



RE-SITUANDO UN ESTUDIO SOBRE CONCEPCIONES Y PRÁCTICAS
DE SALUD/ENFERMEDAD/CUIDADOS/ATENCIÓN DE MUJERES
EN PERSPECTIVA DE HISTORIAS DE VIDA

RE-SITUATING A STUDY ON CONCEPTIONS AND PRACTICES OF
HEALTH/DISEASE/CARE/ATTENTION OF WOMEN IN THE
PERSPECTIVE OF LIFE STORIES

RE-SITUER UNE ÉTUDE SUR LES CONCEPTIONS ET PRATIQUES
DE LA SANTÉ/MALADIE/SOIN/ATTENTION DES FEMMES DU
POINT DE VUE DES HISTOIRES DE VIE

María Paula Juárez¹

ARK CAICYT: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s27187519/hkoas1g4l>

Resumen

El artículo parte de los objetivos de reconstruir una trayectoria metodológica cualitativa de investigación a partir del reconocimiento de un carácter histórico-biográfico emergente de los datos de un estudio sobre concepciones y prácticas de salud/enfermedad/cuidado/atención (SECA) de mujeres en situación de pobreza y de clase media del Gran Río Cuarto (sur de la provincia de Córdoba, Argentina); así como identificar los hitos, episodios o momentos claves en las vidas de las mujeres que dan cuenta de ese carácter histórico-biográfico en la construcción de sus concepciones y prácticas de SECA. Se analiza el carácter biográfico emergente del estudio en tanto los relatos de las mujeres expresan construcciones culturales, subjetivas, intersubjetivas y simbólicas desde un miramiento en perspectiva histórica de sus vidas en vínculo con las de sus familias. Se presentan los resultados desarrollando la dimensión “historias de salud/enfermedad en mujeres”, organizada en las categorías “hitos de SECA de mujeres en situación de pobreza” e “hitos de SECA de mujeres de clase media”. La discusión plantea cómo la construcción del tiempo biográfico es subjetiva y cargada de sentidos ya que las mujeres elaboran sus nociones del tiempo a partir de percepciones situadas en vínculo con sus pertenencias sociales, económicas, culturales, étnicas, de género. El estudio reconoce cómo los procesos de SECA contemplados en perspectiva histórica por mujeres en situación de pobreza y de clase media asumen en cada grupo social características propias, colocando el foco de su atención en cuestiones diferentes, dado que sus realidades lo son.

Palabras clave: mujeres; biografías; salud; enfermedad; cuidados; atención.

Abstract

The article is based on the objectives of reconstructing a qualitative methodological research trajectory based on the recognition of an emerging historical-biographical character of the data from a study on conceptions and practices of



health/disease/care/care (SECA) of women in a situation of of poverty and middle class of the Gran Río Cuarto (south of the province of Córdoba, Argentina); as well as to identify the milestones, episodes or key moments in the lives of women that account for that historical-biographical character in the construction of their conceptions and practices of SECA. The emerging biographical character of the study is analyzed insofar as the women's stories express cultural, subjective, intersubjective and symbolic constructions from a historical perspective of their lives in connection with those of their families. The results are presented developing the dimension "histories of health/illness in women", organized in the categories "SECA milestones of women in poverty" and "SECA milestones of middle-class women". The discussion raises how the construction of biographical time is subjective and full of meanings, since women elaborate their notions of time from perceptions linked to their social, economic, cultural, ethnic and gender belongings. The study recognizes how the SECA processes contemplated in a historical perspective by women living in poverty and middle class assume their own characteristics in each social group, placing the focus of their attention on different issues, given that their realities are different.

Keywords: women; biographies; health; disease; care; attention.

Résumé

L'article est basé sur les objectifs de reconstruction d'une trajectoire méthodologique qualitative de recherche basée sur la reconnaissance d'un caractère historique et biographique émergent des données d'une étude sur les conceptions et les pratiques de santé/maladie/soins/attention (SECA) des femmes vivant dans la pauvreté et la classe moyenne à Gran Río Cuarto (sud de la province de Córdoba, Argentine) ; ainsi que d'identifier les jalons, épisodes ou moments clés de la vie des femmes qui rendent compte de ce caractère historico-biographique dans la construction de leurs conceptions et pratiques de SECA. Le caractère biographique émergent de l'étude est analysé dans la mesure où les récits des femmes expriment des constructions culturelles, subjectives, intersubjectives et symboliques dans une perspective historique de leur vie en lien avec celle de leur famille. Les résultats sont présentés en développant la dimension "antécédents de santé/maladie chez les femmes", organisés en catégories "jalons SECA pour les femmes vivant dans la pauvreté" et "jalons SECA pour les femmes de la classe moyenne". La discussion soulève combien la construction du temps biographique est subjective et chargée de sens, puisque les femmes élaborent leurs notions du temps à partir de perceptions liées à leurs appartenances sociales, économiques, culturelles, ethniques et de genre. L'étude reconnaît comment les processus de SECA envisagés dans une perspective historique par les femmes en situation de pauvreté et de classe moyenne assument leurs propres caractéristiques dans chaque groupe social, plaçant leur attention sur des questions différentes, étant donné que leurs réalités sont différentes.

Mots clés: femmes ; biographies; santé; maladie; se soucier; attention.

Recepción: 01/08/2023

Evaluación: 12/09/2023

Aceptación: 25/10/2023

1. Introducción



Este artículo se enmarca en una investigación denominada “*Mujeres narrando sobre salud. Conocimientos, concepciones y prácticas situadas en un escenario de pandemia*”², cuyo objetivo principal es comparar las concepciones y prácticas de salud, así como la construcción de conocimientos de salud y su circulación, en mujeres en situación de pobreza y de clase media del Gran Río Cuarto (sur de la prov. de Córdoba, Arg.) atendiendo al impacto que la enfermedad pandémica de Covid-19 puede haber tenido en ellas³.

En este contexto, los objetivos particulares del artículo que aquí se presenta refieren a: a) Reconstruir una trayectoria metodológica cualitativa de investigación a partir del reconocimiento de un carácter histórico-biográfico emergente de los datos sobre concepciones y prácticas de salud/enfermedad/cuidado/atención (SECA) de mujeres; b) Identificar los hitos, episodios o momentos claves en las vidas de las mujeres que dan cuenta de ese carácter histórico-biográfico en la construcción de sus concepciones y prácticas de SECA.

Atendiendo a ello, se orientan las preguntas de investigación que expresan: ¿Es posible reconocer en un estudio sobre concepciones y prácticas de SECA -que no fue inicialmente diseñado en clave histórico-biográfica- la emergencia de este carácter en los datos? ¿Es posible reconstruir esa trayectoria y reposicionar metodológicamente el estudio a partir de allí? ¿Cómo?; ¿Qué expresan en clave histórico-biográfica los testimonios de las mujeres para referirse a sus concepciones y prácticas de SECA?

En lo que sigue, el presente artículo intentará responder a las cuestiones planteadas.

2.Ruta metodológica: Re-situando el estudio en su carácter biográfico-narrativo

Durante el transcurso del proyecto de investigación mencionado, fue posible reconocer un rasgo emergente que revela cómo los relatos de las mujeres en torno a la temática de las concepciones y prácticas de SECA se construyen en una perspectiva autobiográfica. En este sentido, se advierte un aspecto que va marcar la impronta de la investigación a partir de este carácter que asumen los testimonios de las mujeres para dar cuenta de esas construcciones culturales, subjetivas, intersubjetivas y simbólicas, dado que se remiten a un miramiento en perspectiva histórica sobre sus vidas en vínculo estrecho con las de sus familias. Cabe aclarar que el carácter biográfico narrativo que auténticamente fue asumiendo el estudio, no fue anticipado ni planificado desde las instancias previas de diseño del mismo.

Desde sus orígenes, la investigación asumió un posicionamiento metodológico cualitativo sustentado en los paradigmas interpretativo y crítico. La misma se concibió en el sentido que plantea Vasilachis de Gialdino (2006) al ser una investigación que se interesa por la forma en la que el mundo es comprendido, experimentado y producido por el contexto y por los procesos, como así también por la perspectiva de los participantes, sus sentidos, significados, experiencias, conocimientos y relatos.

Se trata de una investigación que genera prácticas de encuentro real y situado, que desde la propuesta de la autora de una “epistemología del sujeto conocido” (Vasilachis de Gialdino, 2006, p. 50) concibe una “interacción cognitiva” donde personas iguales construyen conocimiento en una interacción en la que se enriquecen mediante la comunicación. De esta manera, resignificamos a las



participantes de esta investigación como “mujeres cognoscentes” (no pasivas, no estando y aceptando, no proveyendo datos útiles para que otros conozcan) sino como aquellas que van siendo y haciendo, produciendo un conocimiento sobre sí mismas, sus vidas, sus situacionalidades personales, familiares y comunitarias en torno a sus vivencias de salud/enfermedad/atención y cuidados.

Al ubicarse el estudio en el interjuego de los paradigmas interpretativo y crítico, concebimos al conocimiento como construcción social, creación cultural, centrado en procesos intersubjetivos donde el conocimiento construido habilita interpelaciones y develamientos de la realidad sociosanitaria para su transformación.

Para Conde y Pérez Andrés, (1995) desde una perspectiva "emic" en los estudios cualitativos en salud, se atiende a las demandas y prioridades que surgen desde los grupos sociales, permitiendo interpretar las concepciones simbólico-culturales de “las saludes” existentes en la población, concebida ésta como un actor autónomo en la mejora de la salud, así como protagonista de la propia política de promoción y educación para la salud.

En cuanto al perfil biográfico narrativo que trazó los datos, fue posible visibilizarlo en el momento de una preliminar etapa de análisis, que derivó en un reposicionamiento posterior del estudio en relación al método y al consiguiente procedimiento interpretativo. Como mencionábamos, si bien el estudio en sus inicios no se definió desde el empleo del método histórico-biográfico, ya que no fue concebido desde esta perspectiva para recabar información (con sus específicos procesos de muestreo o desde un guión de entrevista orientado por un eje temporal a tal fin), fue justamente una primera instancia de análisis y escritura de los resultados surgidos preliminarmente del estudio, la que manifestó ese carácter propio de las concepciones y prácticas en salud/enfermedad/cuidado y atención que expresan mujeres en situación de pobreza como de clase media del Gran Río Cuarto (Córdoba, Argentina).

Entendemos que, posiblemente, fueron dos los aspectos que incidieron en el surgimiento del carácter biográfico en torno a aquello que las mujeres expresaban sobre sus ideas, pensamientos y haceres en salud y enfermedad. Por un lado, el carácter eminentemente procesual de la temática desde la perspectiva asumida, traducida en una invitación a pensar estas cuestiones en el desarrollo de sus propias vidas y la de los suyos. Por el otro, el concebir desde lo metodológico a la entrevista como una conversación dialógica, guiada por las protagonistas, recorriendo idas y venidas, abriendo la posibilidad a olvidos y recuerdos, a enunciaciones y reformulaciones, sin tener como pretensión el desarrollo de una línea cronológica exacta (Mallimaci y Giménez Béliveau, 2006). Esto se fue sucediendo, casi intuitivamente, por ese matiz biográfico “implícito” en la temática.

En este escenario, el reconocimiento de esta perspectiva histórica emergente de los relatos condujo al estudio a un re-situarse, desde una primera instancia de análisis que, posteriormente se conjugó con una segunda desde el rediseño del estudio y su correspondiente análisis en la perspectiva biográfica, siendo un total de 28 entrevistas las que daban cuenta con claridad respecto de esa impronta de los datos. Profundizando en este doble sentido, en una primera etapa el proceso de análisis se realizó referida al grupo de mujeres en situación de pobreza, desde una lectura en clave sincrónica como diacrónica del fenómeno de estudio. En clave sincrónica, se



construyó un esquema explicativo teórico a partir de un trabajo de codificación que permitió la construcción de proposiciones conceptuales atinentes a la naturaleza del fenómeno en estudio guiado por el método de comparación constante como uno de los componentes de la Teoría Fundamentada (Strauss y Corbin, 2002). Simultáneamente, en clave diacrónica, que es la que aquí nos convoca, los datos fueron interpretados desde la perspectiva biográfico narrativa, que permitió ese primer reconocimiento en los relatos de ejes temáticos que se presentaban en coordenadas temporales. Conjugándose así la construcción del esquema teórico-explicativo con un análisis narrativo categorico (Bolívar Botia y Fernández, 2001). Lo planteado confluía en una segunda etapa del estudio a definir explícitamente el carácter histórico-narrativo de los datos emergentes sustentados por el carácter flexible propio de la investigación cualitativa al propiciar una reconsideración constante de los elementos que componen la propuesta metodológica de estudio desde una apertura a lo inesperado que surge en la realidad (Mendizábal, 2006). Fue así que, en una 2da etapa de investigación, además de incorporar a un grupo de mujeres de clase media, se definió y precisó el empleo de un estudio de caso comparativo con enfoque biográfico-narrativo (Stake, 2013), imprimiendo un giro metodológico que permite reconocer a las mujeres como casos que relatan sus historias y su presente, sus vivencias y situaciones de salud, enfermedad, cuidado y atención a partir de narrativas que permiten comprender su realidad socio-sanitaria en línea temporal y situadas en escenario de pandemia.

De esta manera se da un viraje de un estudio interpretativo más transversal a uno longitudinal (Echevarría, 2011) a los fines de captar con mayor amplitud y profundidad las experiencias de vida en salud, enfermedad, cuidados y atención de las participantes en clave biográfica, histórica y temporal.

2.1. Consideraciones sobre las historias de vida en el campo de la salud

El estudio concibe a la salud desde las contribuciones del “Paradigma Multidisciplinar Latinoamericano en Salud Comunitaria” (Saforcada, 2011; Saforcada, Castilla Sarriera y Alfaro, 2015; Castellá Sarriera, Vaz de Macedo y Coin de Carvalho 2020; Isla y Muñoz Rodríguez, 2022, entre otros y otras), que plantea un reconocimiento de las distintas situacionalidades en que transcurren las vidas de las personas, sus saberes populares, su cultura y sus experiencias en salud, poniéndolas en diálogo con distintos desarrollos de las ciencias humanas, de la salud y sociales.

Desde esta perspectiva, la comunidad es protagonista de su tiempo histórico y de sus actuaciones sociosanitarias y la salud se concibe como el proceso de la vida humana en sí misma que es, esencialmente, social (Saforcada y Moreira Alves, 2015). En este sentido, si desde el estudio concebimos al proceso de salud como la vida misma, es razonable identificar que lo que las mujeres expresen para referirse a ella da cuenta de esa vida, de los momentos, etapas, tiempos y episodios que la componen a través de procesos de salud/enfermedad/cuidados y atención.

Respecto al campo de la investigación en salud, si bien las perspectivas metodológicas de investigación cuantitativa ligadas a enfoques más médico-clínicos permanecen aún vigentes, puede reconocerse desde hace varios años una tradición en investigación cualitativa que se ha consolidado, donde los enfoques biográficos-narrativos realizan grandes aportes para pensar la salud, los cuidados y la vida de



las personas (Lopera-Vásquez, 2020; Velasco Juez, 1999; Amezcua, 2004, entre otros y otras).

En este sentido, Mallimaci y Giménez Béliveau (2006) consideran que las diferentes disciplinas que han recurrido a la historia de vida destacan su capacidad para iluminar campos de la acción humana que han sido descuidados por otras tradiciones metodológicas. Puntualmente desde la salud, Amezcua (2004) plantea que recurrir a la memoria y a la narración de la experiencia vivida permite un acercamiento a dimensiones cotidianas del proceso salud-enfermedad, que no son recogidas en los documentos oficiales (estadísticas sanitarias, historia clínica, registros estandarizados, etc) y que ofrece las claves para la comprensión de múltiples dimensiones sobre la salud y la enfermedad que fuera de ella han sido invisibilizadas.

Algunos antecedentes dan cuenta que las historias de vida en el campo de la salud permiten, entre otras cuestiones: indagar en la calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas y la efectividad de los tratamientos médicos (Lopera-Vásquez, 2020); o comprender por ejemplo las condiciones de salud-enfermedad de migrantes que realizan trabajo transnacional irregular (Morales-Tellez, 2019); así como indagar en cómo influye en la experiencia de enfermar el hecho de ser un profesional de la salud (Guerrero Portillo, Montoya-Juárez, y Hueso-Montoro, 2014); o bien comprender diferentes planos de producción del cuidado en salud en la vida de usuarios para conocer el acceso o barreras al sistema de salud mental (Emerson Elias, Feuerwerker y Erminia, 2012).

Mallimaci y Giménez Béliveau (2006) advierten que referirse a la vida de una persona significa mostrar las sociabilidades en las que se encuentra inserta y que contribuye a generar con sus acciones, “la gente crece en familias, se mueve hacia y a través de sistemas educacionales y mercados de trabajo, se vuelve sujeto de regímenes de las instituciones de salud...” (Miller en Mallimaci y Giménez Béliveau, 2006, p. 177).

Desde una perspectiva etnosociológica Bertaux (1999) considera que existe relato de vida desde el momento en que un sujeto cuenta a otra persona un episodio cualquiera de su experiencia de vida. Para Mallimaci y Giménez Béliveau (2006), Bertaux adopta una definición del relato de vida que considera que es posible encontrar experiencias de vida en relatos centrados en un período de la existencia del sujeto, o en un aspecto de esta, haciendo accesible la historia de vida, que no necesariamente debe implicar un recorrido a través de la totalidad de la experiencia del individuo.

Rivas Flores (2014) expresa que la investigación narrativa y biográfica reconoce una dinámica de reconstrucción mutua: el sujeto construye la realidad a partir del relato que hace de ella, al tiempo que este mismo relato orienta la construcción del propio sujeto. Desde esta premisa el autor entiende cómo este tipo de investigación puede ser parte de las dinámicas de transformación social en el marco social neoliberal dominante.

3. Resultados: Reconociendo hitos de salud/enfermedad/cuidados y atención en la vida de las mujeres

En el estudio, la dimensión biográfica contextualizada deviene emergente, posibilitando un pensar las trayectorias individuales de las mujeres en relación con



las familiares (en el campo de la salud, la enfermedad, los cuidados y la atención en salud). De esta manera, es posible penetrar en lo social, visibilizando realidades, necesidades, demandas, peregrinajes, recorridos de atención y recomposiciones en sus vidas para elaborar respuestas a la salud-enfermedad-cuidados y atención, permitiendo reconocer vivencias que dan cuenta de la heterogeneidad de posibilidades de estos grupos en un escenario cargado de tramas de desigualdad.

Para Mallimaci y Giménez Béliveau (2006) la entrevista en una historia de vida implica una puesta en discurso de acontecimientos claves que han marcado la existencia de la persona, emergiendo interpretaciones que se reactualizan en su presente de la entrevista. Estos hechos, para los autores, se constituyen en “bisagras” en las que es posible identificar un antes y un después desde sus deseos, proyectos y perspectivas de las personas (Mallimaci y Giménez Béliveau, 2006, p.198).

Denzin (1989) propone denominarlos como epifanías o *turning points* para referirse a los temas centrales que han ido transformando la vida de los sujetos entrevistados para convertirlos en momentos decisivos de sus vidas. Nuestro estudio propone pensar en estos momentos desde la dimensión de análisis denominada *historias de salud/enfermedad en mujeres*, organizada en las categorías llamadas *hitos de salud/enfermedad/cuidados y atención (SECA) de mujeres en situación de pobreza* e *hitos de SECA de mujeres de clase media*.

Se entiende por hitos de SECA a aquellos hechos claves, decisivos en el transcurso de la vida de las mujeres que ellas reconocen y mencionan para aludir a vivencias, experiencias, conocimientos y creencias sobre salud, enfermedad, cuidados y atención en clave histórica personal, cómo instancias que han ido transformando sus vidas donde han sido protagonistas, junto con otros significativos para ellas (familiares, amigos, entre otros) atendiendo a características que son propias a sus grupos sociales de pertenencia. De estas categorías a su vez se desprenden subcategorías de análisis que expresan hitos específicos de cada grupo social.

Estos hitos inciden en lo que entendemos como *trayectorias de salud*, como el curso, dirección o proyección que, a lo largo del tiempo, han seguido y siguen las mujeres, sustentadas por sus concepciones, creencias, conocimientos, prácticas y comportamientos para el mantenimiento o protección de la salud, la prevención y cura de la enfermedad, la dispensación de autocuidados, la búsqueda de cuidados por parte de otras personas allegadas, así como desde la atención de servicios de salud.

En lo que sigue, se desarrolla el análisis de los relatos en salud intentando representar una heterogeneidad de voces de mujeres para valorar estos procesos en sus vidas.

3.1. Hitos de SECA en mujeres en situación de pobreza

Es fundamental aclarar que, como hitos de SECA en mujeres en situación de pobreza, desde una primera etapa este estudio realizó un análisis inicial reconociendo el carácter biográfico-narrativo emergente de los datos. En esa instancia, se reflexionaba sobre historias de pobreza, trabajo, salud y enfermedad desde la infancia a la adultez a partir de relatos de mujeres pertenecientes a tres comunidades del Gran Río Cuarto. El análisis realizado en ese momento permitió reconocer la evocación a una infancia de pobreza, trabajo y enfermedad que no cesó en su tránsito a la adultez, la que permaneció en iguales condiciones, tanto para

ellas como para personas significativas de sus vidas. Análisis que la consecución del estudio permitió completar y resignificar desde las subcategorías de:

- a) **Hitos de infancia, trabajo y enfermedad**, Alude a relatos donde las mujeres recuerdan el momento evolutivo de la infancia como la etapa inicial de sus vidas marcada por ingreso precoz al mundo del trabajo, la responsabilidad y el esfuerzo, y un correlato de soledad, enfermedad, sufrimiento y dolor físico y emocional.

“... a los 8 años mi madre me mandó a trabajar de niñera...la gente con la que me fui a trabajar... tenían 2 chicos de 3 y 6 años, y yo tenía 8...lavaba las tasas, lavaba los platos, barría. Después ya empecé con la cocina, baldeaba, y estuve hasta los 15 años con ellos... (a esa edad) me enfermé y estuve muy mal... me agarró como una pulmonía...yo baldeaba el patio y me mojaba los pies, en invierno ... estuve 15 días internada ... hasta que me compuse ... mi mamá me buscó y me llevó al campo, otra vez...” (B. 64 años, 5 hijos, BIM).

“... ellos (sus padres) fallecieron cuando yo tenía 7 años ... a Río Cuarto me vine a los 9 años; me trajo una tía mía a vivir con ella, pero me mandó a trabajar... de niñera...yo era muy chiquita... tenía que cuidar ese bebé y ese bebé me pegaba... mi tía me mandaba a trabajar ... cama adentro...todas las semanas ... era muy duro porque yo no estaba con mis hermanos... sufría mucho porque yo tenía que hacer lo que ellos decían, cuidar el chico, limpiar los pisos, me ponían a encerar así con la máquina...” (M. 66 años, 4 hijos,VLC).

- b) **Hitos de adultez, trabajo y enfermedad**, reúne aquellos testimonios donde las mujeres refieren a un tiempo presente en el que son adultas o adultas mayores y donde la responsabilidad por el trabajo y el esfuerzo cotidiano es una constante en sus vidas, la que, por las condiciones de precariedad en que se desempeñan, las conduce indefectiblemente a padecer enfermedad.

“...He trabajado muy duro... He estado haciendo bolsas de arena fina acá en frente (señala las costas del río)...He juntado zapallo...durazno... papa... ¡muy, muy sacrificado!, íbamos a juntar papa ... a las 8 de la mañana entrabas al lote y te mojabas hasta acá (señala arriba de las rodillas) y trabajamos hasta las 12 y la ropa se vuelve a secar en el cuerpo...así todos los días... con “la calor”... el patrón tenía mil plantas de durazno... y hasta que no llenábamos los 80 cajones no podríamos volver a las casas...” (B. 64 años, 5 hijos, BIM).

“...uno de mis hijos es operado de cáncer de colon... hace trabajo pesado... y trabajaba con la bolsita (de colostomía) ... y lo buscaron ... que fuera a trabajar, pero él no dijo que tenía la bolsa... y después ... me dice “no sabes que me paso mami”, dice, “estaba sacando un bordo de escombros y se me reventó la bolsa”, así que tuvo que esconderse ... se sacó la bolsa y tuvo que ponerse una bolsa limpia”, “porque si me descubría la gente me iban a dejar sin trabajo” ... él necesitaba ese trabajo...” (B. 64 años, 5 hijos, BIM).

Cómo mencionábamos en aquel primer análisis en perspectiva biográfica los relatos revelan cómo el trabajo ingresa tempranamente en la vida de las mujeres como exigencia impuesta en una infancia atravesada por carencias, esfuerzos,



sufrimientos, dolores físicos y psicoemocionales, poco juego y libertad, desazón y desarraigo respecto de sus familias de origen. La situación no parece mejorar con la adultez, donde el trabajo se intensifica y junto con él sus condiciones de precariedad, la exposición a riesgos, el cansancio, la debilidad del cuerpo y la posibilidad de enfermar. Aspectos que estas mujeres reconocen en ellas como en la vida de sus hijas e hijos, adultos jóvenes.

Algunas otras subcategorías en clave de hitos temporales que fue posible identificar complementando las anteriores en este grupo de mujeres expresan:

c) Hitos de enfermedad, trabajo y peregrinaje médico de “los otros” que marcan las historias “propias”

(...) A mi marido le pasó que ...se cayó en el trabajo y le sale un tumor ... se cayó de un andamio, un tumor se le formó ahí en el brazo fuimos al médico acá al hospital ... no había los especialistas que él necesitaba ... nos mandaron a Córdoba al hospital ... allá le sacaron un pedazo ... del brazo para estudiar ... cuando fuimos a buscar el resultado ... nunca estaban ... así estuvimos como 4 meses...mi marido se enojó mal... llamó al Canal ...salió en la radio reclamando ...un día ...llamaron por teléfono ... y era el doctor M ...nos sacó turno en el Tránsito Cáceres de Allende (Córdoba)... fuimos ... el tumor de mi marido llegaba acá (se señala cerca de las rodillas) ... y el peso que tenía no podía dormir, no podía andar... ahí nos atendieron ...pero ya era tarde ...el doctor nos dijo ...“ llegaron tarde pero lograron salvarle la vida...” le amputó el brazo y él nunca más tuvo un problema (S. 43 años. 7 hijos. VLC).

(...) mi papá ...se había golpeado una pierna con la máquina porque él trabajaba en el campo ... y acá en Río Cuarto la única opción que le daban era de cortarle la pierna y mi mamá no quiso y los médicos le daban solamente esa opción ... entonces mi mamá agarró habló con la patronal de él y lo llevaron a Córdoba y allá salió adelante y no le cortaron la pierna ... los médicos le sacaron toda la infección que tenía y estuvo internado ... allá lo sacaron bien... (G. 22 años. 1 hijo. BIM)

Los testimonios dan cuenta de una realidad que se enlaza a las categorías anteriores de trabajo, infancias, adultez y pobreza en el sentido de la exposición corporal y por consiguiente, a riesgos y a padecer accidentes en estos ámbitos de trabajo informal y en condiciones de precariedad. Como corolario de ello, las familias transitan todo un peregrinaje en búsqueda de atención al padecimiento de la persona accidentada, que no encuentra respuestas de atención en la ciudad y deben trasladarse para poder hallarlas. Muchas veces enfrentándose a la necesidad de reclamar para recibir esa atención, recurriendo a medios de comunicación locales, así como a la patronal que los emplea. En estos escenarios las respuestas que muchas veces se encuentran son desfasadas, y justamente por ello no siempre son las que se desean recibir.

En este sentido, sigue resonando en nosotros, como investigadores, el haber advertido en el marco de los diálogos mantenidos para tres entrevistas con mujeres en situación de pobreza -en el transcurso de una misma semana-, el relato de tres casos de amputación de miembros o partes del cuerpo, como temática puntual que no surgió en las narrativas ofrecidas por las mujeres de clase media en todo el proceso de indagación.



En este sentido, se valora aquello que permite mostrar socialmente este abordaje metodológico, ese carácter que Ferrarotti destaca de las historias de vida al permitir visibilizar “la historia de y desde los de abajo”³ como el resultado de las múltiples relaciones donde cotidianamente se conectan la biografía individual con las características estructurales de la situación histórica (citado en Mallimaci y Giménez Béliveau, 2006, p. 177).

d) Hitos de embarazos y partos como expresión de SECA en primera persona

(...) los dos ...partos con cesárea ... de B ... me tenía que hacer el Electro del corazón porque yo me habían dado fecha para el 22 de junio y él nació 16 y en ese trayecto que yo me tuve que ir hasta la mutual caminando al otro día en mi casa rompí bolsa ...ahí me internaron y ... me hicieron la cesárea... (D. 29 años. 2 hijos. IM).

“... siempre tuve miedo y no duermo sí sé que tienen fiebre (se refiere a sus hijos) (durante el embarazo) yo le decía al médico porque venía con vuelta de cordón y pesaba 4 kilos y me decía el médico “no, va nacer por parto normal” y se quedó encajado yo sentía que no iba poder tenerlo... (el médico) se me tiraba encima y yo ... sabía que no podía, parecía que me moría... yo estaba sola... ahí lo tuve en una cesárea de urgencia...pero siempre fui así desde el embarazo re cuidadosa y siempre tuve miedo porque por ahí muchas veces conmigo de chiquita no lo fueron, entonces vos lo sabes, yo lo necesitaba y no quiero que ellos lo necesiten, que sepan que yo estoy... Yo de chica...cómo decirte...mi papá murió cuando yo tenía 11 años, mi mamá se fue y como que después tuve mi primera menstruación y como que uno siempre necesita, o tu primer control, siempre uno necesita una mamá y por eso soy así con ellos... (C. 28 años. 2 hijos. VLC).

(...) yo no puedo tener familia... porque me ligaron las trompas... porque eran todos seguiditos (se refiere a sus 5 hijos) y yo era jovencita...cuando tuve el último varón me ligaron, yo no quería porque yo era joven, mi mamá me hizo obligar ... le pregunté a mi mamá “porque no podía tener otro más porque tengo cinco” y después me explicaron que me ligaron... bueno ya era tarde... me sentí mal porque después hice pareja y no puedo darle un hijo... Me gustaría que me dijeran si querían ligarme y yo ahí les hubiera respondido que no... (M. 48 años. 5 hijos. VSF).

Los testimonios dan cuenta que las mujeres piensan la salud en primera persona cuando relatan sus historias de embarazos, partos y maternidad. Se refieren a la salud de sus cuerpos en su carácter gestante, en instancias de parto y maternaje, es decir, la piensan en relación con un otro, sus hijas e hijos. Se reconocen realidades que instan a recorrer varios kilómetros en las últimas semanas de embarazo, situaciones de abandono en la infancia que se reactualizan en temores en relación a los hijos e hijas, así como el dolor que significan decisiones pasadas tomadas por otros sobre el propio cuerpo de las protagonistas omitiendo su consentimiento.

3.2. Hitos de SECA en Mujeres de clase media

a) El “no parar” como hito desencadenante de enfermedad



(...) no dormir, llegar tarde al trabajo, faltar al trabajo, que te sugieran quitarte horas en el trabajo...yo estaba trabajando como psicóloga, en un centro de rehabilitación neurofuncional y me iba bien, pero ahí se me atraviesa una separación, una muerte, situaciones fuertes, ni hablar...cómo nos enfermamos cuando no pedimos ayuda... yo en ese momento seguía mi vida, seguía trabajando, escuela, 6 colectivos por día, los ataques de pánico cada vez más fuertes, y no dormía y en ese momento me había separado y estaba viviendo con una amiga...me quitaron (la integración escolar) porque yo había faltado un montón de veces, estaba quebrando en mi espacio de trabajo porque no podía decir lo que me pasaba... pude hablar con la psicóloga del equipo... yo no estaba en condiciones de ser responsable, no estaba siendo responsable con mi vida..." (E. 41 años, Psicóloga, BBN).

Es habitual, y podría considerarse que está prácticamente naturalizado en nuestra sociedad occidental (específicamente en los grupos sociales de clase media) un estilo de vida acelerado, que exige adaptarse a cambios en un continuar como si nada sucediera en la vida. No obstante, si a un ritmo cotidiano que ya viene impreso con tales características de celeridad se le agregan sucesos vitales del transcurrir humano, como muertes, divorcios o enfermedades, se manifiesta el estrés como respuesta del organismo. Lazarus y Folkman (1991) definen al estrés psicológico como "...una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar".

En este sentido, la entrevistada alude a un momento de su historia vital donde las sobre-exigencias por seguir con su vida adelante, omitiendo los llamados de su cuerpo, la conducen a no detenerse a comprender aquello que le acontecía. La vivencia de una muerte cercana y la separación de quien fuese su pareja, atraviesan su realidad, intentando continuar en su cotidianidad pero derivando en una marcada ansiedad y vivencias de pánico.

b) Hitos de enfermedad en primera persona “yo le metía el cuerpo y dale que va...”

(...) *todo empezó a los 22 años cuando tuvieron que empezar a sacarme nódulos mamarios ... a los 22, a los 23, a los 25 de las dos mamás... yo le metía al cuerpo y dale que va...tres operaciones entre los 22 y los 25 años en qué nos casamos...cuándo nacieron las chicas, a L no le pude dar de mamar...y a C sí...pero con mucho esfuerzo... en el 2001 atraveso una depresión... hasta que se me descubre el día del maestro de 2012 el cáncer de mama ... el 2011 fue el año de la catástrofe familiar dónde fallece mi suegra ...mi marido con depresión, mis hijas, un año para olvidar y en ese año yo estaba rindiendo la tesis ... y a los 7 días estaba concursando mi cargo... en agosto de 2012 me ... hacen una biopsia y dio que era un “carcinoma” ... fui a cirugía... Octubre 2012, día de la madre y yo rajando a Córdoba para la cirugía...Viene marzo y me descubren unos nódulos en la tiroides...cómo C cumplía los 15 en septiembre dejé para octubre, segundo día de la madre que nos encuentra en ruta a Córdoba, para otra cirugía ... fue un año y medio de ... ver situaciones tremendas ... me encontré con una chica que tenía la edad de C ... pelada y que la mamá le ayudaba a ponerse la peluca, ¡Ay Dios! entonces agradeces que te toque a vos y no a tus hijas.... (S. 55 años, 2 hijas, docente universitaria, BBN).*

El relato, que emerge desde la mujer como reflexión para dar respuesta a la pregunta qué es la salud, se encuentra impregnado de una mirada centrada en el padecimiento desde su cuerpo. Su testimonio encuentra anclaje en fechas que refieren a la vivencia de enfermedad y una trayectoria de cuidados y atención médica a lo largo de su vida. Fechas de intervenciones, alusión a la edad que tenía la entrevistada en ese pasaje de su ciclo vital, momentos como su matrimonio, muerte de un familiar, nacimiento de sus hijas, cumpleaños, fechas efeméride, la alusión a períodos claves de su historia laboral. La entrevistada da cuenta así de una línea biográfica para aludir a enfermedades padecidas, distintos episodios donde éstas se manifestaron, desde una vivencia de enfermedad que la atravesó en el tiempo.

c) Hitos de enfermedad como “hilo conductor” de historias familiares intergeneracionales

(...) yo siento que las situaciones por las que fuimos atravesando con ella (se refiere a su madre) a lo largo de la vida, toda la situación que viví yo con el papá de mi hija hizo que, por ahí...mi mamá se callara algunas cosas... no pudo lograr cumplir las expectativas que tenía conmigo como hija única...siento que parte de eso tiene que ver con su enfermedad... son muchas las broncas y las impotencias que sintió en muchos momentos de su vida en relación conmigo... la relación que pudo establecer con mi papá como su marido, como con sus suegros...esto de ...vivir más de 30 años con los suegros dónde la suegra ... tenía absorbido por completo al marido, qué era hijo único ...muchas de las decisiones no eran tomadas entre marido y mujer, eran tomadas por otras personas ...ahí hay otra historia personal de ellos, que mi abuela ... tiene esa relación así con mi papá porque ella se le mueren tres hijos... entonces para mí ... la historia familiar tiene que ver (con la salud)... como un hilo conductor siento que fue lo de mi mamá... (A, 52 años, madre de una hija, docente nivel medio y universitario, BC).

El relato de la entrevistada recupera la trayectoria de vida de su madre (recientemente fallecida por la enfermedad de cáncer al momento de la entrevista). Analiza el vínculo con ella, el que reconoce mediado, a su vez, por una relación significativa que la entrevistada sostuvo con el padre de su hija. Considera que ello incidió en el desenlace de enfermedad de su madre, al tiempo que identifica, en perspectiva retrospectiva de su vida, el entorno vincular que su madre vivenció, entendiéndolo como posible desencadenante de su situación de enfermedad.

Del testimonio puede inferirse una concepción de salud ligada a la libertad y la autonomía de las decisiones en la propia vida como componente de la salud. Como contracara se reconocen silencios familiares, vivencias generacionales en torno a la enfermedad y muerte, la asunción de cierta quietud y opresión ante un tipo de vínculo dominante, como condicionantes que la entrevistada considera como la trama de “un hilo conductor” de la enfermedad de su madre.

Otros testimonios también aludían a vínculos intergeneracionales familiares y salud:

(...) mi madre tenía una faceta muy como de jodona, pero muy oprimida que quizás sí ella hubiera sido más libre hubiera desarrollado su personalidad ... hubiera sido quizás más auténtica, estaba bastante reprimida, me parece por crianza, por pareja, por la vida, y ver las cosas negativas que ellos hicieron te hace ver ... yo tengo que aprender la lección ...hay una etapa de nuestra vida que somos jueces ...y llega un punto cuando vos analizas, ellos actuaron en la vida que les tocó tener...eso que hicieron te gustó como lo



hicieron y te sirvió bueno yo lo copio, eso que hicieron y no me gustó, bueno yo no lo voy a hacer...(B, 63 años, madre de cuatro hijos, docente, BC).

... toda mi vida tuve problemas de obesidad... las cosas que a mí no me han gustado ... que ha hecho mi mamá conmigo ... porque no ha podido, no ha tenido otra forma porque no ha sabido, trató de no hacerlo con ella (se refiere a su hija), entonces que la relación con la comida sea distinta... oh casualidad yo tengo problemas de obesidad ella de celiaquía, entonces el tema de la comida está siempre ahí presente... yo me acuerdo cuando yo era chica a mí me retaban sí comía algo que no debía ... entonces yo explicándole sin retarla, intentando hacer las cosas que a mí no me hacían, eso es lo que trato de hacer ... (N. 42 años, 1 hija. Niñera y alfabetizadora. BC).

Estos relatos manifiestan aquello que Miller plantea como la relevancia de la familia en la vida de las personas, rompiendo con “la ficción de los individuos atomizados” para pensar la relación entre pasado, presente y futuro de éstos en su entorno familiar (citado en Mallimaci y Giménez Béliveau, 2006, p. 177). En ese sentido las entrevistadas recuperan el lugar de sus madres en la familia. En un relato se reconoce a la madre como ser de una libertad cohibida por otros. En el otro su figura desaprueba comportamientos de su hija (por entonces una niña) en torno a su alimentación. Ambas entrevistadas dan cuenta de haber transitado procesos reflexivos orientados a una aceptación de la crianza vivida y una valoración en torno a aprendizajes para sus vidas, vinculado a aquello que se toma como ejemplo, o no, en relación con sus propias experiencias y sus familias en el presente. En este sentido, la idea de “un aprendizaje” que se dinamiza a partir de una reflexión intergeneracional familiar emerge como proceso valorado por las entrevistadas que podría interpretarse como un componente de su salud actual y personal.

d) Hitos de enfermedad que proyectan un vivir en salud

(...) hay dos partidas, está lo físico que es la hernia de disco que fue vivida a mis 23 años por malas posturas y por malos hábitos... eso me impulsó a pensar en lo joven que era y tenía una pierna renga ... el médico me dio un pronóstico muy malo ... al principio me asusté mucho y después ... se me cruzaron personas en la vida qué hicieron que yo llegara a trabajar a mis 27 - 28 años a un gimnasio... mi función era dar talleres para modificar hábitos alimenticios y dentro de eso estaba la actividad física... y la otra parte ... a los 20 y pico fueron los ataques de pánico, que ...es la otra cara de la enfermedad personal, que comienzan cuando me recibo y el tema de buscar trabajo, hubo una muerte en el medio, situaciones de la vida que te atraviesan y yo hice síntomas... tenía ansiedad... en ese momento empecé a meditar, cuando me descubrí que tenía ataques de pánico, sin ir a un médico, sin ir a un psicólogo (E. 41 años, Psicóloga, BBN).

El relato de la entrevistada comienza denominando como “partidas” a lo que podría interpretarse como dos puntos de origen en su vida para llegar a tomar conciencia de la propia situación de enfermedad desde una mirada integral. Dos momentos vitales que emplazan transformaciones en salud en los planos físico-orgánico y psico-emocional-espiritual. Ello se reconoce desde su responsabilidad para dispensarse autocuidados y así generar salud en su presente proyectándola a futuro a partir de la incorporación de hábitos de vida. En su testimonio se sitúa como protagonista de su propia realidad en salud, asumiendo dos episodios que la



impactaron en su vivencia subjetiva desde la interpelación que la enfermedad le generó, reconociendo cómo ella podía tomar injerencia para revertirla y transformar su vida.

Otro relato expresaba:

(refiriéndose a lo ella hace cuando esta sana) ...Principalmente vivir. Después de pasar dos años en cama por una tremenda depresión valoro muchísimo estar sana. ... Salir y estar con gente es muy importante... (para salir de la enfermedad) volví a estudiar. Yo estaba en una etapa muy difícil de mi vida. Alguien me dijo que cerca de mi casa había un colegio, y pude retomar el secundario. Me anote, curse de noche. Mi esposo me apoyó. Yo ya era mamá de mi hijo de un año. Tuve la suerte de poder hacerlo. Ellos me ayudaron mucho. Y así salí adelante. Fue muy difícil porque había muchísimas cosas que yo no sabía, y las fui aprendiendo poco a poco. Esos años fueron los mejores para mí, me cambió la vida. Cuando decidí entrar a la universidad tenía mucho miedo, ya tenía hijos más grandes ... Y ahí estaba mi marido esperándome en la parada del colectivo con la cena lista. Todos me apoyaron (V. 37 años. Madre de 3 hijos. Estudiante universitaria. BB).

El reconocimiento del episodio de enfermedad para valorar su presente de salud es clave en el relato de la entrevistada. Reconoce a personas significativas de su familia para lograr un haber salido de ese momento y proyectarse a una nueva etapa en la que la educación de nivel medio y universitario se constituyó en su desafío y conexión con la vida.

e) Hitos de salud en clave de reflexión retrospectiva y presente como construcción

(...) de más grande me he puesto ... más observadora en relación a mí misma, tengo más tiempo ... yo me levanto a la mañana para dar clase, entra un rayo de sol y acá me quedo afuera mirando el sol hasta que se levanta... como contemplativa...eso te lo dan los años porque tenés tiempo... mis relaciones afectivas... hoy por hoy pasan por mis amigos y mi familia, y eso significa ... que logre mucho en la vida... salud emocional, espiritual...si bien vengo de una generación que fue rebelde, la de los 60 ... yo siempre estuve en otra cosa, en el estudio, la familia, enamorada, siempre... vivía para los demás...no pensaba en hacer cosas para mí, eso lo pude ver cuando estuve sola,...no sé si no era madura antes, obviamente que soy más madura ahora, más firme, hago cosas que no me importa qué es lo que los otros pueden llegar a decir, antes no tenía esa libertad... por un entorno familiar ... y por una relación de pareja, permití que me aplacaran ... entonces no podía hacer todo lo que yo quería, o no veía cosas que quería y hoy me doy cuenta que nunca las expresé ...creo que más me la quite yo a la libertad, me hago cargo de que la podría haber construido...no me arrepiento de nada de lo que hice, pero sí de lo que no hice...por ejemplo ser más yo, sentirme más libre... todo aquello que hoy descubro que en ese momento si me gustaba y quería pero que no las hice ... son como asignaturas pendientes que si ... quiero y las puedo hacer, las puedo hacer...(B, 63 años, madre de cuatro hijos, docente, BC).

A partir de ofrecer su concepción sobre lo que para la entrevistada es salud su relato va tomando forma de una reflexión autobiográfica donde se posiciona en el momento presente de la adultez, considerando desde allí un momento de mayor



madurez y de libertades construidas en contraste a un pasado de juventud donde por motivos familiares y de pareja alude a haber resignado espacios y libertades propias.

Momento personal de resignación de libertades, que alude la entrevistada y que podría interpretarse en sintonía con un contexto social y político de país, ya que Argentina transitaba por períodos históricos de sujeción con el enlazamiento de los golpes de estado del 1966 y 1976, que más que resignar, reprimieron y vulneraron al extremo las libertades personales y sociales de una generación completa. Si bien la entrevistada es muy clara cuando se remite a ese momento de nuestro país para caracterizar un rasgo generacional de pronunciamiento social y político de la juventud, la reconoce como etapa de vida en la que ella se encontraba transitando por otros carriles. Esta reflexión nos permite dar cuenta cómo a veces los micromundos y microhistorias familiares operan como reflejos, que en distintas escalas y con distintos matices, dejan traslucir lo que acontece en los macromundos e historias sociales.

Por otro lado, la entrevistada manifiesta una transición a la adultez que la encuentra posicionada desde una concepción de salud impregnada por la idea de libertad personal, contemplación de la vida y la naturaleza, el goce, la valoración de lo construido en términos de relaciones humanas y familiares. En sintonía con ello, otro relato expresaba:

(refiriéndose a lo que ella hace cuando está sana)...hoy en día disfrutar de ... mis amigas, es algo que no viví yo porque me puse de novia jovencita, me casé jovencita...después me separé a los 40 y pico, y de a poco empecé a vivir esto que no viví antes, pero disfruto mucho ... las mujeres tenemos esas cosas de llorar, de reír juntas en una misma noche ...y bueno, en mi caso yo estoy acá con mi mamá que tiene alzhéimer...y necesito tener energía y pasar buenos momentos que me alimenten para poder soportar esto otro ...después que me separé se me abrió mucho el panorama. Primero sufrí un montón, obviamente, pero bueno vas viendo que el mundo es otra cosa ... (V. 59 años. 3 hijos. Secretaria administrativa. BB).

Similar al testimonio anterior la entrevistada alude, para pensar su salud, a contrastar una etapa de su vida en la que se encontraba en pareja, abocada por completo a su familia, y un momento posterior de crisis y re-surgimiento de su vida en sintonía con la posibilidad de percibir el mundo desde otro lugar. Expresa que esa vivencia le permitió recuperar vínculos de amistad y de disfrute, en un momento presente que a su vez resulta complejo al realizar los cuidados de su madre en situación de enfermedad.

4. Discusión

Mallimaci y Giménez Béliveau (2006) plantean que la construcción del tiempo biográfico es subjetiva y cargada de sentidos ya que los actores elaboran sus nociones del tiempo a partir de percepciones situadas desde el punto de vista de las pertenencias sociales, económicas, culturales, étnicas, de género. Aspecto que pudo reconocerse siguiendo la perspectiva histórica de las mujeres sobre los hechos que fueron tejiendo sus biografías. Sus relatos aluden a momentos, a personas o grupos con los cuales han interactuado, así como a las instituciones con las que se han relacionado y espacios en los cuales sus vidas han transcurrido. Refieren a



momentos de su infancia, de la adolescencia, la adultez y la vejez, cruzando con experiencias familiares, sociales, educativas, religiosas y laborales por ellas vividas. El estudio ha permitido reconocer cómo los procesos de salud, enfermedad, cuidado y atención contemplados en perspectiva histórica por mujeres en situación de pobreza y de clase media asumen en cada grupo social características propias, colocándose el foco de su atención en cuestiones diferentes, dado que sus realidades lo son.

Los relatos de las mujeres en situación de pobreza permiten reconocer cómo el trabajo y la enfermedad aparecen tempranamente desde momentos iniciales de sus vidas hasta llegar a un presente de adultez. Sus voces expresan la presencia de trabajo infantil ilegal, precario e informal, como condiciones que se mantienen durante la vida adulta, erigiéndose como detonantes de la presencia de enfermedad. De esta manera sus concepciones y prácticas en torno a la salud y a la enfermedad, así como sus relatos sobre las posibilidades reales de acceder a cuidados y atención, se enlazan a una estructura social que resulta una manifestación concreta de un sistema social, político y económico injusto que atraviesa y configura la vida de estas mujeres y sus familias.

Sus relatos se caracterizan por ser concretos en términos de estar atentos a las propias condiciones de su realidad, precisos y compactos, sin precisión de fechas exactas pero aludiendo a momentos determinados o eventos que marcaron sus vidas.

En general, las mujeres relatan en primera persona para referirse a sus historias de trabajo y enfermedad, situaciones relacionadas a cuidado y atención durante embarazos y partos. Asimismo recuperan en sus narrativas experiencias de enfermedad y cuidado de los propios hijos e hijas, como de maridos o padres. Podría pensarse en relación con ello, cómo este grupo de mujeres que constantemente sostiene material y afectivamente a sus familias, a las que colocan en primer lugar de sus vidas, siguen haciéndolo incluso en el marco de una conversación orientada a conocer sobre a sí mismas, dando cuenta de esa priorización a sus familias como centro de sus análisis y relegándose ellas a planos más secundarios de su reflexión.

Por momentos podría pensarse que en su presente de adultez estas mujeres perciben a la salud/enfermedad como categorías abstractas sobre las que pensar, que se presentan inexorablemente en sus cuerpos desde un sentido de “externalidad respecto del que nada hay por hacer”, como un carácter natural de las cosas sobre las que no se puede intervenir. No obstante, y paradójicamente, son esas mismas mujeres las que ofrecen retrospectivamente narrativas respecto a un entonces en que fueron niñas, situadas en un ayer en el que sufrían y padecían con sus propios pequeños cuerpos un trabajo forzado. Ilustran con nitidez esos escenarios, en un acto en el que parecen abrazar a esas niñas que fueron y alzar voces en su defensa, denunciando y anunciando que hoy esas niñas crecieron y tienen voz y actúan, gritan y resignifican, y con ello intentan modificar sus vidas desde la posibilidad de que su pasado ilumine otras alternativas en su presente, para ellas y para los suyos. Aspecto que manifiesta aquella idea de Rivas Flores (2014) respecto de que en el origen de los relatos personales está la intención de dar cuenta de la propia vida para poder transformarla.

Por su parte, los relatos de las mujeres de clase media se caracterizan por una mirada en retrospectiva de la vivencia de enfermedad y la salud en primera persona,



recurriendo a fechas y momentos precisos donde esas situaciones ocurrieron. Sus narrativas advierten un aspecto reflexivo que sustenta sus ideas, en términos de ser posible reconocer que la entrevista en el marco de nuestra investigación no es el primer espacio que tienen para pensar sobre sus vidas, su salud y enfermedad, sino que parecen haber reflexionado sobre esas cuestiones en instancias anteriores (procesos de psicoterapia, diálogos con distintos profesionales, técnicos y trabajadores de la salud, con familiares y amigas, entre otros) y que ahora se vuelven a compartir.

Los relatos de enfermedad son nítidos en su caracterización, en muchos casos ligadas a sobre exigencias del mundo laboral, familiar y personal. En ese marco se aluden a sintomatologías, enfermedades, dolencias, intervenciones, tratamientos, experiencias de atención y cuidado que van desde abordajes ligados a una búsqueda de respuestas que se remiten a una medicina más tradicional-occidental, así como a corrientes más alternativas y holísticas de la medicina, algunas que incluso involucran a otras disciplinas y enfoques.

Por su parte, la salud se concibe ligada a la libertad, el disfrute del tiempo libre y la plenitud en la vida. Aspectos que se condicen en un grupo social de pertenencia desde el cual se tienen satisfechas algunas necesidades básicas y vitales, que les permiten un descentrarse de la resolución cotidiana de las mismas y seguir la vida en salud desde la vivencia más plena que de ella pueda hacerse. Ello enlazado a las condiciones y posibilidades materiales y económicas de las que se dispone para la consecución de ese desarrollo.

5. Conclusiones

En esta instancia valoramos la fecundidad de habernos ubicado desde el comienzo del estudio en las coordenadas epistemológicas y metodológicas de los paradigmas interpretativo y crítico. Ello permitió reconocer el carácter flexible de nuestra investigación y reajustarla a un diseño de estudio de caso biográfico-comparativo a partir de la sensibilidad con que se percibió el carácter narrativo de los datos surgidos preliminarmente.

Lo emergente desde las voces de las mujeres nos reveló sobre testimonios de vida ricos en organización diacrónica, claros en sus líneas temporales, en narración de interrupciones, continuidades y devenires de sus historias en cuanto a las vivencias de salud, enfermedad, cuidados y atención ligados a sus propias condiciones concretas de existencia. La amalgama lograda a partir de la condición vital de la temática de estudio en diálogo con el carácter flexible del diseño metodológico, resultaron en una construcción investigativa genuina y fiel a la temática, la impronta de su surgimiento desde el relato de las mujeres y las condiciones del contexto en que se fue desarrollando el estudio.

Pudo reconocerse cómo los relatos de ambos grupos sociales expresan características propias que resultan disímiles en algunas cuestiones propias de aquello en donde se expresan las tramas de la desigualdad social. En este sentido, lo que aquí se ha presentado representa una muestra de estudio y no podría extenderse a la generalidad de mujeres pertenecientes a estos grupos. No obstante, consideramos que el estudio aporta a la comprensión de casos de otras mujeres en los mismos grupos sociales y bajo situaciones similares.



Finalmente, nos interesa reconocer el carácter enriquecedor de las historias de vida, tanto para quienes narran como para quienes recibimos esas narraciones. Al respecto Rivas Flores (2014) expresa “los relatos nos transforman en el encuentro con el otro mediante sus narraciones, produciéndose una modificación tanto de nuestra propia realidad como la del otro.”

Referencias

- Amezcuca, M. (2004). Investigación cualitativa, métodos biográficos e historia oral en el contexto de la salud. Laboratorio de Investigación Cualitativa en Salud, Fundación Index, Granada, España. *Archivos de la Memoria*. <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/50775/2004-am-editorial.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bertaux D. (1999). El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades. *Proposiciones* (29),1-23. <http://clasesbosa.blogspot.com/2009/01/el-enfoque-biografico-daniel-bertaux.html>.
- Bolívar Botia A, & Fernández M. (2001). *La investigación biográfico-narrativa en educación. Enfoque y metodología*. Madrid: La Muralla.
- Castellá Sarriera, J; Vaz de Macedo, C; & Coin de Carvalho, J. E. (2020). *Salud Comunitaria. Perspectivas, escenarios y cuestiones relevantes*. Buenos Aires: Nuevos Tiempos.
- Conde, F; & Pérez Andrés, C.(1995). La investigación cualitativa en Salud Pública. *Revista Española de Salud Pública*, 69 (2).
- Denzin, N. K. (1989). *Interpretive interactionism*. Newbury Park, CA: Sage.
- Echevarría H. (2011). *Diseño y plan de análisis en investigación cualitativa*. Rosario: Homo Sapiens Ediciones.
- Emerson Elias, M; Feuerwerker, L; Erminia, S. (2012).Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. *Salud Colectiva*. 8(1), 25-34. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652012000100003&lng=es&tlng=en.
- Guerrero Portillo, S; Montoya-Juárez R, Hueso-Montoro C. (2014). Experiencia de enfermedad del personal de enfermería: Estudio cualitativo a través del relato biográfico. *Index de Enfermería*. 23 (1-2). https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962014000100012&script=sci_arttext&tlng=pt.
- Isla, C; & Muñoz Rodríguez, M. (2022). *Intervención en Salud Comunitaria. Relatoría de experiencias*. Colección Salud Comunitaria. Buenos Aires: Nuevos Tiempos.
- Lazarus, R.S; & Folkman S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. España: Ediciones Martínez Roca.
- Lopera-Vásquez J.P. (2020). Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. *Ciência y saúde coletiva*. 25 (2). <https://www.scielo.br/j/csc/a/pHhcCB54Xvz7jSZnMg3wbXH/abstract/?lang=es>
- Mallimaci, F; & Giménez Béliveau V. (2006). Historia de vida y métodos biográficos. En Vasilachis de Gialdino, I. (Coord). *Estrategias de Investigación cualitativa* (Pp. 175-209). 1ra ed. Barcelona: Gedisa.



- Mendizábal N. (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En Vasilachis de Gialdino I. (Coord). *Estrategias de Investigación cualitativa* (Pp. 65-103). 1ra ed. Barcelona: Gedisa.
- Morales-Tellez M. (2019). Biografías singulares de sujetos migrantes de retorno a México: conflicto del mercado laboral y producción de salud. *Rumbos TS, XIV* (20),127-147. <https://revistafacso.ucentral.cl/index.php/rumbos/article/view/351/389>
- Rivas-Flores, J.I. (2014). Narración frente al neoliberalismo en la formación docente. Visibilizar para transformar. *Magis*. 7 (14). 99-112. <http://magisinvestigacioneducacion.javeriana.edu.co/>
- Saforcada E. (2011). La salud en indoafroiberoamerica: el paradigma necesario. *Salud & Sociedad*. 2 (3). <https://www.redalyc.org/pdf/4397/439742467007.pdf>
- Saforcada E, Castella Sarriera J, & Alfaro, J. (2015). *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: La comunidad*. Buenos Aires: Nuevos Tiempos.
- Saforcada E, Moreira Alves M. (2015). La enfermedad pública. *Salud & Sociedad*. 5 (1), 2015: 22-37. <https://www.redalyc.org/pdf/4397/439742474007.pdf>
- Stake, R. (2013). Estudios de caso cualitativos. En: Denzin N, Lincoln Y. (Comps.). *Manual de investigación cualitativa Vol III. Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Strauss A, Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de Investigación cualitativa*. 1ra ed. Barcelona: Gedisa.
- Velasco Juez MC. (1999). El método biográfico y las historias de vida. Su utilidad en la investigación en enfermería. *Index de Enfermería* 27. 25-30. http://www.index-f.com/index-enfermeria/27revista/27_articulo_25-30.php.

Notas

¹ Licenciada en Psicopedagogía por la Universidad Nacional de Río Cuarto (UNRC). Magíster en Ciencias Sociales por la UNRC. Doctora en Psicología por la Universidad Nacional de San Luis. Máster de Iniciación a la Investigación en Psicología de la Comunicación, Interacción Social y Desarrollo Humano por la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB, España). Obtuvo becas nacionales (Secretaría de Ciencia y Técnica y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas) e internacionales (Programa ALBAN para la Comunidad Europea) que le permitieron desarrollar actividades de investigación sobre la pedagogía crítica y la educación popular de Paulo Freire, la perspectiva de la prosocialidad, la salud pública comunitaria y la psicología sanitaria como campos que nutren una Psicopedagogía Comunitaria. Actualmente y desde 2017 se desempeña como Investigadora Asistente del CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas) en el marco del proyecto “Mujeres narrando sobre salud. Conocimientos, concepciones y prácticas situadas en un escenario de pandemia”. Es Profesora Adjunta responsable en las asignaturas Pedagogía Social y Psicología Social II del Dptos. de Trabajo Social. Facultad de Cs. Humanas de la UNRC. En dicha universidad desarrolla actividades en proyectos y programas de investigación, dirige y co dirige becas y trabajos finales de grado y posgrado. Es autora y coautora de libros, capítulos de libros y artículos sobre las áreas de conocimiento mencionadas, así como panelista, expositora y participante en eventos científico-académicos de nivel nacional e internacional.



² Plan de trabajo como Investigadora Asistente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina (IF-2021-87938392-APN-DDRH#CONICET).

³Aclaremos que el artículo no abordará el impacto de la pandemia en estas concepciones y prácticas, dado que el objetivo del mismo es profundizar en el carácter histórico-biográfico de estas concepciones y prácticas de salud, enfermedad, cuidado y atención más allá del actual contexto de pandemia.