

Sobre la enfermedad: reflexiones teóricas desde el interaccionismo simbólico.

Eduardo Calvario Parra
Universidad de Sonora

Introducción

El presente artículo tiene tres finalidades: brindar una breve exploración de las principales aristas teóricas del interaccionismo simbólico en relación a la enfermedad; revisar algunos de sus principios analíticos, gestados en centros académicos estadounidenses; y señalar ciertas críticas y aportes prometedores en el quehacer investigativo de la salud. Es pertinente aclarar que el presente trabajo es una aproximación al conjunto de reflexiones que se han desarrollado a lo largo del siglo veinte, por lo mismo no intenta más que provocar en el lector un interés inicial por la sociología médica en general, y el interaccionismo de la enfermedad, en particular.

Recientemente en el campo de las ciencias sociales en México han aparecido trabajos inscritos en la incipiente subdisciplina de la sociología médica (Castro, 2001; Briceño, 2002; Solís, 2003). Dentro del conjunto de trabajos empíricos desarrollados en nuestro país, variadas estrategias teóricas-metodológicas dan cuenta de las distintas influencias de las escuelas sociológicas tradicionales¹. Así por ejemplo, comunidades rurales pobres del sur del país han sido objeto de exploraciones del significado de la relación salud-enfermedad (Castro, 2000; Osorio, 2001) con distintas propuestas teóricas tanto interpretativas como estructurales. No obstante, aun con la vasta literatura en el mundo anglosajón sobre la enfermedad abordada desde el interaccionismo simbólico (Becker, 1963; Scheff, 1975; Roth, 1976; Mohavedi, 1975 citados en Uta, 1989), su influencia no ha sido relevante en el campo de la investigación de la salud en México.

Epidemiólogos y especialistas en salud pública, han caracterizado a la “transición epidemiológica” como el aumento de enfermedades crónicas-

¹ Particularmente sobresalen los estudios sobre el género y salud sexual y reproductiva (Bronfman y Minello, 1995; Gonzáles, 1995; Pérez-Gil, Ramírez y Ravelo, 1995, citados en Castro, 2001:284).

degenerativas (y de las lesiones) a la par de la sensible disminución de las infecto-contagiosas (Castro, 2001: 273). Con ello se configuran escenarios en el comportamiento de la morbi-mortalidad capaces de ser abordados desde la sociología². Sin embargo, en la sociología médica son pocos los trabajos con una deuda estimable hacia el interaccionismo simbólico (Rocha, 1995).

En un primer apartado expondré algunas ideas generales de esta corriente enfatizando sus antecedentes y ubicándola en el espectro de teorización sociológica. En el siguiente, analizaré dos modelos teóricos de la enfermedad con sus principales rasgos conceptuales. Después describiré algunos trabajos empíricos sobre el padecimiento con el fin de proporcionar ejemplos de investigaciones con enfoque interaccionista. Finalmente expondré algunas críticas generales sobre esta corriente, y terminaré con algunas conclusiones preliminares.

Cuestiones preliminares

Siguiendo a Ritzer, el interaccionismo simbólico es una escuela heredera del pragmatismo y conductismo social norteamericano de principios del siglo veinte. La ciudad de Chicago, Estados Unidos, fue el escenario de constitución teórica. En sociología, la escuela de Chicago fue la pionera en investigación cualitativa, principalmente en temas considerados como patológicos. Watson por el conductismo y Dewey por el pragmatismo, influyeron en la formación George Herbert Mead, principal fundador del interaccionismo simbólico. Esta influencia se deja sentir por el interés en “la interacción entre el actor y el mundo” y “lo que ocurre entre el estímulo y respuesta” (Ritzer, 1998:215).

De las principales aportaciones de Mead es pertinente apuntar la idea de que los individuos poseen un *self*, es decir, la capacidad de vernos a nosotros mismos como cosas. Para Mead es el proceso social mediante el cual adquirimos una serie de capacidades sociales que posibilita la interacción simbólica con otras personas. Mediante la autoreflexión el *self* permite

² En este escenario, en el noroeste del país han sido notorios los trabajos desarrollados por El Colegio de Sonora respecto a derechos de mujeres usuarias de instituciones de salud con problemas mamarios (Castro V., 2006), saberes sobre cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (Aranda, 2005) y prácticas de cuidados legos a la salud (Haro, 2004). Así mismo, un conjunto de investigaciones de tesis de la misma institución han contribuido a un embrionario desarrollo de la antropología y sociología médicas (Olivas, 2004; Barragán, 2004; Calvario, 2003). Además existen trabajos en otras instituciones de investigación que muestran distintos ritmos en la consolidación de esta disciplina, como El Colegio de Michoacán, la Universidad de Guadalajara, el Centro de Investigación en Antropología Social, entre otras.

ponernos en el lugar de otro, “las personas son capaces de examinarse a sí mismas de igual modo que otros las examinan a ella” (1998:231).

La persona, en su acepción sociológica, está compuesta por el “Yo” y el “Mí”. Sintéticamente, el Yo es lo impredecible de la conducta humana, es la fuente del cambio social porque es la respuesta al *otro generalizado*³; el Mí es lo que nos hace actuar con los valores sociales establecidos (Ritzer: 230-235). El concepto del *self* es central en algunos trabajos posteriores de la escuela interaccionista sobre la enfermedad crónica y la incapacidad, como los de Charmarz (1983), Bury (1982), West (1984) y Davis (1972).

De manera general, los seguidores del interaccionismo, según Norman Denzin, supone tres cosas: 1) que en las interacciones todos los seres humanos definen las situaciones sociales; 2) que esta interacción conlleva “un comportamiento pensado y auto reflexivo”; y 3) que al adoptar su propio punto de vista y adaptarlo al comportamiento de los demás, los humanos interactúan entre sí (2000:153). La interacción, señala Denzin, es simbólica porque interviene los procesos de significación de símbolos como palabras, objetos y lenguajes. Nuestro mundo de interacciones se hace posible gracias a que podemos manipular, otorgar e interpretar, un conjunto amplio de significados⁴.

El análisis se ha enriquecido con algunos términos desarrollados por Erving Goffman, desprendidos del aporte de Mead. Por ejemplo los conceptos de *escenario*, *encuentro* y *fachada* fueron metáforas teóricas que permitieron escudriñar, junto con la incorporación analítica de las reglas y el proceso de la desacreditación, lo que ocurre dentro de una institución y los enfermos mentales (1988), la desmitificación de los estigmatizados –con lepra por ejemplo, (1989).

Por otro lado, recientemente se ha reconocido la relevancia de la identidad de género en los procesos de interacción simbólica entre las personas. Las negociaciones constantes entre los actores y los filtros de género dentro de la interacción, son dimensiones que se han incorporado en el análisis

³ El término se refiere al conjunto de la sociedad materializado en grupos o instituciones sociales las cuales imponen normas y sancionan conductas, regulan y permiten comportamientos; al momento que el individuo se autosanciona por la posible reacción de su conducta frente a los demás, es a consecuencia de la influencia del *otro generalizado*, es decir, de los dispositivos sociales que encarnan la “autoridad” de los demás.

⁴ Siguiendo a Simmel, Denzin aboga por una sociología formal (interaccionista) y con ello reconoce la contribución del primero en iniciar el interés en las interacciones cara a cara con la clara intención de buscar el contenido variante de estos encuentros en cada contexto social (Denzin, 2000:169).

sociológico de esta corriente (Denzin, 2000:147). La salud de las mujeres y la salud de los hombres es cuantitativa y cualitativamente distinta (Horrington, 2002). Las interacciones se basan, en parte, en el *master status* del género, es decir, la construcción interaccional del género de la persona enferma configura “formas” diferenciadas en hombres y mujeres frente a la enfermedad.

Veamos las principales reflexiones teóricas de los interaccionistas preocupados por la enfermedad, con especial énfasis en las crónicas, en su acepción sociológica.

El análisis de la enfermedad

Las primeras preocupaciones se desprenden de los estudios realizados por la escuela de Chicago sobre problemas sociales considerados desviados. El alcoholismo, la delincuencia, la prostitución, la drogadicción y el homosexualismo figuraron como temas más frecuentes de investigación. Según Uta Gerhardt (1989), con la iniciación de la sociología de la anormalidad, y con la clara influencia de T. Parsons, se trató de definir la enfermedad como parte de la desorganización social. La concepción estructural-funcionalista se centró en el principio durkheimiano de la anomia social. La persona enferma, si bien de manera involuntaria, se encontraba en la “desviación social” porque, según Parsons, el papel del enfermo le exime de responsabilidades sociales y le otorga otros roles como “hacer todo por curarse” (1982: 436-449). En este contexto, Gerhardt señala que la sociología se convirtió en aliado del Estado asistencial para tratar de reorientar al individuo (op cit: 70) en los cauces de la “normalidad” social, y de paso contribuía a “mejorar” las condiciones de grupos sociales.

Aunque la sociología parsoniana se presentaba como hegemónica ante los centros académicos estadounidenses, poco a poco el interaccionismo presentó análisis teóricos que respondían a las insuficiencias del funcionalismo (Alexander, 1988). El concepto de *rol del enfermo*, de Parsons, fue criticado por la excesiva relevancia otorgada a agentes externos y su influencia en la interacción, además de creer en una armoniosa relación medico-paciente y despreocuparse por la enfermedad crónica (Gallagher, 1982).

Tomando como referencia el interaccionismo, varias teorías se consolidaron a partir del análisis de la enfermedad e inspiraron en la noción funcionalista de rol social, no sin evidenciar grandes diferencias. La teoría del

etiquetado (*labelling theory*) y la teoría fundamentada (*grounded theory*) fueron las más representativas, particularmente para matizar la conceptualización de la enfermedad.

Si bien ambas visualizaban la enfermedad como un constructo social a partir de las definiciones de la situación de los actores, existieron marcadas diferencias. Cada una formó parte del modelo de crisis y negociación respectivamente, con ello aparecieron abundantes trabajos de sociólogos médicos en las décadas de los años cincuenta al ochenta (Gerhardt, 1989).

El modelo de crisis proporcionó reflexiones orientadas a la modificación del estatus de las personas a consecuencia de la enfermedad, es decir, la manera en que trasgrede el malestar parte del *self* de la persona enferma. El *master status* (atributo social más sobresaliente durante una interacción como producto del proceso de etiquetamiento) puede verse alterado regularmente con efectos negativos, según este modelo.

A la disrupción que provoca la enfermedad corresponde una respuesta colectiva desde la salud pública (reacción de la sociedad). Los hospitales como expresión simbólica de la legitimidad social representan, para este modelo, los escenarios idóneos para tratar la “patología” de la enfermedad. El proceso de estigmatización implica la “reacción de la sociedad” ante la persona enferma, mediante la cual “internaliza la imagen de sí mismo” y adquiere un *Mí*, para decirlo en términos de Mead, que coincide con los mensajes desde el exterior.

En cierta medida, la persona enferma la autorreflexiona en el marco de la medicina como institución que diagnostica y otorga el tratamiento de manera autoritaria. Así también, una parte de este proceso y la influencia del *Otro generalizado*, es representada mediante la categorización de la enfermedad (como la ceguera, sordera, la adicción, la anorexia, la epilepsia, etc.) con atributos indeseables que elaboran los grupos sociales.

Al sentir como tuyas estas categorizaciones, y ver que son evaluadas como tales, el individuo ve trastocada su identidad social. El etiquetamiento ha tenido lugar. El paciente, por otro lado, se somete “a la pericia del practicante médico”, lo cual le resta autonomía frente el tratamiento y terapia clínica (Gerhardt, 1989).

La definición de la situación en las interacciones estará mediada por lo que los médicos dictaminen, y por tanto por el aparato institucional de la medicina. La relación médico-paciente se ve claramente desigual. Paralelamente, en el nivel individual se desencadenan eventos de crisis lo cual permite una readecuación de los procesos de constitución de la identidad social. Finalmente, el modelo de la crisis denuncia el nivel opresivo de las instituciones totales, como las define Goffman, y describe la situación del enfermo como “un pasaje de estatus irreversible” cuya identidad del individuo le ayuda a asimilar.

Por su parte, el modelo de negociación privilegió las estrategias desplegadas por los actores (médicos, pacientes, enfermeras) para hacer frente a las nuevas situaciones interactivas que amenazan con estigmatizarlos. Este modelo orientó principalmente su interés en pacientes crónicamente enfermos o con incapacidad aguda. Desde la teoría fundamentada distintas investigaciones exploraron los constantes esfuerzos de las personas crónicamente enfermas para hacer todo lo posible en “normalizar” su situación (Reif, 1973 y Weiner, 1975, citados en Gerhardt 1989). El individuo pierde capacidad de socialización y hay un esfuerzo por recuperar esta pérdida (Op cit: 160).

Siguiendo a Gerhardt, el modelo de crisis y el modelo de negociación tuvieron en común que conceptualizaron la enfermedad como “procesos de evaluación normativa” e interaccional. Las tipologías para explicar la aparición de la enfermedad (etiología) es, en los dos modelos, una construcción profesional. El proceso de evaluación normativa implica la sensible influencia parsoniana de considerar a la enfermedad como expresión social desviante; sin embargo, la diferencia radica en la prominencia que le otorgan los interaccionistas a la capacidad del actor en reaccionar ante el proceso de etiquetamiento o negociar una trayectoria terapéutica.

En resumen, mientras que en el modelo de crisis, enfermarse es desviarse de los estándares culturales y verse etiquetado, para el modelo de negociación equivale a la interacción entre el paciente y el médico con fines estratégicos de diagnosticar, curar o curarse, validar o validarse. Así también, para el primer modelo el escenario por excelencia donde ocurren las interacciones trascendentes es el hospital, en tanto para el segundo se encuentra en el hogar.

Es difícil considerar trabajos enteramente comprometidos con un modelo. Como dice Denzin, cada investigador “reconstruye” los principios analíticos de cada modelo y los adecua a sus intereses temáticos. La decisión de elegir uno de ellos para explicar alguna situación problemática de la realidad radica en saber cuál se ajusta heurística y metodológicamente al tema de investigación abordado. A continuación algunos ejemplos de análisis a partir de investigaciones empíricas.

Trabajos empíricos desde el interaccionismo

El trabajo de West es útil para destacar la importancia del género en la interacción paciente-doctor. En un trabajo de 1984, West argumenta que la relación asimétrica entre los médicos y el paciente, es invertida cuando es una mujer la que ocupa el papel de Doctor, el *master status* del sexo se apodera de la definición del paciente⁵. Es clara la separación analítica de sexo y género. En la interacción, la definición social de lo que es una mujer o un hombre toma preeminencia ya sea cuando el doctor sea una mujer o varón y el paciente sea de sexo opuesto.

West realiza una investigación cualitativa usando la transcripción de cintas audio grabadas en el momento en que tenía lugar la cita clínica. En este trabajo sostiene que los médicos hombres interrumpen mayor número de veces a sus pacientes que al revés. En cambio, cuando el doctor es una “dama” los hombres pacientes interrumpen un mayor número de veces en las conversaciones de estos encuentros. Con lo anterior West sostiene la tesis de que la identidad de género interviene en la relación médica y paciente, por ello la definición de la situación esta acotada por la etiqueta del género. En general la investigación guarda parentesco con el modelo de crisis al considerar al proceso interaccional como parte de la asignación de atributos sociales deseables o indeseables.

Con énfasis en la teoría fundamentada, una investigación de Katharine Charmaz encuentra que la experiencia de las enfermedades crónicas en individuos de clase media estadounidense está mediada por el impacto que generaban la comunidad, los amigos y familiares en que se desenvolvían cotidianamente. La manera de atenderse de estas personas estaba determinada por la transformación del *self* por el aislamiento social, los procesos de desacreditación y las constricciones de que eran objeto (1983). La familia en

⁵ Es pertinente aclarar que West omite la deuda teórica que tiene con la corriente feminista sobre los desarrollos conceptuales del género (gender).

estos casos representa un soporte importante para el cumplimiento de la prescripción médica, pues contar con el apoyo de los suyos facilita el camino para enfrentar la enfermedad. Para el enfermo no es sencillo encontrarse cada mañana ante sus propias necesidades y sin el apoyo familiar para modificar su forma de vida que lo lleve a mejorar su estado de bienestar. El trabajo investigativo es relevante ya que permite identificar el impacto social en la persona a consecuencia de la enfermedad.

Las investigaciones anteriores permiten explorar dos ejes primordiales en los procesos salud-enfermedad, a saber: la adjudicación de etiquetas según la definición de la situación de la enfermedad, que tiene como escenario el hospital; y el conjunto de respuestas de la persona enferma ante los microescenarios que amenazan la normalidad de su vida cotidiana.

Algunas críticas

Actualmente la socioantropología médica ha aportado conceptos que traspasan la concepción unidimensional de la enfermedad desarrollada por los interaccionistas. En los años ochenta socioantropólogos han distinguido teóricamente, varias dimensiones de la enfermedad. Siguiendo a Comelles, existen tres maneras de analizar la enfermedad: la dimensión biológica (*disease*), la dimensión cultural (*illness*) y la dimensión social –*sickness* (1993). Estos términos son traducidos como enfermedad (objetiva-biomédica), padecimiento (experiencia subjetiva) y malestar (procesos de socialización de ambas), respectivamente (Osorio, 2001:29). Las experiencias cotidianas de la enfermedad, así como la manera de percibirla, evaluarla y aprehenderla, son consideradas como parte del padecimiento (*illness*). Parafraseando a Kleinman, se desarrolla un proceso de construcción cultural del padecimiento como respuesta adaptativa que el individuo establece a través de su comunicación con la familia y la red social (1980: 74).

Los interaccionistas refieren exclusivamente la enfermedad como *illness* (padecimiento), convirtiéndose en clave para la comprensión de las interacciones entre la persona enferma y su contexto micro-social. Los dos modelos antes descritos (negociación y crisis) cristalizan particularmente los procesos de trasgresión del *self* en la manera de percibir la enfermedad tanto del médico (y de la enfermera) como del paciente (y su familia).

Es la interacción (y el cambio del *self*) la que determina la concepción teórica de la enfermedad. La distinción sutil pero importante de las

dimensiones de la enfermedad con términos anglosajones (*illness, disease y sickness*), están ausentes no por descuido analítico sino por desinterés teórico. Los socioantropólogos fijan su atención en la complejidad del entramado de significados y prácticas sociales que suceden alrededor de los procesos salud-enfermedad. En tanto, para los interaccionistas no existe en el horizonte teórico la continua interrelación de la salud y enfermedad por ser de mayor preocupación el sufrimiento, aislamientos, desacreditación y restricción en que viven las personas enfermas.

En la confluencia disciplinaria (antropología y sociología) y continental (Europa y América), se han constituido redes de investigación, congresos, asociaciones, instituciones académicas centradas en la reflexión sobre la salud (Mummert, 1998). Desafortunadamente, la salud como referencia analítica se encuentra ausente en los trabajos revisados. De manera simultánea se ha respondido a la necesidad teórica-metodológica de considerar las relaciones entre la salud y la enfermedad no sólo desde la óptica de quien es diagnosticado con un padecimiento (e instituciones y personas involucradas desde el punto de vista formal). Se trata de esclarecer la confluencia de actores (en términos interaccionistas) e instituciones formales e informales relacionadas con el cuidado de la salud. También explorar las representaciones, prácticas y significados que impulsan una especial relación de la salud y la enfermedad. Estas interrelaciones son designadas como procesos salud-enfermedad (Mummert, 1998) para alejarse de la noción unidimensional de enfermedad.

A manera de conclusión

El interaccionismo simbólico ha contribuido de manera significativa en la reflexión de la enfermedad como referencia analítica de las ciencias sociales. En lo particular, son iluminadores los conceptos de *self, otro generalizado y master status*, ya que permite explorar las transformaciones identitarias y la influencia del grupo social. La atención de los interaccionistas al considerar las re-negociaciones entre el paciente y el médico subraya los procesos interactivos entre los actores y les otorga plena capacidad creativa (particularmente en el modelo de negociación). Las continuas estrategias desplegadas por los crónicamente enfermos les permiten hacer frente al aislamiento, etiquetamiento y presión institucional y familiar.

Sustentados en trabajos empíricos, han documentado el proceso microsocial en que se ven envueltas las personas enfermas. Así, el sufrimiento,

aislamiento, restricción y estigmatización de que son objeto, ha favorecido el desarrollo de nuevas formas de tratamiento ante padecimientos crónicos. Los grupos de ayuda, la autoatención y el autocuidado han sido respuestas institucionales para mitigar las inconveniencias de pacientes crónicamente enfermos.

De igual manera, se ha impulsado la caracterización, alterna al funcionalismo, de la medicina moderna como institución social. En este sentido ha contribuido a denunciar lo opresivo que pueden llegar a ser los hospitales fungiendo como control social.

Abogar por purezas teóricas en las estrategias de investigación actual es ya cuestionable. Es necesario considerar múltiples variables que son esclarecidas de distinta manera por combinaciones diversas de escuelas teóricas. La promesa del interaccionismo versa sobre el uso de estrategias metodológicas que confronta teoría y datos. De tal suerte, la llamada sensibilización teórica (Denzin, 2000) logró desarrollar nuevas categorías analíticas fuertemente impregnadas por “acontecimientos empíricos”.

En México, caracterizado por áreas geográficas que cuentan con distintos ritmos, distribución y comportamiento de la morbi-mortalidad (Castro, 2001), resulta provechoso enfoques micro que den cuenta de la manera en que los actores responden a las categorizaciones sociales y presiones sociales subyacentes a la enfermedad, pero a la vez, cómo se dan las definiciones interaccionales que permite lo anterior.

Bibliografía

Alexander, J. (1988), *La teoría sociológica desde la segunda guerra mundial*, Barcelona, Gedisa.

Aranda, P. (2005) *Saberes relacionados con el Papanicolaou y el cáncer cervicouterino: estudio con derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social en Hermosillo, Sonora*, Tesis de Doctorado en ciencias sociales, especialidad en antropología social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Guadalajara, Jalisco.

Barragán, O. (2003), “Es tan difícil dejar de comer...Trampeo estratégico en usuarios diabéticos”, Tesis de maestría en Ciencias Sociales, El Colegio de Sonora.

Briceño-León, R. (2002), “Endemias, epidemias y modas. La sociología de la salud en América Latina”, en *Revista española de sociología* No. 3.

Bury, M. (1982) “Chronic illness as biographical disruption”, *Sociology of Health and illness*, No. 4, Vol. 2, pp. 166-182.

Calvario, E. (2003), “Masculinidad, padecimientos y accidentes laborales. El caso de los jornaleros del Poblado Miguel Alemán, Sonora”, Tesis de maestría en Ciencias Sociales, El Colegio de Sonora.

Castro, R. (2000), *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Centro Regional de investigaciones multidisciplinarias CRIM 2000, UNAM, México.

Castro V., C. (2006) "*Aunque uno conozca sus derechos, pero si no sabe luchar...*" *El derecho a una atención de calidad de las mujeres con problemas mamarios desde una perspectiva sociológica*, Tesis de Doctorado en ciencias políticas y sociales con orientación en sociología, Universidad Nacional Autónoma de México, Programa de Posgrado en Ciencias Políticas y Sociales.

Castro, R. (2001), “Sociología medica en México: el último cuarto de siglo”, en *Revista Mexicana de Sociología*, No. 3. pp. 271-293.

Charmaz, K. (1983) “Loss of self: a fundamental form of sufferery in the chronically ill”, *Sociology of health and illness*, vol. 5, No. 2, pp. 168-195.

Comelles, J. y Martínez H, A. 1995. *Enfermedad, cultura y sociedad*, Madrid, Eudema.

Davis, F. (1972) “Deviance disavowal: the management of strained interaction by the visibly handicapped”, Becker, H. S. (ed.) *Illness, interaction and the self*, N. York, Wodsworth Publishing, pp. 130-149.

Denzin, K. (2000), “Un punto de vista Interpretativo”, en Denman, C., y Haro, A. (comp.), *Por los rincones. Antología de Métodos cualitativos en la Investigación Social*, Hermosillo, El Colegio de Sonora, pp.147-206.

Gallagher, E. (1982) “Reestructuración y ampliación de tópicos en la sociología parsoniana de la enfermedad”, en G. Jacob (comp), *Pacientes, médicos y enfermedades*, México: IMSS, 271-305.

Gerhardt, Uta (1989) *Ideas about illness an intellectual and political history of medical sociology*, New York, New York University,.

Goffman, E. (1988) *Internados*, Buenos Aires, Amorrortu,

Goffman, E. (1989) *Estigma. La Identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu

Haro, J. A. 2000. “Cuidados profanos: Una dimensión ambigua en la atención a la salud”, en Perdiguero, E., y J. M. Comelles (eds.). *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona, Ediciones Bellaterra, serie General Universitaria 8, pp. 101-161.

Kleinman, A. (1980), *Patients and healers in the Context of Culture, An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*, USA, University of California Press.

Mummert, G. (1998), “Repensar la salud-enfermedad-atención en México desde las ciencias sociales” en *Relaciones* 74, Vol. XIX, El Colegio de Michoacán.

Olivas, R. (2004), “El arte de cuidar a otros inicia cuando aprendes a cuidarte”, Tesis de maestría en Ciencias Sociales, El Colegio de Sonora.

Osorio, R. M. 2001. *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, México, CIESAS, INI, INAH.

Parsons, T. (1982), “Estructura social y procesos dinámicos. El caso de la práctica médica moderna” en ídem *El sistema social*, Madrid, Alianza Universidad. 436-449.

Ritzer, G. (1998) *Teoría sociológica contemporánea*, México, McGraw Hill.

Rocha, G. (1995) *Las representaciones sociales de la enfermedad una mirada sociológica a la perspectiva legal*, Tesis de Doctorado en ciencias sociales con especialidad en sociología, El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos.

Solís, Héctor (2003) “Notas para la construcción de una visión sociológica de la salud y enfermedad” en *Revista de la Universidad de Guadalajara*, localizado en www.cge.udg.mx/revistaudg/rug23/art5dossier23.htm

West, C. (1984) “When the doctor is a lady: power, status and gender in physician-patient encounters” *Symbolic interaction*, No. 7 Vol. 1, pp. 87-106.