

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DE ESTUDIOS AVANZADOS  
DEL INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

Sede Sur  
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES EDUCATIVAS

# PRÁCTICAS DE CULTURA ESCRITA EN UN CENTRO DE SALUD

---

Tesis que para obtener el grado de Maestra en Ciencias en la  
Especialidad de Investigaciones Educativas

Presenta

Wendy Yuridia Piza Cortés  
Licenciada en Sociología de la Comunicación y Educación

Directora de tesis  
Judith Rachael Kalman Landman  
Doctora en Educación

Febrero, 2011

Calzada de los Tenorios 235, Col. Granjas Coapa, C. P. 14330, Apartado  
Postal 86-355, México, D.F.  
Tel. 54 83 28 00, Fax 56 03 39 57

“Para la elaboración de esta tesis, se contó con el apoyo de una beca Conacyt”

Gracias a:

Judith Kalman por su eterno apoyo en la realización de este sueño. Gracias infinitas  
Judy por dirigir este trabajo y por ser mi maestra durante todo este tiempo, mis días definitivamente no serían los mismos sin tu apoyo y orientación. Gracias por confiar en mí, y sobre todo por el tiempo y el esfuerzo que este trabajo representó. De corazón,  
muchas gracias.

Dra. Lorenzatti y Mtra. Fuenlabrada por su valiosa lectura y comentarios que enriquecieron este trabajo.

Guadalupe Noriega por todo su apoyo, por su motivación, por creer en mí y por tener siempre la palabra indicada para ayudarme. Muchas gracias.

Los administrativos del DIE quienes facilitaron en todo momento este trabajo, en especial al equipo de fotocopiado, al de la biblioteca, a Marcia, a Male y a Rosita por todo este tiempo de compañerismo.

Papi y mami: gracias por apoyarme en este sueño, por todos esos esfuerzos que hicieron por mí, por esas pláticas que me ayudaron a decidir hacia dónde volar, por su cariño y amor, por darme la vida, por aceptarme como hija cada que regreso a casa. Mi vida entera no me alcanzará para agradecerles todo lo que han hecho por mí. Los amo con todo mi corazón.

Ray: gracias por ser mi ejemplo de lucha y esfuerzo, gracias por los consejos y por esas palabras de aliento que me ayudaron a seguir. Gracias por enseñarme a hacer las cosas con el corazón y a disfrutar el más mínimo detalle en los instantes. Eres lo máximo.

Carlos: gracias por tu apoyo y por siempre creer en mí. Gracias por recordarme que los esfuerzos de vida se gozan no por los resultados, sino por los aprendizajes que de ellos se derivan. Gracias tu ejemplo. Gracias por todo.

Diego: gracias por tus porras, por tu ayuda, por tu valiosa lectura a mi trabajo y por enseñarme que siempre hay algo más por lo que uno debe luchar. Gracias por enseñarme que la vida es como te la tomes y que lo importante es aprender.

Edén: gracias por todos estos años de apoyo y de enseñanzas, gracias por las pláticas, por los consejos y por tu ayuda. Mi vida sin tu ejemplo no podría ser la misma. Gracias por enseñarme que los sueños se persiguen hasta que se alcanzan. Te quiero mucho.

Lenny: gracias por contar los días para vernos, gracias por esas cartas y esos recuercitos que me hiciste durante este tiempo, me ayudaron a valorar a toda la familia y a darle sentido a mis días.

y sobre todo al mar,  
que a lo largo de todo este tiempo me ha arrullado en las noches,  
y en las mañanas el sonido de sus olas me ha despertado  
susurrándome al oído que me espera un día sin igual...

### **Resumen:**

Desde la política sanitaria se ha promovido un vínculo entre los saberes lectoescritores de los adultos y su capacidad de cuidar la salud. En este trabajo se analizan las prácticas de cultura escrita en un contexto específico e intencionado para el cuidado de la salud: una clínica pública ubicada en una zona popular de la Ciudad de México con altos índices de analfabetismo. El análisis se realiza a partir de las acciones realizadas por los especialistas de la salud y los usuarios de esta clínica, así como de las aseveraciones realizadas por instancias como la Organización Mundial de la Salud. A partir de ello, se identifican aspectos medulares en la interacción entre distintos actores en la clínica estudiada que surgen alrededor de lo escrito. El trabajo muestra a los usuarios de este Centro de Salud realizando actividades en pro de la salud, utilizando conocimientos previos y actuando ponderadamente a favor personal. Los especialistas de la salud, por su parte, realizan acciones que demandan conocimientos precisos a los pacientes sin tomar en cuenta lo que los pacientes manifiestan como conocimientos previos. El trabajo propone una mirada más detallada sobre la relación entre alfabetización y salud a partir del análisis presentado.

### **Abstract:**

Health policy often works from the premise that there is a direct link between adults' literacy and their ability to stay healthy and take care of themselves. In this thesis, the literacy practices of adults attending a public clinic located in a working class area of Mexico City with high rates of illiteracy are studied. The analysis centers on interactions occurring between health specialists and community members attending this clinic. Using the statements made by agencies such as the like the World Health Organization as a starting point, several questions are asked regarding the interaction between the different actors as they interact during a variety of literacy events. This work shows how patients at the clinic perform activities to promote their own health, and yet the health professionals ignore or disqualify them. Health experts, on the other hand, demonstrate scientific knowledge and demand that patients use and display similar resources, without taking into account patients' background knowledge or recognizing their knowledge. The thesis concludes that the sweeping generalizations about the relationship between literacy and health should be more closely scrutinized.

## Contenido

Capítulo 1.....	1
Introducción.....	1
1.1 Planteamiento del problema .....	2
Capítulo 2.....	9
La alfabetización en el contexto de salud desde una perspectiva etnográfica. ....	9
2.1 Literatura sobre alfabetización y salud.....	10
2.2 Elementos teóricos .....	14
2.3 Metodología de investigación .....	17
2.3.1 Descripción del Centro de Salud .....	18
2.3.2 Integrantes del Centro de Salud .....	20
2.3.3 Trabajo de campo.....	22
Exploración inicial al Centro de Salud.....	23
Recopilación de datos .....	24
2.3.4 Preparación de los datos .....	26
2.3.5 Procedimiento analítico .....	28
CAPÍTULO 3 .....	29
La cultura escrita en el centro de salud: el paisaje ilustrado .....	29
3.1 Materiales escritos de difusión.....	30
3.1.1 Volantes y trípticos .....	30
3.1.2 Periódicos murales .....	39
3.1.3 Anuncios.....	43
3.1.4 Carteles .....	45
3.1.5 El plato del Buen Comer .....	47
3.2 Los materiales escritos en el contexto del cuidado de la salud. ....	48
Capitulo 4.....	650
Documentos institucionales: el paciente en papel. ....	50
4.1 Descripción de los documentos institucionales .....	50
4.1.1 El carnet .....	50
4.1.2 El expediente .....	52
4.1.3 La receta médica .....	53
4.1.4 El pase .....	54
4.2 Los documentos institucionales en uso: interacción medico paciente y la construcción de significados alrededor de lo escrito. ....	56
4.2.1 La construcción de significados en el consultorio: el expediente.....	56
4.2.2 El traslado institucional: los pases .....	61

4.2.3 Las recetas: lectura y escritura. ....	62
Capítulo 5.....	65
Los pacientes frente a los expertos: Las interacciones alrededor de la cultura escrita .....	65
5.1 interacciones alrededor de la cultura escrita y salud.....	68
5.1.1 Tomar decisiones autónomas: .....	69
5.1. 2 Asumir compromisos para realizar acciones de autocuidado.....	74
5.1.3 Construir identidad propia y de otros .....	80
5.2 Agencia, acción e identidad: la relación de la alfabetización y salud desde otro ángulo .....	87
Conclusiones.....	91
Bibliografía: .....	96
Anexo 1 .....	102

## CAPÍTULO 1

### INTRODUCCIÓN

Esta tesis examina una creencia ampliamente difundida en nuestra sociedad en los sectores de educación y de salud: que la alfabetización es una condición necesaria para el cuidado de la salud y que el analfabetismo es uno de los factores principales que contribuye a los problemas de salud entre la población. Afirmaciones como “una baja alfabetización general puede afectar la salud de las personas directamente, ya que limita su desarrollo personal, social y cultural, además de impedir el desarrollo de la alfabetización para la salud” (OMS, 1998: 21) se hacen sin explicitar qué es alfabetizarse, qué significa saber leer y escribir, cuál es su relación con la salud y cómo, saber leer y escribir, puede contribuir a ser más sano. Parece que la lectoescritura está por encima de la genética, de la buena alimentación, del ejercicio físico, de la vivienda digna, del agua potable y del acceso a servicios médicos confiables; y si no está por encima de los anteriores, por lo menos la Organización Mundial de Salud la pone a la par.

Dada la historia de la relación entre alfabetización y desarrollo en la segunda mitad del siglo veinte, lo anterior no es sorprendente, pues desde entonces la alfabetización se configura como un tema importante en las políticas de desarrollo; así también, varias campañas de alfabetización surgen a partir de la culminación de la Segunda Guerra Mundial y de la fundación de las Naciones Unidas. Estas campañas se centraban en la enseñanza y el aprendizaje del código escrito, es decir, el alfabeto y la correspondencia grafo fonética. En este tipo de campañas y en las políticas de desarrollo, leer se entendía como la decodificación de textos escritos por otros; y escribir, como la codificación de textos sencillos para otros lectores. La codificación y decodificación se consideraban suficientes para distinguir entre ser un sujeto alfabetizado y uno que no lo era.

Basadas en esta perspectiva, las políticas de desarrollo se proponían que los sujetos fueran capaces de leer y escribir pues se suponía que la alfabetización ostentaba el poder transformativo de países pobres. Una de las políticas sociales centrales del desarrollismo resultante fue el intento de erradicación del analfabetismo; a la lectura y la escritura se les atribuía múltiples consecuencias para los individuos y las sociedades: el desarrollo de la conciencia histórica, el desarrollo económico, el nacimiento de la ciencia moderna, el desarrollo de capacidades cognitivas analíticas, el

enaltecimiento del espíritu humano, la disminución de las tasas de natalidad, el surgimiento de la democracia, etc. (Kalman, 2000).

Se suponía que la prosperidad y bienestar de las sociedades industrializadas estaba fundamentada, entre otras cosas, en una población altamente alfabetizada, entendiendo al ser alfabetizado como una persona que posee los conocimientos técnicos y prácticos fundamentales que le permiten emprender aquellas actividades en que la alfabetización es necesaria para la actuación eficaz en su grupo y comunidad, y que posee un dominio suficiente de la lectura, escritura y aritmética como para seguir utilizando los conocimientos adquiridos al servicio de su propio desarrollo y del de la comunidad (Gray, 1957). Esta definición resulta poco clara y relativista, porque alfabetización se ve como un medio para la participación y para el beneficio personal y social, pero no se vislumbra cómo se logra esto. En la definición, la alfabetización se asume como homogénea, pues un sujeto toda vez que adquiere conocimientos técnicos y prácticos de lectura, escritura y aritmética los puede ocupar en diferentes contextos y situaciones.

En este trabajo propongo estudiar cómo la lectura y la escritura intervienen en procesos del cuidado de la salud. Para este fin, visité un Centro de Salud ubicado en una zona popular en la Ciudad de México, ahí observé los diferentes textos escritos disponibles para los pacientes y usuarios, así como algunas situaciones en que las personas los enfrentaban. El análisis se centra en un Centro de Salud, debido a que representa un contexto específico donde circulan conocimientos vinculados a la salud de manera intencional, y donde los usuarios acuden para solicitar ayuda, asesoramiento e información sobre diferentes padecimientos.

### *1.1 Planteamiento del problema*

En el sur de la Ciudad de México se encuentra un Centro de Salud que pertenece a la Secretaría de Salud del Distrito Federal. La clínica cuenta con 12 consultorios de medicina general, donde cada uno atiende entre 18 y 20 consultas diarias. Los pacientes de esta clínica son vecinos de los barrios populares aledaños y acuden ahí para recibir atención médica primaria, como consultas de medicina general, aplicación de vacunas infantiles, consultas odontológicas y seguimiento de condiciones como diabetes, embarazo, desnutrición, enfermedades gástricas, entre otros. Las 10

principales causas de demandas de consultas en esta clínica se presentan en el siguiente cuadro:<sup>1</sup>

	<b>Padecimiento</b>
1	Infecciones respiratorias agudas
2	Otros factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud
3	Supervisión del embarazo normal
4	Caries Dental
5	Certificado médico
6	Cistitis, uretritis y Sx uretral e Infección de Vías Urinarias de sitio no especificado
7	Menstruación ausente, escasa o rara
8	Enfermedades inflamatorias del cuello uterino
9	Control de niño sano
10	Otras enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo

En los distintos espacios que conforman este Centro de Salud se observa el despliegue y circulación de diversos textos escritos; tanto la escritura como la lectura varían en propósito, en uso y en forma. Para la distribución de fármacos, por ejemplo, se utilizan las recetas médicas; para la realización de estudios de laboratorio, se manejan los pases, que contienen las indicaciones necesarias y preparatorias para la realización del servicio.

Un ejemplo que ilustra lo específico de lo escrito en este contexto es la Cartilla Nacional de Vacunación, utilizada para el control de las vacunas. La Cartilla es de uso personal y contiene algunos datos generales del usuario, como nombre, domicilio, lugar y fecha de nacimiento. Esta información, entre otras cosas, acredita a la persona como usuario del servicio. En la Cartilla se presenta el esquema de inmunizaciones junto con los nombres de las diferentes vacunas que lo integran, así como las enfermedades que previene cada

DATOS GENERALES	
Nombre	Alto... de lo... Montevideo
Domicilio	Alto... 27... Colonia o localidad... municipio o delegación... entidad federativa...
Fecha de Nacimiento	... / ... / ...
Lugar de Nacimiento	México... municipio o delegación... entidad federativa...
Fecha de registro	... / ... / ...
Lugar de registro	... municipio o delegación... entidad federativa...
Fecha de entrega	... / ... / ...

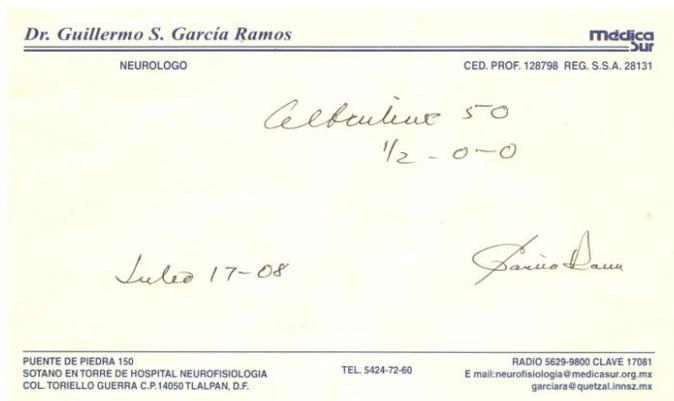
ESQUEMA BÁSICO DE VACUNACIÓN			
BCG	TUBERCULOSIS	ÚNICA	21 ENE 2006
SABIN	POLIOMELITIS	PRIMERA	27 MAR 2005
		SEGUNDA	...
		TERCERA	...
TRIPLE VIRAL	SARAMPION, RUBOLA, PAROTIDITIS	PRIMERA	27 MAR 2005
		SEGUNDA	...
		TERCERA	...
ESQUEMA COMPLEMENTARIO DE VACUNACIÓN			
DPT	DIFTERIA, TOS FERINA, TETANOS	REFUERZO 1	2 años
		REFUERZO 2	4 años
Td	TETANOS, DIFTERIA	SEGUNDA	6 años
		REFUERZO	A partir de los 12 años
SR	SARAMPION, RUBOLA	PRIMERA	A partir de los 12 años
		SEGUNDA	Al mes de la primera

<sup>1</sup> La tabla se construyó de acuerdo con las estadísticas llevadas por una trabajadora social de este Centro de Salud.

dosis. Junto a esta información se encuentra un espacio para registrar las fechas de administración, la dosis establecida para cada vacuna y la edad en que se debe aplicar.

El lenguaje en que se redactan los nombres de las vacunas y el de las enfermedades que previenen, corresponde a la comunidad discursiva de los médicos, es decir, es un lenguaje altamente especializado, por lo que no es un lenguaje usado común y cotidianamente.

La receta médica<sup>2</sup> es otro documento que ejemplifica la especificidad de la lengua escrita en el contexto de salud. En este caso, se utilizan anotaciones específicas que implican una forma particular de lectura, y sugiere usos concretos de



lengua escrita que exigen prácticas de interpretación poco usuales en otros contextos, pero frecuentes en el del cuidado de la salud.

La receta que escribió el Dr. García Ramos contiene la anotación  $\frac{1}{2} - 0 - 0$  referida a las

indicaciones de administración del medicamento recetado. Para su lectura, primero hay que reconocer que se trata de una abreviatura y no de una resta u otra anotación matemática; segundo, es de notar que cada número representa, simultáneamente, dos cosas: por su ubicación espacial representa una hora diferente del día (mañana, tarde y noche), y por otro lado, representa la cantidad de ingesta del medicamento,  $\frac{1}{2}$  significa tomar media pastilla y los ceros (0) significan no ingerir ninguna dosis. Su lectura, entonces, sería: tomar media pastilla por la mañana y no ingerir, ni por la tarde ni por la noche. En resumen, el paciente sólo debe tomar media pastilla por la mañana. Resulta necesario reconocer que los números tienen doble significado: se refieren a la dosificación del medicamento y a la hora de administración. En otros casos esta abreviatura puede hacer referencia a la dosis del medicamento, la frecuencia de ingesta y el periodo de administración, mientras que la anotación puede ir separada por guiones o diagonales, pero en ninguno de los casos se refiere a restas o divisiones, sino a un simple signo para separar los números.

<sup>2</sup> La receta que inserto ejemplifica dichos usos y aunque no pertenece a la clínica estudiada, se incluye para ejemplificar un uso concreto de una anotación situada en el cuidado de la salud.

En el contexto de salud existen variadas formas de anotación para un mismo fin. En el caso de la anotación en la receta, el significado depende de la intención que el médico pretenda comunicar.

Para leer la receta y comprender las indicaciones que el médico señala, es necesario saber interpretar este tipo de anotaciones. Esta práctica interpretativa es un ejemplo de una forma de lectura que se aprende sobre todo mediante el acceso a servicios de salud y a través de la interacción con lectores y escritores que modelen su significado en situaciones y contextos cotidianos. No se trata de un contenido común en educación básica, de primaria o secundaria, ni de los programas de educación de adultos.

Cada uno de los ejemplos mencionados aporta evidencias acerca de algunos usos específicos de la cultura escrita en el contexto del cuidado de la salud. Estos usos requieren de algo más que saber identificar los números y letras escritas en un papel o leer en voz alta las recetas o la Cartilla de Vacunación; requieren ubicar su lectura en el contexto de asistencia médica, llenarlos de significado y saber cómo utilizarlos.

Aun cuando las agencias internacionales como la Organización Mundial de la Salud o la Unesco hacen afirmaciones como “una baja alfabetización general puede afectar la salud de las personas directamente”, citada al inicio de esta sección, la alfabetización en el contexto de la salud ha sido escasamente estudiada en cuanto a los usos específicos de la lectura y escritura y en cómo interviene en el cuidado de la salud. En su lugar, los estudios donde se encuentra un expreso vínculo entre alfabetización y salud, hacen afirmaciones poco precisas que atribuyen a la lectura precaria la incapacidad de los pacientes para comprender las indicaciones médicas, cuidarse o administrar medicamentos, aun cuando esta información se comunica oralmente (Doak, Doak y Root, 1996).

Un ejemplo de la vinculación que se hace entre alfabetización y salud es la proliferación del uso del examen *Test of Functional Health Literacy in Adults*<sup>3</sup> que se ha utilizado de una manera extensa en países como Estados Unidos e Inglaterra. El objetivo de instrumentos como éste es medir la relación que existe entre el nivel de alfabetización de los examinados y los conocimientos que los creadores del examen vinculan al cuidado de la salud. El TOFHLA es un examen de opción múltiple y consiste en un conjunto de reactivos relacionados con diversos conocimientos sobre la

---

<sup>3</sup> TOFHLA en adelante, por sus siglas en inglés. Instrumento diseñado por la Universidad Estatal de Georgia, publicado en 1995 por primera vez.

salud; por ejemplo, cómo presentarse a un estudio clínico, la función de algunos aparatos de laboratorio, algunas cuestiones fisiológicas, etc. Para ilustrar lo anterior, a continuación se presentan un par de preguntas contenidas en el TOFHLA:<sup>4</sup>

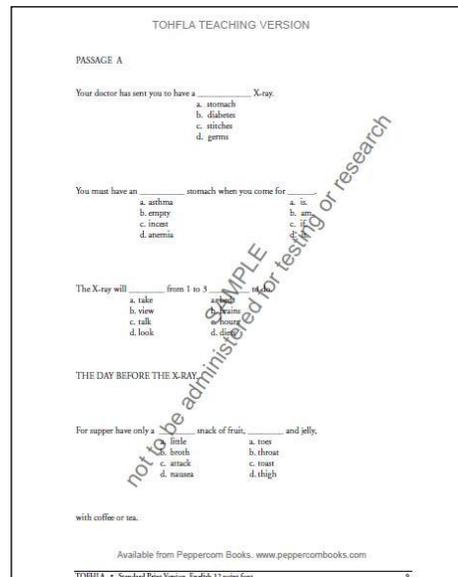
**1.- Su médico le ha enviado para realizar rayos X de \_\_\_\_\_.**

- a. estómago**
- b. la diabetes**
- c. puntadas**
- d. gérmenes**

**Los rayos X \_\_\_\_\_ de 1 a 3 \_\_\_\_\_ para realizarse.**

- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| <b>a. tomarán</b>  | <b>a. camas</b>    |
| <b>b. verán</b>    | <b>b. cerebros</b> |
| <b>c. hablarán</b> | <b>c. horas</b>    |
| <b>d. mirarán</b>  | <b>d. dietas</b>   |

Completar las frases desde una lista de verbos o sustantivos, es un uso común del lenguaje, sin embargo, es una práctica proveniente del ambiente escolar, pero poco usual fuera de él. La primera pregunta del ejemplo presume conocimientos acerca del uso y funcionamiento de rayos X y qué es lo que capta un rayos X, para ello, la mejor respuesta parece que es A) ESTOMAGO, aunque también podría ser C) PUNTADAS, si uno piensa que las puntadas internas se pueden ver de esta manera. La segunda pregunta requiere un conocimiento sobre la duración de los rayos X. Para alguien que no se ha realizado un estudio como éste, o que los conoce poco, no es razonable pensar que se deba hacer una dieta



<sup>4</sup> Estos reactivos son textuales, tomados de la versión en línea del TOFHLA, y fueron traducidos por la autora.

especial o acostarse en diferentes camas al realizárselo. Responder correctamente rebasa la posibilidad de descifrar; leer siempre implica aportar conocimiento al texto y en este caso particular, presupone un conocimiento acerca de los exámenes clínicos. Además de comprender el formato del examen, responder requiere construir significado a partir de un conocimiento previo de este tipo de procedimientos, además de resolver correctamente el reactivo.

Al respecto de pruebas como el TOFHLA David Barton y Mary Hamilton (2000) hacen un análisis crítico de su funcionamiento, sus observaciones se centran en la validez de instrumentos como éste y afirman que pruebas estandarizadas, como es el caso de TOFHLA, sólo proporcionan una imagen parcial de lo que es la alfabetización, puesto que el modelo de lectoescritura que se utiliza ignora su papel en la vida social. Una crítica fuerte es que estas pruebas consideran a la alfabetización como una capacidad neutra descontextualizada. Barton y Hamilton señalan que al traducir a otros idiomas pruebas como éstas no se consideran las diferencias culturales, sino que se entiende a la cultura como homogénea, dejando de lado la influencia del contexto sobre el significado, entre una región y otra. Pruebas como el TOFHLA se proponen para medir la alfabetización en salud objetivamente, y sus promotores atribuyen la mala calidad de salud a las capacidades y desempeños individuales en vez de imputarla a fenómenos más complejos, o a carencias sociales o sistémicas.

El argumento detrás de pruebas como ésta es que las personas se enferman o empeoran en salud por no saber leer y escribir adecuadamente, o no comprender las indicaciones, escritas u orales, para el cuidado de su salud. Al analfabetismo se le atribuye la mala salud, las complicaciones médicas, el cuidado precario o las situaciones de enfermedad prolongadas, sin reconocer otros factores que intervienen en que una persona tenga deficiencias en su salud, por ejemplo, el hecho de que no tenga acceso a servicios de salud, que no pueda pagar una consulta médica y que por ello no acuda a un médico antes de llegar a una situación urgente, que en su comunidad no haya servicios especializados de atención y que por lo tanto se impida un seguimiento supervisado, así como que una persona que asiste a la escuela se apropia de conocimientos básicos importantes acerca de la fisiología, la higiene, la alimentación, entre otras. En estas pruebas se utiliza la noción de alfabetización como sinónimo de escolaridad y de “cultura general”. Estas premisas implícitas contribuyen a la dicotomía “alfabetizado/analfabeta” y subyacen a la construcción social de las

personas de baja escolaridad como iletrados, incompetentes, simples e incapaces de seguir indicaciones (orales o escritas) y de cuidarse (Kalman, 2003; Pattison, 1982).

Frente a esta construcción, esta tesis se interesa investigar, desde un referente empírico, las prácticas lectoescritoras en un contexto de salud para conocer de manera más detallada las interacciones que ocurren alrededor de la cultura escrita entre médicos, profesionistas de la salud y pacientes, y cómo contribuyen o no, al cuidado de la salud. Dado lo anterior, este estudio plantea contestar las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son las oportunidades y/o demandas para leer y escribir en un Centro de Salud y de qué manera participan los actores sociales?
- ¿Cuáles son algunos de los conocimientos vinculados a la salud que circulan en un contexto de atención primaria?

Esta investigación aborda la cultura escrita en el contexto de la salud desde una perspectiva social y se sostiene en la noción de alfabetización utilizada por autores como Street (1993), Barton y Hamilton (2004), Kalman (2004), Zavala (2004) y Papen y Walters (2008) quienes retoman el uso situado de la lectura y escritura, es decir, como una práctica social, buscando ubicarla en contextos sociopolíticos e institucionales más amplios. Este trabajo pretende aportar elementos que contribuyan a una mejor comprensión de la relación entre alfabetización y salud.

## CAPÍTULO 2

### LA ALFABETIZACIÓN EN EL CONTEXTO DE SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA ETNOGRÁFICA.

A finales de la década de los sesenta Goody y Watt, en su ensayo *Las consecuencias sobre la cultura escrita*, abordan lo que conceptualizan como las diferencias intelectuales entre las sociedades simples y las complejas, partiendo de los distintos modos de comunicación utilizados (orales vs. escritos). En el ensayo concluyen que las sociedades letradas son más complejas que las ágrafas, debido a que la escritura detona procesos mentales, como el pensamiento crítico, que influyen en el desarrollo de la sociedad. Goody y Watt (1968) sostienen que cuando la escritura funciona como memoria, la mente puede ocuparse en el razonamiento, en el pensamiento crítico y abstracto. Cabe señalar que esta postura que concibe a la escritura como detonadora de derivaciones lógicas carece de fuerza en la actualidad, pues estudios como los de Scribner y Cole (1981) y Street (1984) muestran que los atributos que se le incautaban a la lectoescritura en realidad están asociados con la interacción en contextos sociales y culturales específicos.

En la década de los setenta inician algunos cuestionamientos sobre los procesos necesarios para alfabetizarse y sobre la naturaleza de lo escrito; algunos como Ferreiro y Teberosky (1979), Smith (1971) y Goodman (1976) plantean, desde la psicolingüística, que la alfabetización no se reduce al aprendizaje de habilidades mecánicas, como el reconocimiento de las letras y sus sonidos, en su lugar plantean que la alfabetización es un proceso lineal, esta idea ayuda en la construcción de un concepto de más complejo. Ferreiro y Teberosky (1979) argumentan que la lectoescritura no es una correspondencia entre letras y sonidos. Smith (1971) sostiene que el proceso de lectura involucra información no visual, que el lector posee previamente, e información visual contenida en el texto. Goodman (1979) afirma que la lectura involucra no sólo el reconocimiento de las letras, sino una serie de conocimientos previos sobre la idea u objeto que se lee, que ayudan a construir significado de lo que se lee.

En la década de los ochenta los estudios sitúan a la alfabetización en contextos inmediatos. En algunos casos, el análisis de la alfabetización empieza a acercarse más a una perspectiva social, es decir, como un fenómeno históricamente constituido y ubicado en la interacción comunicativa, en lugar de una visión sostenida en la adquisición descontextualizada de un código de anotación. Este cambio, de una visión mecánica a una situada en contexto, dio lugar al estudio de la alfabetización a partir de

sus diferentes usos; el contexto, visto así, adquiere principal relevancia, pues se configura como significativo para entender a la alfabetización (Scibner y Cole, 1981; Heath, 1983). En esta época se amplía el paradigma psicológico y se gira hacia una explicación más social en base a la nueva caracterización de contexto.

Los resultados de los estudios antropológicos precedentes a los noventa demuestran que la cultura, el propósito y la situación interactiva influyen sobre el acto de leer y escribir. En esta década, a diferencia de la de los sesenta, se plantea que para el desarrollo económico, social y político de las sociedades, la alfabetización juega un papel importante más no definitorio. A partir de la década de los noventa hay una clara tendencia a abordar los estudios de alfabetización a partir de contextos específicos de uso, muestra de lo anterior son los estudios de Street (1993), Barton y Hamilton (1998), Kalman (2003), Zavala, (2004), Papen (2005), Hamilton (2000) y Gee (1996).

Los llamados Nuevos Estudios de Cultura Escrita<sup>5</sup> representan un paradigma que moviliza e integra las aportaciones de las últimas fechas, los cuales consideran a la alfabetización más allá de letras y sonidos y analizan los usos y significados que la cultura escrita adquiere en contextos sociales y culturales específicos. Los NLS han puesto de relieve la importancia del contexto social, la historia, y las relaciones sociales e institucionales que deben ser considerados en el estudio de la alfabetización (Street, 1995). Dichos estudios reconocen que la cultura escrita varía de acuerdo al tiempo y espacio, y que está inmersa en contextos institucionales así como sociales que se vinculan con relaciones de poder asimétricas.

### *2.1 Literatura sobre alfabetización y salud.*

La literatura que aborda la relación entre alfabetización y salud ha crecido de manera importante en años recientes. En estos estudios se observa una tendencia por estudiar a pacientes con enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión y obesidad, así como durante procesos fisiológicos como el embarazo, lactancia, estimulación temprana y el cuidado materno infantil. Los estudios que relacionan a la alfabetización con la salud pueden ser clasificados en: investigación médica e investigación para la

---

<sup>5</sup> En adelante NLS por sus siglas en inglés (New Literacy Studies). Perspectiva de estudio que surge en los primeros años de la década de 1980, donde se presenta la relación entre alfabetización/cultura escrita y oralidad como *continuum* y no como una *división* (Street, 1993).

salud; estudios de alfabetización: análisis del discurso; y sociología y antropología médica (Papen, 2008).

En publicaciones de este tipo se observa una tendencia a relacionar el alfabetismo funcional<sup>6</sup> con el cuidado de la salud, y consideran que leer y escribir incide en tener menores ingresos al hospital y en entender las indicaciones de los expertos (Saranto, y Hovenga, 2004; Ik Cho *et. al.*, 2008; Clement *et. al.*, 2009; Williams *et. al.*, 2002; Andreus y Roth, 2002). El analfabetismo se relaciona con padecimientos crónicos, con enfermedades de sujetos pobres y con subóptimos resultados de autocuidado (Kandula, 2009).

En un estudio realizado por Baker *et. al.* (2004) se encontró que pacientes con insuficientes conocimientos en salud, entendido como baja alfabetización en salud, eran los más propensos a tener visitas inútiles a urgencias médicas por cuidados equívocos de su enfermedad, como producto de una mala interpretación de sus síntomas. Aquí se observa un giro importante en el significado de alfabetización, en este caso se refiere a conocer ciertos aspectos del cuerpo humano y su cuidado. El uso del vocablo alfabetización sugiere que se llega a este conocimiento a través de la lectura y el tipo de contenidos que se espera encontrar en textos escritos.

Declaraciones como éstas ilustran cómo el término analfabetismo se usa de manera laxa para indicar desconocimiento, atraso y baja escolaridad, mientras que alfabetización se emplea para denotar el conocimiento sobre temas de salud, reflejando así el prejuicio que asocia analfabetismo con ignorancia y alfabetización con la instrucción y entendimiento. Por ejemplo, Ik Cho *et. al.* afirma que:

Es concebible que individuos con baja alfabetización en salud son los más propensos a involucrarse en comportamientos negativos para la salud, como fumar, beber alcohol, abusar de sustancias ilegales, y a adoptar un estilo de vida sedentario. Esto tal vez, en parte, debido a su limitado acceso a la capacidad de entender la salud y la información médica (Ik Cho *et. al.*, 2008: 1810)<sup>7</sup>.

Ik Cho considera que la lectoescritura mejora la salud, mientras que atribuye al analfabetismo incurrir en conductas dañinas para el cuerpo humano, como fumar y

---

<sup>6</sup> Históricamente el concepto de analfabetismo funcional se ha relacionado con entender órdenes del ejército hasta con mínimos años de educación formal cursados. Se trata de una noción lectoescritura mecánica.

<sup>7</sup> Traducción realizada por la autora, el texto original versa: It is conceivable that individuals with lower health literacy are more likely to engage in negative health behaviors, such as smoking, drinking, abuse of illegal substances, and living a sedentary lifestyle. This may be in part because of their limited access to and ability to understand health and medical information (Ik Cho *et. al.*, 2008: 1810).

drogarse. Derivado de ello, parece que leer y escribir es un condicionante para tener una vida sana y para entender y beneficiarse de la información de salud. Autores como Baker y Williams consideran que las personas con baja alfabetización en salud son las más tendientes a mayores tasas de hospitalización (Baker *et. al.*, 1997 y 1998; Williams *et. al.*, 1998) y estancias más prolongadas que otros (Friedland, 1998). En estas afirmaciones no se explicita cómo el analfabetismo produce más hospitalizaciones y estancias más prolongadas, lo que se dice es que se deriva de no saber leer y escribir, lo que es tan general que cae en lo insostenible. Por su parte, Lee afirma que:

La alfabetización en salud es importante porque afecta la capacidad de las personas para navegar por el sistema de salud, para compartir información personal con los proveedores de la salud, para participar en el cuidado y manejo de enfermedades crónicas y para adoptar comportamientos en pro de la salud (Lee *et. al.*, 2009: 302).<sup>8</sup>

Lee atribuye a la alfabetización diferentes aspectos, considera que afecta conocer y usar de manera correcta el sistema administrativo de salud; que perturba la expresión oral; que incide en el cuidado de enfermedades de largo alcance; y que impacta en la regulación de comportamientos beneficiosos para la salud. La noción de alfabetización que Lee maneja abarca conocimiento administrativo, expresión oral, participación en pro de la salud, así como cuidados óptimos. Nuevamente el término alfabetización es utilizado para nombrar diversos aspectos y no se ofrecen evidencias precisas de cómo la lectura y la escritura pueden impactar en el aprovechamiento administrativo del sistema de salud o en la adopción de comportamientos en beneficio de la salud, por ejemplo.

Bastian afirma que “mejorar la alfabetización en salud es una estrategia fundamental para que las personas puedan ejercer y aumentar su autonomía y ser capaces de utilizar la información para mejorar su salud” (Bastian, 2008: 552)<sup>9</sup>. Alfabetización, de acuerdo con Bastian, se refiere a tener conocimientos acerca de la salud, y puede suponerse que significa tener nociones acerca de la fisiología, de los mecanismos de contagio, de formas de prevención, de nutrición, de higiene y de otros

---

<sup>8</sup> Traducción realizada por la autora, el texto original versa: “Health literacy is important because it affects people’s ability to navigate the healthcare system, share personal and health information with providers, engage in self-care and chronic disease management and adopt health promoting behaviors” (Lee *et. al.*, 2009: 302).

<sup>9</sup> Traducción realizada por la autora, el texto original versa: “Improving health literacy is a pivotal strategy for enabling people to exercise and increase their autonomy and to be able to use information to improve their health” (Bastian, 2008: 552).

aspectos parecidos. Bastian relaciona el analfabetismo con la dependencia y argumenta que leer y escribir impacta en la autonomía de las personas, así mismo sostiene que la alfabetización aumenta capacidad de procesar información para el beneficio propio. Esta y las demás afirmaciones no se sostienen sobre una base argumentativa fuerte, sino que relacionan a no saber leer y escribir, o hacerlo de manera precaria, con un estado anómalo y sitúan en lo individual el problema de la salud sin relacionarlo con un contexto más amplio.

En estos estudios el término analfabetismo se utiliza para nombrar múltiples y variados aspectos: se relaciona de la misma manera con tener más ingresos al hospital, con la dependencia, con estancias más prolongadas, con no aprovechar administrativamente la institución, con manejar de forma incorrecta enfermedades crónicas, con no participar en acciones que promueven la salud, así como con incapacidades de comprensión y expresión oral. En ellos parece que uno de los problemas de salud pública es precisamente no saber leer y escribir, debido a que esta condición conlleva a situaciones negativas para la salud de los analfabetas. Es notorio que en estas publicaciones no se explicita la naturaleza de la relación entre el concepto de alfabetización y la salud, simplemente se le atribuye al saber leer escribir la posibilidad de mejorar y mantener la buena salud. En este sentido, la alfabetización se sitúa como autónoma y descontextualizada, de tal manera que una vez aprendida puede ser trasladada a múltiples espacios sin estar alterada, influida o permeada por las propiedades del contexto en que se desenvuelve.

Debido al panorama anterior, resulta relevante realizar un estudio que analice los textos escritos y las interacciones alrededor de la cultura escrita en contextos de asistencia médica, y que sitúe a la lectura y la escritura dentro de un contexto institucional, social y político que influyen sobre qué, quién, cuándo y para qué se lee. Abordar esta problemática en un estudio que permita acercarse a los lectores y escritores en el proceso de cuidarse, o cuidar a otros, podría aportar elementos para replantear la relación entre la alfabetización y la salud que se promueve desde los estudios mencionados, a partir de analizar casos concretos en una clínica de salud.

Esta investigación parte de la perspectiva de los NLS donde se entiende a la lectura y a la escritura como prácticas situadas y abarca las formas particulares de pensar y hacer sobre la lectura y la escritura en contextos culturales (Street, 1984, 2004). Ser alfabetizado significa utilizar a la lectura y la escritura para participar en el

mundo social, establecer y mantener relaciones con otros y participar en eventos cultural y socialmente valorados (Dyson, 1989; Kalman, 2004).

Por lo anterior, resulta necesario definir con claridad la noción de contexto: este comprende tanto a las interacciones que se suscitan alrededor de la cultura escrita como a las esferas de acción social más allá de la situación inmediata. En este sentido, el contexto va más allá de los límites de lo estrictamente local (Brandt y Clinton, 2009). Entendido así, Kalman afirma que el contexto es un constructo complejo y es construido por los actores sociales como parte de y mediante la participación en eventos situados, permeados por las relaciones de poder asimétricas (Kalman, 2010), la autora señala que el contexto, a su vez, forma parte de la propia cultura escrita. La noción de contexto desde esta mirada permite tomar en cuenta las instituciones, las estructuras sociales y las relaciones de poder en las cuales se encuentran insertas las interacciones alrededor de la cultura escrita en el Centro de Salud que aquí se estudia.

## *2.2 Elementos teóricos*

La perspectiva fenomenológica (Taylor y Bogdan, 1992) brinda elementos para el presente estudio, pues toma como referente la interacción entre individuos insertos en la actividad humana en un contexto donde “las situaciones se construyen mientras las personas se organizan para atender y dar significado a ciertas preocupaciones sobre la base de la interacción social en curso” (Lave, 1996: 31-32). Mientras que el enfoque ecológico (Barton, 1994) permite entender a la cultura escrita como parte del mundo social, de la historia, del lenguaje y del aprendizaje. Esta perspectiva contempla al uso de la lectura y la escritura como parte de la actividad humana, donde la cultura escrita y el contexto se influyen mutuamente de manera permanente. En esta tesis, el contexto de salud influye sobre la cultura escrita que se produce y circula en la clínica, mientras que ésta también, y de manera simultánea, permea al contexto.

Esta investigación retoma la perspectiva de los NLS que abordan el estudio de la cultura escrita como práctica social, donde se encuentran las prácticas letradas, entendidas como las formas de actuar en el mundo social a través de la lengua escrita (Barton y Hamilton, 2004), e incluyen sentimientos, valores, actitudes y relaciones sociales.

Para abordar el estudio de la cultura escrita como práctica social, Street (1984) propone una distinción entre el modelo autónomo y el modelo ideológico de la cultura

escrita. El primero se orienta a concebir a la cultura escrita como un conjunto de habilidades y destrezas cognitivas descontextualizadas. El segundo modelo estudia las prácticas de cultura escrita en contextos sociales específicos, es decir, la lectura y la escritura en relación con otros aspectos de la vida social. Street plantea que comprender a la lectura y a la escritura como una práctica ideológica “abre un campo de investigación potencialmente productivo sobre la naturaleza de la cultura y el poder, y sobre las relaciones de las instituciones y las ideologías de la comunicación en el mundo contemporáneo” (Street, 2004: 93).

La idea de prácticas de cultura escrita es un punto fundamental para esta investigación, pues “ofrece una manera poderosa de conceptualizar el vínculo ente la actividad de leer y escribir y las estructuras sociales en que se encuentran insertas” (Barton, 2006: 22).<sup>10</sup> Esta idea se aleja de la concepción de lectura y escritura como una actividad autónoma y mecánica y se ubica en la dimensión social de los usos de la lectoescritura y los significados que adquiere en la interacción.

Para analizar las interacciones alrededor de las prácticas de cultura escrita dentro de este Centro de Salud, se planteó la identificación de los eventos letrados registrados para observar los usos concretos que la cultura escrita adquiere en este contexto. Los eventos letrados son entendidos como toda aquella situación en la que un material escrito forma parte fundamental en la interacción de los participantes, así como de los procesos de interpretación que de ellos se derivan (Heath, 1983; Hamilton, 2000). Esto incluye tanto aquellos momentos en los cuales los materiales escritos están presentes, así como aquellos en los cuales se les hace referencia a través de la interacción verbal.

En la interacción con los pacientes, los especialistas de la salud utilizan un tipo de lenguaje proveniente de una comunidad discursiva específica: la medicina. Este lenguaje puede ser analizado en base a la noción de (D/d)iscurso de Gee, quien define discurso (haciendo uso de la d minúscula) como el lenguaje en uso y Discurso (con mayúscula) para expresar ideas; se trata de las formas de utilizar el lenguaje, de pensar, de valorar, de actuar e interactuar en el lugar, tiempo y con los objetos correctos (Gee, 1999). El lenguaje científico y formal (Discurso) se encuentra presente en los distintos espacios de esta clínica, tanto en la interacción (como parte del habla de los profesionistas de la salud) como en los diferentes materiales escritos que

---

<sup>10</sup> Traducción realizada por la autora, el texto original versa: “The idea of literacy practices offers a powerful way of conceptualizing the link between the activities of reading and writing and the social structures in which they are embedded and which they help shape” (Barton, 2006: 22).

tapizan y circulan el Centro (carteles, periódicos, volantes, materiales de uso institucional, etc.). El uso del lenguaje especializado contribuye a la construcción de la identidad como especialistas de la salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales) y de igual manera contribuye en el distanciamiento social (Thomas, 1995) entre quienes manejan este lenguaje y quiénes no.

La referencia a los diferentes textos que circulan en esta clínica es uno de los elementos más importantes para la presente investigación, por lo que su composición, características y contenidos son elementos de análisis. El concepto de multimodalidad (Kress y Leeuwen, 2001) resulta conveniente para el análisis de lo escrito, pues se refiere a un complejo de elementos, texto, imágenes, colores, etc. que en conjunto conforman un significado preciso, por lo que un texto involucra más que grafías, como colores, imágenes, direccionalidad de texto, etc. Y todo ello interviene en la construcción del significado.

Gumperz (1982<sup>a</sup>; 1982<sup>b</sup>) define participación en términos de las aportaciones que un hablante hace para la construcción de una situación específica. Erickson (2004) parte de esta idea y la extiende, señalando que el habla continuamente crea contextos sucesivos para más habla. Ambos autores enfatizan que la interacción verbal ocurre en contextos cargados de significados sociales incluyendo las experiencias de los hablantes y sus prejuicios, relaciones asimétricas de poder y expectativas. Aun cuando la participación es condicionada por aspectos sociales, los participantes tienen márgenes de acción dentro de los eventos comunicativos. Estas ideas serán centrales para comprender algunas de las formas de relación observadas en la clínica, entre los especialistas de la salud y los usuarios.

El concepto de estructura participativa (Phillips, 1972) permite comprender las formas de participación de los especialistas en salud y los pacientes en diferentes eventos comunicativos. Una de ellas, por ejemplo, se encuentra en las consultas de atención primaria donde se establece una entrevista médico-paciente (Erickson, 2004) donde el médico lleva la conversación, hace preguntas directas y decide los temas a tratar, a veces incluso por encima de los intereses y/o preocupaciones de los pacientes. Otra estructura se encuentra en las pláticas de los grupos organizados para el cuidado de la salud, donde las interacciones que giran alrededor de la cultura escrita se presentan frecuentemente en el formato IRE<sup>11</sup> (Cazden, 1991), una secuencia común en el contexto escolar y que las trabajadoras sociales, las nutriólogas y los

---

<sup>11</sup> Iniciación, respuesta y evaluación.

médicos han trasladado al contexto de las pláticas educativas informales que se ofrecen en el Centro alrededor de temas de salud. IRE es un tipo de interacción donde los especialistas de la salud (los profesores en su contexto de origen) realizan preguntas dirigidas y acotadas a los asistentes (en el contexto educativo son los alumnos) y una vez contestadas evalúan la respuesta, por lo que la aprobación o descalificación sobre lo que se responde está presente en todas las interacciones observadas.

En algunos episodios observados los usuarios de esta clínica actuaron de manera ponderada en pro de su salud, a partir de la experiencia con sus síntomas. El actuar de estos pacientes podemos entenderlo como una capacidad personal para actuar a favor de sí mismos, es decir, como lo que Holland *et. al.* (2001) denomina agencia.

Los conceptos de disponibilidad y acceso a la cultura escrita que Kalman propone permiten explorar la presencia física de textos escritos diseminados en el Centro de Salud (disponibilidad), y por otro lado, las condiciones sociales que posibilitan la apropiación de la cultura escrita, así como las oportunidades de participación en eventos de lengua escrita en este contexto (acceso) (Kalman, 2005).

### *2.3 Metodología de investigación*

Si entendemos a la cultura escrita como práctica social, examinando qué es lo que la gente hace respecto a ella y los significados que adquiere en la vida social, resulta pertinente abordar su estudio desde la perspectiva etnográfica, puesto que “la etnografía –con su enfoque en las personas, su interés en los contextos de la vida real y su enfoque holístico– es particularmente adecuado para el estudio de la alfabetización como práctica social”<sup>12</sup> (Papen: 2005: 63). Sin embargo, no es posible conceptualizar este estudio como una etnografía completa, puesto que para serlo requeriría contar con una serie de elementos que aquí no se cumplen. Por el tiempo dedicado al trabajo de campo, el recorte del objeto de estudio y la delimitación de sus alcances, es más preciso considerar que esta es una investigación sustentada en la perspectiva etnográfica, pero no se trata de un estudio etnográfico en el sentido clásico (Green y Bloom, 1996).

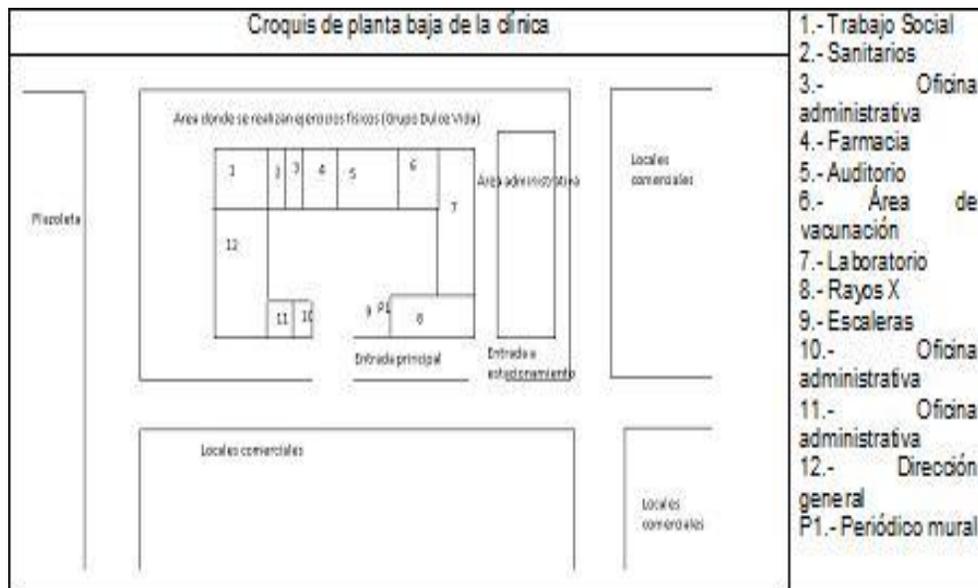
---

<sup>12</sup> Traducción realizada por la autora, el texto original versa: “This is to say that ethnography – with its focus on people, its interest in real-life contexts and its holistic approach – is particularly suited to the study of literacy as social practice” (Papen: 2005: 63)

Como parte de la metodología desarrollada para el presente estudio, a continuación se describirá el Centro de Salud estudiado, se hablará de los sujetos involucrados en el análisis, se abordará el trabajo de campo realizado, así como la preparación de los datos y el procedimiento analítico.

### 2.3.1 Descripción del Centro de Salud

En el centro histórico de una delegación del sur de la Ciudad de México se encuentra un Centro de Salud que pertenece a la Secretaría de Salud del Gobierno Capitalino, el cual inicia sus servicios en la década de los ochenta. En esta clínica se ofrecen pláticas de salud y diversos servicios de atención médica como medicina general, psicología, odontología, nutrición, inmunizaciones, laboratorio de análisis y radiografías. A continuación se presenta un croquis de la clínica, donde se pueden apreciar los distintos espacios que conforman el Centro de Salud, así como algunos espacios intencionados para colocar material escrito.





En los diferentes espacios de la clínica (como el laboratorio, la farmacia, el consultorio, las sesiones de salud y las vacunas) se suscitan múltiples interacciones entre los expertos de la salud y los usuarios que acuden al Centro a solicitar algún servicio. Las interacciones giran alrededor de diferentes dimensiones de la salud, como situaciones específicas de fármacos, nutrición o procedimientos institucionales. En estos espacios la cultura escrita se encuentra presente en forma de recetas, instructivos, carteles, volantes y dentro de las propias interacciones.

En las consultas se solicita atender principalmente enfermedades gástricas y en vías respiratorias; sin embargo, el seguimiento de embarazadas o enfermos crónicos, es constante en los consultorios. El médico general y la enfermera participan en la realización de una consulta como especialistas de la salud, aunque la enfermera también realiza actividades administrativas, como el control de turnos y el cotejo de expedientes.

Como un espacio para fomentar el cuidado de la salud, en esta clínica se organizan grupos de apoyo que abordan diferentes temas de salud: el de Dulce vida se enfoca en enfermedades crónicas, como diabetes, hipertensión y obesidad; y el de Cuidados Prenatales, se enfoca en embarazadas. Cada grupo cuenta con una trabajadora social que se encarga de su funcionamiento; los especialistas de la salud, como endocrinólogos, nutriólogos, ginecólogos, pediatras y psicólogos, acuden al grupo para apoyar y dirigir algunas pláticas. Las sesiones se desarrollan en una dinámica tipo escolar: se dejan tareas, se realizan trabajos en equipo, las intervenciones se organiza por turnos, unas hacen preguntas y otras dan respuestas y

también existe la presencia de artefactos vinculados a la escuela como proyectores, pizarrones y cartulinas.

### *2.3.2 Integrantes del Centro de Salud*

El personal del Centro de Salud consta de un amplio y variado grupo de profesionistas y trabajadores de la salud. El personal médico es directamente responsable de atender a los pacientes que se presentan a consultas regulares o de urgencias (médicos y enfermeras). Los profesionistas de apoyo (trabajadoras sociales, técnicos de laboratorio y radiología) atienden otras necesidades de los pacientes que pueden impactar directamente el desarrollo y prevención de las enfermedades. El personal administrativo (secretarias, encargados de la farmacia, intendentes) se encarga del funcionamiento institucional, distribución de fármacos y cuidado de las instalaciones. La organización médico administrativa de la clínica es la siguiente:

- Director del Centro de Salud
- Coordinador médico
- Epidemióloga
- Administradora
- Médicos generales
- Jefa de enfermería
- Jefa de Trabajo Social
- Supervisora de enfermería
- Enfermeras de base
- Trabajadoras sociales
- Psicóloga
- Nutrióloga
- Jefe de laboratorio
- Radiólogo
- Administrativos
- Técnicos laboratoristas
- Educadores Familiares de Salud
- Médicos Pasantes
- Médicos internos
- Pasantes de enfermería
- Estudiantes de enfermería
- Intendencia
- Vigilancia

Los usuarios del servicio de salud, pacientes y sus familias, son vecinos de los barrios populares que circundan al Centro de Salud. El porcentaje de analfabetismo en

la delegación donde se ubica la clínica estudiada es del tres punto cinco por ciento, respecto al dos punto seis por ciento en promedio en el Distrito Federal (SIEGE, s/f). Analfabeta es definido por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía como la “persona de 15 años y más que declare no saber leer y escribir un recado” (INEGI, 1990).

Las consultas que estos usuarios realizan pueden dividirse entre quienes van a un servicio de ocasión, población fluctuante; y quienes acuden al Centro como parte de un seguimiento a una enfermedad o padecimiento. Los primeros acuden, regularmente, a una consulta de valoración y después de un seguimiento corto, son dados de alta. Los segundos, normalmente, son enfermos crónicos (obesos, hipertensos, diabéticos) o mujeres embarazadas que acuden al Centro de Salud como parte de su control y tratamiento clínico.

Las trabajadoras sociales se encargan de los grupos de ayuda mutua que promueve el Centro de Salud. Cada una de ellas se encuentra al frente de un grupo y, como parte de su trabajo, se encargan de organizar pláticas con invitados expertos en diferentes temas, para informar a los usuarios sobre sus padecimientos y la manera de cuidar su salud. En particular, los integrantes de los grupos de ayuda mutua son vecinos de los barrios circundantes a la clínica, quienes también acuden a revisión médica para apoyar conjuntamente a su salud.

Uno de los grupos es el de Cuidados Prenatales, que una vez por semana se reúne para brindar pláticas en un formato tipo conferencia: al frente se encuentra un experto hablando sobre el tema, los asistentes escuchan la plática y se abren espacios para preguntas o comentarios. De manera reiterada el experto domina la plática y las intervenciones de las participantes son, casi siempre, dirigidas y acotadas por él. Algunas veces se programan actividades para desarrollarse en futuras sesiones, estas tareas se anuncian con anterioridad y en ocasiones se les solicita a las integrantes colaborar con materiales que servirán de apoyo en la sesión. A este grupo acuden señoras jóvenes, de entre 17 y 25 años, la mayoría de ellas cuenta con secundaria incompleta, como Karla quien cursó hasta segundo de secundaria y durante las observaciones tenía siete meses de embarazo. Ella, igual que el resto de sus compañeras, no continuó sus estudios, y acude al Centro de Salud como parte del seguimiento y control de su embarazo. Karla participa semana a semana asistiendo al

grupo de ayuda mutua y mensualmente visita a un médico familiar en esta clínica para valorar su salud y la de su producto.<sup>13</sup>

Otro grupo de ayuda mutua es el de Dulce Vida que se enfoca en enfermos crónicos. Su organización es similar al grupo de embarazadas, con la particularidad de que en éste hay una actividad semanal desarrollada antes de la plática: los usuarios cada semana miden sus índices de glucosa en sangre y de presión arterial, y una vez por mes monitorean los niveles de triglicéridos, peso y circunferencia de cintura. Esta revisión la realizan los propios integrantes del grupo con equipo comercial de glucómetros y barómetros. Ellos, cada semana, se ponen de acuerdo para determinar quiénes se encargarán de evaluar uno de los índices y registrar los resultados en una lista que se entrega a la trabajadora social responsable del grupo. El resto de los integrantes tiene como tarea permanente registrar sus propios niveles en un cuadernillo de uso personal. Se trata de una libreta de forma italiana en donde los usuarios dividen cada hoja en celdas y columnas para anotar los niveles de los cinco indicadores mencionados.

Dulce Vida se conforma por adultos de entre 39 y 90 años, aunque la edad se encuentra acentuada entre los 40 y 60 años. Una de sus integrantes es Demetria, una señora de 59 años quien cursó hasta los primeros años de primaria, pero no la terminó, al igual que una de sus compañeras, Francisca, de 60 años, con la misma situación escolar. Ellas son integrantes regulares de este grupo y acuden al Centro de Salud como parte de su seguimiento como enfermas diabéticas. Semana tras semana ambas acuden a las pláticas, a la sesión de ejercicios físicos y de manera periódica a consultas de rutina con un médico general en esta clínica.

Dentro de estos grupos se evidencian repetidos aspectos escolares como un moderador al frente que domina y dirige la interacción, se realizan tareas y se reitera la presencia del formato IRE, por lo que algunos aspectos de la organización escolar parecen trasladarse al contexto de salud.

### *2.3.3 Trabajo de campo*

El trabajo de campo desarrollado se describe en esta sección. En la primera parte se aborda la exploración inicial al Centro de Salud, así como sus implicaciones para la

---

<sup>13</sup> El término médico producto se refiere al feto antes del nacimiento.

parte rigurosa del trabajo de campo; en la segunda parte, se aborda el proceso de la recolección de los datos que sirvieron para el análisis que conforma esta tesis.

#### Exploración inicial al Centro de Salud

El trabajo de campo tuvo lugar durante septiembre de 2008 a mayo de 2009. Los primeros meses estuvieron destinados a la realización de visitas exploratorias al campo de estudio, para observar las características físicas del lugar, identificar la presencia y circulación de materiales escritos, así como algunas dinámicas entre los usuarios y el personal administrativo y de salud, con el fin de elaborar un plan de inserción en las interacciones dentro de la clínica.

Durante este tiempo se logró contactar a los primeros informantes clave, como algunas trabajadoras sociales encargadas de los grupos de salud y a algunos usuarios recurrentes a la clínica, como algunos integrantes de Dulce Vida y Cuidados Prenatales. En la fase exploratoria se conocieron los escenarios para el presente estudio: las pláticas estructuradas de salud y las consultas de atención primaria.

Los grupos de apoyo a la salud ofrecen pláticas sobre temas de salud a sus integrantes. El grupo Dulce Vida atiende a pacientes diabéticos, obesos e hipertensos.<sup>14</sup> Otro grupo con características similares es el de Cuidados Prenatales al que asisten principalmente embarazadas, aunque también acuden familiares cercanos a éstas, como madres y esposos. El objetivo del grupo es dotar a las embarazadas de conocimientos que les ayuden en el cuidado como futuras madres, así como en la crianza de los bebés.

En el Centro de Salud existen otros grupos que ofrecen pláticas, como el de estimulación temprana, ofrecido a las madres de recién nacidos, o el de salud sexual, dirigido a adolescentes de las escuelas secundarias aledañas. Se decidió indagar en los grupos de Cuidados Prenatales y Dulce Vida debido a que la literatura internacional sobre alfabetización y salud reporta un énfasis reiterado en que los enfermos con padecimientos crónicos, como los que asisten a Dulce Vida, son los que tienen mayores visitas al hospital, que su padecimiento obedece o se agudiza por un mal cuidado de su salud (Andreas y Roth, 2002; Williams *et. al.*, 2002). En particular, en México, la diabetes es considerada como el mayor reto que enfrenta el sistema nacional de salud y “es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa, una de las principales causas de hospitalización y la enfermedad que

---

<sup>14</sup> Entrevista con Ángela López, Ciudad de México, abril de 2009.

consume el mayor porcentaje del gasto de nuestras instituciones públicas” (Secretaría de Salud, 2007: 29).

El caso de las embarazadas es similar, existe una amplia literatura que aborda el tema del cuidado materno-infantil y aunque el embarazo se aborda de manera clínica, no se trata de una enfermedad, sino de una etapa normal en la vida de muchas mujeres en la edad fértil.

En las consultas de medicina general que esta clínica ofrece la producción e interpretación de textos escritos (como expedientes y formularios), de dibujos y anotaciones numéricas, así como la referencia a conocimientos formales es una situación permanente, por lo que después de las primeras observaciones en uno de los consultorios de esta clínica, se propuso conceptualizarlo como un lugar donde se producen y se ponen en juego conocimientos sobre salud. En las consultas se establece una conversación tipo entrevista entre los especialistas de la salud, enfermeras y médicos, y los usuarios del servicio, por lo que las interacciones médico-paciente forman parte del análisis de esta tesis (Erickson, 2004).

#### Recopilación de datos

Esta investigación requirió desarrollar herramientas que permitieran la obtención de datos detallados, por lo que se recurrió a utilizar registros de audio acompañados de notas de campo, entrevistas y se recopilaron materiales impresos diseminados en toda la clínica. Una vez realizado el primer acercamiento, se procedió a visitar algunas sesiones estructuradas de salud del grupo de embarazadas y del grupo de diabéticos. Mi presencia en estos grupos fue posible gracias a la disposición de una médica general que impartiría un bloque de sesiones en el grupo Cuidados Prenatales. Se le explicó a *grosso modo* la intención de presenciar las pláticas y sin mayores problemas permitió mi asistencia. Una vez dentro del grupo se realizaron observaciones, notas de campo y registros de audio de manera rigurosa durante octubre, noviembre y parte de diciembre, aunque las visitas se realizaron de manera continua durante los nueve meses que conformaron el trabajo de campo. En las sesiones observadas se abordaron diversos temas con relación al cuidado materno infantil durante la gestación, como la alimentación, los cambios en el cuerpo de la madre, lactancia y el trabajo de parto.

Después de observar este grupo, se estableció contacto con la trabajadora social encargada del grupo Dulce Vida para ingresar a las sesiones. En este grupo se

observaron, de enero a abril de 2009 pláticas de salud y la realización de ejercicios físicos, que se efectúan como parte de las actividades para ayudar conjuntamente a la salud.

Del total de las observaciones realizadas se seleccionaron tres de cada grupo para analizar a detalle, con base en criterios de: el tipo de temas abordados, la presencia y el uso de materiales escritos, el tipo de interacciones suscitadas y la calidad de audio; por ejemplo, se detectaron aquellas sesiones donde se realizó la lectura de un material multimodal (Kress, 2003), otra, donde hubo lectura ampliada de materiales de apoyo y donde la presencia de lectura y escritura fue explícita.

Pláticas estructuradas de salud	
Contexto	Fecha
Cuidados prenatales	21 de octubre de 2008
	7 de abril de 2009
	5 de mayo de 2009
Dulce Vida	6 de marzo de 2009
	13 de marzo de 2009
	24 de abril de 2009

Concluidas las visitas a los grupos de apoyo, se observaron las interacciones dentro de uno de los 12 consultorios médicos de esta clínica. El objetivo fue conocer las interacciones alrededor de los temas en salud, así como el uso y despliegue de materiales escritos. Las visitas a este consultorio se realizaron entre abril y mayo de 2009 y del total de las observaciones se eligieron seis para su análisis, la selección se realizó con los mismos criterios de las sesiones de salud.

Contexto	Fecha
Consulta de atención primaria	14 de abril de 2009
	14 de abril de 2009

Durante el trabajo de campo se realizaron varias entrevistas informales con algunos actores clave, (trabajadoras sociales, médicos, enfermeras y usuarios del servicio de salud), que sirvieron para detectar a informantes y proceder con entrevistas formales.

Entrevistas	
Entrevistado	Fecha
Trabajadora social	2 de abril de 2009
Médico general	14 de marzo de 2009
Médico general	26 de abril de 2009
Usuaría de grupo de ayuda mutua	20 de enero de 2009
Usuaría de grupo de ayuda mutua	10 de febrero de 2009

### 2.3.4 Preparación de los datos

Las transcripciones de los audios grabados se realizaron de manera simultánea con las observaciones y los registros, utilizando una serie de códigos para precisar y registrar las formas del habla de los sujetos: las entonaciones, los énfasis, las interrupciones, y las frases simultáneas, a fin de hacer explícitos los micro fenómenos comunicativos portadores de significado, tratando de evidenciar los pequeños aspectos que le dan significado a lo que se expresa. Para facilitar la lectura de las transcripciones se optó por usar los signos de puntuación convencionales: para designar entonación ascendente signo de interrogación (?); descendente coma (,), para señalar el alargamiento de vocales se marca con dos puntos por cada segundo (::), las palabras no terminadas se señalan con una línea diagonal (/).<sup>15 16</sup> Para representar los turnos conversacionales de los usuarios en las interacciones se utilizaron las iniciales de sus nombres (por ejemplo, la intervención de María se codifica como M); otra manera de representar a los usuarios es poniendo la inicial de su ocupación (por ejemplo, nutrióloga se codifica como N) con la finalidad de identificar claramente a los participantes y distinguir entre una persona y otra.

Las transcripciones y las codificaciones representaron un primer momento de análisis (Ochs, 1999), pues permitieron contemplar lo que parecía susceptible de analizar tomando como criterio la identificación de episodios donde se apreciaba un material escrito, donde había presencia de lectura y/o escritura, así como los momentos en los que se hacía referencia a conocimientos formales vinculados a la salud. Como punto inicial del análisis se estableció la categoría evento letrado (Heath, 1983), pues permitió detectar aquellas situaciones en las cuales la presencia o referencia a la cultura escrita constituía un elemento relevante para comprender las

<sup>15</sup> En el anexo 1 se presentan la lista completa de los códigos de transcripción.

<sup>16</sup> Todos los audios obtenidos se transcribieron completos, pero las codificaciones rigurosas se realizaron únicamente a aquellos episodios seleccionados para el análisis.

interacciones. En una primera revisión de los registros se identificaron los episodios principales de cada evento comunicativo el cual se entiende como las unidades que tienen en común un tema particular y se delimitan por los cambios en la temática. Los episodios conforman a los eventos, siendo los primeros una unidad de análisis menor o más concreta que el evento.

Una vez transcritos, identificados y codificados los episodios susceptibles para el análisis se procedió a escudriñar las interacciones a través de una primera clasificación temática mediante el uso de descriptores.<sup>17</sup> Para esto se utilizó el programa de análisis cualitativo Atlas.ti, que permite elaborar descriptores para nombrar distintas interacciones. Más tarde éstos se agruparon en familias que englobaron de manera general a los fenómenos señalados con los descriptores. Una vez realizadas las agrupaciones se conjuntaron cuatro categorías entre las cuales se encuentran lectoescritura, donde se agrupan aquellas situaciones en donde se lee o se escribe, ya sea por los especialistas en salud o por los propios usuarios. Otra categoría corresponde a conocimientos formales, la que resulta de las más complejas, ya que conjunta las solicitudes, inferencias, menciones o referencias al manejo de conocimientos de tipo formal con relación a la salud. Otra categoría se encuentra en percepción del paciente, aquí se trata de mostrar la construcción de la identidad de los usuarios por parte de los especialistas de la salud. Fue necesario identificar los usos de los materiales escritos, por lo que se construyó la categoría uso de materiales, donde se evidencia la función que los distintos materiales desempeñan dentro de las interacciones detectadas.

El cuadro siguiente esquematiza las familias construidas y ofrece una descripción general sobre su composición:

Categorías	Descripción
Lectoescritura	Contempla aquellos momentos en que se hizo presente la lectura y/o la escritura.
Conocimientos formales	Contempla la mención y/o solicitud de conocimientos formales sobre la salud, en especial por los especialistas en este contexto.
Percepción del paciente	Contempla elementos que permiten la construcción de identidad de los pacientes por los especialistas de la salud.
Uso de materiales	Contempla el uso de materiales escritos dentro de las interacciones.

<sup>17</sup> Estos descriptores son etiquetas que sirven para nombrar interacciones encontradas y que fueron recurrentes en el habla y en las interacciones de los observados.

### *2.3.5 Procedimiento analítico*

Las cuatro familias mencionadas se construyeron a partir de las interacciones recurrentes en los episodios analizados, tanto del consultorio como de las pláticas de salud y fueron categorías intermedias que sirvieron para la construcción de las categorías amplias descritas más adelante. El análisis implicó identificar regularidades en cada una de ellas, ubicar referencias discursivas e identificar tipos de interacción alrededor de la cultura escrita. Una vez integradas las interacciones en estas categorías, se regresó a las premisas obtenidas desde la literatura que enlaza a la salud con la alfabetización, y se inició un análisis a la luz de las mismas con el fin de indagar qué implicaciones tienen a partir de un referente empírico. A partir de esta revisión, se construyeron tres actividades realizadas por los pacientes para enfrentar lo escrito y relacionarse con el personal médico: tomar decisiones, asumir compromisos con su salud, y construir su identidad y la de otros. Este análisis se presentará a detalle en el capítulo cinco (Los pacientes frente a los expertos).

La descripción del paisaje escrito de la clínica fue uno de los puntos sustanciales para el presente estudio, puesto que en los materiales escritos que circulan en la clínica hay muestras de conocimientos formales relacionados a la salud. Este será el tema del siguiente capítulo.

## CAPÍTULO 3

### LA CULTURA ESCRITA EN EL CENTRO DE SALUD: EL PAISAJE ILUSTRADO

En los diversos espacios del Centro de Salud se encuentran muestras de escritura, así como oportunidades para leer y escribir. Para el análisis de las interacciones que surgen a partir de los materiales escritos y alrededor de otras manifestaciones de la cultura escrita (la referencia a un documento, la movilización y despliegue de conceptos y conocimientos formales, o el uso de artefactos de la lectura y escritura en el contexto de una conversación), es necesario hacer una primera diferenciación entre la disponibilidad y el acceso a la cultura escrita (Kalman, 2005). La primera centra la atención en la presencia física de materiales escritos, en tanto que la segunda señala las condiciones sociales que hacen posible su apropiación y uso. Estos conceptos son centrales para el análisis de lo escrito en el contexto de salud, debido a que la literatura sobre el tema afirma que gozar de buena salud es una cuestión que atraviesa por la alfabetización, y en especial por la capacidad de leer (Baker *et. al.*, 1997, Friedland, 1998, Andrus y Roth, 2002). Sin embargo, la relación entre lectura y salud no es explícita, en su lugar se realizan planteamientos generales como el que un analfabeta no aprovecha las instituciones y servicios de salud, que no es capaz de seguir correctamente las indicaciones médicas, que tiene limitaciones para hablar sobre su propio estado físico, y que tiene mayores ingresos al hospital por no saber leer y escribir, por ejemplo. Uno de los propósitos de este estudio es cuestionar, desde datos empíricos, estas afirmaciones y contribuir a la construcción más precisa de la relación entre el acceso a la cultura escrita y el cuidado de la salud.

Para lograr este fin, se revisan aquellos momentos donde los participantes enfrentan situaciones que involucran diferentes dimensiones de la cultura escrita. Este capítulo inicia el análisis con la descripción de algunos materiales escritos que circulan en este Centro de Salud y que están dirigidos a los usuarios de la clínica. Cabe señalar que los volantes, trípticos, periódicos murales y carteles contienen información de salud compleja. En su composición se nota que existe un esfuerzo por simplificarla, para ello se utilizan caricaturas, diversos colores, textos cortos y predecibles, aunque no necesariamente estos elementos contribuyen a hacer más accesible el significado que se busca transmitir. En las observaciones realizadas no se constató ningún caso en el que los usuarios del servicio leyeran de manera espontánea alguno de los materiales que a continuación se describen. Parece que el hecho de hacerlos

visualmente más atractivos, aparentemente fáciles de leer y concretos, no resultan factores que atraigan la atención de un lector, pues fueron ausentes los momentos de su lectura, y se esperaría que ésta fuera el resultado.

### *3.1 Materiales escritos de difusión*

Diversos tipos de materiales escritos circulan en el Centro de Salud: volantes, carteles informativos, documentos de uso institucional, anuncios, registros y periódicos murales. Algunos de ellos se distribuyen en las pláticas de los grupos organizados para apoyar la presentación de los expositores o como parte de una actividad de aprendizaje. Su distribución se da de diferentes maneras: algunos son repartidos a los usuarios por parte del personal que labora en la clínica (los volantes o algunos materiales de apoyo didáctico); otros se exhiben en las paredes del Centro (los periódicos murales, anuncios y carteles); y los de uso institucional (carnet, recetas, expediente médico) circulan entre los diferentes espacios de la clínica, como el consultorio, el laboratorio y la farmacia. A través de los carteles, volantes y periódicos murales se promueven campañas sobre diferentes temas de salud, cuya información se pone al alcance del paciente y sus acompañantes mientras esperan su turno de atención o se desplazan de una parte de la clínica a otra; los documentos oficiales permiten solicitar servicios e identificar a los sujetos como derechohabientes del servicio de salud; y los materiales didácticos se comentan en las pláticas ofrecidas por los profesionistas encargados o sirven de apoyo para sus exposiciones.

A continuación se presenta una selección de algunos textos que se distribuyen en la clínica, se eligieron para ilustrar el tipo de materiales escritos así como algunos contenidos que circulan en este Centro de Salud. Cada material se presenta acompañado de una descripción detallada para finalizar con un cuadro que condensa sus características, seguido de una discusión analítica.

#### *3.1.1 Volantes y trípticos*

Estos materiales abordan diversos temas como pueden ser enfermedades de transmisión sexual, métodos anticonceptivos, vacunación, enfermedades de la época, incluso hasta esterilización canina. Su difusión en el Centro de Salud se presenta de distintas maneras: los volantes y trípticos se depositan en una caja dispensadora adaptada para su disposición en la pared del pasillo de los consultorios para que los

usuarios de manera libre puedan tomarlos. Según la trabajadora social Ángela, los materiales se cambian cada semana de manera tal que cada ocho días se ofrece un tema diferente a los que visitantes.<sup>18</sup> Sin embargo, en lo observado se constató que en ocasiones no hay volantes disponibles en el buzón, mientras que en otras el tema siguió siendo el mismo por más de dos semanas continuas.

Una manera más de distribuir volantes y trípticos es en las pláticas de los grupos de apoyo a la salud en donde las trabajadoras sociales los reparten a los asistentes como apoyo escrito del tema de la sesión. En las ocasiones en que el tema del material no se relacionó con el desarrollado en la sesión, los especialistas de la salud manifestaron que su distribución se debía a la importancia de conocer su contenido.

Los volantes y trípticos aquí descritos tienen algunas características similares: todos contienen los logotipos de la Secretaría de Salud y del Gobierno del Distrito Federal, este aspecto sugiere que estos materiales forman parte de una amplia campaña de difusión promovida desde esta institución de salud apoyada por el gobierno capitalino; los materiales contienen caricaturas que apoyan la descripción escrita o que aportan nuevos significados al material; el uso de diferentes colores se acentúa en diversos materiales, parece que este hecho busca hacerlos más atractivos.

Uno de los volantes que se distribuyó en el Centro de Salud es el llamado *Diabetes*. En la parte superior de la carátula se encuentra el título del volante *¿Diabetes?* escrito en letras grandes de color blanco que le hace resaltar del fondo; se enuncia en forma de pregunta que puede interpretarse, por lo menos, de dos maneras: por un lado, como una pregunta que se refiere al conocimiento de la enfermedad (*¿Qué es la diabetes?*), y por otro, a si el lector la padece (*¿Tienes diabetes?*). En



este caso, parece que el sentido es si se padece diabetes, pues debajo de la pregunta

<sup>18</sup> Entrevista con Ángela López, Ciudad de México, abril de 2009.

se encuentra una frase que dice *si sospechas tenerla...* El enunciado continúa en otro renglón con un verbo en imperativo, *Acude*, que llama al lector a realizar la acción de asistir a un centro de salud. Esta frase utiliza el adverbio ¡YA! con signos de admiración y de acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española significa “inmediatamente o ahora mismo” en sentido enfático y de urgencia que subraya la gravedad del padecimiento o la premura de atenderlo. Los puntos suspensivos que se utilizan en esta oración<sup>19</sup> dejan el texto abierto e incitan al lector a buscar más información. De manera general, el mensaje de la portada es incitar a acudir a una institución de salud si padeces o sospechas tener diabetes.

En la portada del volante se encuentra una imagen circular dividida en dos secciones por pestañas de diferentes colores; DETECCIÓN OPORTUNA (anaranjado) y



TRATAMIENTOS (rosa). La primera pestaña tiene dos subdivisiones, PREVENCIÓN y DETECCIÓN, y la segunda tres, MEDICAMENTOS, ALIMENTACIÓN y ACTIVIDAD FÍSICA; cada una de estas secciones incluye un dibujo que completa el significado de las palabras que dan nombre al apartado. Los soportes gráficos utilizados en esta imagen tienen un aspecto caricaturesco, es decir, no obedecen a dibujos fidedignos de los objetos retratados y son

exageraciones o representaciones esquemáticas sobre lo que representan. Cabe señalar que es una figura sumamente compleja de leer, pues el lector tendría que identificar que se lee, en sentido circular y de afuera hacia adentro; que los dibujos son representaciones exageradas de los que se indica en las pestañas; y tendría que inferir que el glucómetro en la parte de DETECCIÓN OPORTUNA significa que una manera de detectar la diabetes es a través del monitoreo sanguíneo en un aparato como ese.

<sup>19</sup> Los puntos suspensivos se utilizan frecuentemente en este material, aunque no necesariamente siempre se interpretan de la misma manera. Por ejemplo, la primera vez señalan una pausa (análoga a la oralidad) para dar paso a la recomendación y en la segunda ocasión generan la sensación de una frase o idea incompleta e invitan a seguir buscando información en el interior del folleto.

El volante contiene diversas imágenes portadoras de significados relacionados con la diabetes; por ejemplo, en la página dos se encuentra un dibujo de tres personas enmarcadas en óvalos unidos por líneas, para representar una genealogía y puede relacionarse con el párrafo que contesta a la pregunta *¿Quiénes tienen mayor riesgo de sufrir esta enfermedad?* pues ahí se menciona que los antecedentes familiares influyen en la propensión de su padecimiento. El dibujo y el texto se encuentran distantes el uno del otro, por lo que el lector tendrá que ubicar y relacionar ambos elementos y además hacer inferencias sobre la explicación del gráfico en sí. El interior del volante sigue un patrón de preguntas con respuestas en frases completas o en listas de información y se acompañan de dibujos simplificados que no necesariamente se encuentran espacialmente cercanos al texto. Por ejemplo, en la página dos los dibujos del páncreas con el duodeno y el de la gota de sangre con la bolsa de azúcar se relacionan con el texto que responde a la pregunta *¿Qué es la Diabetes Mellitus?* pues ahí se menciona que la enfermedad se presenta por el mal funcionamiento de los órganos y ocasionan altos niveles de azúcar en sangre, pero tanto el texto como los dibujos se encuentran dispersos y lejos unos de otros, por lo que en la lectura se tendrá que inferir su relación.



En los pequeños párrafos que conforman el material se presenta cierta constancia sintáctica, por ejemplo la mayoría de los párrafos inician con una pregunta que se contesta en forma de lista relacionando cada frase con el interrogante, pero hay partes donde la concordancia no es uniforme, como en el párrafo que inicia con la pregunta *¿Qué puedes hacer?* de la página tres, cada una de las oraciones que conforman la respuesta contestan de una manera particular a la pregunta, pero en el renglón ocho aparece una información que no sigue la coherencia establecida y rompe con el patrón de respuesta.

También se distribuyó en la clínica el material con el título de *Salud Sexual y Reproductiva* el cual tiene una presentación tipo tarjetón. Su portada tiene un fondo rosa degradado en donde el título se encuentra escrito en color rosa más fuerte sobre una banda café oscuro que en conjunto armonizan con todo el conjunto. En la esquina

superior izquierda de la carátula se encuentra el dibujo de un cayuco<sup>20</sup> con una bandera y la representación de una persona y se acompaña de una leyenda que dice *¡No te embarques! Planea tu vida;* el cayuco es una representación concreta de embarcación, aunque el verbo *embarcar* de la leyenda tiene un sentido figurativo.

La portada contiene una leyenda dividida en dos secciones, que promueve el uso del condón entre los jóvenes. Al fondo se encuentra tres dibujos amarillos que



simulan personas con un condón en la cabeza como sombrero que utilizado así ilustra una posición anatómica incorrecta en un folleto que busca promover el uso del preservativo para la

prevención de embarazos y de enfermedades de transmisión sexual. En la portada hay otro dibujo de un preservativo que simula a una persona, éste parece restar solemnidad al tema y crear una sensación amigable con el lector.

El reverso del material contiene un texto tipo instructivo que promueve el uso correcto del condón y consta de cinco pasos acompañados de dibujos ilustrativos formales que buscan ilustrar de manera fiel y correcta las indicaciones que se señalan para utilizar el preservativo. A manera de fondo del instructivo se repite el dibujo de la portada que contiene la leyenda *¡No te embarques! Planea tu vida,* esta reiteración del dibujo sugiere una intención permanente, en frente y reverso, de recomendar el cuidado sexual de los jóvenes. A la derecha del instructivo se encuentra un espacio rectangular donde se coloca un preservativo que se distribuye de forma gratuita pegado en este volante.

<sup>20</sup> Cayuco es una embarcación menor, semejante a una canoa.

Otro material que hace referencia a la salud sexual es este tríptico *Usar condón, tu mejor opción*. En la portada se encuentra la frase *Usar condón, tu mejor opción*, que inicia con un infinitivo con función imperativa y utiliza un pronombre posesivo, *tu*, para apelar directamente al lector. Al alinear estas dos frases, la oración se hace semánticamente compleja y requiere que el lector conozca la funcionalidad de la puntuación para comprender su



significado: es decir, en lugar de escribir *Usar condón es tu mejor opción*, se deja la segunda frase sin un verbo conjugado y se enfatiza el uso del preservativo como una opción entre muchas, pero en este caso lo presentan como la mejor para el lector. Parece que el autor del material escogió esta estructura para crear una rima y proporcionar un sonido armonioso que ayudara a hacer más fácil recordar la oración, por naturaleza de la musicalidad.

A partir de la página dos se inicia un patrón de pregunta respuesta que se sigue en el resto de las hojas tres, cuatro y cinco. Este formato utiliza preguntas concretas y acotadas, mientras que las respuestas varían entre frases completas que forman pequeños párrafos y listas de información.

Algunos términos médicos se utilizan en este material, como los referentes a los nombres de las pruebas de ELISA y Western Blot,<sup>21</sup> lo que supone que el lector tendrá conocimientos previos sobre su significado o que conoce estas pruebas, puesto que en este tríptico no se explicita a qué se hace referencia, por lo que existe el supuesto de el lector lo podrá inferir lo que significa del contexto.

<sup>21</sup> Ambas son pruebas altamente utilizadas y eficaces para detectar el virus del VIH.

El volante *Seguro Médico para una Nueva Generación* promueve el programa Seguro Popular,<sup>22</sup> uno de los más impulsados en este Centro de Salud. El volante



define brevemente el programa y enuncia los requisitos para su acceso. El paréntesis se utiliza en la lista de requisitos para ejemplificarlos, como en el caso de la identificación personal.

Un volante referente al Seguro Popular que circuló en la clínica es el *¿Estás embarazada? Afílate al Seguro Popular*. En él se explican algunas características del Programa. Como telón de fondo del título y de las especificaciones del programa hay un dibujo que simula a una mujer embarazada con los brazos abiertos. En la sección derecha del volante se enlistan los requisitos para ingresar al programa, utilizando el paréntesis para ejemplificar el requisito de *identificación oficial*. En la parte inferior hay una frase en imperativo, **REGÍSTRATE AQUÍ, QUEREMOS APOYARTE**, suponiendo que los materiales tendrán que distribuirse en establecimientos donde el público se pueda afiliar o precisamente en el módulo del Seguro Popular.

El tríptico *¿Vivir sin tabaco?* busca incidir en la regulación de comportamientos relacionados con la buena salud. El título del tríptico se enuncia en forma de pregunta que por lo menos tiene dos interpretaciones: cómo es la vida sin tabaco y la posibilidad de dejar de fumar.

Por la frase que se encuentra en la parte inferior de la portada, *Tú puedes*, la segunda posibilidad de interpretación resulta la más conveniente. En el interior del material (cara dos, tres, cuatro y cinco) se comparten consejos útiles para dejar de fumar y se utilizan fotografías (de un reloj, un vaso de agua y un frutero) que apoyan al texto, aunque su ubicación no es



<sup>22</sup> “El Seguro Popular forma parte del Sistema de Protección Social en Salud, el cual busca otorgar cobertura de servicios de salud, a través de un aseguramiento público y voluntario, para aquellas personas de bajos recursos que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social” (Seguro Popular, 2010)

directamente relacional a éste y se encuentran en lugares distantes al contenido al que se refieren.

Esta descripción detallada de los materiales abre las puertas para realizar un análisis comparativo de algunos de sus aspectos y poder contrastar algunas particularidades, semejanzas y diferencias entre ellos. El cuadro siguiente condensa los elementos que contienen estos materiales.

Materiales						
Características	Volante 1: <i>Diabetes</i>	Volante 2: <i>Salud sexual y reproductiva</i>	Volante 3: <i>Seguro médico para una nueva generación</i>	Volante 4: <i>Afiliate al Seguro Popular</i>	Tríptico 1: <i>Usar condón, tu mejor opción</i>	Tríptico 2: <i>¿Vivir son tabaco?</i>
Dimensiones	Del tamaño de una hoja carta	14.5 cm de ancho y 10.5 de alto	Mitad de una hoja tamaño carta	Mitad de una hoja tamaño carta	Del tamaño de una hoja carta	Del tamaño de una hoja carta
Número de hojas	4	2	1	1	6	6
Tipo de imágenes	Dibujos	Dibujos	Dibujos	Dibujos	Dibujos	Dibujos
Relación texto imagen	La imagen aporta nueva información al texto	La imagen sirve como apoyo del texto	Imagen decorativa	Imagen decorativa	La imagen sirve como apoyo del texto	La imagen sirve como apoyo del texto
Tipo de textos	Informativo	Informativo / tipo instructivo	Informativo	Informativo	Informativo/ tipo instructivo	Informativo
Uso del espacio	Se privilegia a la imagen	Se privilegia el texto	Se privilegia el texto	Se privilegia el texto	Se privilegia el texto	Se privilegia el texto
Uso de imperativos (llama a la acción)	v	v		v	v	v
Logotipos institucionales	v	v	v	v	v	v
Invitación al uso de los medios electrónicos	v	v	v	v	v	v
Uso de formas sintácticas reiteradas	v	v			v	v

Los materiales están elaborados y dirigidos a un tipo particular de público, por ejemplo, el volante *Diabetes* se dirige a posibles pacientes de diabetes; a través del volante *Salud Sexual y Reproductiva* se busca a un público joven, sexualmente activo; el volante *Afiliación al Seguro Popular* busca a mujeres embarazadas que no cuenten con ningún tipo de seguridad social. En este caso particular, se requiere que además

de la capacidad de leer, la lectora cuente con documentación, no necesariamente redactada por ella, que acredite el estado de embarazo, nacionalidad y domicilio si busca el beneficio del programa. Esto implica contar con prácticas cotidianas y conocimientos sociales acerca de lo escrito, en concreto identificar y saber qué son las abreviaturas de CURP e IFE, a qué tipo de documentos corresponden y contar con un archivo familiar donde se guardan el acta de nacimiento y otros documentos socialmente valorados (Kalman, 2005).

En el volante *Diabetes* el lector necesita articular significados entre el texto y los dibujos para armar una correspondencia complementaria y se requiere flexibilidad en la direccionalidad de la lectura para comprender la ilustración compleja de la portada, donde se solicita una lectura de fuera hacia adentro y del centro hacia la derecha en sentido circular y que pueda relacionar esta información con el contenido presentado en el interior del material.

Algunas de las implicaciones para la lectura de estos materiales es que el lector posea algunos conocimientos previos sobre diversos temas de salud para poder comprender el contenido, que acepte seguir las indicaciones, sugerencias y realizar las acciones ahí sugeridas, que lea entre líneas, es decir, que haga las inferencias de lo que los autores han dejado implícito en el texto. El uso de caricaturas en algunos casos sugiere que la intención es simplificar el texto y que los dibujos facilitan el entendimiento o que por sí solos simplifican el contenido. Sin embargo, algunas caricaturas como el páncreas en el volante *Diabetes* o la gota de sangre en la bolsa de azúcar, son difíciles de interpretar e implican conocimientos especializados: la proporción de una bolsa de azúcar a una gota de sangre puede entenderse como que hay mucha azúcar en la sangre; la sobredimensión del páncreas es para mostrar su ubicación en relación a una sección del intestino delgado, aquí llamado *duodeno*.

En estos materiales hay una clara intención de incidir sobre prácticas poco favorables para la salud, por ejemplo el dejar de fumar o cuidar la alimentación de los diabéticos. Este esfuerzo por parte de las instituciones de salud del Gobierno del Distrito Federal resulta acertado tanto a nivel individual, familiar como social pues acercar este tipo de conocimientos a la población implicaría, en un sentido ideal, llevar a mejores estilos y niveles de vida; sin embargo, se desconoce el impacto real que materiales de lectura como estos puedan tener en comportamientos sociales profundamente arraigados. Es aventurado suponer que la lectura de materiales como estos, aún entre una población escolarizada y letrada, son suficientes para cambiar

sus formas de alimentación, incidir en el uso del preservativo o convencerlos de que se inscriban en un servicio médico, es decir, realizar acciones que tenderían a mejorar el cuidado de su salud. Una clara ilustración de lo anterior es el estudio reportado en el periódico La Nación en 2007 (Pfizer, 2010): los médicos fuman más que la población en general y evidentemente su conducta no se puede explicar en términos de alfabetismo o analfabetismo, se trata de una situación que rebasa la lectoescritura y se inserta en la complejidad de múltiples factores sociales.

### 3.1.2 Periódicos murales

En el interior del Centro de Salud se ubican tres periódicos murales: uno se coloca en la entrada principal y los otros dos en la sala de espera de los consultorios. La elaboración de estos materiales está a cargo de dos departamentos: el de enfermeras (los de la sala de espera) y el de trabajo social (el de la entrada).

Los temas abordados en los periódicos son diversos, siguen el orden de una calendarización que la Secretaría de Salud del Distrito Federal envía al Centro al inicio del año, la cual regularmente coincide con temas emergentes, como es el caso de enfermedades respiratorias en invierno; el día mundial de la lucha contra el sida, en diciembre; el día de la mujer, en marzo, fecha en que por ejemplo, tratan temas como Papanicolaou, mastografías, colposcopias, entre otros.<sup>23</sup> Cada uno de los periódicos aborda un tema en particular, de tal manera que no se empalman ni se repiten. Ángela, una de las trabajadoras sociales de la clínica, mencionó que “el diseño de los periódicos se realiza de acuerdo a la creatividad de quien lo elabora”, aunque considera que se debe privilegiar el 80 por ciento de imagen sobre el 20 por ciento de texto y argumenta que estas proporciones son establecidas desde la licenciatura en trabajo social debido a que, según ella, la imagen puede hablar por sí sola, mientras que la escritura limita el acceso de todo el público al contenido, puesto que no toda la población es lectora y agrega que para la elaboración de estos materiales es importante respetar y seguir los lemas oficiales de las campañas promovidas.

Para analizar materiales de este tipo, se presentan dos fotografías de periódicos murales producidos en el Centro de Salud durante el trabajo de campo y se describen detalladamente sus características.

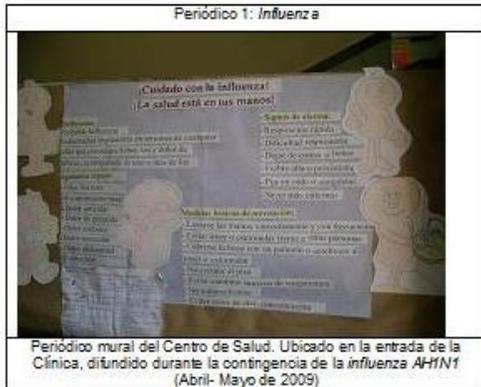
Durante la contingencia del virus de la Influenza AH1N1, de abril a mayo de 2009, se difundió este periódico mural y se ubicó en la entrada de la clínica. El

---

<sup>23</sup> Entrevista con Ángela López, Ciudad de México, abril de 2009.

contenido fue dedicado a la influenza estacional, pese a que la contingencia era por la AH1N1. El material se diseñó sobre un fondo café en papel de estraza y en el centro se encuentra un rectángulo blanco el cual contiene la información en texto, a los lados como a manera de margen se encuentran los dibujos que se utilizaron como iconos durante la emergencia sanitaria; en la parte inferior izquierda se localiza un anexo, como pedazo añadido, que contiene información relacionada a la influenza estacional.

El título se enuncia en dos renglones con signos de admiración y resaltado en rojo como dando una sensación de alerta. Seguido del título se encuentra un pequeño



párrafo de cinco renglones donde se define brevemente la enfermedad, esta información sirve para dar paso al siguiente párrafo referido a los posibles signos que se presentan ante su contagio, y como continuación, en la derecha, se encuentra un apartado que contiene los signos de alarma. Como cierre de información escrita se encuentra un espacio dedicado a las medidas

básicas de prevención, las que se presentan como el resto de la información en forma de lista. En la definición de la influenza, este patrón no se sigue, en su lugar se presenta una frase corta.

Los dibujos que contiene el periódico funcionan como una representación gráfica del texto, por ejemplo en las medidas básicas de prevención en donde se menciona lavar las manos, se encuentra un dibujo de una persona lavándose las manos; donde se sugiere estornudar cubriéndose con el antebrazo, se ubica un dibujo mostrando cómo hacerlo. A manera de anexo, el periódico contiene una tabla que caracteriza el catarro común y la influenza y se titula *EVITE CONFUNDIRSE*, en seguida se encuentra la pregunta *¿Cuales son las diferencias entre un catarro común y la influenza???*<sup>24</sup> que abre con un signo de interrogación y cierra con tres, lo que indica un manejo distinto a las convenciones de escritura y pese a que es una interrogante, no se acentúa. Esta es una pregunta similar a las que se encuentran en algunos de los volantes, así como en los libros de texto, como un ejercicio de comprensión lectora donde una vez expuesta la información el alumno/lector debe repetir la información leída como ejercicio que busca verificar la memorización del contenido. Debajo de la

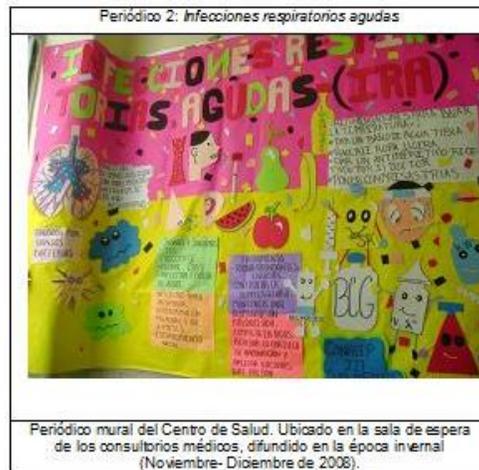
<sup>24</sup> La transcripción de los materiales se realiza de manera fiel al original.

pregunta se encuentra un cuadro que expone de manera esquemática los síntomas que comparten las dos afecciones, el resfriado común y la influenza, donde se especifica cómo se presentan en cada caso para evitar confusiones entre ambas.

El lenguaje que se utiliza en este material es sencillo pues las frases son cortas, prácticamente no hay oraciones subordinadas, se trata de listas de frases sintácticamente análogas (lavarse las manos, evitar toser, cubrirse la boca) y repetitivas (dolor muscular, dolor de garganta, dolor articular), estos son dos recursos que vuelven el texto altamente predecible para un lector precario. El material se estructura en tres partes fáciles de identificar: la definición de la influenza, los signos de alarma que presentan y las medidas básicas de prevención de contagio.

Otro periódico mural elaborado en la clínica es el de **INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)**. Se exhibió durante noviembre y diciembre de 2008 en la sala de los consultorios del primer nivel. En él se mostraban algunos síntomas de las infecciones agudas en vías respiratorias, así como sus causas, su tratamiento y algunas recomendaciones. El fondo del periódico fue dividido por dos colores muy llamativos y contrastantes entre sí, rosa y amarillo. La división no parece obedecer a una lógica de organización, sino a una

de índole puramente estética y una división aleatoria. Cada de una de las letras del título se muestra en un color diferente y se utiliza el paréntesis para indicar la abreviatura del nombre del periódico. Parece haber una intención de crear un comunicado llamativo que atraiga la atención de los lectores potenciales, pues se juega con los colores de una manera reiterada tanto



en el fondo como en el resto de los elementos y en el título se alterna una letra por color. Algunas graffías utilizadas no corresponden a las convenciones del alfabeto, por ejemplo la letra N en **INFECCIONES** se escribe en una orientación distinta a la usual. Se trata de presentar un tipo de elementos modificados para hacerlo más atractivo, pero que representa una dificultad para un lector precario o que desconoce la intención de dicha presentación.

Este periódico mural utiliza lenguaje especializado como HIPOTERMIA o ANTIPIRÉTICO y para comprender este material es necesario conocer el significado de este tipo de términos o tener la posibilidad de indagar sobre él. Este uso de terminología médica podría disminuir el interés de algunos lectores u obstruir la realización de una lectura comprensiva, aunque a la vez representa el uso de vocabulario médico en un contexto donde hay otros lectores que podrían aclarar su uso y significado en el caso de que los usuarios indagaran con los especialistas de la salud sobre la naturaleza de los términos.

En este material existe un fuerte uso de imágenes infantiles que no siempre se relacionan con el texto ni con el contenido en sí. Estos dibujos se distribuyen en todo el periódico y lo tapizan casi en su totalidad, dejando poco espacio para el texto que representa la parte sustancial donde se plasma la información, que se escribe en forma de lista de manera muy esquemática.

Ambos periódicos presentados utilizan caricaturas, lo que amerita algunas consideraciones. Por ejemplo, en el periódico de la Influenza los dibujos cercanos a las medidas de prevención de la enfermedad ilustran las recomendaciones que el texto contiene; sin embargo, en el periódico IRA, la ubicación de las imágenes no es relacional, se encuentran colocadas de manera aleatoria y no corresponden espacialmente a ningún texto, parece que se utilizan como adornos más que elementos significativos (aunque se puede argumentar que lo infantil es parte del diseño y sentido), y aunque en sí mismas poseen información relacionada al tema, ésta no es clara y es difícil saber qué significa el dibujo de una pera en un material dedicado a las infecciones respiratorias agudas. Parece que el lector tendría que inferir que las frutas, como la pera, ayudan a evitar las infecciones respiratorias agudas por las vitaminas que contienen. Los dibujos del primer ejemplo son más grandes respecto al tamaño de la letra utilizada, en el segundo caso, los dibujos no son tan grandes aunque ocupan mucho mayor espacio en relación al texto.

En el primer periódico el uso de lenguaje es sencillo, utiliza frases simples sin subordinadas y en tipo de lista, lo que ayuda a hacer el texto fácil de leer. En el segundo caso, se utiliza terminología especializada, lo que podría complicar su comprensión para un lector poco experimentado, pues en ningún espacio del material se explicita a qué se hace referencia. Parece que el material se dirige a lectores que entienden los términos o a aquellos que pueden indagar su significado. En el siguiente cuadro se sintetizan algunas características de estos dos materiales.

Periódicos murales							
Material	Tipo de imágenes	Relación texto imagen	Tipo de textos	Proporción texto imagen	Tipo de lenguaje	Uso de colores	Uso de formas sintácticas reiteradas
Periódico <i>Influenza</i>	Iconicas.	La imagen sirve como apoyo al texto	Informativo / preventivo	Imágenes de mayor tamaño que el texto	Se utiliza lenguaje sencillo. La escritura se presenta en forma de lista	El color sirve para diferenciar entre título y contenido	v
Periódico <i>IRA</i>	Dibujos.	La imagen aporta nueva información al texto.	Informativo / preventivo	Mayor presencia de imágenes que texto escrito	Se utiliza lenguaje especializado. La escritura se presenta en forma de lista	El color sirve para diferenciar los elementos del material	

En ambos materiales se utilizan dibujos, pudiera suponerse que se trata de un intento por hacerlos amenos y que capten la atención del público; los colores que utiliza el periódico IRA son exagerados, mientras que en el periódico Influenza la ausencia de color es evidente. El tipo de textos que ambos materiales utilizan son predecibles para un lector precario, pues son listas o pequeños párrafos con cierta consistencia sintáctica.

### 3.1.3 Anuncios

Los empleados del Centro de Salud acostumbran confeccionar y colocar letreros que anuncian eventos, reuniones, advertencias y reglamentos para los que trabajan en la clínica y los que la visitan. Estos anuncios van dirigidos a los diferentes sectores que integran la población usual de la clínica: hay letreros para los médicos, para el personal de apoyo, para los empleados administrativos y para los pacientes y sus familiares. Los que son para el personal de la clínica generalmente anuncian reuniones y procedimientos administrativos, los que se dirigen a los usuarios abordan temas

relacionados con las pláticas de salud de los diferentes grupos, situación o requisitos para ciertos servicios o información sobre acontecimientos relevantes.

Para ilustrar lo anterior, a continuación se presentan dos anuncios dirigidos a los pacientes, los cuales se colocaron en las ventanillas de los servicios a los que hacen referencia. El anuncio uno fue elaborado en una hoja tamaño carta, en papel simple (sin membrete, logotipos o algún sello que lo haga oficial) e impreso en computadora de manera horizontal y se encuentra adherido a la ventanilla del servicio de laboratorio de la clínica. El anuncio número dos está pegado en la ventanilla de

<p><b>PARA UN MEJOR SERVICIO NO SE LE OLVIDE TRAER SU CÉDULA DE GRATUIDAD, SEGURO POPULAR O TARJETA DE SIVALE</b></p> <p><b>ATTE. LABORATORIO</b></p>	<p><b>CITAS PROGRAMADAS</b></p> <p><b>DE</b></p> <p><b>8:00 AM A 1:00 PM</b></p> <p><b>ATTE. RAYOS "X"</b></p>
<p>Anuncio 1: Expuesto en la ventanilla de laboratorio</p>	<p>Anuncio 2: Expuesto en ventanilla de Rayos X...</p>

Radiografías (rayos x), es del mismo tamaño que el primero y está impreso en un formato similar, es una hoja tamaño carta en dirección horizontal y firmada por un departamento de la clínica. A diferencia del primer ejemplo, este anuncio es

más simple y esquemático, anuncia el horario de atención del servicio de radiografías, mientras que el otro caso busca incidir en las acciones que los usuarios realizan para recibir el servicio de laboratorio. A través de los anuncios el personal administrativo busca orientar a aquellos pacientes que solicitan los servicios que ahí se ofrecen, por ejemplo, en el anuncio uno el requisito de presentar los documentos oficiales del sistema de salud (la cédula de gratuidad, Seguro Popular o tarjeta SIVALE) se redacta en forma de un recordatorio, *no se le olvide*, en lugar de una demanda en imperativo. Este anuncio busca la regulación del uso del servicio al requerir que quien lo solicite se identifique a través de estos documentos como derechohabiente del servicio, a la vez sirve como advertencia para los pacientes, pues da a entender que sin los documentos no se podrá ofrecer el servicio.

El anuncio dos de manera condensada difunde el horario de atención del servicio de rayos X y busca con ello regular la visita de los usuarios en el horario estipulado. En este sentido, los letreros contribuyen a la diseminación de ciertos comportamientos institucionales esperados que constituyen las formas de operar y relacionarse en el contexto de esta clínica. Su legitimidad se sostiene sobre la base de

estar dentro de la clínica y en la ventanilla de un servicio que ahí se ofrece. La firma que ambos materiales utilizan (a nombre del departamento donde se exhiben) sugiere que el usuario reconoce la autenticidad del anuncio, pese a que no están realizados en un formato institucional.

### 3.1.4 Carteles

La contingencia de salud por la Influenza AH1N1<sup>25</sup> ocurrió durante el trabajo de campo, a partir de su inicio en la clínica y en otros espacios públicos, proliferaron materiales impresos referentes al virus que fueron distribuidos por la Secretaria de Salud. En particular estos materiales diseminaron información relativa a la prevención del contagio de dicha enfermedad, para conocer su composición y contenidos a continuación se presentan dos ejemplos de estos carteles.

El título del cartel uno, *¿Sabes lavarte las manos?*, se enuncia con signos de interrogación y apela directamente al lector, como subtítulo se encuentra *Influenza:*

*medidas de prevención* y en seguida se presentan, en forma de lista, seis medidas preventivas del contagio, cada una ubicada en un cuadrado donde se encuentra un número secuencial,



una oración o frase corta que se acompaña de un dibujo que reitera el mensaje escrito, por ejemplo, para la frase *seca las manos con papel desechable* el dibujo ilustra la acción al tener en sus manos una toalla de papel y simular secarlas con él. El inicio de cada inciso se dirige directamente al lector y, a través del uso de verbos en imperativo, le indica cómo lavarse las manos para prevenir la diseminación del virus (usa jabón,

<sup>25</sup> La contingencia abarcó los meses de abril y mayo de 2009, parte de ese periodo implicó una amplia campaña promovida desde las instituciones de salud donde se recomendaba a la población en general evitar lugares públicos y tener contacto con cualquier superficie por el riesgo de contener el virus. El trabajo de campo se desarrollaba en este tiempo, por lo que fue suspendido momentáneamente y retomado al terminar la contingencia.

talla enérgicamente). Ante el riesgo de una epidemia severa, la Secretaría de Salud intentó difundir estas medidas de prevención básicas entre la población, suponiendo que podría comprender las indicaciones cortas y directas; para asegurar la comprensión entre lectores precarios, incluyó figuras esquemáticas realizando la acción enunciada.

Otro cartel relacionado con la *influenza* es el de *¡La salud está en tus manos!* *¡Cuidate de la influenza!* Debajo del título se ubican pequeños párrafos iniciados en imperativos (evita, cubre, lava) y otros con signo de admiración. Estos pequeños



párrafos se acompañan de dibujos que reiteran el contenido escrito, semejantes al cartel anterior, y que se utilizaron para promover toda la campaña de prevención.

El contenido de estos materiales está orientado a difundir aquellos cuidados que mundialmente se consideran básicos para detener la extensión de una enfermedad

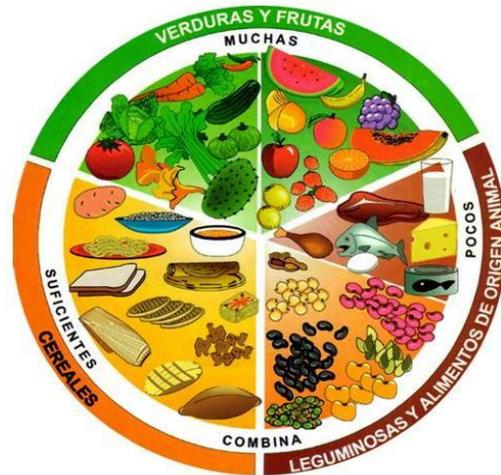
respiratoria contagiosa; por ejemplo, en el cartel número uno hay recomendaciones para evitar el contagio a través de las manos y se traducen en pasos específicos de acciones que establecen la secuencia del lavado de manos, su secado y la manera de salir del espacio donde se realizó el ejercicio. La abreviación del mensaje puede justificarse ante una emergencia sanitaria; sin embargo, en estos materiales no se explica ni se hace evidente la relación del lavado de manos con la prevención del contagio, sino que sólo se presenta como una acción necesaria. Puede ser que la Secretaría de Salud suponga que el lector comprenderá la relación causal entre lavarse las manos y prevenir el contagio, pues no existe información específica dentro del material sobre el beneficio de las acciones ni su justificación científica. En general, la información disponible en estos materiales supone que el lector tiene un conocimiento previo sobre la enfermedad de la Influenza AH1N o no se consideró pertinente incluirla, pues en ningún espacio del cartel se explica qué es, si es una enfermedad, un padecimiento, si es transitorio, de largo alcance o hereditario. Ambos carteles contienen los logotipos de la Secretaria de Salud y del Gobierno Federal, lo que sugiere que se trata de una campaña para prevenir el contagio de la influenza promovida y difundida desde la Federación a través de esta Secretaria. En ambos materiales se encuentra la invitación al uso de los medios cuando plasman números

telefónicos y páginas de internet de dependencias gubernamentales, aunque el lector tendrá que inferir que su ubicación en el material es en razón de que ahí puede encontrar mayor información.

Carteles				
Material:	Invitación al uso de los medios	Presencia de logotipos institucionales	Tipo de imágenes	Uso de formas sintácticas reiteradas
Cartel 1: ¿Sabes lavarte las manos?	v	v	Ícónicas. Dibujos representativos de la influenza AH1N1	v
Cartel 2: ¡La salud está en tus manos!	v	v	Ícónicas. Dibujos representativos de la influenza AH1N1	v

### 3.1.5 El plato del Buen Comer

Uno de los temas transversales en los diferentes espacios del Centro de Salud es el de la nutrición. En la clínica se parte de la premisa de que la alimentación juega un papel fundamental en la salud, por ello, se procura abordar el tema en cada uno de los diferentes espacios que la conforman y como elemento de apoyo, en las pláticas se utiliza el Plato del Buen Comer,<sup>26</sup> que es una representación gráfica sencilla que ilustra la información de la guía alimentaria de la sociedad mexicana (Cuadernos de Nutrición, 2002) y tiene como propósito el ilustrar los grupos de alimentos y explicar a la población cómo conformar una dieta completa, equilibrada y lograr una alimentación saludable. Las instructoras se apoyan en él para explicar un plan de alimentación debido a que el *plato* ejemplifica la distribución de los alimentos basada en conocimientos provenientes de las ciencias de la salud. El *plato*



<sup>26</sup> El uso y la lectura de este material se tratarán en el capítulo cinco.

es una imagen circular dividida en tres partes: verduras y frutas; leguminosas y alimentos de origen animal; y cereales. Cada una de estas secciones se subdivide con el fin de incluir en cada espacio información sobre las cantidades a consumir de los diferentes grupos de alimentos, por ejemplo, en verduras y frutas dice *muchas*, en su subdivisión se ilustran una amplia cantidad de frutas y verduras, para su lectura se deberá inferir que esa parte dice *comer muchas frutas y verduras como las que se muestran aquí*. Lo mismo pasa con la parte de los cereales, donde en su división dice *suficientes*, el lector nuevamente inferirá que debe consumir suficientes cereales y relacionarlos con los presentados a partir de los dibujos. La lectura de este material requiere mucho más que saber descifrar las gráficas, se trata de poder hacer inferencias sobre su contenido.

### 3.2 Los materiales escritos en el contexto del cuidado de la salud.

Esta exploración de algunos textos que circulan en la clínica muestra que existen materiales que para ser leídos es necesario poseer algunos conocimientos formales previos sobre salud, como es el caso de aquellos que utilizan terminología especializada (periódicos murales y volantes). Esto sugiere que la lectura de los materiales descritos requiere algo más que saber descifrar el código, implica que el lector tenga conocimientos de diversos tipos, en este caso, sobre algunas terminologías médicas, así como experiencia lectora con una cantidad no menor de textos, recursos gráficos y boletines. La lectura situada de algunos de los impresos circulantes y exhibidos requiere conocimiento acerca de algunos discursos científicos relacionados con la salud, así como sus formas de denominación y de fundamentación.

La mayoría de los materiales hacen uso del principio multimodal (Kress, 2001, 2003) combinando texto, imagen y colores, lo que en su conjunto construye el significado. Sobresale el hecho de que la mayoría de las imágenes utilizadas son caricaturas, las cuales van dirigidas a un público general y no necesariamente infantil, son para lectores/usuarios del servicio de salud. Parece que el uso de ese tipo de dibujos busca hacerlas visualmente amigables o familiares a los lectores, de tal manera que puedan incidir en captar la atención a partir de la imagen.

Parte importante de los materiales busca difundir información a los usuarios sobre la manera de participar en la administración de la clínica, por ejemplo, en qué horario asistir a solicitar un servicio y cómo solicitarlo. Existe también la necesidad de combinar imágenes y letras, y de manera constante privilegiando lo gráfico, tanto en

los materiales producidos en la clínica como los provenientes de otras instituciones o secretarías.

De manera general, el lector se entiende como experto y bien familiarizado con materiales de este tipo, pues supone que podrá inferir, relacionar y aportar información implícita en los diferentes materiales. Además de estos materiales, en el Centro de Salud circulan otros de diferente naturaleza como los documentos institucionales, los cuales son utilizados de manera administrativa en la clínica. El siguiente capítulo aborda el análisis y descripción de estos materiales e inicia con el análisis de las interacciones alrededor de ellos.

## CAPITULO 4

### DOCUMENTOS INSTITUCIONALES: EL PACIENTE EN PAPEL.

Documentos de uso institucional como el carnet, recetas médicas, pases de laboratorio u hojas de gratuidad, circulan diariamente en el Centro de Salud. A diferencia de los documentos descritos en el capítulo anterior, estos son un retrato médico de los pacientes, ellos contienen información de salud y datos de identificación personal de cada derechohabiente. Estos materiales se escriben en un lenguaje especializado y para uso del personal médico. Una excepción es la receta médica, la escribe el doctor para dos lectores distintos: para el encargado de la farmacia y para el paciente. Aunque los documentos institucionales no son escritos por los pacientes, y pocas veces tienen la oportunidad de leerlos, son justo los que les dan membrecía como derechohabientes del servicio, los identifica como integrantes legítimos del Centro de Salud y representan su identidad médica, no obstante el paciente no tienen acceso<sup>27</sup> a ellos (Kalman, 2005). En el caso del carnet, son los médicos y las enfermeras quienes tienen autorización para hacer anotaciones en él, el expediente y el pase son escritos en lenguaje especializado, el contenido regularmente se comenta entre especialistas; son anotaciones escritas en lo que Gee (1996) denomina Discurso médico. Documentos como el pase y la receta pueden ser portados por el usuario (camino a la farmacia y al solicitar el servicio especializado que se estipula en el pase), en tanto que el historial clínico es restringido y su circulación se acota a la clínica.

El consultorio médico es uno de los lugares que resulta privilegiado para ver la lectura, escritura y uso de estos documentos. En este capítulo se hará una descripción detallada de los formatos institucionales para después continuar con el análisis de su uso en interacción social.

#### *4.1 Descripción de los documentos institucionales*

##### 4.1.1 El carnet

El carnet es una tarjeta que tiene proporciones similares a la mitad de una hoja tamaño carta. Está impresa en un material tipo cartulina y se dobla de tal manera que forma cuatro páginas (una portada, dos interiores y una contraportada). En la parte superior de la portada se encuentra el logotipo del Gobierno del Distrito Federal y la leyenda

---

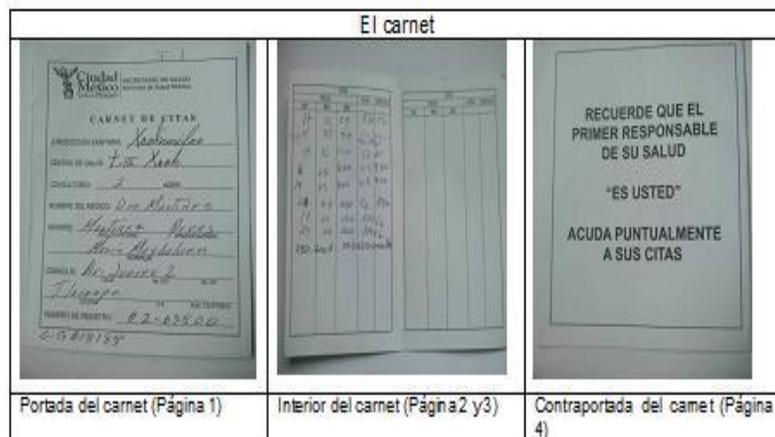
<sup>27</sup> Entendido como las condiciones sociales para manejar y comprenderlos.

Secretaría de Salud, Servicios de Salud Pública, debajo se escribe en negritas y centrado el nombre del documento, *carnet de citas*, enseguida se encuentra un espacio con datos tipo formulario del paciente (nombre, dirección, el nombre del médico que le atiende, el consultorio, etc.) que son escritos por el personal administrativo de la clínica.

Es responsabilidad de los médicos o enfermeras registrar los datos que el carnet requiere cada vez que se acude a algún tipo de consulta, por ejemplo deben escribir en la página dos y tres la fecha, hora y tipo de servicio al cual se acude, en una tabla dividida en celdas y columnas.

En la contraportada se encuentra un pequeño párrafo escrito en mayúsculas y con negritas, el cual está dividido en tres partes. La primera dice *recuerde que el primer responsable de*

*su salud*; la segunda versa “*es usted*”, entrecomillada; la tercera, *acuda puntualmente a sus citas*. La función de las comillas en la segunda frase no es clara, ya que puede interpretarse de



distintas maneras, por ejemplo, como una frase irónica, una cita directa, una forma coloquial o un título, parece que el uso aquí es para darle énfasis y acentuar que se dirige al propietario del documento. El conjunto de las frases contiene dos grandes ideas, una es que el cuidado de la salud es responsabilidad de cada persona, y la segunda, yuxtapuesta a la primera, es una exigencia hacia el paciente *acuda puntualmente a sus citas*. En esta frase se imputa a la responsabilidad del usuario la buena salud derivada de acudir oportunamente a sus consultas. Esta idea parece distorsionar el esfuerzo promovido desde la clínica donde se ponen en marcha diferentes acciones para promover el cuidado de la salud, como las pláticas de salud de diferentes padecimientos, las consultas, los ejercicios físicos, por mencionar algunos.

#### 4.1.2 El expediente

El expediente clínico es otro de los documentos de uso institucional, se trata de un conjunto de hojas tamaño carta en las que se registran las condiciones de salud del paciente a quien pertenece. El documento está dividido en tres grandes partes, la primera corresponde al registro de citas, la segunda, a la historia clínica del paciente y la tercera, a las notas de evolución.

La primera parte contiene el logotipo del Gobierno de la Ciudad de México con la leyenda *Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal, Servicios de Salud Pública del Distrito Federal*, debajo se encuentra un espacio destinado a anotar el nombre del paciente a quien pertenece, delante se coloca el número de su expediente. El resto de esta primera hoja está dividida en dos partes, izquierda y derecha, en cada



una hay una tabla que contiene espacios para registrar la hora, la fecha y el tipo de servicio de la cita, esta hoja

tiene capacidad para anotar 86 consultas.

La segunda parte del expediente corresponde a la historia clínica y consta de tres hojas subdivididas en cinco partes. En la primera hoja se encuentran los logotipos y las leyendas del Gobierno del Distrito Federal y de la Secretaría de Salud. En esta hoja se coloca el número de expediente del usuario y la fecha de su elaboración; adelante se encuentra la *ficha de identificación* donde se anotan datos tipo formulario como nombre del usuario, edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, domicilio y lugar y fecha de nacimiento, entre otros.

La segunda parte registra los datos de un interrogatorio sobre antecedentes de salud del paciente, esta parte a su vez se divide en antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales no patológicos y antecedentes ginecoobstétricos. Seguido de este segmento se encuentra el apartado tres que se dedica a registrar datos sobre la exploración física del usuario, aquí se colocan datos sobre la somatometría y signos vitales como peso, talla y frecuencia cardíaca. En seguida hay una tabla donde se solicitan datos en referencia a la cabeza, cuello, tórax y abdomen. El rubro cuatro está dedicado al diagnóstico y el plan a seguir según lo encontrado en las exploraciones, en la parte cinco se escribe el nombre y firma del médico, así como el número de su cédula profesional.

Las páginas de *notas de evolución* contienen los logotipos del Gobierno de la Ciudad de México y su leyenda a la derecha; hay un espacio donde se coloca el número de expediente del usuario, debajo se pone nombre del paciente y su edad. Esta hoja contiene una tabla donde se anota la hora y fecha de la consulta, así como la edad, peso, talla y tensión arterial que el usuario presenta en la cita. También hay un espacio donde se escriben las notas de evolución SOAP (subjeto, objetivo, análisis y planes): lo *subjeto* tiene que ver con lo que el paciente dice tener, lo *objetivo* se refiere a lo que el médico puede observar del usuario, el *análisis* es una investigación sobre el problema que se presenta y el *plan* es el seguimiento que se prevé realizar, como el diagnóstico del problema, el tratamiento y las recomendaciones que se le hacen al paciente en referencia al padecimiento que presenta.

El personal médico, como enfermeras y médicos, son los que escriben cada uno de los rubros que contiene el expediente. Los usuarios por su parte no son involucrados en lo que ahí se redacta, aunque lo que se escribe se refiere a su estado de salud.

#### 4.1.3 La receta médica

La receta es un documento con la proporción de la mitad de una hoja tamaño carta. Los datos que ella contiene están enmarcados en un recuadro en el cual se encuentra el logotipo de la Ciudad de México, en seguida la leyenda *Secretaría de Salud*. Debajo está la frase *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos*, a un costado de ello hay dos recuadros, uno contiene el número de folio de la receta y el otro la fecha en que se expide. Seguido de estos datos se anota la unidad médica y un número de identificación que pueden ser copiados de la cédula de gratuidad, de la

tarjeta si vale o del número de expediente. En seguida se colocan datos tipo formulario del paciente como nombre, edad y sexo. Después se encuentran espacios donde es posible anotar hasta tres diagnósticos, numerados del uno al tres. Seguido de este espacio, hay un rubro para escribir los medicamentos recetados, según el número de diagnóstico, para ello se encuentra la recomendación de escribir el nombre genérico de la medicina



en mayúsculas, la forma farmacéutica y la concentración, delante de estos datos se pone la cantidad recetada de cada medicamento y la entregada, así como su clave. Después de esta información se coloca el modo de uso donde se solicita poner la dosis, la vía y frecuencia de administración, y el número de días de tratamiento. Este pequeño esquema se repite en tres ocasiones en una misma receta.

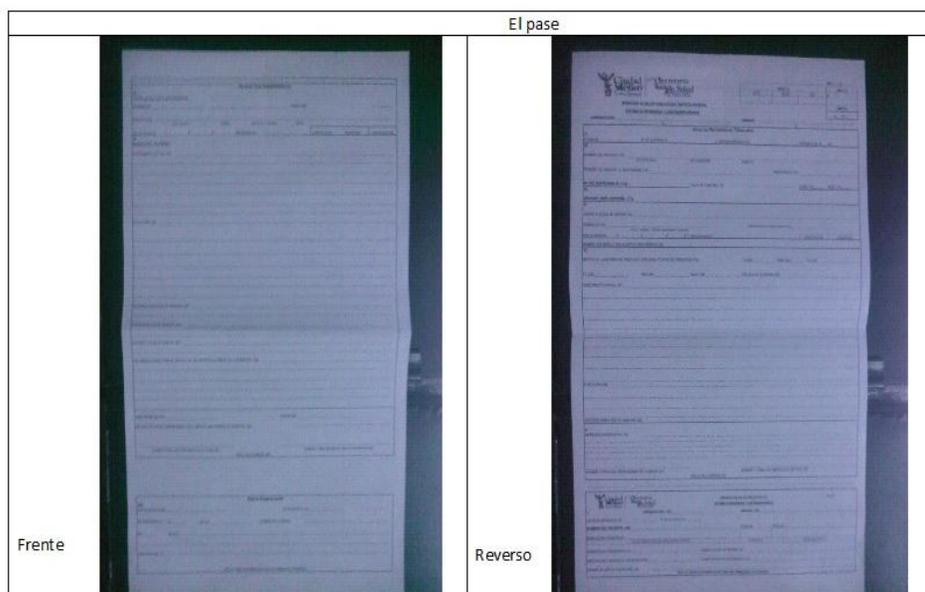
Este documento debe incluir el nombre completo del médico, su firma y su número de cédula profesional. Debajo de estos datos se encuentra un espacio dedicado a la escritura de indicaciones higiénico dietéticas para el cuidado del padecimiento presentado. El médico que expide la receta debe redactar todas las partes descritas hasta aquí, mientras que en la parte inferior del documento se incluye un espacio donde se requiere que el paciente haga anotaciones, tiene que contestar si recibió satisfactoriamente o no sus medicamentos, colocar comentarios, su nombre y firma, así como su dirección y un número telefónico.

La receta es el único ejemplo de documentos de uso institucional donde se le solicita directamente al usuario escribir información sobre la calidad del servicio sobre el surtido de su receta.

#### 4.1.4 El pase

El pase es otro documento de uso institucional, se trata de una hoja tamaño oficio, membretada con los logotipos del Gobierno del Distrito Federal y de la Secretaría de Salud con la leyenda *Servicios de Salud Pública del Distrito Federal*. Este documento está dividido en dos grandes partes: el frente es la hoja de referencia/traslado, y el dorso es la contrarreferencia.

En la primera parte se escriben los datos de la unidad y del médico que refiere: la edad precisa del paciente (años, meses y días) así como su sexo, y se debe



especificar si se trata de un servicio de urgencia o no. Después se registran varios datos del paciente comunes a este tipo de documentos (fecha, nombre,

edad, número de expediente), en seguida se solicita poner la unidad que refiere y los motivos, es decir, se elabora un resumen clínico del padecimiento por el cual se requiere una atención especializada. Al final de esta parte se coloca el nombre y la firma del médico y del responsable de la unidad, así como el sello de la clínica.

En la hoja de contrarreferencia se escriben datos relativos al estado de salud del paciente, el padecimiento actual, su evolución, el diagnóstico de ingreso y de egreso y si resulta necesario acudir nuevamente a valoración; al igual que en la primera parte, ésta cierra con nombre y firma del responsable de la unidad y del médico, así como con el sello de la institución de contrarreferencia. Las dos partes que conforman el *pase* requieren ser escritas por los diferentes médicos involucrados en el traslado del paciente, el que envía y el que recibe.

El personal administrativo de la clínica llena el último espacio del *pase*, que se trata de un talón para uso exclusivo del primer nivel de atención, donde se solicitan datos del usuario que deben escribirse en un formulario.

La gama de los materiales descritos se utiliza dentro de los consultorios médicos, su uso es casi exclusivo de los especialistas de la salud: médicos, enfermeras o trabajadoras sociales; los usuarios tienen poco acceso a ellos, de manera general no tienen posibilidad de escribir y en pocas ocasiones, como en la receta, tienen posibilidad de leerlas. En el caso de que otros materiales como el

expediente pudiera ser leído por los usuarios se enfrentaría a la particularidad de que se trata de un documento redactado en un lenguaje especializado y codificado para uso médico, por lo que pese a que los usuarios pudieran leerlo, su interpretación requeriría de la ayuda de otros, como de quienes lo redactan, para poder realizar una lectura comprensiva.

Este recorrido por los materiales impresos de uso institucional que circulan en el Centro de Salud sirve para conocer cuáles son algunos tipos de escritos que existen en esta clínica y abre paso al siguiente apartado donde se analizará la interacción alrededor de algunos de estos materiales.

#### *4.2 Los documentos institucionales en uso: interacción medico paciente y la construcción de significados alrededor de lo escrito.*

En la primera sección del presente capítulo se describieron los materiales de uso institucional que circulan en los diferentes consultorios del Centro de Salud, en esta parte se inicia el análisis sobre las interacciones surgidas alrededor de los materiales de este tipo dentro de uno de los consultorios de esta clínica pública. Los documentos de uso institucional se configuran como la acreditación de los usuarios al servicio de salud, es decir, son elementos que dan membrecía a los pacientes y los identifica como integrantes legítimos del servicio de salud, por lo que poseer un documento de este tipo implica ser derechohabiente de este servicio. La función explícita de documentos de este tipo es llevar un registro sobre el estado de salud de los pacientes y su uso no se restringe al consultorio médico, sino que circulan en diversos lugares en el interior del Centro, como en el laboratorio, en las vacunas y en la farmacia. En los casos en que los usuarios los toman físicamente, como la receta o el pase, sólo se limitan a presentarlos en los servicios que se requieren. El siguiente análisis aborda los usos y significados construidos a partir de las interacciones detonadas como parte de la circulación de estos materiales.

##### *4.2.1 La construcción de significados en el consultorio: el expediente.*

El expediente es uno de los documentos de mayor uso dentro de las consultas médicas, es en él donde se registra la información sobre la salud de los pacientes, la cual servirá para el seguimiento, tratamiento y control de sus distintos padecimientos. Los médicos escriben en él los datos generales del paciente (edad, peso, talla, presión arterial) y hacen anotaciones acerca de la situación actual de su salud, las que

generalmente no se leen en voz alta. El médico hace anotaciones de uso personal sin involucrar al paciente en la escritura pese a que lo que se escribe tiene relación con el propio estado de salud del usuario. Dado que el médico escribe y lee este documento, los derechos de escritura y lectura están en sus manos, mientras que el usuario participa de manera poco activa en estas acciones.

El expediente es un documento que puede ser requerido en diversos espacios de la clínica, por ejemplo, en el consultorio de medicina general, en el de odontología, en el de psicología o en el de nutrición. El lugar donde se le requiera depende de los distintos sitios donde el paciente necesite ser atendido. Este documento es un material que contiene toda la información sobre la salud del paciente y puede ser aportada por diferentes especialistas dentro de la clínica.

Son las enfermeras quienes se ocupan del manejo del expediente en los consultorios, ellas se encargan de que se encuentre disponible en el consultorio para los usos que de él se requiera, así también verifican que corresponda al paciente que se atiende en ese momento. El expediente además de ser un instrumento para archivar información referente a la salud del usuario en el consultorio funciona como control de turnos. Antes de iniciar las consultas la enfermera acomoda los expedientes en el orden de las fichas, lee el nombre de cada uno de los usuarios y les llama en voz alta, los hace pasar al consultorio uno a uno para medir su peso y presión arterial, de tal manera que cada vez que realiza esta valoración acomoda el expediente de los pacientes en el orden en que los fue atendiendo y después los coloca sobre el escritorio del médico. De esta manera los usuarios conocen cuál es su turno en relación a los demás pacientes, por lo que tienen que identificar a las personas que están delante de ellos, recordar quiénes son y ubicarse en orden para ir pasando al consultorio. Dentro del consultorio, el médico lee el nombre del usuario en el expediente y verifica que corresponda a la persona que se encuentra solicitando el turno.

En una de las consultas observadas, el expediente de la usuaria fue trasapelado, lo que ocasionó que se destinara una parte importante del tiempo de consulta en su búsqueda. Al no encontrarlo, el médico inició una indagación sobre algún otro documento que acreditara la afiliación de la paciente al servicio de salud. En el siguiente fragmento se observa cómo el médico utiliza los expedientes para pasarle lista a la señora y cuestionar a la enfermera ante el extravío del documento.

*Consultorio de medicina general del Centro de Salud. Evento letrado:  
búsqueda del expediente para dar inicio a la consulta.*

Dr: ¿No es Magali, verdad? (El médico hace la pregunta porque está buscando el expediente)

F: No.

Dr: ¿No es Castro Cardoso, no es Cruz Hernández? (Sigue en busca del expediente, al hacerlo lee los nombres de los expedientes que tiene en el escritorio)

E: Eso son los que faltan. (Enfermera que se encarga del chequeo de peso y presión de los pacientes, además de llevar el control de turnos, dice al médico que los expedientes donde él está buscando son los que corresponden a los pacientes en espera)

Dr: ¿No tiene expediente usted? (Médico a paciente)

F: Sí.

E: Sí lo acomodé, estos son de mis dos pacientes que me faltan. (Enfermera dice a médico y se refiere a los expedientes)

Dr: A ver dónde me dejaste el expediente. Muy bien, con eso empezamos (Se refiere al extravío del expediente) ¿No está ahí abajo?

E: No.

Dr: ¿Castro no, verdad?

F: No.

E: González, Domínguez.

A: No está. Muy bien señora, ¿No tiene otros papeles? ¿O la tarjeta, la tarjeta prenatal? Una tarjeta como.. ¿No?

F: (Dice no a señas)

La búsqueda del expediente retrasó el inicio de la consulta y después de aproximadamente minuto y medio de los cinco minutos que en promedio dura una consulta, se dio inicio a la misma, no sin antes preguntar a la paciente si contaba con otros documentos, como la tarjeta prenatal, para poder dar inicio. En el episodio se puede observar cómo el médico cuestiona a la paciente sobre si cuenta con un expediente u otros documentos que la acrediten como usuaria, pese a que no es ella a la que le corresponde proveer esos materiales en el consultorio. Podría suponerse que la reiterada necesidad del médico por identificar a la señora como usuaria mediante un documento de uso institucional es porque de no tener uno podría resultar que no es derechohabiente o que no le corresponde el turno de la consulta. Parece que la acreditación como usuaria se vuelve fundamental para navegar en este contexto y así gozar de los beneficios que de ello se deriva, como el acceso a la propia consulta.

Otra situación de extravío de expediente ocurrió en otra de las consultas, donde el formato trasapelado ocupó nuevamente una parte considerable del tiempo y de la atención, volviendo a ser un requisito necesario para dar inicio a la consulta.

Dr: ¿Si sigue la señora? (Médico pregunta a enfermera) ¿Si sigue usted señora?  
C: ¿Mande?  
Dr: ¿Sigue usted o va...?  
C: Sí, sigo yo.  
Dr: Permítame. ¿Sí sigue la señora? (El médico pregunta a la enfermera)  
E: ¿Cuál? (Se refiere a qué señora) Sí sigue.  
Dr: ¿Usted es García Cruz?  
C: Si.  
A: Siéntese señora.

En esta ocasión la búsqueda tomó menos tiempo que en el otro caso, poco menos de un minuto aproximadamente, pero nuevamente el expediente se configuró como un elemento que acredita la identidad del paciente y como un mecanismo que le confiere membrecía como usuario del servicio de salud. El médico lee el expediente que se encuentra sobre su escritorio, pregunta a la usuaria si es su turno de consulta, la paciente responde que sí, pero la respuesta parece no satisfacer al médico por lo que se dirige a la enfermera que lleva el control de los turnos y le cuestiona si es la señora la que sigue para consulta, la enfermera afirma y sólo de esta manera el médico recibe a la paciente y le permite tomar asiento.

El médico confiere al expediente un valor simbólico preponderante, pues no da inicio a la consulta sin tenerlo disponible y corroborar que corresponda a la paciente que se encuentra dentro del consultorio, aunque ésta comente que el expediente es de ella, parece que sólo el orden de los documentos y la validación de la enfermera es lo que cuenta aquí.

En las situaciones anteriores los expedientes sirvieron como referente para comprobar que el turno de la paciente era el que correspondía en ese momento en la consulta. El médico en el primer ejemplo preguntó a la enfermera, mas no a la paciente, acerca de los turnos, y en el segundo ejemplo no acepta la intervención de la señora para decidir a quién recibir y la vuelve prácticamente invisible. A lo largo de estas dos consultas, el expediente es un referente central para la construcción de significados y acciones: en un primer momento acredita a las usuarias como pacientes,

después sirve como control de turnos, mientras que en el curso de la consulta funge como material que archiva información sobre su propia salud.

Por lo tanto, la noción de *expediente* tiene significados múltiples: es el registro escrito que el médico hace de la evolución de la salud de un paciente, señala también la afiliación institucional, legitima la presencia del usuario tanto en la clínica como en el consultorio y le confiere el turno de espera. Visto así, es un documento que regula comportamientos sociales de los pacientes, médicos, enfermeras y otros; contribuye a la construcción de identidades institucionales; y sirve para el registro de información médica acerca del paciente.

Además de lo anterior, el expediente sirve como referente para expedir otros documentos, como por ejemplo, el *pase de referencia*, el cual es necesario para ingresar a un hospital especializado cuando se presenta el trabajo de parto, por ejemplo. Este pase contiene información que, en lo observado, es copiada por el médico del expediente como nombre de la paciente, su edad y domicilio.

Estos datos pueden ser obtenidos a pregunta expresa del médico a los usuarios, pero reiteradamente se opta por copiar del expediente al pase de referencia. El médico reproduce la información en un formato en otro, y la paciente dicta algunos datos que aquel requiere y que no se encuentran en el expediente como se muestra en el siguiente fragmento que inicia justo en el momento en que el doctor requiere algunos datos nuevos:

*Mientras el médico copia de un documento a otro, la paciente espera en silencio. De repente se dirige a la paciente:*

Dr: 22 años. Díaz González Fabiola. ¿Alguien que se vaya a hacer responsable de ti en el Centro?

F: Mi esposo.

Dr: ¿Tu esposo? ¿Cómo se llama tu esposo?

F: Ramírez Flores Iván.

El expediente sirvió en un primer momento como referente para llenar el pase, una vez agotados los datos registrados en él, el pase fue llenado en función de los datos dictados por la paciente al médico ante la solicitud del mismo, como el nombre y el parentesco del responsable de la paciente durante el parto.

El uso de documentos como el expediente da lugar a ciertas formas de interactuar de los usuarios en la institución de salud, que los posiciona como

integrantes legítimos, cuestión que no tiene que ver con la posibilidad de leer el documento, más bien se orienta hacia una cuestión que tiene que ver con una jerarquía institucional. Los datos muestran como el poder tiene “dimensiones microscópicas que constituyen y regulan” la vida social, y en este caso el encuentro institucional (Collins y Blot, 2003: 5). Por un lado la interacción observada alrededor del expediente regula la consulta, y a la vez se vuelve un tributario a la relación médico-paciente.

#### 4.2.2 El traslado institucional: los pases

Los pases son documentos que se utilizan como autorización escrita para acceder a servicios más especializados, como cirugías, partos y consultas con especialistas. Estos documentos se expiden en el consultorio a través de la autorización escrita del médico.

En una de las consultas se presentó una madre con su hijo de cinco años que se quejaba de molestias en los genitales; el médico le explicó que era necesario expedir un pase para cirugía en consecuencia a un padecimiento que según él se corregía con la circuncisión, un procedimiento sencillo que generalmente se realiza en los recién nacidos. En esta ocasión el pase se configuraba como un documento que contribuiría a la mejora de salud de un menor que acudía a revisión médica y que su padecimiento no era tratable en medicina general. El médico determinó que no podía expedir el pase debido a que el procedimiento quirúrgico se realiza a partir de los seis años de edad y el menor en ese momento tenía cinco años. En esta consulta el médico no expidió el pase, argumentando que el niño no tenía edad suficiente, sin embargo solicitó a la madre del menor regresar cinco días después para dárselo, aunque pasados estos días el menor no cumpliría los seis años.

*El médico se encuentra por concluir la consulta de Heriberta y su hijo, para ello agenda una nueva consulta en la semana siguiente.*

Dr: El martes [venga] Necesitamos hablar con usted [para ver cómo sigue] ¿Sale? Y el martes que la vuelva a ver pasa al niño. ¿Sale?

H: ¿En dónde lo veo? ¿En el otro consultorio?

Dr: (Dice que sí con la cabeza) Toca, toca, toca, toca nada más, muy bien y ya le damos su pase al muchacho también.

El médico parece olvidar el argumento sobre el procedimiento institucional que, según él, impide la cirugía por la edad del menor. Este evento hace pensar que la autoridad del médico es más fuerte que la necesidad de mejorar la salud del menor y de la petición de Heriberta, la madre, quien solicita expedir el documento que abre las puertas para una valoración más especializada sobre el padecimiento de su hijo y supone una mejoría en su salud.

El pase se vuelve fundamental para la salud del menor, pues sin él no será posible la operación, una vez que el pase llegue a sus manos, el paciente deberá cuidar y presentarlo en diferentes instancias, como la oficina de administración o el hospital de referencia para poder dar continuidad al procedimiento quirúrgico. La posesión del pase tiene un poder simbólico e institucional importante para acceder a una atención médica más especializada y con ella supuestamente mejorar la salud, por lo que se convierte en un documento poderoso para navegar al interior de la institución médica: abre las puertas a tratamientos más especializados.

La literatura que vincula la alfabetización con salud menciona que el ser alfabetizado impacta en la navegación por el sistema de salud y en el compartir información personal de salud con los expertos. El ejemplo anterior muestra que el pase se construye por la lectura y la escritura del médico y no por la usuaria y permite mostrar que su expedición no depende del todo de la información que la paciente exprese, en este caso los pormenores de sus signos y síntomas, sino que su expedición se encuentra inmersa en un conjunto situacional complejo como reglas institucionales, procesos fisiológicos (el crecimiento del menor relacionado con la edad) y el criterio del médico. No se entiende claramente por qué el médico no expide el pase el mismo día de la consulta, pero que está dispuesto hacerlo cinco días después lo cual implica que la madre debe regresar, pedir turno, hacer ante sala y volver a pasar a consulta con él. Contrario a lo que la literatura señala, la afectación directa y causal de compartir información personal y de salud con los expertos no pasa necesariamente por la cuestión de ser una persona con la capacidad de leer y escribir ni tampoco garantiza condiciones óptimas para navegar en la institución médica.

#### 4.2.3 Las recetas: su lectura y escritura.

La expedición de recetas médicas es un asunto constante en el consultorio, su uso y distribución forman parte importante del seguimiento de enfermedades y padecimientos que llevan a los usuarios al servicio de salud. En ellas se plasman por escrito las

indicaciones que se deben seguir para mejorar la situación médica que en ese momento se presenta. Las recetas son escritas por los médicos y en ciertas ocasiones son leídas en voz alta.

En las interacciones observadas, tanto el médico como los pacientes dieron por sobreentendidas las indicaciones contenidas en las recetas médicas, puesto que en lo presenciado no se indagó, ni por el médico ni por el paciente, sobre lo ahí contenido. Sin embargo, aunque en el consultorio no se observó ningún caso en el que el médico o los pacientes hicieran preguntas relacionadas con la receta, sí fue posible observarlo en la ventanilla de la farmacia, donde algunas personas preguntaron al encargado sobre la naturaleza del medicamento, su dosis y cómo administrarlo.

En el fragmento siguiente, tomado de una consulta médica de un caso de dermatitis, mientras escribe la receta, el médico dice:

Dr: Se va a poner esto. Aceites de almendras dulces. Se le da↑ mucho a las dermatitis [hemorreicas] ¿Sale? Vamos a tratar con eso. ¿Sale? Dos veces al día se lo pone... ¿Sale?  
*(La paciente toma la receta sin hacer ningún comentario ni pregunta; el doctor le fija la siguiente cita).*

Él escribe la receta y nombra el aceite que recomienda a la enferma; justifica el remedio diciendo que es algo que da con frecuencia para la dermatitis hemorréica y supone que ese es el diagnóstico más no lo menciona abiertamente. Le informa a la paciente la frecuencia de administración, sin embargo, no le explica de qué se trata el padecimiento ni tampoco le confirma si este es su diagnóstico. Cuando el médico señala la frecuencia de aplicación deja fuera las especificaciones en el modo de uso (medicina tópica), la forma de emplearlo (puede ser untada, tallada, se deja absorber, se enjuaga), ni la duración del tratamiento. La usuaria, por su parte, acepta lo que el médico dice sin cuestionar, lo que muestra que se sobreentiende lo que se escribe.

En este y en otros casos, la receta es el elemento que los usuarios llevarán consigo a distintos espacios en el Centro de Salud, como la farmacia; en ella se resume lo acontecido en el consultorio médico, pues ahí se plasma el medicamento que es recetado para el padecimiento del momento, el modo de ingesta y de administración. El usuario también dispondrá de esa información en futuras ocasiones en un espacio distinto al consultorio médico y a la clínica, por ejemplo en su casa. La receta médica es un elemento importante que el usuario de salud poseerá en un futuro

para su autocuidado, aunque los elementos contenidos en ella no sean explicados ni cuestionados, ni por el paciente ni por el médico, en las observaciones realizadas.

La expedición de las recetas marca generalmente el fin de la consulta, cuando el médico la expide se inicia el cierre de la sesión, destinando tiempo a comentarios como la fecha de la nueva cita o simplemente la despedida. La receta propiamente dicha es un documento redactado por el médico, el experto en este contexto; el paciente, es quien la recibe y la guarda, muchas veces sin revisarlo en la presencia del doctor, posteriormente la entrega al encargado de la farmacia para el surtido de los fármacos, así también es un documento que puede ser consultado de manera personal posteriormente pues el usuario conserva una copia de ella.

Los materiales escritos de uso institucional poseen un carácter formal. Sirven para comunicar tanto dentro como fuera del propio Centro de Salud. Esta circulación entre espacios distintos tiene implicaciones en los propios documentos que tienen que ver con la variación de sentido y significado. Los materiales de uso institucional significan de diferentes maneras a través de la interacción: como documento de identificación, como resumen del estado médico, como acreditación al servicio y como control de turnos, el contexto de uso entre los diferentes actores sociales y su inserción institucional determina el significado de este tipo de materiales.

## CAPÍTULO 5

### LOS PACIENTES FRENTE A LOS EXPERTOS: LAS INTERACCIONES ALREDEDOR DE LA CULTURA ESCRITA

El análisis de las interacciones alrededor de la cultura en las consultas y en las prácticas estructuradas de los grupos Dulce Vida y Cuidados Prenatales es el tema de este capítulo.

En la clínica existen, cuando menos, dos formatos de interacción o estructuras participativas,<sup>28</sup> identificadas a partir de una primera exploración de los registros, entre los profesionales de la salud y los pacientes. La primera se ubica en las consultas que se desarrollan en un formato tipo entrevista entre médico y paciente. Los usuarios suelen acudir al servicio debido, generalmente, a alguna complicación de salud o al seguimiento de algún padecimiento.<sup>29</sup> Estas entrevistas se caracterizan por ser dirigidas por el médico quien establece un intercambio de pregunta-respuesta desde el inicio (Erickson, 2004). El especialista interroga para indagar la naturaleza del padecimiento y conocer sus posibles causas, identificar un posible diagnóstico y sugerir un tratamiento. Usualmente, el médico abre la interacción haciendo una pregunta tipo ¿en qué le puedo ayudar? ¿cómo está? o algunas similares. Por su parte, los pacientes informan sobre lo que les aqueja en ese momento, y así se entabla la conversación (Erickson, 2004) que dura entre cinco y diez minutos en las observaciones realizadas. Erickson señala que:

El marco institucional, que predetermina el elenco de personajes y sus objetivos generales por estar en una escena en particular de interacción, también predetermina los derechos de los participantes en relación al inicio del tema, el intercambio, y los tipos de atención entre los ponentes y los oyentes, así como el comportamiento al escuchar y dirigirse hacia los oradores en el curso de su conversación. (Erickson, 2004: 181).<sup>30</sup>

En el episodio siguiente, tomado de una consulta observada, se muestran las características que Erickson señala, ejemplifica el tipo de conversaciones que se

---

<sup>28</sup> Se refiere a un tipo de interacción controlada o dirigida por alguna autoridad (Phillips, 1972).

<sup>29</sup> Entrevista con Ángela López, Ciudad de México, abril de 2009.

<sup>30</sup> Traducción realizada por la autora, el texto original versa: "The institutional setting, which predetermines the cast of characters and their overall purposes for being in a particular scene of interaction, also predetermines the rights of particular participants regarding topic initiation, turn exchange, the distribution of attention between speakers and hearers, and amounts and kinds of listening behavior that are appropriate for hearers to perform toward speakers during the course of their talk together" (Erickson, 2004: 181).

establecen en uno de los consultorios de esta clínica pública e ilustra los turnos de habla, en los que es posible identificar quién establece la agenda conversacional y la manera en que la usuaria se integra a los nuevos temas establecidos por el médico.

Ejemplo de conversación en una consulta.

1. Dr: Buenas tardes señora.
2. H: Buenas tardes.
3. Dr: ¿En qué le puedo ayudar? ¿Quién va a pasar?, ¿Los dos van a pasar?
4. H: Los dos
5. Dr: ¿Quién va a pasar primero?
6. H: Este:: Yo porque:: Tengo 5 meses de embarazo y tengo unas/ unas ronchitas.. que me pican, me dan mucha comezón y me arden (...).
7. Dr: ¿Quién pasará primero? ¿Usted o:: el muchacho?/
8. H: Yo. Creo que yo [porque a mí me anotaron primero].
9. Dr: ¿Usted es Heriberta?
10. H: Mmmjú.
11. Dr: ¿Embarazo de cuántas semanas?
12. H: Calculo:: ¡Ay! Bueno 5 meses. Pero en semanas no.
13. Dr: ¿Porqué no vino el [mes] pasado?

En este episodio, el médico inicia la consulta con un saludo, al que la usuaria responde de igual manera. En la línea tres, el médico realiza una pregunta que sugiere el inicio sustancial de la consulta (¿En qué le puedo ayudar?), pero al notar que la señora está acompañada por su hijo le pregunta si ambos acuden a revisión, la usuaria responde que sí y el médico pregunta cuál es el turno de cada quien. En la línea seis la señora responde que ella va primero, e inicia una breve descripción de la causa de su consulta, esta explicación parece responder a la pregunta del médico de la línea tres. El médico la interrumpe en la línea siete, cuestionando nuevamente qué turno le corresponde, habría que destacar que en la línea ocho, la usuaria dice “Yo. Creo que yo [porque a mí me anotaron primero]”, lo que demuestra que ella valora el procedimiento institucional para señalar que, de acuerdo a la escritura que asigna los turnos, el de ella va antes que el de su hijo. El médico acepta implícitamente el turno de la señora en la línea nueve, preguntándole su nombre, ella le responde en la línea diez, y en la once el médico inserta un nuevo tema en la conversación, los meses de gestación, al que la usuaria sigue y suspende, por lo menos de manera momentánea, la explicación de la causa de su consulta.

El segundo tipo de interacción identificado se encuentra en las pláticas de salud,<sup>31</sup> se trata de una exposición sobre temas como nutrición, obesidad, lactancia, ejercicios físicos, cuidados maternos, enfermedades de la piel, entre otros, que se ofrecen en un formato tipo conferencia dirigida por diferentes expertos del tema tratado. Estas pláticas regularmente se desarrollan en el auditorio del Centro de Salud donde se utilizan artefactos que se vinculan a lo escolar, como un escritorio al frente, un pizarrón, butacas, una computadora y un proyector. Muchas de las exposiciones se apoyan en proyecciones computarizadas realizadas en *power point*, elaboradas y manipuladas por el responsable de la sesión que sirven como apoyo gráfico de la plática. Los asistentes participan en las pláticas como público espectador o como si fueran alumnos, ellos escuchan las presentaciones de los expertos, responden a sus preguntas o terminan alguna frase que el expositor deja en suspenso para su resolución a coro. Algunas veces realizan tareas como colorear o hacer apuntes y en escasas ocasiones participan por iniciativa propia haciendo preguntas de interés particular o interviniendo para compartir información relacionada, o no, con el tema tratado. Los integrantes de Dulce Vida sólo participan de manera sustancial cuando realizan una evaluación de sus niveles de glucosa, de presión arterial, de circunferencia de cintura, de triglicéridos y de peso. Ellos anotan los datos obtenidos en un cuadernillo de uso individual que contiene espacios destinados a registrar cada uno de los niveles. Los usuarios también registran esos datos en un formato que se entrega a la trabajadora social responsable del grupo, quien más tarde los copia en una lista que sirve para reportarlos a la institución. Esta forma de participación la han aprendido a hacer a través de su asistencia en el grupo, independientemente de su escolaridad y de su experiencia lectora, aunque es evidente que por lo menos algunos, tienen conocimientos previos de escritura lo que les permite anotar los indicadores en los formatos mencionados.

Las pláticas tienen coincidencias importantes con un formato escolar reconocido en la literatura como IRE<sup>32</sup> (Cazden, 1991). Por ejemplo, en una plática de nutrición en el grupo Cuidados Prenatales, la responsable de ofrecerla de manera reiterada elaboraba preguntas en este formato:

---

<sup>31</sup> Que se presentan en el marco de los grupos de ayuda mutua que este Centro de Salud ofrece.

<sup>32</sup> “La secuencia tripartita: iniciación del maestro, respuesta del niño y evaluación (IRE) es el modelo más corriente de discurso escolar en todos los grados” (Cazden, 1991: 39)

Sesión: Nutrición.

*La nutrióloga leía sobre las porciones de leche que el Plato del Buen Comer recomienda.*

N: Aquí dice leche, hay que consumir en qué cantidades, en pocas, por eso aquí... si ustedes ven, de dos a tres, debemos de tomar nuestro vaso de leche ¿A qué horas?

K: En la mañana.

N: En la mañana

La especialista realiza una pregunta que para su respuesta es necesario que alguien complete la frase, Karla contesta la pregunta y la especialista repite la respuesta como en señal de aprobación (Cazden, 1991). En esta sesión y en muchas otras, los especialistas de manera continua evalúan a los usuarios como si estuvieran en la escuela primaria.

Sin dejar de lado las características particulares de las pláticas y de las consultas, y sus evidentes diferencias que se detectan al contrastarlas, es posible señalar un aspecto importante en común: en los dos formatos se observa el encuentro de un experto, que es un actor institucional y socialmente reconocido como él o la que sabe y un usuario valorado como al que hay que enseñar u orientar y que representa el o la que no sabe; esta característica contribuyó a plantear la posibilidad de analizar estas dos situaciones de manera integrada en lugar de cada una por separado.

### *5.1 interacciones alrededor de la cultura escrita y salud.*

Una segunda exploración a los registros permitió distinguir una serie de actividades realizadas, sobre todo por los pacientes, en ambos espacios de interacción. Estas actividades se convirtieron en los denominadores comunes y permitieron integrar el análisis de consultas y pláticas. Estos denominadores comunes o categorías de análisis, se construyeron buscando temas recurrentes en relación a las interacciones de los médicos, pacientes y profesionales de la salud, y sirvieron para construir tres categorías más relevantes:

- Tomar decisiones autónomas
- Asumir compromisos y realizar acciones de autocuidado
- Construir identidad propia y de otros

Las dos primeras categorías enuncian acciones realizadas especialmente por los usuarios del servicio de salud, mientras que la tercera categoría se orienta hacia acciones tanto de los usuarios como de los especialistas de la salud. En este denominador los especialistas construyen la identidad de los pacientes, a la vez que éstos de manera inmersa en las interacciones, construyen su identidad, aunque de manera más débil que los especialistas.

Cada una de las categorías anteriores se anuncia con un verbo en infinitivo para presentarlas en forma de acciones donde los usuarios, en las dos primeras, y los especialistas de la salud, en la tercera, son los protagonistas. Se construyeron a partir del análisis de los registros, es decir, surgen de los datos y responden a una búsqueda de regularidades en las acciones y pensamientos expresados por los protagonistas (Bogdan y Biklen, 1982).<sup>33</sup>

En la primera sección de este capítulo se profundizará en aquellas evidencias que sugieren la realización de decisiones autónomas de los pacientes en relación con su propia salud. Se hará referencia a los usos de la lectura y escritura que los usuarios despliegan y a algunos conocimientos previos que poseen sobre salud, pero que se presentan en un lenguaje cotidiano distinto al discurso científico que utilizan los médicos. En la segunda, se analizarán las acciones que las usuarias realizan para su autocuidado y el papel que juega su agencia (Holland *et. al.*, 2001) en la toma de decisiones relacionadas con su propia salud. La tercera parte se dedica a la construcción de identidades que los especialistas de la salud edifican en torno a los usuarios de la clínica, y a su vez, éstos de manera implícita construyen su propia identidad y la de los especialistas de la salud. Para terminar, se cierra con una discusión acerca de la relación entre la alfabetización y la salud, a la luz de lo analizado así como de algunas premisas contenidas en la literatura que relaciona a la alfabetización con la salud.

#### 5.1.1 Tomar decisiones autónomas

En el contexto del cuidado de la salud se espera que las personas expliquen lo que sienten y observan en sus cuerpos. Muchas veces se trata de explicitar sensaciones físicas que no tienen un nombre preciso como calambre, punzada o ardor, lo que obliga a dar descripciones elaboradas. Frente a esto, los médicos interrogan a los pacientes en busca de identificar padecimientos y así poder recetar fármacos con

---

<sup>33</sup>Realizado con la ayuda del software para análisis cualitativo Atlas.ti

indicaciones precisas. De los pacientes se espera que tomen estas medicinas de acuerdo a lo estipulado (dosis, frecuencia y duración del tratamiento), sin embargo, existen casos en que los pacientes no observan mejoras o perciben que lo recetado, en lugar de ayudarles, los hace sentir peor y deciden suspender o modificar las indicaciones que los especialistas han hecho. Decisiones como estas pueden estar motivadas por lo que Holland describe como agencia. Holland argumenta que “la agencia para la propia objetivación y, a través de ella, para autodirigirse juega... la posibilidad de liberación de esas fuerzas [relaciones de poder]” (Holland *et. al.*, 2001: 5).<sup>34</sup> Para fines de esta tesis podemos circunscribir el término a la capacidad personal de los usuarios para la toma de decisiones que pueden estar mediadas por un compromiso personal de salud y que ayuda a resolver de manera autogestiva algunas situaciones que les aquejan.

El fragmento siguiente, que proviene de una interacción de una de las consultas observadas, muestra cómo una paciente utiliza una serie de recursos para informar sobre su estado de salud y exponer algunas de las posibles causas y consecuencias de una complicación, producto de un medicamento anteriormente recetado. Esta paciente, con cinco meses de embarazo, se presenta al consultorio indicando que tiene una irritación en la piel. Explica, que pese a haber tomado un medicamento recetado con anterioridad, no percibe mejoras en la urticaria, y a la vez externa sus preocupaciones por los efectos que el fármaco puede tener sobre el producto, pues ha percibido una disminución en sus movimientos. Esta información la comparte haciendo un relato cronológico sobre los movimientos del feto durante los meses de embarazo:

*La paciente embarazada llega al consultorio presentando una dermatitis, debido a su estado el médico inicia con un interrogatorio sobre el movimiento del bebé.*

H: Sí, se mueve mucho. Puede estar así, luego así (señala con las manos).

Dr: ¿Se mueve su bebé bien?

H: Sí eh:: Se mueve/ Se mueve bien, desde los dos meses. Pero van: dos días. Bueno, hace rato se estaba moviendo. Pero dos días que no se mueve, [el martes] y ayer.

Dr: ¿Pero sí se mueve?

H: Sí lo siento. Pero no como antes. Que se mueve y:: Porque me acuesto y se empieza a mover.

---

<sup>34</sup> Traducción realizada por la autora, el texto original versa: “Human's capacity for self-objectification and, through objectification, for self direction plays in to both their domination by social relations of power and their possibilities for partial liberation from these forces” (Holland *et. al.*, 2001: 5)

En un primer momento parece que la razón de la consulta es la irritación en la piel, pero cuando la explicación es mediada por su estado de embarazo comienza a tomar matices diferentes, siendo la poca actividad del feto más importante que la urticaria. El estado del producto parece preocupante para el médico y para Heriberta (la mamá del niño del ejemplo del capítulo anterior), pues a partir de su mención se vuelve el tema prioritario. La usuaria relaciona el movimiento fetal con un estado de bienestar, pues al disminuir su intensidad acude al médico preocupada lo que demuestra, entre otras cosas, que Heriberta tiene conocimientos previos sobre los movimientos fetales durante el embarazo, así también sobre que ingerir fármacos en esta etapa puede resultar dañino tanto para su salud como la del producto. Heriberta narra cronológicamente el movimiento que ha presentando el feto durante el embarazo e indica que desde los dos meses de gestación se han sentido los movimientos regulares, pero que desde hace dos días el movimiento ha sido menor. Parece que considera muy necesario aclarar que los movimientos se han modificado a partir de la administración del medicamento, lo que evidencia también que lo que busca orientar al médico sobre la posible causa. La usuaria indica que a causa de la irritación en la piel visitó a otro médico que le recetó un antihistamínico, y al administrarlo nota lo siguiente:

*La paciente continúa reportando información sobre su salud al médico.*

H: Y es que fui con otro/ con un doctor.. que igual:: es doctor de él (señala a su hijo) Él me recetó el:: pri::/ primalan. Que:: son unas pastillas para:: la:: Para la alergia. Y no sé: qué tienen. Porque desde que me empecé a tomar las pastillas/ Porque me tomé nada más la mitad. Eh:: Apenas. El/ El lunes se estuvo moviendo todo el día. El martes no. Ayer tampoco. Y hoy apenas lo sentí. Que se movió.

Dr: Pues ya no las tome.

H: Entonces no. Ahorita mejor yo suspendí las pastillas. Ahorita que [no se mueve] Y suspendí las pastillas..... No sé si le haya afectado algo.

La usuaria recuerda el nombre del medicamento, su uso, su función, así como la dosis de administración que le indicaron, y lo comparte con el médico en términos cotidianos, por ejemplo, comenta que tomó “nada más la mitad”, en lugar de precisar los gramos o unidades de administración; indica que el medicamento es para la alergia,

haciendo referencia a su función terapéutica. La usuaria utiliza recursos comunes para expresar las unidades de medida y cuando habla de la naturaleza del medicamento hace referencia a su función y no a su nombre genérico.

Heriberta expresa que el medicamento no le ha dado resultado, pues la irritación en la piel no ha desaparecido y deja entrever que piensa que el medicamento no le ha beneficiado porque no tiene relación con su padecimiento, cuando dice “entonces no”; explica que el movimiento de su feto fue modificado por su ingesta. La información que Heriberta maneja y la manera en que la comparte sugieren un conocimiento de su salud construido a partir de los síntomas que su cuerpo presenta. Según el portal de internet Pierre Fabre Médicament, el uso del PRIMALAN no se recomienda durante el embarazo, por lo que su argumento parece válido al relacionar la ingesta con una notable disminución de los movimientos del feto. Probablemente la usuaria desconozca el uso restringido de este medicamento durante la gestación, pero a partir de los síntomas que presenta lo intuye y cuestiona si el feto puede estar afectado o no, demostrando un conocimiento previo sobre el desarrollo fetal y la salud, no sólo personal sino también del producto.

Las decisiones que la paciente toma sobre disminuir y después suspender el medicamento y regresar al médico, se fundamentan en evidencias de su propia salud y la interpretación de los síntomas presentados, por lo que no son aleatorias ni resultan de una actitud negligente, sino que se sustentan en su percepción e interpretación de las señales de su cuerpo y, sobre todo, en su intención de no perjudicar al feto. El caso de Heriberta muestra cómo su agencia en la toma de decisiones ayuda y evita perjudicar su salud y la del feto. En este ejemplo es posible ver cómo la usuaria articula lo que conoce y lo que experimenta con su idea de cuál es la mejor manera de proceder, e ilustra la capacidad de una de las usuarias de esta clínica para informar al médico sobre su estado de salud, tomar decisiones ponderadas y proceder de acuerdo a sus criterios. Cuando la usuaria decide suspender el tratamiento recetado por un médico, que representa una figura reconocida y valorada como experto en este contexto, y regresa a consulta motivada por cuidar su embarazo pone en evidencia que actúa motivada por su agencia, pues Heriberta no sólo descarta las indicaciones del médico, sino que acude nuevamente a otra consulta para informar lo que se derivó de la ingesta del antihistamínico y pedir que se valore el estado de su producto. Por lo que expresa, puede notarse que ella considera que hay algo que necesita ser atendido con urgencia.

Existen otros casos donde se muestran a otros usuarios tomar decisiones ponderadas e informadas. El cuadro siguiente muestra, de manera resumida, estos ejemplos:

Contexto	Descripción del episodio	Participantes
Consulta 2	Heriberta decide suspender el tratamiento que le recetaron por no presentar resultados favorables para su salud.	Heriberta y médico.
Consulta 6	Sofía sigue la calendarización expuesta en la Cartilla Nacional de Vacunación. Lleva a su hija recién nacida, Andrea, a la clínica para la aplicación de las vacunas correspondientes y al no encontrar disponible la del neumococo decide acudir a otro hospital para su aplicación.	Sofía, Andrea, enfermeras y médico.
Grupo Dulce Vida	En el grupo de diabéticos las usuarias realizan un control alimenticio que les favorece en disminuir la glucosa en sangre. De manera periódica, y por cuenta propia, realizan ejercicios físicos que contribuyen a mejorar su salud.	Integrantes del grupo Dulce Vida, trabajadora social, médico general y nutriólogo.

En la consulta seis, Sofía lleva a vacunar a su hija recién nacida, Andrea, pero no encuentra disponible la dosis para el neumococo, por lo que pregunta qué hacer para cumplir con el cuadro básico y evitar que Andrea tenga el riesgo de infectarse de este virus. Las enfermeras le informan que en otro hospital sí se encuentra la vacuna, por lo que Sofía decide acudir a él y así evitar una complicación futura en la salud de su hija. Sofía pudo esperar a que la vacuna llegara a este Centro, pero en su lugar y motivada por cuidar a Andrea, cuestiona al personal sobre a dónde acudir, demostrando una manera ponderada de actuar sobre todo para beneficiar a su hija, esta acción podemos circunscribirla a una actuación mediada por la agencia (Holland *et. al.*, 2001) para la toma de decisiones.

Otro ejemplo que muestra la toma de decisiones autónomas se encuentra en el grupo Dulce Vida, ahí las usuarias siguen una dieta basada en los alimentos beneficiosos para controlar el azúcar en su sangre. El grupo promueve la realización de ejercicios físicos una vez por semana y las usuarias acuden con frecuencia a estas sesiones. Algunas usuarias deciden realizar ejercicios por su cuenta más de un día a la semana, de tal manera que la combinación de la actividad física y el plan alimenticio les ayuda a controlar su enfermedad, y de alguna manera, a detener las complicaciones derivadas de la diabetes. Ellas mantienen un esfuerzo sostenido de

una alimentación adecuada y la realización de actividad física para mantener y mejorar su salud, basadas en los resultados que su estado de salud presenta a partir de la puesta en práctica de estas acciones, estas integrantes demuestran con resultados palpables el beneficio de sostener dichas acciones.

La toma de decisiones autónomas y fundamentadas en las usuarias de Dulce Vida les permite mantener una situación de salud aceptable y les ayuda a prevenir complicaciones. Heriberta por su parte, suspendió la ingesta del medicamento recetado y acudió nuevamente a consulta para informar al médico lo que sucedía, su decisión de suspender el medicamento y regresar al médico evitó un daño severo al producto, y por los meses de embarazo, a su propia salud. Cuando Sofía no encontró la vacuna que protege a su hija, se informa sobre cómo obtenerla y decide acudir a otro hospital para cumplir con el cuadro básico de vacunación para proteger la salud de Andrea. Estos ejemplos muestran la manera y los motivos a través de los cuales algunas usuarias de esta clínica toman decisiones de manera autónoma para sostener su salud en niveles aceptables y muestra el papel de su agencia (Holland, 2001) para la toma de decisiones.

#### 5.1. 2 Asumir compromisos para realizar acciones de autocuidado

Asumir compromisos y participar en actividades en pro de la salud son acciones que suponen una forma de ayudar a su cuidado. Una manera de comprometerse y autocuidarse es seguir las indicaciones de los expertos, pues se considera que ellos tienen conocimientos precisos sobre la salud que contribuyen a mejorarla, a evitar complicaciones y a retrasar algunas consecuencias derivadas de ciertos padecimientos.

En los grupos de ayuda mutua las trabajadoras sociales buscan fomentar el cuidado de la salud durante el embarazo y a lo largo de la vida como diabético a través de acciones de largo plazo, como el impulso de una alimentación saludable, la realización de ejercicios físicos y pláticas donde se abordan diversos temas que sugieren un impacto favorable en la salud de sus asistentes. Los grupos Dulce Vida y Cuidados Prenatales implícitamente esperan que sus usuarios asuman compromisos con el cuidado de su salud y realicen acciones específicas para lograr y sostener su bienestar. Esto significa, entre otras cosas, aprender acerca de su condición y mantener constancia en sus esfuerzos por cuidarse.

En diferentes momentos dentro de las sesiones del grupo de enfermos crónicos, se registraron recurrentes episodios donde se aprecian acciones y actitudes de autocuidado realizadas por sus integrantes de manera autogestiva. En el fragmento siguiente puede observarse cuando Ángela, la trabajadora social, felicita a dos asistentes por la notable mejoría en el manejo de indicadores de su salud y en especial en los niveles de glucosa.

<p><i>Ángela lee su lista que contiene los registros de glucosa de cada uno de los integrantes del grupo y comenta:</i></p> <p>A: Demetrita empezó con una glucosa de 333 en enero, muy alta ¿Verdad? 333... Y ahorita ya va/ Eh:: la semana pasada tuvo 137.</p>	<p><i>Ángela lee su lista y comenta los niveles de glucosa registrados de Francisca:</i></p> <p>A: Francisca va bien de peso. Va bajando..... este:: de glucosa.. va bien. Entró con 351 ahorita lleva/ la semana pasada 172... Y de presión vam/ va bien.</p>
---	--

Estos dos pequeños turnos ilustran el comportamiento en salud que Demetria y Francisca han tenido en un lapso de tres meses en los que han reportado una disminución importante en el principal nivel a controlar, la glucosa. La trabajadora social comenta el caso de Demetria, de quien se señaló en la descripción de los integrantes de la clínica que es una paciente de 59 años de edad y que al igual que la mayoría de sus compañeros no terminó la primaria, ella disminuyó 196 puntos de glucosa en sangre a lo largo de tres meses. Cabe señalar que este grupo de ayuda mutua contempla un máximo de 120 puntos de glucosa en sangre como normal. Demetria no ha llegado a este parámetro, pero iniciar un camino hacia el mantenimiento de niveles cada vez más bajos, con resultados sostenidos a través del tiempo, representa un esfuerzo y una mejoría plausible, y sirve como un buen ejemplo para otros integrantes del grupo.

Francisca ingresó al grupo con 351 puntos de glucosa en sangre, y durante su permanencia ha disminuido 179. Estos dos casos son ejemplares en este contexto, debido a que manejar altos niveles de glucosa en sangre representa un peligro en la salud, ya que ocasiona severos trastornos, como la pérdida visual, nefropatía, gangrena, coma diabético, entre otros. Por lo tanto, mantener niveles aceptables

implica una disminución de los riesgos latentes como diabético e incrementa las posibilidades de tener mejor nivel de vida.

Los casos de Demetria y Francisca representan ejemplos de realización de diversas acciones con fuerte compromiso personal para mantener una salud aceptable. Ellas tuvieron que modificar su alimentación y realizar ejercicios físicos de manera independiente para ayudar a controlar su glucosa. Estos dos casos sugieren que en esta clínica algunos miembros del grupo Dulce Vida realizan acciones orientadas hacia el cuidado de su propia salud, que derivan en resultados favorables y sostenidos a través del tiempo. Estas acciones, si bien pueden estar influidas por el contexto y apoyadas en el grupo, representan un esfuerzo personal constante de cada usuario por controlar su enfermedad y mantener una salud aceptable, motivadas por su agencia.

En el grupo de las embarazadas también se suscitaron interacciones que permitieron mostrar algunos compromisos y acciones encaminadas al autocuidado de la salud. Por ejemplo, para la plática de nutrición se organizó una actividad en la que se requería una contribución de las asistentes con lápices de colores y sacapuntas, pues tenían que pintar los diferentes alimentos que conforman los grupos del Plato de Buen Comer.<sup>35</sup> Al iniciar la plática, la nutrióloga organizó grupos de trabajo para colorear los grupos de alimentos, mientras que las participantes pintaban los dibujos, siguiendo las indicaciones precisas de la nutrióloga, la especialista hablaba sobre la alimentación:

N: Me van a dibujar de color amarillo como está aquí, a ver quién falta de [color] amarillo, lo del otro, vamos a poner... verde... ¿A quién le toca de aquí verde?... Para ti rojito. ¿Tú y quién más?... Tú solita. ¿Quién más? ¿Sale? Bueno, vamos a empezar, [empezamos con que hay] que muchas, muchas este:: formas de/ de aprender a saber comer, buscamos lo más sencillo, para que ustedes lo aprendan.

Las participantes aceptaron realizar la actividad del coloreado y siguieron las indicaciones de la nutrióloga sin cuestionar, pese a que no se explicitó el motivo de colorear los dibujos. Parece que las usuarias se insertan fácilmente en una dinámica donde se reconoce que la que tomará la iniciativa es la nutrióloga, mientras que ellas deberán aceptar y realizar lo que se les pide. Puede suponerse que ellas aceptan la

---

<sup>35</sup> Diagrama de alimentación descrito en el capítulo tres.

actividad porque confían en que las acciones promovidas por un experto en nutrición, como la que dirige la sesión, se orientan a brindarles elementos que contribuyen a mejorar y mantener una alimentación adecuada, que en todo caso les ayudara a tener buena salud durante el embarazo y beneficiará el desarrollo del feto.

En el transcurso de la plática, la nutrióloga habla de algunos platillos incluidos en la dieta mexicana, como la cochinita pibil y el pozole. En su discurso la nutrióloga critica la composición de los alimentos por el tipo de ingredientes necesarios para su preparación original. Karla es una de las asistentes constantes a este grupo e interviene en el discurso de la nutrióloga aportando una preparación distinta del pozole, a lo que la nutrióloga comenta:

N: Pero si ustedes comen más carne, ahí si van a tener problemas. Y más que si comen, este:: cochini::ta de puerco en chile verde, o chicharrón en chile verde:: o:: este:: espinazo.. ¿Mmmjú? O:: Comen pozole/ comen pozole ¿Y con qué va acompañada la carne?

K: Con verdura.

N: Con verdura, ¿Pero de qué carne?

M: De puerco.

N: ¿Y cuál?

K: Espinazo, todo lo que tiene atrás, cabeza...

N: La cabeza. ¿Verdad? (...) puro gordo.

La nutrióloga pasa por alto la contribución que Karla comparte cuando indica que un componente del pozole es la verdura (como la lechuga, los rábanos, la cebolla y el orégano) y continúa criticando su ingesta. Pese a esto, Karla continúa coloreando y a partir de este momento adecúa su participación, uniéndose al descarte de los platillos que la nutrióloga menciona como malos, pese a que como se muestra en su intervención, conozca y sostenga que por lo menos el pozole contiene algunos de los alimentos que la nutrióloga fuertemente promueve.

En este contexto hay dos hipótesis factibles y claramente vinculadas: la primera es que la conductora tiene la autoridad institucional y el poder social para organizar y, hasta cierto punto, imponerles la actividad del coloreado y la agenda en la conversación (Erickson, 2004). La segunda es que las usuarias creen y confían en que lo que se realiza en el Centro de Salud es importante para el bienestar propio y del feto

durante el embarazo. Ellas colorean sin cuestionamientos, y por lo menos Karla, se integra al descarte de los platillos, y en parte puede ser, debido a que hay una confianza por lo que se promueve desde el Centro de Salud, pues es un espacio legitimado para brindar y promover acciones en pro de la salud y las acciones que realizan están orientadas hacia el mejoramiento y el cuidado de la salud.

Las usuarias de este grupo asumen el compromiso de llevar los colores y el sacapuntas y pintar el Plato del Buen Comer sin cuestionar; se integran al curso de una conversación donde se descartan los platillos que se incluyen en la dieta mexicana. Parece que ellas confían que estas actividades impactarán positivamente en su salud y no las cuestionan, las aceptan fácilmente y se integran a las nuevas dinámicas de manera natural. El compromiso que las usuarias de Cuidados Prenatales muestran al acudir puntualmente a las sesiones, llevar los artefactos que se les solicita (como los colores), realizar las actividades programadas (colorear) e integrarse al curso conversacional, representan acciones que ellas valoran como necesarias para llegar a una buena salud y que son promovidas desde esta institución, lo que puede justificar que las usuarias las acepten y las realicen de manera natural. En el cuadro que se presenta a continuación se resumen otras acciones mediante las cuales los usuarios de esta misma clínica realizan acciones para su autocuidado y asumen compromisos personales para con su propia salud:

Contexto	Descripción del episodio	Participantes
Consulta 1	Viridiana acude a revisión periódica a esta clínica y lleva un archivo cronológico sobre sus semanas de gestación.	Viridiana y médico.
Consulta 2	Heriberta acude a revisión periódicamente por su estado de embarazo. Decide suspender un tratamiento recetado por no presentar resultados favorables. Así también, lleva un archivo cronológico de su estado de embarazo.	Heriberta y médico.
Consulta 3	Heriberta lleva a revisión a su hijo debido a que se queja de un dolor. La usuaria acepta la programación para una cirugía que beneficiará la salud de su hijo.	Heriberta, Daniel y médico.
Consulta 4	Flor acude a revisión con frecuencia por su estado de embarazo. Se realiza ultrasonidos con regularidad y acude de manera oportuna a solicitar el pase de referencia.	Flor y médico.
Consulta 5	Blanca acude a consultas de seguimiento a su embarazo y como parte de ello se realiza ultrasonidos frecuentes. En vísperas de su parto, acude oportunamente a solicitar el pase de referencia.	Blanca y médico.
Consulta 6	Sofía lleva a revisión de rutina a su hija recién nacida. Siguiendo la calendarización de la Cartilla Nacional de Vacunación solicita las dosis para Andrea.	Sofía, Andrea y médico.
Grupo Dulce Vida	Los integrantes del Grupo monitorean los cinco indicadores mencionados; se responsabilizan de llevar ese control por escrito de maneja personal y grupal; y acuden semanalmente a las pláticas de salud y a los ejercicios físicos.	60 usuarios, aproximadamente, trabajadora social y expertos en salud.
Grupo Cuidados Prenatales	Las usuarias son asistentes frecuentes y participan en el grupo de manera activa (llevan artefactos como colores, cobijas, muñecos u otros materiales que sirven para la realización de la plática-taller).	17 usuarias, aproximadamente, trabajadora social y expertos en salud.

El cuadro condensa algunas evidencias encontradas en las observaciones, donde se identifican acciones de autocuidado y de asumir compromisos con la salud por parte de distintos usuarios de esta clínica pública. En la columna contexto se colocan los espacios donde surgió la evidencia, a un costado se describe de manera general el evento localizado y en la última columna se explicitan los participantes involucrados. Estos distintos ejemplos muestran la capacidad de algunos usuarios de este Centro de Salud para seguir indicaciones y para participar en actividades que suponen la promoción de una buena salud. Por ejemplo, los diabéticos semana tras semana realizan chequeos sobre sus niveles de glucosa, los anotan en su cuadernillo y

los llevan consigo a las sesiones de salud, a sus consultas y a los ejercicios físicos, con el fin de tener un referente disponible cada vez que se requiera saber su evolución, así como poder escribir los resultados de sus revisiones. Es de notar que este control escrito demuestra un conocimiento previo sobre escritura situada en el contexto de salud. Las pacientes embarazadas que acuden a consulta, como Viridiana y Blanca, llevan un control mensual de visitas al médico, para conocer el estado de evolución del feto, realizan ultrasonidos cada determinado tiempo, y de acuerdo a las semanas transcurridas, acuden a solicitar el pase de referencia para ingresar a un hospital especializado en el momento del parto, se nota un conocimiento institucional para solicitar el pase, derivado del tiempo de gestación. Algunos usuarios de esta clínica participan directamente en actividades que suponen una mejoría en su salud, como el coloreado, aunque se trate de una actividad que remite a los primeros años de la educación básica. La consigna del coloreado sugiere un ejercicio que descontextualiza a la alimentación, pues aunque lo que se pinta son alimentos, no se justifica la acción, no se remite a ella durante la plática, ni se pide a las participantes que analicen, comparen o contrasten su trabajo al terminar, y aunque se trata de una actividad infantil para una población adulta, las señoras participan tal y como la nutrióloga lo marca.

### 5.1.3 Construir identidad propia y de otros

De manera implícita en las interacciones dentro de la clínica hay una construcción, consciente o no, de la identidad de los otros. Los diversos actores sociales, como usuarios, especialistas, personal administrativo, entre otros, confieren significado a la identidad del otro a partir de las interacciones que se establecen cuando entran en contacto. En especial, los especialistas de la salud se distancian de manera reiterada de los usuarios a través del lenguaje y se dirigen a ellos como los que no saben o a los que deben orientar. Los usuarios por su parte, tienen un trato que ubica a los especialistas como los que saben y pueden orientarlos.

En una consulta observada, Blanca acude a solicitar la expedición de un *pase de referencia* necesario para ingresar a un hospital especializado al momento del parto, pues se encuentra en los últimos días de embarazo. Al iniciar la consulta, el médico le pregunta cuántas semanas de embarazo tiene con el fin de elaborar el pase dentro de los tiempos administrativos establecidos. La paciente dice que tiene 39 semanas, y

para corroborar esto, el médico le indica a la enfermera que haga el estimado de las semanas de embarazo.

Dr: ¿Qué día te vi? ... (Médico le pregunta a la paciente) ¿2 o 7? ¿2 o 7? (...) ¿Fue 7? Ese día tenía::s

B: ¿Tre::inta y qué?

Dr: 32 semanas, 33 hoy. Al día de hoy, 23 00 del 2009. ¿Cuántas semanas tiene si tenía 32.6? (Médico le pregunta a la enfermera)

E: ¿Fue de julio me dijiste? ¿Cuándo fue su última regla? (Enfermera pregunta a paciente)

B: Según tengo 39.

(La enfermera inicia con el cálculo de las semanas de gestación, luego de un momento se dirige a la usuaria de la siguiente manera)

E: 38.3 semanas (Enfermera dice a médico). [Piense en numerito] ¿Si? (Enfermera dice a paciente)

La enfermera obedece y realiza las cuentas, pero no coinciden con precisión con lo que expresó la paciente (39 semanas). La enfermera le informa al médico que de acuerdo con sus cálculos la señora tiene 38.3 semanas y se dirige a la usuaria diciendo “piense en numerito”, esta frase insinúa que la usuaria no ha hecho los cálculos de manera correcta o no ha dado debidamente la información de su tiempo de gestación como el personal médico acostumbra. Sin embargo, Blanca dio un valor muy próximo y redondeado, en lugar de 38.3 dijo 39 y pese a que se expresa en números y en semanas para referirse a su tiempo de embarazo, como lo hacen los médicos, lo que la enfermera juzga no es el manejo de la unidad de medida sino la precisión. La enfermera aprovecha la pequeña discrepancia entre el valor que ella calcula (38.3 semanas) y el valor que la paciente da (39 semanas) para señalar el “error” a la paciente, reprimir y colocarse como la que sí sabe frente a la usuaria que representa a la que no sabe. Se puede notar que la enfermera crea una distancia entre la paciente y ella, fundamentada por la manera de acercarse a la precisión y señalar el incidente como una falta. Cabe señalar que Blanca posee conocimientos previos sobre la manera de contar el tiempo de gravidez, es decir, hacerlo en semanas de acuerdo al conocimiento médico. Además lo recuerda y lo informa al personal de salud cuando lo requieren, y puede suponerse que lo valora como un dato importante de comunicar en la consulta para su cuidado y el del feto.

En el ejemplo de la consulta de Heriberta, retomado en la sección Tomar Decisiones Autónomas, se encuentra un evento de lengua escrita donde el carnet de esta paciente no tiene registrada la visita mensual de rutina.

A: ¿Porqué no vino el [mes] pasado? (lee tarjeta) H: Si vine. Pero nomás que el doctor no me la anotó. De hecho tengo la cita con él, pero el miércoles... Pero vine por él porque.... A: 38 semanas.. el 13.
---

El médico pregunta por qué no asistió a la consulta pasada, él supone que la falta del registro en la tarjeta es porque la usuaria no asistió a la cita agendada. Heriberta explica que sí acudió, pero que el médico que la atendió no anotó la visita en el carnet. El médico no se detiene más en el asunto, aparentemente esta aclaración es irrelevante para él o no considera necesario señalar que era él quien suponía algo equivocado, pues ante la precisión que Heriberta le hace el médico no le responde, sino que pasa de inmediato y sin ninguna transición a calcular las semanas de embarazo de esta usuaria.

El análisis de este episodio permite observar que en un primer momento el médico duda de la constancia de la paciente sobre sus revisiones mensuales y sugiere que él la considera poco responsable del seguimiento de estas visitas, deducido de la ausencia de la marca formal. Cuando la usuaria le explica el motivo de la falta de registro en su documento, el especialista pasa a otro tema, el cálculo de las semanas. Por su forma de proceder parece que realiza un juicio al suponer que la paciente está en falta y no sus pares. La usuaria, por su parte, no se reconoce como autorizada para escribir en este documento de uso institucional, pues aunque sí visitó el consultorio en la fecha indicada y no se marcó tal visita, ella tampoco la registró. A ella no le corresponde apuntar su asistencia y al igual que el personal médico, deja el espacio en blanco y argumenta oralmente la falta de la marca.

Un caso más que ejemplifica cómo el personal de salud construye la identidad de los usuarios del servicio, se presentó en otra de las consultas, donde la paciente acudió a solicitar un *pase de referencia* para un hospital especializado en maternidad, pues se encuentra en la recta final de su embarazo. Cuando el médico lee el expediente de la usuaria se da cuenta que tiene 22 años de edad y que éste es su tercer embarazo.

A: (El médico lee expediente) ¿22 años y ya tres hijos?

B: Sí. Ya me voy a operar.

Mediante una pregunta, el médico emite un juicio de manera indirecta, tomando como referencia la cantidad de hijos registrada en el expediente y la edad de la paciente. El cuestionamiento es directo y sin rodeos o cautela. Ante el comentario, la usuaria asume la crítica y responde diciendo que se realizará la operación para no tener más hijos. Parece que la usuaria le confiere el poder al médico para opinar e incluso juzgar sus acciones, por lo que ella no sólo acepta el comentario sino que no cuestiona, debate o se defiende. El médico se vale de su posición institucional y profesional para emitir un juicio sobre la cantidad de hijos de esta paciente.

En este caso puede suponerse que el médico considera que el número de hijos que Blanca tiene no es correcto en razón de su edad. Él consiente la realización del procedimiento quirúrgico que busca terminar con los embarazos. La usuaria no sólo acepta lo que el médico dice, sino que busca justificarse ante él, le dice que es el último embarazo y con esta respuesta parece que busca complacerlo. Ambos reconocen, de manera implícita, que el que tiene la autoridad para cuestionar y/o reprimir es el médico, mientras que la usuaria representa a la persona que aceptará lo comentado, no debatirá y será susceptible de correcciones de diferente índole, incluso hasta de su maternidad.

Otra interacción que sugiere una construcción de identidades y relaciones de poder asimétricas surgió en el grupo Dulce Vida. En la plática sobre daños renales, el responsable fue un especialista en nefropatía diabética quien presentó una exposición donde pronunciaba frases que acentuaban que él sí podía entenderlas, mientras que los usuarios necesitaban ayuda para hacerlo, esta situación marcó un distanciamiento intelectual<sup>36</sup> entre él y los demás:

Nf: Entonces esto es muy importante que ustedes lo sepan, el azúcar de las personas con diabetes se va a descomponer, y se va a transformar con otras sustancias en algo tipo veneno, para que todos lo entendamos..

Nf: En otro eh:: contexto para que nos entendamos todos, es el tiempo que tarda el riñón.... en enfriarse.

<sup>36</sup> Entendido como aquellas ocasiones en que los usuarios necesitan de ayuda para entender lo que se dice.

En el transcurso de una hora el especialista pronunció frases como “es importante que *ustedes* lo sepan”, “para que *todos* lo entendamos”, “en otro contexto *para que nos entendamos todos*”, cuando hacía un resumen sobre lo que hablaba. Es importante señalar que el uso del pronombre *nosotros* es inclusivo, pero en estos casos no funciona así, puesto que el médico sí puede entender lo que él mismo comenta, pero supone y subraya que los demás no. Él emite frases de este tipo para acentuar que hace un esfuerzo por lograr que todos entiendan lo que comenta. Estos señalamientos marcan un distanciamiento social<sup>37</sup> (Thomas, 1995) e inciden en que el especialista se configure como el que sabe, frente a los usuarios que no saben y que necesitan de explicaciones elaboradas para entender lo que se habla. Las frases de distanciamiento que el especialista hace, las nombra cuando elabora un resumen donde busca explicar la naturaleza de algunos conceptos médicos o procesos fisiológicos, por ejemplo cuando habla de la descomposición del azúcar en la sangre dice que se convertirá en “algo tipo veneno” utilizando la analogía de lo que sucede con algo que se envenena para hacer entendible la descomposición de la azúcar en la sangre. Cuando el médico explica los términos para hacerlos accesibles al resto de la audiencia, haciendo énfasis en que los demás desconocen de qué se habla, se distancia nuevamente a través del habla, marcado por dos factores: primero, por el uso de los pronombres *ustedes* y *yo*; y segundo, por el propio manejo de términos médicos. Una explicación formal podría ayudar a que los usuarios conozcan a qué se refiere el concepto médico que el especialista pronuncia, sin embargo éste opta por definirlos a través de analogías y acentúa el esfuerzo que hace para que los demás lo entiendan.

En otros momentos de la plática, el especialista utiliza terminología especializada sin explicación, situación que crea otro distanciamiento a través del lenguaje. En esta sesión, el especialista utilizó tecnicismos sin explicación 27 veces en 55 minutos, lo que da un promedio de uno cada dos minutos, y cuando explica, mediante analogías, la naturaleza de los conceptos, lo hace acentuando la distancia entre él y los usuarios. Entonces, parece que el especialista va de un extremo al otro: los explica haciendo hincapié en el esfuerzo para que los usuarios lo entiendan; o no los explica, sino que los pasa por alto y asume que la plática dará pistas para entenderlos.

---

<sup>37</sup> Distancia social es en conjunto de aspectos (edad, sexo, clase social, etc.) que sugieren una posición distinta de un sujeto frente a otros (Thomas, 1995).

*El médico realiza una pregunta retórica donde cuestiona si un caso de trasplante renal de una persona de 70 años a una más joven, puede ser exitosa, a lo que él mismo responde.*

Nf: Yo tengo 40 años... Necesito un donante, oiga, sabe qué, tenemos un donante de 70 años.[¿Me sirve?] Puede que sí. Pero hay mucho porcentaje... de que no sirva de nada. ¿Por qué? Porque a lo mejor ya está muy mal su riñón, bebía, tomaba, tenía mucho hipotensión, entonces a lo mejor no me sirve, entonces debe de ser máximo 5 años más de la edad de la persona que necesite el trasplante.

En esta respuesta, el especialista utiliza el término hipotensión, utilizado ampliamente en el área médica, pero no necesariamente en la cotidianidad de los usuarios. El contexto puede dar pistas y revelar el significado de las palabras (Dyson, 1989), pero la repetición reiterada de esos términos no resulta suficiente cuando de lo que se trata es hacer entendible una explicación elaborada.

En este episodio es posible ver que el uso de términos médicos influye en la construcción de distancias entre los especialistas y los usuarios, pues hay momentos en que el especialista utiliza terminología especializada y no explicita ni se negocia su significado; en las ocasiones en que sí los explica, pone énfasis en que él sí los entiende, pero los demás necesitan de mediación para hacerlo, como si se tratara de su poca capacidad. El uso de términos que no son de circulación cotidiana construye distancias porque siempre habrá alguien que sí los conoce mientras que hay otros que no. En este contexto los usuarios tienen dos posibilidades: por un lado simplemente ignorarlos, y por otro, preguntar directamente a los especialistas sobre la naturaleza de los términos. Sin embargo, en el formato de las pláticas y en las consultas no se invita ni se abren espacios para el intercambio, por lo que la primera opción es la más recurrente.

Un ejemplo revelador sobre el distanciamiento a través del lenguaje surgió en la consulta de Heriberta, ejemplo reiterado en este y en el capítulo anterior, quien llevó a su hijo de cinco años a revisión debido a que se quejaba de una molestia en sus genitales. Ella relata lo que ha expresado su hijo, como dolor y comezón, el médico le pregunta si su hijo tiene circuncisión, el término aparentemente resulta desconocido para ella, pues en un primer momento pregunta al médico qué quiere decir (“¿qué es?”) y éste responde repitiendo el término.

Dr: ¿Él tiene circuncisión, su hijo?  
H: ¿Qué es?  
Dr: Circuncisión.  
H: E::: No.

Cuando la paciente pregunta “¿Qué es?” solicita una explicación del término, ante ello el médico repite la palabra como si el problema del conocimiento se tratara de una cuestión auditiva, la paciente titubea un momento y responde que no. En este episodio parece que el médico considera que el repetir la palabra hará que la usuaria comprenda a qué se hace referencia, pero no aclara si se trata de un procedimiento quirúrgico, de un proceso fisiológico, de una enfermedad, de un dolor, de un estado transitorio o permanente; es decir, no aporta elementos a su paciente para que pueda construir su significado. La pausa que crea el alargamiento de la vocal (E::) sugiere que Heriberta trata de ganar tiempo en su turno conversacional (la alternativa es guardar silencio) mientras recuerda o entiende el significado de la palabra, lo que no es posible con la sola repetición.

El uso de terminología especializada sin ningún tipo de explicación, potencialmente obstaculiza que los pacientes entiendan la información presentada, debido a que no son términos de uso común, y conceptualiza a los usuarios como aquellas personas que, o necesitan ayuda para entender los términos o no es necesario que les expliquen de qué se trata. Parece que los especialistas esperan que los usuarios construyan significados de los términos a partir del contexto inmediato. Las ocasiones en que los especialistas explican los términos lo hacen distanciándose de los usuarios y haciendo énfasis en que de no hacerlo de esta manera no se entenderían. En ambos casos, los usuarios no debaten o cuestionan, sino que aceptan tanto la manera de explicar como aquellas situaciones en que no se les explicita la naturaleza de los términos. Parece que creen que esa es la manera de ofrecer una plática o una consulta que busca incidir en el entendimiento de padecimientos y enfermedades, y que busca que los usuarios realicen acciones en pro de su salud.

En las observaciones no se registraron casos en que los usuarios cuestionaran o preguntaran sobre las ideas compartidas en las pláticas o en las consultas, en parte porque estos formatos carecen de espacios donde se promueva la retroalimentación. La no invitación a la discusión es frecuente en esta clínica y parece que los usuarios tienen como única opción el escuchar los términos especializados y suponer el significado, sea correcto o no, y escuchar un juicio sobre alguna cuestión y no debatir o argumentar.

En los ejemplos mostrados se aprecia que los expertos de salud construyen la identidad de los usuarios a partir de sus deficiencias, de lo que perciben como una incapacidad de hacer cálculos precisos, de expresar el tiempo de embarazo en

semanas y no meses, el desconocimiento de términos médicos, omisión de acciones por ignorancia y decisiones personales, como la maternidad y la planificación familiar. En los pequeños e íntimos detalles del poder, se construye el sentido de la identidad propia y ajena, “el significado de ser una entidad social en un lugar y tiempo específico” (Collins y Blot, 2003:5). Parece que hay una subvaloración de la manera de actuar de los pacientes cuando no cumplen con las expectativas que los expertos en salud esperan. A la vez, los especialistas de la salud de esta clínica construyen su propia identidad de manera simultánea: a través de señalar al paciente sus fallas, precisar sus cálculos, determinar la agenda de la conversación, corregir la unidad de tiempo que se utilizan para expresar el tiempo de gestación, también insinúan que ellos pueden y deben corregir a los otros aun cuando es improcedente.

Los usuarios construyen la identidad del personal de salud colocándolos como los expertos en el tema, valorando y confiando en las acciones que ellos promueven y fomentan, y a la vez, se insertan en las acciones que se promueven en el Centro de Salud. Participan de manera activa, confían en lo que se promueve y buscan cumplir con las expectativas que los expertos tienen de ellos; por ejemplo, manejar ciertos tecnicismos o unidades de medida cercanas al conocimiento médico, sin cuestionar, debatir o negociar. Lo anterior puede suponerse, en parte, porque confían en el grado de experto que la institución brinda al personal de salud, pero se debe también en parte en su aceptación de una posición subordinada desde la cual no se cuestiona, no se duda y no se contrapone.

## *5.2 Agencia, acción e identidad: la relación de la alfabetización y salud desde otro ángulo*

Una primera cuestión a definir, después del análisis realizado, es saber a qué se hace referencia cuando se habla de alfabetización. En la literatura médica no es claro en qué consiste el término, se confunde entre si se trata de leer, escribir, pensar, comprender, manejar cierto tipo de información, manejar tecnicismos o escuchar bien, por lo que alfabetización se utiliza indistintamente para nombrar diversos fenómenos. En este sentido, los investigadores médicos utilizan analfabetismo como *proxy*, es decir, funciona como una representación taquigráfica para agrupar y nombrar fenómenos complejos de manera indistinta, lo mismo sirve para nombrar pensamiento abstracto

que para referirse a la forma en que las personas navegan en la administración del sistema de salud.

Una afirmación más desde la literatura de salud es que el analfabetismo incide en la capacidad de los usuarios e impide que puedan compartir información, reportar el estado de su salud como malo, así como en no tener cuidados orientados a su bienestar. El episodio donde Heriberta acude a consulta ilustra cómo en este contexto la señora reporta información sobre su salud apegada a su sintomatología y hace uso de analogías que le ayudan a expresar la información sobre su padecimiento y preocupaciones y, mediante el uso de términos cotidianos, Heriberta comparte esta información. En esta situación la usuaria hace referencia a una dimensión amplia de la cultura escrita: conocimientos médicos formales, expresados en un lenguaje coloquial. El episodio sugiere que la condición de poca escolaridad de Heriberta no impacta en el manejo de conocimientos sobre su salud y sobre la realización de acciones ponderadas en su bienestar, y evidencia cómo su agencia le ayuda en la toma de decisiones.

El análisis permite ponderar las afirmaciones generalizadas y ampliamente aceptadas sobre las limitaciones que los llamados analfabetas y personas de regiones pobres poseen, se cree que el no saber leer y escribir, o hacerlo de manera precaria, crea dependencias hacia otros más letrados que los pueden guiar u orientar. Esta visión de las personas no escolarizadas los retrata como intelectualmente discapacitados, como menos civilizados, como socialmente débiles, como poco analíticos, como incapaces de tener pensamientos críticos, abstractos y como severamente limitados en sus posibilidades para navegar en el mundo y resolver problemas cotidianos (Levine, 1986; Pattison, 1982; Kalman, 2000). Estudios como los de Arnold *et. al.* (2001), Davis *et. al.* (1996), Gazmararian *et. al.* (2003), Kalichman *et. al.* (1999, 2000) y Wolf *et. al.* (2005) argumentan que los analfabetas tienen menor capacidad para cuidarse adecuadamente a sí mismos y por lo tanto, insinúan que la alfabetización *per se* aumenta la capacidad de las personas para procesar información, lo que implicaría desenvolverse por el sistema de salud de manera tal que impactara positivamente su salud. En este sentido la relación entre alfabetización y salud lejos de hacer referencia a una cuestión de lectoescritura, remite a una de las supuestas consecuencias cognitivas de la alfabetización, y más importante de la escolaridad, resumida como la capacidad de los individuos para tener pensamientos más complejos y expresarse oralmente de forma correcta.

Así como los procesos mentales complejos, el desarrollo de las sociedades y la justicia social se relacionaron y en la actualidad se siguen atribuyendo a la lectoescritura, la buena salud también se liga con la alfabetización. Cook- Gumperz argumenta que:

La tasa de alfabetización se considera como indicador de la salud de la sociedad y como barómetro del clima social. En consecuencia el analfabetismo adquiere una importancia simbólica y es reflejo de cualquier desencanto no sólo con respecto a los efectos del sistema educativo sino también a la sociedad en sí. (Cook-Gumperz, 1988: 15)

El analfabetismo entendido como indicador corre el peligro de ser el responsable de cualquier situación anómala tanto a nivel individual como social. En este sentido, se le ha atribuido a la capacidad de leer y escribir de los individuos la posibilidad de gozar de una buena salud, borrando de las explicaciones las dimensiones sociales de esta problemática. La creencia de que la alfabetización tiene que ver con mejores niveles de salud, se desdibuja a la luz de estudios como los de Scribner y Cole (1981) y Street (1984). Ellos cuestionan los atributos que se le incautan directamente a la alfabetización como si esto fuera una característica descontextualizada y monolítica; proponen una visión más amplia de su significado y argumentan que el desarrollo cognitivo de razonar, históricamente atribuido a la alfabetización en abstracto, se construye en la interacción en ciertos contextos sociales alrededor de ciertos tipos de textos inmersos en prácticas interpretativas.

El análisis que esta tesis presenta, muestra cómo estas ideas generalizadas acerca del binomio salud-alfabetización pierden sentido y se vuelven imprecisas. El apartado de análisis Compromiso y Autocuidado permite cuestionar la relación entre la alfabetización y la capacidad de seguir indicaciones de salud, mencionada en la literatura de salud pública, donde se afirma que las personas con baja alfabetización tienen dificultades para seguir indicaciones escritas u orales (Kalichman *et. al.*, 1999). También invita a examinar críticamente que el analfabetismo se relaciona con la no participación en actividades que promueven mejoras en la salud, debido al limitado acceso que los analfabetas tienen a la comprensión de información relacionada con salud (Ik Cho *et. al.*, 2008).

El análisis de las situaciones concretas aquí presentadas permite refutar que las personas de baja escolaridad son intelectualmente incapaces o sin compromiso con su salud. Muestra una mirada diferente de ellas, situándolas en interacciones concretas

alrededor de la cultura escrita y la salud. Por ejemplo, las diferentes acciones que los usuarios de esta clínica realizan de manera autogestiva para cuidar su salud como asistir a los grupos en la clínica, realizar ejercicios físicos, alimentarse de manera adecuada y tomar decisiones ponderadas en su cuidado personal. En esta tesis se muestran interacciones donde los usuarios de este Centro de Salud pueden navegar por la institución, pueden armar y compartir descripciones elaboradas sobre su salud.

En un análisis acerca de la escuela, Packer y Goicoechea (2000) señalan que ésta:

Es una comunidad que define una realidad autónoma de las posiciones sociales, reglas objetivas y las abstracciones descontextualizadas que pide 'comprensión racional y la manipulación de los sistemas de símbolos escritos. Pero estas posiciones, normas y abstracciones son sólo en apariencia independientes y objetivas; en realidad deberán estar apoyados a través de la interacción continua...tiene un carácter relacional y cultural, sin la resolución de problemas, la adquisición de habilidades y la producción intelectual éste no ocurriría.<sup>38</sup> (Packer y Goicoechea, 2000: 239).

La clínica puede ser entendida en los términos que los autores plantean, en el sentido en que las interacciones en su interior promueven posiciones sociales que no son neutras, los especialistas dirigen, valoran y califican a los usuarios, mientras que estos se insertan en esas dinámicas promovidas por ellos de tal manera que no se somete a cuestionamiento las acciones y lo que expresan los especialistas. Es en contextos como estos que los pacientes de baja escolaridad se construyen como dependientes, con dificultades para comunicarse, incapaces de cuidarse, a pesar de múltiples acciones que demuestran lo contrario.

---

<sup>38</sup> Traducción realizada por la autora, el texto original versa: "the traditional classroom is a community that defines an autonomous reality of a social positions, objective rules, and descontextualized, abstractions that call for 'rational understanding and manipulation of written symbol system. But these positions, rules and abstractions are only apparently independent and object; in actuality they must be sustained in and through ongoing interaction. School has a relational and cultural character without problem solving, skill acquisitions and intellectual inquiry would not occur." (Packer y Goicoechea, 2000: 239).

## CONCLUSIONES

Esta investigación se propuso indagar sobre las prácticas de cultura escrita en el contexto del cuidado de la salud. Para ello, se exploró una clínica pública al sur de la Ciudad de México, con el principal interés de conocer los materiales escritos que tapizan su paisaje, los que circulan de manera constante y las interacciones entre los expertos de la salud y los usuarios que acuden a solicitar algún servicio. Las preguntas que guiaron este estudio son:

- ¿Cuáles son las oportunidades y/o demandas para leer y escribir en un Centro de Salud y de qué manera participan los actores sociales?
- ¿Cuáles son algunos de los conocimientos vinculados a la salud que circulan en un contexto de atención primaria?

En las páginas anteriores se respondieron de manera extensiva, aquí se propone subrayar los resultados principales a la luz de ellas. Uno de los primeros hallazgos a partir del análisis de los documentos institucionales que circulan en esta clínica y en los eventos de lectura y escritura observados, es que la lectura, de entrada, se encuentra en manos de los especialistas de la salud. Ellos leen y escriben en este tipo de documentos información relacionada con la salud de los usuarios, pero en pocas ocasiones los involucran en lo que se lee y/o se escribe. En los casos en que sí lo hacen se les solicitan datos tipo formulario (nombre, dirección, teléfono) para documentar información administrativa. La escritura de información directamente relacionada con la salud de los usuarios se redacta en lenguaje médico especializado. En el caso de que los usuarios pudieran leerla directamente, esta situación podría obstaculizar comprender lo escrito, puesto que se trata de un lenguaje altamente especializado e intencionado para comunicar a otros especialistas de la salud y no a sujetos alejados de la medicina.

Los documentos institucionales retratan medicamente a los usuarios del servicio de salud. Esta información sirve para comunicar a otros especialistas sobre la situación médica de los pacientes, además de narrar cronológicamente, por medio de la escritura, la evolución de sus padecimientos. En lo observado, esta información no se comparte con los usuarios, ni de manera escrita ni verbal. La información sobre salud

que los médicos comparten con los usuarios es el diagnóstico simplificado de su padecimiento y el tratamiento recetado.

A partir del análisis de los materiales que ilustran la clínica se encontró que para una lectura comprensiva es necesaria información no visual (Smith, 1989), pues de manera general en su diseño no se explicitan ciertos contenidos, por lo que el lector tiene al menos dos opciones: conocerlos previamente o apoyarse en lectores más especializados que le brinden elementos para entender el contenido.

Los volantes, trípticos y carteles, implican que para su lectura se haga algunas inferencias, como asociar el lavado de manos con la prevención del contagio de algunas infecciones, relacionar el ejercicio físico con la prevención de enfermedades, relacionar cantidades de alimentos con la ingesta recomendada, así como reconocer que la información se muestra incompleta y que es necesario buscarla en el interior del material de lectura, por ejemplo.

Para el análisis de las interacciones entre los especialistas de la salud y los usuarios, se cuestionaron algunas premisas contenidas en la literatura que vinculan a la alfabetización con la salud, donde se argumenta que muchos de los problemas en salud derivan de no saber leer y escribir (Kandula *et. al.*, 2009; Clement *et. al.*, 2009; Kalichman *et. al.*, 1999). Pero el planteamiento de que un sujeto alfabetizado es quien goza de mejor salud tiene varias implicaciones: se trata de una visión lineal carente de sustento porque no se ofrecen evidencias de cómo, específicamente, leer y escribir beneficia a la salud; poner por encima la lectoescritura de la genética, del acceso a los servicios de salud y de la buena alimentación es un argumento absurdo. En esta tesis no se niega que la lectoescritura pueda beneficiar no sólo a la salud, sino a muchos aspectos de la vida personal y social, pero plantear la relación uno a uno oculta factores de fondo que intervienen en gozar de una buena salud y pone de manifiesto la atribución a los sujetos, y en particular a su capacidad lectoescritora, su salud deficiente. Esta visión lineal le atribuye a cada persona analfabeta un problema estructural, genético o incluso de salud pública.

Como resultado del análisis que esta tesis ofrece resultan muy cuestionables afirmaciones como las mencionadas y en especial la aseveración de la Organización Mundial de la Salud citada el inicio de este trabajo, “una baja alfabetización general puede afectar la salud de las personas directamente, ya que limita su desarrollo personal, social y cultural, además de impedir el desarrollo de la alfabetización para la salud” (OMS, 1998: 21). Desde los datos que aquí se presentan esta declaración

parece insostenible, pues hay evidencia de sujetos de baja escolaridad, como Demetria y Francisca, donde esta condición parece no impactar en su actuar a favor de su salud. El caso de Heriberta muestra también que la lectura y la escritura *per se* no determina el decidir y actuar ponderadamente en su beneficio y en el del producto. A partir de casos como estos es posible cuestionar esta y otras afirmaciones mencionadas en el presente trabajo, donde se retrata a los sujetos analfabetas como incapaces, como ignorantes, dependientes e incluso hasta nocivos, y en su lugar proponer una mirada diferente sobre la relación entre alfabetización y salud. Un aspecto que también merece atención es el impacto y las repercusiones que declaraciones como la de la OMS puede tener en acciones, planes y hasta en políticas sanitarias encaminadas al cuidado de la salud, sólo en lo local, sino también a gran escala.

Para conocer las implicaciones que premisas como las mencionadas tienen a partir de un referente empírico, se analizaron las interacciones entre especialistas de la salud y los usuarios del servicio. A partir de ello, se encontró que los usuarios de esta clínica, la mayoría de ellos con baja escolaridad, realizan diversas acciones que impactan favorablemente su salud. Por ejemplo, las usuarias de Dulce Vida acuden de manera constante a las pláticas de salud donde además monitorean sus niveles de glucosa y presión arterial como parte de un control personal y grupal de su enfermedad. Más de una vez por semana se ejercitan físicamente y procuran una alimentación adecuada para su padecimiento, por lo que tanto Demetria como Francisca son ejemplos donde se muestra que, pese a ser lectoras supuestamente precarias y a su condición de baja escolaridad, son capaces de actuar en beneficio de su salud y de mantener un esfuerzo constante por controlar su diabetes. Demetria y Francisca, al igual que el resto de sus compañeros de Dulce Vida, constantemente acuden a las pláticas, a las consultas médicas y a los ejercicios físicos voluntariamente, como parte de un seguimiento conjunto de su enfermedad, lo que les permite controlar su glucosa y detener algunos problemas que este padecimiento genera en el organismo.

De igual manera Karla, del grupo de embarazadas, y sus compañeras realizan acciones que suponen benefician su salud durante la gestación y la del producto. Ellas acuden semana tras semana a las pláticas y se involucran en actividades que el grupo promueve, como colorear, y aunque representa una actividad infantilizante y sostenida en una visión descontextualizada de la alfabetización, puede suponerse que no la

cuestionan y aceptan participar porque el Centro de Salud, y lo que se promueve desde él, está social e institucionalmente legitimado en pro de la salud.

Hay rastros en los datos de esta investigación de que los usuarios de esta clínica poseen conocimientos previos sobre escritura, sobre lectura, sobre manejo de tiempo de gravidez, sobre la administración institucional, sobre nutrición y ejercicios físicos, por ejemplo. En el análisis de las interacciones entre especialistas de la salud y usuarios se mostraron rasgos de decisiones de los pacientes motivada por su agencia, como es el caso de Heriberta, un ejemplo reiterado en esta tesis.

Los especialistas tienen un trato diferencial con los usuarios. Parece que éstos no cumplen con lo que de ellos se espera, por lo que de manera reiterada los especialistas los enjuician, los corrigen y los señalan como los que no saben. Esta situación releva una relación asimétrica de poder donde los primeros, en parte por su posición institucional, se ubican como los que pueden y hasta deben corregir a los pacientes, mientras que éstos en su mayoría se reconocen como lo que no saben y a los que deben orientar. Los usuarios de manera constante aceptan los señalamientos de los especialistas y durante las observaciones se constató que no existieron momentos en que debatieran o negociaran lo que se les señala. Aunque sí se presenciaron distintos momentos en que los usuarios, como Heriberta, quien motivada por su agencia, toman decisiones autónomas sobre su salud, como suspender el medicamento recetado y regresar al médico. Heriberta es un ejemplo claro de cómo algunos usuarios de esta clínica pueden y deciden actuar en pro de su salud a partir de la interpretación personal y fundamentada de las señales que su cuerpo les brinda.

En la literatura que relaciona a la alfabetización con la salud, se utiliza el concepto alfabetización para nombrar múltiples aspectos, como el aprovechamiento institucional, como el detonante del cuidado de la salud, como el componente para alejarse de conductas dañinas; mientras que el analfabetismo se relaciona con cuidados equívocos, con enfermedades crónicas, con discapacidades mentales e intelectuales. Ambos términos se utilizan de manera amplia, por lo que en vez de ser aclaratorios resultan imprecisos. En estas publicaciones alfabetización se utiliza como *proxy*, es decir, se ocupa para nombrar diversos aspectos anómalos relacionados con la salud de las personas.

Los estudios que relacionan a la alfabetización con salud se basan en pruebas estandarizadas, lo que oculta aspectos concretos de cómo la alfabetización podría impactar en una mejor salud. Por ello, se planteó estudiar desde una perspectiva

etnográfica un contexto particular del cuidado de la salud, analizando casos y sujetos concretos con el fin de brindar algunos elementos que contribuyan a un mejor entendimiento de la relación entre alfabetización y salud.

Este estudio muestra, por lo menos en parte, que para gozar de una salud óptima se necesita más que reconocer las letras de un papel, en ello intervienen las decisiones ponderadas, contar con los medios para supervisar la salud y que las acciones promovidas desde las instituciones estén realmente orientadas hacia su mejoramiento, por ejemplo. Muestra que la cultura escrita es algo más que relacionar letras y sonidos: es una manera de participar en el mundo social.

Al examinar los diferentes espacios de la clínica y las interacciones que surgen entre los especialistas de la salud y los usuarios, el Centro de Salud se configura como un lugar poderoso para ofrecer y promover oportunidades de aprendizaje sobre la salud. Sin embargo, los usuarios de la clínica y su encuentro con la lectura de materiales informativos es un campo poco estudiado, y dadas las complicaciones que un material de este tipo representa para su lectura por ejemplo, el de *Diabetes* descrito en el capítulo tres, se convierte en un campo fértil de investigación para estudiar de manera más focalizada a los usuarios de una clínica como esta y sus oportunidades y/o demandas de lectura, con miras a elaborar un mejor diseño donde se acerquen los conocimientos médicos a poblaciones con baja escolaridad e incluso a poblaciones no lectoras.

Es de aclarar que documentos de este tipo no son diseñados en la clínica, excepto los periódicos murales, sino que responden a una política de Estado que busca incidir en el mejoramiento y en el cuidado de la salud de la población en general. El Centro de Salud, visto así, podría representar un espacio pertinente para estudiar y conocer el diseño de materiales de este tipo y su encuentro con lectores precarios e incluso no lectores.

Esto abre nuevas preguntas para la investigación educativa y en especial para la educación de adultos, que de realizarse, podrían brindar nuevos elementos para aprovechar educativamente una institución de salud, como es esta clínica.

## BIBLIOGRAFÍA:

- Andrus, Miranda y Mary Roth (2002) "Health Literacy: A Review", *Pharmacotherapy*, 22(3): 282-302.
- Arnold, Connie, Terry C. Davis, Hans J. Berkel, Robert H. Jackson, Indrani Nandy y Steve London (2001) "Smoking status, Reading level, and Knowledge of tobacco effects among low-income Pregnant Women", *Preventive Medicine*, 32(4): 313-320.
- Baker, David, Ruth M. Parker, Mark V. Williams, W. Scott Clark y J. Nurss (1997). "The Relationship of Patient Reading Ability to self-reported Health and use of Health Services", *American Journal of Public Health*, 87(6): 1027-1030.
- Baker, David, Ruth M. Parker, Mark V. Williams y W. Scott Clark (1998) "Health Literacy and the risk of Hospital Admission", *Journal of General Internal Medicine*, 13(12): 791-798.
- Baker, David, Julie A. Gazmararian, Mark V. Williams, Tracy Scott, Ruth M. Parker, Diane Green, Junling Ren y Jennifer Peel (2004). "Health Literacy and the use of outpatient Physician Services by Medicare Managed Care Enrollees", *Journal of General Internal Medicine*, 19(3): 215- 220.
- Barton, David (1994) *Literacy: an Introduction to the Ecology of Written Language*, Oxford, Blackwell Publishers.
- Barton, David y Mary Hamilton (1998) *Local Literacies. Reading and Writing in one Community*, London, Routledge.
- Barton, David y Mary Hamilton (2000) "The International Adult Literacy Survey: What Does It Really Measure?", *International Review of Education*, 46(5): 377-389.
- Barton, David, y Mary Hamilton (2004) "La literacidad entendida como práctica social" en Virginia Zavala, Mercedes Niño-Murcia y Patricia Ames (Eds.) *Escritura y sociedad. Nuevas perspectivas teóricas y etnográficas*, Perú, Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú, pp. 109- 39.
- Barton, David (2006) "Significance of a Social Practice View Language, Literacy and Numeracy" en Lyn Tett, Mary Hamilton e Yvonne Hillier (Eds.) *Adult Literacy, Numeracy and Language*, New York, Open University Press, pp. 21- 30.
- Bastian, Hilda (2008) "Health Literacy and Patient Information: Developing the Methodology for a National Evidence-based Health Website", *Patient Education and Counseling*, 73(3): 551-556.
- Bogdan, Robert y Sari Knopp Biklen (1982) *Qualitative Research for Education: an Introduction to Theory and Method*, Boston, Allyn and Bacon.
- Brant, Deborah y Katie Clinton (2009) "Limits of the Local: Expanding Perspectives on Literacy as a Social Practice", *Journal of Literacy Research*, 34(3): 337-356.

- Cazden, Courtney (1991) *El discurso en el aula. El lenguaje de la enseñanza y del aprendizaje*, Madrid, Centro de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia.
- Clement, Sarah, Saima Ibrahim, Nicola Crichton, Michael Wolf y Gillian Rowlands (2009) "Complex interventions to improve the Health of People with limited Literacy: A Systematic Review", *Patient Education and Counseling*, 75(3): 340–351
- Collins, James y Richard K. Blot (2003) *Literacy and Literacies. Texts, Power and Identity*, United Kingdom, Cambridge University Press.
- Cook-Gumperz, Jenny (1988) *La construcción social de la alfabetización*, Madrid, Ediciones Paidós Ibérica.
- Cuadernos de nutrición (2002) "Fundamentos de el plato del bien comer", *Cuadernos de nutrición*, 25 (1): 21-28.
- Davis, Terry, Connie Arnold, Hans Berkel, Indrani Nandy, Robert H. Jackson y Jonathan Glass (1996) "Knowledge and Attitude on Screening Mammography Among Low-literate, Low-income women", *Cancer*, 78(9): 1912-1920.
- Doak, Cecilia Conrath, Leonardo G. Doak y Jane H. Root (1996) *Teaching Patients with Low Literacy Skills*, Philadelphia, Pa: JB Lippincott.
- Dyson, Anne Haas (1989) *Multiple Worlds of Child Writers. Friends Learning to Write*, New York y London, Teachers College Press y Columbia University Press.
- Erickson, Federick (2004) *Talk and Social Theory: Ecologies of Speaking and Listening in Everyday Life*, UK, Polity Press.
- Ferreiro, Emilia y Ana Teberosky (1979) *El sistema de escritura en el desarrollo del niño*, México, Siglo XXI.
- Friedland, R. B. (1998). Understanding health literacy: New estimates of the costs of inadequate health literacy. Working paper. National Academy on an Aging Society.
- Gazmararian, Julie, Mark V. Williams, Jennifer Peel y David W. Baker (2003) "Health Literacy and Knowledge of Chronic Disease", *Patient Education and Counseling*, 51(3): 267-275.
- Gee, James Paul (1996) *Social Literacies and Literacies: Ideology in Discourses*, London, The Falmer Press.
- Gee, James Paul (1999) *An Introduction to Discourse Analysis*, New York, Routledge.
- Goodman, Kenneth (1976) "Reading: A Psycholinguistic Guessing Game" en Robert Ruddell y Norman Unrau (eds.) *Theoretical Models and Processes of Reading*, Newark, International Reading Association, pp. 259–272.
- Goody, Jack y Ian Watt (1968) "Las consecuencias sobre la cultura escrita" en Goody, Jack (eds.) *Cultura escrita en sociedades tradicionales*, Barcelona, Gedisa, pp. 39-82.

- Gray, Williams (1957) *La enseñanza de la Lectura y de la Escritura, Un estudio Internacional*, UNESCO.
- Green Judith, y David Bloom (1996) "Ethnography and Ethnographers of and in Education: A Situated Perspective" en Flood J, S. Heath y D. Lapp (Eds.) *A Handbook for Literacy Educators: Research on Teaching the Communicative and Visual Arts*, New York, Macmillan, pp. 181- 202.
- Gumperz, Jonh (1982a) *Discourse Strategies*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Gumperz, Jonh (1982b) *Language and Social Identity*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Hamilton, Mary (2000) "Expanding the New Literacy Studies: Using Photographs to Explore Literacy as Social Practice" en Barton David, Mary Hamilton y Roz Ivanic (Eds.) *Situated Literacies. Reading and Writing in Context*, London, Routledge, pp. 16-34.
- Heath, Shirley Brice (1983) *Ways with Words. Language, Life and Work in Communities*, United Kingdom, Cambridge University Press.
- Holland Dorothy, Debra Skinner, William Lachicotte Jr. y Carole Cain (2001) *Identity and Agency in Cultural Worlds*, Cambridge, Harvard University Press.
- Ik Cho, Young, Shoou-Yih D. Lee, Ahsan M. Arozullah y Kathleen S. Crittenden (2008) "Effects of Health Literacy on Health Status and Health Service Utilization Amongst the Elderly" *Social Science & Medicine*, 66(8):1809- 1816.
- Kalichman, Seth, Bineetha Ramachandra y Sherly Carls (1999) "Adherence to Combination Antiretroviral tTherapies in HIV Patients of Low Health Literacy", *Journal of General Internal Medicine*, 14(5):267-273.
- Kalichman, Seth, Erick Benotsch, Troy Suarez, Sheryl Catz, Jeff Miller y David Rompa (2000) "Health Literacy and Health-related knowledge Among Persons Living with HIV/AIDS" *American Journal of Preventive Medicine*, 18(4):325 -331.
- Kalman, Judith (2000), "¿Somos lectores o no? Una revisión histórica del concepto de Alfabetización y sus consecuencias", en Silvia Schmelkes (coordinadora) *Lecturas para la Educación de los Adultos*, México, Noriega Editores, pp. 91-148.
- Kalman, Judith (2003) *Escribir en la plaza*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Kalman, Judith (2004) *Saber lo que es la letra. Una experiencia de lectoescritura con mujeres de Mixquic*, México, Biblioteca para actualización para el maestro.
- Kalman, Judith (2005) *El origen social de la palabra propia*. México, Conaculta.
- Kalman, Judith (2010) "Literacy Learning in Community Contexts: Plazas, Computers, and Sewing Rooms. Research in Latin America", Ponencia presentada en la Annual Meeting of American Educational Research Association, Denver Colorado, April 30-Mayo 6, 2010.

- Kandula, Namratha, Phyllis A. Nsiah-Kum, Gregory Makoul, Josh Sager, Charles P. Zei, Sara Glass, Quinn Stephens y David W. Baker (2009) "The Relationship between Health Literacy and Knowledge Improvement after a Multimedia Type 2 Diabetes Education Program", *Patient Education and Counseling*, 75(3): 321–327.
- Kress Gunther y Theo Van Leeuwen (2001) *Multimodal Discourse. The Modes and Media of Contemporary Communication*, New York, Oxford University Press.
- Kress, Gunther (2003) *Literacy in the New Media Age*, London, Routledge.
- Lave, Jean (1996) "La práctica del aprendizaje" en Seth Chaiklin, Jean Lave (Eds.) *Estudiar las prácticas. Perspectivas sobre actividad y contexto*, Inglaterra, Cambridge University Press, pp. 15- 45.
- Lee, Tae Wha, Soo Jin Kang, Han Joo Lee y Soo In Hyun (2009) "Testing Health Literacy Skills in Older Korean Adults", *Patient Education and Counseling*, 75(3): 302–307
- Levine, Kenneth (1986) *The Social Context of Literacy*, London, Routledge & Kegan Paul.
- Ochs, Elionor (1999) "Transcription as Theory" en Alan Jaworski y Nancy Coupland (Eds.) *The Discourse Reader*, London, Routledge.
- Organización Mundial de la Salud (1998) *Promoción de la Salud Glosario*, Australia, OMS.
- Packer, Martin y Jessie Goicoechea (2000) "Sociocultural and Constructivist Theories of Learning. Ontology, not just Epistemology", *Educational Psychologist*, 35(4): 227-41.
- Papen, Uta (2005) *Adult Literacy as Social Practice. More than Skills*, New York, Routledge Taylor & Francis Group.
- Papen Uta, y Sue Walters (2008) *Literacy, learning and health*, London, National Research and Development Centre for Adult Literacy and Numeracy.
- Pattison, Robert (1982) *On Literacy. The Politics of the Word from Homer to the Age of Rock.*, Oxford, Oxford University Press.
- Philips, Susan (1972) "Participant Structures and Communicative Competence: Warm Springs Children in Community and Classroom" en Courtney B. Cazden, Vera P. John y Dell Hymes (Eds.) *Functions of Language in the Classroom*, New York, Teachers College Press, pp. 370-94.
- Saranto, Kaija y Evelyn J.S. Hovenga (2004) "Information Literacy—What it is about? Literature Review of the Concept and the Context", *International Journal of Medical Informatics*, 73(6): 503-513.
- Scribner, Sylvia y Michael Cole (1981) *The Psychology of Literacy*, Cambridge, MA: Harvard
- Secretaría de Salud (2007) *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, México, Secretaría de Salud.

- Smith, Frank (1971) "The Relationship Between Spoken and Written Language" en Lennenberg y Lennenberg (Eds.) *Foundations of language development: A Multidisciplinary Approach*, New York, Academic Press.
- Smtih, Frank (1989) *Comprensión de la lectura. Análisis psicolingüístico de la lectura y su aprendizaje*, México, Trillas.
- Street, Brian (1984) *Literacy in Theory and Practice*, New York, Cambridge University Press.
- Street, Brian (1993) *Cross-cultural Approaches to Literacy*, New York, Cambridge University Press.
- Street, Brian (1995) *Social Literacies: Critical Approaches to Literacy, Ethnography and Education*. London, Longman.
- Street, Brian (2004) "Los nuevos estudios de literacidad" en Virginia Zavala, Mercedes Niño-Murcia y Patricia Ames (eds.) *Escritura y Sociedad. Nuevas perspectivas teóricas y etnográficas*, Perú, Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú, pp. 81-108.
- Taylor S. y J. Bogdan (1992) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica.
- Thomas, Jenny (1995) *Meaning in Interaction: an Introduction to Pragmatics*, New York, Longman.
- Williams, Mark, David W. Baker, Ruth M. Parker y Joanne R. Nurss (1998) "Relationship of Functional Health Literacy to Patient's Knowledge of their Chronic Disease: a Study of Patients with Hypertension and Diabetes", *Archives of Internal Medicine*, 158(2): 166-172.
- Williams, Mark, Terry Davis, Ruth M. Parker y Barry D. Weiss (2002) "The Role of Health Literacy in Patient-Physician Communication", *Family Medicine*, 34(5): 383- 389.
- Wolf, M. S., Davis Terry, Ahswan M. Arozullah, R. Penn, Arnold C. Sugar M. y Benett C.L. (2005) "Relation between Literacy and HIV Treatment Knowledge among Patients on HAART Regimens", *AIDS Care*, 17(7): 863-873.
- Zavala, Virginia (2004), "Literacidad y desarrollo: los discursos del Programa Nacional de Alfabetización en el Perú", en Virginia Zavala, Mercedes Niño-Murcia y Patricia Ames (Eds.) *Escritura y Sociedad. Nuevas perspectivas teóricas y etnográficas*, Perú, Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú, pp. 437-460.

Páginas Web consultadas:

Diccionario de la Real Academia Española (s/f) <<http://buscon.rae.es/drae/>> (05 de mayo, 2010)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (1990) *Censo General de Población y Vivienda 1990. Glosario*, <<http://www.inegi.org.mx/sistemas/glosario/default.aspx?clvglo=cp90&s=est&c=14565>> (10 de diciembre, 2010)

Pfizer (2010) *Deja de fumar*, <<http://www.dejadefumar.com.ar/>> (10 de diciembre, 2010)

Pierre-Fabre Médicament (2010) *Primalan*, <[http://www.facmed.unam.mx/bmnd/plm\\_2k8/src/prods/46648.htm](http://www.facmed.unam.mx/bmnd/plm_2k8/src/prods/46648.htm)> (10 de diciembre, 2010)

Seguro Popular (2010) *Gobierno Federal. Salud*, <[http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=3](http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=3)> (10 de diciembre, 2010)

Sistema de Información Económica, Geográfica y Estadística (s/f) *Secretaría de Desarrollo Económico. Delegación Xochimilco*, <<http://www.siege.df.gob.mx/estadistico/pdf/monografias/xoc.pdf>> (10 de diciembre, 2010)

## ANEXO 1

Para facilitar la lectura de la codificación de la prosodia, en el análisis de esta tesis se utilizan signos de puntuación convencionales, el cuadro siguiente presenta cada uno de los códigos:

Código	Codifica
/	retoma idea
...	silencio (punto por segundo)
. (punto)	descenso en la entonación
, (coma)	descenso y subida en la entonación
¿?	Entonación en asenso
[ ]	mejor interpretación de la investigadora
()	Los comentarios entre paréntesis contienen las acciones realizadas por el participante: lo que hace mientras habla.
A:	Ángela, trabajadora social
B:	Blanca
C:	Carmen
Dr:	Médico de consultorio
E:	Enfermera
F:	Fabiola
H:	Heriberta
K:	Karla
M:	Marcela
N:	Nutrióloga
Nf:	Nefrólogo
V:	Viridiana