas', y dice: '¿qué paperas, si las paperas nada más dan una vez, cómo van a dar dos veces!'. Y le digo: 'pos es que usted me dijo la otra vez que eran paperas y ora dice que son paperas, yo no digo, usted me está diciendo'. *Y me regañó*, y desde entonces ya no me quedaron ganas de ir (F25/1992: 493-506).

Es importante notar cómo, después de describir esta discusión con el doctor, esta mujer resume el acontecimiento íntegro diciendo que “él *la regañó*”. En otras ocasiones, el acto de ser *regañada* puede asumir un tono aún más autoritario. Por ejemplo, una mujer de 46 años de edad informó, que consideraba la posibilidad de interrumpir su embarazo, narra que acompañó a una amiga con el doctor, después de que dicha amiga había tenido un aborto inducido:

...y que la *rete-regaña* el doctor: ‘no mujer, ten mejor los que Dios te va a dar!’... como a los tres meses le bajó y el doctor la *rete-regañó*, dice: ¡agradece que te bajó, que si no se lo ibas a agradecer al que te hizo el favor’, dice, ¿por qué lo hiciste? ¡no mujer!’, dice, *arrimándosele ahí el doctor*, y me dice el doctor: ‘por eso tú mejor ten tu hijo’ y ya mejor me conformaba yo...” (F26/1992:788 795).

En tanto que a la fricción que puede ocurrir entre las pacientes y los doctores se le recuerda como *regañó*, los encuentros con los hombres, por el contrario, parecen ser más equilibrados. Los hombres también tienden a percibir a los médicos como agentes autoritarios que quieren imponer su voluntad y conocimientos, y que en ocasiones incurren en equivocaciones con consecuencias fatales; aún así, no hablan de haber sido *regañados* o de *conformarse* con lo que los doctores les ordenen. Por ejemplo, un hombre de 62 años de edad recordó de la siguiente manera su visita a un doctor particular con relación a la enfermedad y muerte de su hija:

José: Eso fue lo que nos dijeron. Que se deshidrató. Y yo le decía al doctor: mi hija sigue grave, doctor, cámbiele la medicina’. Y me dice: ¡yo sé lo que estoy haciendo!’.
Y a las ocho de la noche lo fui a ver y le digo: doctor, mi hija se va a morir, sigue grave’. Me dice: ‘¿cómo sabes si sigue grave?’, le digo: ‘ya no toma la medicina, ya no le pasa la medicina’. Dice: ¡pues llévenle

esta inyección y péguensela'.³ Me traigo la inyección, se la pegan y luego luego se murió.

Roberto: ¿y qué dijo luego el doctor?

José: pues que le daba mucha pena que se haya muerto la niña. Le digo: 'doctor, por grande que sea su pena no es igual a la mía'...

Roberto: ¿Y el doctor no reconoció que a lo mejor se había equivocado?

José: El solamente él sabe. No me comentó ya nada. No pos, disculpe pero los doctores, como decía una vez un señor que le preguntó a otro y le dice: 'oyes, por fin tus hijos qué, ¿estudiaron o no estudiaron?'. Dice: 'cómo no'. Dice: '¿y qué estudiaron?'. Y dice: 'pues uno estudió para ladrón, el otro estudió para limosnero y el otro estudió para asesino'. Dice: '¿cómo, cómo? A ver, explícame'. Dice: mira: el limosnero es sacerdote, el asesino es doctor, y el ladrón es licenciado'. Dice: '¿bueno, y por qué dices eso?'. Dice: 'porque mira, el doctor te mata a tu familia, a tu hijo, a tu madre, a tu hermano, y hasta le pagas para que lo mate. *No hay un doctor que no cometa un crimen*. No le halla la medicina, o se le pasa de medicina, pero ya te digo, no hay un doctor que no cometa un crimen. Y por eso digo que estudió para asesino' (M40/1988:149-168).

La formidable elaboración metafórica que hace este informante acerca de lo que en su opinión caracteriza a las tres profesiones que menciona, no es sino el reflejo de una realidad que hemos venido mencionando a lo largo de este libro: el hecho de que los habitantes de esta comunidad viven con una permanente *sensación de estar siendo objeto de abuso* por parte de otros más poderosos. Estos testimonios confirman que los médicos son percibidos como agentes autoritarios que afirman la legitimidad de su status mediante sus conocimientos y capacitación. Sin embargo, en el caso de las mujeres, esta relación autoridad-subordinado se refuerza de una manera más aguda debido al orden patriarcal que las disminuye con relación a los hombres. A menudo, cuando los relatos implican a un doctor, a una esposa y un esposo, se pueden observar claramente los elementos de género y clase que dan forma a estos encuentros. Por ejemplo, un hombre informó

³ En este relato todas las intervenciones del doctor adoptaron un tono autoritario.

haber *dado su autorización* al doctor para operar a su esposa. Días más tarde, una vez arrepentido de esta decisión, le pidió al doctor que no procediera con la operación:

...la iba a rajar, hasta se enojó conmigo porque hizo un papel donde la iba a operar y salí afuera y nomás me senté y vi bien y pensé yo en platicarle... (regresé) y que le digo: '¿sabe qué doctor? Que vino el papá (de mi mujer) y le dije (de la operación) y no quiere que la opere, pues con esto ya no la va a operar'. Y que se re-enoja. Dice: no pues el papel ya lo hice' dice para la operación'. Digo: pues su papá no quiere'. Dice: pues llévesela y que lo ruegue', y que me corre del cochino consultorio. Le dio muina (M13/1988:536 545).

En este relato el doctor es descrito como una autoridad dispuesta a imponer su voluntad; el hombre que narra la historia, por el contrario, parece ser consciente de su estatus inferior con relación al doctor y de su necesidad de recurrir a un recurso *clave* para hacer que la situación se vuelva a su favor. Desde su punto de vista, invocar la autoridad de su suegro es una buena estrategia para evitar que el doctor lleve a cabo la operación. En otras palabras, si este hombre se percibiera con un estatus igual al del doctor, su propia voluntad hubiera sido suficiente para evitar que el doctor operara a su esposa. El hecho de que necesita recurrir a una autoridad superior (la de su suegro), revela que se ve a sí mismo en una posición de inferioridad con relación al doctor. En una sociedad patriarcal como ésta, algunos actores consideran que invocar una autoridad superior masculina es una base poderosa para revertir un acuerdo previamente establecido. Lo más evidente aquí es que ni la decisión ni la opinión de la mujer fueron tomadas en cuenta, lo que refleja un orden social en el que estos asuntos comúnmente se discuten y resuelven entre hombres, un orden en el que se piensa que las mujeres tienen poco o nada que decir, aunque sean el sujeto de las intervenciones médicas. Es muy revelador que el hombre sintió haber dado su mejor argumento al apelar a la autoridad de su suegro, en lugar de citar lo que probablemente la esposa misma estaba deseando.

De hecho es común que los hombres hablen de *dar permiso* a sus esposas para ir al doctor, o autorizar a los doctores a operarlas, como

también es frecuente que las mujeres reconozcan su posición de subordinación en sus relatos acerca de la atención médica:

- 1) El siempre *me mandó* a controlar... (F26/1992:816-817).
- 2) Ahora mi señor *me manda* que vaya yo al centro de salud y le platique yo al doctor cómo me siento para que me saquen alguna radiografía. Dice: platícales eso de tu pecho, cómo te sientes' ... (F16/1988:324-329).

Es claro que la desigualdad de género permea intensamente las interacciones con los médicos, y que estos últimos también funcionan de acuerdo con una lógica que se monta sobre aquella base. Por otra parte, los médicos son percibidos como profesionales que practican varias formas de exclusión sobre los individuos, entre las que destaca, en primer lugar, el control de información que ejercen acerca de la enfermedad de sus pacientes. Es común que los médicos no comuniquen a sus pacientes su diagnóstico:

- 1) Y le preguntaba yo al doctor que qué tenía yo y nomás le daba risa. *No supe* de qué me enfermé (M36/1988: 336-338)
- 2) ...pero ya ve que nomás dan medicina y *no dicen qué tiene uno*. Con ese doctor que me curaba nomás me daba la medicina y no decía nada (F25/1992:51-54).

El hecho de que los médicos no comunican su diagnóstico es una experiencia común entre los individuos que queda indexada en la expresión “ya ve”, expresión que presupone que el entrevistador participa de la normalidad local arraigada y de todos conocida. Otros testimonios confirman este hallazgo:

- 1) La llevaba yo al doctor a Toluca. *Nunca nos dijo el médico qué tenía* (F32/1992:48-52).
- 2) Pues *nunca nos han dicho los doctores*. Les hemos preguntado pero... (M50/1992:285-287).
- 3) Pos yo vi que ahí (en el hospital) a todos los niños les ponen un letrero según que de la enfermedad pero pos ni dicen. Yo vi que decía

‘bronconeumonía’ por eso digo que tenía ‘bronconeumonía’, pero esos ni dicen nada” (F26/1992:348-355).

El desconocimiento acerca de la naturaleza de la enfermedad que padecen, reforzado por la falta de comunicación al respecto de parte de los médicos, es notorio sobre todo entre las personas de mayor edad. Sin tomar en cuenta la gran cantidad de casos en la que los médicos “no dijeron nada”, los adultos jóvenes son más específicos al hacer sus comentarios. Sin embargo, en muchos casos completan sus relatos con la expresión “o algo así”, que refleja una comprensión *precaria* del diagnóstico:

1) —¿y qué le dijo el doctor?

—pues que estaba yo débil, dice que me iba a dar creo que fiebre tifoidea *o algo así* me dijo (F28/1992 15 18).

2) — ¿y qué le dijeron los doctores que había sido eso?

— Que sus riñones se habían acabado, *o algo así* o su hígado, creo (F29/1992:215-216).

En México es común encontrar la creencia de que el doctor es uno de los tres actores principales más respetados por los habitantes de áreas rurales; los maestros de escuela y los sacerdotes son los otros dos. Sin embargo, muchos de los atributos de los médicos que se han mencionado hasta ahora (su estilo autoritario, su tendencia a no informar el diagnóstico a los pacientes y su propensión a cometer errores), han contribuido a desarrollar entre la población una impresión más bien crítica acerca de estos profesionistas. En adición a estos atributos percibidos, una segunda forma de exclusión que practican los médicos, desde la perspectiva de los individuos, se refiere a la económica. El interés mercantil de los médicos es mencionado, directamente o de paso, por muchos individuos. Por ejemplo, al describir su manera de trabajar, un huesero local señalaba:

Gracias a Dios vienen a verme y los curo. Hay personas que a la primera curada que les doy los alivio. Y hay personas que a la de tres curadas los alivio. No para que diga yo que ya les estoy cobrando un montón de

billetes *o como los doctores*. No, luego les cobro según sus posibilidades... (M38/ 1988:611-618).

La percepción de que los médicos cobran demasiado por sus servicios es una expresión más de la sensación de *estar siendo explotados* en la que viven los habitantes de esta región. Al describir su encuentro con varios curanderos ancianos de la región, una mujer decía:

...les dije a los viejitos, les digo: oiga doctor, usted como viejitos que ya son ustedes son los meros buenos, ora los que hay no son buenos, *ya nomás saquean dinero* y ya no sirven (F15/1988:489-494).

Este desencanto con una de las instituciones más poderosas de la sociedad actual, la de la medicina moderna, descansa también en serios cuestionamientos sobre la ética profesional de los doctores, y sobre el compromiso real con que ejercen su oficio. Dos testimonios ilustran esta situación, el primero de una mujer de 38 años, el segundo de un hombre de 30:

1) A mí me parece que los médicos nomás atienden porque se les paga pero no por la responsabilidad de su profesión. O sea que yo veo que a ellos no les interesa que el paciente se alivie o se muera. Atienden al chas chas y ya (M32/1992:350-355).

2) El principal problema es que los médicos no dicen qué tiene uno. Entonces el negocio es explotar a la gente haciéndola venir y venir, y no dejarla que tome control de su propia enfermedad” (M61/1992:25-53).

En resumen, los médicos modernos son percibidos como profesionistas con ciertas habilidades terapéuticas, pero que tienden a abusar, en varios sentidos, de su poder técnico. Urge una investigación —sociológica y de ciencia política— que dilucide con mayor precisión las implicaciones de este hallazgo. ¿Cuáles son las posibilidades de éxito para las políticas oficiales de salud, en un escenario en el que la profesión médica ha perdido mucha de su fementido prestigio aun antes de terminar de establecerse como la opción más adecuada para la población? Y por otra parte, ¿de qué manera contribuye este desen-

canto popular ante la medicina moderna a consolidar el clima de rabia que se extiende por el país y que mina crecientemente la legitimidad y la eficacia de las instituciones?

LOS SIGNIFICANTES DE LAS MEDICINAS MODERNA, TRADICIONAL Y DOMÉSTICA

La experiencia subjetiva de recuperación de la salud de los individuos, sobre todo la que descansa en la “curación”, abarca básicamente tres modelos terapéuticos: 1) la medicina moderna, 2) la medicina tradicional y 3) la medicina doméstica. *La medicina moderna* se refiere a toda intervención y prescripción médica, recibida y utilizada en el contexto de una consulta con un médico o como seguimiento directo de dichos encuentros. *La medicina tradicional* por su parte, se refiere a las terapias y remedios proporcionados o recomendados por curanderos tradicionales (curanderas, hueseros, etc.). Tanto la medicina moderna como la tradicional son públicas en cuanto a que se ofrecen a la población en general, de manera profesional. Por el contrario, *la medicina doméstica* pertenece al dominio de lo privado, ya que se da dentro del hogar y abarca los primeros cuidados y remedios que se ofrecen a los enfermos, normalmente por mujeres del propio hogar, o bien bajo la forma de autoatención. La medicina doméstica combina elementos de la medicina moderna y de la tradicional (Zolla *et al.*, 1988) y generalmente se ejerce antes o en paralelo a la decisión de consultar a un doctor o a un curandero tradicional.

En cuanto a la *medicina moderna*, los individuos identifican básicamente seis categorías conceptuales para dar cuenta de su experiencia subjetiva de *ser curados* por los médicos. Dichas categorías son: “vacuna”, “inyecciones”, “suero”, “análisis (de laboratorio)”, “operación” y “medicina (prescripción o receta). Como ya hemos visto en el capítulo V estos conceptos (excepto el de “vacuna”) son metáforas que muchos jóvenes utilizan para ilustrar la gravedad de una enfermedad. Por otro lado, una forma convencional de referir que no se padece una enfermedad sería señalando que ni las inyecciones, ni el suero o una operación han sido necesarios. Conviene revisar brevemente las

formas de significación que los individuos asocian a estas categorías perceptuales.

Es notable la familiaridad con que las mujeres hablan de la *vacunación*. Como cabe esperar, los hombres parecen estar menos familiarizados con esta práctica. Otra diferencia de interés se advierte por grupos de edad. Mientras que las jóvenes aceptan con comodidad que vacunar a los niños es una manera positiva de prevenir algunas enfermedades, las mujeres de más edad, especialmente las mayores de 60 años, recuerdan con un dejo de nostalgia los días en que se iniciaron las campañas de vacunación, hace varias décadas. Todavía unas cuantas se muestran reacias a esta práctica, lo que es un reflejo de lo que en otra época era una reacción generalizada. Por ejemplo, una mujer de 62 años señalaba que nunca llevó a sus hijos a vacunar porque:

...yo decía: ay no, Dios que los cuide'. Es que es desconfiar de Dios que les haga yo esto, que les haga yo lo otro. No, Dios me los ha de cuidar (F1211988:469-72).

A pesar de la aceptación general de las vacunas, pocos en realidad saben qué son. La noción de que se inyectan gérmenes atenuados dentro del cuerpo y la consiguiente producción de anticuerpos no parece existir entre la mayoría de los individuos. Muchos de ellos desconocen aún más que existen diferentes tipos de vacunas, dependiendo del tipo de anticuerpo cuya producción se busca estimular. Esta falta de información explica por qué la mayoría de las mujeres se refieren a las vacunas en singular, como *la vacuna*. Expresiones como “en otros tiempos no había vacuna” o “fui al centro de salud a preguntarles si tenían *vacuna*”, ilustran el hecho de que los individuos consideran a las vacunas como si fueran un dispositivo médico individual y homogéneo.

Las *inyecciones* se asocian con la medicina moderna, pero a diferencia de las vacunas, son también un elemento constitutivo de la medicina tradicional y la doméstica. Dentro del contexto de la medicina moderna, los individuos experimentan las inyecciones como uno de los recursos más importantes del que disponen los médicos para dar tratamiento inmediato a un enfermo, ya sea para aminorar el dolor o para inducir la recuperación del paciente. Desde la perspectiva de los

individuos, la presteza con la que un médico decide utilizar una inyección (a partir de la llegada del paciente a la clínica) y la cantidad de inyecciones aplicadas, son indicadores de la seriedad de la enfermedad del paciente. En los relatos donde se mencionan inyecciones, frecuentemente se observa una *sensación de emergencia*:

—Yo sentía que me quemaba. Me llevaron con el doctor, no supe cómo y me curó.

—¿Y cómo la curó?

—Me puso una inyección intramuscular luego, luego, y otra en la vena y no sé qué otra cosa me dio a tomar. Pos ya para cuando salí del consultorio ya estaba yo más mejorada. Luego sentí el cambio (F22/1992:222-231).

De manera similar, la seriedad extrema de una enfermedad es aparente cuando el dolor físico del individuo no desaparece a pesar de recibir varias inyecciones:

...nos fuimos como a la una de la mañana a ver al doctor y ese le puso unas inyecciones para el dolor pero no se le quitó...” (M45/1992:277-281).

A diferencia de las vacunas, el tratamiento que incluye *inyecciones* lo experimentan hombres y mujeres de cualquier edad. A menudo, los individuos consideran que recibir una inyección es sinónimo de obtener atención médica. Es frecuente encontrar que a los médicos se les caracteriza como profesionales que inyectan a sus pacientes, implicando que ésta es una de sus tareas principales como médicos y que la inyección es uno de los procedimientos esperados de una consulta. Ser inyectado es una experiencia que frecuentemente se considera como el punto de partida del proceso de recuperación. Muchos individuos hablan de las inyecciones como el acontecimiento decisivo de muchas de sus enfermedades:

Ahí nos tiene, esta mujer a Cuautla a buscar la medicina porque le había recetado el doctor esa quinina pero ya ve que se agota y no la sacan, o quién sabe. Pos no la pudo conseguir. Tengo unos sobrinos en Toluca,

que les mando decir, allá hay muchas farmacias de esas antiguas, no la encontraron. Ya que lo llevamos al doctor en Tetela, *él lo inyectó y lo curó* (M42/1988:623-633).

La utilización de las inyecciones confiere una calidad dramática a la consulta con el médico y la hace “respetable” desde la perspectiva de los individuos. Que las inyecciones se consideren uno de los medios de tratamiento más importantes y efectivos de la medicina moderna, ayuda a explicar por qué tienen un papel tan importante dentro de los contextos alternativos de la medicina tradicional y la doméstica. Las inyecciones se consiguen fácilmente en las farmacias, debido a que no son de venta controlada. Los curanderos tradicionales, en particular las parteras, han recibido capacitación por parte de autoridades de salud para que utilicen las inyecciones en sus consultas, lo que ha dado como resultado que tengan un mayor prestigio, porque, al igual que los médicos, ahora ellos también pueden “dar inyecciones”. Por tradición, se consideraba que las parteras eran mujeres que *ayudaban* a dar a luz. En la actualidad, se considera que su función es más amplia:

—¿Quién la atendió de sus hijos?

—Una señora que es matrona... ella atiende bien. Es un poco grosera pero sí atiende bien: *inyecta y ayuda* (F26/1992.276-280).

En este testimonio, para apoyar la opinión de que la partera trabaja bien, la informante identifica lo que según ella constituye la esencia de las actividades de la partera: un componente deriva de la medicina moderna (“da inyecciones”), mientras que el otro surge del papel tradicional de las parteras (“ella ayuda”). En más de un sentido, esto constituye una síntesis ilustrativa de dos racionalidades médicas. Al responder a la pregunta de si dicha partera es competente, otra informante señalaba:

Ahora ya, ahora sí ya, ahora ya *hasta inyecta y todo*, pues ya ha ido a estudiar y de veras aprendió bien... (F15/1988:959-962).

Las inyecciones son también percibidas como un recurso importante dentro del contexto de la medicina doméstica. Es bastante común que las madres “aprendan” (después de varias visitas al médico) qué inyecciones se requieren para algunas enfermedades y posteriormente utilizarlas para sus hijos, sin recurrir al médico. En ocasiones, las mujeres hablan de “llevar a sus hijos *a que los inyecten*”, en vez de decir “llevarlos al doctor”. No obstante, a veces se utiliza esta expresión en sentido literal para decir que los llevan a la farmacia, donde pueden encontrar la inyección que necesitan y una persona capacitada para aplicarla. Es común que algunas madres tengan una reserva de medicamentos e inyecciones en su casa, que puedan dar a sus hijos cuando sea necesario:

...como anoche mi hija estaba enfermita del estómago y tenía diarrea y le eché vaporrub en su pancita y ya no, ya amaneció bien. Cualquier cosita le hago y ya se me cura pero cuando de a tiro no se le baja la temperatura, yo ahí tengo unas *inyecciones* de... bueno, primero le doy pastillitas, mejoralitos, le echo alcohol o así, pero si ya veo que no se le quita *voy a que me la inyecten*. Les voy a pedir a la farmacia y ya le ponen dos y *si no le hacen las dos mejor vamos al doctor* (F2911992:298-312).

El *suero* es un tercer elemento que interviene en la experiencia subjetiva de los individuos respecto a la medicina moderna. El suero inyectado es una experiencia frecuente entre los individuos que consideran que su enfermedad es bastante seria y que amerita una visita al doctor. El suero es considerado por muchos como otra “bala mágica” de la que disponen los médicos y que utilizan para revivir a personas que sufren desmayos, para las cuales una sola inyección no bastaría. Se observa en los relatos, de manera implícita, un orden jerárquico para las inyecciones y el suero, en el cual, las primeras tienen preeminencia sobre el suero y éste último es la alternativa para cuando fallan las inyecciones o cuando resultan ser inadecuadas. Por consiguiente, aplicar suero es un indicador más de la seriedad de una enfermedad, que requiere de un tratamiento más refinado que las simples inyecciones.

Es posible identificar por lo menos tres patrones en la asociación que hacen los individuos entre enfermedad y uso de suero. El primero implica una emergencia, donde la intervención médica inmediata (con suero) es crítica para la supervivencia. Por ejemplo, un hombre relataba que alguna vez estuvo tan enfermo que ya no podía *caminar* por lo que lo llevaron a consulta con un doctor de Cuautla:

Ya ciertamente cuando me llevaron a Cuautla ya no andaba yo... Llegué y que me echan a la camita y que me meten adentro. *La doctora me puso tres litros de suero*. Uno detrás de otro. Me puso una cosa aquí en el brazo con aguja. Acababa uno y ahí va el otro. Con eso me compuse (M3511992:54-61).

El segundo patrón, por el contrario, implica que la gravedad de una enfermedad queda demostrada no por requerir una intervención inmediata con suero, sino por tener que administrarlo a lo largo de un cierto periodo de tiempo que puede ser hasta de varios días. Finalmente, el tercer patrón hace referencia a la experiencia de recibir suero en combinación con otros elementos de tratamiento médico, como vitaminas e inyecciones:

- 1) ...estuve internada, me metieron sonda por la nariz y suero e inyecciones... (F45/1992:253-255) .
- 2) *Ya no caminaba* y sentía yo que mis pies como que se me jalaban, yo ya no quería comer bien, nada: todo se me hacía imposible de los imposibles. Me puso vitaminas, *me inyectaba, me dio suero...* (F11/1992:87-92).

A diferencia de las inyecciones, el suero es vivido como un atributo exclusivo de la medicina moderna. Lo mismo sucede con los *análisis de laboratorio* (“análisis”) y las *intervenciones quirúrgicas* (“operaciones”). Los individuos incluyen en la noción genérica de “análisis” o “estudios” las pruebas de sangre, el Papanicolaou, las pruebas de embarazo, el ultrasonido, las radiografías, cuantificación de glucemia, pruebas de orina y análisis coproparasitoscópicos, etc. La mayoría de estos análisis y servicios se realizan gratuitamente o a precios muy bajos, en las clí-

nicas de los servicios públicos de salud de Cuautla o Cuernavaca. Los individuos sienten gran veneración por dichos análisis y los consideran técnicas médicas de mucho prestigio; cuando un médico recomienda que se hagan pruebas o análisis, la interpretación es que su enfermedad es lo suficientemente seria para examinarla a profundidad, o que la atención médica que reciben es de alta calidad. Por ejemplo, al criticar a los doctores “malos”, que no dicen a sus pacientes qué enfermedad padecen, una mujer de 32 años los comparó con los doctores “buenos” a quienes caracterizó de la siguiente manera:

Hay médicos que sí le dicen a uno ‘tiene esto y esto y *tiene que hacerse este estudio*’, vamos, como que obligan al enfermo a que se atienda... (F32/1992:533-537).

Por el contrario, los médicos que no solicitan análisis de laboratorio pueden recibir críticas negativas. Por ejemplo, un hombre de 37 años de edad se quejaba de que los doctores del centro de salud eran arrogantes, que maltrataban a los pobres y menospreciaban a sus pacientes. Al preguntarle de qué manera expresaban su menosprecio, contestó:

Pues en que no le mandan a hacer, por ejemplo, unos análisis o algo así (M45/1992:1425-1428).

La “operación” (en singular), es considerada también dominio exclusivo de los doctores. Obviamente, los individuos consideran que las operaciones son indicadores serios de la gravedad de una enfermedad. Desde su perspectiva, “operación” es un concepto central del vocabulario de los médicos y, por extensión, un concepto que se utiliza para dar cuenta de su experiencia al consultarlos. De una manera u otra, tanto mujeres como hombres, de todas las edades, se han visto involucrados en este aspecto de la medicina moderna. A veces, esto se refiere simplemente a la posibilidad de ser operados. Abundan los relatos de personas que dijeron que su médico pensó que era necesario operar, pero que después decidieron intentar primero con un tratamiento alternativo:

Ese doctor me dijo que necesitaba yo operación, dice ‘pero le voy a dar medicinas a ver cómo se siente’, y parece que por las medicinas ya estoy un poco mejor (F13/1988:518-524).

En otras ocasiones, al hablar de operaciones se hace referencia a una experiencia real. En las entrevistas del presente estudio se pueden encontrar referencias a operaciones del apéndice, hernias, de la vesícula biliar, el oído interno, la vesícula y extirpación de la matriz, entre otras. En los últimos años, los ocuituquenses han notado también que los doctores muestran una preferencia por las cesáreas (en vez de los partos naturales). De hecho, los individuos perciben en los doctores una particular disposición a operar y, a diferencia de los análisis de laboratorio —que gozan de amplia aceptación es posible observar un espíritu de controversia en torno a tales procedimientos. Esta actitud crítica hacia las operaciones parece ser resultado de varios factores, de entre los cuales el más importante es, como ya lo señalamos antes, la conciencia generalizada de que los médicos pueden cometer errores. Existe, además, la percepción de que los médicos prefieren la “operación” como técnica terapéutica, ya sea porque les da ingresos adicionales o, como en el caso de las cesáreas, les ahorra tiempo:

Juan: luego luego *ve usted* que quieren cesárea, luego luego a operarlas. La mujer de mi hijo, el que está en Axochiapan, se puso bien mala, se la trajeron para acá, les avisó el doctor que la estaba atendiendo allá que él ya no se hacía cargo, y que se la trae luego luego mi hijo en un coche directo hasta acá... y que se van a la clínica y luego luego le hicieron cesárea. Ahí le dijeron que ya no iba a poder tener las creaturas así normal, se tenía que operar. Y sin embargo ya tuvo también un niño y así lo tuvo allá. Roberto: ¿también por cesárea?

Juan: ¡No, así natural! a los cinco años de la niña. Allá lo tuvo sin operación (con partera) pa ‘ que vea, y aquí en la clínica luego luego le dijeron que la iban a operar, que no podía tenerlos.

Roberto: ¿y por qué será que luego luego quieren cesárea?

Juan: Pos lo más pronto. No tienen que esperar. Y como ganan bien con cesárea, sí, sacar los centavos, pues (M43/1992:497-523).

En otros trabajos hemos documentado la controversia existente respecto a si los partos deben ser atendidos por un médico en una clínica o a domicilio por una partera (Castro, Bronfman y Loya, 1991). Por ello, el análisis sobre el mérito de cada punto de vista está fuera del alcance del presente trabajo. Baste decir que para muchas mujeres que dan a luz en una clínica, constituye su primer encuentro sustancial con un médico y es una experiencia que va mucho más allá de una simple consulta. El hecho de que ese primer contacto se caracterice reiteradamente por la decisión de realizar una operación cesárea explica por qué muchos individuos, en particular las mujeres, consideran que los doctores son demasiado proclives a operar.

Finalmente, los ocuituquenses agrupan todas las prescripciones y remedios que reciben del médico en un solo término: *medicina*. Es claro que muchos individuos carecen de la capacidad de diferenciar conceptualmente entre los distintos tipos de medicamentos y sus efectos secundarios. Como se ilustró con anterioridad, es común la referencia a los médicos como profesionales que “simplemente dan *medicina*” (sin decirle nada al paciente respecto de su enfermedad). Las respuestas típicas obtenidas al preguntarles qué tipo de remedio o tratamiento les había dado el doctor, incluían expresiones genéricas como “una medicina” o “mi medicina”. Por ejemplo:

Beatriz: Orita mi yerno es doctor y ese es el que me da medicina porque ando mal...

Martha: ¿y qué le está dando?

Beatriz: Pues él *me da medicina* (F30/1992:395-309).

El concepto genérico de *medicina*, la principal herramienta curativa de los doctores, se utiliza de manera universal. Ésta es, en efecto, otra manera en que los doctores excluyen a los individuos: al igual que pocas veces les informan qué enfermedades padece, tampoco les dicen qué tipo de prescripción o medicamento le dan, ni de qué manera se espera que funcione dicho medicamento. Con menos frecuencia, pero entre todos los grupos de edad, algunos hombres y mujeres son un poco más específicos acerca del tipo de medicina que reciben. En estos casos, hablan de “pastillas”, “penicilina”, “suspensiones”, “jarabes”

y “supositorios”. De entre éstos, las “pastillas” son las más conocidas, de tal manera que los individuos reconocen varias categorías: pastillas para eliminar parásitos (“metronidazol”), pastillas para los resfriados y dolores de cabeza (“mejoralito”), pastillas para regular el nivel de azúcar del cuerpo, y pastillas anticonceptivas.

Por lo tanto, cuando en general se habla de remedios relacionados con la medicina moderna, los individuos hacen referencia a la “medicina” o a las otras tres categorías, a saber las inyecciones, el suero y la operación. Lo general de sus conocimientos sobre este concepto sugiere que muchos experimentan las prescripciones médicas modernas sin tener la *capacidad médica* —en términos de Boltanski— requerida para distinguir tipos disímiles de medicinas. Esto contrasta marcadamente con la multiplicidad de significados que se atribuyen a la noción de “remedio”, bajo los paradigmas alternativos de la medicina tradicional y la doméstica.

Los *remedios tradicionales* son aquellos que proporcionan los curanderos especializados, cuyo ámbito de trabajo está fuera del paradigma médico moderno. Como se examinó en el capítulo VI, los curanderos tradicionales frecuentemente diagnostican enfermedades como el susto/pérdida de la sombra, caída de la mollera, anginas y empacho; estos curanderos también dan remedios para otros padecimientos, que van desde dolores e inflamaciones de diferentes partes del cuerpo, pasando por la indigestión, los resfriados y otras enfermedades menos comunes.

La manera como se experimentan los remedios tradicionales se caracteriza por la existencia de varios patrones. El primero hace referencia a la dicotomía de *lo frío y lo caliente*, que viene desde los antiguos nahuas y que sobrevive en la actualidad bajo diferentes formas. Dentro de este paradigma, las enfermedades *calientes* se tratan con remedios *fríos* y viceversa. Una curandera local que atendió a un hombre que había sido golpeado por una roca, recordaba que después de recomendarle que ya no se dejara inyectar, le ordenó que llevara una dieta adecuada:

..le quité todo, le cambié hasta los alimentos... Les digo: no, caldo de pollo no le van a dar, ni caldo de res. Carnita frita o asada y atolitos,

que atole de arroz, de avena o de harina pero menos de otras comidas?... porque sabe que el caldo de pollo, yo le he visto que una quebradura fijese que se inflama bastante ¿verdad? no se puede desinflamar pronto por el caldo de pollo... Pues una cosa que es de calor, que se tome una cosa fresca... una cosa que es de frío se toma uno una cosa caliente ¿sí? para controlarse uno ¿verdad? (F24/1988:212-238).

En el contexto de esta lógica de lo frío y lo caliente, se puede recomendar como remedio toda una variedad de tés que producen distintos efectos corporales (mareos, escalofríos, transpiración, etc.) que, a su vez, se consideran parte integral de la curación del enfermo. De esta manera, el segundo patrón distintivo de la medicina tradicional, en la experiencia de los ocuituquenses, se refiere a la necesidad de aguantar, a un sentido de tolerancia. De ahí, por ejemplo, la necesidad de beber algo muy amargo, caliente o picante. Una joven mujer que había padecido una enfermedad muy seria que los doctores no pudieron identificar, narró que al principio un doctor diagnosticó que tenía bloqueado el intestino. Más adelante,

...después me alivió por completo una señora. Me dio a tomar tés. El primero se llamaba copalquín, una hierba, era amarga, amarga. Copalquín se llamaba, sí. Y me dijo que me tenía que marear con ese, al tomar ese tecito, y sí me mareaba yo. Y luego también me curaba con hierbas y chile bien picante y me hacía estornudar, toser ¡ay! pero después como que trasudaba yo, pero después que me acababa de curar yo me sentía otra y me sentía más aliviada, más despejada. Sí, me dice tres curaciones así y yo me sentí... cree usted toda mi ropa tenía grasa, mucha grasa. ¡Estaba usted intoxicada! me decía, y ahí empezaba yo a trasudar, trasudar. Me decía: cámbiate la ropa y te pones otra'. Sí, porque dice que como que había yo tomado o bebido en algo cera, sí, cera dijo, pero ya estaba en mi sangre... yo me imagino que al trasudar la desechaba yo ¿verdad? sí, así, pero muy lento, muy lento... (F15/1988:793-820).

Otros testimonios hacen referencia a tratamientos tradicionales en los que es necesario tolerar contrastes extremos que, desde otra

perspectiva, diríamos que rayan en el maltrato: baños de hierbas que son demasiado calientes; masajes y “sobadas” muy enérgicas; cataplasmas demasiado frías, y dolorosas terapias realizadas por los hueseros. Sin embargo, no solamente los enfermos tienen que tolerar los rigores de algunos remedios tradicionales, ya que frecuentemente los curanderos mismos hablan también de la necesidad de superar el dolor y el sufrimiento que les causa dar terapia a sus pacientes. El caso de un huesero local es un buen ejemplo. Solía vender frutas y verduras en el mercado de Yecapixtla, al lado de un huesero tradicional. A fuerza de observar a su compañero *aprendió* a acomodar huesos. De acuerdo con él, colocar una férula de yeso en una extremidad es muy malo porque el hueso se “enfriía” demasiado. Para ilustrar la importancia de acomodar los huesos calentándolos y de tener la fortaleza necesaria para soportar el dolor que experimentan sus pacientes, señalaba:

¿Conoce usted a don Francisco Ramírez? Ese Francisco tuvo una niña, no sé de qué pie dice que la llevó a curar a Tepalcingo, la llevó a Cuauhixtla, tres partes la llevó a curar y no se la aliviaron. Y fue a ver al doctor y le dijo que le iba a cobrar creo trescientos cincuenta mil pesos. La niña tenía quebrado esto (la pantorrilla)..., que me viene a ver, dice: ‘quiero que vayas a ver a mi hija porque yo sé que sabes curar huesos’. Le digo: ‘¿qué tiene?’ y me dice: pues fíjate que se cayó de una azotea, estaban pegando brincos así en un montón de paja y a la hora de aventarse cayó en la paja, cayó en el vil suelo y se fracturó la piernita... se queja retharto, no puede dormir’... que voy y que la veo, que la empiezo a sobar y que le digo: ‘tráeme un anafre con brasas vamos a hervirle la hierba del golpe con cebolla’ y otras hierbitas que le busqué. Ya la quemé, bien quemadita, quemadita, bien, bien, bien de modo que se calentara el hueso. Le digo: ‘abrázala y te la voy a curar, se va a quedar como privada’. Cuando yo la jalé su pie y la compuse le digo: ¡no la aflojes! ¡Pegaba unos gritos! Y se bañó en sudor todo su cuerpo, ¡pero se bañó en sudor! Ya que la agarro y que la compongo y que le digo: ‘ora sí, tiéntale’. Y le digo: ‘ora sí, vamos a componerle’ y ya que la empiezo a amarrar con una venda. ‘Búscame unos cartoncitos pero rápido’, le digo. ‘Unos cartones de esos de caja de zapato. Es que ya no va a caminar ni mañana todo el sagrado día, pero para pasado mañana ya

que haga la lucha de caminar'. Ya después andaba para allá y para acá. Dice: 'ya todas las noches durmió ya sin chillar, ya sin nada, ya estuvo bien contenta... Pero también quiere, le diré, quiere valor para curar a un niño así. Porque si usted lo va a curar con miedo, con lástima, mejor ni se atreva a curar. Si usted va a curar con miedo no cura. Si usted va a curar (que sea) con valor, con orgullo, que lo sepa usted hacer...' (M38/1992: 667-731).

Finalmente, los remedios tradicionales parecen incluir también una variedad de elementos sobre cuya articulación lógica los individuos no están siempre del todo conscientes, como "limpias", "sobadas" (que van desde "sacar la bilis" que se haya diseminado en todo el cuerpo a causa de una enfermedad, pasando por "arreglar" partes del cuerpo demasiado relajadas, hasta acomodar al bebé de una mujer embarazada antes del parto), y una gran variedad de tés y remedios de hierbas (para curar enfermedades que van desde la "diabetes", el "cáncer", dolores estomacales, cólicos, hasta dolor de los riñones). Muchos de estos remedios tienen un origen común, una racionalidad náhuatl que ha sido documentada en diversas fuentes antropológicas (Aguirre Beltrán, 1973; López Austin, 1988). Con todo, es evidente que estos elementos culturales residuales de la medicina *tradicional*, como son entendidos en la actualidad, juegan, junto con la medicina *moderna*, un papel central en conformar muchas de las experiencias subjetivas de los individuos dentro del contexto de la medicina *doméstica*. Lo que los ocutuquenses sí tienen en común, por el contrario, es una visión del mundo (como se describió en el capítulo IV) a partir de la cual interpretan lo que de otra manera parecerían elementos inconexos.

La *medicina doméstica*, por su parte, juega un papel central en la experiencia subjetiva que los individuos tienen de la salud y la enfermedad. Es dentro del contexto de la medicina doméstica donde se identifica un gran número de enfermedades y se aplican los remedios correspondientes. Dichos remedios combinan conceptos y procedimientos de la medicina moderna y de la tradicional y su aplicación es considerada básicamente una actividad de las mujeres. Como se dijo antes, existe la costumbre de almacenar medicamentos en el hogar o abastecerse de ellos con anticipación, en una farmacia, para cuando se

requiera utilizarlos para distintos tipos de enfermedades. Entre estos medicamentos, se hace referencia a las pastillas para diferentes tipos de dolor, desde estomacales hasta molares; pastillas para resfriados y diarrea; vitaminas en tabletas; gotas para la fiebre y la indigestión: cremas y ungüentos, como el “VapoRub” y el “Merthiolate” entre otros; y distintos tipos de antibióticos:

Por ejemplo, cuando es para una gripa, o yo que sufro de las anginas... pos ora ya sé que con una penicilina.., la compro en la farmacia... son inyecciones y me las pone mi señora (M4511992.312-330).

Así, la medicina doméstica se nutre en gran medida de los medicamentos más comunes de la medicina moderna. Esto es comparable con lo que sucede en relación con la medicina tradicional, pues una gran cantidad de sus remedios, tés y hierbas se entrelazan con la medicina moderna y se utilizan dentro del contexto de la medicina doméstica. Además de recurrir a cuestiones terapéuticas de la medicina moderna y de la tradicional, los individuos dependen también de algunos de los conceptos y principios básicos de ambos modelos médicos. El concepto de “infección” parece ser la contribución principal de la medicina moderna. Aunque existe poca evidencia de que los individuos entienden lo que en realidad significa el concepto de “infección”, los jóvenes, en particular, parecen entender la idea de “desinfectar”. Los remedios domésticos de los ocuituquenses basados en estas nociones pueden, en ocasiones, ayudarles a prevenir enfermedades. Por ejemplo, hay casos en los que por estas razones se hierve el agua o se procura mantener un ambiente lo más limpio posible (lavar las verduras, los biberones, etc.). Sin embargo, los remedios domésticos que se basan en el concepto de desinfección pueden ocasionar verdaderos sufrimientos. El caso de una mujer de 35 años que tenía caries es un buen ejemplo:

- ¿y cómo se curó usted de su muela, finalmente?

- Pues nada más con esas pastillas que me mandó la doctora. me las estuve tomando, pero mientras la infección se me metió para adentro, se me hizo como costrilla y ya luego se me bajó, fue así un entre medio labio y se me hizo como una bolsita. Y ya fue una noche que ya no

aguanté más el dolor como lo tenía y que agarro una aguja, que la desinfecto bien, que la esterilizo y como a las diez de la noche que me la meto así. Y que me sale así todo de, ya tenía pudrición de la infección, y me la apreté, me la apreté, así me la estuve apachurrando hasta lloré y así ya se me quitó, pero yo creo que me va a volver porque aquí tengo la muela picada (F27/1992. 270-290).

En relatos como éste es posible apreciar con claridad la necesidad que sienten los individuos de *aguantar* el dolor, asociada, claro está, a la imposibilidad económica de contar con tratamientos médicos más adecuados. La *tolerancia* caracteriza la experiencia subjetiva de los ocuituquenses en cuanto a las terapias tradicionales y domésticas. Desde su perspectiva, el *dolor* es inherente a estas terapias, es un requisito de los remedios dirigidos a aliviar padecimientos ya de por sí dolorosos. Asimismo, las “precauciones” que tomó esta mujer antes de aplicar su remedio, se basan en lo que ella entiende por *desinfección*, concepto tomado de la medicina moderna. Desde su perspectiva, una vez que se ha dado la debida atención a este aspecto del remedio (ya que se aseguró de que utilizaba objetos *desinfectados*), lo adecuado es que adopte el procedimiento curativo completo. En resumen, en este relato se pueden identificar tres elementos básicos: a) una fuente médica (la medicina moderna que provee la noción de Infección); b) un voto de confianza a lo que se adopta de dicha fuente, y c) una disposición a tolerar mucho dolor. Estos tres elementos se observan en muchos de los relatos cuando se habla de la experiencia subjetiva de la enfermedad, dentro del contexto de la medicina doméstica. Se puede observar una estructura similar en relatos en los que la fuente de la que dependen los actores es la medicina tradicional. Una mujer de 23 años, cuyos hijos se pusieron “orejones” (que padecían de paperas), contó lo siguiente:

Le digo a mi tía: ‘tía ¿qué le haré a mi hijo? tiene esas bolitas y no sé cómo se llaman’, ‘quién sabe de qué serán hija’, dice, ‘si serán de calor o de frío.., pues yo se los he quitado a mis hijos, báñalos diario’, dice, báñalos tempranito con agua caliente hasta donde aguanten, luego búscate unos tibicos de vinagre.., y se lo sobas bien fuerte con unguen-

to de la tía, bien fuerte, bien fuerte, aunque le duela, bien fuerte y se le quitará'. Y le digo: 'y se les quitarán a mis hijos?' y dice: pues con eso se les quitó a mis hijos' y así tuve que hacer... y sí les duele mucho porque se los sobo con la cola de gallina..., y me dicen ¡duele mucho!' y les digo 'pos ora aunque te duela mucho, pos se te tiene que quitar' y les sobo... (F1/1988:732-804).

En este relato, la recomendación de usar un remedio casero toma elementos prestados del paradigma tradicional de las nociones de lo frío y lo caliente y del hincapié en la técnica de "sobar". Esta mujer confía en estos elementos, aunque con alguna reserva, y requiere que sus hijos toleren el dolor que les ocasiona esta terapia. Tener reservas e incertidumbre ("¿y se les quitarán a mis hijos?"), sin embargo, no es inherente al uso de remedios caseros que se basan en la medicina tradicional, sino que también surgen cuando la fuente es la medicina moderna; a continuación se resume el relato del tratamiento que recomendó una enfermera a una mujer cuya pequeña hija se "privaba" frecuentemente, un buen ejemplo de cómo la aplicación de una recomendación obtenida en el ámbito médico puede ser devastadora en el dominio de lo doméstico:

"Le daban como ataques a la niña..., porque ponía los ojos en blanco y los dientes y las manos las hacía así. Y la llevé con los médicos y ninguno me la pudo aliviar... Y una vez que me dice una tonta enfermera que apenas se había recibido, me dice: ¡ay mujer, no tiene nada, si no tiene nada tu hija... si tu hija es que la tienes muy consentida y nunca le pegas y son mamadas que te hace'. Digo: 'a poco?' Yo sólo estaba chanceando, yo no se lo creía. Y que me dice ella. 'sí, pa' la próxima vez que me traigas a la niña le voy a dar unas pinches nalgadotas, ¡pero nalgadotas! 'dice, 'y vas a ver que si se vuelve a privar', y que me dice: 'cada vez que te haga eso tu hija, métela en una tina de agua o un bote de agua, métela a la jija de la chingada, ya vas a ver cómo no te vuelve a hacer eso'. Y dije: pinche chismosa ¿cómo crees que le voy a hacer eso a la niña si está chiquita la niña?'. Y dice: 'échasela y verás que no se muere'. Y digo: '¿verdad que no se muere? ¿será posible?' y yo no lo quería creer.... Y sí, hice lo que me dijo la enfermera, digo, ya estaba yo

decidida, digo, si se muere pues ya ni modo, de una vez chiquita, si se va a morir de grande mejor chiquita, la goza uno menos de chiquita que de grande'. Cada vez que me hacía eso la pinche escuincla, así le daba unas nalgadotas, que si me daba harta, hartísima muina, le daba yo unas nalgadotas, hasta le bajaba yo los calzones y ¡órale pinche escuincla hija de la chingada pa' que no me vuelvas a hacer esto sí te mato!' le decía yo. Y yo tenía miedo. Tenemos un tanque que tiene agua y tiene hartos pescados. Y le decía: ¡no me vuelvas a hacer esto, si te voy a echar al tanque cada vez!, cada vez que hacía eso la agarraba yo y la zambutía yo al tanque con todo y ropa. Y el niño gritaba '¡no!' pero de que no le hacía yo ojos ni gritaba ni nada, pero de que le hago así ¡y tú ni patas vas a dejar, vas a ver!' . '¡No!', dice, ¡ya no!'. Sí, y la espantaba yo y cada vez que la iba a echar al tanque voy, agarro agua del tanque y le unto en la cabeza así, y luego grita que no (F111988:938-1044).

Finalmente, las heridas causadas por accidentes se pueden curar también dentro del contexto de la medicina doméstica. En estos casos también están presentes los tres elementos arriba mencionados (una fuente médica, un voto de confianza a lo que se está haciendo de acuerdo con dicha fuente, y el supuesto de que el dolor es un componente inherente a la terapia). Por ejemplo, una mujer que pasó varias semanas recuperándose en un hospital después de que su esposo la atacara con un machete (acontecimiento que ella ve como un accidente), informó que estar en el hospital fue educativo para ella, ya que pudo observar cómo curaban los doctores y las enfermeras las heridas ocasionadas por accidentes. En su relato señaló que ahora sabe curar, en particular a los que han sufrido un accidente:

Una vez un joven le ayudó a mi nieto a hacer un quartito y batiendo el lodo se le mete un vidrio de este tanto. Mire, el joven estaba sentado hasta allá de la raíz del mango y la sangre corrió hasta allá. ¡Pero era río, así! ¡Ay Martín! ¿pero qué te juites a hacer?' le digo ¡ándole! mira, ahí esta una taza de olla de agua aunque sea caliente ah pues aunque no hierva, creo que la están enfriando' y ya que agarro y ya nomás le eché polvo de Fab de lavar trastes de Roma y este, para esto ya le había echado yo alcohol al agua. Agarro y le digo y cuando él no me vio le

aviento el alcohol debajo y le amenora la sangre y al rato le aviento el agua de jabón bien calentita y ya se le quitó, se le paró la sangre, luego luego se le paró y el muchacho ya estaba blanco blanco y dice ¡ay doña! ya mi pie se me entumió, y ora? ... (F12/1988:1024-1047).

Dentro del contexto de la medicina doméstica, los individuos parecen ser muy refinados en sus compras de farmacia, característica que aparentemente se contradice con el hallazgo previo de que cuando los pacientes visitan al doctor parecen desconocer qué tipo de medicina reciben. Sin embargo, un examen más detallado demuestra que existen niveles bajos de refinamiento similares en ambos dominios médicos, pues en ninguno de ellos pueden diferenciar más allá de nombres genéricos como “pastillas” o “inyecciones”, ni saben en realidad cual es la acción de estos medicamentos. Es posible que estemos, en realidad, frente a un mayor grado de libertad que los ocuituquenses exhiben en el dominio de lo doméstico y una mayor iniciativa para decidir qué medicamentos son apropiados, actitud que contrasta con la que exhiben en sus encuentros con los doctores, donde la dinámica de poder que despliegan los médicos les exige que muestren un comportamiento más bien sumiso.

Estos tres dominios médicos son muy importantes para los ocuituquenses. Dadas las dificultades para acceder a los servicios médicos modernos, la medicina tradicional y la casera a menudo se consideran como la primera alternativa para obtener la atención médica requerida. Sin embargo, la medicina moderna es cada vez más el paradigma dominante, como lo demuestra el hecho de que cada día hay más médicos disponibles en la localidad. Los habitantes de este lugar están conscientes que la medicina moderna posee un refinamiento técnico que no se encuentra en los otros tipos de medicina y admiten, aunque de manera crítica, que los médicos son una autoridad en cuestiones de salud. Aun así, este reconocimiento no implica que hayan abandonado por completo su respeto por los curanderos tradicionales y sus remedios siguen siendo *significativos* para ellos.

CONCLUSIONES: ELEMENTOS PARA CUESTIONAR UN MITO

En este capítulo nos hemos centrado en el análisis de la experiencia subjetiva de los individuos con relación al proceso de sanar, que comprende una amplia variedad de experiencias, desde la búsqueda de ayuda cuando se está enfermo, las interacciones con los médicos y sus opiniones acerca de ellos, y su percepción acerca de los principales recursos médicos a los que tienen acceso. Estas experiencias deben ser interpretadas desde la perspectiva adecuada: los ocuituquenses se encuentran en un proceso de transición hacia la “modernidad” y dicho proceso conlleva una serie de dilemas que los individuos se ven forzados a enfrentar como resultado de sus condiciones objetivas de vida. El caso de “buscar” ayuda es ilustrativo, porque esta “búsqueda” tiene un significado literal en Ocuituco: los individuos tienen que buscar atención médica, a menudo fuera de la propia localidad. Los servicios médicos distantes son más completos y refinados, pero conllevan también una pérdida más grande de control de los individuos sobre las circunstancias de la atención en sí. De esta manera, la experiencia de buscar ayuda está permeada por diferentes dimensiones de la *sensación de incertidumbre* que caracteriza la visión del mundo de estos habitantes: los individuos tienen que viajar en búsqueda de un médico sin saber a ciencia cierta si encontrarán alguno; frecuentemente buscan ayuda bajo condiciones precarias, ya sea porque enfrentan una emergencia o porque carecen de los medios económicos necesarios. Por último, los individuos rara vez reciben un diagnóstico claro de parte de los médicos, o si lo reciben su comprensión del mismo suele resultar ambigua.

La *sensación de incertidumbre* es, entonces, uno de los principales elementos que caracteriza la experiencia subjetiva de los ocuituquenses al interactuar con los médicos. También se encuentra presente una *sensación de estar siendo explotados*, que se manifiesta en la percepción generalizada de que los médicos son agentes autoritarios, cuyo status superior descansa en su reiterada proclamación de que cuentan con una educación superior y un mayor refinamiento técnico. En ocasiones, esta diferencia de status entre doctores y pacientes da como resultado un trato personal brusco hacia estos últimos y en otras, puede provocar

conflictos. Mientras que las mujeres perciben consistentemente estos enfrentamientos en términos de ser *regañadas* por los doctores, los hombres los perciben en términos de una lucha más equilibrada. La desigualdad de género es un factor determinante en la conformación de la experiencia subjetiva de los individuos respecto a sus conflictos con los médicos. La *desigualdad de género* da cuenta también del hecho de que sean los médicos y los esposos quienes discuten y deciden frecuentemente el destino médico de las mujeres. Subyacente a estos problemas de género, existe el hecho predominante de que las mujeres tienen una *visión negativa de sí mismas*, que sirve para reforzar y perpetuar su subordinación.

Los ocuituquenses perciben también que los médicos los *explotan* en lo económico y en lo profesional. Sienten que les cobran demasiado y algunos llegan a creer que por propia conveniencia los médicos no permiten que sus pacientes se recuperen completamente de sus enfermedades, ya que así aseguran que los sigan consultándolos. La *sensación de estar siendo explotados* por los médicos es una vivencia común entre los individuos y es una consecuencia directa de su *sensación de estar situados en el fondo de la escala social*, concomitante a su frecuente sensación de impotencia frente al orden médico y social que se les presenta.

En la base de estas cuestiones se encuentra la *medicalización* de la mayoría de los problemas de salud de los individuos, a quienes se les ha impuesto un modelo mediante el cual una visita al doctor parece ser *la* solución lógica a sus problemas de salud. Por consiguiente, bajo este modelo, tener que viajar en busca de atención es aparentemente una necesidad incuestionable, dada la escasez relativa de servicios médicos en la población. Sin embargo, en el contexto del perfil epidemiológico de Ocuituco (capítulo V), en el que predominan las enfermedades prevenibles, es claro que muchos, quizás la mayoría, de los encuentros médico-paciente son innecesarios. Si se promoviera un modelo de salud que privilegie los principales problemas de salud pública de la localidad y la atención primaria, se podría evitar con mucho el sufrimiento que deriva tanto de la *necesidad* sentida de tener que buscar ayuda médica, como de los encuentros con frecuencia ásperos entre médicos y pacientes.

El dilema de contar por una parte, con una tecnología médica cada vez más refinada y por otra, con usuarios sin educación, es, por lo tanto, un dilema falso, ya que descansa en el supuesto cuestionable de que consultar a un doctor es la mejor solución de la mayoría de los problemas de salud.

El hecho de que muchas de las visitas que hacen los individuos a los médicos se podrían evitar, queda demostrado aún más claramente al inspeccionar las principales categorías cognoscitivas con que los primeros dan cuenta de su experiencia subjetiva de los tratamientos médicos “modernos”. Tales categorías se reducen a un rango limitado de conceptos médicos elementales: la “vacuna”, que se percibe como un dispositivo homogéneo (de ahí que se haga referencia a ella en singular); las “inyecciones”, que son percibidas como el recurso cuasi-mágico de la medicina moderna: el “suero”, cuyo uso se percibe como un indicador de la seriedad de una enfermedad; los “análisis”, que demuestran, al sentir de estos individuos, que la enfermedad requiere de un examen cuidadoso y de que el paciente recibe atención médica de buena calidad; las “operaciones”, que son vistas como una alternativa cara y que acarrea un riesgo, pero para las cuales los médicos parecen tener una preferencia injustificada; y la medicina” (también en singular), que es el nombre genérico con el que los individuos se refieren a lo que los médicos les recetan.

La forma en que los individuos experimentan los tratamientos *tradicionales*, por su parte, deriva tanto de la subalternidad en que va quedando la medicina tradicional como de la interpretación actualizada que hacen de la antigua teoría náhuatl de lo frío y lo caliente. Tales interpretaciones se nutren de la predisposición personal que exhiben muchas personas a tolerar el dolor, a su vez asociada, sin duda alguna, a las dolorosas condiciones objetivas de la vida cotidiana. Es por cierto notable que los individuos den por hecho que experimentarán dolor de diferentes maneras, dependiendo del contexto médico que adopten. Al tratarse de medicina moderna, lo que se da por sentado es que los médicos existen, entre otras razones, para *eliminar el dolor físico*. En cambio, se da por hecho que *tolerar el dolor* es una *condición sine qua non* de los remedios tradicionales y domésticos. Sin embargo, como hemos ilustrado en este capítulo, ir al doctor puede traer consigo tener

que tolerar no sólo sufrimiento físico sino también emocional, que se manifiesta sobre todo en la *sensación de estar siendo víctima de abuso y explotación*. Además de la predisposición a tolerar el dolor, una característica central de la *medicina doméstica*, es su tendencia a mezclar conceptos y recursos que obtiene tanto del paradigma moderno como del tradicional.

En general, la percepción que tienen los individuos de los médicos está caracterizada por una fuerte ambigüedad: por una parte, estos profesionales son vistos como agentes con ciertas habilidades y medios (“inyecciones”, “medicinas”, etc.), no disponibles de otra manera, para curar a los enfermos; pero por otra parte, son también vistos como profesionistas codiciosos y falibles cuyos consejos o remedios pueden resultar peores que la enfermedad misma. En pocas palabras: la noción bien establecida en diversos círculos, en el sentido de que el médico es uno de los líderes sociales más *respetados* en las comunidades rurales mexicanas es, en el caso de Ocuituco, un simple mito, una ficción que carece de bases reales. A la luz de estos hallazgos, resulta imperativo investigar cómo se inició dicho mito o qué intereses están en juego para mantenerlo vivo. Al reconocer aquí la existencia de un nuevo problema de investigación, el científico social deberá acercarse a la profesión médica y a la estructura misma de la sociedad mexicana con una mirada interrogante y crítica.

IX. Conclusiones: el carácter social de la experiencia subjetiva de la salud y la reproducción

Llegamos, así, al final de nuestro esfuerzo por comprender, desde una perspectiva sociológica interpretativa, la experiencia subjetiva de la salud-enfermedad y la reproducción de los habitantes de Ocuituco. La propuesta central de esta investigación ha sido que dicha experiencia debe ser interpretada en conexión con las condiciones históricas específicas de la población en estudio. En el caso que nos ocupa, hemos identificado cuatro factores —entre otros posibles— constitutivos de la realidad social relevante de esta comunidad. Tales factores son: 1) en el ámbito de las condiciones objetivas de vida, la característica central de los habitantes de esta comunidad es la deprivación económica, o *pobreza*; 2) en el ámbito de las relaciones sociales, la dominación masculina sobre las mujeres, o *desigualdad de género*; 3) en el dominio de la práctica médica, un proceso implacable de *medicalización* que impone como dominante a la medicina moderna, y 4) un cambio concomitante del papel del *discurso médico tradicional* que, junto con la medicina doméstica, ha venido quedando paulatinamente subordinado frente a la medicina moderna, pero que conserva aún un gran dinamismo. Estos cuatro factores constituyen procesos de importancia capital que afectan la experiencia subjetiva de la salud y enfermedad y constituyen el fundamento de lo que hemos llamado el *contexto social* de Ocuituco.

Junto con este contexto, hemos explorado la visión que tienen los individuos de este mundo. Hemos mostrado que este *contexto subjetivo*, al que hemos denominado también *sentido común*, está constituido por

seis atributos centrales, que son: *Primero*, una sensación de ser víctimas constantes de explotación y abuso por parte de otros actores sociales más poderosos. *Segundo*, la auto percepción de los individuos de estar ubicados en el fondo de la escala social, lo que los lleva a percibirse a sí mismos como en la necesidad de “levantarse” en la vida, visión que, a su vez, hace de la “fuerza” una categoría de importancia fundamental. *Tercero*, una permanente sensación de incertidumbre, que a su vez se compone de varias dimensiones: una sensación de aleatoriedad; una disposición para enfrentar lo inesperado como normal; un sentido de inmediatez u orientación al presente; un sentido de precariedad; y una gran familiaridad con la incapacidad de terminar proyectos. *Cuarto*, la internalización de la desigualdad de género y la familiaridad con la violencia. *Quinto*, la visión negativa que los individuos tienen de sí mismos: los hombres a partir de su explotación económica y las mujeres a partir de su subordinación de género. *Sexto*, la sensación de que la comunidad está cambiando, principalmente en los ámbitos de la economía, la educación, los servicios de salud y las relaciones intra-familiares.

En contraste con los enfoques tanto estrictamente normativos (que subrayan el papel de la estructura social en la constitución de la subjetividad, pero al costo de representar a los actores individuales demasiado constreñidos) como puramente interpretativos (que, a la inversa, tienden a destacar los márgenes de libertad con que cuentan los individuos, pero frecuentemente al costo de minimizar la influencia que tiene la estructura social sobre ellos), hemos propuesto aquí la necesidad de realizar investigaciones, como la nuestra, a partir de un enfoque que en lugar de *optar* por uno de los dos, *articule* ambos niveles de realidad de una manera coherente y sistemática. Proponemos que la perspectiva hermenéutica que hemos adoptado constituye una solución plausible. Este abordaje es posible habida cuenta de los dos principales supuestos metateóricos de este trabajo de investigación, a saber: 1) que a pesar de ser producto de la actividad humana, los factores sociales adquieren un grado de autonomía tal que les permite, hasta cierto punto, dar forma al comportamiento humano; y 2) que una condición previa para que los factores sociales existan es la creatividad de los individuos que, consecuentemente, no desaparece del todo aunque

el comportamiento humano demuestre un cierto grado de determinación por dichas fuerzas. La adopción de este modelo nos ha llevado necesariamente al desarrollo de un estudio histórico específico que se aboca a su materia centrándose en las circunstancias concretas del grupo que le ocupa: el de los ocuituquenses contemporáneos.

Desde el comienzo de este libro advertimos las limitaciones de los abordajes que, al pretender estudiar la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad, centran su mirada en fenómenos observables, como puede serlo la conducta frente a la enfermedad (*illness behavior*). Propusimos entonces que la experiencia subjetiva es un objeto que puede ser construido a partir de indicadores más directos que la mera conducta de los individuos. De ahí nuestra decisión de dar preeminencia al lenguaje, o a lo que se dice, como medio para comunicar los significados asociados con la salud, la enfermedad y la reproducción. El lenguaje utilizado por los individuos, en tanto que es un producto social, constituye un doble indicador: por una parte, expresa la experiencia subjetiva de los individuos en estas cuestiones; y por la otra, *indexa* también el orden social que le da origen. Estamos entonces frente a una herramienta extremadamente útil para el estudio de la subjetividad humana desde una perspectiva socioantropológica, es decir, para explorar las relaciones existentes entre la experiencia subjetiva de la salud y la reproducción, por una parte, y la sociedad dentro de la cual se da dicha experiencia, por otra.

INVENTARIO

El contexto social y la experiencia subjetiva de la salud y la reproducción

En el nivel más general, hemos confirmado que la experiencia subjetiva de la salud y la reproducción dependen, tanto de la naturaleza de la estructura social como de la visión que los actores tienen de ella. La manera en la que los individuos dan cuenta de esta experiencia está estrechamente relacionada con sus condiciones objetivas de vida y con los recursos de sentido común que utilizan para explicar dichas condi-

ciones. Los individuos disciernen su orden social dentro del contexto de ciertos patrones de sentido común, que junto con el orden social se ven reflejados también en sus relatos de salud y reproducción.

El concepto de *salud* se vincula estrechamente con las condiciones sociales existentes en esta población. De ahí que para los individuos resulta altamente significativo utilizar como sinónimos de salud los términos *gordo* y *contento*, toda vez que estos conceptos indexan una realidad cotidiana en la que no contar con alimento suficiente o sentirse abrumado por vivir con limitaciones, son situaciones que ocurren a la mayoría de los miembros de esta comunidad. Estas nociones constituyen un claro ejemplo de lo que Schutz (1974) llama “tipificaciones”, en el sentido de que hacen referencia a una condición tan llena de significado para los individuos que éstos se han apropiado de términos específicos para referirla. Los conceptos de *gordo* y *contento* son las formas específicas en las que han tipificado su experiencia subjetiva de la salud.

Algo similar sucede con la vivencia que tienen los individuos de la salud *como contraste*. Su experiencia real de la salud no da por hecho la presencia de un estado de bienestar que Gadamer (1996) tan agudamente define como la posibilidad de no ocuparse de uno mismo— pues, por el contrario, tal bienestar es considerado un logro improbable en un mundo de dolor y privaciones o una hazaña poco plausible en un mundo que parece estar organizado para perpetuar la ansiedad y el sufrimiento. Para estos individuos, *vivir* en el mundo es casi análogo a *soportarlo*, lo que explica la importancia que atribuyen a la noción de *aguantar*. Por ello, los que a pesar de las severas condiciones de vida gozan de buena salud, se consideran a sí mismos como poseedores de una gran resistencia.

Estos hallazgos, considerados juntamente con otros documentados en sociedades europeas industrializadas, nos llevan a hipotetizar que la capacidad de desarrollar conceptualizaciones positivas de la salud no considerarla simplemente como la ausencia de enfermedad), puede guardar una relación inversa con la calidad de las condiciones objetivas de vida y de la clase social de los individuos. En otras palabras, en investigaciones realizadas en varias de las grandes metrópolis de Francia e Inglaterra, donde las condiciones de vida son mucho más

elevadas que las de Ocuituco, se ha observado que tanto los individuos de la clase trabajadora como los de la clase media, dan por sentada la noción y la experiencia de la salud y por ello tienen dificultades para definir el concepto mismo en términos positivos (Herzlich y Pierret, 1987; Herzlich, 1973; Blaxter y Paterson, 1982). Sorprendentemente, las circunstancias sociales y los hallazgos del estudio de Ocuituco son todo lo contrario: aquí los individuos viven en condiciones de privación, disponen de una serie de recursos del sentido común para dar cuenta de sus condiciones, muestran que para ellos la salud no es una cuestión que simplemente se asume, y cuentan con conceptos positivos para referirla (*gordo y contento*). Es verdad que una comparación entre contextos sociales y actores tan disímiles debe ser tomada siempre con extrema precaución. Pero la utilidad de una hipótesis como la que proponemos radica, no en el hecho de que sea resultado de una comparación rigurosa, ni en que constituya en sí misma una sentencia terminante, sino tan sólo en que propone con claridad “direcciones en las cuales mirar” (Blumer, 1969:148).

Esto es, en todo caso, lo más lejos que podemos ir en nuestra propuesta de generalización teórica comparativa. El resto de los hallazgos, de orientación más empírica, mantienen su validez en la medida en que se refieren al contexto de Ocuituco y el mundo subjetivo de sus habitantes y, por extensión, como veremos en seguida, a las comunidades de la región de similares características. Por ejemplo, el hecho de que los individuos hagan referencia a enfermedades no serias llamándolas padecimientos “lentos” o “breves”, apunta hacia la forma histórica específica que han elegido para caracterizar estos padecimientos y diferenciarlos de los “rápidos” o “arraigados”, que por lo mismo se consideran de gravedad. Estos conceptos indexan una experiencia subjetiva de la enfermedad, en la que los padecimientos se caracterizan por la velocidad con la que se desarrollan o por su duración; lo que a su vez, implica la imposibilidad de recibir atención médica oportunamente, debido a sus restringidas condiciones de vida. Es indudable que otras sociedades tienen sus formas propias para referirse a las enfermedades tanto graves como benignas, y que estas referencias indexan sus muy particulares circunstancias.

El concepto y la experiencia del dolor son también productos socialmente contruidos. El dolor puede ser entendido en un sentido genérico (implicando un mundo de opresión) o en un sentido biomédico, más restringido (como enfermedad). Es interesante notar que para los ocuituquenses, en especial para las mujeres, el dolor en sentido genérico es también una forma de conocimiento. Las mujeres tienden a equiparar la experiencia de *sufrir* con el hecho de *saber*. El dolor como enfermedad, a su vez, puede ser experimentado como síntoma, como causa de muerte o como una razón para visitar al médico.

Estos hallazgos son indicativos de la existencia de un vínculo directo entre la experiencia subjetiva de los ocuituquenses respecto a la salud y la enfermedad y sus condiciones objetivas de vida, caracterizadas por la pobreza y la opresión. La influencia de la *pobreza* se puede apreciar no solamente en abstracciones como el significado conceptual de la salud y del dolor, sino en experiencias tan mundanas como la búsqueda de ayuda médica, que en repetidas ocasiones queda conformada, entre otras cosas, por la necesidad de pedir dinero prestado a algún vecino, o bien en revalorizaciones tan significativas como la que está teniendo la anticoncepción moderna entre las generaciones jóvenes.

Asimismo, existe un vínculo directo entre los discursos médicos y el espectro de posibles experiencias de enfermedad de parte de los individuos. La existencia de enfermedades y conceptos médicos modernos y tradicionales sirven para ilustrar este punto. La medicalización influye no sólo en la introducción de nuevos tratamientos y de nueva tecnología anticonceptiva, sino también en las nuevas formas en que tanto las enfermedades, como el embarazo y el parto, son experimentados de modo subjetivo: crecientemente en condiciones de expropiación de un saber que antes era dominante, y también cada vez más fuera del hogar y cerca del hospital o centro de salud. En síntesis, existe una relación directa entre el contexto objetivo de la comunidad y la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad.

Al introducir el contexto subjetivo en este análisis, los hallazgos se vuelven más específicos. La revisión de cada una de las seis características de las que consta el sentido común de los habitantes de este

lugar nos permitirá revisar sistemáticamente los principales hallazgos de este estudio.

La visión del mundo y la experiencia subjetiva de la enfermedad

La sensación de *incertidumbre*, con todas sus dimensiones, permea por completo la experiencia de la enfermedad en Ocuituco. Por ejemplo, la *aleatoriedad* juega un papel central en la forma en la que los individuos explican sus enfermedades. Son acontecimientos inesperados los que causan los padecimientos tradicionales: el *susto*, la pérdida de la sombra, y la caída de la mollera. Los individuos también se refieren a las enfermedades modernas como entidades que “les caen a los individuos”, expresión que refleja una visión del mundo en la que los acontecimientos suceden al azar. Esta orientación acerca de la presencia fortuita o aleatoria de los acontecimientos de la vida, explica la preferencia que exhiben los individuos por los accidentes, como una de las principales causas de los desórdenes de salud. Por ello los individuos, en particular las mujeres, tienden a explicar diversos hechos y acontecimientos como consecuencia de un accidente, eventos que, de otra manera, se presentarían ante ellos sin relación alguna; o pueden redefinir problemas como la violencia de género, y llamarles “accidentes”, que en otros contextos difícilmente serían considerados como tales.

La experiencia de la vida cotidiana como una serie aleatoria de acontecimientos ha forzado a los individuos a enfrentar *lo inesperado como normal*. Esta orientación cognoscitiva, por su parte, explica por qué los individuos hablan con cierta familiaridad, aunque no con menos angustia, de las diversas situaciones de violencia (social y de género) que se presentan en la comunidad; y contribuye también a iluminar el carácter peculiar que tienen los conceptos de “creer” y “no creer”, con relación a los padecimientos tradicionales. Con estas nociones, los individuos pueden combinar sus opiniones personales acerca de la existencia de ciertos padecimientos, con una permanente disposición a aceptar lo inesperado como normal, combinación que bien se puede resumir con el dicho “no es bueno creer, pero es bueno curarse”.

Otras dimensiones del sentido de incertidumbre tienen relación con el proceso de búsqueda de ayuda. Por ejemplo, los individuos hablan, en repetidas ocasiones, de sus encuentros con médicos y curanderos tradicionales como casos de emergencia, lo que deja al descubierto la cotidiana *sensación de precariedad* con la que viven. Hablan de instancias en las que llegaron “apenas a tiempo” con un médico o en las que se logró la curación de sus padecimientos pero en circunstancias en las que las probabilidades de lograrlo eran mínimas. La *precariedad* se hace evidente también en las condiciones en las que los individuos tienen que salir de su localidad para encontrar ayuda; en el hecho de que carecen incluso de los recursos económicos mínimos para emprender dichos viajes; en que a menudo se aventuran a salir sin saber si por lo menos encontrarán un médico; y en el hecho de que desplazarse a la Ciudad de México suele traducirse en una pérdida mayor todavía de su ya limitado control sobre sus circunstancias. Finalmente, tras la consulta a un médico, los individuos frecuentemente se quedan con *incertidumbre* respecto a la naturaleza de su enfermedad, ya sea porque el médico no les dio su diagnóstico o porque se les dijo en términos que no pudieron entender.

Otra característica central de la visión del mundo de los ocutuquenses es su *sensación de estar ubicados al fondo de la escala social*, de ser “de los de abajo”. Esta forma de experimentar el mundo los ha llevado a caracterizar el trabajo como un medio para *levantarse*, lo que a su vez hace de la “fuerza” un valor central en sus conceptos de salud y enfermedad. Desde esta perspectiva, un cuerpo saludable es un cuerpo fuerte, firme y compacto, mientras que uno enfermo es débil o ha sufrido algún percance.¹ Por lo tanto, la “debilidad” es un síntoma de primordial importancia en este lugar. Aunque muy probablemente la debilidad se considere indicativa de mala salud en cualquier par-

¹ Octavio Paz (1959) analizó de qué manera los mexicanos tienden a igualar la “debilidad” con el hecho de ser penetrado durante la relación sexual. Según Paz, los hombres consideran que sus cuerpos son fuertes porque están “sellados”, mientras que los de las mujeres se consideran cuerpos abiertos, que se pueden penetrar. Aunque su análisis hace referencia a la idiosincrasia mexicana, se observa un claro vínculo entre su argumento y los hallazgos de este trabajo de investigación.

te del mundo, lo que queremos señalar aquí es que el significado de “debilidad” en Ocuituco, guarda relación con la experiencia subjetiva de estar al fondo de la escala social y la consiguiente necesidad de “levantarse”.

No sorprende, entonces, en una sociedad como la de Ocuituco, donde los individuos se perciben a sí mismos como teniendo que *levantarse* a través del trabajo, que el trabajo mismo sea considerado como una causa de enfermedad, como algo que *consume* o *acaba* a los individuos. De hecho, con base en esta visión de “ser de los de abajo”, los ocuituquenses perciben su entorno y sus circunstancias como una amenaza permanente a su salud. Esto explica la existencia del concepto de *salud como discrepancia*, noción que lleva a los individuos a considerarse saludables a pesar de sus condiciones de vida.

Esta visión de estar abajo está estrechamente asociada con la *sensación de estar siendo explotados* que tienen los individuos y que surge claramente en sus encuentros con los médicos. Estos son percibidos como profesionales que les roban” el dinero, que no informan sus diagnósticos, que no se hacen responsables de sus pacientes y que, en pocas palabras, contribuyen de una manera significativa con sus acciones a reforzar la persistente *sensación de incertidumbre* y de *estar siendo explotados* que generalmente caracteriza las vidas de estos habitantes.

La desigualdad de género, y la familiaridad que con este hecho tienen los individuos, impregna por completo la experiencia de la enfermedad y la reproducción. Por ejemplo, en el caso del susto, en tanto que los hombres vinculan las causas de esta enfermedad a su trabajo, las mujeres lo relacionan con su papel de proporcionar atención o con su condición de opresión. El concepto de *salud como contraste* presenta también especificidades de género. Al usar esta noción, los hombres indexan sus difíciles condiciones de trabajo; las mujeres, a su vez, indexan su trabajo en el hogar, el hecho de ser abandonadas por sus esposos, su papel como responsables únicas de sus hijos, la violencia de los hombres a la que están expuestas y, en general, la dominación que las subyuga. El caso de las relaciones médico-paciente es esclarecedor en este respecto. Sólo las mujeres hablan de que los médicos las *regañan*; y sólo las mujeres narran que éstos y sus compañeros negocian entre sí la atención que ellas deben o no recibir.

Los valores de género también son evidentes en la *visión negativa que tienen los individuos de sí mismos*. En sus testimonios acerca de las causas de sus padecimientos, o de las circunstancias en las que ellas o sus hijos se curaron, las mujeres —mucho más que los hombres— introducen continuamente referencias negativas de sí mismas. Aquí el argumento de que la *desigualdad de género* da forma a la experiencia subjetiva de la salud y la reproducción queda plenamente redondeado: tal desigualdad existe de hecho, objetivamente, en diversos aspectos de la realidad social (como la educación, el empleo, etc.) donde las mujeres están en desventaja frente a los hombres; tal desigualdad emerge, por ejemplo, en el hecho de que los médicos y los esposos deciden entre sí lo que “conviene” a sus mujeres; y esa desigualdad se manifiesta de nuevo en la percepción que las mujeres tienen de sí mismas. Esta visión negativa a su vez contribuye a perpetuar la desigualdad de género. Por ejemplo, al resumir sus conflictos con los médicos como situaciones en las que se les *regaña*, las mujeres implícitamente reconocen que su status difiere del de los médicos. Como la palabra *regañar* se usa sin sentido crítico, queda de manifiesto que, tácitamente, las mujeres (así como los hombres) endosan el orden social que hace posible el uso de este término. Por lo tanto, el orden social da forma a la experiencia subjetiva de la enfermedad y dicha experiencia subjetiva refuerza el orden social; ambos niveles de realidad están claramente interconectados.

Finalmente, en la experiencia subjetiva de la salud y la reproducción que tienen los individuos está presente también una *sensación de cambio*. Los individuos están conscientes de que las cosas están cambiando, lo que se refleja en sus testimonios. Por ejemplo, las personas de más edad saben que la medicina moderna ha introducido un nuevo vocabulario y nuevas tecnologías curativas y de anticoncepción en esta comunidad, pero indican que estos nuevos sucesos son ajenos a ellos. En tanto que estos individuos se refieren a los médicos como “ellos”, y se refieren a sus diagnósticos diciendo “ellos dicen”, los jóvenes, por el contrario, se han adaptado más fácilmente al nuevo vocabulario médico, que les permite hablar, por convicción personal, acerca de cosas como la necesidad de hervir el agua o de las enfermedades modernas que los afligen; o de la importancia de la anticoncepción, o de

la conveniencia de parir en un centro de salud u hospital y no con una partera; o bien, de apropiarse, en la medida de sus posibilidades, del vocabulario médico para referirse a sus propios padecimientos, sin sentir la necesidad de utilizar expresiones como “me dicen los médicos que”. Este proceso de cambio ha creado una intensa controversia que se refleja en los testimonios de muchas personas. Particularmente, aquellos individuos que se han mantenido cerca del paradigma de la medicina tradicional, ponen en claro que los médicos y la medicina moderna se han vuelto interlocutores necesarios a los que tienen que tomar en cuenta —ya sea retomando su discurso o criticándolo— para narrar sus experiencias subjetivas de salud y reproducción.

Ocuituco ha entrado en un proceso inexorable de cambio en el que los conceptos de la medicina moderna parecen destinados a predominar sobre los tradicionales, un cambio que es continuamente reforzado por la educación y los servicios médicos. El solo hecho de documentar este proceso constituye otra aportación de este estudio en tanto que nos ha permitido rescatar, quizás por última vez, los testimonios relacionados con formas de experimentar la salud y la reproducción que están destinadas a desaparecer en el futuro próximo.

EL PUNTO DE RETORNO: UN INTERCAMBIO FINAL CON LA LITERATURA

¿Cuál es la posición de nuestros hallazgos frente a los principales estudios sobre el tema documentados en otras fuentes? Sin que sea nuestra pretensión volver en detalle a la literatura, nos proponemos consignar aquí muy sucintamente la manera en que nuestra investigación dialoga con sus similares de otras partes del mundo.

En la construcción de nuestro objeto de estudio hemos querido establecer los vínculos existentes entre tres niveles de realidad, claramente diferenciados entre sí, pero estrechamente interrelacionados, a saber, la estructura social (contexto social), la visión de los actores de dicha estructura (contexto subjetivo), y la experiencia subjetiva de la salud y la reproducción.

Este abordaje contrasta con el de Herzlich y Pierret quienes estudiaron la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad en su vinculación únicamente con las *representaciones sociales* de la enfermedad (Herzlich, 1973; Herzlich y Pierret, 1987). Desde su punto de vista, dichas representaciones son un producto social, es decir, una creación histórica de un orden social específico. Sin embargo, las características concretas de ese orden social se dan por sentado por las autoras y nunca se discuten por completo. Con todo, a pesar de esta diferencia, la hipótesis de que las representaciones sociales son un reflejo de la relación del individuo tanto con la salud-enfermedad como con la sociedad, ha sido verificada en buena medida en nuestra investigación. Si bien el concepto de representaciones sociales no forma parte del aparato conceptual de este trabajo, hemos podido constatar que la forma en que los individuos *significan* su experiencia subjetiva de la salud-enfermedad y la reproducción, arroja mucha luz tanto sobre los atributos específicos de dicha experiencia como sobre las características centrales de la sociedad dentro de la que se presenta. Expresiones como “hacer uso” (para hacer referencia a las relaciones sexuales), “estar *gordo* o *contento*” (para referirse a la salud) o “ser *regañada*” (para mencionar un encuentro conflictivo con un médico), por mencionar sólo unos ejemplos, esclarecen tanto las experiencias de los individuos, como algunas de las principales características de la sociedad que las hace posibles.

Los estudios que se basan en el concepto de *clase social* expresan con mayor claridad la naturaleza de las sociedades en estudio. Pero al tratar de establecer vínculos directos entre la sociedad y la experiencia subjetiva de la salud y la reproducción, tales estudios ignoran o asumen la existencia de una estructura cognoscitiva intermedia que se halla entre este enorme nivel de realidad, la sociedad y un aspecto tan localizado de la subjetividad de los individuos, como la experiencia de la salud-enfermedad y la reproducción. De ahí que, por ejemplo, Boltanski (1972) indique que la *capacidad médica* de los individuos (que es el concepto central que utiliza para explorar la experiencia subjetiva de la salud) está en función de su clase social, pero lo haga sin caracterizar la estructura cognoscitiva a la que pertenece dicha capacidad. A pesar de que en el marco conceptual de Boltanski existe una brecha entre la

estructura social y la experiencia subjetiva de la salud-enfermedad, su concepto de capacidad médica representa, como se ha ilustrado a lo largo de este trabajo, una contribución primordial que ayuda a conceptualizar la capacidad diferencial de los individuos para interpretar síntomas y signos. Para Boltanski, la única referencia médica con la que cuentan los individuos son los doctores; esto significa que la capacidad médica de los primeros es básicamente producto de la medicina moderna. En el caso de Ocuituco, dicha capacidad se deriva de varias fuentes, entre ellas, la medicina moderna y el paradigma náhuatl tradicional. De esta manera, la *capacidad médica* es un producto histórico, cuyas cualidades específicas dependen de las características principales de la sociedad en la que los individuos viven.

El abordaje de Blaxter y Paterson (1982) es comparable con el de Boltanski. Para las primeras, la falta de control de los individuos de clases sociales bajas sobre sus circunstancias da como resultado directo el desarrollo de teorías etiológicas que se basan en la aleatoriedad. Aquí, una vez más, no se teoriza acerca de una estructura cognoscitiva intermedia, sino que simplemente se asume. En nuestro trabajo, por el contrario, hemos demostrado que las condiciones objetivas de vida de los individuos se vinculan a una visión específica del mundo, en la cual la aleatoriedad es sólo una de varias cualidades cognoscitivas que caracterizan ese sentido común. La ventaja de teorizar acerca de esta estructura intermedia —llamada aquí *sentido común*— es que surgen varios rasgos distintivos que están estrechamente vinculados con las condiciones objetivas de vida, y que también se pueden identificar como un componente de la experiencia subjetiva de la salud y la reproducción. Esto a su vez, hace posible reconocer que el vínculo entre estos fenómenos, por un lado, y la sociedad, por el otro, es mucho más complejo que el sugerido por autoras como Blaxter y Paterson.

Con todo, una notable coincidencia entre el estudio de Blaxter y Paterson y el presente trabajo se refiere al hallazgo de que los individuos tienden a relacionar en términos causales una serie de acontecimientos asociados con una enfermedad. Las especificidades históricas de este fenómeno están a la orden: Blaxter y Paterson informan que los sujetos de su estudio tienden a vincular sucesos que se han producido a lo largo de mucho tiempo, pero siempre dentro de un estric-

to paradigma médico, es decir, invariablemente enlazando incidentes médicos. En nuestro estudio, por el contrario, hemos encontrado que los individuos favorecen la vinculación de hechos que se suceden en períodos bastante breves pero que incluyen no sólo cuestiones médicas, sino incidentes de naturaleza muy variada, como el caso de las enfermedades que se cree son resultado de un accidente sufrido por otra persona (donde la noción de “susto” juega un papel primordial).

Calnan y Johnson (1985), como la mayoría de los autores dentro del paradigma normativo, han encontrado que los individuos carecen de conceptos positivos de salud y que aquellos de clases más bajas se limitan a dar definiciones *funcionales* de la misma, como “poder trabajar” o “terminar bien el día”. Por el contrario, los individuos de nuestra investigación experimentan la salud en términos positivos, como estar *gordo o contento*, además de que cuentan también con definiciones *funcionales*, como “aguantar”, que indexan significativamente la dureza de sus condiciones de vida cotidianas.

Dentro de la tradición de los estudios *interpretativos*, Cornwell (1984) ha realizado uno de los pocos trabajos que, como éste, buscan vincular las condiciones objetivas de vida, el contexto subjetivo (el sentido común) y la experiencia subjetiva de la salud-enfermedad. La distinción que hace Cornwell entre explicaciones *públicas* y *privadas* de salud y enfermedad, presupone que la medicina moderna se ha convertido en un paradigma de importancia tal que ha llegado a ser la ideología dominante en cuestiones de salud. Como se ha ejemplificado a lo largo del presente estudio, la medicina moderna en Ocuituco puede estar en vías de convertirse en el paradigma dominante, pero todavía se encuentra en medio de un vívido debate con el paradigma tradicional. En Ocuituco, la existencia de un ambiente de controversia como el que hemos descrito facilita que los individuos revelen sus propios puntos de vista (es decir, que ofrezcan sus explicaciones privadas), ya que la medicina moderna aún no puede “regular” su manera de pensar, con mayor efectividad. Por ello, la distinción de Cornwell entre relatos públicos y privados no se puede aplicar adecuadamente en el caso de Ocuituco.

La estrategia para identificar las vinculaciones entre los tres niveles de realidad también varía entre esa autora y nuestra investiga-

ción. Cornwell compara las perspectivas que tienen los individuos en cuestiones de salud y en otros aspectos de la vida cotidiana, como la familia y el trabajo y encuentra muchos paralelismos entre estas áreas; en todos los casos, argumenta, opera la distinción entre los relatos públicos y privados, puesto que en todos ellos existe una ideología dominante a la cual se adhieren los individuos en público y de la cual se alejan en lo privado. En el caso de Ocuituco, por el contrario, hemos optado primero por caracterizar los principales rasgos cognoscitivos del sentido común en sí mismos, en vez de centrarnos directamente en los eventuales paralelismos que pudieran existir con otras áreas de la vida cotidiana. Nuestra elección no carece de fundamento: si la estructura cognoscitiva intermedia es una especie de “caja negra” para autores como Boltanski, Blaxter, Paterson, Calnan y Johnson, con el trabajo de Cornwell ganamos terreno pero no lo suficiente. Ello se debe a que, al caracterizar a esta estructura cognoscitiva intermedia, Cornwell se limita a sugerir la existencia de un doble patrón que se hace evidente bajo la forma de relatos públicos y privados, cada vez que los individuos hablan de su trabajo, de su familia o de su salud. Sin embargo, no proporciona información sobre la composición intrínseca de esa estructura que llamamos sentido común. En este trabajo, por el contrario, hemos identificado los elementos básicos constitutivos del sentido común de los ocuituquenses (mediante la exploración de las referencias que hacen de sus asuntos familiares, laborales y cotidianos), que a su vez nos han permitido analizar de qué manera dichas características dan forma a su experiencia subjetiva de la salud-enfermedad y la reproducción.

Por otra parte, los trabajos de Kleinman (1992, 1995) y Good (1981) resultan muy próximos al abordaje que hemos privilegiado en esta investigación. El primero de ellos ha mostrado con éxito, en su estudio sobre la experiencia de la epilepsia, que el contexto social es determinante en la configuración de la misma. Ello le permite, evitando los mecanicismos de otros autores, mostrar el papel que juega la cultura —como factor determinante y como instancia de intermediación, simultáneamente— en la conformación de la experiencia subjetiva de los padecimientos. Su aporte principal ha sido retomado y verificado en esta investigación, a saber: que ambos elementos, el contexto so-

cial y la estructura cognoscitiva común a los individuos, que él, como antropólogo, dilucida bajo el concepto de cultura, son indispensables para el estudio social de la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad.

Por su parte, uno de los aportes centrales de Good también ha sido replicado en este trabajo: su noción acerca del dinamismo de las redes semánticas del padecimiento, que se reinventan y modifican en función tanto de los cambios institucionales en una sociedad, como de las interacciones individuales de sus integrantes. En nuestro caso, tal dinamismo ha quedado de manifiesto en la permanente sensación de cambio institucional y discursiva— que reportan los individuos entrevistados con relación a la salud y la reproducción.

Los estudios realizados desde una perspectiva etnometodológica (Locker, 1981) y simbólico-interaccionista (Charmaz, 1980, 1983; Bury, 1982) hacen énfasis en el aspecto *de producción* de la experiencia subjetiva; es decir, muestran cómo surge la experiencia subjetiva de salud y enfermedad, por lo menos parcialmente, de entre patrones específicos de interacción entre los individuos. Si bien en esta investigación no hemos adoptado un enfoque de este tipo, el análisis que hemos realizado nos ha permitido vislumbrar de qué manera el orden social de Ocuituco da como resultado patrones específicos de interacción social que, por su parte, contribuyen significativamente a conformar la experiencia subjetiva de sus habitantes. El caso de las mujeres es un buen ejemplo; a través de sus relatos ha sido posible reconstruir el predominio de su posición subordinada en su relación con esposos y doctores y que esta dominación es a la vez un elemento clave que da forma, parcialmente, a su experiencia subjetiva de salud y enfermedad.

Finalmente, las investigaciones *feministas* sobre la experiencia subjetiva de la salud-enfermedad y la reproducción han sido clasificadas aquí, como el resto de la literatura, en normativas o interpretativas. Las primeras se apoyan en el concepto de *patriarcado*, pero tienden a suponer, más que a explicar, la experiencia subjetiva real de las mujeres en cuestiones de salud y enfermedad. Las segundas, por el contrario, dilucidan muchos aspectos de dicha experiencia pero frecuentemente permanecen en silencio respecto a las características centrales de la estructura social en la que viven las mujeres. En nuestra investigación,

en cambio, hemos articulado ambas dimensiones, como lo propone Fox (1988). Ello nos ha permitido mostrar, por una parte, que el orden social de Ocuituco se caracteriza, entre otras cosas, por la dominación de los hombres sobre las mujeres (contexto social). Por otra parte, que este orden social devalúa, desde la perspectiva de hombres y mujeres, a estas últimas, y que en consecuencia, su propia subjetividad eventualmente se convierte en una *subjetividad genérica*² (contexto subjetivo). Tanto los hombres como las mujeres tienden a considerar la dominación sobre estas últimas como un hecho natural, como algo que se puede dar por sentado. Ambos niveles de realidad impactan sobre la experiencia subjetiva de la salud-enfermedad y la reproducción. Los relatos de los ocuituquenses muestran que la medicina moderna es una institución que refuerza este dominio masculino, como lo sugiere la convergencia de las tesis de la *medicalización* y del desarrollo del *patriarcado*. La hipótesis de Oakley (1980) sobre la naturaleza social de la experiencia del parto se puede reproducir con exactitud aquí: la experiencia subjetiva de la salud-enfermedad y la reproducción no está determinada primordialmente por los aspectos biológicos de los padecimientos, sino por las circunstancias sociales que las rodean. En última instancia, hemos corroborado la sentencia de Douglas, en el sentido de que la sociedad determina la manera en que el cuerpo es percibido, a la vez que la experiencia física del cuerpo apunta a una visión específica de la sociedad (Douglas, 1982).

A través de esta investigación hemos demostrado que nuestra comprensión de la experiencia subjetiva de la salud-enfermedad y la reproducción, es más profunda y rica cuando se aborda el problema en sus interconexiones con dos niveles de realidad igualmente importantes: la estructura social y la visión de los actores respecto a dicha estructura (o contexto subjetivo). Se trata de un tema típicamente pertinente al problema del vínculo micro-macro en teoría social (Alexander y Giesen, 1994). Ésta es, a nuestro juicio, la contribución conceptual y metodológica más relevante de este trabajo. La perspectiva hermenéutica que hemos utilizado nos ha permitido corroborar

² Carecemos en español de una adecuada traducción para el término *gendered subjectivity*.

la naturaleza profundamente social de la experiencia subjetiva de la salud-enfermedad y la reproducción, como muchos otros estudios lo han sugerido. Sin embargo, hemos mostrado también que la naturaleza social de dicha experiencia no es ni meramente el resultado de las características de la estructura social ni tampoco mero reflejo de la libertad y creatividad de los individuos. La experiencia subjetiva de la salud y la reproducción es un complejo fenómeno sociológico que participa de ambos niveles de realidad simultáneamente. A menos de que se adopte una adecuada perspectiva teórico-metodológica como la propuesta aquí, el estudio de la experiencia subjetiva de la salud-enfermedad resultará demasiado mecanicista o demasiado espontánea. Sin embargo, este fenómeno no parece conformarse completamente a ninguna de estas alternativas, sino que aparentemente comparte las características principales de las dos. Nuestro argumento final es que el paradigma que aquí hemos propuesto constituye la mejor solución para este problema.

DEL PROBLEMA DE LA GENERALIZACIÓN DE LOS HALLAZGOS Y SUS IMPLICACIONES

Nos queda un último problema por resolver, que se refiere al grado en que se pueden generalizar los hallazgos aquí reportados. A través de esta investigación hemos venido formulando afirmaciones cuasi-cuantitativas en forma verbal al usar expresiones como “la mayoría de los individuos creen...” o “muchos ocuituquenses sienten que...”. De hecho, la investigación cualitativa ha sido criticada precisamente por recurrir a tales formulaciones implícitamente numéricas (Flammersley, 1992). ¿Es legítimo argumentar que los hallazgos derivados de las 79 entrevistas en profundidad que realizamos en Ocuituco son generalizables para toda la comunidad? Más aún, ¿es correcto afirmar que los hallazgos presentados en este libro son válidos no sólo para el caso de Ocuituco sino incluso para las comunidades de la región que presentan características similares a las de Ocuituco?

En los últimos años, los métodos etnográficos han recuperado un amplio reconocimiento dentro de las ciencias sociales. El *boom* de

los métodos cualitativos así lo atestigua. Esta creciente aceptación, sin embargo, ha estado siempre acompañada por una preocupación acerca de la generabilidad de los hallazgos. Las soluciones que los autores han ofrecido a este problema han ido desde afirmar que los hallazgos de una investigación cualitativa deben ser “validados” por medio de otro tipo de métodos (Herzlich, 1973) hasta limitarse a referir el conjunto de los hallazgos a los sujetos del estudio, permaneciendo así en silencio acerca del problema de la generalización (Cornwell, 1984).

Tradicionalmente, el problema de la generalización ha sido abordado en términos del *principio de incertidumbre sociológica* (Burawoy, 1991), que sostiene que mientras más profunda es la observación sociológica, menos generalizables son los hallazgos, y viceversa. Sin embargo, este principio no necesariamente es correcto. En otro trabajo hemos mostrado que existen por lo menos cuatro estrategias de generalización de los hallazgos en los estudios cualitativos (Castro y Bronfman, 1999). En esa misma lógica, la generalización de esta investigación puede sostenerse a partir de la definición de la naturaleza de este estudio. El análisis de la información descansa fundamentalmente en lo que los individuos dan por sentado. En consecuencia, la “generabilidad” de los hallazgos puede presumirse toda vez que el análisis descansa en aquellos recursos del *sentido común* que *indexan* la *normalidad* prevaleciente en Ocuituco. Expresiones del tipo “como usted sabe”, “como dice el dicho”, “ya ve que esto es así”, etc., hacen referencia a un orden establecido de las cosas, esto es, a un conjunto de rasgos que constituyen la realidad cotidiana de los individuos y que por lo mismo se pueden dar por sentadas. En otras palabras, es en el lenguaje mismo de los entrevistados donde es posible advertir las claves que permiten presumir la “generabilidad” de los hallazgos. Como señalaba Schutz, cada grupo “tipifica” su experiencia sobre un fenómeno dado al crear las palabras y expresiones específicas para referirse a él. Consecuentemente, el uso de expresiones como *hacer uso* para referirse a las relaciones sexuales, o *usted sabe cómo es una de mujer* para referirse a un rasgo central de la identidad femenina —por citar sólo unos ejemplos permiten presumir que dichas tipificaciones representan la experiencia colectiva del grupo con relación a esos temas. La lógica de este razonamiento es comparable a la que subyace a la gramática.

Para un especialista en esta disciplina, no es necesario trabajar con una muestra estadísticamente representativa de testimonios verbales para poder caracterizar la estructura —y su generalidad— de una lengua determinada. De hecho, el análisis de la estructura del discurso de un solo individuo es suficiente para identificar, con un alto grado de precisión, la lógica que subyace a dicha lengua, como la usan *todos* los que la hablan. Esto es posible precisamente porque el supuesto principal del gramático es que el lenguaje es un producto social. Cada individuo puede desplegar cierto grado de creatividad en el uso del lenguaje, pero dicha creatividad siempre tiene lugar dentro de los límites impuestos por la propia estructura del lenguaje. Esta analogía permite clarificar el argumento desarrollado aquí: cada habitante de Ocuituco puede interpretar su experiencia sobre la salud y la reproducción en términos relativamente creativos. Pero esta interpretación permanece siempre dentro de los patrones generales de expresión definidos por el grupo al que pertenece. Sostenemos que dichos patrones generales han sido identificados a través de esta investigación. En consecuencia, puede argumentarse que estos hallazgos son válidos por lo menos para la comunidad de Ocuituco y las comunidades de la región que participen de las mismas características socioeconómicas y culturales. Y, más aún, no es difícil advertir que muchos de los rasgos reportados en torno a la identidad genérica de hombres y mujeres, y sobre la manera en que se percibe la sexualidad de unos y otras, están también presentes entre amplias capas urbanas de este país debido, seguramente, a la desigualdad de género prevaleciente. La investigación científica de temas como la construcción social de las experiencias subjetivas sobre la salud, la sexualidad y la reproducción, en consecuencia, debe realizarse en comunidades y con sujetos sociales concretos y específicos. Pero los alcances de los hallazgos, si se procede adecuadamente, implica a grupos sociales más vastos que los observados de manera directa.

Una consecuencia de esta afirmación es que el presente estudio se puede tomar como fuente de valiosa información para los diseñadores de políticas, respecto a la forma en que los individuos experimentan la salud y la reproducción; sobre cómo se fundamenta dicha experiencia en las condiciones sociales de la población, y sobre la opinión que se tiene de los médicos en la región y el tipo de conflictos y

dilemas que ellos, tal vez inadvertidamente, están reforzando. En resumen, un estudio como éste puede contribuir a desarrollar un mayor conocimiento sobre el contexto (y las consecuencias) dentro del cual se prestan servicios médicos modernos a comunidades como Ocuituco. Un adecuado conocimiento de este fenómeno debería llevar eventualmente a la sustitución del modelo medicalizado actual de prestación de servicios de salud, por uno que se base en el desarrollo económico y social, comunitario y regional, y que se apoye en la promoción participativa de la salud y la salud pública.

Una segunda consecuencia importante se refiere a la vinculación de este tipo de estudios con la investigación sociomédica dominante. Mientras que los estudios epidemiológicos proporcionan información sobre la distribución y los determinantes de las enfermedades, investigaciones como la nuestra destacan el hecho de que los conceptos de enfermedad y salud son construcciones sociales y que estas construcciones no siempre coinciden con las adoptadas por los diseños epidemiológicos. De estudios como el presente se puede decir que proporcionan valiosa información sobre el origen social y la naturaleza de los padecimientos, que los individuos experimentan como ontológicamente reales y que, por consiguiente, son reales en sus consecuencias. Ambos abordajes son entonces complementarios, en cuanto a que se abocan a fenómenos médicos desde una perspectiva sociológica diferente.

A lo largo de este trabajo hemos ido señalando nuevas preguntas de investigación dignas de ser exploradas desde la perspectiva hermenéutica como la propuesta aquí. Habría que agregar algunas cuantas más. Por ejemplo: la experiencia subjetiva de la salud-enfermedad y la reproducción responde crecientemente a los términos que dicta el orden médico establecido. Pero ¿cuál es, desde una perspectiva interpretativa, la naturaleza de dicho “orden establecido”? ¿Qué opinan los médicos acerca de su trabajo en comunidades como la de Ocuituco? ¿Cómo experimentan los enfrentamientos con sus pacientes? ¿Cómo contribuiría una perspectiva de género al análisis de las experiencias subjetivas de los médicos? Subyacente a todos estos posibles problemas de investigación está la pregunta general sobre cómo las condiciones sociales de estos actores influyen en su experiencia subjetiva, y

sobre las consecuencias prácticas de tal relación. Estamos, entonces, frente a un prometedor programa de investigación que podría contribuir a esclarecer un importante número de cuestiones urgentes en torno a la naturaleza social de la salud-enfermedad y de la respuesta social organizada frente a ella.

Al estudiar este tipo de problemas “allá afuera”, entre individuos de carne y hueso, el investigador está obligado a no ceñirse únicamente a instrumentos estandarizados preconcebidos, sino también, como sostenía Zola (1986) a reconstruir el mapa que mejor describe la realidad de los individuos, incluyendo la descripción que ellos mismos puedan tener de ella. Como hemos mostrado a lo largo de este libro, es en la aplicación de este principio fundamental donde descansa el verdadero valor de la investigación social interpretativa aplicada a la salud.

ANEXO I. LISTADO DE VARIABLES INCLUIDAS EN EL CENSO
DE POBLACIÓN REALIZADO EN OCUITUCO EN 1988

Para todos los miembros de la familia:

1. Nombre de cada uno de los miembros de la familia
2. Identificación del jefe de familia y la relación que éste tiene con el resto de los miembros de la familia
3. Sexo de cada uno de los miembros de la familia
4. Edad de cada uno de los miembros de la familia al momento de la entrevista
5. Lugar de nacimiento de cada uno de los miembros de la familia (en Ocuítuco, fuera de Ocuítuco pero dentro del estado de Morelos o fuera del estado de Morelos)
6. (Para los que nacieron fuera de Ocuítuco) Tiempo (en años y meses) viviendo en Ocuítuco

Para todos los miembros de la familia mayores de 14 años de edad:

7. Escolaridad (años terminados)
8. Estado civil
- 9a. Empleado o desempleado
- 9b. (Para los que tienen empleo) Tipo de ocupación (campesinos, albañiles, vendedores, empleados, maestros de escuela, profesionistas, y otros)
10. Lugar de trabajo (en Ocuítuco, fuera de Ocuítuco)

Solamente para mujeres de 12 años o más:

11. Número de hijos
12. (Para las que tienen por lo menos un hijo) Edad al primer alumbramiento

ANEXO 2. GUÍAS DE ENTREVISTA PARA EL TRABAJO DE CAMPO DE 1988 Y 1992

Las siguientes guías de entrevista fueron utilizadas durante el trabajo de campo que sustenta esta investigación. Su objetivo fundamental era ayudar a los investigadores a mantener presentes los principales temas que interesaba cubrir, de ser posible, en cada entrevista. Sin embargo, toda vez que los informantes fueron invitados a expresarse libremente sobre los temas incluidos en las guías, la profundidad con que cada tema se exploraba dependía de la biografía de cada entrevistado y de los temas que a cada uno le resultaban más significativos. Así por ejemplo, al entrevistar a una partera tradicional, la entrevista tendía a centrarse en los temas relativos a la reproducción; al entrevistar a un huesero, la conversación tendía a centrarse en los procedimientos curativos más comunes y en la experiencia de sanar, y así sucesivamente.

La guía de entrevista utilizada durante el trabajo de campo de 1988 cubría los siguientes puntos:

I. La experiencia de la salud y la enfermedad

- Nombre y descripción (síntomas, etiología, causas, etc.) de los principales padecimientos (tradicionales y modernos) identificados por la comunidad.
- Descripción de los procedimientos curativos más frecuentemente utilizados para tales padecimientos.
- Significados asociados a tales padecimientos y procedimientos curativos.

II. Reproducción

- Nombre y descripción de los principales órganos sexuales
- Descripción de las principales vivencias en relación con la iniciación sexual y la sexualidad cotidiana.

- Descripción de las principales vivencias asociadas con la menstruación, la menopausia, el embarazo, el parto, el puerperio y la crianza de los niños.
- Principales prácticas médicas (modernas y alternativas) asociadas a la atención del embarazo y del parto.
- Significados asociados a la sexualidad, el embarazo y el parto, así como a la atención médica (moderna y tradicional) que se recibe en relación a tales eventos.

III. Anticoncepción

- Conocimientos, utilización y experiencias en relación a métodos anticonceptivos tradicionales.
- Conocimientos, utilización y experiencias en relación con métodos anticonceptivos modernos.
- Significados asociados a la anticoncepción moderna.

Para 1992, la estrategia de trabajo de campo cambió con respecto a la de 1988. En esta ocasión, se optó por invitar a los entrevistados a narrar primero su propia historia de vida y a describir su cotidianidad. En un segundo momento, montados sobre esa biografía, se invitaba a los entrevistados a reconstruir su historia de salud y enfermedad, así como su historia reproductiva y de anticoncepción. La guía se componía de varios grupos de preguntas:

- 1) ¿Dónde nació usted? ¿cómo fue su infancia? Si eran originarios de otro lugar: ¿cuándo llegó a Ocuituco? ¿en qué trabaja? ¿cómo es su rutina en un día común y corriente?
- 2) ¿Cómo conoció a su pareja? ¿cómo es su relación con su pareja? ¿se llevan bien? ¿hay violencia entre ustedes? ¿están contentos con los hijos que tienen? ¿cómo se llevaban entre sí sus padres? ¿cómo se llevaba cada uno de ustedes con sus padres?
- 3) ¿Qué enfermedades tuvo cuando era niño o niña? ¿cómo se sentía? ¿cómo sabía que estaba enfermo? ¿por qué se habrá enfermado de eso? ¿qué hizo usted o sus padres para curarlo? ¿quién

- lo curó de eso? ¿cómo lo curaron? ¿y después? ¿de qué más se enfermó? (y así sucesivamente).
- 4) ¿Qué enfermedades tuvo su pareja/hijos cuando eran niños? (preguntas similares a las del grupo 3).
 - 5) Y hoy en la actualidad, ¿se ha enfermado de algo últimamente? ¿de qué? ¿qué sentía? ¿cómo supo que estaba enferma? ¿cómo se curó? ¿con quién fue?
 - 6) ¿Cuándo fue la última vez que fue al doctor? ¿y con la partera? ¿y con la curandera? ¿y con el huesero? ¿por qué los visitó? ¿cuál era el problema? ¿cómo decidió ir con ellos? ¿qué le dijeron ellos? ¿qué hicieron o cómo la curaron ellos? ¿cómo se sintió después de la visita? ¿por qué se habrá enfermado usted de eso? ¿por qué se habrá curado después de ir con ellos? ¿o por qué no?
 - 7) ¿Tiene usted miedo de enfermarse? ¿de qué teme enfermarse? ¿por qué? ¿hace algo para prevenirlo? ¿qué hace para prevenirlo? ¿por qué cree que eso que hace le puede ayudar a prevenir la enfermedad? ¿por qué cree que usted se puede enfermar de eso? ¿quién más podría enfermarse de eso? ¿y quiénes no? ¿por qué será que algunas personas se enferman de eso y otras no?
 - 8) ¿Cuándo fue la última vez que usted (o su esposa) se embarazó? ¿por qué se embarazó? ¿quería embarazarse? ¿le gusta embarazarse? ¿por qué? ¿le disgusta embarazarse? ¿sufre usted al embarazarse? ¿por qué? ¿tenía miedo? ¿de qué? ¿quería niño o niña? ¿por qué? ¿qué querían sus parientes?
 - 9) ¿Cómo se cuidó durante el embarazo? ¿qué cosas hay que procurar durante el embarazo? ¿y cuáles hay que evitar? ¿cómo la cuidaron durante el embarazo?
 - 10) ¿Dónde fue el parto? ¿quién la atendió? ¿por qué prefirió ir ahí? ¿cómo la trataron? ¿cómo se sintió? ¿se sintió triste después del parto? ¿cómo diría usted que debe ser un parto normal? ¿y uno anormal?
 - 11) ¿Usa usted anticonceptivos? ¿por qué? ¿cómo empezó a usarlos? ¿tenía o tiene algún temor al respecto? ¿qué dicen los demás sobre los anticonceptivos? ¿qué dice su pareja? ¿sabe usted por qué no se puede embarazar si usa esos métodos? ¿cómo funcionan? ¿cuándo fallan? ¿producen algún daño? ¿en qué partes de su cuerpo? ¿dón-

- de obtiene los anticonceptivos? ¿dónde le gustaría obtenerlos?
¿por qué?
- 12) ¿Con qué doctor prefiere ir usted? ¿por qué? ¿cuál es mejor y cuál es peor? ¿por qué? ¿qué opina del pasante de medicina que hay en el centro de salud de aquí? ¿ha llevado a sus hijos a vacunar? ¿qué piensa usted de las vacunas?

Nota sobre la aplicación de las entrevistas en profundidad

Las entrevistas se llevaron a cabo en el domicilio de cada uno de los informantes y se siguió un formato de conversación informal. El propósito era evitar imponer una relación autoritaria a los informantes y animarlos a que relataran sus historias sobre los temas seleccionados. Esta técnica se basa en un principio fundamental: si se motiva a las personas entrevistadas a que elaboren libremente sus relatos y preocupaciones, en lugar de forzarlos a responder bajo un formato rígido, los entrevistados tenderán a revelar sus verdaderos puntos de vista con relación a los temas de interés (Mellado, *et al.*, 1989; Valdés, 1984). Se trata, en una palabra, de permitir que los entrevistados ofrezcan sus explicaciones *privadas*, más que las *públicas*, sobre los tópicos explorados (Cornwell, 1984).

En promedio, las entrevistas de 1988 fueron de 60 minutos, mientras que las de 1992 tomaron alrededor de 90. Las entrevistas a informantes del sexo masculino las realizó el propio autor, mientras que las entrevistas a informantes del sexo femenino fueron realizadas por mi asistente durante este proyecto, Martha Loya. La razón de esta división del trabajo es obvia: los temas que se trataban en las entrevistas, particularmente los relacionados con la sexualidad, la reproducción y la anticoncepción, son abordables más fácilmente —debido a lo sensible de los mismos— entre personas del mismo sexo. Con el consentimiento explícito de los informantes, las entrevistas fueron grabadas en *cassettes*, lo que permitió su posterior transcripción literal.

ANEXO 3. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

Para el análisis de las entrevistas, un primer paso consistió en su transcripción literal, y en su *formateo* dentro del *Ethnograph*, un software especializado en el análisis de textos (Seidel, 1995). Dicho formateo no consiste más que en la posibilidad de numerar los renglones de la transcripción y en aglutinar el texto de las entrevistas en forma de columna, dejando en blanco la mitad derecha de cada página, con el fin de facilitar en ese espacio la labor de codificación.

El segundo paso consistió en lo que podemos denominar la codificación de los *grandes temas*, esto es, en la identificación a lo largo de la transcripción, de los temas generales de los que se habla. Los *grandes temas* se corresponden con los principales tópicos de la guía de entrevista. En nuestro caso, en consecuencia, los grandes temas eran: a) salud-enfermedad (de niños, de otros adultos, del informante); b) reproducción (embarazo, parto y crianza); c) anticoncepción; d) sexualidad (sexualidad, menstruación, menopausia); y e) sociedad.

Además de los grandes temas que se derivaban de las guías de entrevista, en esta fase se identificaron, también en el discurso de los entrevistados, las cuatro grandes determinantes que, dado el abordaje conceptual elegido para esta investigación, se esperaba que influyeran de manera significativa en los relatos de los individuos y que se caracterizan con mayor detenimiento en el capítulo III. La primera de ellas se refería al *discurso médico tradicional* de la comunidad. La segunda, por el contrario, se refería al *discurso médico moderno*, al que esta comunidad ha estado expuesta por varias décadas. La tercera se relacionaba con las condiciones objetivas de vida, caracterizadas por la *pobreza* y las privaciones materiales. Finalmente, la cuarta se refiere a las condiciones sociales de vida, en particular a la *condición de género* de los habitantes de la comunidad. Estas grandes determinaciones fueron identificadas de manera muy general, marcando en las transcripciones todos aquellos segmentos que de manera muy obvia tenían relación con una o varias de aquéllas. Así por ejemplo, un segmento en el que se describían los procedimientos de restauración de la *sombra* era enmarcado, entre otras cosas, bajo la influencia de lo tradicional; o un

segmento que describía la experiencia de una mujer en una clínica de salud durante la atención de su parto era enmarcada, entre otras cosas, bajo la influencia de la medicina moderna; o bien, un segmento que describía las formas de control y violencia a que estaba sometida una determinada mujer era enmarcado, entre otras cosas, bajo la influencia de las condiciones de género. Y así sucesivamente.

Hay que destacar aquí la importancia del *diario analítico*. La codificación de los grandes temas suponía la lectura completa y detenida de cada entrevista. Dicha lectura resultó ser enormemente estimulante: conforme avanzábamos, nos íbamos encontrando con un material muy rico y sugerente. Cada frase de los entrevistados evocaba un contexto, cada uno de sus razonamientos generaba preguntas y dudas, cada inferencia iluminaba ciertos aspectos de su lógica cotidiana, cada juicio apuntaba hacia un sistema de valores, cada práctica descansaba en un conjunto de condiciones objetivas de vida, etc. Como no podíamos permitirnos pasar a través de esta densidad de información sin dejar registro de ello, optamos por llevar un diario analítico en el que se anotaban sistemáticamente todas las ideas, hipótesis, dudas y conjeturas que la lectura del material iba sugiriendo.

Una vez identificados los *grandes temas* en todas y cada una de las entrevistas, el tercer paso consistió en identificar a las entrevistas que contenían la información más rica, ya sea por su extensión y detalle, o bien por su originalidad, con relación a los temas de nuestro interés. El diario analítico resultó un insumo fundamental en esta tarea. Con el conjunto de entrevistas debidamente jerarquizado en orden de prioridad, el cuarto paso consistió en lo que podemos denominar la *codificación en fino*. Mientras que la codificación de los grandes temas procedió de manera deductiva —pues los temas y sus correspondientes códigos fueron determinados de antemano y luego localizados en los textos— la codificación en fino procedió de manera inductiva —pues eran las sucesivas lecturas de cada entrevista lo que iba permitiendo identificar “qué había ahí”. Esta fase del análisis se realizó siguiendo, en general, un enfoque fundamentado (Glaser y Strauss, 1967; Blumer, 1969). El postulado básico de este método es que no es posible determinar por adelantado las categorías específicas que se usarán para codificar y clasificar la información que se desea analizar. Por el con-

trario, estas decisiones se fueron tomando tanto durante la fase de trabajo de campo como durante la fase de codificación fina del material. Este enfoque permitió utilizar los códigos que mejor se adaptaban a los datos, lo que a su vez facilitó elaborar de manera inductiva la teoría que permitió la mejor interpretación sociológica de los testimonios. Huelga decir que en esta fase el diario analítico resultó ser tanto o más importante que la propia codificación.

La codificación en fino se realizó, al mismo tiempo, buscando identificar en el discurso de los entrevistados “lo que se dice sin decir”, esto es, lo no dicho pero bien delimitado por la propia actividad discursiva. En particular se puso énfasis en tres tipos de fenómenos: a) las inferencias, b) las presuposiciones, y c) las implicaturas (Abril, 1995). Esto es, se puso particular atención en los procesos de razonamiento de los individuos pues en ellos está la clave para dilucidar los rasgos esenciales del sentido común, de ese saber cotidiano que da por sentado una cierta realidad y un cierto tipo de orden en el mundo. Al final del proceso de codificación y análisis se habían creado 135 códigos (ver anexo 4), que sirvieron para clasificar de manera sistemática el contenido de las cerca de 46,000 líneas de información que sumaban, en conjunto, las 79 entrevistas realizadas en la comunidad.

ANEXO 4. LISTADO DE CÓDIGOS GENERADOS PARA EL ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS

Abuelos	Crianza
Aborto	Cuidados
Accidente	Curandero
Agua	Daño
Aguantar	Dejader
Alcoholismo	Dejar hijo
Aliviar	Diagnóstico
Análisis	Dicho
Anginas	Dieta

Anticoncepción	Dios
Arrepentir	DIU
Atención	Doctor
Baños	Dolor
Blues	Eclipse
Calor-frío	Edad 1 er parto
Cambio	Educación
Causa	Efectos
Cáncer	Embarazo
Cesárea	Empacho
Circunstancias	Encontrar
Confianza	Enfermedad
Conflicto	Enfermera
Conocimientos	Enf-niños
Contagio	Enf-otros
Contento	Enf-personal
Costos	Escuela
Crear	Espiritismo
Evaluación	Muerte
Fallas	No. de hijos
Fe	Normal
Fuente de inf.	Operación
Fuerza	Origen matrim.
Gordo	Papá
Hacer uso	Pareja
Hermanos	Parientes
Hijo ajeno	Partera
Historia	Parto
Homeopatía	Pastillas
Huesero	Patriarcal
Iniciación	Placenta

Internar	Planes
Interp-personal	Pobreza
Inyección	Por poco
Ligadura	Post hoc
Limpia	Preparación
Mamá	Prevalencia
Medicalización	Privar
Menarquia	Putas
Menopausia	Remedio
Menstruación	Regañar
Metáfora	Responder
Método	Robar
México	Salir mal
Mollera	Self
Moral	Sentir
Morir	Sexualidad
Motivo	Sida
Síntomas	Temor
Sirvientas	Terror
Sobar	Tiempo
Sociedad	Trabajo
Suegra	Tradicón
Suero	Utilidad
Suerte	Vacunas
Supuesto	Vergüenza
Susto/sombra	Violencia

Obras consultadas

- Abril, G. (1995). "Análisis semiótico del discurso". En: Delgado, J.M. y J. Gutiérrez. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid, Síntesis psicología. pp. 427-463.
- Aguirre Beltrán, Gonzalo (1973). *Medicina y magia: el proceso de aculturación en la estructura colonial*. México, INI.
- Alexander, J.C. (1992). *Las teorías sociológicas desde la Segunda Guerra Mundial. Análisis Multidimensional*. Barcelona, Gedisa Editorial.
- _____, B. Giesen, R. Münch y N.J. Smelser, comp. *El vínculo micro-macro*. Guadalajara, Universidad de Guadalajara, Gamma Editorial.
- _____, y B. Giesen (1994). "De la reducción a la vinculación: la visión a largo plazo del debate micro-macro". En: Alexander, J.C.; B. Giesen, R. Münch y N.J. Smelser, comp. *Op. cit.*
- Alves, P.C. y M. Rabelo (1997). "Being a Nervous Person: Narratives and the Construction of a Self". *Curare Sonderband*, 12. pp. 9-20.
- Anderson, J.M., C. Clue y A. Lau (1991). "Women's Perspectives on Chronic Illness: Ethnicity, Ideology and Restructuring of Life". *Social Science and Medicine*, vol. 33, núm. 2. pp. 101-113.
- Angel, R. y P. Thoits (1987). "The Impact of Culture on the Cognitive Structure of Illness". *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 11, núm. 4. pp. 465-494.
- Arias de Aramburú, R. (1995). "La sexualidad en las ciencias sociales". *Reflexiones: sexualidad, salud y reproducción*, 4, Programa de salud reproductiva. México, El Colegio de México.

- Augé, M. y C. Herzlich (1995). *The Meaning of Illness. Anthropology, History and Sociology*. Luxemburgo, Harwood Academic Publishers.
- Baer, R.D. y D. Penzell (1993). "Susto and Pesticide Poisoning among Florida Farmworkers". *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 17, núm. 3. pp. 321-327.
- Banchs, M.A. (1999). "Entre la ciencia y el sentido común: relevancia de la teoría de representaciones sociales para una psicología de los procesos salud/enfermedad". Ponencia presentada en el V Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina en Isla Margarita, Venezuela. Junio.
- Banco de México (1992). *The Mexican Economy. Economic and Financial Developments in 1991. Policies for 1992*. México, Banco de México.
- Bart, P. (1968). "Social Structure and Vocabularies of Discomfort: Whatever Happened to Female Hysteria?". *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 9. pp. 188-193.
- Benedik, R. y S. M. Lipset, ed. *Clase, status y poder*. Madrid, Fundación FOESSA.
- Berger, P. y T. Luckmann (1986). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- Berlin, I. (1979). *Against the Current. Essays in the History of Ideas*. Nueva York, The Free Press.
- Blair, A. (1993). "Social Class and the Contextualization of Illness Experience". En: Radley, A. ed. *Op. cit.* pp. 27-48.
- Blaxter, M. (1983). "The Cause of Disease. Women Talking". *Social Science and Medicine*, vol. 17, núm. 2. pp. 59-69.
- _____ y E. Paterson (1982). *Mothers and Daughters. A Three-Generational Study of Health Attitudes and Behaviour*. Londres, Heinemann Educational Books.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.
- Boltanski, L. (1974). *Puericultura y Moral de Clase*. Barcelona, Editorial Laja.

- Boltanski, L. (1972). *Consommation Médicale et Rapport au Corps*. París, Centre de Sociologie Européenne, Maison des Sciences de l'Homme.
- Bolton, R. (1981). "Susto, Hostility, and Hypoglycemia". *Ethnology*, vol. 20, núm. 4. pp. 261-276.
- Bransen, E. (1992). "Has Menstruation Been Medicalized? Or Will it Never Happen...". *Sociology of Health & Illness*, vol. 14, núm. 1. pp. 98-110.
- Brody, H. (1987). *Stories of Sickness*. New Haven, Yale University Press.
- Bronfman, M., R. Castro, E. Zúñiga, C. Miranda y J. Oviedo (1997). "Del 'cuánto' al 'por qué': la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios". *Salud Pública de México*, vol. 39, núm. 5. pp. 442-450.
- Bruner, E.M. (1986). "Experience and its Expressions". En: Turner, V.W. y E.M. Bruner, ed. *Op. cit.*
- Buchanan, J.H. (1989). *Patient Encounters: The Experience of Disease*. Charlottesville, VA, University Press of Virginia.
- Burawoy, M. et al. (1991). *Ethnography Unbound. Power and Resistance in the Modern Metropolis*. Berkeley, University of California Press.
- Bury, M. (1991). "The Sociology of Chronic Illness: A Review of Research and Prospects". *Sociology of Health and Illness*, vol. 13, núm. 4. pp. 451-468.
- _____ (1982). "Chronic Illness as Biographical Disruption". *Sociology of Health and Illness*, vol. 4, núm. 2. pp. 167-182.
- Calnan, M. (1987). *Health and Illness. The Lay Perspective*. Nueva York, Tavistock Publications.
- _____ y B. Johnson (1985). "Health, Health Risks and Inequalities: An Exploratory Study of Women's Perceptions". *Sociology of Health and Illness*, vol. 7, núm. 1. pp. 55-75.
- Canelón, J. E. (1999). "Las representaciones sociales de la diarrea. Un estudio de caso". Ponencia presentada en el V Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina en Isla Margarita, Venezuela. Junio.

- Caplan, A., J. Cougelhardt y J. McCartney, ed. (1981). *Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives*. Reading, Mass., Addison-Wesley Publishing Co.
- Captan, P., ed. (1987). *The Cultural Construction of Sexuality*. Londres, Routledge y Kegan Paul.
- Cassell, E. J. (1976). *The Healer's Art: A New Approach to the Doctor-Patient Relationship*. Nueva York, Lippincot.
- Castro, R. (1996). "En búsqueda del significado: supuestos, alcances y limitaciones de los métodos cualitativos en sociología de la salud". En: Szasz, Ivonne y Susana Lerner, comp. *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México, El Colegio de México. pp. 57-85.
- Castro, R. (1995a). "The Subjective Experience of Health and Illness in Ocuilco: A Case Study". *Social Science and Medicine*, vol. 41, núm. 7. pp. 1005-1022.
- _____ (1995b). "La lógica de una de las creencias tradicionales en salud: eclipse y embarazo en el ámbito rural". *Salud Pública de México*, vol. 37, núm. 4. pp. 329-338.
- _____ (1993). *The Meaning of Health and Illness: Social Order and Subjectivity in Ocuilco*. Universidad de Toronto. Tesis de doctorado.
- _____ y M. Bronfman (1999). "Problemas no resueltos en la integración entre métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud". En: Bronfman, M. y R. Castro, coord. *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*. México, Edamex. pp. 49-64.
- _____ y E. Eroza (1998). "Research Notes on Social Order and Subjectivity: Individuals' Experience of Susto and Fallen Fontanelle in a Rural Community in Central Mexico". *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 22, núm. 2. pp. 203-230.
- _____ y M. Bronfman (1995). "Salud, embarazo y anticoncepción en dos comunidades rurales de México: un estudio comparativo". En: González, M. S. comp. *Las mujeres y la salud*. México, El Colegio de México. pp. 27-69.

- Castro, R., M. Bronfman y M. Loya, (1991). "Embarazo y parto entre la tradición y la modernidad: el caso de Ocuituco". *Estudios Sociológicos*, vol. IX, núm. 27. pp. 583-606.
- Charmaz, K. (1990). "Discovering' Chronic Illness: Using Grounded Theory". *Social Science and Medicine*, vol. 30, núm. 11. pp. 1161-1172.
- _____ (1983). "Loss of Self: A Fundamental Form of Suffering in the Chronically Ill". *Sociology of Health and Illness*, vol. 5, núm. 2. pp. 168-195.
- _____ (1980). "The Social Construction of Self-Pity in the Chronically Ill". *Studies in Symbolic Interaction*, vol. 3. pp. 123-145.
- Chodorow, N. (1978). *The Reproduction of Mothering*. Berkeley, University of California Press.
- Conrad, P. (1990). "Qualitative Research on Chronic Illness: A Commentary on Method and Conceptual Development". *Social Science and Medicine*, vol. 30, núm. 11. pp. 1257-1263.
- Conrad, P. y J. Schneider (1980). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. San Luis, Mo., C.U. Mosby.
- Conrad, P. y R. Kern, ed. (1986). *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*. 2. ed. Nueva York, St. Martin's Press.
- Consejo Nacional de Población (1993). *Indicadores Socioeconómicos e Índice de Marginación Municipal 1990*. México, CONAPO.
- _____ (1991). *Programa Nacional de Planificación Familiar 1990-1994*. México, CONAPO.
- _____ (1987). *Indicadores sobre Fecundidad, Marginación y Ruralidad a Nivel Municipal: Morelos*. México, CONAPO.
- COPLAMAR (1983). "Geografía de la Marginación". *Necesidades Esenciales en México: Situación Actual y Perspectivas al Año 2000*, vol. 5. México, Siglo XXI.
- Corea, G. (1985). *The Mother Machine. Reproductive Technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs*. Nueva York, Harper y Row.
- _____, R.D. Klein et al. (1985). *Man-Made Women. How New Reproductive Technologies Affect Women*. Londres, Hutchinson y Co. Publishers, Ltd.

- Corona, R. *et al.* (1986). *Problemas metodológicos en la investigación sociodemográfica*. México, PISPAL, COLMEX.
- Cornwell, J. (1984). *Hard-Earned Lives. Accounts of Health and Illness from East London*. Londres, Tavistock Publications.
- Currie, D. (1988). "Rethinking what we Do and how we Do it: A Study of Reproductive Decisions". *Canadian Review of Sociology, and Anthropology*, vol. 25, núm. 2. pp. 231-253.
- Currier, Richard L. (1966). "The Hot-Cold Syndrome and Symbolic Balance in Mexican and Spanish-American Folk Medicine". *Ethnology* (Pittsburg), julio, vol. 5, núm. 3. pp. 251-263.
- Dawe, A. (1971). "The Two Sociologies". En: Thompson, K. y J. Tunstall, ed. *Op. cit.*
- Delanoë, D. (1997). "The Representation of Menopause: Social Products of Age and Sex". *Contracept Fertil Sex*, vol. 25, núm. 11. pp. 853-860.
- Delveccio Good, Mary-Jo, P.E. Brodwin, B. J. Good y A. Kleinman, ed. *Pain as Human Experience. An Antropological Perspective*. Berkeley, University of California Press.
- Demers, A., N. Kishchuk, C. Bourgault y J. Bisson (1996). "When Anthropology Meets Epidemiology: Using Social Representations to Predict Drinking Patterns". *Substance Use and Misuse*, vol. 31, núm. 7. pp. 847-871.
- De Oliveira, O. y B. García (1986). "Encuestas ¿hasta dónde?". En: Corona, R. *et al.* *Op. cit.* pp. 65-80.
- D'Houtaud, A. y M.K. Field (1984). "The Image of Health: Variations in Perceptions by Social Class in a French Population". *Sociology of Health and Illness*, vol. 6, núm. 1. pp. 30-60.
- Dilthey, W. (1976). "The Construction of the Historical World in the Human Studies". En: Rickman, H.P. comp. *Op. cit.*
- Dingwall, R. (1976). *Aspects of Illness*. Londres, Martin Robertson.
- _____, C. Heath, M. Reid y M. Stacey, ed. *Health Care and Health Knowledge*. Londres, Croom Helm.
- Douglas, M. (1982). *Natural Symbols. Explorations in Cosmology*. Nueva York, Pantheon Books.
- Durkheim, E. (1978). *Las Reglas del Método Sociológico*. Buenos Aires, La Pléyade.

- Ehrenreich, B. y D. English (1978). *For Her Own Good*. Nueva York, Anchor Books.
- Ehrenreich, J., ed. (1978). *The Cultural Crisis of Modern Medicine*. Nueva York, Monthly Review Press.
- Eisenberg, L. (1977). "Disease and Illness: Distinctions Between Professionals and Popular Ideas of Sickness". *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 1. pp. 9-23.
- Fabrega, H. (1981). "The Scientific Usefulness of the Idea of Illness". En: Caplan A., J. Engelhardt y J. McCartney, ed. *Op. cit.* pp. 131-142.
- _____ (1972). "Medical Anthropology". *Biennial Review of Anthropology*. pp. 167-229.
- Farr, R.M. (1988). "Las representaciones sociales". En: Moscovici, S. *Op. cit.* pp. 495-506.
- Figuerola, J.G. (1998). "La presencia de los varones en los procesos reproductivos: algunas reflexiones". En: Lerner, S., ed. *Varones, sexualidad y reproducción*. México, El Colegio de México. pp. 163-192.
- Finkler, K. (1994). *Women in Pain. Gender and Morbidity in Mexico*. Filadelfia, University of Philadelphia Press.
- Fitzpatrick, R., J. Hinton, S. Newman, G. Scambler y J. Thompsom, ed. *The Experience of Illness*. Londres, Tavistock Publications.
- Fitzpatrick, R. (1984). "Lay Concepts of Illness". En: Fitzpatrick, R., J. Hinton, S. Newman, G. Scambler y J. Thompsom, ed. *Op. cit.*
- Forgas, J.P., ed. (1981). *Social Cognition: Perspectives in Everyday Understanding*. Londres Academic Press. *Op. cit.*
- Foster, G.M. (1992). "Fallen Fontanelle in American Southwest: A Commentary". *Medical Anthropology*, vol. 33. pp. 425-428.
- _____ (1987). "On the Origin of Humoral Medicine in Latin America". *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 1. pp. 355-393.
- _____ (1979). *Tzintzuntzan: Mexican Peasants in a Changing World*. Nueva York, Elsevier. Edición revisada.
- _____ (1978). "Hippocrates' Latin American Legacy: "Hot" and "Cold" in Contemporary Folk Medicine". En: Witherington, R.K., ed., vol. 2. pp. 3-19.

- Foster, G. M. (1967). "Peasant Society and the Image of Limited Good". En: Potter, Jack M., Mary N. Diaz y George M. Foster. *Op. cit.* pp. 300-323.
- _____ (1953). "Relationships between Spanish and Spanish-American Folk Medicine". *Journal of American Folklore*, julio-septiembre, v. 66, núm. 261. pp. 201-217.
- Foucault, M. (1983). *El orden del discurso*. México, Representaciones Editoriales.
- Fox, B. J. (1988). "Conceptualizing 'Patriarchy'". *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, vol. 25, núm. 2. pp. 163-181.
- Frey, K.A. (1981). "Middle-Aged Women's Experience and Perceptions of Menopause". *Women Health*, vol. 6, núm. 1-2. pp. 25-36.
- Gadamer, H.G. (1996). *El estado oculto de la salud*. Barcelona, Gedisa editorial.
- García, B. y O. de Oliveira (1991). *Maternidad y trabajo en México: una aproximación microsocia*. México, El Colegio de Mexico. Borrador.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall.
- Garro, L.C. (1986). "Intracultural Variation in Folk Medical Knowledge: A Comparison between Curers and Noncurers". *American Anthropologist*, vol. 88. pp. 351-370.
- Geertz, C. (1994). *Conocimiento local*. Barcelona, Paidós Básica.
- _____ (1973). *The Interpretation of Cultures*. Nueva York, Basic Books.
- Gerhard, P. (1970). "El Señorío de Ocuituco". *Tlalocan*, vol. 6, núm. 2. pp. 97-114.
- Gerhardt, U. (1990). "Qualitative Research on Chronic Illness: The Issue and the Story". *Social Science and Medicine*, vol. 30, núm. 11. pp. 1149-1159.
- Giddens, Anthony (1995). *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- Gillin, J. (1945). "Magical Fright". *Psychiatry*, vol. 11. pp. 387-400
- Glaser, B. y A. Strauss (1967). *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Nueva York, Aldine De Gruyter.

- Gobierno del Estado de Morelos (1991). *Programa Estatal de Población 1991*. Cuernavaca, GEM.
- Good, B.J. (1992). "A Body in Pain — The Making of a World of Chronic Pain". En: Delvecchio Good, Mary-Jo, *et al.* *Op. cit.* pp. 29-48.
- _____ (1977). "The Heart of what's the Matter: The Semantics of Illness in Iran". *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 1. pp. 25-58.
- _____ y M.J. Good (1981). "The Meaning of Symptoms: A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice". En: Eisenberg, L. y A. Kleinman, ed. *Op. cit.* pp. 165-196.
- Goodman, E., B.C. Amick, M.O. Rezendes, A.R. Tarlov, W.H. Rogers y J. Kagan (1997). "Influences of Gender and Social Class on Adolescents' Perceptions of Health". *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, vol. 151, núm. 9. pp. 99-104.
- Gordon, L. (1978). "The Politics of Birth Control, 1920-1940: The Impact of Professionals". En: Ehrenreich, J. ed. *Op. cit.* pp. 144-184.
- Graham, H. (1977). "Images of Pregnancy in Antenatal Literature". En: Dingwall, R., C. Heath, M. Reid y M. Stacey, ed. *Op. cit.*
- Hammersley, M. (1992). *What's Wrong with Ethnography?* Londres, Routledge y Kegan Paul.
- Hartmann, B. (1987). *Reproductive Rights and Wrongs. The Global Politics of Population Control and Contraceptive Choice*. Nueva York, Harper y Row Publishers.
- Hearn, J. y D. Morhan, ed. (1990). *Men, Masculinities & Social Theory*. Londres, Unwin Hyman.
- Hentschel, E. y J. Pérez (1986). *Estructura en el cambio. Estudio procesual de la vida política en Ocuituco*. México, UAM-I. Cuadernos Universitarios, 33.
- Herzlich, C. (1995). "Modern Medicine and the Quest for Meaning: Illness as a Social Signifier". En: Augé, M. y C. Herzlich. *Op. cit.* pp. 151-174.
- _____ (1973). *Health and Illness. A Social Psychological Analysis*. Nueva York, Academic Press.

- Herzlich, C. y J. Pierret (1987). *Illness and Self in Society*. Baltimore, The John Hopkins University Press.
- _____ (1985). "The Social Construction of the Patient: Patients and Illness in Other Ages". *Social Science and Medicine*, vol. 20, núm. 2. pp. 145-151.
- Heurtin-Roberts, S. (1993). "‘High-pertension’—the Uses of a Chronic Folk Illness for Personal Adaptation". *Social Science and Medicine*, vol. 37, núm. 3. pp. 285-294.
- Heurtin-Roberts, S. y G. Becker (1993). "Anthropological Perspectives on Chronic Illness". *Social Science and Medicine*, vol. 37, núm. 3. pp. 281-283.
- Holsti, O.R. (1969). *Content Analysis for the Social Sciences and Humanities*. Reading, Mass., Addison-Wesley Publishing Co.
- Holloway, G. (1994). "Susto and the Career Path of the Victim of an Industrial Accident: A Sociological Case Study". *Social Science and Medicine*, vol. 38, núm. 7. pp. 989-997.
- Honig-Parnass, T. (1981). "Lay Concepts of the Sick-Role: An Examination of the Professionalist Bias in Parson's Model". *Social Science and Medicine*, vol. 15A. pp. 615-623.
- Houghton, A. y F. Boersma (1988). "The Loss-Grief Connection in Susto". *Ethnology*, vol. 27, núm. 2. pp. 145-154.
- Hyden, L.C. (1997). "Illness and Narrative". *Sociology of Health and Illness*, vol. 19, núm. 1. pp. 48-69.
- Ingham, John M. (1970) "On Mexican Folk Medicine". *American Anthropologist*, vol. 2, núm. 1. pp. 76-87.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1991). *Morelos. Resultados Definitivos. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990*. México, INEGI.
- Jaco, G.E., ed. (1958). *Patients, Physicians and Illness*. Gleucoc, Iii., TheFree Press.
- Jacobus, M., E.F. Keller y S. Shuttleworth, ed. (1990). *Body/ Politics. Women and the Discourse of Science*. Nueva York, Routledge y Kegan Paul.
- Jodelet, D. (1988). "La representación social: fenómenos, concepto y teoría". En: Moscovici, S. *Op. cit.* pp. 469-494.

- Kadushin, C. (1972). "Enfermedad física y mental. La clase social y la experiencia de la salud precaria." En: Bendix, R. y S.M. Lipset, ed. *Op. cit.* vol. II. pp. 543-559.
- Kagawa-Singer, M. (1993). "Redefining Health: Living with Cancer". *Social Science and Medicine*, vol. 37, núm. 3. pp. 295-304.
- Kay, M.A. (1993). "Fallen Fontanelle: Culture-Bound or Cross-Cultural?". *Medical Anthropology*, vol. 15, núm. 2. pp. 13T156.
- Kearney, M. (1972). *The Winds of Ixtepeji: World View and Society in a Zapotec Town*. Nueva York, Holt, Rinehart y Winston.
- Kelleher, D. (1988). *Diabetes*. Londres, Routledge y Kegan Paul. Serie: The Experience of Illness.
- Kelly, M. P. y D. Field (1996). "Medical Sociology, Chronic Illness and the Body". *Sociology of Health and Illness*, vol. 18, núm. 2. pp. 241-257.
- Kitzinger, S. (1992). "Birth and Violence against Women: Generating Hypotheses from Women's Accounts of Unhappiness after Childbirth". En: Roberts, H. ed. *Op. cit.*
- Kleinman, A. (1992). "Pain as Resistance: The Delegitimation and Relegitimation of Local Worlds". En: Delvecchio Good, Mary-Jo, et al. *Op. cit.* pp. 169-197.
- _____ (1988). *The Illness Narratives. Suffering, Healing & The Human Condition*. Nueva York, Basic Books Inc.
- _____ (1986). "Illness Meanings and Illness Behavior". En: McHugh, S. y T.M. Vallis, ed. *Op. cit.* pp. 149-160.
- _____ (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley, University of California Press.
- _____ (1978). "Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems". *Social Science and Medicine*, vol. B 12. pp. 85-93.
- Kleinman, A., V. Das y M. Lock, ed. (1997). *Social Suffering*. Berkeley, University of California Press.
- _____ y J. Kleinman (1997). "The Appeal of Experience; The Dismay of Images: Cultural Appropriations of Suffering in our Times". En: Kleinman, A., V. Das y M. Lock, ed. *Op. cit.* pp. 1-23.

- Kleinman, A., W. Wang, S. Li, X. Cheng, X. Dai, K. Li y J. Kleinman (1995). "The Social Course of Epilepsy: Chronic Illness as Social Experience in Interior China". *Social Science and Medicine*, vol. 40, núm. 10. pp. 1319-1330.
- _____, P. E. Brodwin, B. J. Good y M. J. D. Good (1992). "Pain as Human Experience: An Introduction". En: Delvecchio Good Mary-Jo, *et al. Op. cit.* pp. 1-28.
- Kuhn, T. (1982). *La estructura de las revoluciones científicas*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Laurell, A. C., coord. (1994). *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. México, UAM-X y Fundación Friedrich Ebert en México.
- León, M. (1999). "Las representaciones sociales de la enfermedad de Chagas y su importancia en el diseño de programas de educación para la participación en la prevención". Ponencia presentada en el V Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina en Isla Margarita, Venezuela. Junio.
- Leon-Telles, J. (1981). "Feeling Sick: The Experience and Legitimation of Illness". *Social Science and Medicine*, vol. 15A. pp. 243-251.
- Levine, G. N. (1962). "Anxiety about Illness: Psychological and Social Bases". *Journal of Health and Human Behaviour*, vol. 3. pp. 30-34.
- Lewis, O. (1986). *Ensayos Antropológicos*. México, Editorial Grijalbo.
- Lipp, F. J. (1987). "The Study of Disease in Relation to Culture: the Susto Complex Among the Mixe of Oaxaca, Mexico". *Dialectical Anthropology*, vol. 12, núm. 4. pp. 435- 442.
- Locker, D. (1981). *Symptoms and Illness. The Cognitive Organization of Disorder*. Londres, Tavistock Publications.
- Logan, M. H. (1993). "New Lines of Inquiry on the Illness of Susto". *Medical Anthropology*, vol. 15, núm. 2. pp. 189-200.
- (1979). "Variations Regarding Susto Causality among the Cakchiquel of Guatemala". *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 3. pp. 153-166.
- López Austin, Alfredo (1988). *The Human Body and the Ideology: Concepts of the Ancient Nahuas*. Salt Lake City, University of Utah Press. 2 v.

- López Austin, Alfredo (1975). *Textos de medicina náhuatl*. México, UNAM.
- Madsen, William (1960). *The Virgin's Children. Life in an Aztec Village Today*. Austin, University of Texas.
- Martin, E. (1990). "Science and Women's Bodies: Forms of Anthropological Knowledge". En: Jacobus, M., E.F. Keller y S. Shuttleworth, ed. *Op. cit.*
- _____ (1987). *The Women in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston, Beacon Press.
- Marx, K. (1961). *Economic and Philosophic Manuscripts of 1844*. Moscú, Foreign Languages Publishing House.
- Marx, K. y F. Engels (1960). *German Ideology*. Nueva York, International Publishers.
- McCrea, F.B. (1986). "The Politics of Menopause". En: Conrad, P. y R. Kern, ed. *Op. cit.* pp. 296-307.
- McHugh, S. y T.M. Vallis, ed. (1986). *Illness Behavior. A Multidisciplinary Model*. Nueva York, Plenum Press.
- Mead, G.H. (1982). *Espíritu, persona y sociedad*. Buenos Aires, Paidós.
- Mechanic, D. (1961). "The Concept of Illness Behavior". *Journal of Chronic Diseases*, vol. 15. pp. 189-194.
- Mechanic, D. y E.H. Volkart (1961). "Stress, Illness Behavior, and the Sick Role". *American Sociological Review*, vol. 26, núm. 1. pp. 51-58.
- Mellado, V., C. Zolla y X. Castañeda (1989). *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*. México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS).
- Menéndez, E.I. (1988). *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México, CIESAS. Cuadernos de la Casa Chata núm. 179.
- _____ (1983). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Cuadernos de la Casa Chata núm. 86.
- Mercado, F.J. (1996). *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. Guadalajara, Universidad de Guadalajara.

- Miller, R.S. (1978). "The Social Construction and Reconstruction of Physiological Events: Acquiring the Pregnancy Identity". *Studies in Symbolic Interaction*, vol. 1. pp. 181-204.
- Morse, J.M. y J.L. Johnson, ed. (1991). *The Illness Experience. Dimensions of Suffering*. Londres, Sage Publications.
- Moscovici, S. (1988). *Psicología Social II*. Barcelona, Ediciones Paidós.
- _____. *Op. cit.*
- _____. (1981). "On Social Representations". En: Forgas, J.P., ed. *Op. cit.*
- _____. (1973). "Foreword". En: Herzlich, C. *Op. cit.*
- Navarro, V. (1977). *Medicine Under Capitalism*. Nueva York, Prodist.
- Oakley, A. (1984). *The Captured Womb. A History of the Medical Care of Pregnant Women*. Oxford, Basil Blackwell Publisher Ltd.
- _____. (1980). *Women Confined. Towards a Sociology of Childbirth*. Oxford, Martin Robertson.
- _____. (1979). "A Case of Maternity: Paradigms of Women as Maternity Cases". *Signs*, vol. 4, núm. 4. pp. 607- 631.
- O'Brien, M. (1981). *The Politics of Reproduction*. Boston, Routledge y Kegan Paul.
- O'Neil, C.W. y H.A. Selby (1968). "Sex Differences in the Incidence of Susto in Two Zapotec Pueblos: An Analysis of the Relationships Between Sex Role Expectations and a Folk Illness". *Ethnology*, vol. 7, núm. 1. pp. 95-105.
- Ortiz de Montellano, B. (1989). *Syncretism in Mexican and Mexican-American Folk Medicine*. University of Maryland, Department of Spanish and Portuguese. 1992 Lecture Series, Working Papers núm. 5.
- _____. (1986). "Aztec Sources of Some Mexican Folk Medicine". En: Steiner, R.P. ed. *Op. cit.* pp. 76-95.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. Glencoe, Ill., The Free Press.
- Paz, O. (1959). *El laberinto de la soledad*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Pirie, M. (1988). "Women and the Illness Role: Rethinking Feminist Theory". *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, vol. 25, núm. 4. pp. 628-648.

- Pollock, K. (1988). "On the Nature of Social Stress: Production of a Modern Mythology". *Social Science and Medicine*, vol. 26, núm. 3. pp. 381-392.
- Popay, J. (1992). "Health is all Right, but I'm just Tired all the Time". Women's Experience of Health". En: Roberts, H., ed. *Women's Health Matters*. Londres, Routledge y Kegan Paul.
- Potter, Jack M., Mary N. Diaz y George M. Foster (1967). *Peasant Society: A Reader*. Boston, Little, Brown.
- Rabelo, M.C.M., P.C.B. Alves y I.M. Souza (1999). *Experiencia de Doença e Narrativa*. Río de Janeiro, Editora Fiocruz.
- Radley, A. (1995). "Chronic Illness". En: *Making Sense of Illness. The Social Psychology of Health and Disease*. Londres, Sage Publications. pp. 136-161.
- _____, ed. (1993). *Worlds of Illness. Biographical and Cultural Perspectives on Health and Disease*. Londres, Routledge y Kegan Paul.
- _____ y M. Billing (1996). "Accounts of Health and Illness: Dilemmas and Representations". *Sociology of Health and Illness*, vol. 18, núm. 2. pp. 220-240.
- Ramos, A. (1998). "El manejo de pacientes crónicos en el hospital psiquiátrico de Jalisco". *Relaciones*, vol. 74, núm. 19. pp. 171-199.
- Ramos, S. (1983). *Maternidad en Buenos Aires: la experiencia popular*. Buenos Aires, Estudios CEDES, vol. 4, núm. 6.
- Reyes, L. (1988). *Introducción a la medicina zoque, una aproximación etnolingüística. Estudios recientes en el área zoque*. San Cristóbal de las Casas, CEI-UACH. pp. 161-382.
- Rickman, H.P. comp. (1976). *Dilthey: Selected Writings*. Cambridge, University Press.
- Riessman, C.K. (1993). *Narrative Analysis*. Newbury Park, SAGE Publications. Qualitative Research Methods Series 30.
- Roberts, H., ed. (1992). *Women's Health Matters*. Londres, Routledge y Kegan Paul.
- Rogers, W. S. (1991). *Explaining Health and Illness. An Exploration of Diversity*. Nueva York, Harvester Wheatsheaf.
- Rosenberg, M.L. (1980). *Patients: The Experience of Illness*. Filadelfia, The Saunders Press.

- Rothman, B.K. (1978). "Childbirth as Negotiated Reality". *Symbolic Interaction*, vol. 1, núm. 2. pp. 124-137.
- Rubel, A. J. (1964). "The Epidemiology of a Folk Illness: Susto in Hispanic-America". *Ethnology*, vol. 3. pp. 268-283.
- _____, C.W. O'Neil y R. Collado-Ardon (1984). *Susto. A Folk Illness*. Berkeley, University of California Press.
- _____, y C.W. O'Neil (1979). "Dificultades para expresar al médico los trastornos que aquejan al paciente: la enfermedad del susto, como ejemplo". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 87, núm. 2. pp. 103-112.
- Ruiz de Alarcón, H. (1953). *Tratado de las idolatrías, supersticiones, dioses, ritos, hechicerías y otras costumbres gentilicias de las razas aborígenes de México*. México, Ediciones Fuente Cultural.
- Sailly, J.C. y T. Lebrun (1982). "Social Representations of a Rheumatic Disorder: Rheumatic Pelvispondylitis". *Cah Sociol Demogr Med.*, vol. 22, núm. 2. pp. 127-153.
- Scambler, A. y G. Scambler (1993). *Menstrual Disorders*. Londres, Tavistock/Routledge y Kegan Paul. Serie: The Experience of Illness.
- Schutz, A. (1974). *El problema de la realidad social*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- Scully, D. y P. Bart (1978). "A Funny Thing Happened on the Way to the Orifice: Women in Gynaecology Textbooks". En: Ehrenreich, J. ed. *The Cultural Crisis of Modern Medicine*. Nueva York, Monthly Review Press. pp. 212-226.
- Secretaría de Gobernación y Gobierno del Estado de Morelos (1988). *Los municipios de Morelos*. México, Talleres Gráficos de la Nación. Colección: Enciclopedia de los Municipios de México.
- Secretaría de Salud (1990). *Programa de Planificación Familiar Morelos 1990*. México, SSA.
- Segall, A. (1976). "Sociocultural Variation in Sick Role Behavioural Expectations". *Social Science and Medicine*, núm. 10. pp. 47- 51.
- _____. "The Sick Role Concept: Understanding Illness Behavior". *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 17, núm. 2. pp. 164-169.

- Seidel, J. (1995). *The Ethnograph V4.0. A Users Guide*. Amherst, Qualis Research Associates.
- Serna, J. de la (1953). *Manual de Ministros de Indios para el Conocimiento de sus Idolatrías y Extirpación de ellas*. México, Ediciones Fuente Cultural.
- Shedlin, M.G. (1979). "Assessment of Body Concepts and Beliefs Regarding Reproductive Physiology". *Studies in Family Planning*, 10. pp. 11-12.
- Signorini, I. (1982). "Patterns of Fright: Multiple Concepts of Susto in a Nahua-Ladino Community of the Sierra de Puebla (Mexico)". *Ethnology*, 21. pp. 313-324.
- Simons, R. (1985). *Understanding Human Behavior in Health and Illness*. 3 ed. Baltimore, Williams y Wilkins.
- Spink, M. J.P. (1993). "O conceito de representacao social na abordagem psicossocial". *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 9, núm. 3. pp. 300-308.
- Stanley, L. y S. Wise (1983). *Breaking Out: Feminist Consciousness and Feminist Research*. Londres, Routledge y Kegan Paul.
- Steiner, R.P., ed. (1986). *Folk Medicine. The Art and the Science*. Washington, D.C., American Chemical Society.
- Stoneall, L. y R.L. Schmitt (1984). "Lay Person's Experience with Mental Illness". *Studies in Symbolic Interaction*, 5. pp. 197-218.
- Suchman, E.A. (1964). "Sociomedical Variations among Ethnic Groups". *American Journal of Sociology*, 70, núm. 3. pp. 319-331.
- Thompson, K. y J. Tunstall, ed. (1971). *Sociological Perspectives*. Middlesex, Penguin Books.
- Toombs, S.K. (1993). *The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.
- Tousignant, M. (1979). "Espanto: A Dialogue with the Gods". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 3, núm. 4. pp. 347-361.
- Treichler, P.A. (1990). "Feminism, Medicine, and the Meaning of Childbirth". En: Jacobus, M., E.F. Keller y S. Shuttleworth, ed. *Body Politics. Women and the Discourses of Science*. Nueva York, Routledge y Kegan Paul.

- Trotter, R.T. (1982). "Susto: The Context of Community Morbidity Patterns". *Ethnology*, 21, núm. 3. pp. 215-226.
- _____, B Ortiz de Montellano y M.H. Logan (1989). "Fallen Fontanelle in the American Southwest: Its Origin, Epidemiology, and Possible Organic Causes". *Medical Anthropology*, 10. pp. 211-221.
- Turner, V.W. (1997). *La selva de los símbolos*. 3. ed. México, Siglo XXI.
- _____, y E.M. Bruner, ed. *Antropology of Experience*. Chicago, University of Illinois Press.
- Unikel, L. (1978). "Población Urbana y Rural en México". En: *El desarrollo urbano de México: diagnóstico e implicaciones futuras. (Apéndice metodológico)*. México, El Colegio de México.
- Valdés, T.(1988). *Venid, Benditas de mi Padre. Las pobladoras, sus rutinas y sus sueños*. Santiago, FLACSO.
- Vila C., M. (1985). "Panorama general de Ocuituco Morelos. Informe del Servicio Social". Cuernavaca, Universidad Autónoma del Estado de Morelos. No publicado.
- Viveros, M., F. Gómez y E. Otero (1998). "Social Representations of Male Sterilization. Vasectomy as Viewed by Professional Counselors at the Men's Clinic in Bogotá, Colombia". *Cadernos de Saúde Pública*, 30;14 (SU 1). pp. 97-103.
- Weber, M. (1981). *Economía y sociedad*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Weeks, J. (1995). *Invented Moralities, Sexual Values in an Age of Uncertainty*. Nueva York, Columbia University Press.
- Weiss, W. (1985). "Social Representations of Alcohol in Children and Adolescents". *Soz Präventivmed*, 30, núm. 6. pp. 329-332.
- Wikan, U. (1989). "Illness from Fright or Soul Loss: A North Balinese Culture-Bound Syndrome?". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 13. pp. 25-50.
- Williams, R. (1983). "Concepts of Health: An Analysis of Lay Logic". *Sociology*, 17, núm. 2. pp. 185-205.
- Williams, S. J. (1993). *Chronic Respiratory Illness*. Londres, Routledge y Kegan Paul. Serie: The Experience of Illness.

- Winkvist, A. y H.Z. Akhtar (1997). "Images of Health and Health Care Options Among Low Income Women in Punjab, Pakistan". *Social Science and Medicine*, 45, núm. 10. pp. 1483-91.
- Witherington, R.K., ed. (1978). *Colloquia in Anthropology*. Dallas, Southern Methodist University.
- Young, A. (1982). "The Anthropologies of Illness and Sickness". *Annual Review of Anthropology*, 11. pp. 257-285.
- Zborowski, M. (1958). "Cultural Components in Responses to Pain". En: Jaco, G.E., ed. *Op. cit.*
- Zola, I.K. (1986). "Illness Behavior: A Political Analysis". En: McHugh, S. y T.M. Vallis, ed. *Illness Behavior: A Multidisciplinary Model*. Nueva York, Plenum Press.
- _____ (1972). "Medicine as an Institution of Social Control". *Sociological Review*, 20: 487-504.
- _____ (1966). "Culture and Symptoms: An Analysis of Patients' Presenting Complaints". *American Sociological Review*, 31, núm. 5. pp. 615-630.
- Zolla, C., S. Del Bosque, A. Tascón y V. Mellado (1988). *Medicina Tradicional y Enfermedad*. México, CIESS.