

**Roberto Castro**

**La 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  
Cuernavaca, Morelos, 2000**

# CONTENIDO

<b>Agradecimientos</b>	11
<b>Introducción: fragmento de un desencuentro discursivo en salud</b>	19
<b>I. Estructura y acción en la experiencia de la salud</b>	31
Los enfoques racional-colectivistas o normativos	39
<i>Estudios sobre el concepto de conducta frente a la enfermedad (illness behavior)</i>	39
<i>Estudios sobre la relación entre clase social y percepciones de salud</i>	48
<i>Las representaciones sociales y la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad</i>	65
<i>Representaciones sociales de la salud y la enfermedad en la historia</i>	68
<i>Representaciones sociales contemporáneas de la salud y la enfermedad</i>	74
<i>La experiencia de la salud reproductiva: estudios basados en los conceptos de género y medicalización</i>	87
Los abordajes no-racional individualistas o interpretativos	99
<i>Estudios sobre la experiencia de la salud y la enfermedad en general</i>	101
<i>Estudios sobre cultura y salud-enfermedad</i>	113
<i>Estudios sobre enfermedades crónicas</i>	119
<i>Estudios sobre salud de las mujeres</i>	128

Nota sobre los abordajes no-racional colectivistas o hermenéuticos	138
Recapitulación	140
<b>II. Teoría y métodos para un abordaje hermenéutico</b>	147
El andamiaje conceptual	147
La recolección de la información	153
<i>Registro, clasificación y selección de los informantes</i>	153
<i>Las entrevistas en profundidad</i>	161
<b>III. Ocuituco: el lugar donde los conejos viven en cavernas</b>	165
Para llegar al lugar	165
Hombres y mujeres de carne y hueso	170
La pobreza y la marginación	175
La desigualdad de género en cifras	179
La medicalización de la comunidad como signo de los nuevos tiempos	183
Recapitulación: los rasgos básicos del contexto social de Ocuituco	189
<b>IV. El contexto subjetivo</b>	207
Sentido común y pobreza	209
<i>La sensación de ser explotados</i>	210
<i>La sensación de incertidumbre</i>	211
<i>La sensación de opresión</i>	219
Sentido común y desigualdad de género	221
Sentido común e identidad	232

Sentido común y cambio social	237
<i>Sentido común y cambio en la economía</i>	238
<i>Sentido común y cambio en la educación</i>	239
<i>Sentido común y cambio en salud</i>	240
<i>Sentido común y cambio en la dinámica familiar</i>	242
Recapitulación: la visión del mundo de los excluidos	244
<b>V. La experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad</b>	249
Los conceptos de salud y enfermedad	250
La experiencia subjetiva de los síntomas: el vínculo dolor-conocimiento	261
La experiencia subjetiva de las causas de la enfermedad	272
<i>El azar y las enfermedades contagiosas</i>	273
<i>El agua: líquido vital que también trae la muerte</i>	277
<i>El trabajo: fuente de vida y de desgaste</i>	282
<i>Dieta: mantener la salud a pesar de no tener para comer</i>	287
<i>Accidentes: lo azaroso cotidiano</i>	290
Conclusión: la experiencia de la salud como contraste con la cotidianidad	295
<b>VI. Susto y caída de la mollera: la experiencia subjetiva de los padecimientos tradicionales</b>	305
El análisis antropológico sobre el susto/pérdida de la sombra y la caída de la mollera	306

La experiencia subjetiva del susto y la pérdida de la sombra	311
<i>Etiología: las condiciones de vida     y las causas del susto</i>	311
<i>Consecuencias: pérdida de la sombra     y pérdida de la salud</i>	313
<i>Curación: sombras de un     antiguo intercambio</i>	318
<i>El significado: articular un     mundo inarticulado</i>	321
<i>Creer en el susto</i>	325
La experiencia subjetiva de la caída de la mollera	328
Conclusión: el susto y la caída de la mollera como recursos de adaptación frente a la adversidad	335
<b>VII. La experiencia subjetiva de la sexualidad, la reproducción y la anticoncepción</b>	341
La sexualidad: la vigencia de un doble estándar moral	341
La experiencia de la reproducción entre los hombres	348
<i>El temor al hijo ajeno</i>	348
<i>Hacerse embarazada</i>	350
<i>Parir para él</i>	351
<i>Presencia y capacidad decisoria del hombre</i>	353
La experiencia de la reproducción entre las mujeres	356

<i>Embarazo: precariedad y medicalización</i>	356
<i>Parto: autoritarismo y tendencia a la normalización</i>	360
La experiencia de la anticoncepción entre los hombres	371
La experiencia de la anticoncepción entre las mujeres	379
Conclusión: el vínculo identidad-sexualidad-estructura social	385
<b>VIII. La experiencia de sanar: las interacciones con los prestadores de servicios de salud</b>	389
Marginación y recursos de salud	390
El significado de buscar ayuda	392
Género y poder en las relaciones entre médicos y pacientes	402
Los significantes de las medicinas moderna, tradicional y doméstica	412
Conclusiones: elementos para cuestionar un mito	437
<b>IX. Conclusiones: el carácter social de la experiencia subjetiva de la salud y la reproducción</b>	443
Inventario	446
El contexto social y la experiencia subjetiva de la salud y la reproducción	446
La visión del mundo y la experiencia subjetiva de la enfermedad	450

El punto de retorno: un intercambio final con la literatura	457
Del problema de la generalización de los hallazgos y sus implicaciones	466
<b>Anexos</b>	473
<b>Anexo I.</b> Listado de variables incluidas en el censo de población realizado en Ocuituco en 1988	475
<b>Anexo 2.</b> Guías de entrevista para el trabajo de campo de 1988 y 1992	477
<b>Anexo 3.</b> Procedimiento de análisis de las entrevistas en profundidad	483
<b>Anexo 4.</b> Listado de códigos generados para el análisis de las entrevistas	487
<b>Obras consultadas</b>	491
<b>Índice analítico</b>	523
<b>Índice de nombres</b>	533
<b>Índice de cuadros y figuras</b>	539

## **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 entrevis-

tadora, 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 “padeci-