

Autocuidado y Autoatención: prácticas de salud en albañiles que trabajan por cuenta propia en Tetela del Monte, Morelos

Araceli Apolonia Salazar Coronel*

RESUMEN

El objetivo principal de este trabajo consiste en analizar, desde la perspectiva de la salud colectiva, las prácticas de autocuidado y autoatención que desarrollan albañiles por cuenta propia en Tetela del Monte, Morelos, en un contexto determinado por condiciones económicas, sociales y culturales adversas, así como comprender cómo construyen significados y acciones sobre su salud a partir de su experiencia vivida.

Se empleó una metodología cualitativa con entrevistas semiestructuradas a diez albañiles de diferentes edades y puestos dentro de la obra de construcción, complementada con observación no participante para captar la riqueza y complejidad del fenómeno. Los resultados muestran que las prácticas de autocuidado en su mayoría han sido normalizadas y automatizadas, y responden a las condiciones adversas del trabajo. Algunas de estas prácticas son: descansos breves para mitigar el desgaste físico, uso de equipos de protección y prendas para protegerse del sol. En cuanto a la autoatención, los trabajadores valoran y adaptan saberes populares y recurren a información que encuentran en páginas de internet para enfrentar lesiones leves en la obra de construcción, aunque esto no es suficiente ante la precariedad laboral y el acceso limitado a servicios de salud formales, lo que genera un impacto negativo acumulativo en su bienestar. La masculinidad hegemónica es otro elemento presente en este entorno que limita la atención a la salud y promueve la resistencia al dolor y la minimización de los síntomas. Las conclusiones resaltan la vulnerabilidad estructural de los albañiles, así como la necesidad de reconocer sus prácticas de autocuidado y autoatención en políticas públicas para mejorar sus condiciones laborales y proteger sus derechos.

PALABRAS CLAVE: autocuidado, autoatención, albañiles, precariedad laboral, salud colectiva.

* Investigadora en el Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas del Instituto Nacional de Salud Pública. Correo electrónico de contacto: cicee25@insp.mx

Fecha de recepción: 19 de septiembre de 2025

Fecha de aceptación: 26 de febrero de 2026

Self-Care and Self-Attention: Health Practices Among Self-Employed Construction Workers in Tetela del Monte, Morelos

ABSTRACT

The main objective of this study is to analyse, from a collective health perspective, the self-care and self-attention practices of self-employed construction workers in Tetela del Monte, Morelos, within a context defined by adverse economic, social, and cultural conditions. The study also aims to understand how these workers construct meanings and actions related to their health based on their lived experiences.

A qualitative methodology was employed, using semi-structured interviews with ten construction workers of different ages and positions within the construction industry. Non-participant observation was also used to capture the richness and complexity of the phenomenon. The results show that most self-care practices have become normalized and automated in response to the adverse working conditions. Some of these practices are taking short breaks to mitigate physical exertion and wearing protective equipment and clothing to shield themselves from the sun. Regarding self-care, construction workers value and adapt traditional knowledge and use information found on the internet to address minor injuries on construction sites. However, this is insufficient given their precarious working conditions and limited access to formal healthcare services, which has a negative cumulative impact on their well-being. Hegemonic masculinity is another factor present in this environment that limits access to healthcare and promotes pain tolerance and minimization of symptom. The findings highlight the structural vulnerability of construction workers, as well as the need to recognize their self-care practices in public policies to improve their working conditions and protect their rights.

KEYWORDS: self-care, self-attention, construction workers, precarious working conditions, public health.

Introducción

En México, el sector de la construcción emplea a 4.53 millones de personas, de las cuales 1.64 millones son albañiles. La gran mayoría son hombres (96.1%), con una edad promedio de 44.7 años. El 73.9% cuenta con educación básica y 69.9% trabajan como subordinados. El ingreso mensual promedio neto en este sector es de 7,531 pesos (MXN), aunque varía según la edad, la experiencia y el puesto. La jornada laboral promedio es de aproximadamente 48 horas semanales

(*cf.* Dataméxico, 2023). Estos trabajadores suelen trabajar a destajo¹ con el fin de aumentar su producción pese a que esta no cubre sus necesidades básicas (*cf.* Laurell, 1983; Pulido y Cuéllar, 2015); además, para sobrevivir, los albañiles alternan entre diferentes obras o actividades com-

¹ Trabajadores a Destajo o Destajistas. Personas que trabajan por una remuneración determinada por el número de servicios prestados, piezas trabajadas, unidades vendidas u obra terminada, es decir, exclusivamente por la cantidad de trabajo realizada.

plementarias como plomería, jardinería o electricidad (*cf.* López *et al.*, 2011).

Las obras en las que laboran, mayormente, son construcciones tradicionales, llamadas así por ser la forma típica de construir las casas: es una edificación pequeña, que no requiere el uso de tecnología moderna y emplea pocos trabajadores, quienes, regularmente, son amigos y familiares; el maestro de obra ocupa el papel más relevante al ser el responsable de la organización del trabajo y la gestión de la mano de obra. La jerarquía laboral se entrelaza con la familia y la confianza; la contratación ocurre, por lo general, mediante acuerdos verbales, lo que normaliza la ausencia de condiciones seguras y derechos laborales (*cf.* Aragón, 2012; Casas, 2018; Maqueda, 2022).

A pesar de que la industria de la construcción cumple un papel crucial en la generación de empleo, los trabajos en este sector distan mucho de cumplir con los estándares de un empleo digno² (*cf.* Falcón, 2016). Estas ocupaciones se caracterizan por ofrecer escaso reconocimiento social, proyectos ocasionales, salarios insuficientes e irregulares, ausencia de contratos fijos, esquemas de tercerización y una completa carencia de protección jurídica y sanitaria (*cf.* Ballesteros, 2019).

En México, desde la implementación del modelo neoliberal en los años ochenta, los salarios reales han disminuido considerablemente. En 2022, a pesar de tener un gobierno progresista, muchos albañiles, como los ayudantes o “chalanes”, ganaban alrededor de 1,500 pesos semanales, apenas un poco más del salario mínimo diario (1,037.22 pesos semanal), lo que dificultaba la cobertura de

necesidades básicas como alimentación, vivienda y salud (*cf.* Dataméxico, 2023).

En ese sentido, las políticas neoliberales han profundizado la precarización laboral en este sector, que se manifiestan en dimensiones estructurales y sociales. La flexibilización y desregulación promovidas por estas políticas han incentivado la subcontratación de trabajadores informales y el desarrollo del trabajo por cuenta propia como estrategias empresariales para reducir costos y prestaciones sociales (*cf.* Añez, 2009; Ovando *et al.*, 2021).

Adicionalmente, la construcción es reconocida como una actividad de alto riesgo debido a la exposición constante de sus trabajadores a múltiples peligros tales como compuestos químicos tóxicos, actividad física extenuante, presiones psicosociales y lesiones recurrentes como machucones, raspones, ampollas, quemaduras por cal, caídas, irritación ocular por el cemento, electrocuciones, discapacidades (temporales y permanentes) e, incluso, la muerte (*cf.* León *et al.*, 2011).

Diversos estudios han documentado que los albañiles presentan envejecimiento prematuro y padecen enfermedades cardiovasculares, neuropsicológicas, otológicas, musculoesqueléticas y respiratorias con mayor frecuencia en comparación con otros grupos laborales (*cf.* Sánchez *et al.*, 2017). Esto se atribuye a las largas jornadas, el intenso esfuerzo físico (como cargar vigas, bultos de cemento, piedras), las escasas horas de descanso y una alimentación nutricionalmente deficiente para afrontar estas demandas (*cf.* Maqueda, 2022).

La Cámara Mexicana de la Industria de la Construcción (CMIC) en 2024 mencionó que el Insti-

² Trabajo que respeta los derechos fundamentales de la persona humana, así como los derechos de los trabajadores en lo relativo a condiciones de seguridad laboral y remuneración.

tuto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reportó durante el tercer trimestre de 2023, 19,569 incidentes donde están involucrados trabajadores de la construcción, y destacó que, aunque hay una reducción de casos, sigue existiendo una alta exposición a riesgos físicos y operativos. Sin embargo, estos datos hay que tomarlos con cautela ya que subestiman la realidad, pues un gran porcentaje de trabajadores carece de seguridad social y recibe atención sanitaria en otros espacios, como en casa, consultorios adyacentes a farmacias, centros de salud y, en casos graves, hospitales generales.

Por otro lado, en este contexto laboral, se reproduce una cultura en la que el cuerpo y la salud están subordinados a la productividad. Se espera que los trabajadores sean fuertes, resistentes, y que minimicen el dolor y la fragilidad. Estas características son propias de la reproducción de una masculinidad hegemónica que rechaza o minimiza el autocuidado por temor a ser asociado con conductas percibidas como “femeninas” (*cfr.* Keijzer, 1997). Varios autores mencionan que en la socialización de la mayoría de los hombres y en este caso de los albañiles, la valoración del cuerpo desde una perspectiva de salud y cuidado es prácticamente inexistente y limita las prácticas de autocuidado y autoatención en salud (*cfr.* Benach y Muntaner, 2005; Zamudio y Figueroa, 2008).

Sin embargo, este trabajo cuestiona la afirmación categórica de una “inexistencia” en la valoración del cuerpo desde una óptica de cuidado, pues los resultados que se presentan documentan prácticas concretas de autocuidado incorporadas como respuestas instintivas al *habitus* laboral (Bourdieu, 2002). Aunque no se reconocen explícitamente como tales, estas acciones se evitan verbalizar por temor a la vulnerabilidad o la burla entre pares. Esto invita a explorar cómo la precariedad

estructural y las dinámicas de masculinidad hegemónica invisibilizan estas agencias cotidianas, limitando su potencial transformador en las rutas colectivas de atención a la salud-enfermedad.

Pese a las circunstancias mencionadas y ante la cotidianidad del peligro y los accidentes, los albañiles han desarrollado prácticas de autocuidado y autoatención con la finalidad de prevenirlos o atenderlos. Estas prácticas se desprenden de saberes heredados y compartidos que se actualizan y forman diversas trayectorias de atención, de manera que se relacionan con su experiencia y contexto social, político, histórico y económico (*cfr.* Ríos y López, 2018). Su efectividad es reconocida por los albañiles y coexisten con el saber biomédico al que a menudo se resisten.

Saberes alternativos y otras formas de atención

Durante el siglo XX, los saberes y prácticas relacionados con la atención, prevención y promoción de la salud se consolidaron en la sociedad moderna, bajo la influencia predominante del saber biomédico (*cfr.* Menéndez, 2009). No obstante, es preciso aclarar que, si bien este modelo hegemónico mantiene su poder institucional al ser el saber validado por el Estado, también es cierto que enfrenta una crisis de legitimidad que se manifiesta en dos frentes: por un lado, en la vida cotidiana, desde la experiencia y percepción de los sujetos; y por otro, en el ámbito académico, en el que se cuestiona su capacidad explicativa y resolutoria ante la complejidad de los procesos de salud-enfermedad-atención, lo que hace fundamental reconocer la existencia de otras formas de atención a la salud que están condicionadas por determinaciones sociales como la ocupación, escolaridad, seguridad social, el género, la mercantilización, entre otras (*cfr.* Menéndez, 2005).

Estas diversas formas de saberes coexisten de forma paralela con el paradigma biomédico, y su reconocimiento es clave para comprender las rutas de atención que siguen las personas (*cfr.* Menéndez, 2005). La disciplina biomédica, al asumirse como la autoridad legítima en salud, suele invisibilizar otros sistemas de saberes. Menéndez (*cfr.* 2005) destaca la importancia epistemológica de reconocer estos saberes alternativos, ya que ello amplía el estudio desde campos como la salud colectiva, y permite abordar diversas formas de atención a los padecimientos más allá de su eficacia técnica o su naturaleza (*cfr.* Zolla, 1983; Holanda, 1963; Harman, 1974).

Dentro de este marco, Menéndez (*cfr.* 2009) hace mención del concepto de autocuidado, pero como una práctica de carácter más individualista, que atribuye al sujeto la responsabilidad exclusiva en el proceso salud/enfermedad/atención, y que desestima la validez del saber popular como una forma legítima de resolver problemas de salud. Asimismo, critica la visión que limita la capacidad de autogestión del cuidado a la mediación del saber biomédico. Por su parte, Haro define el autocuidado como “las prácticas centradas en aspectos preventivos o de promoción de la salud, que son generalmente cotidianos y que suelen estar centrados en los individuos” (2000, p: 117). Para Haro (*cfr.* 2000), el autocuidado es una práctica individual, pero, al contextualizarlo en entornos de desigualdad, esta práctica se articula y negocia como una práctica colectiva.

Adicionalmente, Menéndez (*cfr.* 2009) desarrolla el concepto de autoatención en dos niveles. En primer lugar, la autoatención comprende las labores de reproducción social en el ámbito familiar en el que, tradicionalmente, la mujer ha jugado un papel central, aunque también se reconoce el gradual incremento de la participación de los

hombres (*cfr.* Morán, 2015). En segundo lugar, la autoatención se manifiesta cuando surge un problema de salud y se expresan prácticas como el uso de remedios caseros o la automedicación; esas primeras actividades no incluyen a personal de salud, por el contrario, es el momento en que las personas recurren a sus redes más cercanas de apoyo (familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etcétera).

Además, la autoatención es el principal núcleo de articulación práctica entre los diferentes saberes y formas de atención, estas prácticas suponen el primer nivel real de atención, lo que da pie a una ruta de cuidado particular para el enfermo. Esta ruta se ve moldeada por la ubicación socioespacial, cultural y económica de los individuos, y evidencia que la autoatención es un fenómeno estructural en las sociedades (*cfr.* Menéndez, 2009).

Un aspecto crucial en las prácticas de autocuidado y autoatención es la disponibilidad y acceso a recursos, ya que las estrategias empleadas dependen de las condiciones y posibilidades materiales y sociales de los grupos involucrados. En contextos de desigualdad y pobreza, estas prácticas tienden a articularse como estrategias colectivas para el cuidado del cuerpo y de la salud. Finalmente, de acuerdo con Menéndez, es necesario replantear la relación yo/otros como parte integral de una colectividad que nos conforma, trascendiendo las formas individualizadas o fragmentadas de las relaciones sociales (*cfr.* 2020).

Este artículo tiene como objetivo principal analizar desde la perspectiva de la salud colectiva, las prácticas de autocuidado y autoatención de los albañiles que trabajan por cuenta propia. así como reconocer que estos trabajadores aun en un entorno marcado por determinaciones económicas, sociales y culturales poseen un margen de acción

y decisión sobre el cuidado de su propia salud basado en su experiencia

Metodología

Este es un estudio cualitativo que nos permitió captar la riqueza y complejidad del fenómeno estudiado, lo que favoreció un análisis que integra las dimensiones culturales y sociales relacionadas con la salud, el autocuidado y la autoatención en este grupo específico. Este enfoque nos permite mostrar resultados que sean sensibles al contexto y reflejen las realidades vividas por los albañiles. Los participantes del estudio fueron diez hombres que se dedican a la construcción y que trabajan por cuenta propia en obras tradicionales ubicadas en el pueblo de Tetela del Monte, en el estado de Morelos, con edades entre los 30 y 80 años. La selección de los participantes se realizó a través de la técnica bola de nieve. La mayoría de los albañiles residen en Tetela de Monte y, algunos otros, en localidades cercanas a esta, como Santa María Ahuacatitlán, Chamilpa y Ocoatepec. Para asegurar la diversidad en la experiencia laboral, se incluyeron trabajadores que desempeñan diferentes puestos dentro de la construcción: maestros de obra, oficiales³ y ayudantes⁴. Las características detalladas de los participantes se presentan en la tabla 1.

La recolección de datos se llevó a cabo mediante diez entrevistas semiestructuradas con una duración aproximada de 60 a 90 minutos y cuatro ejercicios de observación no participante, los cuales

se realizaron una vez al mes en diferentes días de la semana y en diferentes momentos del día; estos tuvieron una duración de 180 minutos cada uno. La guía de entrevista incluyó temas clave como historia familiar, inicio en la construcción, trabajo actual, organización laboral, relaciones laborales, exposición a riesgos laborales, percepciones sobre salud y enfermedad, prácticas de autoatención, redes de apoyo, cuidados en los hombres y servicios de salud comunitarios. Por su parte, la guía de observación abarcó aspectos del entorno físico y social, así como las actividades individuales y colectivas de los trabajadores en la obra de construcción. Las preguntas de ambas guías fueron diseñadas con base en los objetivos del estudio, más se mantuvo la flexibilidad para incorporar temas emergentes durante el trabajo de campo con el fin de garantizar la riqueza y profundidad de los datos obtenidos. Es importante señalar que, para este artículo, solo se presentan resultados de dos de los grandes temas explorados: prácticas de autocuidado y autoatención.

En cuanto a la ética de la investigación, se respetaron estrictamente los principios de confidencialidad y voluntariedad. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Se informó exhaustivamente a los participantes sobre la naturaleza del estudio, los posibles riesgos y beneficios de su participación, se aseguró el consentimiento informado por escrito previo al inicio de cada entrevista. Se les otorgó la libertad de retirarse en cualquier momento sin consecuencias, además de optar por no autorizar la grabación o el uso de datos específicos. Las personas que aceptaron participar dieron su consentimiento de forma escrita y recibieron una copia de la carta con los datos de la persona responsable de la investigación.

³ El oficial se enfoca en tareas especializadas de mantenimiento de estructuras, muros o columnas y acabados de pintura, carpintería, electricidad y plomería. Realiza arreglos solicitados por propietarios o por el maestro de la obra, corrige y apoya en remodelaciones.

⁴ El ayudante apoya a oficiales y al maestro de la obra en labores auxiliares, manteniendo el sitio limpio, ordenado y seguro mediante acarreo de desechos y herramientas. Sus actividades abarcan carga/descarga de materiales, preparación de terreno, excavaciones y movimiento de tierra, así como apoyo en recepciones y tareas menores de reparación o transporte.

Tabla 1. Características de los participantes.

Participante	Lugar de residencia	Puesto	Edad	Escolaridad	Estado civil	Número de hijo(as)	Derechohabiencia
1	Tetela del Monte	Maestro de obra	62	No estudió	Casado	3	Ninguna
2	Tetela del Monte	Oficial	30	Secundaria	Divorciado	4	Ninguna
3+	Tetela del Monte	Oficial	30	Carrera técnica	Divorciado	1	Ninguna
4	Tetela del Monte	Maestro de obra	51	Preparatoria incompleta	Casado	2	IMSS
5	Tetela del Monte	Maestro de obra	59	Primaria	Casado	3	Ninguna
6	Tetela del Monte	Maestro de obra	38	Primaria	Casado	5	Ninguna
7	Santa María Ahuacatlán	Maestro de obra	60	Primaria	Divorciado	3	Ninguna
8	Ocoatepec	Ayudante	81	Un año de primaria	Viudo	6	Ninguna
9	Chamilpa	Maestro de obra	47	Secundaria incompleta	Casado	3	Ninguna
10	Tetela del Monte	Ayudante	73	Secundaria incompleta	Casado	4	IMSS

Fuente: elaboración propia con base en datos de campo.

+ Entrevista incompleta (no se tiene información sobre las prácticas de autoatención, pero sí de autocuidado, además aporta información para la caracterización del grupo de albañiles al que se entrevistó).

IMSS=Instituto Mexicano del Seguro Social

El trabajo de campo se desarrolló entre enero y octubre de 2024, periodo durante el cual las entrevistas y los ejercicios de observación se realizaron con citas previas adaptadas a la disponibilidad horaria de los participantes, dada la dificultad recurrente para encontrar tiempo libre.

Para el análisis de la información, las entrevistas fueron transcritas y analizadas desde una perspectiva fenomenológica, la cual se interesa en el cómo y no el qué de las cosas; es decir, se buscan descripciones ricas y complejas de un fenómeno

tal como es concretamente vivido (*cfr.* Castillo, 2020).

Las categorías fueron establecidas *a priori*, se definieron a partir de identificar conceptos básicos de la investigación y temas centrales, tomados tanto de los objetivos y de las preguntas de investigación como de la revisión de literatura y el marco teórico, organizándose en una matriz estructurada para entrevista con los albañiles, posteriormente se exploraron a profundidad como ejes temáticos operativos: historia familiar, inicio en

la construcción, trabajo actual, organización en el trabajo, relaciones laborales, exposición a daños laborales, percepción sobre salud- enfermedad, prácticas de autoatención, redes de apoyo, prácticas de cuidado en los hombres, servicios de salud en la comunidad.

Las entrevistas grabadas se transcribieron y la sistematización y codificación de los datos se realizaron mediante el uso del software cualitativo Atlas.ti, versión 25, lo que permitió organizar y comprender las experiencias y significados construidos por los albañiles respecto a prácticas de autocuidado y autoatención.

Para dar soporte a los resultados de este trabajo, se colocaron algunos testimonios de los participantes, los cuales se identificaron con un código que se conformó por el puesto que ocupa el albañil dentro de la obra y el número de la entrevista, por ejemplo: si la entrevista corresponde a un maestro albañil y fue la primera que se realizó, el código quedó integrado de la siguiente manera (MA01).

Resultados

Autocuidado como estrategia ante la precariedad laboral

Las prácticas de autocuidado entre los albañiles responden a un entorno laboral adverso que carece de garantías básicas para el bienestar. Si bien estas prácticas permiten afrontar las exigencias diarias, generan un impacto negativo acumulativo en la salud física y emocional. Este escenario evidencia cómo la precariedad estructural no solo limita el cuidado personal, sino que perpetúa la vulnerabilidad en un sistema económico que privilegia la productividad sobre el bienestar humano.

Entendiendo el autocuidado como el cuidado que cada persona ejerce sobre sí misma, observamos que los participantes, al igual que otros albañiles, han desarrollado prácticas para manejar la exigencia física de su trabajo, así como las condiciones laborales y climáticas. Es a partir de su discurso que podemos identificar que este autocuidado no se realiza como una acción deliberada dirigida al cuidado del cuerpo y la salud, sino que consiste en prácticas automatizadas y normalizadas que forman parte del *habitus* laboral (cfr: Bourdieu, 2002) en la dinámica cotidiana de la obra de construcción. Muchas de estas prácticas son, además, respuestas atípicas, es decir, no siempre las más adecuadas o efectivas para la salud a largo plazo. Por ejemplo, la hidratación con bebidas azucaradas en lugar de agua, que, aunque proporciona un golpe energético temporal para continuar trabajando, contribuye a la incidencia de enfermedades crónicas como la diabetes *mellitus*.

Las prácticas de autocuidado presentes en la obra incluyen descansos regulares, el uso de ropa protectora contra el sol y equipo para prevenir lesiones. Los descansos, que suelen ser breves (de 15 a 20 minutos), se destinan al consumo de alimentos y bebidas, a socializar y reducir el estrés laboral mediante bromas, anécdotas familiares, fumar o revisar los celulares para consultar sus redes sociales de *Facebook* y *Whatsapp*. Estos espacios sirven para hacer comunidad.

C: “Sí, de repente nos juntamos a echar un cigarrito, a quitar el estrés, pues del mismo trabajo, que nos echamos un refresquito, un cigarrito y entre cotorreo y vacilada, ya se despejó un poco la mente” (MA07).

Al llegar la hora de los descansos, es común escuchar frases como “vamos a echar coca”, “vamos a echar taco” o “vamos a echar un cigarrito”, pero

rara vez alguien expresa cansancio, dolor o malestar. Compartir el espacio, alimentos, bebidas, gusto por ciertas actividades permite un momento de interacción y un cierto grado de reciprocidad producto de la horizontalidad.

Es importante mencionar que estos descansos de alguna manera también están condicionados por el clima⁵⁶, ya que se toman, principalmente, en horas de mucho calor, cuando el sol está en su máximo esplendor; otra práctica para protegerse de las altas temperaturas es el uso de camisas de manga larga, gorras y sombreros. Trabajar en un clima caluroso implica un esfuerzo físico considerable y riesgos, por lo que las estrategias mencionadas actúan como mecanismos adaptativos de supervivencia en entornos de precariedad laboral.

C: Pues esos tiempitos, ya cuando andamos trabajando, pues yo así les digo, si tú tienes sed, tómate tu vasito, tómate un tiempito, y más cuando está el calor fuerte, más. Al ratito baje uno, luego baje otro, y a tomar agua y descansa un ratito, les doy sus tiempos también, pues, ahora sí que no estamos dedicados a puro trabajo y trabaje. Tenemos los tiempitos para, digamos, agarrar un respiro o un aire, ¿no? (MA09)

No obstante, mientras prácticas como protegerse del sol han sido normalizadas y generalmente aceptadas, el uso de equipo de protección (como

fajas o guantes) para prevenir lesiones y accidentes enfrenta la crítica y la burla. Esta última actúa como un mecanismo de control social y disciplinamiento que obstaculiza el autocuidado, razón por la cual varios participantes optan por no usar equipos (*cfr.* Foucault, 1992).

C: Entonces andas con ese este, con ese malestar y te daña, ¿no? tonces yo sí uso lentes, aunque mucha gente por ejemplo en la obra tradicional, son como que muy, no sé (inaudible) son muy machistas, porque ¡mira usa lentes! ¡mira! ¡usa cubrebocas pa' no ensuciarse.

C: Son como que estándares que manejan ellos, que se ríen entre albañiles ¡mira va a usar len-tes!

C: ¿No? tons como que se burlan y tú dices ¡jijo-le! tons te haces duro, dices no pus yo no uso lentes no... (O 02)

Durante estos espacios de descanso, también se consumen alimentos y bebidas tradicionalmente aceptados en el espacio del trabajo, como bebidas azucaradas (refrescos y jugos) y alimentos ricos en grasas y sal (botanas y galletas). Si bien es cierto que, desde la perspectiva de la salud pública dominante, estas prácticas no son las más adecuadas para la salud, varios participantes reconocen que, aunque no es lo ideal, estas elecciones les permiten soportar la carga diaria.

C: Comemos mucha azúcar, mi hijo y yo comemos mucha azúcar, ¿no?, si usted quiere nos mal pasamos, una vez que agarramos el trabajo, hasta, no más almorzamos y hasta las 7 u 8 de la noche venimos a comer, pero en ese lapso, tomamos coca, coca y galletas. Y es lo que comemos, mucho dulce y pues nos ayuda, nos da la energía, pero pues no es alimento. (MA10)

5 Díaz, Castro y Aranda (2015) construyeron un perfil de la mortalidad por golpe de calor tomando como caso el noroeste de México. Identificaron que los trabajadores del sector rural, varones con baja condición socioeconómica, bajo nivel educativo y sin acceso a prestaciones de salud, se encuentran en mayor vulnerabilidad y posibilidad de experimentar daños a la salud, como el golpe de calor.

6 Calvario y Díaz (2015) realizaron un esfuerzo por analizar las causas de muerte en los jornaleros agrícolas del Poblado Miguel Alemán (PMA) a partir de un análisis de género. Los investigadores cuestionaron la participación casi exclusiva de los varones en las labores del campo en la costa de Hermosillo, concluyendo que la vulnerabilidad social y la exposición diferenciada a los peligros configuran un determinado perfil de mortalidad que aumenta por el débil acceso a la seguridad social de los trabajadores.

Por otro lado, también se reconoce que adoptar prácticas alimentarias más saludables es desalentado por la burla de sus pares. Llevar agua o alimentos nutritivos al trabajo es mal visto, lo que refuerza patrones alimenticios poco saludables y limita el autocuidado.

C: Es raro que tú veas una persona que llegue con su botella de agua [...] con una fruta, en el trabajo. Es raro, ¿no? o sea y, y si llega así con su fruta o con su agua, tú te quedas o sea si es nuevo, te quedas así, ese cuate ¿qué? ¡jira! o sea te burlas, ¿no? Luego, luego empiezas [inaudible] ya te vas a comer tu manzanita o algo así (A02).

Estas prácticas de autocuidado están marcadas por el género y los significados sociales construidos alrededor de la identidad masculina. Las concepciones tradicionales de lo que implica “ser hombre” condicionan, limitan o posibilitan estas prácticas, priorizan la resistencia física y minimizan la atención a la salud personal y colectiva. Esta construcción de masculinidad hegemónica se traduce en relaciones de poder y jerarquía entre hombres, manifestadas a través de la burla, insultos, pruebas de valor, confrontación, competitividad, presión y violencia (*cf.*: Keijzer, 1997; Casas, 2018).

Autoatención en el contexto de la obra de construcción

La autoatención se refiere a las prácticas que las personas emplean para atender problemas de salud sin la intervención directa de profesionales sanitarios. En el caso de los albañiles, ubicamos estas prácticas en el ambiente de la obra de construcción, con el propósito de identificar los recursos y saberes de los que disponen para enfrentar la frecuente ocurrencia de accidentes laborales.

Lo que se observa es que, ante un problema de salud (mayoritariamente accidentes), los trabajadores realizan una evaluación inicial de la gravedad del suceso. El diagnóstico inicial se hace entre pares, seguido de uno colectivo: este puede implicar preguntar qué ocurrió, observar signos visibles como hinchazón, sangrado o dolor, sin embargo, quien toma la decisión de lo que se debe hacer es el responsable de la obra. Si la lesión es considerada grave, optan por llevar al compañero al hospital, contactar a familiares o solicitar una ambulancia.

C: Mmmm, pues es que es lo tradicional, no, siempre vas, corres, ¿cómo estás?, estoy mal, pues ya ves que tu ambulancia, siempre ambulancia, no hay otra palabra en la cabeza que no sea ambulancia, sí, ya llega la ambulancia, si lleva al herido y ya uno como representante de la obra, se sube y a la acompaña allá, para ver su estado, y ver los gastos, esa es la ayuda que se puede dar (MA07).

Por otro lado, cuando la lesión es evaluada como leve, en muchos casos “no hacen nada, se aguantan”.

E: Cuando se golpean así fuerte, ¿hay algo que hagan?

C: Pues si es un machucón fuerte, pues ahora sí que, si lo aguantaste, pues ya aguantaste ya no hay remedio, pues te aguantaste pues, ahí ya no hay remedio. Si aguantaste hasta ellos mismos dicen, no, no pasó nada... (MA09).

En otros casos, recurren a remedios transmitidos y empleados por generaciones en el ámbito de la construcción. Entre estas prácticas se encuentran pinchar con espinas o golpear la zona afectada para provocar sangrado, utilizar telarañas para

tratar cortaduras, raspaduras o incluso heridas más serias como “descalabradas”, así como el uso de trapos para detener el sangrado. También se practica la automedicación con medicamentos básicos como aspirinas para el dolor. Estas estrategias han sido incorporadas y acumuladas a lo largo de la trayectoria laboral y biográfica, y se perciben como funcionales, ya que han demostrado eficacia para atender accidentes como machucones, enterrarse un clavo, descalabradas y caídas, aunque algunos prefieren posponer la atención hasta llegar a casa.

C: ...o digamos me ha pasado que me doy uno en la uña, un marrazo, se pone negra, pero si hay espinas se meten a las uñas, ni el dolor se siente, se exprime uno todo y descansa porque si te dejas la sangre, así como está, está que punza y punza, y te metes eso y descansas, la exprime y ya, ya después ya nomás lo metes en agua con sal caliente. (MA05)

C: Sí, con una telaraña te puedes curar, una cortada, un raspón, hasta una descalabrada. (MA09)

Estos relatos reflejan una cultura de resistencia al dolor y adaptación a las circunstancias. En casos de golpes o heridas menores, los trabajadores tienden a minimizar el sufrimiento físico y emocional, y buscan soluciones rápidas para seguir con sus labores y evitar pérdida de tiempo e ingresos, donde parar implica no poder proveer a la familia o no ser tomados en cuenta para futuros trabajos (exclusión laboral).

La autoatención en la obra de construcción no son acciones puramente individuales, sino colectivas, ya que los compañeros suelen colaborar en la atención inicial y compartir saberes. El proceso de autoatención entre los albañiles combi-

na aspectos pragmáticos, culturales y colectivos que les permiten enfrentar accidentes laborales de manera inmediata, priorizando la continuidad del trabajo y utilizando recursos disponibles en su entorno (cfr. Aragón, 2012). Esto refleja una resistencia colectiva ante determinantes adversos, reforzando una cultura de “aguante” donde el cuerpo se subordina a la supervivencia diaria, aunque reproduce riesgos a largo plazo.

Por otra parte, en los relatos de los participantes se identifica el fenómeno del “paciente bien informado”. Este tipo de paciente se caracteriza por no seguir estrictamente las indicaciones médicas, ya sea porque cuenta con amplia información propia o porque ajusta el tratamiento según su experiencia con la enfermedad. Actualmente, es común que estos pacientes acudan a consulta para solicitar medicamentos específicos que conocen a través de internet y que expliquen al médico sobre estos productos si éste no está familiarizado con ellos (cfr. Menéndez, 2009). El siguiente testimonio evidencia cómo uno de los albañiles complementa el saber empírico con información que encuentra en páginas de internet, adaptándolos a su contexto y necesidades particulares.

C: Entonces, ya uno mismo va aprendiendo de varias cosas, también, cómo atenderse. O sea, lo que te digo, lo que era, hoy en día, pues es, ya te digo, el ajo.

E: Ajá, y antes.

C: En el tiempo de antes, pues no, casi no, lo que te digo es que casi era más seguro que fuera, te digo que yo compré, era directo de las pastillas, que yo sabía que me hacían y digo no, pues son estas. Entonces ya, pero ya cuando descubrí yo todo eso que vi en el internet, dije: no, pues ya con esto. (MA05)

La precariedad en el sector de la construcción se manifiesta en escasas garantías y derechos laborales, como informalidad y falta de protección sanitaria, determinada por políticas neoliberales que reducen costos a expensas de los trabajadores. Los albañiles alternan obras para sobrevivir, con ingresos insuficientes (1,500 pesos semanales para ayudantes) que no cubren necesidades básicas, subordinando el cuerpo a la productividad en un entorno de alto riesgo (lesiones, envejecimiento prematuro). Esto normaliza prácticas como ignorar accidentes y enfermedades para no parar el trabajo. La falta de seguridad social en este grupo de albañiles, donde solo 2 de 10 entrevistados tienen seguridad social, evidencia la exclusión mayoritaria de la seguridad social formal.

Ante esta carencia, las estrategias de autocuidado (descansos breves) y autoatención (remedios caseros, telarañas para heridas, automedicación) responden directamente a la falta de acceso, evitando hospitales saturados de la Secretaría de Salud (SSA) con largas esperas y burocracia. Se atienden en casa, en redes colectivas de pares, en consultorios adyacentes a farmacias (Farmacia del Ahorro o de Similares) o, en casos graves, en hospitales generales con profundas limitaciones.

E: ¿A qué tipo de médico vas o a dónde vas regularmente?

C: Pues uno busca lo más barato ¿no? o sea, voy a farmacia del Ahorro o al similares

C: Tons como que, en los hospitales, te tienen que ver muriéndote para que te atiendan entons tú vas a farmacia del Ahorro a farmacias similares donde hay médicos, y te atiendes sabes qué ¡ah! no pues es más rápido (O05)

Discusión

Cuando hablamos del proceso de trabajo con los protagonistas de este artículo, sus experiencias dan cuenta de las formas en las que día tras día se fundamenta al autocuidado y la autoatención como respuesta adaptativa a la precariedad laboral. Los resultados del presente estudio adquieren mayor profundidad al contrastarlos con algunas investigaciones en América Latina que ponen en evidencia que la flexibilización, precariedad, cuentapropismo e informalidad son realidades vigentes en este sector productivo de México y en otros países de la región, que tienen consecuencias negativas sobre la salud física y emocional.

En Venezuela, Bellorín et al. (*cf.* 2007) documentan que el 99% de los trabajadores de la construcción tiene contratos eventuales y el 77% no tiene prestaciones, generando lumbalgia en 50.6% y trastornos musculoesqueléticos en 67.4% de ellos, condiciones que son manejados mediante pausas autoconcedidas y automedicación para evitar exclusión laboral, patrón idéntico al “aguante” observado en Morelos, donde parar equivale a dejar de ser productivo y perder ingresos diarios esenciales.

En Colombia, Henao et al. (*cf.* 2020) confirman la gran dificultad de implementar estrategias de autocuidado en el sector informal y que la ausencia de equipos de protección personal impulsa la fabricación casera de accesorios para protegerse.

Mientras un estudio en Argentina y otro en Colombia coinciden con nuestro estudio al hacer referencia sobre cómo la precarización del trabajo de la construcción afecta la salud de los albañiles al estar expuestos a riesgos físicos y psicosociales por la naturaleza de su trabajo. Destacando las

consecuencias negativas de dicho ambiente sobre la calidad de vida y las posibilidades de llevar a cabo prácticas de autocuidado y autoatención.

De acuerdo con Benach et al. (*cfr.* 2014), la importancia de conceptualizar la precariedad laboral como un determinante social de la salud continuo y multidimensional permite analizar sus efectos nocivos sobre la salud, los cuales se tornan más evidentes en el transcurso de la vida y de la trayectoria laboral, exacerbando la presencia de enfermedades crónicas como resultado de las desventajas acumuladas en las clases populares (*cfr.* Willson et al., 2007).

La contribución de este trabajo radica en visibilizar cómo esta resistencia cotidiana automatizada en el *habitus* laboral (*cfr.* Bourdieu, 2002) perpetúa morbilidad crónica, demandando políticas intersectoriales que integren saberes obreros en programas de salud ocupacional primaria. Tetela del Monte evidencia potencial transformador al reconocer prácticas normalizadas como base para rutas colectivas, superando la crisis de legitimidad biomédica (*cfr.* Menéndez, 2009).

Así, el estudio trasciende lo local al identificar un patrón latinoamericano: autocuidado y autoatención como estrategias de supervivencia estructurales en economías informales, invitando a repensar la salud-enfermedad-atención desde la experiencia vivida de quienes sostienen la construcción regional con sus cuerpos.

Conclusiones

Desde la perspectiva crítica de la salud colectiva, este trabajo documenta cómo las prácticas de autocuidado y autoatención entre albañiles por cuenta propia emergen como estrategias colecti-

vas estructurales frente a determinaciones sociales múltiples: precariedad laboral, exclusión de la seguridad social y subordinación del cuerpo obrero a la reproducción económica informal. Lejos de ser improvisaciones individuales o descansos automatizados, revelan saberes que articulan resistencia cotidiana frente a un continuum de morbilidad acumulativa musculoesquelética, envejecimiento prematuro, enfermedades crónicas donde parar equivale a exclusión laboral inmediata. Ante estas condiciones, los trabajadores optan por las prácticas de autocuidado y, ante lesiones o problemas de salud, recurren a la autoatención. Si bien estas prácticas improvisadas pueden resultar funcionales a corto plazo, también pueden derivar en complicaciones severas, como infecciones por heridas mal atendidas o falta de vacunación.

Las condiciones inseguras de trabajo perpetúan un ciclo de vulnerabilidad en el que los albañiles deben asumir individualmente los costos físicos y económicos de los accidentes, lo que refuerza su situación precaria. La combinación de autoatención limitada, la presión por seguir trabajando y el acceso restringido a servicios de salud formales impacta de manera negativa en su bienestar físico y emocional a largo plazo.

La categoría de género se posiciona como determinante transversal que configura estas prácticas: la masculinidad hegemónica, incorporada en el *habitus* laboral, exalta el “aguante” como capital simbólico entre pares, donde usar equipo de protección (lentes, fajas), verbalizar dolor o llevar fruta genera burlas que asocian cuidado con feminidad y debilidad (“¡mira, usa lentes!”). Esta dinámica reproduce desigualdades interseccionales: jóvenes minimizan síntomas para ganar estatus, mientras la madurez marcada por el rol de proveedor fuerza revisiones médicas tardías, exacerbando daños en trayectorias vitales precarias.

Lo abordado en este artículo pone de manifiesto la urgencia de superar la narrativa biomédica de “ausencia de autocuidado masculino”, visibilizando estas agencias colectivas como respuesta a la crisis de legitimidad del saber médico hegemónico. Políticamente, demanda intersectorialidad transformadora: políticas ocupacionales primarias que integren saberes de los trabajadores, formalicen el uso de equipos de protección sin estigma de género, amplíen la seguridad social a cuentapropistas y reconfiguren significados masculinos hacia cuidado colectivo, rompiendo el ciclo precariedad, morbilidad y mortalidad.

Aunque este estudio está localizado en el poblado de Tetela del Monte, da cuenta de patrones regionales de economías informales latinoamericanas, posicionando la salud colectiva ante el desafío de priorizar género y clase en intervenciones que reconozcan el cuerpo de los albañiles no como lugar de riesgos ocupacionales, sino como productores vivos de saberes para equidad sanitaria estructural.

Referencias bibliográficas

- ARAGÓN, S. (2012). *Prácticas sociales y derechos laborales en el sector de la construcción de vivienda en México*. [Tesis doctoral]. El Colegio de México. <https://repositorio.colmex.mx/concern/theses/bk128b24x?locale=es>
- AÑEZ, C. (2009). “Neoliberalismo y flexibilización de las relaciones laborales en América Latina”. *Multiciencias*, vol. 9, Núm. 2: 195-202. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90411687011>
- BALLESTEROS, K. (2019). “Trabajadores de la construcción, entre riesgos mortales y total precariedad laboral”. *Contra Línea*. <https://contralineacom.mx/interno/featured/trabajadores-de-la-construccion-entre-riesgos-mortales-y-total-precariidad-laboral/>
- BELLORÍN, M., SIRIT, Y., RINCÓN, C., y AMORTEGUI, M. (2007). Síntomas musculoesqueléticos en trabajadores de una empresa de construcción civil. *Salud de los Trabajadores*, 15(2), 89–98.
- BENACH, J. y MUNTANER, C. (2005). “Dónde están las causas”. En: *Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud*. Maracay: Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldón”.
- BENACH, J., VIVES, A., AMABLE, M., VANROELEN, C., TARAFA, G., y MUNTANER, C. (2014). Precarious employment: Understanding an emerging social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 35, 229–253. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182500>
- BOURDIEU, P. (2002). *Capital cultural, escuela y espacio social*. México: Editorial Siglo XXI.
- CÁMARA MEXICANA DE LA INDUSTRIA DE LA CONSTRUCCIÓN. (2024). *Accidentes en las construcciones, cada vez más aislados y atípicos*. <https://cmic.org20deentes-en-las-construcciones-cada-vez-mas-aislados-y-atipicos/> (consulta julio 20 de 2024)
- CASAS, J. (2018). *Autocuidado y masculinidad en los trabajadores albañiles de la ciudad de Hermosillo, Sonora: Altas temperaturas, riesgos laborales y significados*. [Tesis de maestría]. El Colegio de Sonora. <https://repositorio.colson.edu.mx/items/ceb326c1-5bb0-4a0d-b86f-43454e431f6f>

- CASTILLO, N. (2020). *Fenomenología como método de investigación cualitativa: preguntas desde la práctica investigativa*. Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social: ReL-MIS, (20), 7-18.
- PULIDO, M. y CUÉLLAR, R. (2015). “Trabajo, precariedad y salud”. En: Pacheco, C. (ed.) *Construyendo desde la economía de los trabajadores*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 99-111.
- DATAMÉXICO. (s.f.). *Albañiles, mamposteros y afines*. <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/occupation/albaniles-mamposteros-y-afines> (consulta 28 de enero de 2023).
- KEIJZER de, B. (1997). *El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva, género y salud en el sureste de México*. <https://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/El%20varon%20como%20factor%20de%20riesgo.pdf>
- FALCÓN, G. (2016). “Condiciones de trabajo y calidad laboral en el sector de la construcción civil de Lima Metropolitana”. *Revista del Instituto de Investigación de la Facultad de Minas, Metalurgia y Ciencias Geográficas*, vol. 19, Núm. 38: 35-41. <https://core.ac.uk/download/pdf/304894241.pdf>
- FOUCAULT, M. (1992). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- FREIDIN, B., KRAUSE, M., BALLESTEROS, M. S., y WILNER, A. D. (2022). Trabajo precario y cuidado de la salud en varones de clase popular en Buenos Aires, Argentina. *Población y Salud en Mesoamérica*, 19(2), Article 47295. <https://doi.org/10.15517/psm.v0i19.47295>
- HARO, A. (2000). “Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud”. En: Perdiguer, E. y Comelles, J. (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, 101-161.
- HARMAN, R. (1974). *Cambios médicos y sociales, en una comunidad maya Tzeltal*. México: Instituto Nacional Indigenista.
- HOLANDA, W. (1963). *Medicina maya en los Altos de Chiapas*. México: Instituto Nacional Indigenista.
- LAURELL, C. y MÁRQUEZ, M. (1983). *El desgaste obrero en México*. México: Era.
- LEÓN, L., NORIEGA, M. y MÉNDEZ, R. (2011). “El trabajo precario: origen de los daños a la salud en la industria de la construcción”. *Salud de los Trabajadores*, vol. 19, Núm. 2: 103-114. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382011000200002&lng=es&tlng=es
- LÓPEZ, A., BLANCO, J., GARDUÑO, M. A., GRANADOS, J. A., JARILLO, E., LÓPEZ, S., RIVERA, J. A. y TETELBOIN, C. (2011). “Los determinantes sociales de la salud y la acción política: una perspectiva desde la academia”. En Eibenschutz, C., Tamez, S. y González, R. (comps.). *¿Determinación o determinantes sociales de la salud? Memoria del taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 253-273.
- MARGULIS, M. (1980). “Reproducción social de la vida y reproducción del capital”, *Nueva Antropología*, vol. 4, Núm. 14: 47-64.
- MAQUEDA, J. C. (2022). *Estoy fuerte me siento más enfermo cuando estoy en mi casa, que trabajando*. [Tesis de maestría]. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco.
- MENÉNDEZ, E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, vol. 1, Núm. 1: 9-32. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73110102>
- MENÉNDEZ, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- MENÉNDEZ, E. (2020). “Acciones marginadas y ninguneadas pero básicas: Coronavirus y proceso de autoatención”. *Ichan Tecolot*, vol. 31, Núm. 336. <https://ichan.ciesas.edu.mx/acciones-mar->

- ginadas-y-ninguneadas-pero-basicas-coronavirus-y-proceso-de-autoatencion/
- MORÁN, A. (2015). *Saberes maternos y padecimientos infantiles. Recursos de atención biomédicos y populares en el pedregal de Santo Domingo* [Tesis de maestría]. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco.
- OVANDO-ALDANA, W., RIVERA-ROJO, C. y SALGADO-VEGA, M. (2021). “Características del empleo informal en México, 2005 y 2020”. *Papeles de Población*, vol. 27, Núm. 108: 147-184. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252021000200147
- PHILIPP, G. (2021). Estrategias precarizadoras del capital sobre las condiciones de trabajo en la industria de la construcción rosarina (Argentina): Un estudio antropológico de las flexibilidades arraigadas en la obra. *Revista Latinoamericana de Antropología del Trabajo*, 5(11). <https://ojs.ceil-conicet.gov.ar/index.php/lat/article/view/794>
- RÍOS, G. y LÓPEZ, S. (2018). “Comprendiendo el cuidado y los cuidados: tipología del cuidado desde la salud colectiva”. En Jarillo Soto, C. y López Arellano, O. (eds.) *Salud colectiva en México: quince años del doctorado en la UAM*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 127-155.
- SÁNCHEZ, M., PÉREZ-MANRIQUEZ, B., GONZÁLEZ, G. y PEÓN-ESCALANTE, I. (2017). “Enfermedades actuales asociadas a los factores de riesgo laborales de la industria de la construcción en México”. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, vol. 63, Núm. 246: 28-39. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000100028
- WILLSON, A. E., SHUEY, K. M., y ELDER, G. H., JR. (2007). Cumulative advantage processes as mechanisms of inequality in life course health. *American Journal of Sociology*, 112(6), 1886–1924. <https://doi.org/10.1086/512712>
- ZAMUDIO, P. y FIGUEROA, J. (2009). “Rosas, Carolina, Varones al son de la migración: Migración internacional y masculinidades de Veracruz a Chicago, México, CEDUA, El Colegio de México, 2008, 307 p.”, *Estudios demográficos y urbanos*, vol. 24, Núm. 1: 249-265. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-72102009000100249&lng=es&tlng=es
- ZOLLA, C. (1983). “La medicina tradicional y la noción de recurso para la salud”. En Lozoya, X. y Zolla, C. (eds.) *La medicina invisible*. México: Folios Ediciones, 14-37.