

La construcción identitaria de cuatro mujeres zoques y su relación con diferentes sistemas de curación

Abdiel Buelna Chontal¹ y Elvia Taracena Ruíz²

Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

El presente trabajo analiza las implicaciones a la construcción identitaria resultado de las relaciones que cuatro mujeres zoques de Chiapas (una partera certificada, una enfermera alópata y dos usuarias) establecen con distintos sistemas de curación: el alópata y el local (tradicional). La información, obtenida a través de entrevistas profundas, observación participante e investigación documental, fue analizada empleando una estrategia en tres momentos que implicaron: análisis cualitativo de contenido, análisis comprensivo e interpretación socio-clínica. Se concluyó que las relaciones con los sistemas de curación inciden en aspectos de la construcción identitaria, principalmente el ser mujer, ser pobre y ser indígena, aspectos que están muy relacionados con la actividad de curar y que definen el papel de las mujeres en la comunidad. Dichas relaciones con diferentes medicinas también posibilitaron que las entrevistadas construyeran nuevas identificaciones y transformaran sus funciones y lugar social frente al colectivo.

Palabras clave: construcción identitaria, sistemas de curación, zoques, socio-clínica

¹ Candidato al doctorado en Psicología Social y Ambiental del Programa Único de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Esta investigación fue desarrollada gracias al financiamiento otorgado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. E-mail: abdielbuelna@gmail.com

² Doctora en Ciencias de la Educación por la universidad de Paris-VIII. Profesora Investigadora Titular "C" del área de Desarrollo y Educación UNAM, FES-Iztacala. Coordinadora del Programa de Subjetividad y Sociedad, UNAM. Miembro del SNI. E-mail: etaracena@yahoo.com

Abstract

This paper explores the implications to the identity construction that result from the relationship between four zoque women from Chiapas (one certified midwife, one allopathic nurse and two medicine users) and different healing systems: the allopathic medicine and the local (traditional) one. The data, obtained through deep interviews, participant observation and documental investigation, was analyzed using a three-moment strategy that included qualitative content analysis, comprehensive analysis and socio-clinical interpretation. We concluded that the relationships with the different healing systems affect certain aspects of the identity construction, specially being a woman, being poor and being indigenous; these aspects are strongly related to the healing activity and define the role of women in the community. The relationships with different medicines also made possible that the informants could construct new identifications and transform their functions and social place in the community.

Key words: Identity construction, Healing systems, Zoque, Socio-clinic

Introducción

Las técnicas de atención a las dolencias y enfermedades se han refinado a lo largo de siglos gracias a la acumulación y complejización de los conocimientos sobre el cuerpo humano y los elementos del entorno natural. La institucionalización de la medicina muestra, entre otras cosas, la importancia que tiene para las sociedades modernas asegurar el acceso a los procedimientos curativos más novedosos para todos los miembros de las sociedades. Un objetivo que se antoja ilusorio

debido a las dificultades inherentes de llevar la medicina moderna a los poblados más recónditos.

En un intento por alcanzar este ideal, en 1978 la Organización Mundial de la Salud planteó algunas recomendaciones para que los países en vías de desarrollo aseguraran la presencia médica en poblaciones rurales. Dichas recomendaciones incluían la ampliación de la atención médica no institucional mediante la participación y el costo que el país pudiera soportar; capacitar, técnica y socialmente, a curadores locales para atender

enfermedades y emplear técnicas y remedios no alópatas cuya eficacia fuera comprobada (Bejarano, 2004).

En México, el programa de asistencia social que comenzó a hacer eco de dichas recomendaciones fue IMSS-COPLAMAR (1979) y entre las estrategias que contempló estaba el adiestramiento de curadores locales, especialmente parteras. Para 1983 se descentralizaron los servicios de salud institucionalizados del país, lo que significó la construcción de clínicas rurales y hospitales en las zonas alejadas, muchas de origen indígena.

Para el caso particular de la población zoque, el contacto con la medicina alópata inició en la década de los 50 con las visitas de las caravanas de salud, y después, en la década de los 80, con el establecimiento de la primera clínica alópata en la comunidad. Al mismo tiempo, inició la entrada de programas asistenciales, uno de los más recientes es Oportunidades, que tienen como propósito educar a la población (a través de las mujeres) en medidas higiénicas, vacunación y detección de enfermedades como diabetes y cáncer.

A partir de la entrada de la medicina alópata, la población zoque se ha visto inmersa en un contexto con dos medicinas: la alópata y la construida

localmente. Las estrategias zoques de curación tienen una historia que se remonta siglos atrás y están sostenidas en una concepción particular del mundo. Las definiciones de los estados de salud y enfermedad poco o nada tienen que ver con las definiciones alópatas, prueba de ello es la existencia de enfermedades no reconocidas en las clasificaciones institucionales (Buelna y Castro, 2008).

La coexistencia de diferentes medicinas ha producido la adopción, y en algunos casos articulación, de las distintas estrategias para curar. La antropología médica ha dedicado grandes esfuerzos a comprender cómo los conjuntos sociales se apropian de las diferentes técnicas y elementos para sanar enfermedades (Menéndez, 1988, 1992, 1994, 2005). Sin embargo, el abordaje se ha mantenido al nivel de las prácticas, quedando de lado las implicaciones a la experiencia subjetiva de la adopción o articulación de dichas prácticas.

Este trabajo parte de la idea de que la apropiación de diferentes estrategias para curar tienen implicaciones para la psique en tanto se construyen relaciones con las diferentes medicinas. Sin embargo, desde la psicología se ha abordado poco este fenómeno. Ante esta deficiencia nos vimos frente al reto de plantear una investigación cuyo andamiaje teórico-metodológico diera

cuenta de la complejidad del fenómeno y nos permitiera un acercamiento multidisciplinario (Morin, 1997). De esta manera, nos acercamos a los planteamientos propuestos por el enfoque socio-clínico (Taracena, 2005), los cuales nos proveen del terreno para comprender a los individuos como sujetos y seres sociales.

La irreductibilidad entre lo psíquico y lo social (Gaulejac, 2002) nos ayuda asumir una dialéctica entre los registros individuales y sociales. Lo social antecede al sujeto, lo externo es interiorizado por éste y puede dar cuenta de ello al narrar sus experiencias. Así es que la exploración de lo subjetivo se convierte en una manera de acceder a los fenómenos sociales y psicosociales. Buscamos comprender al sujeto como un ser donde se entrecruzan los registros macro (social y cultural), meso (instituciones) y micro (experiencia singular).

Estas consideraciones resultan relevantes al reflexionar sobre cómo ciertas condiciones sociales, culturales e institucionales relacionadas a la curación inciden en la experiencia subjetiva, particularmente lo relacionado a la constitución identitaria. Entonces, pensamos a la construcción de la identidad como una producción conjunta de las condiciones sociales y de la acción del propio sujeto (González, 2002). El sujeto es un ser de historia y,

como tal, su identidad se forma donde confluyen diferentes procesos sociales. Burkitt (1991) habla de la construcción identitaria como un proceso recursivo, donde aspectos sociales y culturales se encuentran, pero que es vivida como una realidad subjetiva.

Así que este trabajo se planteó como objetivo comprender las implicaciones a la construcción identitaria de las relaciones que establecen cuatro mujeres zoques con los sistemas de curación presentes en su comunidad.

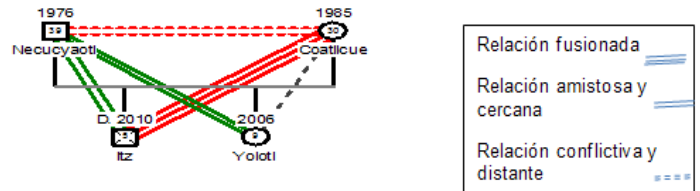
Método

Este trabajo se desarrolló desde un paradigma cualitativo-interpretativo (Taylor y Bogdan, 1996), que contempla la inductividad en la comprensión del fenómeno.

La información fue recuperada a través del uso de tres herramientas etnográficas: la entrevista a profundidad (Goetz y Lecompte, 1988), la observación participante (Bertely, 2000) y la investigación documental de reportes estadísticos e informes oficiales del municipio y las clínicas locales. Se buscó contrastar la información obtenida de las tres fuentes a manera de triangulación.

Las entrevistas fueron realizadas con 4 mujeres originarias de la cabecera de uno de los 5 municipios zoques que comprenden la zona de la Sierra Madre de Chiapas, al noroeste del estado. El contacto con las informantes se dio a través del establecimiento de redes sociales construidas durante el trabajo de campo, que tuvo una duración de 9 meses. Considerando que, de acuerdo a la cultura local, la actividad de curar se reserva a las mujeres, se identificó a 4 mujeres originarias de la comunidad dispuestas a participar en el estudio y que sostenían relaciones con ambas medicinas desde diferentes lugares y posiciones sociales. A cada una de las entrevistadas se le informó a grandes rasgos los objetivos del estudio y se consiguió su autorización para audiogravar las sesiones de entrevista y hacer uso de la información. Para asegurar el anonimato de las entrevistadas se les fue asignado un pseudónimo:

1. *Marta*: 60 años, casada, 4 hijos. Partera certificada por el IMSS que ha ejercido por 30 años. Además se desempeña como curandera y a oficios relacionados a labores domésticas. Vive en la periferia de la cabecera, una de las zonas con menos recursos económicos.



2. *María*: 38 años, casada, 2 hijos. Enfermera alópata de formación técnica. Labora en la clínica alópata del municipio vecino y ofrece consultas en su domicilio dentro de la comunidad del estudio. Vive en uno de los barrios centrales de la cabecera, de mayor urbanidad.
3. *Alba*: 44 años, divorciada, 4 hijas. Usuaria de ambas medicinas de la localidad. Se desempeña como cocinera y nana. Vive en uno de los barrios periféricos.
4. *Laura*: 57 años, separada, 3 hijos. Usuaria de ambas medicinas. Ama de casa, vive en el barrio central de la cabecera municipal, el barrio mejor ubicado, con más servicios y mejores condiciones económicas de la comunidad.

En las entrevistas se buscó profundizar en diversas temáticas: prácticas de curación, interacciones con la medicina alópata, interacciones con la medicina local, episodios de enfermedad en la trayectoria personal y concepciones de los estados de salud y enfermedad.

Las entrevistas fueron analizadas empleando una estrategia en 3 momentos: análisis cualitativo de contenido (Cáceres, 2003), en el que se codificaron las entrevistas y se identificaron las temáticas de interés; análisis comprensivo (Bertaux, 2005), en el que se identificaron indicios para profundizar en las relaciones de las entrevistadas con medicinas diferentes e interpretación socio-clínica (Taracena, 2005), donde se hizo un análisis transversal de los casos buscando similitudes y diferencias entre los casos.

Del análisis de las entrevistas destacaron 3 temas en los que convergen las relaciones con las medicinas y la construcción identitaria: ser mujer, ser pobre y ser indígena. En el siguiente apartado daremos cuenta de ellos.

Resultados

Para entender los procesos involucrados en la construcción identitaria de las entrevistadas es necesario entenderlas a la luz de los cambios estructurales que influyeron en sus trayectorias, como nuevas vías de comunicación y la entrada de servicios de salud y educación. Estas transformaciones no se limitaron al acceso a nuevos servicios, también comenzó un proceso de transformación de ciertos usos y costumbres culturales; uno

de ellos tiene que ver con la relación que existe entre las mujeres y la actividad de curar.

Aunque la comunidad cuenta con dos clínicas alópatas, sólo el 67.5% (INEGI, 2010) de la población estaba afiliada a algún servicio de salud, principalmente IMSS. Mientras se articula el empleo de procedimientos alópatas y remedios locales para curarse, principalmente en un contexto de autoatención. Esto coloca a la mujer, ya sea como curadora o ama de casa, como la figura principal en lo que refiere a la atención de las enfermedades.

Desde muy pequeñas las niñas aprenden las formas de curar y sirven como agentes de socialización de los procedimientos para tratar enfermedades. Cada abuela le enseña a la madre y la madre transmite sus conocimientos a las hijas. La actividad de curar se torna, entonces, en una manera de definir a las mujeres; la mujer que cura tiene cierto valor para su entorno social. La relación entre **ser mujer** y la actividad de curar ha dotado de una significación especial a las mujeres, significado con tintes agridulces, como lo expresa Alba:

Yo no quería [casarme pero] yo no tenía apoyo de padre. Cuando es chamaca tiene uno mucho miedo. Pues en ese tiempo crecí-

mos muy así, ignorante (...) En este tiempo me casé, ni sabía para qué. En ese tiempo no nos hablaban de nada (...) ni de la menstruación.

Destacan dos aspectos de sus palabras; por un lado la importancia de contar con un hombre para apoyarse económica y socialmente; y por otro lado la carencia de conocimiento sobre su propio cuerpo, un secreto que se revelaba sólo a través de la experiencia.

El sometimiento al poder masculino implicó la incapacidad de tomar decisiones sobre ellas mismas al mismo tiempo que su función de curadoras les proveyó la facultad de tomar decisiones sobre el cuerpo de los miembros de su familia y personas cercanas de la comunidad.

En este sentido hay una correspondencia entre el ser mujer y curar. Las mujeres no se pertenecen a sí mismas, su cuerpo pertenece a la comunidad y cuando iniciaba su etapa de fertilidad estaban disponibles para que un hombre las tomara. Esto obtiene nuevos matices cuando la mujer se asume como curadora (partera, curandera, ensalmadora, etc.), su compromiso con el colectivo adopta nuevos niveles; las mujeres curadoras pasan de estar sometidas a sus maridos a estar sujetas a la comunidad entera, muchas veces

prescindiendo del permiso de sus esposos para ejercer la curación.

La entrada de programas asistenciales marcó una nueva forma de interacción con la medicina alópata a través de cursos sobre higiene y planificación familiar obligatorios. Ello transformó la relación de algunas mujeres con su propio cuerpo y sus formas de reacción ante el poder masculino.

Me quería operar [ligadura de trompas] pero mi suegra me dijo: 'No, porque así como toma [alcohol] mi hijo vas a querer otro marido'. Lo que hice es que me vine al IMSS y me puse dispositivo [DIU] (...) Muchas no quieren [usar DIU] sus esposos no quieren y yo me decidí. Él [su esposo] no quería (...) pero le dije: "Si me quieres dejar, déjame, pero yo me lo voy a poner" (Alba).

Estas transformaciones sobre su capacidad de dar hijos se dieron gracias a las nuevas relaciones con el sistema alópata de curación. Proceso que no ha sido sencillo para las mujeres zoques; el IMSS ha empleado a las parteras certificadas para ejercer como agentes facilitadores de la adopción de estrategias de control natal. Marta (partera certificada), además de atender alumbramientos debe instruir a sus "pacientas" sobre planificación fami-

liar aunque esto ha provocado enfrentamientos con algunos hombres.

Una condición importante en la construcción identitaria que se suma al ser mujer es el **ser pobre**. Es un aspecto que pesa a la sociedad chiapaneca en general y a la localidad estudiada en particular, que tiene un índice de marginación de 1.217 (CONAPO, 2011) y el 88.3% percibe menos de dos salarios mínimos.

En el caso de las mujeres, ser pobre tiene connotaciones particulares: no poder realizar las mismas actividades económicas que los hombres. Las entrevistadas hablaron de la pobreza como un aspecto definitorio de ellas mismas, como algo inherente a su condición.

(...) yo antes en mi infancia sufrí mucho porque mi papá no me quiso mandar en la escuela y trabajábamos mucho con mi mamá para poder pasar los días, para el sostén de nuestro diario (Marta).

Uno de los privilegios a los que las mujeres no podían acceder era la educación, lo cual acentuaba aún más su condición de pobreza. Los servicios de salud alópatas también eran mirados como privilegios no accesibles para los pobres:

(...) el hospital más famoso que había era el de la Yerbabuena, Lindavista que le dicen, allá se iban los que tienen dinero porque ahí todo era pagado (...) (Marta).

Así que se construyó una nueva distinción entre la medicina alópata y la local, una era considerada inaccesible económicamente mientras que a la otra aún ahora la llaman “la medicina de los pobres” y es común que afirmen preferir el uso de procedimientos locales por ser baratos. Estas representaciones permanecen en la actualidad, aún cuando las consultas y medicamentos que proveen las clínicas alópatas no tienen costo.

Las mujeres se decantan por elegir procedimientos baratos para no comprometer la economía familiar, lo que también contribuye a fortalecer el sentimiento de ser pobre, dándose así una relación de recursividad.

La pobreza es una condición que se ha asociado por mucho tiempo al **ser indígena**. Ambas condiciones se han convertido en un estigma que pesa sobre los pobladores de comunidades indígenas. La comunidad en la que se llevó a cabo este estudio ha abandonado muchos elementos identitarios zoques, tales como el uso de la lengua o la ropa tradicional. En la comunidad sólo el 23%

reportó conocer alguna lengua indígena (INEGI, 2010).

Sin dudas esto incide importantemente en la construcción identitaria de los miembros de la comunidad. Las entrevistadas expresaron posiciones ambivalentes hacia el ser consideradas indígenas:

En parte soy indígena porque en parte entiendo el zoque. Es bueno ser indígena (...) yo de mi parte lo acepto (...) no me avergüenza (Alba).

Incluso se percibe cierto tono de resignación cuando se asumen como indígenas:

Porque hay muchos que dicen "tú eres una indígena, india", "sí, gracias a Dios lo soy, pero soy india comprendida, no soy mal comprendida" (Marta).

Las representaciones construidas hacia el ser indígena han tomado matices tales que igualan dicha condición a la indecencia, a lo bajo, a lo indigno:

Ellos pues se sienten diferentes (...), si me van a topar así como estoy ahorita: "Ah mira esa mujer qué fea, qué india, qué horrible" (...) Nomás que porque tienen estudios, andan

más vestidos, se sienten que esas son las gentes decentes, pero no, están equivocados.

Todos somos del mismo (Marta).

La medicina local, al ser una construcción que descansa sobre la concepción zoque del mundo, está asociada a lo indígena. En algunas entrevistadas fue posible notar cómo establecen nuevas relaciones con la medicina alópata en un intento de construir nuevas identificaciones más alejadas de lo que representa ser indígena y más cercanas a lo que se considera moderno, avanzado:

Los doctores no le llaman como le llamamos nosotros, ellos ya saben, han estudiado (...) nosotros porque no sabemos, le llamamos como le llamaban antes (...) ya no me gusta ir con los curanderos, me gusta mejor ir con los doctores (Laura).

Así es que las relaciones con dichas medicinas apelan a aspectos de la identidad indígena, reforzándolos o impulsando la búsqueda de nuevas identificaciones más cercanas a lo moderno u occidental.

De este modo, la curación se presenta como un elemento que trastoca la construcción identitaria. La estrecha relación que existe entre mujeres y curación les provee de medios para asumir su

papel de mujeres en el colectivo, con funciones y lugares sociales bien determinados. Sin embargo, las características de sus interacciones con los sistemas de curación (alópata y local) ofrecen la posibilidad ejercer cierto contrapoder al dominio masculino, tomar decisiones sobre su propio cuerpo y permitir la construcción de nuevas identificaciones.

Conclusiones

Las implicaciones a la construcción identitaria que aparecen por las relaciones entre mujeres y los sistemas de curación atraviesan por procesos diferenciados. Cada trayectoria se construye de experiencias singulares, aficiones y deseos distintos, experiencias con enfermedades y formas de curar, líneas familiares diferenciadas, etc. Es en la yuxtaposición de dichos aspectos donde se construyen las distintas formas de relacionarse con las medicinas presentes en la comunidad. En las mujeres, esas relaciones toman distintos matices dependiendo de su ejercicio de la curación, ya sea en un entorno doméstico, como usuarias, o asumiéndola como una actividad profesional, como partera o enfermera alópata.

Sin embargo, apuntando a una interpretación socio-clínica, pudimos identificar algunos aspectos

generales en el orden de lo cultural, social, institucional, de la historia familiar y singular que se ven implicados en la construcción identitaria de las informantes respecto a sus relaciones con diferentes medicinas.

En la dimensión *macro* los aspectos que destacamos son las políticas de salud pública, los programas asistenciales, la tecnificación de profesionales alópatas y la certificación de curadores locales por las instituciones de salud; en la dimensión *meso* destacamos la importancia de la historia familiar, la presencia de curadores locales en la línea familiar, la articulación temprana de elementos alópatas y locales en la curación de las enfermedades y la transmisión de los conocimientos de sanación de una generación a otra a través de las mujeres; mientras que en la dimensión *micro* o singular, encontramos como relevantes las experiencias con enfermedades y formas de curar en la historia individual, la primera consulta con un profesional alópata y los deseos en la infancia (deseos de estudiar medicina o enfermería, o convertirse en curadoras como alguna abuela o madre).

Así que es posible observar cómo la construcción identitaria de las mujeres está íntimamente relacionada a la actividad de curar. Todo ello enmarcado dentro del contexto social zoque, particular-

mente de la localidad, que define a la atención de las enfermedades como una actividad de las mujeres y también enraizado en la historia particular de cada una de las entrevistadas y las relaciones y formas de interactuar que desarrollan con la medicina local y con las instituciones de salud alópatas.

La curación forma parte constitutiva en la construcción de la identidad de las mujeres desde muy temprano y aporta, en este sentido, al sentimiento de pertenencia o afiliación a la comunidad (Tajfel, 1984). Comprendemos a la construcción identitaria, entonces, como un proceso recursivo, donde se encuentran aspectos sociales y culturales, pero que se vive como una realidad subjetiva (Burkitt, 1991).

Fueron tres los aspectos de la construcción identitaria que se revelaron como importantes en relación con lo que implica a la curación: ser mujer, ser pobre y ser indígena. Tres aspectos que definen a las mujeres de la comunidad y que determinan su lugar dentro de la sociedad chiapaneca y dentro de la localidad.

Retomando las ideas sobre la relación entre historia e historicidad en el sujeto (Gaulejac, 2002), nos fue posible observar cómo las mujeres han sido

capaces de emplear las relaciones con la medicina alópata para transformar la condición de mujeres que históricamente les ha sido impuesta. De este modo, han conseguido intervenir en su propia historia al conseguir cierto contrapoder al dominio masculino que, además, las posibilita para ejercer decisiones sobre su propio cuerpo, algo que hace no muchas décadas les estaba vedado. También las ha posibilitado para construir identificaciones más alejadas de lo indígena y más cercanas a una representación de lo moderno. Tal como lo expresa Toledo (2012): "El sujeto no es un espejo del sistema social. El sujeto tiene la capacidad de autodefinición: está limitado por las relaciones sociales que lo constituyen, pero también tiene una capacidad de respuesta, de creación, de resistencia" (p. 44).

Así que consideramos importante abordar las implicaciones a la experiencia subjetiva, particularmente de la construcción identitaria en constante dinamismo, resultado de las vivencias en un contexto donde coexisten diferentes medicinas.

Referencias

- Bejarano, I. (2004). Lo culto y lo popular. Medicina letrada/medicina tradicional. Hacia una práctica unificada de los conocimientos médicos. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*. Universidad Nacional de Jujuy, 24, 13-22. Rescatado el 18 de noviembre de 2011 de:
- http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1668-81042004000200001&script=sci_arttext&tlng=en
- Bertaux, D. (2005). *Los relatos de vida. Perspectivas etnosociológicas*. Barcelona: Balletera.
- Bertely, M. (2000). *Conociendo nuestras escuelas. Un acercamiento etnográfico a la cultura escolar*. México: Paidós.
- Buelna, A. y Castro, E. (2008). *Los síndromes ligados a la cultura: la enfermedad mental vista por los zoques de Chiapas*. Tesis de licenciatura. México: UNAM.
- Burkitt, I. (1991). *Social selves: theories of the social formation personality*. Londres: Sage.
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas*, 11, 53-82.
- CONAPO. (2011). *Índices de marginación por entidad federativa y municipio 2010*. México: Consejo Nacional de Población.
- Gaulejac, V. de (2002). Lo irreductible social y lo irreductible psíquico. *Perfiles latinoamericanos*, 21, 49-71.
- Goetz, J. y Le Compte, M. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata, Colección Pedagogía-Manuales.
- González, F. (2002). *Sujeto y subjetividad. Una aproximación histórico-cultural*. México: Thomson.
- INEGI. (2010). *Censos y conteos de población y vivienda*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- Menéndez, E. (1988). Algunos comentarios sobre la práctica médica en relación con la atención primaria de la salud. *Salud y Sociedad*, 5 (16), 1-6.
- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En: Campos, R. (Comp.) (1992). *La antropología Médica en México*. Tomo 1. México: Instituto Mora, Universidad Autónoma de México.

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4 (7), 71-83.

Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 14, 33-69.

Morin, E. (1997). Sobre la interdisciplinariedad. *Publicaciones ICESI*, 62,

Tajfel, H. (1984). *Grupos humanos y categorías sociales*. Barcelona: Herder.

Taracena, E. (2005). Impacto epistemológico y social de la sociología clínica. En: Gaulejac, V. de; Rodríguez, S. y Taracena, E. (2005). *Historias de vida. Psicoanálisis y sociología clínica*. México: Universidad Autónoma de Querétaro.

Taylor, S. y Bogdan, R. (1990). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós Studios.

Toledo, M. (2012). Sobre la construcción identitaria. *Atenea*, 506, 43-56.