

Como se vive se muere

Familia, redes sociales y
muerte infantil

Mario Bronfman



SERIE SALUD COLECTIVA

El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX

Lilía Blima Schraiber, 2019

Gobernantes y gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones

Hugo Spinelli, Jorge Arakaki, Leonardo Federico, 2019

Morir de alcohol: saber y hegemonía médica
Eduardo L. Menéndez, 2020

Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias

Patricia Quattrocchi, Natalia Magnone (comp.), 2020

Pensar en salud
Matteo Testa, 2020

Adiós, señor presidente
Carlos Matus, 2020

Método Paideia: análisis y gestión de colectivos

Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

Gestión en salud: en defensa de la vida
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI

Jairnilson Silva Paim, 2021

Estado sin ciudadanos: seguridad social en América Latina

Sonia Fleury, 2021

Teoría del juego social
Carlos Matus, 2021

La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad

Luis David Castiel, Carlos Álvarez-Dardet, 2021

Salud: cartografía del trabajo vivo
Emerson Elias Merhy, 2021

Sentir, jugar, hacer pensar: la acción en el campo de la salud
Hugo Spinelli, 2022

Saber en salud: La construcción del conocimiento
Mario Testa, 2022

El líder sin estado mayor: la oficina del gobernante

Carlos Matus, 2022

La historia de la salud y la enfermedad interpelada: Latinoamérica y España (siglos XIX-XXI)

Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez, Adrián Carbonetti, María Silvia Di Liscia, 2022

Precariedades del exceso: Información y comunicación en salud colectiva

Luis David Castiel, Paulo Roberto Vasconcellos-Silva, 2022

Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen
Patricia Aguirre, 2023

La planificación en el laberinto: un viaje hermenéutico

Rosana Onocko Campos, 2023

El recreo de la infancia: Argumentos para otro comienzo
Eduardo Bustelo, 2023

De hierro y flexibles: Marcas del Estado empresario y consecuencias de la privatización en la subjetividad obrera
Maria Cecilia de Souza Minayo, 2023

Dispositivos institucionales: Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales
Gregorio Kaminsky, 2023

Pensamiento estratégico y lógica de programación: El caso salud
Mario Testa, 2023

Epidemiología en la pospandemia: De una ciencia tímida a una ciencia emergente
Naomar de Almeida Filho, 2023

Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud
Túlio Batista Franco, Emerson Elias Merhy, 2023

Teoría social y salud
Roberto Castro, 2023

Participación social, ¿para qué?
Eduardo L. Menéndez, Hugo Spinelli, 2024

Los discursos y los hechos: Pragmatismo capitalista, teoricismos y socialismos distantes
Eduardo L. Menéndez, 2024

Acerca del riesgo: Para comprender la epidemiología
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, 2024

Locos y degenerados: Una genealogía de la psiquiatría ampliada
Sandra Caponi, 2024

Salud sexual y reproductiva y vulnerabilidad estructural en América Latina: Contribuciones de la antropología médica crítica
Rubén Muñoz Martínez, Paola María Sesia, 2024

Meningitis: ¿una enfermedad bajo censura?
Rita Barradas Barata, 2024

SERIE CLÁSICOS

Política sanitaria argentina
Ramón Carrillo, 2018

Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores
Instituto de Medicina del Trabajo, 2019

Geopolítica del hambre: Ensayo sobre los problemas de la alimentación y la población del mundo
Josué de Castro, 2019

La salud mental en China
Gregorio Bermann, 2020

La enfermedad: Sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo
Giovanni Berlinguer, 2022

Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna
Madel T. Luz, 2022

Hospitalismo
Florencio Escardó, Eva Giberti, 2022

Historia y sociología de la medicina: selecciones
Henry E. Sigerist, 2024

Teoría social y salud
Floreal Antonio Ferrara, 2024

SERIE TRAYECTORIAS

Vida de sanitarista
Mario Hamilton, 2021

SERIE DIDÁCTICA

Teorías dominantes y alternativas en epidemiología
Marcelo Luis Urquía, 2019

Método Altadir de planificación popular
Carlos Matus, 2021

Búsqueda bibliográfica: Cómo repensar las formas de buscar, recopilar y analizar la producción científica escrita
Viviana Martinovich, 2022

pensar-escribir-pensar: Apuntes para facilitar la escritura académica
Martín Domecq, 2022

Investigación social: Teoría, método y creatividad
Maria Cecilia de Souza Minayo (organizadora), Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes, 2023

Introducción a la epidemiología
Naomar de Almeida Filho, Maria Zélia Rouquayrol, 2023

SERIE INFORMES TÉCNICOS

Salud en cárceles: Informe de auditoría de la situación sanitaria en el Servicio Penitenciario Bonaerense, 2013-2014
Instituto de Salud Colectiva, 2020

Como se vive se muere

Familia, redes sociales y muerte infantil

Mario Bronfman



EDUNLA
COOPERATIVA

Secretaría de Investigación y Posgrado

Bronfman, Mario

Como se vive se muere : familia, redes sociales y muerte infantil / Mario Bronfman.
- la ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2024.
Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Spinelli, Hugo ; 51)

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-8926-75-9

1. Desigualdad Social. 2. Infancia. 3. Medio Ambiente. I. Título.
CDD 306.85

Colección *Cuadernos del ISCo*
Serie *Salud Colectiva*

Dirección científica: *Hugo Spinelli*

Dirección editorial: *Viviana Martinovich*

Edición ejecutiva: *Carina Pérez, Jorge Arakaki, Mariano Vígo Deandreis*

Coordinación editorial de esta obra: *Jorge Arakaki*

Ilustración de tapa: *EyeEm Mobile GmbH*

Digitalización del texto: *Guillermo Eisenacht*

Corrección de estilo: *Santiago Basso*

Diagramación: *Martina Florio, Ivana Leiva Baldís*

Edición 2000, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM)

Edición 2001, Lugar Editorial

© 2024, Mario Bronfman

© 2024, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-8926-75-9

DOI [10.18294/CI.9789878926759](https://doi.org/10.18294/CI.9789878926759)

La edición de este libro fue financiada por la Universidad Nacional de Lanús a partir de la Resolución SPU 329/23 y su rectificatoria SPU 394/23 que aprueban y asignan los fondos otorgados por el Programa de Doctorados, de la Dirección Nacional de Programas de Ciencia y Vinculación Tecnológica (DNPCyVT), de la Secretaría de Políticas Universitarias (SPU) del Ministerio de Educación de la Nación, 2023.

EDUNLa Cooperativa

Edificio "José Hernández"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727. edunla@unla.edu.ar

Instituto de Salud Colectiva

Edificio "Leonardo Werthein"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958. <http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0. Las y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.





Mario Bronfman

Nació en Buenos Aires, Argentina. Obtuvo una Licenciatura en Sociología en la Universidad de Buenos Aires (UBA) y un Doctorado en Salud Pública en la Escuela de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) en Río de Janeiro, Brasil.

Desde 1967 hasta 1974 fue docente en la carrera de Sociología de la UBA. Residió en Venezuela entre 1975 y 1980 donde fue Investigador del Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela. Desde 1980 hasta la actualidad, reside en la Ciudad de México. Allí ha sido

profesor-investigador en El Colegio de México y en la Escuela de Salud Pública del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), donde dirigió el Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud (CISS).

Durante su residencia en México fue, entre otras responsabilidades, director de investigación del Consejo Nacional para la Prevención del Sida (CONASIDA), coordinador de asesores del Subsecretario de Salud, co-presidente del Programa Científico de la XVII Conferencia Internacional de Sida, presidente del Comité de Investigación Social del Programa Global de Sida de la Organización Mundial de la Salud y consultor de diversos organismos internacionales.

Ha sido profesor invitado en universidades e instituciones de educación superior de diferentes países de Latinoamérica, EEUU y Europa y miembro de comités editoriales de diversas revistas en el campo de la salud. Publicó más de 70 artículos científicos y capítulos de libros y fue autor, coautor y editor de libros relacionados con sus temas de investigación.

En 2004, fue designado representante de la Fundación Ford para México, Centroamérica y Cuba y entre 2015 y 2021 consultor de la Fundación Ford a cargo del Programa en Cuba.

En la actualidad se encuentra retirado y es miembro de la Junta Directiva del Washington Office for Latin America (WOLA), organización defensora de los Derechos Humanos, en base en Washington, EEUU.

Índice

Agradecimientos	IX
Introducción. De la constatación de regularidades a la explicación de singularidades	1
<i>El proceso salud-enfermedad y “lo social”</i>	1
<i>Antecedentes</i>	3
<i>Conclusiones preliminares</i>	9
<i>Una propuesta de investigación</i>	9
<i>Hipótesis y diseño de la investigación</i>	10
<i>En qué se parecen los tres grupos de familias</i>	13
<i>La constitución de la pareja</i>	16
<i>Acerca del contenido de este libro</i>	18
Capítulo 1. Características generales de las familias bajo estudio	19
<i>Urbanización y salud: esbozo de los problemas de la ciudad de México</i>	19
<i>Contexto socioeconómico de las zonas donde habitan las familias estudiadas</i>	21
<i>Establecimientos para la atención a la salud en la zona de estudio</i>	27
<i>Caracterización de los establecimientos</i>	28
<i>Breve análisis de los indicadores socioeconómicos de las familias</i>	32
<i>Escolaridad</i>	34
<i>Ocupación</i>	35
<i>Vivienda</i>	36
<i>Alimentación</i>	37
Capítulo 2. La familia: dinámica, estructura y riesgo diferenciado	43
<i>La familia: objeto de investigación y espacio para la reflexión</i>	43
<i>La familia en la investigación social</i>	46
<i>La familia como sistema</i>	50
<i>Estructura, organización y dinámica familiar</i>	54
<i>Flexibilidad y rigidez de un sistema</i>	55
<i>Subsistemas, alianzas y coaliciones</i>	57
<i>Análisis cuantitativo de la estructura, organización y dinámica familiar: los modos del riesgo diferenciado</i>	58
<i>Testimonios</i>	68
Capítulo 3. Presencia y ausencia de redes sociales	85
<i>Elementos conceptuales y metodológicos: intercambio y solidaridad social</i>	86
<i>Ausencia y presencia de redes sociales y su influencia en las muertes infantiles</i>	95
<i>Testimonios</i>	100
Capítulo 4. La crianza de los niños	113
<i>Aspectos histórico-culturales</i>	115
<i>Aspectos psicológicos de la crianza</i>	117

<i>Testimonios</i>	120
<i>La formación de la pareja</i>	121
<i>El embarazo y el parto</i>	126
<i>Conflictos intrafamiliares y su impacto en la crianza</i>	131
<i>Atenciones y cuidados del niño pequeño</i>	135
Capítulo 5. Accidentes y enfermedades de los niños: los riesgos no fatales en las familias	141
<i>De la polisemia del concepto “riesgo”</i>	141
<i>Riesgos de accidentes y enfermedades</i>	145
<i>El manejo de las enfermedades y los accidentes</i>	146
Capítulo 6. La utilización de los servicios médicos	157
<i>Acercamiento teórico</i>	157
<i>Niveles de utilización</i>	161
<i>Preferencias en la utilización de los servicios médicos</i>	163
<i>Utilización de los servicios durante el embarazo y en la atención del parto</i>	169
Capítulo 7. Hacia una antropología de la muerte infantil	179
<i>La muerte como experiencia de los sobrevivientes</i>	181
<i>Cómo entenderse con la muerte: el duelo y las creencias</i>	182
<i>Incertidumbre y seguridad vital: la muerte como riesgo social diferenciado</i>	184
<i>Como se vive, se muere: condiciones y formas de vida como riesgos de muerte</i>	186
<i>Pobreza y marginación: materialidad del riesgo</i>	187
<i>Estrés, ignorancia, rutina: cotidianeidad del riesgo</i>	188
<i>Dinámica familiar y riesgo de muerte</i>	189
<i>Las relaciones entre familia y red social: algunos hallazgos</i>	194
<i>Vivencias de la muerte: creencias y comportamientos frente al proceso salud-enfermedad-muerte</i>	203
<i>Testimonios</i>	205
Bibliografía	225

Agradecimientos

En un trabajo que se inició hace ya varios años es lógico pensar que por él pasaron muchas personas. Todos contribuyeron a su avance, algunos no lo saben. Seguramente son más de los que yo pueda recordar. Por esta razón, la sección de los agradecimientos se convierte en la más desagradecida. A pesar de ello, trataremos de hacer un listado, lo más exhaustivo que la memoria permita, de los que intentaron hacer algo para que este trabajo saliera bien.

En los comienzos, José Luis Bobadilla, que entonces era director del Centro de Investigaciones en Salud Pública, se entusiasmó con la idea. Juntos hicimos la primera propuesta y obtuvimos el apoyo financiero de la Corporación Carnegie a través de la Fundación Mexicana para la Salud. Sus responsabilidades le impidieron compartir el proyecto hasta el final, como hubiera sido mi deseo, y confío que también el de él. Su muerte, prematura y trágica, nos privará para siempre de su opinión crítica.

Cuando se definió el tema y empezamos a ver sobre cuántas cosas no sabíamos, nos quedó claro que había que integrar un equipo interdisciplinario. Así se incorporaron nuestras terapeutas familiares. En estricto orden alfabético ellas fueron Rosemary Eustace, Martha Fernández, Teresa Robles y Diana Rubli (como dice Jacob en un pasaje bíblico: “la última, la última, la más querida”). Ellas contribuyeron a construir el marco conceptual para los aspectos referidos a la familia, hicieron las entrevistas familiares, las interpretaron y analizaron. Fueron uno de los pilares de la investigación. Para incorporar el componente médico tuvimos la colaboración de Rosario Cárdenas que en ese momento ya había terminado también su Maestría en Demografía. Tres ayudantes de investigación colaboraron en partes del proyecto: Xavier Gómez, Francisco Hernández y Luis del Valle hicieron el censo en las escuelas, ubicaron los domicilios, concertaron las primeras entrevistas, participaron en algunas de ellas; su colaboración fue irremplazable. Martha Alida Ramírez y Francisco Pamplona fueron una ayuda indispensable en la revisión de las entrevistas. Las ideas de ambos están diseminadas a lo largo del texto. Lourdes González transcribió las entrevistas como si hubiera estado presente y Oscar Zamora solucionó todas las demandas de cómputo. Florinda Riquer y Roberto Castro merecen un agradecimiento especial pues leyeron minuciosamente la primera versión de la tesis e hicieron comentarios que sirvieron para enriquecer el texto y eliminar inconsistencias. Algunas de sus exigencias solo fueron solucionadas en esta nueva versión. El Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM) del Colegio de México también

contribuyó con una beca para el financiamiento de parte de la investigación. En la revisión de la tesis para su conversión en libro conté con los agudos e inteligentes comentarios de varios revisores anónimos, la crítica constructiva e implacable de los cinco miembros del jurado que me examinaron en mi defensa de la tesis y con la inteligente ayuda de Cristina Herrera que logró contagiarse de la emoción de los testimonios. Su compromiso con el material y su capacidad analítica sin duda mejoraron este trabajo. Dejé para el final mi agradecimiento especial a Cecilia Minayo, mi orientadora (así le dicen en Brasil a los directores de tesis). Generosa, bondadosa, lúcida, creativa. De ella aprendí más de lo que ella misma imagina. Sus consejos ayudan a seguir trabajando, a seguir viviendo.

Gracias a todos ellos, y a muchos otros que dieron ideas o hicieron críticas a lo largo de este proceso, este trabajo es mejor de lo que hubiera sido. Para mí reivindicó parte de las bondades y todos los problemas.

Introducción

De la constatación de regularidades a la explicación de singularidades

El proceso salud-enfermedad y “lo social”

Afirmar que los cambios demográficos en las tasas de fecundidad, mortalidad y migración solo pueden ser entendidos con referencia al sistema social más amplio en el cual ocurren, dejó de ser una propuesta de avanzada y es hoy una afirmación de sentido común que nadie se atrevería a discutir. Esto implica, para el caso de la mortalidad, no insistir en realizar estudios que sean una redundante constatación de la existencia de diferenciales.

La abundante literatura que existe en esa línea ha generado una situación que ha sido descrita con originalidad por Sawyer como la de un rompecabezas en el que, simultánea y paradójicamente, sobran y faltan piezas. Una parte del problema se encuentra en el hecho de que “parte de las piezas están siendo reproducidas por distintos fabricantes para ocupar el mismo espacio del escenario” (Sawyer, 1985). La reiteración de este estilo de trabajo –la obsesiva búsqueda de diferenciales– resulta comprensible, pues permite navegar en aguas seguras. Superarlo implica la doble dificultad de, por un lado, revisar, adoptar provisionalmente y poner a prueba, alguno de los modelos conceptuales existentes y, por el otro, hacerse cargo de que “la mortalidad como objeto de estudio requiere de una interdisciplinariedad orgánica” (Sawyer, 1985).

En cuanto a los modelos conceptuales, si bien llegaron con retardo a los estudios de mortalidad, hoy en día coexisten varios que pueden resultar fructíferos. El más difundido en la literatura es el de Mosley & Chen (1984), pero no es el único. En América Latina, desde la segunda mitad de la década de 1970, distintos grupos nacionales han venido proponiendo y perfeccionando un abordaje conceptual del proceso salud-enfermedad-muerte en el que se enfatiza su carácter social. Sin embargo, postular el carácter social de ese proceso, no lleva a conclusiones unívocas.

Una línea, a la que no es ajena parte de la producción epidemiológica de los países centrales, señala que “lo social” produce una particular configuración de factores de riesgo que da origen a perfiles de morbimortalidad de grupos y sociedades. Lo social aparece entonces como un determinante jerarquizado, pero aún externo al proceso. Según una de las autoras más importantes del grupo de la Medicina Social latinoamericana, una segunda vía:

...ha sido el intento de teorizar las articulaciones internas y externas del proceso salud-enfermedad, enfatizando que no solo está socialmente determinado, sino que tiene carácter social en sí mismo. Es decir, no se restringe a enunciar que los procesos sociales determinan una constelación de factores de riesgo, sino que intenta comprender la interrelación dinámica entre lo social y lo biológico postulando, sin embargo, la subsunción de este en aquel [...]. Esta interrelación no puede ser reducida a constelaciones particulares de factores de riesgo, sino que tiene que ser pensada en función del contenido, de los procesos sociales que transforman los procesos biológicos, de un modo más complejo que el simple cambio en las probabilidades de estar expuesto a tal o cual factor de riesgo. (Laurell, 1986)

Con esta teorización como sustrato, la década de 1980 ha sido prolífica en investigaciones en las que nuevas categorías hacen su aparición para explorar el proceso salud-enfermedad-muerte. Las más frecuentemente utilizadas son la “clase social” (Bronfman & Tuirán, 1984), la “reproducción social” (Breilh, 1979) y “el proceso de trabajo” (Laurell, 1981).

Sin embargo, a pesar de los avances logrados, aún quedan muchas preguntas sin respuesta. Es evidente que la pertenencia a ciertos grupos sociales genera condiciones que favorecen la ocurrencia de muertes infantiles. Sin duda, la desigualdad opera segregando grupos en los que se concentran los valores negativos de los indicadores socioeconómicos. Estos, a su vez, se asocian a resultados negativos, y ello resulta claro en el caso de la mortalidad infantil. Lo que no resulta tan claro es por qué cuando operan “condicionantes” similares, los resultados son diferentes. Esto es válido para distintos integrantes de un mismo grupo social, pero también para distintos miembros de una misma familia. Przeworski plantea esta situación con notable claridad. Dice que:

...si consideramos a las relaciones sociales en su complejidad [...] como una estructura de opciones disponibles (y no disponibles) a los individuos localizados en los lugares particulares dentro de las relaciones

de producción, entonces los patrones de inserción dentro del sistema de producción, de reproducción, de relaciones conyugales y de migración, no están determinados únicamente por la localización de clase dentro de las relaciones de producción. Por el contrario, *esperaríamos sistemáticamente* que la conducta de individuos que comparten una localización de clase no fuera homogénea, debido precisamente a las condiciones objetivas que estructuran las elecciones. (Przeworski, 1982)

Es a partir de estas ideas que creemos que un camino válido en la investigación sobre mortalidad infantil sigue siendo el de “estrechar el cerco” que permita definir con mayor especificidad a los grupos de “alto riesgo” al interior de los sectores que tienen las tasas más altas de mortalidad infantil.

Antecedentes

En un estudio que realizamos en Venezuela (Machado, 1979), cuyo objetivo central era analizar el impacto que había tenido sobre la salud materno-infantil el proceso de industrialización típicamente dependiente que caracterizó a dicho país, pudimos constatar que, además de que las muertes infantiles se concentraban en los grupos menos privilegiados de la población, al interior de estos grupos la mortalidad no se distribuía de una manera “equitativa”. En otras palabras, aun compartiendo condiciones económicas y sociales igualmente deterioradas había familias que tenían éxito en lograr la supervivencia de toda su descendencia, mientras que otras experimentaban la muerte de varios de sus hijos.

Años después, en un trabajo sobre la relación entre clase social y mortalidad en la niñez, volvíamos a observar este mismo fenómeno. Decíamos entonces que:

...entre las mujeres que han sufrido la pérdida de un hijo menor de 5 años, a una de cada tres se le ha muerto más de un hijo de esa edad o, para referirlo al total, casi 9 por ciento de las madres ha perdido más de un hijo. (Bronfman & Tuirán, 1984)

En un trabajo sobre las familias pobres y sus necesidades realizado en Chile (Valiente *et al.*, 1982), se señala que el 11% de las familias del Gran Santiago tiene

dos o más hijos muertos antes del año. Sorprendentemente, esta evidencia no merece de los autores ningún comentario ni análisis detallado.

La ausencia de mayor información sobre el tema y la presunción de su importancia, nos llevaron a profundizar en su análisis. Para ello aprovechamos la información que proporciona la Encuesta Nacional Demográfica¹ llevada a cabo por el Consejo Nacional de Población de México en 1982. En el cuestionario aplicado se incluía una Historia de Nacimientos en la que se registraba la situación de supervivencia de los nacidos vivos y la fecha de la muerte en el caso de los fallecidos. Los datos de mortalidad infantil fueron obtenidos de este instrumento².

Comenzamos tratando de cuantificar la magnitud del problema al que denominamos “multimortalidad infantil”, es decir, mujeres con más de un hijo muerto antes del año³.

Con este fin, dividimos nuestro universo en tres categorías: mujeres sin defunciones de menores de un año, mujeres con una defunción y mujeres con más de una defunción. Se calculó el aporte porcentual de cada uno de estos tres grupos al total de hijos nacidos vivos y al total de defunciones de menores de un año. Para aquellas mujeres con por lo menos un hijo muerto, y con el objeto de facilitar las comparaciones, se aplicaron dos medidas simples:

- 1) La *Razón de mortalidad infantil* (RMI) que consiste en dividir el total de defunciones de menores de un año entre el total de hijos nacidos vivos. El resultado indica la proporción de niños nacidos vivos que murieron antes de cumplir el año de edad; y
- 2) La *Razón de contribución relativa* (RCR) que consiste, para cada subgrupo, en dividir la contribución porcentual al total de las defunciones entre la contribución porcentual al total de los nacimientos,

¹ Esta encuesta fue realizada en una muestra de más de 10.000 casos, con representatividad regional.

² Datos más recientes (por ejemplo, los de la ENADID de 1992) permiten constatar que, aunque atenuado, el fenómeno de la concentración de muertes persiste. Este hecho que combina los dos atributos que según Durkheim merecen ser estudiados, a saber, la permanencia y variabilidad de un fenómeno, confirma la actualidad de este trabajo y la pertinencia de su hipótesis central, así como la necesidad de futuras investigaciones sobre el tema.

³ En este caso usamos la variable “mujeres con más de un hijo muerto” pues las unidades de entrevista fueron las mujeres. A partir del Capítulo 2 se habla de familias en lugar de mujeres.

Cuando el resultado es igual a la unidad, significa que la contribución a las defunciones y a los nacimientos es equivalente. La desviación del resultado con respecto a la unidad significará, por lo tanto, una mayor contribución a uno de los dos eventos. Si es mayor a la unidad, habrá predominado la contribución relativa a las defunciones, y si es menor a la unidad, habrá predominado el aporte a los nacimientos.

La lectura de la Tabla 1 nos da una primera evidencia de que estamos tratando con un problema que merece atención. Al 14% de las mujeres con al menos un hijo nacido vivo (MHNV) se le murió un hijo, y al 5%, más de uno antes de cumplir el año. Este último grupo, que aporta el 11% del total de hijos nacidos vivos, “contribuye” con el 50% de las muertes infantiles. *¡El 50% de las muertes de menores de un año concentrada en solo el 5% de las mujeres!*

Tabla 1. Distribución porcentual de mujeres con por lo menos un hijo nacido vivo, según el número de defunciones de menores de un año y su contribución relativa al total de hijos nacidos vivos y al total de defunciones de menores de un año. México, 1982.

Número de defunciones	Mujeres (%)	Hijos nacidos vivos (%)	Defunciones (%)
Ninguna	81	69	-
Una	14	20	50
Más de una	5	11	50
Total	100	100	100

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

Si restringimos nuestro universo a aquellas mujeres con al menos un hijo muerto antes del año (Tabla 2), la proporción de niños muertos antes de cumplir el año de edad en el grupo de mujeres con más de una defunción, es prácticamente el doble de la proporción en el otro grupo (30,1 y 16,5 respectivamente).

El grupo de MHNV con una sola defunción aporta más a los nacimientos que a las muertes, siendo la RCR menor que la unidad (0,77), mientras que entre las que tienen dos o más defunciones ocurre lo contrario, siendo mayor su aporte a las defunciones (RCR=1,41).

No se nos escapan algunos problemas metodológicos que, aunque pudieran modificar parcialmente los resultados, no afectarían el carácter más global de

Tabla 2. Distribución porcentual de MHNV y al menos un hijo muerto antes del año, según número de defunciones de menores de un año; contribución relativa a los nacimientos y a las defunciones de menores de un año; proporción de HNV muertos antes del año (RMI) y razón de contribución relativa a las defunciones y a los nacimientos (RCR). México, 1982.

Número de defunciones	Mujeres (%)	Hijo nacido vivo (HNV) (%)	Defunciones de menores de un año (%)	Razón de mortalidad infantil (RMI)	Razón de contribución relativa (RCR)
Una	72	64	50	16,5	0,77
Más de una	28	36	50	30,1	1,41
Total	100	100	100	21,4	1,00

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica.

las conclusiones. La información se refiere, como ya lo señalamos, a mujeres que al momento de la encuesta tenían entre 15 y 49 años y que tuvieron por lo menos un hijo nacido vivo. Tomarlas en bloque implica no considerar que, para algunas, sus experiencias de mortalidad infantil se produjeron a lo largo de un periodo de 35 años, en los cuales hubo cambios en las acciones de salud que pudieron influir directamente en la probabilidad de supervivencia. Pero, por tratarse de un evento poco frecuente, la posibilidad de contar con casos suficientes que permitan desagregaciones sustantivas, obliga a trabajar con períodos relativamente amplios. Las Tablas 3 y 4 nos permiten, al menos en

Tabla 3. Distribución porcentual de las defunciones de menores de un año entre las MHNV y más de un hijo muerto antes del año, según año de ocurrencia y edad del niño al momento de la defunción. México, 1982.

Año de ocurrencia	Menos de un mes (%)	Un mes y más (%)	Total (%)
1947-1951	3	3	3
1952-1956	10	4	8
1957-1961	15	9	12
1962-1966	21	18	20
1967-1971	20	25	22
1972-1976	17	27	21
1977-1981	14	14	14
Total	100	100	100

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica.

Tabla 4. Distribución porcentual de las defunciones de menores de un año entre las MHN y más de un hijo muerto antes del año, según la edad de la madre y edad del niño al momento de la defunción. México, 1982.

Edad de la madre	Menos de un mes (%)	1 mes y más (%)	Total (%)
Menos de 20 años	26	28	27
20-24 años	30	29	29
25-29 años	17	18	17
30-34 años	14	12	13
35 y más	13	13	13
Total	100	100	100

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica.

primera instancia, descartar dos hipótesis alternativas: a) que las muertes ocurrieron fundamentalmente al comienzo del período; y b) que las muertes se concentran en las mujeres en edades tempranas, o bien en edades extremas.

Con base en la comparación de la distribución porcentual de los tres grupos de mujeres según diversas variables seleccionadas, encontramos que aquellas mujeres con más de un hijo muerto antes del año son:

- las de mayor edad al momento de la encuesta,
- las que más hijos vivos han tenido,
- las de menor escolaridad,
- las que tienen el porcentaje más bajo de actividad laboral,
- las que tienen una proporción mayor de migrantes,
- las que viven mayoritariamente en viviendas con malas condiciones sanitarias,
- las que tienen una sobrerrepresentación del “proletariado” y una subrepresentación de la “burguesía” entre las clases sociales no agrícolas,
- las que tienen una mayor proporción de los sectores campesinos y una menor proporción del proletariado agrícola entre las clases sociales agrícolas.

Las MHN que solo tuvieron un hijo muerto ocupan, en todas las variables, un lugar intermedio, en general equidistante de los otros dos grupos.

Tabla 5. Razón de mortalidad infantil (RMI) y razón de contribución relativa (RCR) según la edad actual de la madre y la cantidad de hijos nacidos vivos.

Edad de la madre	Número de hijos							
	2-4		5-7		8-10		11 y más	
	RMI	RCR	RMI	RCR	RMI	RCR	RMI	RCR
Menor de 25	69,2	1,43	41,4	0,86	-	-	-	-
25-29	57,2	1,41	43,4	1,07	31,3	0,77	-	-
30-34	56,5	1,46	38,3	0,99	37,8	0,98	39,8	1,03
35 y más	65,5	2,41	39,2	1,44	27,2	1,00	22,6	0,83

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica.

La asociación estadística entre cada una de las variables seleccionadas y la variable de respuesta –experiencia de defunciones de menores de un año– resulta, en todos los casos, significativa. Las MHNV con dos o más defunciones de menores de un año han tenido, en promedio, 8,8 hijos nacidos vivos y 2,7 defunciones de menores de un año. Esto significa que, en este grupo, de cada 100 nacidos vivos, aproximadamente 30 mueren antes de cumplir el año.

Al analizar simultáneamente la edad de la madre y el número de hijos nacidos vivos, encontramos que tanto la RMI como la RCR son mayores en el grupo de 2 a 4 hijos, para cualquier edad de la madre (Tabla 5). No es esta la primera vez que el riesgo mayor se observa entre las familias menos numerosas. En un trabajo en el que se utiliza la técnica del *automatic interaction detector* (AID) para el análisis de la mortalidad infantil, los autores señalan que⁴:

...el número de miembros del hogar modifica el nivel de riesgo de la mortalidad infantil. Los hogares con pocos miembros tienen un nivel de riesgo significativamente mayor. Este hecho arroja nueva evidencia de que no necesariamente la familia pequeña vive mejor. (Minujin *et al.*, 1984)

⁴ Esta cita alude directamente al tema central de la campaña de planificación familiar en México que enfatizaba que “la familia pequeña vive mejor”

Conclusiones preliminares

La alta concentración de muertes infantiles entre las mujeres con más de una defunción hace que este grupo resulte de interés para su análisis en términos demográficos y desde una perspectiva de salud pública.

Las MHNV con más de un hijo muerto antes de cumplir un año constituyen un grupo caracterizado por la agudización, en términos porcentuales, de las categorías que expresan las condiciones de vida más deterioradas y/o que implican mayor riesgo. Sin embargo, el conjunto de estas características no determina unívocamente la pertenencia al grupo, sino que solo la hace más probable. Al analizar a este grupo según un conjunto de variables, estas presentan, para todas sus categorías, resultados sorprendentemente homogéneos. La escolaridad de la madre, tradicionalmente la variable que más discrimina, deja a la RMI y a la RCR sin ninguna variación para las diferentes categorías de educación. Lo mismo ocurre con la “condición de actividad de la mujer”, con la “condición migratoria de la mujer”, con el “índice sanitario de la vivienda”, con el “lugar de residencia” y con la “ocupación del compañero o padre”.

En resumen, el comportamiento de la relación nacimientos/defunciones entre las mujeres con más de un hijo muerto antes del año, no ofrece diferencias para la mayoría de las variables utilizadas. Da la impresión que las variables que permitirían avanzar en la caracterización del grupo y en la explicación del fenómeno, no están presentes en encuestas demográficas del tipo de la que estamos utilizando para este análisis. Esto nos llevó a pensar en una propuesta de investigación que ofreciera otro tipo de información y que permitiera avanzar en la caracterización de este grupo. Si el grupo de mujeres con más de un hijo muerto pudiera ser acotado en sus características más específicas, podríamos avanzar en la delimitación de un grupo de “alto riesgo” y ofrecer a las políticas de salud la posibilidad de una intervención altamente efectiva y eficaz.

Una propuesta de investigación

Dadas las características del fenómeno por investigar y la ausencia de bibliografía específica sobre el problema, se planteó la necesidad de buscar indicios adicionales en campos afines. Dos áreas nos parecieron especialmente relevantes: los estudios sobre nutrición y las investigaciones sobre lo que en la literatura médica se llama el “*non organic failure to thrive*” y que podría ser traducido como “fracaso no orgánico en el desarrollo”.

En el primer campo, un estudio especialmente atractivo por su similitud con nuestras preocupaciones fue realizado en México (Muñoz de Chávez *et al.*, 1974) y en él se estudia la epidemiología de la buena nutrición en una población con alta prevalencia de desnutrición. La conclusión a la que llegan los autores, es que el hecho de pertenecer a determinado “estrato social” crea una mayor susceptibilidad a la malnutrición, pero que existen otros factores que la precipitan en un mayor o menor grado. En el otro campo, investigaciones muy cuidadosas desde el punto de vista del diseño, encuentran que, después de controlar los aspectos socioeconómicos, las diferencias más importantes se deben a la interacción madre-hijo (Haynes *et al.*, 1984), al estilo de vida familiar a antecedentes de deprivación en la infancia de los padres (Oates *et al.*, 1985), o a la existencia de conflictos entre los padres (Altmeier *et al.*, 1985).

Otra bibliografía proveniente del campo biomédico pone en tela de juicio la relación entre la tendencia a repetir resultados negativos del embarazo y factores como la elevada paridad, el corto intervalo intergenésico y aspectos específicamente biológicos (Bakketeig *et al.*, 1979a y 1979b).

El conjunto de estos resultados permitiría hipotetizar que la mortalidad infantil es, probablemente, una entidad heterogénea. Es decir, que las muertes repetidas se deben a factores diferentes que las muertes que ocurren aisladamente. En otras palabras, entre las mujeres y/o familias que pierden un hijo y las que pierden más de uno no hay solo diferencias de grado –cuantitativas– sino, fundamentalmente, cualitativas.

Planteado de esta manera, resulta inevitable retomar la afirmación de Sawyer, que citamos al principio, según la cual la “mortalidad como objeto de estudio requiere de una interdisciplinariedad orgánica”. Por ello, para llevar a cabo esta investigación se constituyó un equipo integrado por profesionales de la sociología, la demografía, la medicina, la epidemiología y la psicología.

Hipótesis y diseño de la investigación

La hipótesis central de este trabajo es que la tendencia a repetir muertes infantiles está relacionada con determinadas características de la estructura familiar. En otras palabras, se postula que, a igualdad de condiciones socioeconómicas y demográficas, la estructura y la dinámica de las familias con más de un hijo muerto será diferente a la de aquellas sin hijos muertos.

Para poner a prueba esta hipótesis, se elaboró un diseño de investigación en el que se comenzó por seleccionar tres grupos de familias con diferentes

experiencias de mortalidad: a) familias con más de un hijo muerto (2HM); b) familias con solo un hijo muerto (1HM) y c) familias sin hijos muertos (0HM).

Las familias se equipararon por tríadas de acuerdo con algunos aspectos demográficos y socioeconómicos seleccionados, y se realizaron 24 entrevistas en cada grupo. Las 72 familias pertenecían a un estrato socioeconómico bajo. Se eligió trabajar con este estrato porque es donde se concentran las tasas más elevadas de mortalidad infantil.

Las familias por ser entrevistadas se seleccionaron de la siguiente manera: se repartieron en distintas escuelas públicas de dos zonas del sur de la ciudad de México, cuestionarios para que las maestras los repartieran, a su vez, entre las madres. El cuestionario constaba de 5 preguntas: 1) nombre y dirección de la madre; 2) cantidad de hijos nacidos vivos; 3) cantidad de hijos sobrevivientes; 4) edad de los niños que hubieran muerto y 5) año en que se produjeron las muertes.

Se descartaron las familias con niños muertos antes de 1978, para evitar problemas de memoria⁵. Solo se tomaron en cuenta los niños muertos durante los primeros cinco años de vida, cuya causa de muerte pudiera clasificarse como evitable. En otras palabras, se excluyeron los casos en los que la muerte se hubiera producido por factores congénitos y/o hereditarios. Lo que se obtuvo fue un censo de, aproximadamente, 40 escuelas públicas de la zona sur del Distrito Federal.

Con base en estos cuestionarios, se seleccionaron los casos con muertes repetidas. A cada uno de estos casos se le apareó uno con solo un hijo muerto y otro sin hijos muertos, que tuvieran las mismas características demográficas y socioeconómicas. Las que se tomaron en cuenta para el apareamiento demográfico, fueron *la edad de la madre* y *la cantidad de partos*. De hecho, las características socioeconómicas resultaron apareadas, porque los niños asistían a la misma escuela y, al habitar en la misma zona, compartían las mismas condiciones de residencia.

Para cada una de las familias entrevistadas se obtuvo la siguiente información: 1) características socioeconómicas de la familia; 2) aspectos culturales, especialmente los asociados a las concepciones de salud y enfermedad, y a los hábitos nutricionales; 3) relación con, utilización de y concepciones sobre los servicios de salud; 4) historia de los embarazos, partos, crianzas y muertes; 5) características biológicas y de salud de los niños muertos y de los sobrevivientes, de los padres y de las familias de origen de los padres, y 6) características de la estructura y del funcionamiento familiar.

⁵ El trabajo de campo se realizó entre 1988 y 1989.

Se realizaron por lo menos tres entrevistas con cada familia, en sus domicilios. En la primera, conducida por un sociólogo, se obtuvo información sobre los aspectos socioeconómicos y culturales.

En la segunda, a cargo de un médico-demógrafo, se recabó información sobre aspectos de salud, hábitos nutricionales, características de los embarazos, partos, puerperios y hábitos de crianza.

En la tercera, realizada por dos terapeutas familiares –uno conducía la entrevista y el otro observaba la dinámica y registraba detalles del lenguaje no verbal– se obtuvo información sobre la estructura y la dinámica familiar⁶.

El sociólogo que realizaba la primera entrevista acompañaba a los que realizaban las otras dos, para darle continuidad a la relación con la familia. En todos los casos se utilizaron guías abiertas de entrevista y no cuestionarios estructurados. En cada una de las entrevistas estuvieron presentes aquellas personas que hubieran aceptado participar y que se consideraran, y fueran consideradas, miembros del grupo familiar. Se grabaron las entrevistas en su totalidad y posteriormente las mismas fueron transcriptas, para facilitar el análisis. La recolección de información se completó con observación participante, tanto en los hogares como en el barrio de residencia de las familias seleccionadas.

El análisis se apoyó en el diagnóstico elaborado por los profesionales del área de terapia familiar que participaron en cada una de las entrevistas. Varias fueron las dimensiones exploradas en relación con la estructura y dinámica familiares: los límites entre subsistemas dentro de la familia, con la familia de origen y con el entorno social; el tipo de jerarquías, alianzas y coaliciones internas; algunos indicadores de vinculación, amalgamamiento o desligamiento; el grado de coincidencia entre las etapas cronológica y funcional de la familia; factores relacionados con la familia o su entorno que “explican” la muerte de los hijos; migración reciente, duelos, factores institucionales, problemas económicos, falta de red y crisis de pareja, entre otros aspectos, enfatizando el tipo de redes que la familia logró establecer y mantener. Entre las variables relacionadas con dichas redes, se ahondó también en aspectos tanto estructurales como dinámicos, con preguntas dirigidas a establecer el tipo de vínculo con distintas personas y grupos, y la función que cumplieron en diferentes momentos, así como la historia de esa relación. Se clasificó a las redes en: a) con la familia de origen, b) con amigos, compadres y vecinos, c) comunitaria (escuela, iglesia, trabajo, centro de salud) y d) laboral. Los aspectos dinámicos se exploraron a través de preguntas sobre a quién recurren en caso de necesidad, conflictos (que incluyen pareja, familia de origen, vecinos

⁶ En muchos casos se necesitó más de una entrevista para obtener esta información.

e instituciones), frecuencia y función de los contactos, entre otros. A partir de esta información, se pudo establecer el tipo de red con que cuenta la familia.

Por la preocupación de aportar datos que cumplan lo más posible con el criterio de confiabilidad, el análisis se fundamentó en una interpretación de los testimonios proporcionados por las familias, apoyada a su vez en el diagnóstico que surgió a partir de indicadores construidos por consenso intersubjetivo entre los investigadores participantes. Las combinaciones de aspectos que permitieron interpretar cada testimonio, por lo demás, variaron según la familia y la disposición de la misma a dar respuesta a las preguntas planteadas.

De esta manera, el análisis se llevó a cabo en distintas etapas: en la primera se comparó por tríadas, es decir, grupos conformados por tres familias, semejantes en cuanto a edad de la madre, número de partos y nivel socioeconómico, pero diferentes en cuanto al número de hijos muertos; en una segunda etapa se analizó por separado a cada grupo de 24 familias con ninguno, uno o más hijos muertos, respectivamente, y finalmente ambos análisis se integraron en una comparación cuantitativa y cualitativa de los tres grupos de familias, de acuerdo a su ubicación respecto a las dimensiones exploradas. Para fines de la exposición, las interpretaciones de los testimonios que en los siguientes capítulos se presentan, hacen referencia a las problemáticas desarrolladas en la parte conceptual de cada uno de ellos.

En qué se parecen los tres grupos de familias

Las características sociodemográficas

Como lo señalamos anteriormente, las familias de los tres grupos comparten características demográficas y socioeconómicas. Ello es así porque el propio diseño de la investigación exigía esta equiparación para poner a prueba la hipótesis central. Las Tablas 6 y 7 muestran que las diferencias en el promedio de la edad actual de las madres y del número de partos, tienen variaciones menores.

Recordamos, asimismo, que las familias eran escogidas en las mismas escuelas y en el mismo vecindario, con condiciones de vivienda similares. Sin embargo, y a los efectos de eliminar hipótesis alternativas, fue necesario evaluar la similitud de las familias en otras variables fundamentales. Una de ellas fue la edad de ambos cónyuges al contraer la unión. La Tabla 8 muestra que las diferencias son también menores en este rubro. Mientras que en el

Tabla 6. Distribución porcentual de las mujeres de los tres grupos familiares según su edad actual (n=24).

Edad de las mujeres	0HM (%)	1HM (%)	2HM (%)
Menos de 30	25	16	33
30-39	29	42	29
40 y más	46	42	38

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

Tabla 7. Distribución porcentual de las mujeres de los tres grupos familiares según su número de partos (n=24).

Número de partos	0HM (%)	1HM (%)	2HM (%)
Hasta 5	25	21	29
6-9	58	58	54
10 y más	17	21	17
Promedio	7,5	7,4	7,3

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

Tabla 8. Promedio de edad de los cónyuges de los tres grupos familiares al momento de la unión (n=24).

Cónyuges	0HM	1HM	2HM
Él	22,1	21,5	21,6
Ella	18,0	16,8	17,0

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

grupo sin hijos muertos (0HM) la edad promedio de la mujer fue de 18 años y la del hombre de 22, ambas aproximadamente, en el de un hijo muerto (1HM) y en el de más de un hijo muerto (2HM) fue de 17 y 22, respectivamente.

También la edad en la que la mujer inició su vida sexual activa revela la comparabilidad de los grupos. Son pocas las que lo hicieron antes de los 15

años –17, 8 y 21%, respectivamente–, en los tres grupos predominan las que lo hicieron entre los 15 y los 19 años –más acentuadamente en el grupo 1HM– y la única diferencia importante se manifiesta en las que lo hicieron después de los 20 años, donde el grupo 0HM duplica a los otros dos. Sin embargo, hay que destacar que en ambos grupos la mayoría inició su vida sexual activa antes de los 20 años (Tabla 9).

Tabla 9. Distribución porcentual de la edad de inicio de vida sexual activa de las mujeres de los tres grupos familiares (n=24).

Edad	0HM (%)	1HM (%)	2HM (%)
Antes de los 15	17	8	21
15-19	58	79	66
20 y más	25	13	13

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

No solo el número de partos en las mujeres de los tres grupos fue similar, sino también el número de gestaciones. Entre las 0HM el promedio de gestaciones fue de 7,9 al igual que en el 1HM, mientras que entre las 2HM ascendió a 8,0 (Tabla 10).

Tabla 10. Distribución porcentual de las mujeres de los tres grupos familiares, según el número de gestaciones (n=24).

N° de gestaciones	0HM (%)	1HM (%)	2HM (%)
Hasta 5	21	21	25
6-9	54	58	46
10 y más	25	21	29
Promedio	7,9	7,9	8,0

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

En cuanto a la condición de actividad de las mujeres, la de las 0HM y 2HM es casi igual, y se incrementa en las de 1HM (Tabla 11).

Tabla 11. Distribución porcentual de las mujeres de los tres grupos familiares según su condición de actividad (n=24).

Condición de actividad	0HM (%)	1HM (%)	2HM (%)
Trabaja	67	88	63
No trabaja	33	12	37

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

La proporción de familias migrantes es mayor entre las 0HM –83%– que entre las 2HM –67%–, siendo esta diferencia atribuible al hecho de que hay mayor proporción de hombres migrantes en esas familias (Tabla 12).

Tabla 12. Distribución porcentual de las familias de los tres grupos familiares según su condición migratoria (n=24).

Condición de migrante	0HM (%)	1HM (%)	2HM (%)
Migrantes	83	79	67
Solo él	29	17	13
Solo ella	25	8	21
Ambos	29	54	33
No migrantes	17	21	29
Desconocido	-	-	4

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

De todos estos datos, se puede concluir que nos encontramos ante tres grupos de familias que comparten, básicamente, las mismas condiciones demográficas y socioeconómicas. Ello denota que el diseño de investigación tuvo éxito en lograr esta equiparación.

La constitución de la pareja

Si tuviéramos que hacer una síntesis de las historias de vida de las familias entrevistadas, desde la constitución de la pareja, veríamos que los procesos en los tres grupos son muy parecidos.

Por lo general, la pareja se conoce en el vecindario donde habita con su familia de origen o en las inmediaciones del lugar de trabajo. Ambos son muy jóvenes, alrededor de 17 años en promedio la mujer y 21 años el hombre (ver Tabla 8). El noviazgo es breve y en la mayoría de los casos no cuenta con la aceptación de alguna de las dos familias de origen. Al no poseer suficientes medios económicos para instalarse independientemente, la pareja pasa a vivir con los familiares de alguno de ellos, por lo general con la familia del compañero. Se instalan en una habitación de la misma casa, compartiendo cocina y baño.

Con el transcurrir del tiempo y dependiendo, en gran medida, del mejoramiento de sus ingresos, esta situación cambia. Construyen en el mismo predio una vivienda independiente que consta, por lo general, de una habitación que cumple las funciones de dormitorio, comedor y cocina. El baño suele estar separado y, a veces, es compartido con el resto de la familia.

En otros casos, se presenta la necesidad de migrar por diversas razones, por lo general económicas. Esta migración proviene, casi siempre, de áreas rurales. A veces la pareja se estructura después del proceso migratorio, lejos del lugar de origen. Otras veces la migración incluye a la familia constituida, con hijos pequeños. En estos casos, por lo general el hombre migra primero, se instala en casa de algún familiar, amigo cercano o compadre. Una vez ubicado y con cierta estabilidad laboral, manda llamar al resto de la familia.

En muchos casos, la decisión de convivir está relacionada con el hecho de que la joven queda embarazada; en otros, con la soledad, o con conflictos con la familia de origen como, por ejemplo, el sufrir situaciones de violencia, alcoholismo paterno, fuertes oposiciones al noviazgo. En casi todos los casos, a la unión sobrevienen inmediatamente los hijos.

Por lo tanto, es un período de muchos cambios que se suceden rápidamente en el tiempo: separación de la familia de origen, adaptación a la familia con la que van a convivir, responsabilidad por la crianza de los hijos, responsabilidad económica.

Para el miembro de la familia que permanece en su hogar se producirá un cambio estructural en su status que deberá ser asumido interna y externamente, tendrá que aceptarse y ser aceptado como alguien adulto, en pareja, en proceso de construir su propia familia.

Los cambios que se producen en ambas familias de origen son también intensos: la familia del miembro que se va tiene que elaborar esta separación, y la que acoge al nuevo miembro tendrá que hacer un espacio estructural –simbólico– y material para incorporarlo.

Un nuevo sistema se construye. De las vicisitudes de este proceso, de la construcción de este nuevo sistema con un mayor grado de complejidad dependerá, en parte, su ubicación en alguno de los grupos definidos en esta investigación.

En otras palabras, los nuevos patrones de interacción entre los miembros del sistema constituirán la matriz que, si es adecuada, permitirá criar y desarrollar niños con alta probabilidad de supervivencia y, si no lo es, aumentará su riesgo de muerte.

Acerca del contenido de este libro

El análisis que se presenta en los siguientes capítulos no pretende pasar revista a todos los datos recogidos. Como en todo proceso investigativo, al llegar el momento de escribir uno “descubre” que sobran y que faltan datos. Los que sobran se dejan para análisis posteriores y los que faltan para futuras investigaciones.

El Capítulo 1 está dedicado a presentar el contexto en el que viven las familias entrevistadas. Para ello se describen las zonas en las que habitan, los servicios con que cuentan, haciendo énfasis en los de salud, y se completa, brevemente, la presentación de sus características socioeconómicas.

En los Capítulos 2 y 3 se abordan los ejes conceptuales del análisis –la familia y las redes– lo que sería, en el lenguaje de los libros de texto de metodología, las variables independientes. Los tres capítulos siguientes revisan aspectos fundamentales de los procesos en los que se puede observar el impacto de las diferencias como la crianza, las enfermedades y accidentes y la utilización de los servicios de salud. El último capítulo intenta presentar una visión antropológica de la muerte infantil, la variable dependiente. Si en él se descubre una tendencia a la anécdota, a resaltar la vivencia individual y familiar de este evento dramático, ello no debe ser considerado como una casualidad. La intención es rescatar un momento en el cual lo central es el drama, para darle un tratamiento diferente al que recibe en la mayoría de los trabajos sobre mortalidad infantil, independientemente de la disciplina de la que provengan.

Por esta misma razón cada capítulo, además de presentar una reflexión analítica, incluye varios testimonios. A veces estos se intercalan en el texto y en otras cierran el capítulo correspondiente. Pretendimos dejar hablar a los actores y rescatar en su relato la intensidad con que se viven los sucesos y las particularidades de los procesos. Si el texto logra transmitir la emoción de los relatos, habremos cumplido con el objetivo principal que animó a la investigación.

Capítulo 1

Características generales de las familias bajo estudio

Urbanización y salud: esbozo de los problemas de la ciudad de México

La urbanización de los países en desarrollo y la distribución espacial de la población que acompaña y caracteriza aquel proceso, han sido poco planificadas, cuando no caóticas. Una gran cantidad de asentamientos se encuentra aglomerada en las orillas de las grandes ciudades y en zonas que por sus características topográficas resultan inaccesibles a los servicios, dificultan la extensión de la infraestructura urbana y complican la provisión de transporte. Las grandes ciudades de Latinoamérica son, en muchos aspectos, inhumanas. Grandes contingentes de población viven en estas ciudades en condiciones de extrema pobreza, hacinados en viviendas miserables, altamente riesgosas para la salud física y mental de quienes las habitan.

La ciudad de México, ubicada a más de 2.200 metros de altura sobre el nivel del mar, es la más poblada del mundo. Se calcula que para 1990 habitaban en ella poco más de 15 millones de personas¹; la contaminación atmosférica, el transporte insuficiente, el déficit de viviendas y los problemas en la dotación de agua, caracterizan su problemática.

El peso de la ciudad de México en la historia del país, es enorme. Desde la colonia, la centralidad de la ciudad la transformó en el eje del dinamismo económico, provocando un desarrollo nacional desequilibrado. El reflejo

¹ Las instituciones y los estudios de la ciudad de México siguen diversos criterios para definir los límites de la misma; así, el INEGI (Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática) propone incluir a 27 municipios del Estado de México, mientras que otros análisis incluyen a 30 municipios. Véase: Luna y Gómez (1992).

político de este hecho es que las grandes decisiones son tomadas allí y *se deja muy poco* a la soberanía de las entidades federativas. Este centralismo produjo, en la época contemporánea, un crecimiento poblacional sin precedentes, que se explica fundamentalmente por las migraciones internas (Muñoz, Oliveira & Stern, 1981)². Entre 1950 y 1990 la población de la ciudad creció 5 veces, pasando de 3 millones de habitantes a los más de 15 millones que hoy la habitan.

Durante este período de crecimiento, se instalaron industrias y comercios que atrajeron a migrantes de todas partes; sin embargo, no hubo planeación para este crecimiento. La ciudad se “desparramó”, según las poco elegantes pero certeras palabras de Carlos Fuentes. Muchos asentamientos irregulares hicieron su aparición en el paisaje urbano y suburbano; a ellos se trasladaron los pobres, los que no pudieron conseguir un sitio mejor en la ciudad. Graves problemas se evidenciaron, sobre todo a partir de los años setenta. Para muchos, las acciones eran urgentes para controlar el crecimiento, pero con todo, la ciudad siguió –por lo menos 15 años más– siendo el centro de las oportunidades y el lugar de atracción de los migrantes internos.

Las paradojas de la vida urbana son particularmente acentuadas en la ciudad de México. Si se observan los promedios, en ella se dan las mejores condiciones de vida con relación al resto del país. Según una investigación reciente, las delegaciones políticas del Distrito Federal³ están entre las unidades político-administrativas menos marginadas de México (CONAPO & Comisión Federal del Agua, 1993). Efectivamente, los indicadores de satisfactores esenciales como vivienda y educación, presentan porcentajes de déficit muy por debajo de los promedios nacionales. Sin embargo, al investigarse la vida de los pobladores de la ciudad en unidades de observación más pequeñas que los municipios o delegaciones, la situación es diferente. Existen muchos poblados y colonias en la ciudad que no cuentan con servicios básicos para sus viviendas y, de hecho, miles de familias viven en pésimas condiciones.

Como se sabe, la urbanización no planificada y junto con ella el crecimiento demográfico acelerado que caracteriza a los países en desarrollo como

² Un cálculo sensato señala que hasta el 30% del crecimiento de la ciudad de 1960 a 1980 se debió a los flujos migratorios.

³ El Distrito Federal es la denominación político-administrativa del lugar físico en el cual se asientan los poderes de la República. Está compuesto por 16 delegaciones políticas, cada una de las cuales se encarga de administrar los asuntos de las zonas urbanas correspondientes. Por otra parte, se conurban con el Distrito Federal una cantidad considerable de municipios de otra entidad federativa, el Estado de México, de tal modo que los asuntos de la ciudad deben ser resueltos también por los gobiernos municipales de este estado.

México acarrea, entre otros, innumerables males, la segregación de contingentes poblacionales en zonas que carecen de servicios como agua potable y drenaje. Los niños, sobre todo los más pequeños, son excesivamente vulnerables en estas condiciones:

Aunque, en conjunto pueden haber aumentado las probabilidades de supervivencia de los niños, no ha ocurrido otro tanto con sus oportunidades de tener una vida satisfactoria y sana. Para gran número de lactantes y niños, en el contexto del crecimiento urbano contemporáneo el futuro parece muy sombrío. En muchos asentamientos ilegales que carecen de todo abastecimiento de agua potable y de servicios de evacuación de los desechos domésticos y humanos, un niño que nazca actualmente tiene de 40 a 50 veces más probabilidades de morir antes de los cinco años de edad, que uno nacido en el mismo momento en un país desarrollado próspero. (OMS, 1989)

La ciudad de México acusa algunos de los rasgos mencionados en la cita, aunque los déficits de satisfactores esenciales no sean tan pronunciados como en otras grandes ciudades del mundo subdesarrollado.

Contexto socioeconómico de las zonas donde habitan las familias estudiadas

Esta investigación se llevó a cabo en varias colonias y localidades del sur de la ciudad de México, pertenecientes a dos delegaciones políticas del Distrito Federal: La Magdalena Contreras y Tlalpan. La Tabla 13 presenta algunos de los principales indicadores demográficos y sociales de ambas delegaciones y del Distrito Federal.

Como se puede apreciar, las delegaciones en las que se realizaron las entrevistas no son significativamente diferentes al conjunto del Distrito Federal con excepción del indicador de agua potable para la delegación de Tlalpan, y en menor medida los de población que ocupa viviendas sin drenaje ni excusado y con piso de tierra.

En la Tabla 14 se observan con detalle algunos indicadores demográficos para las delegaciones políticas en las que se realizó la investigación. Vale la pena destacar que los promedios de paridez no son significativamente mayores que los del Distrito Federal en su conjunto, y que el porcentaje de

Tabla 13. Población, densidad e indicadores demográficos y socioeconómicos.

Variable/indicador	Distrito Federal	Delegación	
		Contreras	Tlalpan
Población total	8.235.744	195.041	484.866
Densidad de habitantes/Km2	5,494	3,136	1,566
% de mujeres	52,5	52,0	51,7
% de niños menores de cinco años	10,5	10,7	11,1
% de población indígena	1,6	1,6	1,9
Indicadores socioeconómicos			
% de población analfabeta mayor de 15 años	4,00	5,05	4,35
% de población sin primaria completa mayor de 15 años	16,7	20,04	16,85
% de ocupantes en viviendas sin drenaje ni excusado	1,81	2,62	3,94
% de ocupantes en viviendas sin energía eléctrica	0,76	1,68	1,31
% de ocupantes en viviendas sin agua entubada	3,33	3,53	14,80
% de ocupantes en viviendas con piso de tierra	2,45	5,84	4,86
% de viviendas con algún nivel de hacinamiento	45,58	52,13	44,76
% de población en localidades menores a 5000 habitantes	0,32	0,05	0,71
% de población ocupada con ingreso menor a 2 salarios mínimos	60,47	64,97	58,09

Fuentes: INEGI. IX Censo General de Población y Vivienda 1990. México, 1992. CONAPO/CNA. Indicadores socioeconómicos e índice de marginación municipal, 1990. México, 1993.

hijos fallecidos con respecto a los nacidos vivos es prácticamente igual. Es destacable que la delegación La Magdalena Contreras tenga niveles de mortalidad de más de 34 fallecidos por cada mil nacidos vivos –20% por encima del promedio del Distrito Federal– aun reconociendo que este nivel es bajo en comparación con otras zonas del país.

Los datos anteriores permiten describir el “paisaje” donde transcurre la vida de las familias entrevistadas. Sin embargo, esta afirmación debe ser

Tabla 14. Indicadores de paridez y probabilidad de muerte entre 0 y 2 años (0q2)

Variable/Indicador	Distrito Federal	Delegación	
		Contreras	Tlalpan
Población femenina de 12 años y más	3.299.211	76.703	187.776
Total de hijos nacidos vivos (HNV)	6.687.554	159.485	367.117
Total de hijos sobrevivientes (HS)	6.179.213	147.358	341.499
Total de hijos fallecidos (HF)	508.341	12.127	25.618
Promedio HNV por mujer	2,03	2,08	1,96
Porcentaje de HF/HNV	7,60	7,60	6,98
Probabilidad de muerte entre los 0 y 2 años (0q2)	28,00	34,84	29,37

Fuente: INEGI. XI Censo General de Población y Vivienda 1990. México, 1992.

Nota: La probabilidad de muerte se calculó siguiendo el método de estimación indirecta de Brass. Véase: ONU. 1986, pp. 78-103. Importante: el período de referencia de este nivel de mortalidad es de poco más de dos años, lo cual significa que se reporta para el año de 1988.

matizada: las colonias y poblados donde habitan nuestras familias muestran un gran déficit en cuanto a sus satisfactores esenciales. Sin excepción, las 72 familias visitadas vivían en situación precaria, en algunos casos infrahumana. Por ello los promedios que se presentan en las tablas no sirven para saber cómo viven las familias, sino cómo podrían vivir.

Las colonias y poblados donde se hicieron las entrevistas, se concentran principalmente en la zona media del Ajusco (Tlalpan) y en algunas áreas de La Magdalena Contreras. En términos generales, las colonias y pueblos donde se localizan las familias comparten condiciones similares que dificultan la dotación de bienes y servicios como agua potable, drenaje, electrificación, servicio de limpieza, transporte público, pavimentación, escuelas, mercados y servicios médicos. Son colonias populares que se localizaron inicialmente en la periferia urbana; las calles no cuentan con una estructura y trazado, sino que se van delineando conforme lo impone la implantación de casas. Así son las colonias en las que se hizo la investigación.

Según el Plan de Desarrollo Urbano de 1982, la delegación Tlalpan es una de las más deficientes en infraestructura. El centro de Tlalpan, Villa Coapa y Fuentes Brotantes cuentan con una alta cobertura de servicios, pero no así el resto de la delegación. Por ejemplo, el drenaje y el alcantarillado en el 30% de las colonias, no cubren ni la mitad de sus viviendas. Otros datos que

pueden ilustrar esta situación se refieren, por ejemplo, a la dotación de agua potable, donde existen 19 colonias que carecen de este importante servicio⁴.

El crecimiento urbano desigual de la ciudad de México ha marcado los contrastes que existen entre las diferentes zonas habitacionales. Las colonias populares de esta zona de la ciudad se fundan en terrenos ejidales⁵ donde la tenencia de la propiedad de la tierra es irregular.

Inicialmente se trató de zonas de cultivo agrícola o ganaderas, pero ante el crecimiento físico y demográfico de la ciudad, los pobladores empezaron a demandar mayores zonas destinadas a la vivienda; aunado a ello, las actividades agrarias fueron decreciendo por lo que los ejidatarios prefirieron emplearse como fuerza de trabajo en el sector industrial o de servicios.

La zona de Parres (Tlalpan) –donde se concentraron varias de las familias entrevistadas– merece una descripción más detallada, pues es casi un área rural. Se encuentra localizada al sur de la ciudad de México; al norte y al oeste colinda con Topilejo, al sur con el estado de Morelos y al este con el estado de México. Este ejido se encuentra a una altura de 2.240 metros sobre el nivel del mar. El clima en la parte más alta es frío y templado en la parte más baja. Las lluvias se inician en el mes de mayo y terminan en septiembre, y los meses más fríos en esta zona van de septiembre a diciembre.

Parres es uno de los poblados más antiguos de la ciudad de México y tradicionalmente albergaba a varias haciendas. Las actividades características del lugar eran la ganadería y la siembra de raíz de zacate, para hacer escobas. Poco antes de la Revolución, la construcción del ferrocarril propició un crecimiento de la población en Parres y para el período posrevolucionario (1930-31) se pavimentó la carretera México-Cuernavaca, por lo que se produjo un aumento importante de la población. En 1943 se realizó un importante reparto agrario, fundándose con ello la propiedad ejidal. Al paso de los años, esta zona continúa creciendo de manera acelerada, pero no así la infraestructura y los servicios urbanos⁶.

Para 1985, Parres y Topilejo aún no contaban con el servicio del transporte público “Ruta 100”, por lo que el presidente del Comité Regional Campesino

⁴ Datos tomados de D. D. F., Plan parcial de desarrollo urbano, citado en Ramírez Solórzano, s/f.

⁵ El “ejido” es una forma comunitaria de propiedad de la tierra, surgida de la lucha revolucionaria de 1910-1917. En 1992 se modificó el artículo 27 de la Constitución, y a partir de esta reforma la propiedad ejidal puede ser vendida, rentada, etcétera.

⁶ El aumento de población también estuvo influido por la llegada de gente de religión evangélica, promovida por el general Acosta. Cabe señalar que a pesar de que se fundaron templos evangélicos, sigue predominando la religión católica entre los habitantes de Parres.

de Tlalpan, demandó ante las autoridades del Departamento del Distrito Federal la necesidad de contar con este servicio para ambos poblados, ya que cerca de 20.000 habitantes requieren de este medio para realizar sus actividades cotidianas. La mayoría de los vecinos está compuesta por obreros que perciben el salario mínimo, y los escolares se ven obligados a asistir a la escuela al turno vespertino. Si fueran de mañana, tendrían que salir a las cuatro de la madrugada de sus hogares para llegar a tiempo al colegio. Por las noches la situación es más difícil, ya que si en la terminal de *peseras*⁷ hay poco pasaje, estas se niegan a dar el servicio.

Además del problema del transporte público, existen otras carencias que repercuten a nivel familiar, como es el caso del suministro de gas. La lejanía del poblado y su difícil acceso es la razón principal que argumentan las gaseras para negar el servicio a esta zona. El abastecimiento de productos básicos es otra de las demandas de los pobladores, principalmente de las mujeres, quienes están a cargo de las actividades domésticas.

Aunque la zona cuenta con un jardín de niños y una escuela primaria –la cual ya resulta insuficiente para dar cabida a las nuevas generaciones–, Paires carece de escuela secundaria, por lo que los jóvenes se ven en la necesidad de trasladarse a Topilejo y Tres Marías⁸, de aquí que un alto número desista de seguir estudiando ante la imposibilidad de que sus padres continúen financiando sus estudios. A pesar de que Parres se encuentra cercano al cerro de Turnia⁹, los pobladores sufren un continuo racionamiento de agua potable.

Tradicionalmente la población de Paires se trasladaba a Topilejo para tener atención médica, y para 1986 solo contaba con un médico que realizaba una vez a la semana visitas locales, aunque las necesidades de atención son sensiblemente superiores. En 1988, los habitantes aún carecían de los servicios básicos y de infraestructura urbana. Para ese año, los pobladores de Parres y Topilejo continuaban demandando el servicio de transporte público además de otros servicios, sin obtener respuesta positiva de las autoridades locales¹⁰.

⁷ “Peseras” es la palabra con que los habitantes de la ciudad denominan a camionetas y pequeños autobuses de pasajeros.

⁸ Poblados que quedan a treinta y cinco minutos de tiempo en automóvil.

⁹ La zona del Ajusco por su orografía e hidrología se ha caracterizado por la calidad de su tierra altamente permeable que permite el almacenamiento de grandes cantidades de agua, en mantos acuíferos.

¹⁰ Los años posteriores a 1988 estuvieron marcados por las constantes demandas de la población para tener acceso al equipamiento urbano. Aunque la población consiguió que el transporte público llegara a Parres, la mejora del servicio médico sigue siendo una demanda insatisfecha. Por otra parte, el debate actualmente se centra en la cuestión ecológica de la zona y de los mecanismos para frenar el crecimiento del Ajusco.

En el caso de Contreras, principalmente la zona de Cerro del Judío, las necesidades se centran en cuestiones como la regularización de la propiedad de la tierra y la inseguridad de los habitantes ante los constantes deslaves del cerro; la delincuencia juvenil, aunada a los problemas de farmacodependencia, son aspectos que merecen atención, así como la necesidad de conservar los espacios verdes, lo que entra en conflicto con la fundación de nuevas zonas habitacionales.

El rápido crecimiento urbano en las zonas populares de la delegación Magdalena Contreras propició un poblamiento acelerado de los cerros que se encuentran en su periferia, por lo que ha sido difícil la dotación de servicios; sin embargo, se ha procurado hacer llegar servicios públicos a algunas zonas en detrimento de otras, de manera que la desigualdad entre colonias es notoria.

Además, la calidad de los servicios es deficiente y las familias viven en condiciones precarias. Cabe señalar que la población de Cerro del Judío y zonas aledañas es numéricamente mayor que la de Parres.

La regularización de la tenencia de la tierra es la cuestión en la que las autoridades han puesto mayor énfasis, señalando que para 1986 la mayoría de los ejidos quedaron regularizados. Sin embargo, existen colonias populares que son consideradas como irregulares y, por ello, carecen de todo tipo de servicios.

Para los habitantes de Cerro del Judío el periodo de lluvias se transforma en una constante amenaza, dado que se registran deslaves que ponen en peligro la vida de los pobladores. Aunque se han realizado construcciones de bardas y muros de contención para evitar daños, las medidas resultan insuficientes por lo que los habitantes tratan de presionar para que se les otorgue ayuda. La red de drenaje ha mostrado ser insuficiente para captar el agua de las calles y la que baja de los cerros en épocas de lluvia.

Las personas que corren un mayor riesgo son aquellas que viven en barrancas y zonas minadas, ya que con las precipitaciones pluviales se registran reblandecimientos de la superficie, lo que produce acomodamientos de tierra. De esta manera, las comunidades populares de Contreras ubicadas en los cerros, aparte de carecer del equipamiento urbano necesario para realizar sus actividades, tienen problemas de inseguridad del terreno que habitan, dadas las características geográficas de este, las cuales son poco propicias para el establecimiento de zonas habitacionales.

Establecimientos para la atención a la salud en la zona de estudio

Un elemento importante para el desarrollo y desenlace de los eventos mórbidos son los servicios de salud. Veremos más adelante las formas particulares bajo las cuales las familias los imaginan, los usan y los califican. Pero para poder contextualizar ese aspecto, es necesario tener una idea de la disponibilidad objetiva de servicios de salud en las zonas donde habitan las familias estudiadas. Para ello se obtuvo información sobre el número de establecimientos existentes, la institución de la cual dependen, los programas que instrumentan, la fecha en que comenzaron a operar, la población atendida, el personal con que cuentan y, cuando fue posible, los datos sobre el desarrollo de los servicios. Esta información fue proporcionada por el personal de los servicios, por medio de una entrevista directa no estructurada.

El total de establecimientos de salud instalados en el área de estudio se presentan en la Tabla 15.

Tipo de establecimiento	Institución	n
Centros de Salud T-I	SSA	14
Centros de Salud T-III	SSA	2
Centros de Salud T-IIIA	SSA	1
Unidad de Medicina Familiar	IMSS	1
Hospital Materno Infantil	DDF	1
Total		19

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

Estos establecimientos se distribuyen de la siguiente manera:

- 1) Diez unidades en la zona correspondiente a la Delegación Magdalena Contreras, con seis Centros T-I, un Centro T-III, un Centro T-IIIA, una Unidad de Medicina Familiar y un Hospital Materno-Infantil. Debe acotarse que la Unidad de Medicina Familiar da servicio a la población de toda la zona estudiada, pero se ubica en una colonia de la Delegación

ción. El hospital está en lo que pudiera considerarse el límite del área; no se ubica en las inmediaciones de ninguna de las colonias donde se realizaron las entrevistas. Sin embargo, se incluyó la información sobre este establecimiento por la frecuencia relativamente alta con la que fue referido por las entrevistadas y por la cercanía al grupo de asentamientos humanos de Cerro del Judío y La Carbonera.

- 2) En la zona media del Ajusco correspondiente a la Delegación Tlalpan hay nueve unidades; ocho Centros T-I y un Centro T-III. Además, en el área estudiada, se cuenta con la visita de Unidades Móviles de Servicios Médicos de las Delegaciones y del DIF. La Delegación Tlalpan envía sus unidades dos veces por semana a las colonias Tierra y Libertad, y Dos de Octubre. De las unidades de la Delegación Magdalena Contreras y de las del DIF no pudo obtenerse la información, pero fueron observadas en varias ocasiones durante las entrevistas. Los servicios que estas unidades otorgan son consulta de medicina familiar o general y servicios de atención estomatológica en algunos casos.

En la Delegación Tlalpan hay también cinco consultorios, y los facultativos que viven en el vecindario participan en un programa de atención voluntaria. Entre sus compromisos está el de informar a las autoridades sobre las consultas atendidas y en vigilar el destino de las cuotas de recuperación.

Caracterización de los establecimientos

Centros de Salud T-I

Estos centros cuentan con un local acondicionado para consulta de medicina general, un área de trabajo social y enfermería, y zona de espera. Pueden pertenecer a la Delegación o a alguna dependencia pública, o bien ser propiedad de la comunidad. En esta última situación hay seis centros, en la Delegación Tlalpan. Los centros dan servicio de 8 a 14 horas. El equipo de salud debe estar integrado por: un médico, una trabajadora social y una enfermera, pero varios de los centros no cuentan con todo el personal. La capacidad de atención de estos establecimientos está calculada para atender a 3.000 habitantes, pero en realidad el rango de personas atendidas oscila entre las 1.800 y las 2.200. En los Centros T-I se realizan principalmente las actividades comprendidas en los programas

de: Atención Materno-Infantil, Control de Enfermedades Prevenibles por Vacunación, Control de Infecciones Respiratorias Agudas y Situaciones de Desastre. Estas unidades fueron inauguradas en su mayoría a partir de 1980, algunas en 1982 y la más antigua, el centro de la colonia Ex-Hacienda de Eslava, data de 1979.

Centros de Salud T-III

Estas unidades cuentan con local propio constituido por: siete módulos de consulta, área administrativa y de gobierno, área de enfermería y trabajo social y sala de espera. Funcionan con el mismo horario de los centros T-I; el equipo de salud está integrado por: siete médicos, siete trabajadoras sociales y siete enfermeras. La capacidad de atención de estos centros es de 21.000 habitantes por unidad, aunque en realidad los usuarios de los servicios son aproximadamente 15.000 pacientes. Los programas que se desarrollan se dividen en Epidemiológicos y de Atención Médica y se enlistan en el apartado de los centros T-III A. La unidad de la Delegación Magdalena Contreras se inauguró en 1981, y la de Tlalpan en 1978.

Centro de Salud T-III A

Este establecimiento cuenta con un local propio de dos plantas en el que hay: ocho módulos de consulta, farmacia, laboratorio, archivo, gobierno, área de trabajo social y enfermería, servicios generales y sala de espera. El horario de trabajo es de 8 a 19 horas. Hay once médicos, ocho por la mañana y tres por la tarde, cinco trabajadoras sociales y diez enfermeras, además de los asistentes médicos y el director, el personal administrativo y el de servicios. La capacidad instalada permitiría dar servicio a 33.000 habitantes, pero los usuarios reales son menos. Tiene a su cargo la instrumentación de 15 programas y la coordinación de los centros T-I y el T-III de Contreras.

Una proporción importante de las actividades de los programas se realiza en el campo, fuera de las instalaciones de los centros de salud. En estos casos la cobertura debe darse al 100% de la población, siendo el número de habitantes de la zona de 330.507. En el caso de las actividades que se verifican en las instalaciones de los centros se atiende al 29% de la población, lo que representa 95.847 pacientes habituales en los ocho establecimientos.

El centro T-III A funciona en las instalaciones descritas desde hace 19 años; antes solo existían dos consultorios periféricos relativamente cercanos, que

fueron fusionados por petición del Comisariado Ejidal de la Magdalena. El centro fue construido en un lote cedido a tal efecto por los ejidatarios.

Unidad de Medicina Familiar

Funciona en un local propio de dos plantas y tiene once consultorios de medicina familiar, dos de odontología, uno de planificación familiar, laboratorio, área de trabajo social, área de enfermería, archivo, consultorio de medicina del trabajo, área de asistentes médicos, consultorio de medicina preventiva, área de gobierno, de servicios generales, de conservación, y dietología; además está en construcción la unidad de rayos X. La población adscrita a esta unidad asciende a 65.533 derechohabientes, que residen en 41 colonias del área de influencia ubicada en la parte conocida como zona media de la serranía del Ajusco. Con los datos de población proporcionados por la Secretaría de Salud, se puede calcular que esta unidad atiende al 12% de los habitantes del lugar. La unidad fue inaugurada en 1953 y desde esa fecha funciona en el mismo domicilio.

Hospital materno-infantil

Este hospital se inauguró en 1982, aunque su construcción se inició en 1979; estaba diseñado para operar como Hospital de Urgencias y Traumatología. Funcionó así hasta el año de 1984 en el que por razones de productividad y como resultado de un estudio de necesidades de atención, se transformó en Materno-Infantil. En esa fecha se instalaron dos programas: parto eutócico con madre acompañante y Planificación Familiar Voluntaria. Paulatinamente se han incorporado otros programas. Tiene capacidad para atender a 93.747 pacientes al año, lo cual representa el 28% de la población de la Delegación Magdalena Contreras.

Unidades de salud fuera de la zona

Debemos incluir al Instituto Nacional de Pediatría, al Hospital Dr. M. Gea González y al Hospital Infantil de Coyoacán, puesto que estos establecimientos fueron referidos como lugares a los cuales se envía a los menores en caso de enfermedades graves y porque, aunque no están en el perímetro “político” de las zonas de las entrevistas, se encuentran relativamente cerca de las mismas.

Recursos humanos

El total de personas que conforman el equipo de salud que trabaja en el área, sin considerar al personal del Hospital Materno-Infantil, a los odontólogos, a los asistentes médicos, al cuerpo de gobierno y al personal de servicios, es el que se muestra en la Tabla 16.

Tabla 16. Recursos para atención de la salud según tipo de establecimiento.

Tipo de establecimiento	Médicos	Enfermeras	Trabajadoras
Centro de Salud T-I	13*	5*	11
Centro de Salud T-III	14	14	12
Centro de Salud T-III A	11	10	5
Unidad de Medicina Familiar	22	s/n	s/n
Total	60	29	28

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

* Las vacantes se cubren con pasantes de servicio social.

El personal del equipo de salud ha crecido conforme aumenta la población y se inauguran nuevos centros, pero la relación entre el número de médicos y las personas atendidas se ha estabilizado en los últimos años.

Cobertura

Tomando en cuenta los datos de cobertura citados en la caracterización de las unidades, se puede establecer que: a) existe capacidad para atender al 59% de los habitantes de la zona y b) los patrones de uso de los servicios de salud reflejan una marcada subutilización, aunque debe tenerse en cuenta que durante largos periodos la capacidad instalada, o no se encuentra disponible, o no coincide con la que la normatividad sugiere. Este dato es central para entender el tipo de relación y de interacción entre usuarios y servicios.

Breve análisis de los indicadores socioeconómicos de las familias

En la Introducción se intentó ser claro sobre el tipo de análisis que se pretende realizar: no debe haber expectativas en relación con la presencia de un exhaustivo análisis de las características socioeconómicas de la muestra. También se confirmó que los tres grupos de familias compartían las mismas condiciones demográficas. En lo que va de este capítulo, se describieron los servicios de salud que están a la misma disposición para las familias; en lo que resta, se mostrará cómo estas familias son similares en sus características socioeconómicas, o presentan diferencias que no son consistentes.

Migración

La relación migración-pobreza ha sido responsabilizada repetidamente como una causa que está por detrás de la producción de muertes infantiles. Ello es plausible porque la separación del lugar de origen quebranta, a veces, las redes familiares y extrafamiliares, lo cual hace potencialmente vulnerables a las familias que han migrado. Era entonces importante asegurar que este factor no estuviera operando en la mortalidad infantil del grupo 2HM y haciendo espuria cualquier explicación ulterior.

Como se observa en la Tabla 12, los tres grupos de familias registran experiencias migratorias. Pero son las 2HM las que tienen una mayor proporción de “no migrantes”. La tabla presenta algunas pautas migratorias para los diferentes grupos, pero resulta difícil encontrar constantes que permitan derivar alguna explicación consistente.

El arraigo, entendido como la permanencia en una zona, cobra importancia para complementar los datos sobre migración. Ello es así porque cierto tipo de cambios de zona de residencia son, a veces, más disruptivos de las relaciones sociales que los movimientos migratorios, constituyéndose en obstáculos reales para la conformación de redes de solidaridad vecinal o comunitaria. En este sentido, los datos son muy esclarecedores: mientras que las familias OHM en su mayoría (46%) nunca se han cambiado de casa y las 1HM solo lo han hecho una vez (58%), la mayoría de las familias 2HM (63%) ha tenido, por lo menos, dos cambios. En los relatos de algunas de estas familias se evidencia que el cambio de domicilio se hace bajo presiones económicas o por

conflictos con los familiares con los que se compartía la vivienda¹¹ (Tabla 17). Como se verá posteriormente, esta situación, junto con las características familiares, genera las condiciones para impedir la conformación de redes de apoyo.

Tabla 17. Distribución porcentual de las familias de los tres grupos familiares según el arraigo a su localidad (movilidad geográfica) (n=24).

Niveles de arraigo	0HM (%)	1HM (%)	2HM (%)
Nunca se han cambiado de casa	46	38	21
Tuvo un cambio de casa pero en la misma zona	17	0	0
Tuvo solo un cambio ya sea fuera del DF o en provincia	33	58	17
Tuvo dos cambios o más ya sea en el DF o en provincia	4	4	62
Totales	100	100	100

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

Los motivos por los cuales la gente migra pueden ser muy variados. En general las condiciones socioeconómicas determinan la migración y las razones de la migración (Tabla 18).

Tabla 18. Distribución porcentual de los motivos por los cuales migró el cónyuge o la pareja, según grupo familiar (n=24).

Motivos de la migración	0HM (%)	1HM (%)	2HM (%)
Trabajo	33*	33	38
Familia	13	13	25
Trabajo y familia	25	29	-
Otros (aventura, se casó, etc.)	12	4	8
No migraron	17	21	29
Totales	100	100	100

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

¹¹ Vale la pena señalar que en algunos casos la muerte infantil coincidió con un cambio de vivienda.

En este caso, en el que los tres grupos se encuentran en una situación semejante, no es sorprendente que las razones para migrar sean las mismas, con leves variaciones porcentuales: trabajo y familia, independiente o conjuntamente, agotan la explicación de los motivos para migrar en los tres grupos.

Escolaridad

La escolaridad –la de la madre especialmente– suele ser la variable con la que se encuentran las más altas correlaciones cuando se trata de explicar un fenómeno demográfico. En este caso es interesante destacar que en los tres grupos se han encontrado situaciones muy similares. La Tabla 19 da prueba de ello. Si acaso algunas categorías muestran diferencias dignas de destacar, como es el caso de la proporción de cónyuges varones con “secundaria y más”. Esta categoría concentra más casos en el grupo OHM que en los otros dos. Sin embargo, los niveles de baja escolaridad (“sin escolaridad” y “primaria incompleta”) son bastante similares en los tres grupos para ambos cónyuges.

Tabla 19. Distribución porcentual de los cónyuges según su escolaridad y según grupo familiar.

Escolaridad	OHM		1HM		2HM	
	Él	Ella	Él	Ella	Él	Ella
Sin escolaridad	8	25	4	17	17	17
Primaria incompleta	46	54	42	58	42	42
Primaria completa	21	17	21	17	8	8
Secundaria y más	21	4	12	-	4	-
Se desconoce	4	-	21	8	29	33
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

Ocupación

De las 24 familias OHM, 21 cónyuges varones sostienen económicamente el hogar y son el principal sostén económico de la familia. Tres de ellos no aportan ingresos al hogar porque uno declaró no tener empleo desde hace un año, otro sí trabaja pero no aporta ingreso a la casa y finalmente en una familia, no hay cónyuge varón.

Tabla 20. Distribución porcentual de los esposos de los tres grupos familiares, según su ocupación (n=24).

Ocupación de los esposos	OHM (%)	1HM (%)	2HM (%)
Trabajador de la construcción (albañil o peón)	29	25	21
Obrero	13	-	4
Choferes (taxistas, transportistas, etc.)	8	12	17
Empleados federales	33	21	25
Oficios (alfarero, plomero, electricista)	4	17	8
Actividades agrícolas	-	4	4
Comerciantes	-	8	-
No contribuye al ingreso familiar	13	13	21
Totales	100	100	100

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

Con referencia a las familias 1HM, 21 cónyuges varones son los soportes económicos principales de la familia (Tabla 20). Aquí, las razones por las que algunos cónyuges varones no aportan ingreso al hogar se deben a que dos de ellos murieron y uno abandonó el hogar. En este grupo, hay también un cónyuge que desempeña dos ocupaciones.

En las familias 2HM solo se reportaron 19 jefes varones que aportan el ingreso mayoritario al hogar, ya que dos fallecieron y tres abandonaron el hogar. Además, cuatro realizan dos actividades económicas.

Si bien la cantidad de casos impide un análisis con conclusiones más definitivas, resulta claro que no existen diferencias notables entre los tres grupos.

La mayoría de las cónyuges mujeres en los tres grupos familiares solo se dedican al hogar, es decir, no realizan labores extra domésticas (Tabla 21). En los grupos extremos –OHM y 2HM– la proporción de mujeres que no trabaja

Tabla 21. Distribución porcentual de las esposas de los tres grupos familiares, según su ocupación (n=24).

Ocupación de las esposas	OHM (%)	1HM (%)	2HM (%)
No trabaja (ama de casa)	67	92	62
Obrera	-	-	4
Servicios domésticos	29	4	13
Comercio (ambulante o fijo)	4	4	8
Oficios (hojalatera, tejedora, costurera)	-	-	13
Total	100	100	100

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

fuera del hogar es muy similar y esta se incrementa entre las 1HM. Para las mujeres que realizan trabajo extradoméstico, los empleos más frecuentes son los relacionados con los servicios domésticos. Dada la baja escolaridad que poseen las mujeres y la flexibilidad en el horario de este tipo de empleo, este es el trabajo que pueden desempeñar. La mayoría de las cónyuges realiza este tipo de actividades para complementar el ingreso familiar, ya que lo que proporciona el marido resulta insuficiente para cubrir sus necesidades (Tuirán, 1992).

Vivienda

En la Introducción se describieron, a manera de relato, las formas arquetípicas de constitución de las familias. Uno de los elementos centrales es la vivienda. Interesa volver a destacar que, en la mayoría de los casos, la nueva familia vive en la casa de los padres de alguno de ellos, que los espacios son muy reducidos y que, por supuesto, las áreas de servicios –si así se puede llamar a las cocinas y baños que vimos en nuestras visitas a las casas– son compartidas. Con el tiempo se produce, casi siempre, alguna forma de “independización” de la vivienda que separa a la nueva familia de la de origen, ya sea a través de la construcción de un espacio adicional o bien por un cambio de domicilio.

La nueva vivienda no tiene características muy diferentes a las de la anterior. En cuanto a la disponibilidad de espacios privados, esta sigue siendo muy deficiente. La cantidad de personas por cuarto –2,9– es un buen indicador de ello y su magnitud no sorprende. En gran medida, las formas de

relación dentro de la familia y entre esta y las de origen y con su entorno inmediato, de lo cual se presentarán evidencias en los siguientes capítulos, están determinadas y condicionadas por este espacio. Pero, y esto es lo importante, la distribución del espacio es, a su vez, consecuencia de la organización familiar.

Nuevamente vemos aquí que, frente a similares condiciones objetivas, las familias reaccionan de forma diferente y producen resultados diferentes.

La Tabla 22 agrega otros elementos interesantes en relación con la vivienda: si bien las familias 2HM tienen menos cuartos por vivienda, esto se compensa con el hecho de tener también menos habitantes –tal vez por efecto de las muertes– dando por resultado lo que señalamos más arriba en el sentido de que los índices de hacinamiento son similares para los tres grupos familiares. La última columna de la tabla confirma que en cada predio conviven dos familias. Finalmente, también vale la pena destacar que en los tres grupos más de la mitad de las familias son propietarias de su vivienda, lo que podría ser indicador de cierta “definitividad” en la residencia. Pero, nuevamente, lo más destacable es la ausencia de diferencias importantes entre los tres grupos de familias en estas variables.

Tabla 22. Tipo de posesión, promedio de cuartos por familia y promedio de familias que comparten la misma vivienda, según grupo familiar.

	Tipo de posesión*				Promedio de cuartos por vivienda	Promedio de personas por vivienda	Promedio de personas por cuarto	Promedio de familias en el mismo predio
	1	2	3	4				
0HM	54,1	16,6	29,1	-	2,8	9,0	3,2	1,9
1HM	62,5	20,8	12,5	4,2	2,8	8,1	2,9	1,7
2HM	54,1	4,2	29,1	12,5	2,3	6,1	2,7	2,0

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

* Tipo de posesión (en porcentaje): 1) propia, 2) rentada, 3) posesionario o prestada, 4) se desconoce.

Alimentación

Las condiciones de pobreza que caracterizan a estas familias las obligan a crear estrategias y mecanismos para lograr la supervivencia de sus miembros. Se sabe que uno de los rubros que casi siempre es afectado cuando el ingreso familiar resulta insuficiente para cubrir las necesidades de la familia, es la

alimentación. En la búsqueda de maximizar el ingreso minimizando los egresos, las familias reducen tanto la cantidad de los satisfactores como su calidad, siendo la alimentación un mecanismo flexible para adaptar las necesidades.

Un segundo elemento que se relaciona con el anterior, es el concerniente a la disponibilidad y almacenamiento de los insumos alimenticios en el interior del hogar. La mayoría de las familias realiza las compras a diario, dependiendo del dinero que se disponga en ese momento; salvo contadas ocasiones, la familia solo tiene alimentos para el día, lo que provoca que los miembros tengan que someterse a una suerte de “dieta forzosa”. por otra parte, la mayoría de las familias no dispone de refrigerador, lo cual es un elemento adicional para esta dinámica de compra cotidiana que les ayuda a evitar el desperdicio.

El primer mecanismo de ahorro familiar consiste en la sustitución de algunos productos de mayor costo por otros más baratos: se observa que la mayoría de las familias ha anulado casi por completo de su dieta el consumo de carne de res o cerdo, sustituyéndola en algunos casos por pollo y en otros por verduras.

El segundo mecanismo se remite a la reducción de la ración de los alimentos que consume cada miembro y la utilización intensiva de alimentos de bajo costo, especialmente los carbohidratos. Llama especialmente la atención que los miembros de la familia consumen poca leche, aunque haya niños pequeños, siendo sustituida por té, café o atole.

Otro aspecto ligado a los anteriores, se refiere a los hábitos y las costumbres alimenticias, cuyos elementos se complementan para conformar una deficiente alimentación familiar. El escaso y a veces nulo consumo de pescado, soya, hígado y otros complementos alimenticios, ilustra cómo las familias desconocen o no tienen el hábito de introducir en su dieta diversidad de alimentos de bajo costo.

Un cuarto elemento que incide en la conformación de la dieta familiar se refiere a una especie de “igualdad ingenua” en su distribución entre los miembros, que termina resultando en una desigualdad real. Queremos decir con ello que ante la precaria situación económica que viven estas familias, se busca una distribución más o menos igualitaria de los insumos alimenticios, de manera que una mujer embarazada o en lactancia consume lo mismo que un niño en crecimiento o un adolescente.

En este sentido no se privilegia –en la mayoría de los casos–, a ningún miembro en especial, salvo contadas ocasiones donde, por ejemplo, se les procura a los niños ciertos alimentos como el huevo y las verduras y en algunos casos, leche. Finalmente, la reducción del número de comidas realizadas durante el día, es una estrategia que se relaciona y complementa con la reducción de las cantidades de alimentos.

Tabla 23. Consumo de algunos alimentos en los tres grupos familiares.

Consumo de alimentos	0HM	1HM	2HM
Desayuno			
Leche	16	15	7
Café o té	6	4	10
Huevo	9	7	7
Frijol	4	3	4
Cereal	1	-	-
Pan	8	7	6
Sobrante	2	4	-
Comida			
Sopa de pasta	17	14	11
Frijoles	14	14	9
Verduras	5	5	7
Fruta	1	-	-
Huevo	3	5	4
Pollo	4	5	5
Pescado	-	-	3
Arroz	-	4	-
Carne*	1	6	4
Carne**	6	1	-
Carne***	9	12	10
Casi no comen carne	2	-	2
Complemento alimenticio	2	-	-
Cena			
Leche	10	3	6
Café o té	5	5	-
Pan	6	6	4
Cereales	1	-	-
Frijoles	2	5	-
Huevo	2	2	-
Sobrante	7	6	4
No cenar	3	6	11

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

* Solo cuando hay dinero, ** 1 vez por semana, *** 2 o 3 veces por semana.

En la Tabla 23 se aprecian las similitudes en la dieta de los tres grupos de familias. Por una parte, las familias sin ningún hijo muerto realizan un mayor consumo de productos que los otros grupos y además existe una mayor delimitación entre las tres comidas que realizan. Las principales comidas de este grupo son el desayuno y la comida y el 63% de las familias consume carne entre una y tres veces a la semana. La cena incluye algún tipo de alimento, leche y/o café, además del pan.

En el grupo de familias con un hijo fallecido, se esboza una tendencia hacia el consumo de dos alimentos en el día y el 50% de las familias de este grupo consume carne entre dos y tres veces a la semana.

El consumo de alimentos en la noche está en función del “guiso sobrante” del mediodía y, además, se encontró un número igual de familias que declararon no cenar. Las que declararon que sí cenaban generalmente lo hacían de manera ligera; es decir, la cena incluía en la mayoría de los casos leche –en caso de que se dispusiera de esta– o café y pan, en algunos casos algún alimento adicional, por lo regular el que sobra de la comida.

Una entrevistada señala que el desayuno que toma su familia consta de:

Pues café con leche, huevos, y si quedó guisado del día anterior pues se lo doy. En la comida, una sopa, guisado y frijoles. Consumen carne dos o tres veces a la semana, porque ya ve que ahorita como está de cara. Tratamos de comer un pedacito de carne dos veces a la semana.

Otra señala que la distribución de las comidas durante el día las realiza de la siguiente manera, en la mañana:

Leche, huevo o lo que hay... frijolitos y así. [Al medio día] guisado, sopa, y cuando no hay para el guisado, un arroz con huevo y frijolitos. Carne, pues lo que más consumo pues es de pollo, que es el que está más o menos barato, como tres veces a la semana. Ya en la noche su leche porque tengo leche de la CONASUPO diario y les hago chocolate, atole o cualquier cosa, y cenan cualquier cosa ligera: un pan o lo que comieron al día.

Finalmente, en el tercer grupo –familias con más de un hijo muerto– existe una sensible contracción del consumo de alimentos, su variedad y frecuencia. Estas familias son las únicas que mencionaron el consumo de pescado; además, el 42% declaró consumir carne entre dos y tres veces a la semana, pero el 46% (11) de estas familias declaró no cenar.

Algunos testimonios describen los hábitos alimenticios en este grupo:

Pues arroz hago una vez por semana, sopa de verdura otro día, otro día les doy habas, y así les voy cambiando: verduras, papas, un día hago una cosa, otro día otra. Hay veces que comemos puros frijoles y huevos que les doy a los niños, porque a él no le gusta el huevo, pero a los niños sí. Y cuando el dinero no alcanza, verduras. Voy a traer acelgas, o patas de pollo y mollejas y las hago en caldito. O les compro un pedazo de col y les hago una sopa de col y otra cosa.

...variado. Puede ser pescado dos veces a la semana, carne de res una vez a la semana, verduras, pollo, frijol, huevo, arroz, sopa de pasta. Es una dieta más o menos variada porque gracias a Dios el taller nos da para comer un poco bien y pues mi "jefa" es la que hace la comida, siempre varía la comida entre un día y otro o entre el almuerzo y la comida. Pero en sí es comida corriente, aunque es variada, es comida corriente. No sé si hay otro tipo de comida a la que comemos nosotros entre la clase media baja, pero es lo que come toda la gente de nuestra clase. Todos los alimentos se consiguen en el "mercado sobre

ruedas” y la leche, los granos y el azúcar en la CONASUPO¹². Normalmente nada es de tienda comercial como Comercial Mexicana o Gigante, todo es de CONASUPO.

...en el desayuno nescafé, una tacita de té; yo lo que procuro es que no les falte la leche. Nadie quiere desayunar en forma; nada más se toman una taza de café, de atole, un pan y ya. A la niña le hago huevos tibios y le pongo su torta o alguna fruta. Luego mi hija viene a ayudarme a hacer la comida. Siempre desde chiquita, se ha encargado de la comida y hasta la fecha. Claro, luego tiene problemas con su esposo. [...] Ella hace la comida aquí y se va a hacer su comida en su casa. O sea que nada más viene y nos prepara la comida y le da de comer a la niña, la deja comiendo o le dice que se sirva lo que hay porque su esposo llega a las tres de la tarde. Ella anda corriendo.

Respecto al mecanismo anteriormente señalado de la “igualdad ingenua” en la distribución de los alimentos en el interior de la familia, se encuentran casos en los que, debido al afán de la mujer de distribuir equitativamente los insumos alimenticios, ignora las necesidades de cada miembro de la familia, como se señala en la siguiente narración:

...no; aquí se come de todo. Si hay para carne comemos todos; si hay para huevo todos comemos. No hay distinciones en eso de la comida.

En resumen, este capítulo no pretende ser, de ninguna manera, un análisis exhaustivo de las condiciones materiales de vida de las familias. Ya señalamos repetidamente que ese no es nuestro objetivo. Sin embargo, resulta importante situar a las familias en su contexto. Por ello elegimos algunos elementos para la descripción que consideramos los más adecuados para cumplir con ese propósito. Presentamos algunos datos sobre la ciudad de México y luego sobre las zonas en donde habitan las familias, y nos detuvimos especialmente en los servicios de salud. Describimos luego a nuestras familias en algunas de las variables más importantes, las clásicas, para saber de dónde vienen (migración), qué preparación tienen (escolaridad), de qué viven (ocupación), dónde viven (vivienda) y cómo sobreviven (alimentación). Con estos antecedentes podemos introducirnos en la parte medular de este trabajo.

¹² CONASUPO son las siglas de la Comisión Nacional de Subsistencias Populares.



Capítulo 2

La familia: dinámica, estructura y riesgo diferenciado

La familia: objeto de investigación y espacio para la reflexión

La familia es, dentro de las ciencias sociales, un objeto a la búsqueda de algún enfoque que permita abarcarla y comprenderla en su complejidad. Si bien ha sido uno de los objetos de estudio clásicos de la antropología, y también la sociología y la historia se han ocupado de ella, ninguna disciplina se ha constituido totalmente alrededor del objeto “familia”. En un lúcido artículo, Bourgeois *et al.* (1979) señalan que la familia, al entrar al campo de las ciencias sociales ya constituidas, lo hace de manera parcial y a propósito de cosas particulares: no se trata casi nunca de la familia en cuanto tal sino a propósito de la vivienda, de la salud, del ingreso, de la disciplina. La familia es analizada en cada caso como “productora” o no de trabajo, de neurosis, de mano de obra actual o futura, etcétera. Esta aprehensión parcial de la familia implica que las disciplinas sociales que a ella se refieren lo hacen remitiendo constantemente, por lo general en forma implícita, a una evidencia: la familia existe, todo el mundo la conoce.

Históricamente, y especialmente en el capitalismo, la familia ha sido un privilegiado objeto de políticas (Donzelot, 1977): código civil, políticas de vivienda, legislación sobre el tiempo de trabajo, escolaridad, etcétera. Pero ser objeto de políticas no implica necesariamente ser objeto de ciencia.

Aún a riesgo de sobresimplificar, se puede afirmar que en la reflexión teórica sobre la familia esta ha sido señalada, en los extremos, como productora de la personalidad del individuo o como reproductora del sistema económico. Con respecto a la primera vertiente, Talcott Parsons puede aún ser considerado como uno de sus principales representantes. En uno de sus

trabajos sobre el tema, Parsons delimitó, a propósito de la sociedad norteamericana, las funciones de la familia:

Las familias son necesarias en primera instancia porque la personalidad *humana* no “nace” sino que debe “hacerse” mediante el proceso de socialización. Las familias son “fábricas” productoras de personalidades humanas. [...] sugerimos que las funciones básicas e irreductibles de la familia son dos: primera, la socialización primaria de los hijos para que puedan hacerse en verdad miembros de la sociedad en la que han nacido; segunda, la estabilización de las personalidades adultas de los integrantes de la sociedad. (Parsons, 1980)

Esta posición es típica de una vertiente del funcionalismo muy arraigada en las ciencias sociales latinoamericanas, y si bien es cierto que otros autores funcionalistas tanto desde la antropología como desde la sociología han señalado el carácter “multifuncional” de la familia y del parentesco en diferentes culturas, la visión parsoniana, inspirada en la sociedad norteamericana moderna de su época, aún permea los estudios y el sentido común sobre la familia en muchas de las sociedades de influencia cultural occidental. Se trata de una visión normativa, tanto de la familia como de la sociedad, en tanto entiende a la primera como una institución especializada en transmitir a sus miembros el sistema de valores vigente en la segunda, resultando así funcional al desarrollo “evolutivo” de la misma. Una visión de este tipo no solo impide dar cuenta de la diversidad real, tanto de arreglos familiares como de valores alternativos al interior de una sociedad histórica determinada, sino que además presenta una imagen de familia que ha sido despojada de cualquier otra función, en especial la económica. Un claro ejemplo que se deriva de lo último, es que “dentro de este marco, el trabajo doméstico el mantenimiento diario de la población, parece no existir o no requerir análisis o interpretación” (Jelin, 1991).

En su análisis de la familia el funcionalismo ignora, al menos, dos problemas: a) que en las relaciones familiares coexisten otros aspectos y funciones, como la sexualidad y la propiedad, que complican, contradicen y dan densidad y articulación a la funcionalidad de la familia como “agencia de socialización”; y b) que la forma actual de la familia deriva de una historia larga y compleja.

La crítica al funcionalismo debe hacer énfasis en la ahistoricidad de su presupuesto, ya que no todos los grupos familiares socializan a sus miembros

del mismo modo o para los mismos fines, ni tampoco la familia es la única encargada de reproducir los roles validados socialmente: en la escuela, la fábrica y el vecindario –por citar solo algunos ámbitos alternativos y complementarios– los sujetos aprenden pautas de conducta y valores que no necesariamente se corresponden con los aprendidos en el grupo familiar y que incluso pueden ser antagónicos. La personalidad se moldea dentro y fuera del grupo familiar y no permanece fija, modificándose a lo largo del tiempo, siempre recreándose (Parsons, 1982)¹.

La personalidad, precisamente por no quedar fija una vez moldeada, por ser permanente proceso, impide que la reproducción del grupo familiar sea tan precisa o tan previsible como desearían los diferentes mecanicismos. Suponer que individuos “cortados con la misma tijera” hacen predecible el tipo de grupo que se constituye implica ignorar, por un lado, que “la misma tijera” no siempre corta igual y, por el otro, que el material a ser cortado también fija sus condiciones. No verlo así impide estar preparado para percibir diferencias y este hecho tiene interesantes consecuencias para nuestra reflexión ulterior.

La segunda posición considera, asimismo, que la familia es una “agencia de socialización” pero del capital², y desde ese punto de vista la diferencia con el funcionalismo es de matiz, además de política. Se construye arquetípicamente una “familia” que solo recupera parte de la realidad: la familia le sirve al sistema productivo, es un engranaje fundamental para producir trabajadores disciplinados, formados éticamente en función de valores económicos de gran prestigio social y moralmente buenos. Así caracterizada resulta deseable convertir a la familia en objeto de ataque y disolución: algunos teóricos no ven con desagrado las sucesivas “crisis” de la familia e incluso predicen su fin.

Más allá de la visión “caricaturesca” de estas posiciones extremas, una revisión de la evolución de la institución familiar permite formular la hipótesis de que todas las formas históricas de la familia son el resultado de un juego entre tres funciones: la sexual-reproductiva, la económica y la socializadora. La variación histórica del lugar y del equilibrio entre estas tres funciones

¹ En otros trabajos Parsons corrige esta versión ingenua y reconoce la existencia de otras agencias: “Partimos del supuesto de que toda primera y normal socialización de los niños se produce dentro del contexto de la familia, aunque a menudo, como es lógico, lo complementan otras agencias tales como las escuelas y los grupos de iguales. [...] Debemos hablar, pues, de amplias diferenciaciones en la estructura básica de la personalidad entre los principales tipos de sociedades, y de diferenciaciones más reducidas, dependientes de estas categorías de estatus, dentro de una misma sociedad” (Parsons, 1982).

² Para una excelente exposición de estas dos alternativas teóricas sobre la familia, véase el artículo ya citado de Bourgeois *et al.* (1979), sobre todo el acápite IV.

determina la sucesión de formas de la familia. Si esto es así, entonces resulta obvia la necesidad de ser muy cautelosos cuando se habla de crisis de la familia o aun de muerte de la familia (Cooper, 1981)³.

La familia en la investigación social

Las diferentes disciplinas que se han ocupado de la familia en términos de intervención o de investigación lo han hecho utilizando los conceptos que le son propios y que usan habitualmente. Así, por ejemplo, la psicología clínica utiliza nociones “gestálticas” o sistémicas de familia con fines terapéuticos. La sociología toma el “objeto” familia con la finalidad de averiguar los diferentes modos de socialización de los individuos, la creación y aseguramiento de los valores éticos establecidos partiendo de la idea de que en la familia se reproduce el *ethos* social. Históricamente, la antropología, ha privilegiado el estudio de los pequeños grupos y, especialmente el de la familia. Por su parte, la economía política ha concebido a la familia como el grupo social mediador que asegura al capital individuos/mano de obra para la reproducción económica y la identifica a veces como unidad de consumo, en otras como unidad de producción y a veces como ambas cosas. Finalmente, la demografía define descriptivamente a la familia como un grupo social cuyos miembros se emparentan por lazos legales y sanguíneos y más recientemente ha tratado de rescatar a la familia, en el marco del análisis específico de situaciones concretas, como instancia mediadora entre fenómenos del nivel macrosocial – estructuras– y del nivel microsociales – comportamientos– (Torrado, 1983).

Independientemente de la disciplina, en términos teóricos ya nadie discute el carácter relacional de los fenómenos familiares. Esta nueva visión ha desplazado a aquella que tomaba a la familia –si no teóricamente, al menos de hecho– como una suma de sus distintos miembros o como expresada totalmente por uno de ellos. Este progreso teórico encuentra su correlato en avances metodológicos. Han aparecido conceptos operacionales que se han revelado extremadamente útiles para la comprensión de algunos fenómenos. Ejemplo de ellos son el de “ciclo de vida familiar”, que hace referencia a las diferentes etapas por las que atraviesa una familia desde una perspectiva

³ Para Cooper, en resumidas cuentas, la familia es efectivamente el socializador primario, en la cual “lo que se enseña principalmente al niño no es cómo sobrevivir en la sociedad, sino cómo someterse a ella” (1981).

demográfica, y el de “contexto familiar”, que resulta de la combinación de las características sociodemográficas del hogar y de la situación de clase del jefe del hogar (García, Muñoz & Oliveira, 1983).

Pero la perspectiva disciplinaria no solo es fiel a conceptos sino también a métodos y estilos de investigación. En el mejor de los casos, abordar las características de la familia desde una perspectiva disciplinaria pasa por la creación de metodologías *ad hoc* al interés particular del tema en estudio. Hubo un tiempo, no muy lejano –y su influencia aún se deja sentir– en el que predominó una especie de ingenuidad metodológica en las ciencias sociales. Según esta versión, simplificación extrema del empirismo, el dato “estaba allí” y solo había que recogerlo. Hoy ya no se discute que, salvo para algunos problemas de muy bajo nivel de abstracción, al dato “hay que construirlo”. Pero afirmarlo no significa solucionar el problema y el tema de la familia es un buen ejemplo de ello. En el campo de los estudios de población, por ejemplo, el pasaje de la unidad de análisis “individuo” a la unidad de análisis “familia” fue planteado con frecuencia como un problema técnico que se resuelve agregando datos.

Más recientemente han aparecido intentos de profundizar en la especificidad de los datos familiares. Fischer *et al.* (1985) los clasifican en tres niveles lógicos:

- 1) individuales, que son los datos de la familia obtenidos a partir de la información que proporcionan los individuos y que no pueden ser considerados como *auténticos* datos familiares;
- 2) relacionales, que son los datos que resultan de comparar o relacionar datos proporcionados por dos o más miembros de la familia; y
- 3) transaccionales, que son los que se obtienen a través de la “observación” directa de las interacciones familiares.

La sociología y los estudios de población que se ocupan de la familia utilizan más el segundo tipo de datos, mientras que las indagaciones acerca del funcionamiento familiar –preocupación central de esta investigación– se preocuparán más por obtener el tercer tipo de datos: los transaccionales.

Pero las investigaciones interdisciplinarias sobre la familia son escasas y se puede decir que, en general, ha prevalecido la investigación de tipo cuantitativo, de corte empirista. Un buen ejemplo de ello es The California Family Health Project, en el cual se tratan de encontrar las relaciones entre la

estructura y comportamiento de las familias y el estado de salud de los individuos en las mismas⁴.

En la década de 1950 se empiezan a desarrollar estudios sobre la relación entre familia y salud, que se intensifican y adquieren más densidad en la de 1970. En un extenso artículo Thomas Campbell (1986)⁵ reseñó exhaustivamente los trabajos existentes en el campo. A pesar de que en su revisión incluye a más de 200 trabajos, su primera conclusión –que es de fundamental importancia para entender la ausencia de antecedentes a la hora de diseñar esta investigación– es que menos del 5% de la producción publicada son estudios empíricos. A eso agrega que provienen de campos divergentes y que son de calidad variable; que cada área o subtema trabaja en relativo aislamiento y con bajo intercambio de ideas, conceptos y metodologías. La principal razón que señala Campbell para explicar este particular desarrollo es que la mayoría de los estudios provienen de especialistas en una enfermedad y que esta, la enfermedad específica, es la puerta de entrada para indagar en la relación entre familia y salud.

Otro punto de interés en la revisión de Campbell es su intento de organizar los trabajos revisados en paradigmas subyacentes, para el estudio de la relación señalada. Según él, dos son los que organizan exhaustivamente el campo: el de la epidemiología social y el de la teoría general de sistemas.

En la Tabla 24 se presentan muy esquemáticamente las características comparadas de ambos paradigmas.

Un momento importante en este desarrollo es la publicación de un libro de Gregory Bateson (1976) en el que utiliza la Teoría General de Sistemas para describir las relaciones humanas y especialmente las familiares. A partir de ese hecho, la teoría de sistemas se ha venido convirtiendo en el modelo dominante en la terapia familiar, y es crecientemente utilizado en la investigación sobre la familia. La preocupación central de la terapia familiar –incluido el psicoanálisis aplicado al grupo familiar– ha sido, por razones fácilmente comprensibles, el diseño de una serie de modos de intervención terapéutica en el grupo familiar (Minuchin, 1976; Andolfi, 1977). En el marco de la teoría sistémica, la familia es presentada como “punto de encuentro entre *necesidades individuales e instancias sociales*” (Andolfi *et al.*, 1989) o “como un *sistema relacional* que supera a sus miembros individuales y los articula

⁴ Los resultados fueron publicados en cinco artículos aparecidos en la revista *Family Process*, entre 1992 y 1993. El diseño ha sido especialmente cuidado y se utiliza todo el arsenal de las técnicas estadísticas sofisticadas.

⁵ Este importante trabajo de Campbell reseña detalladamente las aportaciones que se han hecho sobre el tema.

Tabla 24. Paradigmas para el estudio del impacto de la familia sobre salud*

	Epidemiología social	Teoría general de sistemas
Modelo de enfermedad	La enfermedad existe íntegramente dentro del paciente	Síntomas individuales son parte de interacciones de un sistema enfermo
Causalidad	Unidireccional (lineal) Características Morbilidad / familiares > Mortalidad	Interacciones multidireccionales o circulares Organización familiar > Muerte/ Enfermedad > Organización familiar
VARIABLES	Cuantitativas: Alta confiabilidad Alta validez	Cualitativas: Baja confiabilidad Baja validez
Resultados	Dan poca información sobre la complejidad de las relaciones humanas y familiares	Examinan fenómenos más complejos que dan información más rica y utilizable en acciones de salud y en práctica clínica

Fuente: Construido a partir del texto de Campbell.

entre sí, por lo cual le aplicamos las formulaciones de los principios válidos para los sistemas abiertos en general” (Andolfi *et al.*, 1989)⁶.

El enfoque sistémico ha sido de gran utilidad en las intervenciones terapéuticas sobre la familia e, incluso, como herramienta para una mejor comprensión del proceso del grupo. No ha sido empleado, sin embargo, con mayor rigor⁷ en investigaciones de corte sociológico o antropológico, pese a que las concepciones sistémicas no necesitan carta de presentación en estas disciplinas.

De cualquier manera, los enfoques teóricos de alcance intermedio han producido investigaciones con predominancias, por no decir rutinas, metodológicas, usando simplemente a la familia como referencia empírica⁸. Las definiciones de familia que se dan, según estos enfoques, presentan diferentes ventajas según su utilidad factual. De tal modo, como lo señala el CELADE:

⁶ Más adelante se desarrollarán los principios enunciados por los autores del libro citado.

⁷ Es decir, con todo el peso que le confiere por derecho propio la teoría de sistemas. Véase como ejemplo de un uso no sistemático, y desde una perspectiva socio-biológica, el libro de Van den Berghe, *Sistemas de la familia humana. Una visión evolucionista* (1983). Es sorprendente que el autor no utilice como referencia a ningún teórico “clásico” de la teoría de sistemas, ni siquiera a Von Bertalanffy.

⁸ Prueba de ello son los numerosos trabajos de corte sociodemográfico sobre la familia, en los cuales se dan descripciones de qué es una familia, un hogar, una vivienda y a partir de ellas se efectúa la investigación. Véase CELADE, 1976.

Para fines censales, las Naciones Unidas han definido la familia como el conjunto de “miembros del hogar que están emparentados entre sí hasta cierto grado, por sangre, adopción o matrimonio”. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial. (CELADE, 1990)

Como allí mismo se señala, las definiciones de familia deben conceptualizarla –o la han conceptualizado– como grupo y como institución. En cualquier caso, el enfoque sistémico permite enlazar ambas dimensiones del concepto al hacer énfasis en el carácter interactivo de los miembros que la componen y por el tipo de valores y normas que se producen y reproducen en su seno.

Al conceptualizar a la familia como un *sistema abierto*, se sostiene la pertinencia –una cuasi-necesidad– de la orientación interdisciplinaria en los estudios que se realicen sobre ella, ya que se intenta superar las limitaciones intrínsecas de las perspectivas disciplinarias. Se aprovechan de este modo no solo las categorías de análisis de los sistemas, sino también –con las salvedades teóricas y las precauciones metodológicas– las diversas metodologías y técnicas de investigación disciplinarias.

Un sistema aplicado a problemas de corte psicosocial es, antes que cualquier cosa, una *abstracción analítica*, algo que sirve para comprender adecuadamente las relaciones y los hechos sociales que desde lo puramente empírico muestran desarticulación y son difícilmente explicables. Es decir, un sistema puede concebirse como un *modelo* construido pero de ninguna manera, en este caso, como un modelo normativo.

En este trabajo se concibe a la familia como un *sistema abierto* cuyos elementos y componentes –su estructura y dinámica– están en la base de la explicación de algunos matices fundamentales bajo los cuales se presenta el proceso salud-enfermedad-muerte. Este enfoque, adoptado con fines puramente analíticos, permite observar los elementos básicos de la dinámica generada en el espacio de la familia que podrían facilitar o impedir que la misma cubra adecuadamente los requerimientos y tareas que esta cultura y grupo social particulares le asignan.

La familia como sistema

En la segunda mitad del siglo pasado, fundamentalmente a partir de los hallazgos de Freud, quien profundiza en el conocimiento de los primeros años

de vida de los individuos, es cuando se toma conciencia acerca de la importancia de las relaciones familiares para el crecimiento y la evolución emocional de los individuos. Sus estudios revolucionaron a la psicología y a la psiquiatría clásica y abrieron un campo nuevo en la comprensión del hombre.

Los desarrollos posteriores del psicoanálisis han confirmado y enfatizado la importancia de los primeros vínculos interpersonales, ya sea con los familiares o con sustitutos que cumplieran con dicha función, en la estructuración del aparato psíquico y en el desenvolvimiento normal o patológico de la vida emocional del individuo. Merecen citarse los trabajos pioneros de la escuela inglesa, cuya principal representante fue Melanie Klein, en el estudio de las relaciones objetales. También son importantes los trabajos de Bowlby (1964) sobre los efectos de la separación madre-hijo a partir de dramáticas experiencias durante la Segunda Guerra Mundial cuando evacuaron a muchos niños para preservarlos de los efectos traumáticos de los bombardeos y se observó que, en realidad, “el remedio fue peor que la enfermedad” porque se generaron daños que en algunos casos fueron irreversibles. Los estudios de Spitz (1966) sobre hospitalismo confirman los efectos traumáticos de la separación y son otro ejemplo de estas evidencias.

En los últimos treinta años, aproximadamente, surge en algunos terapeutas la idea de ampliar el foco y tomar a la familia como objeto de estudio y de intervención. El objetivo fundamental consiste en promover cambios en los individuos a partir de producir modificaciones en la dinámica familiar. El traslado del objeto de análisis del nivel individual al familiar requirió cambios en los fundamentos teóricos.

Esta concepción considera a la familia como un sistema. Partiendo de las afirmaciones de la Teoría General de los Sistemas y siguiendo a Von Bertalanffy (1981), se asume que “todo organismo es un sistema, o sea un orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones recíprocas”. La familia puede concebirse como un sistema relacional abierto que excede a sus miembros individuales que están en constante interacción, de manera que el cambio de alguno de ellos va seguido de cambios en los demás miembros, lo que a su vez provoca cambios en el primero y así sucesivamente. Los miembros están relacionados por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas de intercambio entre sí, y con el exterior (Andolfi, 1977). Estas reglas de funcionamiento que se han ido seleccionando a través del tiempo, son las que determinan lo que está y no está permitido en cada relación, estableciéndose modalidades transaccionales características de cada sistema y sobre las que se basan las expectativas, los sobreentendidos y, a veces, los malos entendidos.

De esta manera, el enfoque sistémico se nos revela como una perspectiva de análisis sumamente útil para abordar aquellos procesos que ocurren al

interior de la familia y que, según nuestra hipótesis, median entre las condiciones socioeconómicas y los comportamientos individuales asociados con la mortalidad infantil. Han sido especialmente influyentes, para nuestro trabajo, algunas vertientes de la terapia familiar y de redes inspiradas en esa perspectiva: por un lado, aquella que enfatiza las relaciones del individuo con el entorno, entendiendo a este como la familia y añadiendo luego –por influencia de la antropología estructural y de prácticas con familias marginales– el “entorno social significativo”, y por el otro lado, la corriente de terapia sistémica que se inscribe dentro del construccionismo social, al concebir a la realidad social como “acuerdos narrativos co-organizados en conversaciones” e incorporar el nivel de análisis de las historias en común compartidas por una familia y/o grupo social, centrando el análisis en las formas en que el problema es descrito por ellos (Sluzki, 1996). Nuestro análisis, inspirado en esas corrientes, se apoya así en los relatos de las personas que forman parte de ese grupo familiar, y no tanto en un diagnóstico pretendidamente “objetivo” de la realidad de cada familia.

Para fines analíticos, la familia, como sistema relacional y abierto, debe ser entendida de la siguiente manera: a) en tanto entidad que se adapta a la diversidad de exigencias de los diversos estadios que experimenta a lo largo de su existencia, los cuales cambian según los requerimientos sociales, su objetivo es asegurar la continuidad y el crecimiento de los miembros que lo componen; b) en tanto sistema activo que se autogobierna mediante reglas que se han desarrollado y modificado con el tiempo, orienta a los individuos a diferenciar entre lo que está y no está permitido en la relación; y c) en tanto sistema abierto en interacción constante con otros sistemas, tales como la escuela, fábrica, barrio, iglesia, etcétera sostiene un constante intercambio de experiencias que condicionan y están a su vez condicionadas por las normas y valores de la sociedad imperante, a través de un equilibrio dinámico.

Es importante recordar, en este punto, que estas características y patrones estables de interacción familiar son de naturaleza dinámica e histórica. Más que adaptarse a requerimientos sociales abstractos, las pautas de interacción familiar se reproducen o no, a través de las generaciones, dependiendo de una configuración de elementos donde entran a jugar de manera permanente la determinación y la indeterminación, la estructura y las opciones.

Dentro de este espacio de opciones, las personas hacen uso de modelos normativos como discursos de referencia que, entre muchos otros, les permiten desarrollar prácticas y modos de vida diversos, lo que finalmente explica las singularidades de cada caso. En este sentido, sin embargo, aun cuando para fines analíticos sea importante distinguir entre las nociones de familia, parentesco, hogar, unidad doméstica y de residencia –para no

incurrir en el error de pensar que existe un solo tipo de familia— es preciso reconocer que en la vida cotidiana de las familias latinoamericanas, el *nuclear o conyugal* es un modelo fuertemente normativo, más antiguo de lo que se piensa en la práctica, y al que se regresa cada vez que las condiciones económicas y el ciclo de vida lo permiten, como algunos estudios antropológicos han demostrado, por ejemplo el de Eunice Durham (1991).

Otros estudios también refuerzan la elección de nuestra unidad de análisis, a saber, la familia nuclear. Entre ellos, el trabajo etnográfico de Larissa Lomnitz (1991) en zonas urbanas de la ciudad de México ha mostrado que, en ese lugar —lo que podría extenderse a América Latina y algunas sociedades de origen mediterráneo— la unidad básica de solidaridad familiar (aunque no necesariamente de residencia o de reproducción) es la *gran familia*, formada por tres generaciones (pareja, hijos y nietos), cuyas obligaciones básicas son el apoyo económico, la participación en rituales familiares y el reconocimiento social, lo que incluye el compartir de manera corporativa las redes sociales.

Incluso en el plano de las representaciones culturales de los grupos, el hecho de que los adultos pertenezcan simultáneamente a una familia de origen y a otra de procreación facilita un uso del término “familia” para referirse indistintamente tanto a la familia nuclear como a las relaciones entre las familias que forman el sistema más amplio de afinidad-parentesco. Pero esto no tiene que llevarnos a pensar que nos encontramos ante un patrón de familia extensa de tipo patriarcal, sino de fuertes lazos entre familias nucleares que guardan entre sí relaciones de parentesco. De hecho, el estudio mencionado constata que “si pueden hacerlo, las nuevas parejas tienden a establecer un nuevo hogar, aunque esto sea difícil de mantener” y diversos problemas las hacen volver a buscar refugio y protección en la *gran familia* (Lomnitz, 1991). Por otro lado, se ha comprobado que las familias son parte de un proceso dinámico en el que, al menos durante una etapa en su ciclo de vida, tienden a coincidir con grupos domésticos y unidades residenciales. En el caso de nuestro estudio, el criterio metodológico según el cual serían escogidas aquellas familias que reportaran muertes infantiles recientes, permitió equipararlas en términos de etapa del ciclo de vida, dándose en la mayoría de los casos las coincidencias señaladas entre familia, unidad doméstica y de residencia. Podríamos definir entonces a la familia, siguiendo a Durham (1991), como “la unidad que articula relaciones de consanguinidad, afinidad y descendencia en núcleos de reproducción social” correspondiendo los tipos de relaciones mencionados a las categorías sistémicas de subsistemas fraterno, conyugal y parental, respectivamente.

La familia puede considerarse, desde esta perspectiva, un sistema en el cual los individuos superan el aislamiento para articularse entre sí y en el que, además, el sujeto está en permanente proceso de diferenciación. Andolfi *et*

al. (1989), como ya se señaló, consideran a la familia como un todo orgánico, lugar de encuentro entre necesidades individuales e instancias sociales.

La familia asegura continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que la componen, lo que permite que se desarrolle como un “conjunto”, pero al mismo tiempo denota la diferenciación entre sus miembros.

Es importante destacar, entonces, que hay necesidades de diferenciación y, simultáneamente, de cohesión y de mantenimiento del grupo al que se pertenece a través del tiempo. La certeza de que se tiene un grupo familiar de pertenencia permite la individuación y la formación de la identidad; por este proceso, el miembro percibirá, progresivamente, como menos esencial la familia de origen; la culminación del proceso se da con la separación del miembro de su familia para que este pueda constituir un sistema nuevo.

La diferenciación de cada miembro en el interior de la familia está determinada, en gran medida, por la creación y la defensa de un espacio personal-individual y ello definirá la identidad del individuo. Del intercambio con el exterior sobrevendrá la diversidad de funciones que este logre desempeñar en cada contexto y con personas diferentes. Esta diversidad de funciones da por resultado un complejo sistema familiar, que puede vivir períodos de inestabilidad, de ajuste o de desorganización, necesarios para llegar de nueva cuenta a un equilibrio “solo si la familia puede tolerar el acrecentamiento de la diversidad entre sus miembros” (Andolfi *et al.*, 1989).

Andolfi señala que para que la realización de funciones tenga un efecto enriquecedor y de reciprocidad, es necesario que la convivencia no se viva como una injerencia, sino a partir de un intercambio entre lo que se otorga y lo que se recibe. Una función negativa es aquella que se caracteriza por ser rígida e irreversible, o bien cuando entra en contradicción con las funciones biológicas.

Estructura, organización y dinámica familiar⁹

Los sistemas familiares están sometidos permanentemente al doble proceso de cambio y de estabilidad: cambio, por necesidades internas de la familia en

⁹ La estructura de la familia es definida por Minuchin y Fishman (1981) “como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuando y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema”.

cuanto al desarrollo de sus miembros, y por las exigencias externas de la vida cotidiana; estabilidad, para asegurar la continuidad y permitir una estructura adecuada de funcionamiento, para posibilitar la selección de patrones estables de interacción en un contexto determinado. Este contradictorio proceso de continuidad y crecimiento, de cambio y permanencia, se da a través de un equilibrio dinámico que es fundamental para asegurar el crecimiento psico-social de los miembros del sistema.

En cada estructura familiar, se distinguen diferentes subsistemas: el conyugal, el parental y el fraterno¹⁰. Cada uno de ellos cumple distintas funciones: la del conyugal consiste en promover el desarrollo de las personas que forman la pareja; la del parental, en asegurar la crianza y educación de los hijos; la del fraterno, en propiciar la socialización del niño a través del grupo de pares. Estas funciones pueden ser cubiertas por distintos miembros de la familia, o por personas ajenas a la misma, en forma temporal o permanente.

Flexibilidad y rigidez de un sistema

Existen dos mecanismos que garantizan la flexibilidad de un sistema familiar: la diversificación y la estabilización. El primero se refiere a la diversidad de las interacciones; el segundo remite a la consolidación y repetición de las soluciones que de antemano se conocen, “por eso se puede afirmar la hipótesis de que el proceso de cambio y el paso de un estado evolutivo a otro sobreviene cuando la relación de fuerzas entre las tendencias a la conservación y las tendencias al cambio de los equilibrios alcanzados se modifica en favor de estas últimas” (Andolfi, 1977).

La familia como sistema abierto tiene dos fuentes de cambio: interior, que se refiere a los miembros y a las exigencias del ciclo vital; y exterior, referente a las demandas sociales. Estos intercambios obligan a la familia a re-definir funciones. Así, existen numerosos niveles de interacción como el conyugal –de la pareja– el de la familia nuclear –padre, madre e hijos– y el de la familia extensa –nuclear y parientes– y aquellos que cada individuo mantiene por su cuenta en el medio ambiente que lo rodea. “Un sistema familiar no constituye una realidad bidimensional simple, sino una realidad tridimensional más compleja,

¹⁰Existen varios trabajos en los que se describen los subsistemas. Ver Estrada (1982).

donde la historia de las relaciones del pasado se encarna en el presente para que se pueda desarrollar en el futuro” (Andolfi, 1977).

La flexibilidad o rigidez de un sistema no son características inherentes a su estructura, sino que se manifiestan ligadas con el dinamismo y las variaciones en un espacio y tiempo definidos. Es decir, aunque vislumbremos ciertos comportamientos aparentemente flexibles o rígidos dentro de la familia, estos a su vez están influidos por el contexto como por el momento en que se presenta. Así, pueden existir coyunturas familiares que originan comportamientos e intercambios complejos, que sitúan a los miembros en un caos de desempeño de funciones.

Existen fundamentalmente dos tipos de cambios que afectan directamente las funciones y la evolución de la familia: los cambios intrasistémicos –nacimiento de los hijos, adolescencia, alejamiento o separación del hogar, muerte de algún familiar, divorcio, etcétera– y los cambios fuera del sistema familiar –cambios de domicilio, modificaciones del ambiente o de las condiciones de trabajo, etcétera– que se relacionan con el funcionamiento familiar y requieren un proceso de adaptación, que garantice al mismo tiempo la cohesión familiar y el crecimiento psicológico de cada uno de los miembros.

Cuando el sistema se encuentra frente a una posibilidad de cambio que se vislumbra como traumática, una reacción disfuncional es obrar de modo que uno de sus miembros asegure la mitigación del estrés que aquella produce, y lo asegure por la expresión de una sintomatología. Según la forma que adopte este proceso se pueden distinguir dos tipos de familia: a) familias *en riesgo* y b) familias *con designación rígida*.

Las familias *en riesgo* son aquellas que dan una respuesta provisional a un cambio, una posible solución que no es definitiva y que puede terminar siendo un nuevo problema. Cuando la tensión familiar se descarga en un miembro de la familia en particular, existe un serio riesgo para el designado. Pero mediante el recurso de atribuir al miembro escogido una función temporal que mantiene estable y cohesionado al sistema, las funciones de los demás también cambian, se moldean y se integran al sistema. A pesar de que la designación es reversible y temporal, si la familia no consigue una redefinición estructural satisfactoria, lo que inicialmente era temporal termina por convertirse en un mecanismo rígido, donde las funciones serán repetitivas y estereotipadas.

Las familias con designación *rígida* pueden percibir como traumático el paso de un estado evolutivo a otro; en esos casos la familia aplica a la situación emergente una solución que ya se conoce o que ya fue utilizada y que se aplica en el presente y se programa para el futuro, negando así, toda posibilidad de experimentación y aprendizaje. Ello sugiere que una solución ya usada en el pasado para una situación específica, se adaptará de manera rígida para

dar respuesta a otras situaciones. La adopción de tales soluciones previsibles –no de manera racional y calculada– e inmodificables es lo que conduce a la reducción y congelamiento del espacio personal de cada miembro a la vez que “detiene” el tiempo, es decir, provoca su “congelamiento” en una fase del ciclo vital que corresponde a la solución antes aprendida.

Así, la energía de los miembros del sistema no es utilizada para el aprendizaje y adecuación a nuevos procesos evolutivos, sino para mantener funciones rígidas donde los intercambios son de carácter rígido (sistema cerrado).

Subsistemas, alianzas y coaliciones

Un subsistema diferenciado es aquel que define claramente su *holon* –su ámbito– es decir, quiénes están fuera y quiénes dentro del mismo, asegurando el cumplimiento de sus funciones específicas. Estos subsistemas requieren de límites para diferenciarse y así poder cumplir con estas funciones. Los límites pueden considerarse, conceptualmente, como una línea común que divide dos sistemas o subsistemas especificando quién se encuentra en cada uno de ellos.

Dichos límites pueden ser: *selectivamente permeables* que, como su nombre lo indica, seleccionan las interacciones que permiten pasar; *indiscriminados*, que son aquellos que permiten el paso de cualquier interacción; e *impermeables*, que prácticamente no permiten interacción con el entorno, por lo que el sistema actúa como si fuera cerrado.

En un sistema familiar es importante considerar los límites entre los diferentes subsistemas que componen la familia nuclear y los que existen entre esta y las familias de origen, por un lado, y con el entorno en general, por el otro.

En todo sistema existen diferencias de roles y de responsabilidades que implican una distribución desigual del poder, es decir, la existencia de jerarquías. Se distinguen jerarquías *claras* y *confusas*, a partir de las diferencias en la distribución y manejo del poder: cuando las jerarquías son estables y coherentes se le denominan claras, si no lo son, se consideran confusas.

Aunque los límites en el interior de la familia sean claros y selectivamente permeables, tienden a darse asociaciones entre dos o más miembros en función de metas, valores, actitudes, intereses comunes, las que implican un mayor número de interacciones entre los miembros que las constituyen. Cuando estas alianzas se dan en contra de un tercero se llama *coaliciones*, y cuando estas son duraderas las llamamos *estereotipadas*, lo cual implica un funcionamiento no adecuado del sistema familiar. Ello se agrava si la coalición es entre miembros

de diferentes generaciones y, más aún, si son encubiertas. Si se estructuran coyunturalmente y son intrageneracionales, se les llama cambiantes.

En resumen, es posible distinguir, desde una perspectiva analítica, aspectos específicos de la estructura y de los procesos familiares. La Figura 1 resume las variables y categorías identificables en cada dimensión:

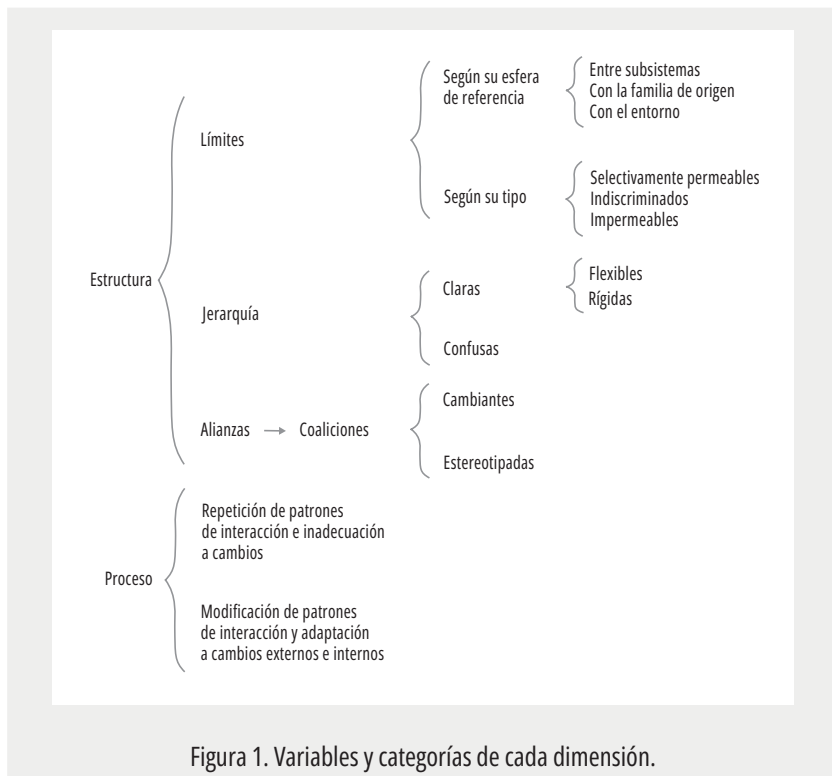


Figura 1. Variables y categorías de cada dimensión.

Análisis cuantitativo de la estructura, organización y dinámica familiar: los modos del riesgo diferenciado

Los relatos de las familias entrevistadas poseen una riqueza que, inevitablemente, disminuye cuando se la intenta traducir a algún lenguaje que permita su análisis. Sin embargo, es necesario transmitir las regularidades encontradas

para que, junto con los testimonios, estemos en condiciones de evaluar la plausibilidad de las hipótesis. Por ello fue imprescindible en este punto hacer un ejercicio de análisis y clasificación que estuvo lleno de dificultades¹¹. En este apartado se analizarán los tres grupos familiares en que fue dividida la muestra –OHM, IHM y 2HM– en cuanto a su estructura familiar y dinámica interna, utilizando las variables que acabamos de definir. Ello nos dará elementos para aclarar la forma en que las familias se vinculan con las instancias intra y extrafamiliares y en qué medida estas –las formas del contacto– dependen de aquellas –las características familiares–¹².

En última instancia se avanzará en la prueba de la hipótesis central del trabajo: la tendencia a repetir muertes infantiles está asociada a las características de la estructura y de la dinámica familiar.

Tomando en cuenta las variables antes descritas se distinguen dos tipos de familia según su *estructura*: el funcional y el disfuncional. La estructura familiar *funcional* se caracteriza por tener, predominantemente:

- subsistemas diferenciados,
- límites selectivamente permeables,
- jerarquías claras,
- coaliciones cambiantes y/o manifiestas y/o intrageneracionales.

La estructura familiar *disfuncional* es aquella en la que predominan:

- subsistemas indiferenciados,
- límites indiscriminados o impermeables,
- jerarquías confusas,
- coaliciones estereotipadas y/o ocultas y/o intergeneracionales.

Desde el punto de vista del *proceso*, se distinguen familias flexibles y rígidas. Una familia es *flexible* cuando tiene capacidad de modificar sus patrones de

¹¹ En la Introducción se dijo que las entrevistas familiares fueron realizadas, cada una, por dos terapeutas familiares a las que acompañaba un sociólogo. Una de las terapeutas conducía la entrevista mientras que la otra registraba datos de la situación, del diálogo y de la interacción familiar que no eran verbalizados. Cada entrevista fue analizada por las cuatro terapeutas que formaban parte del equipo –incluidas las dos que participaron en la entrevista– que, por consenso, y a la manera de un diagnóstico psicológico, ubicaban a cada familia en las categorías correspondientes a cada una de las variables del modelo teórico. Consideramos que esta estrategia incrementa en gran medida la validez y confiabilidad de la información presentada.

¹² La discusión sobre el establecimiento de las redes de apoyo se desarrollará en el capítulo siguiente. Sin embargo, conviene adelantar que la existencia y forma de las redes depende, en gran medida, de algunas características familiares.

interacción para responder a los cambios internos y externos, es decir, de crear nuevas alternativas.

Por el contrario, las familias *rígidas* no tienen capacidad para evolucionar a etapas posteriores de su desarrollo, y repiten patrones de interacción que se autopropietúan, sin posibilidades de implantar nuevas alternativas.

Para detectar flexibilidad y rigidez, se comparan las etapas cronológicas por las que pasa la familia con sus patrones de funcionamiento. Si hay adecuación entre ambas etapas, se habla de flexibilidad; si no la hay, de rigidez. A mayor diferencia entre etapa cronológica y funcional, mayor rigidez.

Los datos de la Tabla 25 sirven para empezar a construir la argumentación acerca de las diferencias entre los tres grupos de familias. En este caso, resulta evidente que el grupo 2HM presenta una menor proporción en la categoría positiva. Los límites poco claros entre los subsistemas remiten, principalmente, a cuestiones como la disolución del subsistema conyugal por conflictos permanentes, o por separaciones temporales. En estos casos los hijos cumplen funciones que originalmente corresponden a los padres. En otros casos, el origen de la poca claridad de los límites se relaciona con intensos conflictos en el subsistema parental por alcoholismo o relaciones extramaritales del esposo, donde los hijos intervienen como mediadores de los problemas. En cambio, en las familias con límites adecuados entre subsistemas los conflictos entre los cónyuges eran poco frecuentes y, cuando existían, eran referidos como “normales”. En las familias 0HM la mayoría se concentra en la categoría adecuada –selectivamente permeables– y la 1HM se ubica entre los otros dos grupos.

Tabla 25. Distribución de las familias, en número y porcentaje, según el tipo de límites entre los subsistemas y según grupo familiar.

Límites	0HM		1HM		2HM	
	n	%	n	%	n	%
Selectivamente permeables	22	91	16	67	17	71
Indiscriminados	2	9	5	21	7	29
Impermeables	0	0	3	12	0	0
Total	24	100	24	100	24	100

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

Al igual que en el caso anterior, el grupo 2HM presenta las características menos adecuadas (Tabla 26). Solo el 50% tiene límites selectivamente permeables

Tabla 26. Distribución de las familias, en número y porcentaje, según el tipo de límites con sus familias de origen y según grupo familiar.

Límites	OHM		1HM		2HM	
	n	%	n	%	n	%
Selectivamente permeables	21	88	16	67	12	50
Indiscriminados	2	8	2	8	6	25
Impermeables	1	4	6	25	6	25
Total	24	100	24	100	24	100

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

con las familias de origen. Por supuesto que hay que tener en cuenta que las condiciones objetivas de vida reseñadas en la Introducción y en el Capítulo 1 –compartir predio, vivienda, cocina, etcétera– contribuyen a esta situación, pero también se destacó allí que estas condiciones no son diferentes en los tres grupos. En el grupo 2HM, la ausencia de límites adecuados se resuelve con una intromisión permanente de alguna de las familias de origen o con una ruptura categórica que los aísla. La responsabilidad de esta situación no siempre recae en el “nuevo sistema”.

En el relato de las familias aparece muy claramente que el intento de fijar sus límites con las de origen para que esta no interfiriera en las decisiones provocó tensiones, ya que fue interpretada como una agresión o un intento de abandono. En otros casos la convivencia con la familia de origen –generalmente la del hombre– conllevó a una delegación de la toma de decisiones,

Tabla 27. Distribución de las familias según el tipo de límites con el entorno en general y según grupo familiar.

Límites	OHM		1HM		2HM	
	n	%	n	%	n	%
Selectivamente permeables	20	83	14	58	11	46
Indiscriminados	-	0	-	0	-	0
Impermeables	4	17	10	42	13	54
Total	24	100	24	100	24	100

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

por lo que las normas eran establecidas “desde fuera”, bajo los criterios de “otra” familia.

Es interesante destacar que las familias OHM se concentran mayoritariamente en la categoría positiva, y las IHM se ubican entre los otros dos grupos. Desde ya se puede hipotetizar que este último grupo podría dividirse en dos: uno que es diferente de los 2HM y los OHM, pero otro que es como el 2HM en sus características familiares y que llegará a serlo en su experiencia de mortalidad.

En esta tabla se puede observar no solo la situación de desventaja de las familias 2HM sino también, al compararlo con las tablas anteriores, cómo la concentración en la categoría positiva va disminuyendo cuanto más se acerca al “exterior” del sistema (67, 50 y 46%, respectivamente). En las familias OHM, esta disminución es menos sensible; casi en su totalidad mantienen límites selectivamente permeables con el entorno. También en este caso resulta interesante destacar que la opción para las familias 2HM es cerrarse y aislarse. Las razones más frecuentemente señaladas para describir y justificar esta situación se relacionan con un alto grado de desconfianza indeterminada hacia los vecinos y hacia el entorno en general; el mundo es percibido como un productor constante de peligro que amenaza la integridad de los miembros del sistema y nunca como el lugar donde se pueden encontrar recursos adicionales a los de la familia. Esta visión se extiende, incluso, a los servicios que podrían ser utilizados en caso de necesidad, dejándolas en estado de indefensión. Con este panorama, es fácil imaginar las dificultades que tienen estas familias para establecer redes de solidaridad y ayuda mutua. En otras palabras, lo que se constata es que, a las dificultosas condiciones materiales de existencia, este grupo suma un aislamiento que las hará más penosas.

La constitución de las jerarquías en el interior de los grupos familiares entrevistados está fuertemente marcada por la autoridad patriarcal y tradicional. La primera se refiere a la que ejerce el varón cónyuge, mientras que la segunda se vincula a la autoridad de los miembros de mayor edad, que generalmente existe en las familias extensas (Tabla 28).

Las jerarquías claras son aquellas en las que cualquiera de los dos cónyuges puede ejercer autoridad en el hogar, con posibilidad de obediencia. Otros miembros la pueden asumir en situaciones coyunturales, sin que ello provoque confusión entre los miembros subordinados. Se trata de una jerarquía clara pero, al mismo tiempo, flexible. Por lo general, no existen contradicciones en su ejercicio y el rol jerárquico se intercambia en el subsistema parental. Este tipo de autoridad caracteriza, predominantemente, al grupo de mujeres sin hijos muertos.

Tabla 28. Distribución de las familias, en número y porcentaje, según el tipo de jerarquía y según grupo familiar.

Jerarquías	0HM		1HM		2HM	
	n	%	n	%	n	%
Clara flexible	14	58	10	42	6	25,0
Clara rígida	5	21	4	16	9	37,5
Confusa	5	21	10	42	9	37,5
Total	24	100	24	100	24	100

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

Una jerarquía clara y rígida es aquella que ha permanecido a través del tiempo sin posibilidad de intercambio simétrico entre los cónyuges. En la cúspide de esta organización jerárquica se encuentra, casi siempre, el cónyuge varón y es independiente de otras características individuales: se le debe obediencia, aunque su presencia en el hogar sea inestable, se reserve parte importante de su ingreso para sus gastos personales, sea alcohólico o golpeador. Este ejercicio del poder es más frecuente en las familias con varios hijos muertos.

Finalmente, las jerarquías confusas permiten la intervención indiscriminada de diferentes miembros de las familias. En estos casos, el ejercicio de la autoridad está fundado en mandos coyunturales, es decir, las normas no están coherentemente estructuradas, de manera que se produce caos y contradicciones en quienes obedecen este mando. Esta modalidad está sobrerrepresentada en las familias 1HM y 2HM.

Tabla 29. Distribución de las familias, en número y porcentaje, según el tipo de coaliciones y según grupo familiar.

Coaliciones	0HM		1HM		2HM	
	n	%	n	%	n	%
Cambiantes	21	88	17	71	9	38
Estereotipadas	3	12	7	29	15	62
Total	24	100	24	100	24	100

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

El siguiente elemento que interesa destacar es el de la conformación de coaliciones, nombre con el que se designa a una alianza cuando esta se da en contra de algún miembro de la familia (Tabla 29). En el grupo 2HM predominan las estereotipadas que son, con mayor frecuencia que otras combinaciones, de la madre y los hijos en contra del padre, de la madre y su familia en contra del esposo y del esposo y su familia en contra de la familia de la cónyuge. Estas coaliciones, en la mayoría de los casos, se han mantenido a lo largo del tiempo, son intergeneracionales y, por lo general, ocultas.

En el grupo de 1HM y en el de 0HM las coaliciones se delinearán como más flexibles, cambiantes, ya que son predominantemente coyunturales e intra-generacionales. Por lo general, son del subsistema parental para enfrentar alguna situación de conflicto con alguno de los hijos, la mayoría de las veces relacionada con problemas educativos o de conducta, o del subsistema fraterno para negociar con los padres o encubrir a alguno de sus miembros frente a exigencias de alguno de ellos.

Un elemento que tiene una densidad especial en los relatos de las familias son los conflictos (Tabla 30). Su peso e importancia en la dinámica familiar son obvios. Si bien estos pueden darse con un sinnúmero de contrapartes, nos pareció especialmente relevante rescatar los que tienen lugar en la pareja y con la familia de origen.

Tabla 30. Número y porcentaje del tipo de conflicto, según grupo familiar.

Tipo de conflicto	0HM		1HM		2HM	
	n	%	n	%	n	%
Pareja	6	25	7	29	16	67
Familia de origen	10	42	9	37	12	50

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

Aunque en ambas esferas las familias 2HM superan a los otros dos grupos, es especialmente notable la magnitud de la diferencia en lo que se refiere a conflictos de pareja. Ya habíamos señalado que las condiciones de privación sumadas a la dificultad para establecer relaciones con el entorno constituían un preanuncio de dificultades para enfrentar situaciones de emergencia; a esa descripción hay que agregar que esta soledad ni siquiera es compensada por un manejo conjunto de los problemas, ya que estas familias están caracterizadas, también, por los conflictos en el interior de la pareja.

Cuando los conflictos se han prolongado a través del tiempo y su intensidad aumenta, alcanzando un clímax que se mantiene por un largo período de tiempo, con los mismos actores y con una conducta permanente, se habla de *conflictos estereotipados* que se integran a la cotidianidad de la vida familiar. Por otro lado, si los conflictos son temporales y los actores cambian –aunque sean intensos– es decir, solo son coyunturales y su clímax es seguido por el decrecimiento de la intensidad de este, entonces asumimos que obedece a un proceso de transición; en este sentido se habla de *conflictos de adaptación*.

Confirmando lo observado en la tabla anterior, en la Tabla 31 se puede ver que el grupo 2HM presenta rasgos característicos de conflictos estereotipados en la esfera conyugal. Casi en la totalidad de conflictos estereotipados se encuentran maridos golpeadores y mujeres golpeadas. En estos casos, el alcoholismo del esposo se ha convertido en una conducta cotidiana y para la familia convivir con un padre ebrio se convierte en una situación estresante.

Tabla 31. Distribución, en número y porcentajes, de las familias según tipos de conflictos y según grupo familiar.

Conflictos	0HM		1HM		2HM	
	n	%	n	%	n	%
Estereotipados	4	17	6	25	17	71
De adaptación	7	29	7	29	-	
Sin conflictos	13	54	11	46	7	29
Total	24	100	24	100	24	100

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

Además, la agresividad del esposo en variadas ocasiones también se descarga en los hijos, provocando en ellos temor y rebeldía¹³. En estos casos, es frecuente observar la formación de coaliciones en las que interviene la mujer y sus hijos en contra del marido, y a la que, eventualmente, se agregan algunos miembros de ambas familias de origen.

Cuando el padre no cumple la función de proveedor económico de la familia por su alto grado de alcoholismo, en algunos casos la familia de origen

¹³ Es importante señalar que en los casos donde la familia convivía con un padre alcohólico, los niños presentaron signos de rebeldía a la autoridad y bajo rendimiento escolar, además de períodos de depresión caracterizados por falta de apetito, aislamiento y acciones encaminadas a llamar la atención de los adultos.

interviene para ayudar. Los límites se vuelven indiscriminados y en reiteradas ocasiones los conflictos con las familias de origen se estereotipan. En el otro extremo de esta situación, están las familias con límites impermeables que carecen de ayuda familiar en los momentos de mayor necesidad, por lo que, en varios casos, algunas mujeres salen a trabajar a escondidas del esposo. Esta situación se agudiza cuando la mujer vive en la casa de la familia del cónyuge, ya que se forman coaliciones en contra de la esposa. En los casos donde la autoridad paterna se encuentra devaluada, se observa conflicto por el establecimiento de jerarquías, de límites entre los subsistemas y con las familias de origen, los cuales tienden a volverse indiscriminados, provocando confusión en el establecimiento de normas en el interior del sistema familiar. Cuando el esposo conserva su hegemonía en el ejercicio de la autoridad familiar a pesar de su problema de alcoholismo y violencia, el mando generalmente se hace de forma autoritaria, rígida y no va acompañado de la figura materna.

Otra situación conyugal importante de señalar son las relaciones extramaritales del varón –en un solo caso se reportó esta situación en mujeres– lo cual se constituye en fuente de intensos conflictos, pero en muchas ocasiones la mujer termina por aceptarlas por temor al abandono. Cuando los conflictos representan para la mujer una imposibilidad total de encontrar grados de estabilidad aun dentro de un ambiente conflictivo, en ocasiones abandona el hogar llevándose a los hijos. Esta acción es temporal ya que ante las presiones familiares y conyugales ella regresa, sin que ello signifique conseguir mejores condiciones en la convivencia. En los casos en que el hombre abandona el hogar, las mujeres se convierten en las jefas del mismo y a veces ello resulta favorable para el establecimiento de una dinámica más adecuada. Es importante mencionar que algunas muertes infantiles coinciden con estas etapas de la vida familiar. Por otra parte, también existen casos –muy pocos, por cierto– en los que, ante el abandono del cónyuge, al paso del tiempo la mujer establece una nueva relación de pareja.

Los conflictos estereotipados conyugales desencadenan alteraciones psicológicas entre las mujeres de este grupo. Ello se expresa en inestabilidad emocional, que se refleja en un miedo permanente hacia el marido, nerviosismo y hostilidad hacia el medio exterior. Además, ante la imposibilidad de contestar las agresiones del esposo, las mujeres experimentan una devaluación de su persona que se expresa en ciclos depresivos. Algunas señalaron que, en etapas de intensos conflictos conyugales pierden el apetito, se sienten cansadas y muestran indiferencia hacia su entorno. Además, la comunicación verbal no se utiliza como instrumento para resolver los conflictos conyugales: la forma más común de comunicarse es a través de actitudes y comportamientos; el lenguaje oral o no se usa o es un refinado mecanismo de agresión.

Es importante puntualizar que a pesar de que el grupo con varios hijos muertos presenta constantes conflictos conyugales y familiares, estos tuvieron una mayor intensidad en la etapa de la formación de la prole, por lo que se encuentra una estrecha relación entre violencia doméstica, formación de la prole y muerte infantil. La rígida composición estructural de los sistemas y la conflictiva dinámica conyugal y familiar ha impedido que esta realice una adecuada adaptación en cada una de sus etapas.

El grupo IHM tiene menos conflictos estereotipados y más de adaptación. Estas familias presentan características de ambos grupos, de aquí que se refuerce la hipótesis antes planteada acerca de que se trata de un grupo en transición. Aunque se percibe una sensible disminución de los conflictos permanentes, existe un número casi igual de estos y los de adaptación. Paralelamente a ello, se observa que un número importante de familias no presentó signos sobresalientes de conflicto.

Las dificultades estereotipadas son de orden conyugal y presentan las mismas características que el grupo anterior: alcoholismo, violencia física e irresponsabilidad económica por parte del varón. Los conflictos familiares tienen su origen en la oposición que existió para la unión de la pareja y por ello las relaciones siempre fueron tensas y el conflicto permanece constante y se perpetúa. Los conflictos de adaptación ocurrieron, en la mayoría de los casos, al inicio de la vida marital y en ocasiones coincidió con la muerte infantil.

Por otra parte, algunas familias de este grupo delimitan problemas tales como las diferencias de carácter, de opinión y de toma de decisiones, en donde después de haber enfrentado la discusión, la pareja retoma la dinámica familiar acostumbrada. En otros casos, las dificultades surgen a raíz de encubrimiento y ocultamiento de acciones desfavorables para algún miembro; a pesar de ello, la comunicación empieza a ser un medio para resolver situaciones difíciles, la pareja discute los problemas y la mujer tiene una actitud más contestataria y menos pasiva que en el grupo anterior.

En el grupo de familias sin hijos muertos –aunque se registraron menos casos de familias con dinámica conflictiva– resulta interesante el hecho de que los conflictos estereotipados y algunos de adaptación, presentan los mismos rasgos que el primer grupo: alcoholismo, golpes y separaciones temporales. Sin embargo, los jefes varones siguen manteniéndose como los principales proveedores económicos de la familia y no se cuestiona su autoridad.

Las situaciones que se presentan en los conflictos de adaptación son las diferencias de opinión respecto a los castigos, sanciones y permisos a los hijos y a la constante lucha que se mantiene con las familias de origen –principalmente con las suegras– por marcar los límites. La totalidad de estas familias

señaló que los conflictos que viven son temporales, crisis momentáneas que se resuelven favorablemente.

La evidencia presentada en este apartado permite comprender varios aspectos importantes: la estructura y la dinámica familiar parecen ser un factor relevante en la “producción” y explicación de los decesos infantiles en grupos familiares con una situación material similar. Algunas investigaciones recientes, publicadas posteriormente al inicio de la muestra, han llamado la atención al respecto. Por ejemplo, Das Gupta (1989) argumenta, como nosotros, que familias que viven en similares condiciones pueden tener diferencias en sus muertes infantiles. Para Das Gupta una de las diferencias estriba en las habilidades de las madres para criar mejor a los hijos. Es patente que la evidencia de lo anterior y los resultados aquí presentados deben fundamentarse por medio del relato que las familias hacen de su vida y sus experiencias, evidencia que a lo largo de este trabajo se hará en forma de testimonios.

Testimonios

En la sección anterior presentamos algunos datos cuantitativos para denotar las diferencias entre los tres grupos de familias definidos en esta investigación. En esta sección se transcriben párrafos de seis testimonios en los aspectos que guardan relación con la estructura y dinámica familiar. Es preciso aclarar que los testimonios muestran las experiencias de las familias entrevistadas y que las respuestas de los informantes varían no solo por sus diferencias objetivas, sino por su disponibilidad y facilidad para hablar de su vida privada.

Se presentan, en primer término, los testimonios de dos familias OHM; después, dos testimonios de familias IHM, y finalmente, dos testimonios de familias 2HM. En todos los relatos se introducen algunos comentarios. Se sigue esta estrategia para resaltar aspectos que se consideran importantes¹⁴.

Testimonio 1 - Familia 2.195 - Hijos: todos vivos

P: *¿Y a los suegros les pareció bien que se casaran o tampoco estaban muy a gusto?*

R: *Pues por la edad, tan jóvenes que estábamos, estaban en desacuerdo.*

¹⁴ En todos los testimonios se identifica con la P a la pregunta y con la R la respuesta de la mujer. Si se transcriben respuestas del hombre se identifican con R2 y si responden los hijos se identifican con números sucesivos. Si hay otro respondente se aclara entre paréntesis.

P: *¿Era desacuerdo solo por la edad, o porque usted no les caía muy bien, o todo junto?*

R: *Pues todo junto.*

P: *¿A quién le caía mejor?*

R: *A mi suegro. A mi suegra casi no.*

P: *¿Ella era muy celosa?*

R: *Muy posesiva de sus hijos.*

P: *¿De todos o especialmente de su esposo?*

R: *De todos; de sus tres hijos es muy posesiva. Es una mujer y dos hijos, pero es muy posesiva.*

P: *¿Y su esposo qué decía?*

R: *Siempre se impuso. Nunca se dejó dominar ni nos dejó que nos dominaran.*

P: *¿Se ponía de parte de usted y de parte de sus hijos?*

R: *Sí.*

P: *¿También la suegra se metía en cómo tenía que educar a las hijas y todo?*

R: *Su papá nunca permitió que nadie se metiera en su educación más que nosotros.*

P: *¿Pero su suegra sí quería meterse?*

R: *Sí; bastante. Pero nunca lo permitimos. [...]*

P: *¿Si tuvieran algún percance, a quién recurrirían?*

R: *¿Qué tipo de percance?*

P: *Alguna cosa que tuvieran necesidad de alguien, ¿a quién buscarían?*

R: *Pues por lo regular siempre recurro a mis hermanos y a mi mamá.*

P: *Y cuando tienen que resolver cosas en familia, ¿hay bandos, hay preferencias? ¿Cómo es eso?*

R: *Preferencias no hay ninguna. A todas se les trata igual. Si a una se le compra una cosa, a todas se les compra. [...]*

P: *¿Pero hay alguna más parecida a usted de carácter, de genio? ¿Hay algunas más parecidas al papá? ¿Se arman bandos? ¿Hacen equipos?*

R3: *Pues sí somos diferentes, pero todas estamos unidas. De diferente carácter; pero todas siempre unidas. A nosotras nos educaron que lo de una es para todas.*

P: *¿Y a ti te hacen caso por ser la mayor? ¿Tienes grandes responsabilidades por ser la mayor?*

R4: *Todas tenemos responsabilidades en la casa, pero por ser la mayor pues unas “ordenecitas” por allí; pero no así... [...]*

P: *¿Y con respecto a los permisos y esas cosas, a usted le gusta que puedan tener amiguitas que visiten la casa? ¿O que ellas vayan a jugar a otras casas?*

R: *Pues de jugar a otros lados nunca me ha gustado. Siempre vienen aquí. Nunca me ha gustado que vayan a meterse a otro lado.*

P: *¿Y sí lo hacen o generalmente no?*

R: *Pues sí.*

En este testimonio es interesante la fluidez del relato y la espontaneidad de las respuestas, tanto de la madre como de sus hijas. A pesar de la oposición

que los suegros de la informante tuvieron para que se casara con su hijo – menciona la edad como el principal factor– siempre defendieron su independencia y el esposo jugó un papel preponderante en ello (“nunca se dejó dominar ni dejó que nos dominaran”). Como se ve, los límites son selectivamente permeables tanto con la familia de origen como con el entorno. Las coaliciones no son estereotipadas y las jerarquías son suficientemente claras.

Testimonio 2 - Familia 2.206 - Hijos: todos vivos

P: *Pues fue una separación larga, ¿no? ¿Nos podrían decir qué pasó?*

R: *Es que él tomaba mucho.*

R2: *Yo pienso que por lo inmaduro también, porque se casa uno totalmente inmaduro.*

P: *Y con tanto trabajo, usted piensa que lo relajaba (el alcohol), aunque lo tensionaba más...*

R2: *Pues yo pienso que con los amigos con los que se junta uno, porque yo tuve muchos amigos en diferentes estados, pero de una condición muy... ahora sí que un poco más baja. Eran los que me incitaban a tomar. Tomaba cada quince o cada ocho días; pero a ella le molestaba que uno tome, porque...*

R: *...pues no llegaba.*

R2: *...como antes dependía (trabajaba en relación de dependencia), estaba en un trabajo y con los amigos nos íbamos de viernes social y nos seguíamos hasta el lunes. El lunes ya venía a verla a ella y eso no le pareció. Pero mis padres me hicieron entrar al carril otra vez. Incluso ella durante un tiempo mantuvo mucha relación con mi mamá, que en paz descansa. Ella toda la vida la guió.*

P: *Porque usted es una mujer muy fuerte, ¿verdad? Usted dijo, “con alguien que tome y me esté diciendo cosas, ni hablar”.*

R2: *Pues bastante fuerte en todos los aspectos, porque ha sido una mujer que prácticamente me sacó a flote. Porque cuando uno agarra el vicio ya es malo. Se pierde todo. Se deshace la familia.*

P: *Pues escogió usted bien, ¿verdad?*

R2: *Bastante bien.*

R: *Luego hay mujeres débiles...*

R2: *Porque de tres años que ella se fue para el despacho, hemos subido un poco. Inclusive estamos adaptando esto para ver si entramos en sociedad, o como renta.*

P: *O sea que ha tenido sus dificultades...*

R2: *Cuando nos decidimos a trabajar y a sacar a los hijos adelante, también; ahorita el problema es Ángel, que lo tenemos que sacar a flote. La otra niña, Rosalba, ya se recibió de secretaria comercial; Inés de enfermera y Verónica va a entrar a secundaria. Pero Ángel queremos que siga.*

P: *También es un buen aprendizaje para toda la familia el saber que uno puede salir adelante a pesar de haber tenido problemas.*

R2: *Yo me fijé esa meta, porque inclusive mi hermano mío falleció de alcohólico y lo abandonaron su mujer y sus hijos. Lo trataron demasiado mal. Entonces yo vi eso y me propuse salir adelante.*

P: *Y además escogió usted una mujer que dijo “esto no te lo aguanto”.*

R2: *Cuando nos separamos me dijo “hasta hoy me aguanto; si sigues así ya no”. Entonces yo me recuperé. Nunca fui a Alcohólicos Anónimos, porque no soy partidario de eso, ni fui a jurar, como muchas personas acostumbran jurar ante mía imagen, ante un santito. Pensé que tenía fuerza de voluntad y lo iba a demostrar. Prácticamente ya no tomo. Cuando hay una fiesta, alguna ocasión, o algún cliente importante que viene y vamos a comer, tomamos unas copitas pero más ya no.*

P: *¡Qué maravilla! Lo felicito porque es muy difícil salir así.*

R2: *Mucha gente, a nivel familiar, pregunta cómo le hice. Fuerza de voluntad, porque como provenimos de una familia de escasos recursos, a todos les he demostrado que podemos seguir adelante. A mis hijos también les he dicho, que así como yo les puse el ejemplo, me tienen que demostrar que tienen capacidad para hacer de su vida algo útil.*

En el relato, el esposo es el que más interviene; hubo fuertes conflictos entre los cónyuges, incluso separación, debido al alcoholismo del marido. Se podría decir que su “fuerza de voluntad” lo sacó a flote, como lo declara; es posible que haya sido algo más: esposa enérgica ante el problema, padres solidarios, y sus hijos que, según sus palabras, lo impulsaron a alejarse del alcohol. La esposa reitera: efectivamente hubo problemas, pero pudieron salir adelante porque se lo propusieron. Este testimonio ejemplifica, entre otras cosas, la existencia de coaliciones cambiantes entre los cónyuges con la finalidad de sacar los hijos adelante, límites adecuados entre los subsistemas y con la familia de origen.

Testimonio 3 - Familia 11.611 - Hijos: 10 vivos, 1 muerto

P: *Me estaba diciendo el joven que usted tiene 11 hijos.*

R: *Sí.*

P: *¿Cómo se llamaba su hijo? (el que murió)*

R: *Alfonso.*

P: *Y dígame, ¿hace cuántos años vivió su hijo?*

R: *Como 24 años más o menos.*

P: *¿Murió de un año?*

R: *De 9 meses.*

P: *¿Usted trabajaba entonces?*

R: *No; estaba yo en la casa. Yo nunca he trabajado.*

P: *¿Su marido trabajaba?*

R: *Sí; yo vendía fruta.*

P: *¿Y dónde vendía usted fruta?*

R: *Por Tacubaya, rumbo a Bellavista.*

P: *¿Y su marido en qué trabajaba?*

R: *Era lavandero.*

P: *¿Y él salía de casa?*

R: *Sí.*

P: *Vendía fruta porque le gustaba, ¿o porque lo necesitaba?*

R: *Para ayudarnos.*

P: *¿Cuántos eran entonces?*

R: *Cuando yo vendía éramos como ocho.*

P: *¿Empezó usted a vender cuando tenía ya como ocho hijos?*

R: *Sí.*

P: *Antes de que muriera Alfonso, ¿como cuántos años antes había usted empezado a vender fruta?*

R: *Ya estaba vendiendo cuando el niño murió. De allí le dieron jicama.*

P: *¿Quién le dio?*

R: *Uno de sus hermanitos. Ya ve que de chiquitos todos se convidan y le dieron. De allí le empezó la infección.*

P: *¿Eso le dijeron en el hospital?*

R: *No; nosotros vimos y de allí empezó con la diarrea.*

P: *¿Y cuando empezó con la diarrea usted lo llevó al médico?*

R: *Sí; me dijeron que el niño se tenía que internar porque así no se me iba a componer. No quise dejar y lo tuve como un mes. Ví que siguió malito y lo tuve que llevar a internar. Ya de allí ya no lo saqué. Allí murió.*

P: *¿Y por qué no lo quería dejar usted internado?*

R: *Yo antes era muy miedosa. Creía que mi hijo se iba a morir, y a la mera hora se murió. [...]*

P: *¿Y cómo se llevaba usted con su suegra?*

R: *Pues nos peleábamos mucho porque no me quería ella.*

P: *¿Y usted le contestaba?*

R: *Sí.*

P: *Y cuando usted se peleaba con su suegra, ¿qué hacía su marido?*

R: *Pues él no me daba lado a mi ni a ella.*

P: *¿Y usted qué sentía con eso?*

R: *Pues feo...*

P: *¿Y se peleaba usted con él o no le decía nada?*

R: *Me quedaba callada. [...]*

P: *Entonces, durante la época en que se enfermó Alfonso tenía usted cinco niños y toda la carga y además vender fruta afuera. ¿Y cuánto tiempo trabajaba su esposo?*

R: *Trabajaba desde las siete para salir a las tres.*

P: *¿Y luego se quedaba ya en casa?*

R: *Sí; ya descansando.*

P: *¿Y cómo se llevaba su marido con los chicos?*

R: *Pues los sobrellevaba.*

P: *¿Era estricto?*

R: *Era enérgico. Los regañaba mucho.*

P: *Por ejemplo, ¿qué quería que hicieran?*

R: *No sé, que les llamara la atención porque los niños se asustaban.*

P: *¿Y usted qué hacía?*

R: *Pues me quedaba callada. ¡Quién se va a meter!*

P: *Usted lo respetaba que fuera enérgico. ¿Y obedecían los chicos? ¿Sentía usted que la ayudaba?*

R: *Sí.*

P: *¿Pero usted era más consentidora o también era enérgica?*

R: *No; yo estaba con el coraje por dentro de ver cómo les pegaba pero me quedaba callada.*

P: *¿Y cuando él se iba usted los apapachaba?*

R: *Pues no; ya llegaban y me hablaban y se les olvidaba. Yo ya no les recordaba nada.*

P: *¿No platicaba usted con ellos sobre su coraje?*

R: *No.*

P: *¿Y con quién platicaba usted de esto?*

R: *Con nadie.*

P: *¿Ni con su mamá?*

R: *No; porque mi mamá siempre ha vivido aparte.*

P: *¿Pero cuando iba usted a verla?*

R: *Nunca le decía yo nada a mi mamá.*

P: *Y cuando pasó todo esto, con la enfermedad de Alfonsito, ¿cómo se comportó su marido? ¿Le dio tristeza o se enojó con usted?*

R: *Dijo que a ver si tenía yo más atención con la fruta.*

P: *¿O sea que todos se enojaron con usted?*

R: *Nomás él.*

P: *¿Su mamá también se enojó?*

R: *Sí.*

P: *¿Y quién le dio apoyo?*

R: *Nadie; yo allí llorando y nadie me ayudó. Yo llorando por mi niño: ya qué me quedaba.*

“Ya qué me quedaba”, pues, ¿cuál era su apoyo? Su marido golpeador, su suegra interviniendo, su miedo, su coraje. El desenlace que no quiso pero que imaginó, ocurrió. La conflictividad y el aislamiento de la mujer refuerzan la idea de una dinámica familiar difícil, sin ningún estímulo para la madre. El testimonio presenta claramente el tipo de familia cuyos límites son disfuncionales –indiscriminados con una de las familias de origen e impermeables con la otra– la jerarquía clara pero rígida gira en torno al autoritarismo paterno y se encuentran en esta familia conflictos estereotipados. La mujer vivió la experiencia de la muerte de su hijo bajo la acusación de irresponsabilidad y sin apoyo alguno.

Testimonio 4 - Familia 1.228 - Hijos: 7 vivos, 1 muerto

P: *Entonces le ayudó una partera, ¿y nació bien?*

R: *Pues nació aparentemente sano, pero después ya nos dimos cuenta que tenía problemas.*

P: *¿Cuándo se dieron cuenta?*

R: *Pues hasta que tuvo la edad en que tenía que enderezarse, como todos los niños, y él no.*

P: *¿Fue allí cuando se dio cuenta que algo le estaba pasando a ese niño?*

R: *Sí. Entonces ya empezamos a ir al doctor.*

P: *¿Y qué le dijeron?*

R: *Me dijeron que si yo me había preparado para el embarazo, que si había tenido atención. Les dije que yo nunca había ido al doctor. Según el doctor el niño había nacido descalcificado porque yo estaba anémica y no me vitaminaron ni nada.*

P2: *¿Y ya se habían cambiado para Puente de Ixtla?*

R: *No; nos fuimos después que murió el niño.*

P: *¿Entonces todo el tiempo lo atendió algún médico de por aquí cerca?*

R: *De México.*

P: *¿Adónde lo atendían?*

R: *Pues la primera vez fui con mi suegra con un médico con el que ella llevaba a sus niños, mis cuñados y después lo llevamos con otro médico que nos dijeron que era muy bueno. Pero el niño ya no reaccionó.*

P: *¿Y quién la acompañaba cuando iba al médico?*

R: *Mi suegra. Mi esposo estaba trabajando fuera.*

R2: *Sí; yo estaba trabajando y venía nada más.*

P: *¿Dónde vivía usted?*

R2: *Yo estaba trabajando en Cuernavaca.*

P2: *¿Usted trabajaba en la estación del ferrocarril?*

R2: *Sí; trabajaba allí.*

P: *¿Y usted vivía solita en la caseta?*

R: *Sí; yo vivía solita con mi niño.*

P: *¿Y cómo se sentía?*

R: *Pues me había yo acostumbrado a estar sola. No me sentía triste ni me sentía sola. Me sentía bien. Lo único que cuando se me enfermaba el niño tenía yo que correr a casa de mi suegra.*

P: *¿Y entonces finalmente el niño se murió? ¿Usted estaba sola cuando se murió?*

R: *Estábamos los dos.*

P: *¿Porque era fin de semana?*

R: *No; porque era 16 de septiembre.*

P: *¿Y qué pensó usted de la enfermedad y la muerte del niño?*

R: *Después me arrepentía yo de no haber ido al doctor. Pero yo me sentía bien; nunca tuve ninguna molestia. De ninguno de mis hijos tuve nada de mareos ni ascos, lo que es normal en una mujer embarazada. Mejor ahora me ando mareando. [...]*

P: *¿Y para los permisos? Porque ustedes tienen hijos ya grandes y otros jóvenes y niños.*

R: *Cuando los hijos piden permiso, nos hemos puesto de acuerdo de no negarlo. Simplemente hablamos y les pedimos que nos digan la verdad.*

R2: *Porque de otra manera, si no les damos el permiso, ellos se lo toman y no sabe uno para dónde fueron. Así con el permiso nos dicen con quién van y adónde.*

P: *¿Y ese es el sistema de ustedes, que se platican las cosas primero?*

R: *Entre él y yo, y luego platicamos con los hijos. Le he dicho que cuando yo los regañe él no intervenga y no se meta. Y cuando él los regañe, aunque me duela, yo no me meto.*

R2: *Es que sí se siente. Se siente uno mal.*

R: *Pero si él los regaña y yo lo defiendo, el hijo se siente apoyado y ya no hace caso. Y así no; porque, aunque sienta muy feo, yo no me meto. Yo no les pego.*

R2: *Yo sí les pego, pero es que en ocasiones no entienden. Se les habla, primeramente. Pero hay veces me veo obligado a llamarles la atención de otra manera. Muchas veces los hijos salen malos de por sí; pero todo depende de nosotros los padres. Debemos tener a los hijos más o menos controlados para evitar que anden haciendo males. Yo soy enemigo de que ellos hagan perjuicios a los vecinos, porque nosotros como vecinos, debemos de cuidarlos. Otras gentes de fuera no van a venir a cuidarlos. Aquí tenemos que cuidarlos unos a los otros. A mis hijos yo les he dicho que ellos no deben tener malas amistades.*

En el relato no se trasluce conflictividad familiar. Lo que se trasluce es cierto autoritarismo del padre y negligencia para no llevar al niño con los servicios adecuados. Sobre esto, llama la atención que en ningún momento se cuestiona la mujer si era *ella* la que debió llevar a su hijo enfermo con el médico: es un hecho, ella tenía que haber resuelto el problema, se ha arrepentido de cómo lo manejó. Sin embargo, ella estaba allí en la caseta del ferrocarril “solita”, poniéndose en actividad con la emergencia de la crisis de su hijo. La jerarquía es clara pero rígida, al parecer los límites son selectivamente permeables con una de las familias de origen, mientras que las coaliciones,

fundamentalmente padre-madre se ponen en funcionamiento para la educación de los hijos.

Testimonio 5 - Familia 0187 - Hijos: 3 vivos, 4 muertos

P: *Entonces tuvo usted una serie de años en la cual sus hijos murieron, ¿verdad? Uno tras otro... ¿Era cuando estaba usted en el terreno?*

R: *Dos murieron allá. Y luego otros dos murieron cuando estábamos en Coyoacán.*

P: *¿También estaban cuidando algún terreno?*

R: *No; estábamos en una vecindad. Allí sí estábamos rentando. Allí murieron dos.*

P: *¿Y había médico cerca? ¿Por qué dice que con su niño de tuberculosis veía usted al doctor?*

R: *Pues sí. La niña casi no duró pero la llevé también al doctor y le dieron medicina, pero ya no se pudo.*

P: *¿O sea que primero estaban viviendo en Coyoacán, rentando? ¿Y luego se pasaron al terreno?*

R: *Sí; toda la familia.*

P: *O sea que mientras estaba teniendo esa mala racha, tenía usted a su mamá...*

R: *Sí; todo el tiempo hemos estado juntos.*

P: *¿Y cuando estaba pasando por esa época, tenía a sus hijitos mayores ya grandecitos?*

R: *Sí; a Antonia, a Sergio, a José Luis.*

P: *¿Ellos la ayudaban con los niños?*

R: *Se iban a la escuela; en ese tiempo casi no salía yo, porque estaban chiquitos, hacíamos los arreglos de la flor y no salía yo de la casa.*

P: *¿Y estaba su marido con usted?*

R: *Sí; estaba conmigo.*

P: *¿Y cómo se llevaba su marido con sus papás?*

R: *A veces se enojaban, luego la llevaban bien; a veces se peleaban. Entonces, mejor decidió irse.*

P: *¿Y cuándo se fue?*

R: *Hace como siete años.*

P: *¿Se peleaba duro, o más o menos suavemente?*

R: *No; sí se enojaba.*

P: *¿Qué hacía cuando se enojaba? ¿Era regañón?*

R: *Pues luego me pegaba. Hubo una ocasión en que él le pegó a mi papá.*

P: *¿Tomaba su esposo?*

R: *Sí; sí tomaba.*

P: *¿Él era de aquí de México?*

R: *No; también es de Guanajuato.*

P: *¿Lo conoció usted aquí?*

R: No; allá. En el año que nos vinimos, nos casamos. Estuvimos aquí, nos fuimos como un año y luego regresamos. Por eso mi mamá hace la cuenta que son 33 años.

P: Entonces tuvo usted primero unos años más o menos tranquilos con su marido, ¿no?

R: No; desde que nos casamos fue muy celoso. Me regañaba por todo y nunca me dejaba salir a la calle. En fin, tenía muchas cosas.

P: Cuando su esposo le pegaba a usted, ¿qué hacían sus papás?

R: Pues se enojaban; se daban cuenta. Hubo un tiempo que nos salimos de aquí y nos fuimos al Cerro de Iztapalapa. Allá me fui a rentar un cuarto, mero arriba del cerro.

P: ¿Eso fue antes de que murieran sus niños?

R: Tenía yo apenas el primero. Él, tres días llegaba a la casa y tres días no llegaba. Siempre yo me quedaba sola con el niño.

P: ¿Y diría usted que la época tan dura en que murieron sus niños, se estaba llevando igual con su marido, o un poco peor?

R: Siempre he tenido dificultades.

P: Y cuando se morían sus hijos, ¿él que hacía?

R: Él nada más se dio cuenta de dos. A veces tenía dinero y a veces mi mamá lo ayudaba para llevarlos a enterrar.

P: ¿Y se enojaba él?

R: Decía que yo no tenía cuidado. Me regañaba.

P: Porque fueron casi todos juntitos, ¿verdad? Tiene que haber sido muy duro para usted.

R: Casi todos.

P: Y dígame, ¿usted diría que las peleas que había, eran más bien cuando estaba su marido?

R: Sí; porque ahora ya estamos tranquilos.

P: ¿Y ya nunca se ha aparecido?

R: No; ya no.

P: ¿Y sus hijos lo quieren ver, o no?

R: Pues no; porque el otro día dijeron mis hijos que ellos o mi marido. Si tú quieres a tu marido, nosotros nos vamos de la casa. Yo creo que no están de acuerdo ellos que yo me junte con él.

P: ¿Y a usted le gustaría?

R: No; yo creo que ya no. Ya no me sentiría como me siento ahorita: tranquila. Yo trabajo, y lo poco que gano se los traigo a mis hijos. Y luego para estar peleando otra vez...

P: O sea que tuvo usted una vida matrimonial muy difícil.

R: Sí.

P: ¿Y no nota usted ninguna diferencia entre cuando estaban muriéndose sus hijos, los cuatro que murieron, que era más difícil entonces?

R: Igual. Desde que empecé hasta ahorita que ya... [...]

P: O sea que en realidad usted siempre ayudó a la casa mucho, ¿no?

R: Haciendo lo de las flores... Cuando se fue mi marido ya salí a trabajar.

P: O sea que él se fue cuando estaban todavía en el terreno.

R: Él ya no vivió aquí.

P: *Me dice usted que cuando estaban en el terreno, la fuente de peleas era más bien él. ¿Había mucha intranquilidad?*

R: *Sí, que ya mero venía. El miedo de mis hijos y el miedo mío.*

P: *¿Había mucho miedo? ¿Quizás su hijo, el que se perdió, tenía mucho miedo?*

R: *Exactamente. [...]*

P: *¿Usted tendía a regañarlos fuerte a sus hijos, o era más bien su marido?*

R: *Es que, mire, cuando en el terreno se iba a meter con unos vecinos y nunca lo saqué yo de allí. Yo le pegaba y como empezaba yo a trabajar en un restaurant, salía yo a la una de la mañana y el niño estaba con los vecinos. Iba yo a sacarlo de con los vecinos a las dos de la mañana. Como eran puras mujeres allí, también el señor de esta señora se fue cuando se fue el mío. Se pusieron de acuerdo y se fueron.*

P: *¿Los dos se fueron?*

R: *Los dos en el mismo mes se fueron. Entonces el niño se iba a jugar para allá. Después no lo sacaba de allí. A veces faltaba a la escuela y me lo escondían. Un día lo fui a buscar y estaba escondido debajo de la cama. Nunca me quería dar razón esa señora. Y nunca me dio razón, porque todavía varios vecinos vieron que entraba el niño a casa de ellos.*

El relato resalta dos aspectos principales de una dinámica familiar difícil: la violencia y el abandono del esposo. Al parecer, nunca tuvo tregua en cuanto a la conflictividad en su matrimonio; casada muy joven, la señora tuvo cuatro pérdidas seguidas de las cuales su marido solo se enteró de dos. Aquí, el factor principal distinguible es el conflicto permanente entre los cónyuges, pero por otra parte es obvio el aislamiento de esta familia. El abandono recurrente del marido hasta su total desaparición es un factor que impide discernir el tipo de jerarquías; puede interpretarse como un modo jerárquico rígido en presencia del marido, pero, ¿en su ausencia? Las coaliciones fueron, y siguen siendo, estereotipadas, intergeneracionales entre madre e hijos, formadas alrededor del miedo ante la posibilidad de la llegada del padre.

Testimonio 6 - Familia 0257 - Hijos: 4 vivos, 3 muertos

P: *¿Y su anterior marido por dónde está? ¿Lo ve a veces? ¿Sus hijos lo ven?*

R: *Sus hijos sí lo ven.*

P: *¿Él tiene otra familia?*

R: *No sé decirle.*

P: *¿Sus hijos no le cuentan?*

R: *No.*

P: *¿Ellos se arreglan solitos para verlo?*

R: *Sí.*

P: *¿La ayuda económicamente?*
R: *No.*
P: *¿Eso fue así desde que ustedes se separaron?*
R: *Sí.*
P: *¿Y ustedes por qué se separaron?*
R: *Pues por problemas que luego pasan y luego son más y más.*
P: *¿Ya había dificultades con su exmarido?*
R: *Sí; porque desde que estaba Pepe muy chiquito me iba a dejar.*
P: *¿Por qué?*
R: *Yo no supe el motivo. Después me enteré por un hermano de él que era lo que pasaba, por qué me iba a dejar.*
P: *¿Quién le preguntó?*
R: *Una cuñada me preguntó a mí. Todo esto lo ignoro yo.*
P: *¿Entonces usted se enteró por su cuñada que él tenía deseos de dejarla?*
R: *Sí.*
P: *¿Y usted lo comentó con él?*
R: *Sí; le pregunté que si era cierto lo que me había dicho su hermana. Que me dijera y lo llevara a cabo.*
P: *¿Y él que le dijo?*
R: *Que no era cierto.*
P: *¿Y usted qué sospechaba que le pasaba?*
R: *Desde que yo estaba embarazada de Pepe él me decía que tenía a otra mujer y que tenía una niña.*
P: *¿Desde antes de conocerla a usted?*
R: *Pues pienso que sí.*
P: *¿O la niña era más o menos de la edad de Pepe?*
R: *Parece que era más grandecita.*
P: *¿Pero vivía con usted?*
R: *Sí.*
P: *¿Y a veces se iba los fines de semana para la otra casa?*
R: *Se salía y luego regresaba.*
P: *¿Siempre iba a dormir a su casa?*
R: *Sí, siempre.*
P: *Entonces desde el principio de esa relación las cosas no andaban del todo bien...*
R: *A veces aparentaban ser normales.*
P: *¿Había momentos más difíciles? ¿Peleaban mucho?*
R: *Sí; sobre todo su familia de él influyó mucho.*
P: *¿Por qué?*

R: *Porque su familia de él yo pienso que están hechas a la antigüita. Parecía que él en un principio tenía una novia que su familia quería mucho y querían que se casara con esa chica.*

P: *¿Ustedes vivían cerca de la familia de él?*

R: *Sí. En la misma colonia. Pero él frecuentaba a su familia a diario. Para separarnos influyó mucho su familia de él.*

P: *¿Él siempre estuvo más ligado a su familia que a usted?*

R: *Y hasta la fecha lo está.*

P: *¿Para aquel entonces usted trabajaba o solo se ocupaba de sus hijos?*

R: *Bueno; por lo mismo de los problemas, aparentemente me ocupaba nada más de la casa, pero a escondidas de él me iba a trabajar.*

P: *¿Y de qué trabajaba?*

R: *Lavando y planchando, en casas pues.*

P: *¿Y quién le cuidaba a sus hijos?*

R: *A lugares donde los podía llevar, pues me los llevaba y adonde no, pues los dejaba encargados con alguna vecina.*

P: *¿Había alguna vecina más amiga suya, o con distintas vecinas?*

R: *Con una nada más.*

P: *Entonces se embarazó de María de los Ángeles. Y cuando se embarazaba, ¿su esposo estaba de acuerdo con los embarazos, él quería tener hijos? ¿Los aceptaba con cierta dificultad?*

R: *No; pues no decía nada. Ya estaba embarazada y ya.*

P: *¿Y se ocupaba de los hijos, era cariñoso a veces?*

R: *Pues muy rara vez.*

P: *Entonces se embarazó de esta niña y, ¿los problemas estaban más difíciles o más fáciles?*

R: *Más difíciles; cada vez más difíciles.*

P: *Esta niña nació y, ¿falleció a los dos años y medio? ¿De qué murió?*

R: *Pues empezó a estar enferma de vómito y diarrea.*

P: *¿Y usted qué hizo?*

R: *Pues como las cosas andaban muy mal, tanto con los problemas como económicamente, la llevamos al doctor pero no pudimos comprar el medicamento que le habían mandado y después me avisaron que la llevara al Infantil. Y falleció en el Infantil.*

P: *O sea que usted la llevó a un médico particular y el médico le recomendó un medicamento y usted no se lo pudo comprar y poco después la internaron.*

R: *Después de unos dos o tres días.*

P: *¿Quién le dijo que la internara?*

R: *La madrina de la niña. Bueno; no me dijo que la internara, sino que la llevara al Infantil.*

P: *¿Y así falleció?*

R: *Sí.*

P: *¿Y cuando la llevó la acompañó alguien o se fue usted solita?*

R: *Fui sola.*

- P: *¿Su exmarido se enteró?*
- R: *Se enteró ya que estaba la niña internada.*
- P: *¿La iba a visitar?*
- R: *No permiten verlos; nada más iba a ver el reporte.*
- P: *¿Y la atendieron bien, tiene alguna queja de cómo la atendieron, de la información que le daban?*
- R: *Pues como es en general que se forma uno para que den el reporte, en especial no le informan a uno cómo esta. Sacan las hojas y dicen que está muy grave, grave o delicado, o probablemente ya lo den de alta. A la niña me la habían reportado delicada. Incluso el día que me avisaron que ya había fallecido, yo llegué con la ilusión que era probable que ya me la entregaran. Le había llevado su ropa.*
- P: *¿Y usted siempre iba solita?*
- R: *Sí.*
- P: *Cuando le dijeron que había fallecido, ¿usted solita hizo todos los trámites?*
- R: *Como fue domingo, no se pudo hacer nada ese día.*
- P: *¿Y después?*
- R: *Al otro día anduvimos los dos arreglando.*
- P: *¿Y entonces esto realmente agravó más la relación entre ustedes?*
- R: *En realidad las cosas iban peor. [...]*
- P: *Y finalmente, entonces, ¿cómo fue que decidieron separarse? ¿Qué es lo que pasó?*
- R: *Pues las cosas iban cada vez más mal.*
- P: *¿Quiere decir que tenían más pleitos, o que él estaba cada vez más lejos?*
- R: *Eran más pleitos. Luego ya eran golpes.*
- P: *¿Quién golpeaba a quién?*
- R: *Pues a veces los dos nos golpeábamos, claro que él siempre ganaba.*
- P: *¿Usted también respondía?*
- R: *Es que se termina la paciencia, hasta que él decidió irse. [...]*
- P: *¿Y su mamá era testigo de la relación de ustedes? ¿Ella qué le decía?*
- R: *Pues a veces sí se daba cuenta y a veces no.*
- P: *¿Qué le decía su mamá, le aconsejaba algo?*
- R: *Pues me decía que tratara de sobrellevarlo.*
- P: *¿Que le tuviera más paciencia?*
- R: *Todos esos consejos que dan las mamás.*
- P: *¿Y ella se ponía de parte de quién?*
- R: *De parte de él.*
- P: *¿Por qué?*
- R: *Le llegó a querer tanto como si fuera su hijo.*
- P: *¿Y todavía lo sigue viendo?*
- R: *No.*

P: *¿Entonces usted no se sentía muy apoyada por su madre?*
R: *No.*
P: *¿Se enojaba con su madre?*
R: *No.*
P: *¿Fue siempre así, desde que usted estaba muy chiquita?*
R: *Pues como estábamos en provincia, no le da uno tanta importancia.*
P: *¿Pero aquí sí?*
R: *Aquí sí.*
P: *¿Cómo fue que decidieron separarse? ¿Un buen día él se fue, usted lo corrió?*
R: *No; él solo se fue.*
P: *¿Le avisó que se iba?*
R: *Sí; dijo que ya se iba.*
P: *¿Y se llevó todas sus cosas?*
R: *Sí; al instante sacó todas sus cosas. [...]*
P: *¿Y entonces ahí se quedó bastante más deprimida? ¿Y tenía a alguien con quien hablar, con quién comentar sus cosas?*
R: *No.*
P: *¿Alguna amiga, alguna vecina, con su cuñado?*
R: *Ya al último casi no los frecuenté a ellos. Fui a ver a mi mamá y se puso de parte de él.*
P: *¿Por qué?*
R: *Dijo que yo tenía la culpa, porque yo tenía la culpa.*
P: *¿Cuál era su culpa?*
R: *Que porque yo no lo sabía entender, que él llegaba cansado de trabajar y yo no lo entendía. Que si llegaba enojado no le hiciera caso. Que no diera importancia.*
P: *Y cuando él llegaba cansado o enojado, ¿usted qué hacía?*
R: *Pues trataba de no darle importancia.*
P: *¿Pero usted se ponía enojada y allí empezaban a pelear?*
R: *Sí.*

La señora se casó a los 16 años por primera vez. De ese matrimonio tuvo 6 hijos, de los cuales se le murieron 3, del tercero al quinto. La dinámica en la época del fallecimiento de sus hijos no podía ser más problemática: pleitos constantes con su marido, después golpes, insultos “cada vez más”. La familia del esposo en su contra y su madre también. Con ferocidad, la mujer cuenta su experiencia, narrada prácticamente sin circunloquios o exposiciones, de manera tajante como si quisiera olvidar la época difícil cuando perdió a sus hijos.

Los testimonios aquí transcritos tratan de mostrar objetivamente la variedad de situaciones que viven las familias entrevistadas y la variedad de respuestas que se estructuran. Pero, por sobre todo, se intentó mostrar cómo

operan “en la práctica”, en el relato, las variables que seleccionamos para caracterizar a las familias. Resulta difícil hacerlo con “pedazos” de relato pero sería imposible presentar toda la entrevista¹. Sin embargo, los testimonios y los datos cuantitativos apuntan en la dirección de la hipótesis: parece evidente que existen diferencias notables entre los tres grupos de familias.

¹ Hay que hacer notar que el promedio de extensión de cada entrevista una vez transcrita es de 50 páginas, habiendo algunas que superan las 70.



Capítulo 3

Presencia y ausencia de redes sociales

El papel de las redes sociales o redes de intercambio es de fundamental importancia para el estudio de la mortalidad infantil en las familias de escasos recursos. Para ellas, las redes son, frecuentemente, la única posibilidad de ayuda con que pueden contar y el único soporte para aligerar las pesadas cargas de la vida cotidiana.

La literatura –que es relativamente reciente en ciencias sociales– sobre el tema, muestra que la noción de “redes” es aplicable a fenómenos muy diversos, que abarcan desde “una serie de interacciones espontáneas que pueden ser descritas en un momento dado y que aparecen en un cierto contexto definido por la presencia de prácticas más o menos formalizadas”, hasta “el intento de organizar esas interacciones de un modo más formal, trazándoles una frontera o un límite, poniéndoles un nombre y generando así, un nuevo nivel de complejidad, una nueva dimensión” (Pakman, 1995), lo que para nosotros se acerca más bien al concepto de organizaciones civiles. Más aún, este rango de fenómenos es visto como un proceso continuo, a través del cual “conversaciones y prácticas más o menos desordenadas, en ámbitos no necesariamente unívocos y, a veces, hasta contradictorios, empiezan a producir lenguajes para dar cuenta de cierto ámbito de actividades humanas” (Pakman, 1995).

Desde el punto de vista del individuo, algunas corrientes de terapia familiar han definido a la “red social significativa” como aquel “conjunto de seres con quienes interactuamos de manera regular, con quienes conversamos, con quienes intercambiamos señales que nos corporizan, que nos hacen reales” (Sluzki, 1996) y cuya razón de ser más frecuente es el “apoyo social”.

Se ha definido también a las redes sociales como una interacción entre “iguales”, por oposición a las relaciones que se dan en sistemas de organización jerárquico-piramidales, que pueden darse tanto fuera como dentro de esos sistemas, afirmando incluso que “las redes informales cumplen un papel

fundamental de mediación socio-organizacional y recreación del tejido social, en los procesos de mutación histórico-social” (Motta, 1995).

En todo caso, el concepto de “red social” está permeado por la informalidad del intercambio y permite distinguir las características del apoyo que se da y se recibe espontáneamente en las comunidades humanas². Pero las redes que constituyen el foco de interés de este estudio, no se equiparan ni a los intercambios espontáneos más o menos desarticulados entre las personas, ni tampoco a relaciones formalizadas como las que se dan entre organizaciones civiles o al interior de ellas.

Son particularmente relevantes para nuestros propósitos, aquellos aspectos de las redes sociales que directa o indirectamente se relacionan con la disminución o el incremento de los riesgos asociados a las muertes infantiles en las familias. Al respecto, las de mayor peso en estos sectores son las relaciones informales de apoyo y, entre ellas, las articuladas alrededor del parentesco, que pueden ampliarse a amigos y vecinos. Una característica que hace especialmente efectivos a los intercambios en estos grupos, es la estabilidad de las redes, en la medida en que la “predictibilidad de la ayuda es un recurso organizador de la vida y estrategias de la familia” (Ramos, 1981).

En este capítulo se intentará evidenciar cómo las redes estructuradas, permeables y continuas son los elementos que permiten a muchas familias desarrollar de mejor manera su vida cotidiana y que, si bien no participan en la “producción” de las muertes infantiles sí evitan que enfermedades y accidentes tengan desenlaces fatales. Además, intentaremos mostrar que el concepto de “red social” contribuye a ensanchar nuestra comprensión acerca de la complejidad de los intercambios solidarios en las comunidades humanas.

Elementos conceptuales y metodológicos: intercambio y solidaridad social

Desde la década de 1950 ha habido un creciente interés, tanto de la sociología como de la antropología, por comprender la importancia del intercambio solidario entre personas –o intercambio informal– como factor que permite

² Lomnitz utiliza el concepto de red de intercambio recíproco en cuanto a la importancia económica que reporta reforzándola con instituciones informales como el parentesco, vecindad, compadrazgo y amistad masculina, las cuales se adaptan a la situación urbana y se integran a una ideología de ayuda mutua (Lomnitz, 1975).

el desarrollo de una gran cantidad de actividades cotidianas y que facilita una inserción más eficaz de individuos y familias enteras en el sistema productivo, constituyéndose en “estrategia” para una mejor supervivencia.

A partir del estudio clásico de Elizabeth Bott (1971)³, las investigaciones sobre distintos problemas sociales que emplean el concepto de “red social” han avanzado en su poder descriptivo y lo han convertido en un concepto heurístico de primera importancia para la explicación de una variada gama de dinámicas sociales, entre las que se encuentran la de la familia y la de su entorno social próximo.

Las conceptualizaciones que se han dado al término “red” son variadas y polisémicas: no todas quieren decir lo mismo, ni poseen el mismo alcance teórico o empírico. En general, se usa el término para designar situaciones donde se visualizan intercambios no institucionalizados. Se trata de denotar acciones e interacciones de individuos y de grupos que permiten –a esos individuos o grupos– hacer frente común a un gran número de problemas de la vida diaria: cuidado de la prole, crisis en la economía familiar, ayuda en caso de emergencias, soporte moral en caso de accidentes o desgracias, etcétera⁴.

En términos generales, se puede decir que el funcionamiento de las redes de ayuda mutua e intercambio dentro de un grupo o clase social determinada opera bajo ciertas condiciones, tales como la cercanía física; la confianza (capacidad y deseo de entablar una relación de intercambio); la voluntad de cumplir con las obligaciones implícitas en dicha relación y la familiaridad mutua para descartar la posibilidad de ser rechazado. Para Lomnitz, una condición básica para establecer una relación de confianza es la igualdad de carencias entre los contrayentes de la relación (Lomnitz, 1975).

Este intercambio de bienes y servicios no es igual a través del tiempo ni en términos de cantidad; en este sentido es que se habla de intensidad del intercambio entendido como “la medida del flujo recíproco de bienes y servicios, tanto en cantidad y frecuencia como en su valor social en un intervalo de tiempo dado” (Lomnitz, 1975). Las redes no son estructuras fijas sino dinámicas, compuestas más por funciones que por personas que las desempeñen de una manera permanente. En una familia concreta, por ejemplo, una abuela puede “funcionar” o

³ El estudio fue publicado originalmente en 1957 y reeditado en 1971 con un amplio capítulo de “reconsideraciones”.

⁴ En el campo de la salud pública y de la epidemiología, se ha declarado frecuentemente el lado “benéfico” de la existencia de soportes sociales en la salud. Véase el interesante artículo de Franks, 1992. Los autores destacan la importancia del funcionamiento familiar, más que la relación social externa, para evitar o producir síntomas depresivos.

no como parte de la red de apoyo, o hacerlo solo en algunas etapas de la vida, y no formar parte de la red solo por pertenecer al entorno de la familia.

Aunque existan ciertas bases para que el intercambio se realice entre las redes, estas no operan de manera homogénea en el interior de las familias de un mismo grupo social. Incluso donde existe cierto intercambio, ello no necesariamente implica la presencia de altos grados de reciprocidad y correspondencia, así como de armonía entre los miembros, ya que la estructura y dinámica de cada familia imprime matices y diferencias a su comportamiento.

En este sentido, la literatura suele ensalzar los aspectos positivos de la red, evocando con esta metáfora nociones como las de “sostén en las caídas” o “contención”, y olvidando que, en ciertas circunstancias, las redes pueden también convertirse en “trampas mortales”, como es el caso de redes presentes y actuantes, pero no en la dirección de proporcionar apoyo sino en la de agravar los riesgos, por ejemplo, allí donde hay parientes que aconsejan no hacer nada o no medicar cuando es necesario, o personal de salud que no informa o que no atiende adecuadamente, etcétera.

El establecimiento de las redes se debe a diversas circunstancias de carácter cultural; el más importante, no el único, es el *parentesco*, que se remite a la relación que se establece con las personas unidas por lazos de sangre, o bien por acuerdos jurídicos o extrajurídicos, sustentados en las normas sociales. Para Lomnitz, el parentesco significa una estructura cultural en la que los miembros comparten normas y valores, que a su vez guían el tipo de intercambio que se establece entre los parientes. Este intercambio se sostiene en obligaciones consabidas como el apoyo económico, la participación en las ceremonias familiares y la presencia social.

Sussman & Burchinal (1980) sostienen que, aunque las redes familiares se basen en el parentesco, también existe una apertura hacia la selectividad, pues cada sociedad tiene un sistema de parentesco específico, por lo que puede existir una mayor o menor importancia de las ligas genealógicas.

Asimismo, dentro de una cultura pueden existir ciertos mecanismos en los que se establecen redes sociales a partir de individuos que no pertenecen a la misma familia, otorgándoles un parentesco ficticio. Tal es el caso del *compadrazgo*⁵, la amistad y la vecindad.

Si bien el parentesco se constituye como la base más estable para el establecimiento de redes familiares, a medida que una sociedad se complejiza,

⁵ Lomnitz (1975) define el *compadrazgo* como el compromiso formal que se adquiere al contraer un conjunto de derechos y obligaciones que deben existir entre compadres, padrinos y ahijados. La principal cualidad se refiere al respeto, la cual es una combinación de afecto, admiración y distancia social.

al igual que las funciones familiares, las principales esferas de la vida social tienden a aislarse, lo que ocasiona que las relaciones sociales sean más complejas y la interacción entre las redes de parentesco no sea tan fluida, es decir, se convierten en “difusas y selectivas”. Además, en la medida en que los lazos de parentesco influyen menos en las actividades industriales, políticas, educativas, religiosas y recreativas, es cada vez menos probable que tales lazos originen relaciones sociales efectivas (Turner, 1980).

Esta dimensión –con quién se establecen las redes sociales– guarda relación con la lógica de los patrones normativos, donde se pone a prueba la personalidad del individuo, el grado de compromiso que este adquiere con los demás, la confianza desplegada en la relación y, en general, la disponibilidad de los miembros para interactuar entre sí.

Para entender cómo se da un efectivo establecimiento de redes, es preciso explorar con mayor nivel de detalle el *tipo de intercambio* entre los miembros. En términos generales, los bienes y servicios intercambiados en la red pueden clasificarse como sigue:

- 1) Información: como, por ejemplo, instrucciones para migrar, referencias sobre oportunidades de vivienda, trabajo o prestaciones de servicios, orientación para la vida urbana, consejos para realizar acciones.
- 2) Pecuniario y de otros bienes y objetos materiales, tales como, asistencia laboral, se refiere a la ayuda prestada a algún amigo, pariente o paisano⁶ para la obtención de un empleo o el entrenamiento en algún oficio; o préstamos monetarios o en especie herramientas, comida, prendas de vestir, etcétera.
- 3) Tiempo y espacio dados como servicios: alojamiento, comida, ayuda o asistencia a parientes ya sean niños, ancianos o enfermos (Oddone, 1991)⁷; construcción de vivienda, acarreo de agua, compras, etcétera.
- 4) Convivencia social y apoyo moral, amistad, compadrazgo y cuatismo; participación común en ceremonias y rituales.

⁶ Esta acepción es utilizada en el lenguaje popular cuando se hace referencia a un amigo que proviene del mismo lugar que uno, por lo que se comparten ciertas características que estrechan la relación entre las dos personas; ello va desde la vecindad en la que vivían, hasta el compartir a los mismos amigos, escuela, lugares de diversión, etcétera.

⁷ En este estudio se señala la importancia que cobran las redes de reciprocidad –así las llama la autora–, en el desarrollo de la vida cotidiana de los ancianos, que tiene que ver con esta etapa del ciclo de vida del anciano donde el amor y la obligación moral –reforzada por la expectativa social–, forman parte de tales intercambios y tal vez se den de mayor intensidad en la vejez.

- 5) Ayuda extraordinaria: cuando existen situaciones especiales donde se hace necesaria la ayuda como en las bodas, durante períodos de crisis, en las muertes, en los accidentes, los desastres y los problemas personales de los miembros de las familias.

Los intercambios se dan bajo ciertas formas, entre las cuales Ramos (1981) señala las siguientes: a) saber acerca de la “identidad” de los sujetos o tener ciertos parámetros de referencia respecto al otro, dado que el intercambio se basa en la confianza y el conocimiento; b) tener cierta distancia temporal entre un intercambio y otro, ya que estos se realizan en tiempos no simultáneos; c) tener alguna certeza de reciprocidad, para arribar con ello a cierta estabilidad en el intercambio, ya que de no ser así, las normas de reciprocidad tienden a modificarse y d) que exista variabilidad en la intensidad del intercambio ya que los individuos no siempre requieren del mismo tipo de ayuda, ni de la misma cantidad y calidad.

El *grado de conectividad* de una red trata de determinar los factores que unen a sus integrantes y que les permiten un mejor y mayor intercambio de reciprocidad, y, fundamentalmente, la continuidad y estabilidad de la red. Según algunos trabajos, los principales factores que explican las diferencias de conectividad entre las redes son:

- 1) El desempeño de los roles conyugales: en el estudio realizado por Bott (1990)⁸, se demuestra que el grado de segregación de los roles de los cónyuges está relacionado con la conectividad de las redes. Para Bott la variable dominante en el complejo de una red estrechamente unida es la proximidad de los parientes de los cónyuges, por separado o a la vez⁹; de manera que los vecinos de la familia son también tomados como “parientes”, y por ende, los parientes son los amigos de los cónyuges y, en determinadas zonas, también sus compañeros de trabajo.
- 2) Lazos económicos entre los miembros de la red: la conectividad de las redes aumenta considerablemente si los parientes pueden ayudarse entre sí para conseguir trabajo.
- 3) Tipo de vecindario: si la mayor parte de los miembros vive en el mismo barrio, de forma que son mutuamente accesibles, es más fácil que

⁸ Debe recordarse que una de las principales contribuciones de Bott fue la distinción de los roles conyugales, que ella aplicó en su estudio de familias urbanas clasemedieras en el Londres de los años cincuenta.

⁹ Para Bott las redes sociales muy unidas se desarrollan mejor cuando los cónyuges, junto con sus amigos, vecinos y parientes, han crecido en el mismo barrio y han seguido viviendo en él después de casarse. Así, mucha gente se conoce entre sí, incluso desde la infancia.

se conozcan los unos a los otros que si vivieran dispersos¹⁰. La composición del vecindario está relacionada con la ocupación y la clase social de una forma muy compleja; además el sistema de distribución del espacio en las ciudades y el sistema ocupacional dan origen a la existencia de tipos muy diferentes de vecindarios¹¹.

- 4) Oportunidad de establecer relaciones fuera de los límites de las redes existentes: Bott señala que las redes se vuelven más unidas cuando los miembros tienen escasas oportunidades de establecer nuevas relaciones con personas desconocidas para los demás miembros de la red. Sin embargo, esto debe matizarse con lo que se señaló más arriba en el sentido de que por la creciente complejidad de las sociedades humanas, la interacción con individuos en entornos más amplios se hace necesaria para la supervivencia de algunos grupos sociales, e incluso existe un “forzamiento” social para que se establezcan nuevas relaciones.
- 5) Movilidad espacial y movilidad social: la red de una familia llegará a estar menos unida si la familia y los demás miembros de la red tienen movilidad, tanto en términos espaciales como sociales, de manera que el contacto disminuya y se establezcan nuevas relaciones. En general las redes de las familias con movilidad social tienden a estar menos conectadas, no solo porque cambian espacialmente, sino también porque, probablemente, han ido dejando poco a poco los antiguos lazos sociales y formando otros nuevos.
- 6) Los rasgos de la personalidad: si bien, como ya se señaló anteriormente, existen factores externos que moldean hasta cierto grado las decisiones de la familia, estas también dependen de la personalidad de los miembros. Los rasgos de la personalidad influyen indirectamente en la separación de los roles conyugales, ya que constituyen uno de los factores condicionantes de la estructuración y modo de funcionamiento de la red familiar.

Para los fines de este trabajo, la red social debe entenderse como un entramado de intercambios sociales no formales entre individuos y/o grupos, cuya finalidad es, sobre todo, solidaria –prestar ayuda, proporcionar apoyo y servir de

¹⁰ Recuérdese que, en los estudios de Oscar Lewis, el vecindario juega un papel de primera importancia en la dinámica de las familias estudiadas. Ver Lewis (1985).

¹¹ La conformación de las colonias populares es cada vez más heterogénea, los intereses se diversifican y la solidaridad a nivel vecinal parece debilitarse, aunque no con la intensidad y la frecuencia que supondría el nivel de urbanización y los estilos arquitectónicos. Véase, entre muchos otros, Battisti (1980).

“soporte” moral– y se basa en una variada gama de vínculos –de parentesco y culturales, entre otros–, pero que, en esencia, dependen de un cierto grado de “disposición” de quien se comporta solidariamente.

Un mal funcionamiento de la red social o la ausencia de esta en caso de necesidad, es un elemento que debe considerarse en el momento de evaluar o atribuir el “riesgo” de muerte de un niño en las familias. Si bien no se sostiene que ella sea un factor “causal” en la “producción” de los eventos que pueden conducir a la muerte, consideramos que es un factor coadyuvante para que desemboquen en desenlaces fatales¹².

¿Qué significa ausencia o presencia de una red social en el contexto de la argumentación de este capítulo? Por ausencia se debe entender la falta de ayuda en el momento requerido; de ninguna manera debe interpretarse como la inexistencia de una red. Una red puede existir en la percepción de sus miembros, pero estar “ausente” en circunstancias críticas; situación aún más riesgosa que la mera inexistencia de la red, hecho que, al no generar expectativa alguna, puede motivar la búsqueda de otras alternativas de ayuda. La ausencia, entonces, es diferente al mal funcionamiento de una determinada red y está determinada por su carácter probabilístico o circunstancial. Además, la mera percepción de la red, es decir su existencia virtual, puede ser tan “útil” como su existencia real.

Tomando en cuenta los aportes teóricos reseñados, pero sobre todo en función de nuestras observaciones, creemos que se pueden distinguir dos elementos centrales en las redes sociales: su *estructura* y su *funcionamiento*. En cuanto a su estructura vale la pena destacar, por lo menos, tres dimensiones centrales:

- 1) Densidad de la red, que expresa:
 - a) la extensión de la red, caracterizada por el número de individuos que la integran, por lo que puede ser:
 - i) amplia, integrada por numerosos individuos con diversos lazos sociales, o
 - ii) restringida a un número pequeño de sujetos; y

¹² La relación de determinación entre dinámica familiar y funcionamiento de una red social con las muertes infantiles se debe interpretar adecuadamente. Adoptando el esquema propuesto por Zetterberg (1981) para las proposiciones de determinación causal, se puede decir que en este caso el tipo de determinación, en términos de dimensiones, es el siguiente: la dinámica familiar determina de forma directa la recurrencia de muertes infantiles, pero también de forma indirecta, a través del funcionamiento de redes sociales que logra, o no, establecer.

- b) la frecuencia de los intercambios, por lo que puede ser:
 - i) frecuente, o
 - ii) esporádica.

Combinando las variables *extensión y frecuencia*, se puede obtener así una medida de *densidad* de la red, que puede ser alta (cuando es frecuente y amplia), media (cuando es frecuente y restringida o bien amplia y esporádica) o baja (cuando es esporádica y restringida).

- 2) Conectividad de la red, que puede ser:
 - a) estable, cuando la red no condiciona sus intercambios por intereses de sus integrantes, lo que la hace incondicional y por lo tanto continua, o
 - b) inestable, si la red condiciona sus intercambios por intereses de los que la integran y por lo tanto es discontinua, es decir, no se cuenta con ella en toda ocasión.
- 3) Porosidad de la red, que expresa si esta es:
 - a) permeable, cuando permite la incorporación de nuevos integrantes, e
 - b) impermeable, cuando no permite la incorporación de nuevos miembros.

A su vez, las distintas combinaciones de los atributos estructurales mencionados, se traducen en formas de funcionamiento más o menos riesgosas, vale decir, con mayor o menor disposición a proporcionar apoyo. El funcionamiento de una red social depende, además de las variadas combinaciones de los componentes que la estructuran, de condiciones objetivas, expresadas por:

- 1) El lazo social que organiza la red, definido:
 - a) por la consanguinidad o el parentesco;
 - b) por la amistad y otros lazos afectivos; o
 - c) por las relaciones vecinales y comunitarias.
- 2) La accesibilidad de la red, que puede ser predominantemente:
 - a) espacial-geográfica en términos de la cercanía o lejanía física de quien presta ayuda; y
 - b) temporal según la disponibilidad y oportunidad en el tiempo.
- 3) El tipo de intercambio, que puede ser:
 - a) de información;
 - b) pecuniario y de otros bienes y objetos materiales;

- c) de tiempo (por ejemplo, para la crianza y cuidado de los niños pequeños) y espacio (por ejemplo, para dar cobijo a parientes o amigos en la propia casa);
- d) convivencia social y apoyo moral; y
- e) ayuda extraordinaria, proporcionada en eventos y situaciones emergentes o urgentes.

El sentido de esquematizar las consideraciones sobre las redes es el de poder construir algunos tipos en función de la disposición de estas para constituirse en apoyo en momentos de necesidad o, inversamente, en fuentes potenciales de riesgo. Cabe destacar la posibilidad de que la eventualidad de la “demanda” –su carácter extemporáneo o accidental, en el estricto sentido del término– anule la posibilidad de que la red entre en acción. En este caso estamos frente a la ausencia *virtual* de la red en el momento requerido, independientemente de lo que pudiéramos habernos imaginado acerca de ella. Exceptuando este caso, en la Tabla 32 se presentan cinco tipos construidos a partir de las dimensiones estructurales de las redes, donde el *riesgo* puede ser:

Tabla 32. Funcionamiento de una red social en términos de apoyo o riesgo.

Densidad	Dimensiones estructurales	Conectividad estable		Conectividad Inestable	
		Porosidad permeable	Porosidad impermeable	Porosidad permeable	Porosidad impermeable
	Alta	MB	B	B	A
Media	B	M	M	A	
Baja	M	A	A	MA	

- MB (Muy bajo): en una red altamente estructurada, estable y permeable. Es decir, aquella red donde hay muchas personas a quienes recurrir, la relación con ellas se ha mantenido activa, es incondicional y está abierta a nuevos miembros.
- B (Bajo): medianamente estructurada, estable y permeable, o bien altamente estructurada e inestable pero permeable (si bien no hay una predictibilidad total de la ayuda, se puede abrir la red a nuevos integrantes); altamente estructurada, estable pero impermeable (aquí no importa tanto la posibilidad de incorporar a otros miembros porque la red en sí tiene otras características que la hacen altamente confiable).

- M (Medio): medianamente estructurada y estable, pero impermeable, o bien inestable pero permeable. También son de riesgo medio las redes de baja densidad, pero estables y permeables.
- A (Alto): red altamente estructurada, pero inestable e impermeable (ante dificultad de relacionarse fuera de la red su inestabilidad la hace poco confiable, aun cuando haya muchas personas con las que se mantiene contacto). También entran en esta categoría las redes medianamente estructuradas, inestables e impermeables y las de baja densidad, ya sean estables pero impermeables o bien inestables pero permeables.
- MA (Muy alto): de baja densidad, inestable e impermeable.

Es necesario tener en cuenta que hay combinaciones menos probables que otras, o que son infrecuentes, pero que teóricamente podrían existir. Como lo señalamos anteriormente, la eventualidad puede pesar más que las virtudes de una red de bajo riesgo; también puede haber excepciones en el sentido inverso, pero en la mayoría de las familias y en la mayoría de las situaciones, las redes cumplen (o no) el papel que sus características harían prever.

Ausencia y presencia de redes sociales y su influencia en las muertes infantiles

Habiendo delimitado los elementos y componentes que estructuran una red de intercambio y establecido una gradación de tipos de red según su riesgo potencial en relación con las muertes infantiles, conviene ahora utilizar este modelo para evaluar los tres grupos de familias. Como se señaló en la introducción, fueron los relatos de las familias que nos permitieron caracterizar a las redes con que cada una contaba, en términos de las variables construidas por nosotros para evaluar su riesgo potencial, fundamentalmente su grado de conectividad, densidad y porosidad.

Como se afirmó anteriormente, el funcionamiento adecuado de las redes tiene una importancia crucial cuando se presentan situaciones inesperadas o de crisis, y las familias demandan cierto tipo de bienes o servicios¹³. No obtenerlos en esos momentos puede tener diversos grados de repercusión

¹³ De hecho, la utilización de los servicios médicos está condicionada frecuentemente por la existencia y funcionamiento de una red social. Véase los estudios de Infante (1988; 1990).

en el sistema familiar que, en el extremo, se pueden traducir en la muerte de alguno de los miembros del grupo familiar.

En las muertes infantiles en la familia se condensa un conjunto de situaciones y factores estrechamente relacionados entre sí y la presencia/ausencia de las redes es uno de ellos. Sin embargo, en las muertes influyen no solamente la ausencia de redes solidarias familiares y no familiares, sino también el funcionamiento inadecuado de estas. Es una verdad compartida que el establecimiento de redes ayuda a las familias de escasos recursos a enfrentar en mejores condiciones períodos de crisis y de necesidades agudas.

En este sentido, si bien el funcionamiento de las redes tiene una independencia relativa, en la mayoría de los casos se constituye en una variable que media entre las características de la familia y la recurrencia de muertes infantiles en ella. En efecto, la falta de una buena comunicación con el exterior –lo que hemos caracterizado como predominio de límites impermeables– y una dinámica familiar conflictiva pueden conducir a los actores familiares a un inadecuado establecimiento de relaciones; cuando sí existen, la precariedad e inoportunidad de algunas ayudas en casos de emergencia, las hacen insuficientes.

Siendo entonces la inadecuación de los límites un problema que puede estar presente tanto en la dinámica interna de la familia como en aquella que la vincula con el “entorno” –un elemento clave para nuestra argumentación principal–, se vuelve necesario dejar más claros los criterios por los que hablamos de un espacio “interior” y otro “exterior” a la familia y, en consecuencia, de fronteras que los delimitan. De hecho, se podría argumentar que en realidad las familias de origen –especialmente en estos sectores sociales–, no se encuentran tanto en el exterior como en el interior de lo que sus miembros consideran la “familia”. Esto es así porque la estrecha relación de solidaridad que existe entre *grupos nucleares* vinculados por relaciones de parentesco, tal como hemos señalado en el capítulo anterior, favorece una percepción de este tipo. Pero como también señalamos allí, se ha argumentado que en América Latina no prevalece –y probablemente sea un mito– la familia extensa patriarcal, y sí en cambio fuertes relaciones entre familias nucleares, en especial de origen y de procreación (Durham, 1991; Lomnitz, 1975).

Nuestro estudio ha permitido comprobar que las familias de origen son casi la única red con que cuentan muchas de las familias que hemos entrevistado, y que ellas pueden ser percibidas como “entorno” en la rutina de la vida cotidiana, y también como parte del “nosotros” ante situaciones problemáticas. En el análisis de las entrevistas, por ejemplo, frecuentemente encontramos indicadores de “vinculación con el entorno” tales como el hecho de que las personas entran y salen de las casas de los parientes que comparten

el mismo predio, como si fueran propias. Es probable que, aunque las diferentes unidades familiares estén delimitadas, para ciertas funciones o en ciertas etapas críticas, los miembros de cada hogar se refieran a la red más amplia como espacio del “nosotros”. Uno de los entrevistados afirma que: “ahora *tenemos* problemas con el marido de mi hermana y por eso ella está viviendo con nosotros”, en lugar de decir que es la hermana quien tiene los problemas y que por ese motivo la están apoyando.

En una muerte infantil están implicadas acciones que tienen que ver tanto con lo cotidiano (alimentación, hábitos de higiene, armonía o conflicto en las relaciones, etcétera) como con lo extraordinario (búsqueda de ayuda en momentos de crisis o emergencia, por ejemplo la capacidad de movilizar redes de apoyo), circunstancias en las que tanto las familias como las redes se comportan de manera diferente. Esas actividades trascienden el hogar –y no deberían dejar de incluirse los prestadores de salud aquí–, por lo que se vuelve necesario y posible analizar los vínculos dinámicos que se establecen entre la familia, el hogar y la red. Familia, hogar (grupo doméstico) y red de parentesco no necesariamente coinciden. Cada miembro del hogar, por su parte, tiene distintas redes de parentesco y distinto compromiso con el hogar. Este, al mismo tiempo, no concentra todas las actividades relacionadas con la manutención de sus miembros. El hogar parece ser la unidad social básica para algunas actividades y áreas de consumo, especialmente las relacionadas con el mantenimiento diario (comida, higiene, limpieza) pero otras, incluidas las relacionadas con la salud, el equipamiento doméstico y la vivienda pueden ser llevadas a cabo en unidades más amplias (vecindario, comunidad o redes de parentesco) o más pequeñas (individuos aislados) (Jelin, 1991). Por otra parte, la red personal de cada individuo, que es “una estructura laxa, cuyo centro es arbitrario, flotante y circunstancial” (Sluzki, 1996) trasciende la red que en este caso nos interesa, es decir, aquella que se relaciona con las actividades de manutención y supervivencia de los miembros del hogar, especialmente los más vulnerables. El establecimiento y mantenimiento de redes de apoyo, se convierte así en una acción clave para las familias de escasos recursos, no solo para resolver problemas cotidianos sino fundamentalmente para contar con un reaseguro en momentos excepcionales o de emergencia.

Cabe preguntarse, entonces, por qué este comportamiento varía según el tipo de familia. En el capítulo anterior preanunciamos que ciertas características de la estructura y de los procesos familiares condicionan fuertemente la capacidad para establecer redes. Además, hay eventos objetivos que contribuyen a crear, mantener y acrecentar estas dificultades. Sin pretender agotar

todas las posibilidades, se describen a continuación las más recurrentes entre las familias entrevistadas:

- 1) *Debilidad o ruptura de las redes de parentesco a partir de la unión de la pareja*: cuando alguno de los cónyuges, o ambos, se unen o se casan sin la aprobación de los padres, la relación con las familias de origen se quebranta y la eventual ayuda que podían recibir de ella queda anulada por esta acción. El rechazo a la unión casi siempre se focaliza en la mujer y proviene de su madre, ya sea porque consideran que la hija es muy chica aún para casarse, porque tenía otras expectativas de vida para la hija, o bien porque no les agrada la pareja que eligió por tener algún “defecto” (alcoholismo o experiencia anterior con mujeres). El argumento que se verbaliza es que la hija, por su escasa preparación escolar y su corta edad, no podrá enfrentar las dificultades de un hogar ni estará preparada en caso de que el esposo la abandone cuando tenga hijos. La madre no quiere que la hija repita el esquema de vida que ella vivió. Cabe recordar que en la mayoría de los casos las uniones no se formalizan ni civil ni religiosamente, lo que ahonda la brecha existente entre la familia de origen y la nueva pareja. En otros casos el enojo no se prolonga por un tiempo indefinido, y las relaciones se restablecen cuando el varón hace intentos de reconciliarse con la familia, o bien cuando la pareja permanece junta luego del nacimiento del hijo que provocó la unión.
- 2) *Ruptura de la red familiar de la mujer y permanencia de la red familiar del varón*: esta situación es complementaria de la anterior ya que mientras la mujer rompe relaciones con su familia por diversas circunstancias, el hombre las mantiene y su familia –principalmente la madre¹⁴– adquiere peso en las decisiones y en los asuntos de la nueva familia. La cónyuge es relegada a segundo plano, no tiene apoyo familiar y, en ocasiones, tampoco extrafamiliar.
- 3) *Comportamientos que la familia de origen juzga como inadecuados para la convivencia familiar*: son de una gran diversidad, pero todos terminan

¹⁴ El parentesco conocido como “suegra” tiene una importancia significativa dentro de las relaciones familiares; especialmente la madre del esposo, quien en reiteradas ocasiones convive con la familia nuclear y tiene una activa participación en la toma de decisiones en el interior del hogar, misma que está en gran parte determinada por la fuerza que le es otorgada por el hijo –que en la familia es el padre–; de aquí, la permanente confrontación entre la llamada suegra y la nuera quien dirige sus esfuerzos para mantener la autonomía y dirección del hogar. Como dice el refrán: “Suegra, ni aun de azúcar es buena”.

haciendo referencia a algún tipo de adicción (alcoholismo), a la infidelidad del marido o a alguna conducta “confusa” de la mujer en relación al sexo opuesto.

- 4) *Familias que otorgan ayuda pero sin reciprocidad*: una condición ineludible para el establecimiento de las redes es la reciprocidad, la cual se apoya en la certeza de que se obtendrá apoyo del otro para la consecución del intercambio. La familia ve mermado su ingreso, tiempo y trabajo; solo le queda la satisfacción moral. A ella se refieren, aunque enfatizando que en situaciones de crisis no fueron asistidas por aquellos a quienes otorgó ayuda en el momento de la necesidad.
- 5) *Dinámica familiar conflictiva*: caracterizada por violencia física o psicológica; conflictos familiares, alcoholismo y rigidez en la personalidad de la pareja o de alguno de los cónyuges. Este modelo genera una especie de encapsulamiento de las conductas y de las respuestas que dan las familias ante situaciones de emergencia, de manera que sus acciones se limitan a reproducir lo que ya han hecho anteriormente, anulando la posibilidad de introducir a otras personas en el proceso de dar respuesta a las necesidades.
- 6) *La inestabilidad laboral*: es otro elemento que no permite conectividad de la familia con redes externas. Al fluctuar entre un ambiente de trabajo y otro, se impide el establecimiento de relaciones perdurables y estables en las que se pueda realizar un intercambio recíproco.
- 7) *Falta de cohesión e identificación en el barrio o la colonia*: esta condición, muy generalizada, está permeada de subjetividades, percepciones y simbologías en base a las cuales la familia condiciona su conducta hacia los demás miembros de la comunidad. Sentimientos como la desconfianza, la hostilidad y el miedo al rechazo, se conjugan para obstaculizar un adecuado establecimiento de redes vecinales. Además, es frecuente que las familias deseen mantener en privado sus asuntos, lo cual se origina en la ausencia de confianza hacia los demás y deriva en mayor aislamiento.
- 8) *Discontinuidad en las relaciones familiares, extrafamiliares y también con las instancias formales*: la complejización de las relaciones en el medio urbano hace que cada vez estas sean más dispersas y que los individuos interactúen con una amplia gama de instancias sociales con intercambios impersonales. La mayoría de las familias estudiadas, casi todas, no cuentan con un médico permanente por lo que cada evento relacionado con la salud se convierte en una *emergencia* en el estricto sentido del término. El paso de la familia por una diversidad de hospitales, clínicas, escuelas y a veces bandos y colonias no permite la continui-

- dad de relaciones que coadyuven a la conformación de redes estables.
- 9) *Lugar de residencia*: la ubicación de la residencia es un factor que puede determinar la presencia/ausencia de redes. Reiss y otros señalan que la distancia residencial es un determinante o condición limitante de la interacción frecuente entre los parientes. Además, la distancia no solo limita la frecuencia de la interacción sino que determina también los tipos y formas de interacción. Cuanto mayor sea la separación residencial, más probable será que la interacción se limite a situaciones eventuales. Sin embargo, se debe matizar esta afirmación con otra del mismo autor que señala que también existe otra secuencia de la asociación entre la relación familiar y la distancia residencial, de manera que, cuanto más estrecha sea la relación de parentesco, menos probable será que la distancia afecte de modo negativo la frecuencia de los contactos, el intercambio y los lazos afectivos. Así, si los parientes desean mantener las relaciones, la distancia resulta solo un modificador y no un freno para el establecimiento de las redes de parentesco.

Testimonios

Los testimonios transcritos en esta sección delimitan algunas de las problemáticas expuestas páginas arriba y se corresponden de manera aproximada con algunas de las variaciones tipológicas. Los matices que introducen cada uno de los entrevistados a su propia percepción y vivencia de sus relaciones solidarias con los otros, son muy variados. Antes que detenerse anecdóticamente en cada uno de ellos vale la pena resaltar la gama de respuestas a situaciones similares.

La plausibilidad de sostener la hipótesis central de este trabajo se evidencia, en el caso de las redes, cuando las familias con varios hijos muertos enfatizan con sus palabras el aislamiento del conjunto, la soledad de la mujer a la hora de la urgencia, la falta de oportunidad de las posibles ayudas. El telón de fondo es, frecuentemente, una relación familiar conflictiva. En cambio, en las familias con un solo hijo muerto se perfila, como un esbozo, la situación de las anteriores ratificando su carácter intermedio y, tal vez, transicional. A diferencia de los dos grupos que tienen hijos muertos, en las familias sin defunciones se trasluce una mejor relación entre los miembros del grupo familiar y de este con el entorno.

Testimonio 1 - Familia 0238 - Hijos: 6 vivos, 2 muertos

P: *¿Y usted trabajaba en ese entonces?*

R: *Sí; en casas, de entrada por salida. Empecé a los 14 años.*

P: *¿Quién le consiguió ese trabajo?*

R: *Salí yo a buscar en Jardines.*

P: *¿O sea que usted fue una mujer que siempre se las tuvo que arreglar solita?*

R: *Sí. desde muy chica. [...]*

P: *¿Y usted inmediatamente que regresó acá con su marido se volvió a embarazar?*

R: *Sí; fue el aborto y... No, el aborto fue antes. Fue Manuel, luego Santos y luego el último, Jesús.*

P: *¿Fue igual que siempre o peor?*

R: *Igual. Realmente yo ya no lo entiendo.*

P: *Y él, cuando estaba usted embarazada, ¿estaba igual o peor?*

R: *Me golpeaba cuando estaba embarazada. A él no le interesaba nada. [...]*

P: *¿Y qué le dijeron que tenía el niño?*

R: *Que no tenía paladar y no podía comer por la boca.*

P: *¿Le dieron alguna otra recomendación además?*

R: *Que tenía que operarse, pero a cierta edad, más grande.*

P: *¿En qué edad le dijeron que se tenía que operar?*

R: *A los seis meses que empezara a tratarlo. Al niño lo empecé a tratar cuando tenía año y medio, en el DIF. Allí me lo empezaron a ver y de allí me mandaron para el hospital de Xochimilco, donde se operó el niño.*

P: *¿Qué le decían en el DIF? ¿Cómo iba a ser la operación?*

R: *Me preguntaron que si había tomado algo en el embarazo, si algún medicamento; pero no, porque nunca me medicaba yo cuando estaba yo embarazada. Decían que a los dos años lo iban a operar para que pudiera aguantar, porque era peligrosa la operación.*

P: *¿Y entonces qué pasó?*

R: *Tengo entendido que el niño no murió de la operación, sino de la anestesia, que se pasaron con 13 segundos de anestesia.*

P: *¿Quién le dio esa información? ¿Cómo se enteró usted?*

R: *Yo fui sola a internarlo.*

P: *¿Porque usted prefirió ir solita, o porque no tenía con quién ir?*

R: *Los niños estaban chicos y la mayor era la que atendía a sus hermanos. No había quien me acompañara.*

P: *¿Usted le pidió a algún tío, a alguna tía?*

R: *Yo nunca les pedía favor, ni les pediré favor para que me vean a mis hijos. Yo agarraba y me paraba temprano a empezar a lavar pañales, a hacer comida, nada más para que la niña calentara y les diera.*

P: *¿Informó que se iba al hospital a operar al niño? ¿Y nadie la acompañó?*

R: *No. Ya llegué y lo interné. Como el niño estaba muy gordo, tuvieron que bajarlo de peso y estuvo como un mes internado para ver si lo podían operar. Ya llegó el momento en que ya se operó.*

P: *Y cuando lo internaron, ¿usted se quedó con él?*

R: *Iba yo dos veces al día. En la mañana y en la tarde.*

P: *¿Iba solita siempre?*

R: *A veces mi esposo me pasaba a traer y a veces me decía que no tenía tiempo. Allí había problemas por eso: él me echaba la culpa de que por mí el niño había nacido mal. Yo ya no me ponía a alegar y me iba sola. [...]*

P: *¿Y usted tiene acá entre los vecinos alguna amiga, alguna gente más cercana? ¿Tienen alguna relación con los vecinos, o en general son la pura familia?*

R: *Realmente es con la pura familia.*

P: *Aunque hay vecinos que se deben conocer de toda la vida, ¿no?*

R: *Es que toda esta cuadra es familia, y parte de allá es familia. Casi no hay vecinos.*

P: *¿Sus compadres son parientes del señor?*

R: *Sí.*

P: *¿Y tiene alguna amiga además?*

R: *A mí no me viene a visitar nadie.*

P: *¿Y de alguna tienda, alguna señora que le fie, o que sea más amiga de usted?*

R: *Nomás de buenos días y buenas tardes y de que me fían; pero de que comente yo de mi vida, no.*

El relato transcrito muestra de manera clara el aislamiento casi patético de la mujer: ella se enfrenta a los problemas de la casa y del cuidado de sus hijos totalmente sola. Ni siquiera se le ocurre que alguien podría ayudarle; la violencia del marido contextualiza el aislamiento de la mujer. Pese a que en la “cuadra” viven puros familiares, la mujer vive sus problemas sin ninguna ayuda. Con resignación, pero con amargura, acepta la falta de apoyo. El riesgo que han vivido sus hijos es enorme: de frente a la precariedad, al aislamiento, a la impotencia amarga, “a mí no me viene a visitar nadie”, la mujer se las arregla como puede sin esperar ayuda ni siquiera del padre de sus hijos. En términos de nuestra tipología, se trata de una red de muy alto riesgo.

Testimonio 2 - Familia 1.710 - Embarazos: 2 de gemelos, uno con aborto) - Hijos: 6 vivos, 2 muertos, 3 abortos

P: *¿Y su marido va y viene?*

R: *No; es que está muy caro el pasaje y nada más viene cada ocho días.*

P: *¿Por dónde trabaja él?*

R1: *En Llano Grande.*

R2: *Al lado de Puebla.*

P: *¿Hace mucho tiempo que su señor está más o menos lejano de usted?*

R: *Ya tiene como ocho o siete años que está por allá. Una semana trabaja y una descansa.*

P: *¿Y para el gasto cómo le hacen?*

R: *Pues él viene a dejar el gasto. Él me trae el gasto y voy a comprar un poquito de mandado y aparte me deja para las tortillas o cualquier cosa.*

P: *¿Y cuando su señor no está?*

R: *Cuando me hace falta consigo con sus hermanas. [...]*

P: *¿Usted señora, recibe frecuentemente la visita de sus hermanos?*

R: *Casi no; como estamos lejecitos, no nos ayuda eso. A veces tardamos tres meses en vernos. [...]*

P: *¿Y qué pasó con Refugio [un hijo]?*

R: *Pues él también nada más empezó como a quejarse y lo llevé al Infantil. Nada más me duró un día y se murió. Al otro día, cuando fui me dijeron que ya había fallecido.*

P: *¿Y cuánto tiempo tenía de edad?*

R: *Dos meses y ocho días. [...]*

P: *¿Estaba muy chiquito?*

R: *Sí; estaba muy chiquito. Entonces lo llevé y como no había camiones en esta carretera, bajamos allá como a las 9 y media de la noche. Entonces hacía demasiado frío y me dijo el doctor que eso era lo que le había dado al niño.*

P: *¿Llevó en la noche al doctor al niño para lo de las vitaminas?*

R: *Yo lo llevé en la tarde porque el doctor que le recetaba la medicina daba la consulta hasta las cinco de la tarde. Entonces nos agarró la noche. Y como lo llevamos con un doctor particular por allá por Mariano Escobedo, se nos hizo noche. Y aquí no había camiones y hacía demasiado frío. [...]*

P: *Así es que todo el tiempo hay a quien acudir. ¿Tienen algún servicio de salud? ¿Hay algún médico?*

R: *A veces vienen de Tlalpan a vacunar niños. A veces viene un doctor a dar consulta aquí en la Casa de la Cultura. Está un doctor que vive del otro lado, pero es algo carero. Es que no hay posibilidades. A veces se va uno al centro de salud a Topilejo.*

P: *¿Y tienen forma de llegar?*

R: *Pues cuando tiene uno para el camión va uno. Ya está caro el pasaje.*

P: *¿Y cómo hacen cuando se enferman?*

R: *Pues aquí les doy alguna pastilla, algún té, cualquier cosa y se les pasa la gripa. Solamente cuando es cosa de otra enfermedad, entonces sí hace uno el sacrificio para llevarlos a Topilejo, a ver qué les dan.*

P: *¿Y sí ha tenido que ir?*

R: *Pues hay veces que sí. Por lo menos cuando a mi niño lo operaron de las anginas, pero eso hace 6 años [...]*

P: *Y en medio estaban los gemelitos que abortó... ¿Y Refugio de qué murió?*

R: *Nunca supimos porque nada más empezó como a quejarse, lo llevé al Infantil de Xochimilco y allí murió.*

P: *¿Lo llevaron enseguida que empezó a quejarse, o intentaron darle algún remedio?*

R: *No; lo llevamos al doctor nada más para que le dieran vitaminas; porque por la autopista hacía demasiado frío. Llegué, le di su leche y se durmió. Al poco rato comenzó a quejarse. Como a la una lo llevamos al infantil pero ya no se compuso. [...]*

P: *¿Estaba acá su esposo cuando esta niñita falleció?*

R: *No, no estaba.*

P: *¿Ya estaba trabajando lejos?*

R: *Ese día llegó él y la niña estaba bien. Yo me fui a traer una poca de pastura, porque tenía yo una vaquita y se la dejé a una de mis niñas y la sacó. Ese día en la noche empezó igual como el niño, a quejarse, y la llevé al centro de salud. Allí le daban la leche de Ajusco. La llevé con el doctor y me preguntó qué le había pasado. Le dije que nada más había vuelto una sola vez el estómago, y cuando estaba allá volvió otra vez. Me dijo que le diera unas gotitas y unas cucharadas. “Si ve que no se le quita, se la lleva al Infantil para que le pongan suero”. Ya en toda la tarde no se quejó. Hasta en la madrugada, como a las cuatro y media empezó como a quejarse y la llevé al Infantil, y allí murió, pero no supe qué pasó.*

P: *¿En esa época tenía usted a alguien que la ayudara con los niños?*

R: *No; pues yo hacía todo aquí. No tenía quien me ayudara.*

P: *¿Usted tiene familia directa, hermanos, papás?*

R: *Mis padres viven delante de Toluca.*

P: *También lejos, ¿no?*

R: *Tengo tres hermanos por Iztapalapa y el que vive en la Villa, que es el que está aquí. Acá son cuatro los que están.*

P: *¿Acá en Parres no tiene a nadie?*

R: *No. [...]*

P: *Supongo que en un lugar tan chiquito ha de ser más fácil darse una mano cuando hace falta, ¿no?*

R: *Pues sí. Aquí convivimos con una y otro y nos vemos.*

P: *¿Usted en el templo tiene gente amiga con la que tiene alguna relación?*

R: *Pues no. No cercana, pero aquí por lo regular todo mundo me habla, a todos saludo y no hay ningún problema.*

P: *¿Pero tiene a alguna persona más cercana con la que usted pueda confiar y contarle sus problemas?*

R: *Pues casi no. A veces me pongo a platicar con mi esposo por problemas así que hay o cualquier cosa. [...]*

P: *¿No tiene vecinos preferidos?*

R: *No. Aquí con todas las señoras me llevo bien.*

P: *[A las niñas] ¿Ustedes sí tienen amiguitas?*

R: *Sí.*

El relato muestra que la “accesibilidad” de la red, en un contexto de precariedad económica muy grande, es el factor primordial que juega en el riesgo. También en este caso se trata de una red de muy alto riesgo. Además, la precariedad de los servicios de salud existentes cerca de allí lo hace más plausible. No es solo la imposibilidad de que los parientes ayuden a la mujer en su necesidad, sino que la red vecinal, aparentemente funcional, no sirve en caso de necesidad. Parece probable que la mujer acudió al servicio médico cuando era tarde, o que el niño se haya agravado debido al frío, explicación esta que el propio médico le da. Lo que es evidente es que la mujer ignora, en todos los casos, de qué murieron sus hijos.

No parece existir conflicto en la pareja pero tampoco una relación fluida: “a veces me pongo a platicar con mi esposo”. La ausencia del marido hace que las eventualidades, como la enfermedad de algún hijo, no puedan ser atendidas con mejor y mayor oportunidad. Nuevamente, la ausencia de la red en un momento de urgencia juega un papel de primera importancia.

Testimonio 3 - Familia 11.710 - Hijos: 9 vivos, 1 muerto

P: *¿Cómo empezó a estar enferma María Trinidad?*

R: *Es que empezó con diarrea y luego le vino vómito. Pero no duró mucho: nada más un día y una noche. La llevamos a curar y ya no...*

P: *¿Usted la llevó a curar la primera vez que tuvo diarrea o ya llevaba algunos días enfermita?*

R: *No; nada más duró un día y una noche. [...]*

P: *¿Qué le mandó el primer médico, se acuerda usted?*

R: *Una suspensión y luego una inyección. Después nos dijeron que la medicina era para grandes.*

P: *¿Se acuerda usted del nombre de la medicina?*

R: *No. A mí el doctor nada más me dijo que la inyectara; pero no me dijo si era para dos veces. Al día siguiente, como la seguí viendo malita, me la llevé con otro doctor.*

P: *¿Usted recuerda si cuando falleció su niña alguien más de la familia estuviera enfermo?*

R: *Aquí de la familia nadie. [...]*

P: *¿Usted se llevaba mucho con ellos?*

R: *Sí; era yo como su hija de ellos.*

P: *Era la nuera consentida...*

R: *Pues todas mi concuñas me decían así. Todas mis concuñas se pelearon conmigo. Mis suegros siempre se confiaron conmigo. Como cuando yo me casé ella [su suegra] no caminaba y yo la bañaba y todo. Entonces ella me quería hartísimo.*

P: *Pero ¿quién la ayudaba a cuidar a los grandecitos cuando ya iban naciendo los otros?*

R: *El señor, mi suegro. Él lavaba los pañales, los cambiaba, los bañaba. Era bien buena gente el señor. Él barría y hacía de comer.*

P: *¿Él vivía con ustedes?*

R: *Sí. Me casé y a los siete días que me casé se fue la hija con un señor y ya me dejaron sola con su papá y su mamá. Siempre me llevé bien con ellos.*

P: *Y después de qué murió el señor, ¿quién le echaba una mano?*

R: *Ya estaban más grandes mis hijos. El que más sufrió conmigo fue el mayor, Macario. Luego Cecilia ya me ayudaba más.*

P: *Por lo que veo, sus cuñados le ayudan bastante, ¿verdad? ¿Las concuñas no?*

R: *Todos parejos. Ya nada más tengo una concuña que tiene su esposo; las demás son viudas.*

P: *¿Sí se ayudan? ¿Por ejemplo, cuando alguien tiene un hijo enfermo?*

R: *Sí no tengo dinero yo, ella me presta para llevar al niño a curar. Y si ella no tiene viene y me dice y lo consigo. Nos ayudamos entre las dos. [...]*

P: *¿Y cuando su niña se enfermó de diarrea ya habían muerto su suegro y su suegra? ¿Quién le echó una mano para llevarla al doctor?*

R: *Mi esposo. Es que el hijo del cuñado se había muerto apenas. Tenía nueve días. Ese día le iban a mandar la cruz. Entonces yo le estaba ayudando a mi concuña para hacer de comer.*

P: *Le ayudó a la concuña para dar de comer a las gentes que iban al velorio...*

R: *Fuimos al panteón y yo llevaba a mi niñita abrazándola. Entonces la senté porque estábamos acomodando las flores. La niña estaba sentada en la lápida y empezó a escarbar. Yo le dije "no hijita, no escarbes porque se enojan los difuntos". Ya nada más venimos y les dimos de comer a las personas y en la noche empezó.*

P: *A lo mejor comió tierra. ¿O cree que se enojaron los difuntos?*

R: *No sé... La niña se puso mala en la tarde. Ni acabé de ayudarle a mi concuña para llevarla al doctor. La niña no dejaba de vomitar. La niña lloraba y lloraba y luego fuimos a ver a otro doctor pero la niña siguió mala. Temprano la llevamos a Portales con otro doctor. Allí nos dijo que ya no podía la niña. Ya llegando aquí se acabó. Fue rápida su enfermedad.*

La mujer señala y reitera la rapidez de la enfermedad y deceso de la niña. El contexto, no transcrito, es de conflictividad eventual entre los cónyuges; ella señala que quien ponía orden era su suegro, no solo en su casa, sino en el resto de las familias de sus hijos. Al fallecer, los conflictos con su pareja se agudizaron, así como con sus celosas cuñadas. Sus hijos, sin embargo, ya estaban grandes y le proporcionaban ayuda en el cuidado de los pequeños. Resalta el que la mujer haya acudido a tres doctores con su hija enferma, pero no hubo oportunidad por la rapidez de la enfermedad. Vuelve a ser impactante la falta de información sobre la causa de la muerte y la naturalidad con que se acepta esa ignorancia. Aquí, a una red de riesgo medio se sumó la falta de atención médica oportuna.

Testimonio 4 - Familia 1.195 - Hijos: 4 vivos, 1 muerto

P: *¿Cómo empezó a estar enfermo?*

R: *No estuvo enfermo. Nada más fue de repente su muerte: comimos y estaba yo recogiendo la ropa y la estaba doblando; él andaba jugando con los niños de aquí abajo. Nada más empezó a llorar, se subió a la cama y se acostó. En eso vino mi concuña y como lo quería mucho le preguntó por qué lloraba. Luego empezó a volver el estómago. Lo abracé y le dije que si le dolía su cabecita o su estómago y me decía que no. Luego se puso como morado. Mi concuña y yo corrimos a llevarlo al doctor y me dijo que el niño tenía un paro cardíaco, pero no le hizo nada. Nos mandó a urgencias del Judío [un centro de salud] y allí todavía, como vi que no reaccionaba, le di aire con mi boca. Cuando llegamos allí, nos dijeron que estaba muerto.*

P: *Cuando lo llevó con el primer médico, ¿el niño iba como desmayado?*

R: *Sí. Lo llevaba cargado.*

P: *¿Usted no se fijó si en su boquita tenía algo, que se hubiera pasado un dulce?*

R: *Nada; el niño todavía podía hablar. [...]*

P: *Entonces, ¿su familia también vive por acá?*

R: *Sí; aquí vivimos todos: mi mamá, mis hermanos, todos en esta manzana.*

P: *¿Y cómo les resulta la cercanía de la familia?*

R2: *Pues a veces yo siento que está bien y a la vez como que está mal. No tiene uno mucha libertad. Está mi mamá y entonces se da cuenta de todos los problemas que surgen entre mi esposa y yo.*

P: *¿Entonces se mete mucho?*

R2: *No; no mucho, pero sí. Es raro, pero yo pienso que está muy bien que vivamos todos juntos, pero por otra parte, no.*

P: *Como todas las cosas, tiene su lado bueno y su lado difícil, ¿no? ¿Y usted cómo se lleva con su suegra?*

R: *Pues yo bien. Bueno; yo casi no bajo a donde vive. Nada más cuando hay alguna reunión.*

P: *¿Usted se mantiene un poco a distancia? ¿Por alguna cosa en particular? ¿Tienen diferencias de carácter?*

R: *Pues es que con eso de los niños y el quehacer; luego no tengo tiempo de ir.*

P: *Y cuando necesita ayuda por alguna cosa de los niños o de la casa, ¿a quién recurre?*

R: *Pues a ella o a mi mamá.*

P: *¿Pero con más frecuencia a quién recurre?*

R: *A ella (mi suegra).*

P: *¿Y sí la ayuda y resulta más cómodo recurrir a ella?*

R: *Pues sí.*

P: *¿Y también le resulta igual que a su marido, por un lado bueno y por el otro difícil vivir cerca de la familia? ¿O a usted le resulta más cómodo vivir cerca de la familia que a él?*

R: *Pues a veces es fácil y otras difícil.*

P: *Así que los dos están igual en eso.*

R: Sí; porque hay bueno y hay malo. A veces se entera uno de cosas que no se debe uno de enterar porque, por ejemplo, le interesan solo a mi hermano. Entonces yo no tengo por qué enterarme y me entero porque vivimos cerca. Y así muchas cositas.

P: ¿Las intimidades de la familia?

R: Exacto.

P: ¿Y hubo cosas que ustedes no hubieran querido compartir con la familia y que ellos se enteraron? ¿Como cosas entre ustedes o secretos entre ustedes? Porque todas las familias tienen sus intimidades y sus secretos y no quieren que se sepa.

R: Secretos, pues no. Pero cosas que suceden al día, por ejemplo, que se disgustó mi hermano con mi mamá por equis cosa, entonces yo ya me enteré y no me pareció. Cuando vive una familia toda junta así es.

Cuando el niño se pone malo, la mujer y su concuña lo llevan con un doctor “aquí arriba” que les informa que al niño le estaba dando un paro cardíaco y las envía de urgencia a la clínica del Cerro del Judío; allí, los doctores les dicen a las mujeres que “a un niño no le puede dar un paro cardíaco”, y le explican que se le taparon las vías respiratorias. No sabemos realmente qué ocurrió, y parece que tampoco lo sabe la madre. Sin embargo, podemos especular sobre una deficiente o limitada atención médica. El relato es interesante en cuanto a la percepción de los cónyuges en torno a las ventajas o desventajas que supone la cercanía de los parientes. No parece llamarles la atención el que se puedan ayudar mutuamente y destacan, sin embargo, la potencialidad conflictiva de vivir cerca de la parentela.

Testimonio 5 - Familia 2.116 - Hijos: todos vivos

P: ¿Tiene familiares por aquí cerca?

R: Por parte de mi esposo, tres. Por mi parte nomás dos los que están más o menos cerca. Uno está en San Ángel y el otro en el Pedregal. Pero mi mamá se fue para Monterrey.

P: ¿Y del señor, quiénes viven por aquí?

R: Su mamá también, su papá y sus hermanos.

P: ¿Y con ellos se juntan a comer, se junta el fin de semana?

R: De vez en cuando.

P: Y cuando necesitan alguna ayuda, que los niños están enfermos, ¿a quién recurre?

R: Al doctor.

P: ¿Y para cuidarlos en casa, o que les echen un ojo si usted tiene que salir?

R: Cada quien. Cuando está mi hija la mayor, se los encargo.

P: Entonces le ayudas a tu mamá a cuidar a tus hermanos, ¿y qué más?

- R3: A lavar trastes, a hacer de comer, a recoger la casa... [...]
- P: *¿Tiene relación con los vecinos, se trata con ellos?*
- R: *Sí. Como todas las mañanas voy al kinder, porque allí dan clases de tejido, de cocina, varias clases...*
- P: *¿Para las mamás de los niños?*
- R: *Para los que quieran entrar. Y hay secundaria y preparatoria abiertas.*
- P: *¿Y usted qué cursos toma allí?*
- R: *Yo nada más tejido y cocina.*
- P: *Ah, por eso es que teje bonito. ¿Entonces, en las mañanas va ahí?*
- R: *Sí; y para el curtido de las pieles de conejo también voy a ir.*
- P: *¿Y cómo se las arregla con todos los niños y la casa?*
- R: *Me levanto temprano y medio recogemos. Cada quien se va a la escuela y yo cargo con el más chiquito. En la guardería no le gustó quedarse y mejor lo saqué. Duró quince días llorar y llorar en el kinder.*
- P: *¿Y qué opinaba el papá, que lo dejaran o que lo sacaran?*
- R: *Que lo dejara. Él no sabe todavía que no va.*

Como se aprecia, una especie de “normalidad” permea el relato de la mujer; aunque no declara tener vínculos con la finalidad de ayuda en caso de enfermedad –contesta escuetamente que va con “un doctor”–, los vínculos parentales existen y da cuenta de ellos. Por otro lado, llama la atención la inserción de la mujer en la comunidad con la finalidad de prepararse para adquirir habilidades y en la cual encuentra compañía y vínculos; todo lo anterior muestra la existencia de una red de riesgo bajo; bien estructurada, accesible, con paso de integrantes permeable.

Testimonio 6 - Familia 2.125 - Hijos: todos vivos

- P: *Cuando alguien se enferma en la familia, ¿a qué servicio recurren?*
- R: *Pues así, cuando es una urgencia, a un particular y si no vamos al centro de salud. [...]*
- P: *En caso de apuros económicos, ¿a quiénes recurren?*
- R: *Pues a nadie. A veces yo también me pongo a trabajar; a veces me voy a lavar o a planchar. Completamos el gasto con lo que a veces yo gano.*
- P: *Entonces, normalmente no piden prestado, sino que con el trabajo que usted hace...*
- R: *Pues a veces sí; pero casi no seguido.*
- P: *Y cuando tienen necesidad, ¿a quién le piden?*
- R: *A cualquier persona de por aquí. [...]*
- P: *¿Aquí llegaron solitos o con sus papás?*

R: *Solitos, porque nada más al lado tenía una hermana que ya falleció y nomás queda mi cuñado. [...]*

P: *¿Cómo le hacen cuando sus hijos se enferman? ¿Tienen algún médico o qué?*

R: *Pues cuando se nos llegan a enfermar tenemos que acudir a un doctor particular. Nosotros no tenemos Seguro para toda la familia. Si no tenemos dinero, conseguimos o a ver cómo le hacemos.*

P: *¿Como con quién?*

R1: *Con los vecinos de alrededor.*

R2: *Con amistades que tenemos y eso.*

P: *O sea que son sociables... Les gustan muchos los amigos.*

R: *Sí.*

P: *¿Las amistades son también las que ustedes escogen como compadres de sus hijos?*

R1: *Pues en algunas ocasiones.*

R2: *Los padrinos de los niños son primos de mi esposo. Mi prima con su esposo han sido padrinos de todos.*

P: *¿Y por qué los escogieron como compadres?*

R: *Por el carácter y todo.*

P: *¿Cuál fue el comportamiento que les gusta?*

R: *Por ser buena persona, responsable sobre todo y pues que nos hemos llevado muy bien desde chicos y nunca hemos tenido problemas. Esa fue la razón.*

P: *¿Y al escoger los dos estaban de acuerdo?*

R: *Pues sí. A mí también me cayeron muy bien ellos.*

P: *¿Son un matrimonio?*

R: *Sí. [...]*

P: *¿Y con quién deja a sus niños cuando usted sale?*

R: *Pues los dejos solitos. A veces se los encargo con mi cuñada. [...]*

P: *O sea que en realidad ustedes tenían que resolver sus problemas solos.*

R2: *Yo pienso que así debe de ser, porque ya cuando uno se hace responsable de una mujer y de los hijos, ya hay que ver cómo sacar a la familia adelante. [...]*

P: *¿Y cómo se llevan con los vecinos?*

R1: *Pues son escogidos los que nos llevamos bien.*

R2: *Con otros nada más buenos días y buenas tardes; pero casi no nos frecuentamos.*

Aquí, los cónyuges se declaran sociables; han escogido a sus compadres por afinidad y simpatía. El marido hace énfasis en la selectividad en cuanto a sus relaciones y su posición de que una orientación responsable hacia la familia permite la solución de los problemas económicos y de otra índole, como la protección de los hijos recurriendo al médico. Y llegado el caso “*si no tenemos dinero, conseguimos [...]* con los vecinos de alrededor”. Otro caso de red de riesgo bajo.

Testimonio 7 - Familia 2.139 - Hijos: todos vivos

P: *O sea que es una familia donde todo mundo va entrando y ocupando su lugar.*

R: *Sí; no había ningún problema. Todos nos llevábamos bien.*

P: *Pues los felicito.*

R: *Pues eso trata uno, de sobrellevar porque, si no, no viviríamos bien nadie: como perros y gatos. No sería bueno eso. Nadie estaría de acuerdo.*

P: *Pero, por ejemplo, si hay algún problema, ¿lo hablan?*

R: *Cuando es grande sí. Por ejemplo, como los hermanos que viven aquí son con los que más convivo, a ellos les pido su apoyo y ellos me ayudan. O si tienen ellos algún problema y yo puedo ayudarlos, lo mismo.*

P: *¿Cuándo el problema es grande?*

R: *Sí, si es un problemita, cada quien lo resolvemos como podamos. Solamente que ya no pueda uno, recurre a ellos. Y nunca dicen que no.*

P: *Y, por ejemplo, en las comidas, cada quien tiene su casa y cada quien compra...*

R: *Sí; cada quien.*

P: *¿Y se juntan en Navidad todos?*

R: *Pues a veces, porque luego es muy difícil porque luego también ellos tienen compromisos, por ejemplo, con la mamá de su esposa. O sea que con mi familia nada más.*

P: *¿Y van a la Iglesia seguido, bautizaron a sus niños, tienen compadres?*

R: *Sí; tenemos compadres. De todos los niños.*

P: *¿Y quiénes son los compadres, la familia o amigos de ustedes?*

R: *Pues los compadres son amigos de mi esposo, algunos.*

P: *¿Y a los niños les gusta salir a jugar?*

R: *Pues casi no me gusta que salgan, para no tener problemas con los niños. Ellos juegan aquí adentro nada más.*

P: *¿Y cómo se llevan con los vecinos?*

R1: *Pues bien.*

R2: *Pues yo creo que sí nos llevamos bien. Nos encontramos y nos saludamos y hasta allí nada más. Pleitos con ellos, no. Cada quien por su camino.*

P: *¿O sea que sus amigos los tiene más bien de su trabajo, de su familia?*

R2: *Sí; o con los hijos de los vecinos.*

P: *¿Ustedes se considerarían sociables?*

R2: *Pues nosotros somos más bien cerrados. No me gusta... A lo mejor soy medio... Casi no me gustan las fiestas. A veces hasta se enojan conmigo. No le encuentro yo nada. A lo mejor está mal en decirlo, pero yo de mi trabajo a mi casa y de mi casa a mi trabajo. Solamente cuando sea con mis hermanos, cuando tienen sus 15 años sus hijas...*

Por boca del marido esta familia se declara “cerrada” a los vínculos vecinales; parece no importarles más que a un nivel de estricta cordialidad.

Después de todo, en caso de gran necesidad, están los hermanos “que nunca dicen que no”, en la medida de la reciprocidad. Son notables los vínculos del marido con el entorno laboral, en una especie de red extendida pero sumamente selectiva pues incluso impide que los hijos salgan a jugar “para no tener problemas” A pesar de esa porosidad discriminante de la red, la responsabilidad adquirida y puesta a funcionar por parte del marido influye de manera positiva evitando riesgos. Podría clasificarse como una red de riesgo medio en la que la fuerte conectividad opera compensando los riesgos.

La estructuración de las redes y su funcionamiento muestran la infinita gama de posibilidades de conjuntar factores de riesgo. La existencia de una red sólida o el mal funcionamiento de la red, su débil estructuración o su escasa accesibilidad juegan un papel probabilístico en la producción de desenlaces positivos o negativos.

Más adelante –en el capítulo sobre antropología de la muerte infantil– discutiremos el conjunto de circunstancias que permean los desenlaces fatales; baste por ahora constatar que la red, su adecuado funcionamiento y su sólida estructuración no son siempre elecciones de las familias; muchas de ellas –las de mayor riesgo– han vivido, por decirlo así, sin la oportunidad de constatar el valor humano y social de una ayuda solidaria; para otras esta oportunidad no es, ni siquiera, imaginable.

Pero también resulta evidente que las familias OHM logran constituir redes más estructuradas y que, en gran medida, gracias a ellas se evita que situaciones potencialmente peligrosas culminen negativamente.

Capítulo 4

La crianza de los niños

“La salud y la vida de las criaturas dependen de las relaciones entre los miembros de la familia que ocupa una casa y las que estos tienen con sus parientes y vecinos. Se considera hogar feliz el que posee bastante que comer, allá donde el marido trabaja con firmeza, la madre es diligente y cuidadosa, y en cuyo seno se cuida y educa a los niños de acuerdo con las costumbres de los antepasados. Una madre feliz le canta a su bebé, entona melodías mientras hila y teje, y cuando su esposo vuelve de la sementera y le tiene ya preparados sus alimentos; en tales condiciones, sus hijos deberán ser fuertes y saludables. Si el padre se emborracha, llega a casa a pegarle a su esposa, se burla de ella y no provee lo suficiente para las necesidades familiares, los niños resultan enfermizos.” (Guiteras, 1986)

Esta es la visión de la vida familiar y de sus efectos en la crianza y en la salud de los niños entre los tzotziles que habitan en Chiapas. No es una receta para arribar a la felicidad; es más bien la idea de un mundo posible con una profunda base en la experiencia. Es un ideal que está al alcance de la mano. Sirve para confirmar que los modos de criar a la prole son histórica y culturalmente variados, aunque la finalidad última, en casi todos los casos, sea la preservación del grupo, principalmente del grupo familiar (ver Malinowski, 1974). Esta tesis tiene un fuerte sabor funcionalista y debe matizarse. Encontrar rasgos comunes en la crianza del individuo humano en diversas culturas, no permite inferir una importancia *social* similar en el cuidado de los niños, cuando se trata de épocas históricas o de culturas diferentes.

Al decir importancia social queremos enfatizar que las diversas sociedades se las arreglan de modo diferente para criar y enseñar a sus hijos las maneras de la convivencia en el grupo, del mismo modo como se preocupan por preservar las “costumbres de sus antepasados” y hacerlas perdurar.

La imagen desiderativa de los tzotziles presentada en el epígrafe no es necesariamente compatible con creencias y costumbres de otros grupos

étnicos incluyendo, por supuesto, a los mestizos y blancos. Además, si se descubren similitudes “funcionales” en la utilidad de criar a los niños de determinado modo en unos y otros grupos, ello no autoriza a sostener una similitud normativa en la concepción de lo que es la crianza.

En términos cronológicos, la crianza es el período que transcurre entre el nacimiento y el comienzo de la vida adulta, período en el cual el individuo humano depende –cada vez menos– de otros para alimentarse y cuidarse del entorno, para aprender a vivir. En rigor, sin embargo, la crianza significa “instalación” del sujeto en el mundo, fundación y desarrollo de su personalidad, establecimiento de vínculos afectivos con sus semejantes. La crianza es, en principio, diádica¹⁵.

La Tabla 33 presenta las dos caras de la relación madre-hijo (o entre sujeto y objeto primario): lo que para la madre es alimentación, para el niño es nutrición y así, cada acto de la madre encuentra su correlato en el niño. Pero los cuidados del pequeño, la enseñanza y su alimentación no cumplen solo con el objetivo de nutrirlo, mantenerlo limpio y sano, y enseñarle a sobrevivir; al criarlo se le “socializa”, se le muestra cómo vivir ajustado a normas ya existentes en el grupo donde se desarrolla. Al criarlo se le da también afecto, y se le permite ajustar sus emociones e instintos al medio que le rodea y con el cual interactúa.

Tabla 33. Relación madre-hijo (objeto-sujeto).

Madre (Objeto relacional primario)	Hijo (Sujeto)
Alimentación Cuidados-limpieza Enseñanza	Nutrición Salud-Higiene Aprendizaje

Progresivamente, la dependencia vital del sujeto respecto al objeto primario tiende a disminuir y se refuerza el elemento de dependencia no vital. Esta consideración es importante, porque la crianza se convierte en *parte de un proceso* que comienza en el útero de la madre.

Alimentar a un pequeño no cumple solo una función nutricional para su supervivencia; significa para él y para quien lo alimenta un vínculo amoroso,

¹⁵ La diada madre-hijo ha sido definida en el discurso psicoanalítico como “una íntima conjunción entre un embrión-neonato y un objeto relacional primario encarnado por una o más personas que se dirigen al niño de la misma manera”.

un recibimiento en el mundo y una atención; significa calor, intercambio físico, intimidad.

Es obvio que esta imagen es tan ideal como la de los tzotziles de nuestro epígrafe. No siempre ni en todos los casos es así. De hecho, existen tratos indiferentes, agresivos, violentos hacia los niños. Por tal razón la crianza del niño pequeño es determinante para su supervivencia. Una crianza inadecuada en cualquiera de los aspectos señalados, se convierte en un riesgo para el desarrollo del niño.

Aspectos histórico-culturales

La crianza, como hecho histórico y social ha dado lugar a una disciplina – la puericultura (ver Boltanski, 1974)– que surge como preocupación y como necesidad. Como preocupación, por “mejorar” las condiciones miserables de vida de los obreros en la primera revolución industrial, a través de medios pedagógicos y una particular didáctica moral burguesa, sugerida o impuesta a las clases bajas de la sociedad. Como necesidad, ya que no se visualizaban medios eficaces para cambiar costumbres –alimenticias y de higiene general– que se han considerado desde entonces como riesgosas para la salud¹⁶.

El surgimiento de una disciplina con estas características ayuda a comprender el peso de las diferencias sociales en los modos de criar y educar a los hijos. Supone, asimismo, como consecuencia no esperada, la intervención de un agente poderoso en los asuntos de la familia: el estado.

Los valores de alimentación, higiene, y cuidados tal como fueron concebidos y producidos por una clase social particular, son reforzados por el poder público. Los argumentos de la ciencia juegan el papel de avales de un modo de criar y de educar. En su misión como educador, el estado refuerza su papel de pedagogo social apoyado en la ciencia positiva.

La puericultura es un saber práctico; establece reglas de conducta adecuadas a un sistema valorativo con pretensiones de universalidad y basado en conocimientos cuasicientíficos o en conjuntos de creencias tradicionales consideradas como indiscutibles, es decir atemporales.

El objeto de la puericultura es la crianza como tecnología. Se parte del establecimiento de fines con arreglo a valores –salud, higiene, moral cristiana,

¹⁶ Un acercamiento a la puericultura del siglo XX se encuentra en el capítulo “Fronteras y espacios de lo privado”; de Prost, en Ariès y Duby (1992).

identidad cultural, modos civilizados de comportamiento familiar y social, etcétera–, para después encontrar los medios pedagógicos y didácticos adecuados (consejería sobre lo conveniente y lo inconveniente en la limpieza y alimentación de la prole, disciplina, inducción y reforzamiento de roles en la conducción del hogar, etcétera).

Para la puericultura tradicional, la educación para la salud ha sido uno de los temas más reiterados. La salud constituye un valor más allá de cualquier discusión y tener una prole sana es una finalidad para cualquier grupo social; pero a tal fin solo se arriba por medio de la disciplina y el orden familiar. Cómo alimentar al bebé es uno de los aspectos más enfatizados por la consejería en torno a la salud; la historia inacabada de los modos “correctos” que se han sugerido para amamantar a un bebé dieron y seguirán dando material para más de un interesante estudio.

Ariès (1987) sugiere que la preocupación por la “infancia” es consecuencia de haberle otorgado *valor* a la vida de los infantes, lo que equivale a afirmar, *contrario sensu*, que no siempre fue así. Según Ariès, “el papel central de la madre en el cuidado de sus hijos es una construcción social que emerge junto con la valoración de la infancia y la centralidad del niño en la familia [...] La madre es la encargada del cuidado y la socialización temprana de sus hijos y la responsable de su buen desarrollo físico y psicológico, esto es, la responsable de su salud” (Riquer, 1992).

Boltanski, por su parte, ha insistido en el carácter científico-arcaico del saber popular: los fines de la salud individual y familiar de las clases o sectores populares y los medios para acceder a ellos corresponden a medicinas científicas de otros tiempos. Según esta tesis, los conocimientos de las clases populares están desactualizados y por eso sus resultados son ineficaces en muchos casos. Aunque esta afirmación pudiera tener sentido para Europa –particularmente para Francia– es inapropiada para México y, probablemente, para todos aquellos países en los que las medicinas tradicionales tienen raíces étnicas muy antiguas. En estos casos, ellas constituyen más una alternativa a la medicina científica, que una versión desactualizada de la misma.

Del análisis sobre la medicina tradicional mexicana se puede concluir que los medios en los que se basa para restablecer la salud dependen de amplios conocimientos anatómicos, herbolarios, minerales y zoológicos basados en una larga experiencia (Lozoya & Zoila, 1983). Estos han sido transmitidos generacionalmente a agentes específicos, pero muchos de sus remedios han sido apropiados por las personas en sus prácticas cotidianas. Además, el uso de esta medicina es simultáneo y superpuesto, en muchos casos, al de la medicina moderna e incluso al de otras medicinas “alternativas”. En el caso de los cuidados de la salud de los niños existe un sincretismo pragmático, que

combina parte del saber médico actualizado con el de la medicina tradicional autóctona y que tiene gran peso en amplios sectores de la población. El personaje clave en la crianza de los niños es la madre, como lo señala Ariès, principal ejecutora de acciones terapéuticas y preventivas para la preservación, cuidado y restauración de la salud de la familia.

Aspectos psicológicos de la crianza

Aunque el resultado sea inevitablemente superficial, resulta necesario hacer algunas referencias a la dimensión psicológica de la crianza y al desarrollo psicosocial de los niños, para fundamentar la hipótesis de la investigación.

Los muchos, variados y buenos estudios sobre mortalidad infantil que han tomado en cuenta las diversas determinaciones sociales de este fenómeno, no han hecho referencia a los aspectos del desarrollo psíquico de los niños. No se han ocupado de la relación entre la adquisición de las capacidades afectivas en los niños, su supervivencia y procesos de salud y enfermedad. Tampoco han abordado la problemática dimensión de la vida familiar en sus aspectos psicosociales, como generadora de riesgos para los menores.

En la literatura psicológica, por el contrario, el desarrollo intelectual y afectivo de los niños menores de un año es uno de los temas que han sido explorados en gran cantidad de investigaciones. Sin pretender una reseña exhaustiva ni un estado del arte, se intenta un resumen de algunas aportaciones de las diversas tendencias que pueden resultar útiles para comprender mejor los testimonios de este trabajo.

Freud fue el primero en señalar la importancia del primer año de vida en el desarrollo de la personalidad de los individuos; su teoría se funda en el supuesto de que la temprana separación del sujeto de su *yo mismo*, de su mónada psíquica, está delimitada, solo en parte, por sus necesidades somáticas¹⁷.

La realidad es, en principio, realidad con respecto del otro, de la madre que lo amamanta o de los posibles objetos sustitutos. A este respecto, Castoriadis¹⁸ ha escrito:

¹⁷ El psicoanálisis no es, por supuesto, una teoría acabada, sin antinomias o simplemente asumida por los profesionales; muestra fisuras, tendencias, desacuerdos. No obstante, el psicoanálisis ha contribuido de manera fundamental en el estudio de la adquisición del mundo afectivo en los lactantes.

¹⁸ La posición de Castoriadis no es ni con mucho ortodoxa, se sigue aquí como una idea ilustrativa de la profundidad del debate y como enlace de las argumentaciones subsiguientes.

No cabe duda de que la ruptura de la mónada psíquica tiene el apoyo de la necesidad somática; pero únicamente el apoyo. La necesidad somática no “explica” nada. El hambre se anuncia a la psique, la cual no puede “ignorarla” lisa y llanamente, pero el hambre no es condición necesaria ni suficiente. Atiborrar a un bebé, o vigilarlo las veinticuatro horas del día para darle el pecho o el biberón apenas se despierta, puede que haga de él un niño psicótico, pero nunca un ternero de aspecto humano. (1989)

Esta radical diferencia de la especie humana marca definitivamente los cauces del análisis en torno al afecto y otras emociones catécticas, desprendiéndolas de cualquier interpretación solamente basada en los instintos.

Numerosos estudios experimentales dan pleno sentido a la afirmación de que la interacción con un bebé puede convertirlo en psicótico, pero nunca en un ternero con aspecto humano. Desde las pioneras e importantes investigaciones de John Bowlby (1985) sobre amor y cuidados maternos y las indagaciones de René Spitz (1965) en torno al carácter de la sonrisa del lactante, pasando por las numerosas sugerencias de Jean Piaget (Piaget & Inhelder, 1978; Piaget, 1981; Piaget, 1974) y su escuela, en torno a las afinidades de los procesos cognoscitivo y afectivo, se ha llegado al consenso de la importancia del mundo afectivo para un desarrollo sano o enfermo del niño.

Desde el punto de vista de la génesis de la personalidad, la maduración psicológica y cognoscitiva del bebé consiste en reacciones cada vez más específicas en relación con otros seres humanos, diferenciándolos de las cosas u objetos, ya que los primeros “actúan de otra manera que las cosas, y lo hacen según esquemas que pueden relacionarse con los de la acción propia. Se establece [...] una especie de causalidad relativa a las personas, en tanto que estas proporcionan placer, confortación, tranquilidad, seguridad, etcétera” (Piaget & Inhelder, 1978).

Bowlby (1986) ha insistido –sobre todo con la afirmación de sus conceptos de “base segura” y “apego”– en la importancia del afecto para que los niños lleguen a adquirir seguridad y a formar vínculos objetales permanentes, ambos aspectos definitorios en la formación de la personalidad.

Así pues, la evidencia empírica ha apoyado las tesis de Freud sobre la importancia de los primeros años de vida en la formación psíquica de los individuos, si bien alterando, modificando o enriqueciendo algunos de sus principios. Esta evidencia proporciona elementos muy poderosos para la afirmación de que la vida afectiva –enfocada desde el ser del propio niño– es determinante de su estado somático al mismo nivel que los determinantes contextuales, socioeconómicos y biológicos.

Desde el nacimiento, muchos niños están expuestos a un medio que puede serles hostil de muchas formas: por la inadecuada atención a sus personas, por la falta objetiva de satisfactores que proporcionarles, por la carencia de afecto y, en el extremo, por las agresiones contra sus personas, riesgos todos ellos derivados de los vínculos con otros semejantes.

Los niños llegan al mundo bajo condiciones sociales, grupales y afectivas específicas. Estas condiciones se han observado desde la medicina clínica o desde la sociología y la economía. Se argumenta la importancia de haber nacido pobre o de haber tenido una madre con estilos de vida riesgosos. Las condiciones socioeconómicas tanto como las biológicas determinan las probabilidades del niño para sobrevivir; influyen también sobre estas los factores-asociados a dichas condiciones: el nivel de estudios de la madre o el monto del ingreso del padre o los factores hereditarios. Todos ellos están “encadenados” a variables próximas –la presencia del agente agresor o de la práctica riesgosa–, determinantes del mal desarrollo o de la muerte de los niños (ver Mosley, 1988).

La vida familiar, lo que rodea al bebé incluso –en sentido figurado– antes de que nazca, es algo ausente o poco estudiado como determinante o como factor asociado al riesgo de morir. La existencia de un padre alcohólico en la familia ha interesado sobre todo como elemento de riesgo hereditario, no como causa de estrés en la madre que desde antes de su nacimiento juega un papel en el futuro del niño.

Quien ha tratado el tema extensamente, confrontando a profundidad las verdades del sentido común y las de la ciencia, es Ronald D. Laing¹⁹ en un magnífico libro. Allí dice:

En el intenso lazo afectivo existente entre la madre y el bebé, antes, durante y después del nacimiento, ha de haber un alto valor de supervivencia. ¿Qué criatura es más vulnerable que el bebé en este periodo? ¿Qué estrategia genética puede ser más efectiva que la de procurar una intensa unión para ayudar al bebé, conectado por matices exquisitamente precisos de visión, sonido, tacto y olfato? Una parte de este mecanismo genético de unión psicobiológica, descubierto científicamente hace poco tiempo, aunque folklóricamente bien documentado, está constituido por una maravillosa sensación

¹⁹ En este libro, el autor centra su polémica contra el saber científico que niega –no sin falacias y antinomias–, la experiencia afectiva de los fetos y bebés. Se refiere ampliamente al debate psicoanalítico en torno al trauma del nacimiento y las numerosas contradicciones en las que Freud incurre en el tratamiento de este problema.

por parte de la madre al estar íntimamente unida a un bebé que goza de estar con ella. [...] Tales sentimientos maternales (no compartidos por todas las madres) no proporcionan evidencia alguna para la mente científica de que los embriones, fetos y bebés están ahí, por su parte, tal como sentimos que están. (Laing, 1983, pp. 121-122)

En la teorización existencial de Laing se debate la incapacidad de la ciencia para mirar de frente a la experiencia y tomarla como fuente de saber. Si la hipótesis de que existe una vida intrauterina afectiva de estrecho lazo entre madre y feto es plausible, es también sensata la hipótesis de que la tensión materna, derivada de una conflictividad afectiva dentro de la familia, influye en el bebé aun antes de que nazca.

Los testimonios de esta investigación parecen aportar en favor de la hipótesis enunciada, pues es en las familias altamente conflictivas y con escasos o nulos apoyos solidarios donde los niños tienen más dificultades en su desarrollo y son más vulnerables a los embates de un medio carente y riesgoso.

Testimonios

Al presentar los testimonios trataremos de ser fieles a lo que acabamos de sostener, en el sentido de que la crianza no se restringe al período en el cual se cuida y se adiestra al niño. El orden de los apartados que siguen, intenta recuperar las experiencias relevantes de la historia familiar²⁰.

La crianza tiene como base el modo en que las familias han vivido cada etapa de su formación. Así, cabe el señalamiento de que la formación de la pareja, el embarazo y el parto, se constituyen como fondo o como base – según sea el caso–, para que el niño se desarrolle con menores riesgos para su supervivencia, precisamente en la etapa en la que es más vulnerable. El descubrimiento de diversos conflictos ocurridos durante las etapas previas al nacimiento, y fundamentalmente alrededor del embarazo, ayudarán a una

²⁰ En este capítulo no hemos respetado la estrategia de presentar separadamente a los tres grupos de familias. Ello se debió a que los testimonios son más “pobres” y a que hubiera sido necesaria una vuelta al campo para completarlos, lo que estuvo fuera de nuestras posibilidades. Sin embargo, en esta parte del texto se alude a las diferencias, pudiéndose también identificar la pertenencia de cada testimonio al grupo familiar correspondiente (2HM con más de uno, 1HM con uno y 0HM con ningún hijo muerto).

comprensión más pertinente del riesgo bajo el cual llegan al mundo los hijos de las familias estudiadas.

Otro telón de fondo es la gran precariedad en la que viven estas familias. Las carencias socioeconómicas son el escenario de la crianza²¹, Estas familias, como se ha dicho en reiteradas ocasiones, se las arreglan como pueden. Su situación de pobreza condiciona muchas de las “decisiones” o “conductas” en torno al cuidado, alimentación e higiene que siguen haciendo, a veces, que su ámbito de elección sea inexistente (Harris & Ross, 1991)²².

La formación de la pareja

Desde la óptica psicosocial, se puede afirmar que las condiciones en que se desarrolla la gestación serán cruciales para el futuro del niño; en este sentido la edad de la madre, su madurez biológica y psicológica, las condiciones económicas en las que vive –sola o con su pareja–, la estructura y dinámica de las familias de origen, la existencia de violencia o adicciones, la ayuda y el apoyo familiar, de amigos y vecinos, suelen constituirse como factores que inciden en la crianza del niño desde antes del nacimiento.

La forma en que la pareja “vive” la unión, marca de manera importante las pautas de interacción entre esta y los hijos, por lo que el matrimonio, además

²¹ Cabe destacar que el otro telón de fondo es la desigualdad de género, aspecto que será tratado explícitamente en el capítulo final de este libro; si bien las consecuencias de la dominación masculina no se analizan separadamente para cada grupo de testimonios, es evidente que están presentes en casi todos los relatos. No ignoramos su importancia, como señalamos también en otro trabajo: Castro & Bronfman, 1998.

²² Un aspecto sumamente problemático y que no es abordado en este trabajo es el de los costos “directos” e “indirectos” de la crianza. Harris & Ross han elaborado algunos interesantes análisis al respecto: “En la mayor parte de las sociedades preindustriales los principales costos de criar a los hijos se generan a lo largo de un período de cinco a seis años. [...] El aumento del consumo de calorías y nutrientes y el trabajo que no se ha podido realizar durante el embarazo y la lactancia representan una carga considerable para los presupuestos domésticos. El proceso del parto es en sí peligroso para la madre, y puede llevarla a la muerte o a la enfermedad y a la privación de sus cuidados, su afecto y su fuerza de trabajo. Además, es posible que se necesite un esfuerzo considerable para llevar a los recién nacidos o a los niños pequeños de una parte a otra. Sin embargo, a partir del destete, los niños de las sociedades preindustriales empiezan rápidamente a “amortizar su coste”. Contribuyen a la producción de sus propios alimentos, vestuario y vivienda, y en condiciones favorables [...] pueden empezar a producir excedentes superiores a sus propias necesidades de subsistencia ya a los seis años de edad. [...] Esta transición se va acelerando con los sucesivos nacimientos, dado que los hermanos mayores y los siguientes absorben gran parte de los costos del cuidado de los más jóvenes” (Harris & Ross, 1991).

de ser una alternativa de vida tanto para el hombre como para la mujer, representa la continuación de la reproducción de los patrones culturales de las familias de origen. Un aspecto fundamental es que la unión, en muchos de los casos analizados aquí, fue simultánea o consecuencia del embarazo.

En este sentido se encuentra que la convivencia en pareja, para algunas mujeres, fue el mecanismo para salir de su casa, en la que llevaban una vida familiar conflictiva.

...como mi madre siempre me decía de cosas, llegó el día en que me aborreció mucho. Entonces yo le dije que para que me lo estuviera diciendo, que fuera cierto y con provecho. [El esposo interviene] Y yo fui el que pagué el pato [risas]. En el pueblo se acostumbra pedir a la novia llevar a los papás y llevar cierto regalo, lo que allá llaman “chiquihuites”, canastos de carrizo llenos de pan, llenos de otras cosas, azúcar, cigarros, velas y un regalo enorme para ir a pedir a la muchacha. Entonces como yo no lo hice y después la suegra andaba duro y duro. [La esposa agrega] Hasta hace como dos años todavía me lo estaba recalando. Y yo le dije que yo en su lugar hubiera agradecido que me llevaron y se casaron conmigo por las dos leyes, y no tener nomás el interés en que me den de comer. Pero ella es interesada. (Familia OHM)

La convivencia familiar negativa no es privativa solo de la mujer, sino que también existen casos donde el varón la experimenta. En estos casos la mujer llega a presuponer que la vida tan dura que tuvo este puede ayudar a entablar una mejor convivencia, evitando así la repetición de su experiencia.

Él era huérfano, nada más tenía a su papá y vivía con su madrastra. Nos conocimos y no duramos mucho de novios porque él decía que ya estaba aburrido del mal trato de su madrastra. Nos casamos y yo decía “a lo mejor fue por eso que él cambió, porque nos tratamos muy poco”. Pero eso hubiera sido desde un principio. El matrimonio hubiera fracasado desde un principio si eso hubiera sido. Pues yo tenía 16 años y él tenía 20. Como decían que él ya había sufrido tanto y ya era más grande, a la mejor nos iba a ir bien en el matrimonio. Su familia me decía que lo comprendiera, que era un pobre niño que había quedado solito de muy chiquito y que quería tener un hogar. Pero no sabíamos que iba a haber un cambio. (Familia 2HM)

En otros casos, las características de los cónyuges no suelen ser del agrado de las familias; generalmente la no aceptación radica en algún defecto del varón, y en la corta edad de la mujer.

Y me lo encontré en la calle; me daba tristeza. También en mi familia mi papá tomaba mucho; y a él le decía que por qué tomaba; que por qué le gustaba ese vicio. Y ahí nos fuimos conociendo. Luego, traía un carro y luego me lo echaba encima y me vacilaba, me cotorreaba... y ahí nos fuimos conociendo. Y luego, mi familia me llevó, porque vivíamos aquí en la entrada, allí estábamos rentando. ... [Cuando las familias se enteraron de que ellos se querían unir, la familia de la esposa se opuso]. Ella, mi mamá dijo que no, porque yo tenía 12 años y él tenía 27. [El esposo señala] Porque estaba muy chica. Entonces hubo una... bueno, vamos a suponer... porque ella ya era mi novia y su mamá se enojó mucho y me dijo: no; sabes qué, mi hija está muy chica para ti. Bueno, yo la dejé de ver (trabajaba yo). Luego, ella por verme, bajaba y andaba con mi familia. Luego ya la veía. Yo trataba de no verla... [La esposa señala] De por sí, están sentidos hasta la fecha. Decían que era muy borracho, que no me convenía y que él ya había vivido con mujeres y todo eso... que él ya sabía más que yo. Entonces no me convenía y me llevaron de aquí de la colonia, y me llevaron a la otra colonia. [A pesar de la separación, ellos continuaban viéndose a escondidas, pero] ...lo iban a demandar cuando me vine con él porque era menor de edad. [La familia de ella hizo un nuevo intento por separarlos, entonces la señora le dijo a él] “sabes qué, que mi familia se va a ir”. [El esposo dijo] “Te voy a ver adonde se vayan, ¿no?”. Entonces ella me dijo “No: Pues sabes qué, que yo ya no quiero ir con mi familia”. Yo me puse a meditar... [La señora describe que cuando ellos se fueron a vivir juntos] estuvimos allí abajo. Luego vino mi familia, y que me fuera, porque a él le iba a ir muy mal. Se unió la familia y ya hicieron un mitote. Iban a demandarlo por seductor de menores, algo así. Entonces, le dijeron a mi mamá que no le convenía hacer eso porque, en primera, me iban a meter al reclusorio de menores, y a él lo iban a hacer... [Toño:] Sí, a meter miedo. Pero yo le dije “yo lo quiero y ya no me sacan de aquí”. Y ya no me pudieron sacar porque yo le dije que lo quiero. Y se enojó mucho mi papá, hasta la fecha. (Familia 2HM)

La no aceptación de la relación de la pareja por parte de las familias de origen conlleva a que esta se vea a escondidas, lo que muchas veces acelera la decisión de la unión, ya que la pareja considera que, si pasa más tiempo, la oposición será mayor.

Pues como le digo, que trabajaba yo. Tenía 16 años y mi mamá me mandaba a la nocturna de San Angel. Mi esposo allí iba y allí nos conocimos. Después mi mamá vio que no aprovechaba yo nada del estudio y me sacó de la escuela

y entré a trabajar. A los 17 años entré de costurera. De allí lo seguí viendo y de allí pues ya me vine con él. Nos veíamos a escondidas. No lejos, sino que mi casa estaba enfrente y abajo estaba una tienda. Allí nos veíamos [pero] se enojaba mi mamá. Me decía que estaba yo muy chica y que primero me pusiera a trabajar y me vistiera y me divertiera. Ya después, a ver... pero uno a veces no les hace caso a las mamás. Después me salí de mi casa; al otro día vino mi mamá a buscarme, preguntó por las casas que están por la calzada. Ella preguntó que dónde vivía mi señor... Habló mi mamá con mi suegra y le dijo que era la primera hermana que me había salido de mi casa. [...] Yo no dije nada mi mamá habló con mi suegra y con mi esposo. Ya ellos pusieron un tiempo para que nos pudiéramos casar por el civil. Un mes nada más, porque ya por la iglesia, cuando tuviera el dinero. Si hubiéramos pensado mejor creo que mi mamá si lo hubiera tratado bien. Porque no tenía vicios ni nada. El puro partido que le gustaba y trabajador. Mi mamá después de que habló con mi suegra ya nos dijo que fuéramos a la casa. Fuimos a hablar con mi papá y mi hermano el mayor. Si me dieron una regañada, pero mi papá ya lo tomó bien y ya no nos dijo nada. Hasta la fecha ya lo quieren bastante. Pues para serle franca, nos ven como bajos. No sé explicarle que nosotros no podemos darles nada porque no lo tenemos y ellos no nos ven como debe de ser. Ni la familia de mi señor, ni mis papás. (Familia 2HM)

Por otra parte, la rigidez familiar y la ausencia de comunicación lleva muchas veces a las mujeres a realizar prácticas al margen de la aprobación familiar para satisfacer sus inquietudes y deseos de experimentar otras situaciones, especialmente durante la adolescencia.

Me fui, y todo por mi mamá. A veces le digo que a lo mejor es su culpa que me haya casado tan joven. Ya era muy noche y andábamos en una fiesta. Eran las cinco de la mañana y yo ya no quise llegar a la casa porque cada vez que llegaba me pegaban. Andando en fiestas sanamente y todo eso, por miedo de la golpiza que me iban a dar ya no llegué. [La reacción de la mamá cuando la pareja se unió la señora la describe así] mi mamá se enojó mucho e inclusive trajo a una patrulla para que nos agarraran e inclusive decía que prefería verme en la cárcel que verme así. Decía ella que Raúl era una persona viciosa e irresponsable que era un vago y que tenía un mal concepto de él, pero la verdad es que cuando yo lo conocí él entrenaba box. Todos sus hermanos son muy deportistas... Entonces mi mamá decía que prefería verme en la cárcel que verme con un hombre así. Y una vez sí me agarró con la patrulla. Me llevó a la casa, pero me volví a salir y ya de allí ya me dejó descansar mi mamá... (Familia 1HM)

En muchos casos la unión de la pareja se debe principalmente al embarazo de la mujer, a pesar de que las familias de origen no acepten a los miembros de la pareja²³.

No les caía bien. De parte de mi mamá y mi papá, como que no; pero ya después aceptaron. Tanto a él como a mí me aceptaron en su casa. Al mes de que ya estaba yo esperando yo a esta niña, ya no tuvieron más remedio que aceptarme, pero lo que es la familia de él, pues no. Hasta la fecha tengo problemas. (Familia 2HM)

Existen casos en los que alguno de los miembros de la pareja sufre cierta presión familiar, por lo que prefiere alejarse del hogar y formar el propio.

Mi familia era mucha. Con mi papá y mi mamá éramos muchos y todos estábamos chiquillos. Al ver yo eso ya me decidí a formar mi hogar y a ser una carga menos para mi papá. Solamente de esa forma. Yo trabajaba en una casa, después me gustó la albañilería [...] En el trabajo nos conocimos. Nos salimos, formamos nuestro hogar y ya. [La pareja señala que el primer hijo no lo tuvieron enseguida de la unión, sino que esperaron aproximadamente dos años antes de que la esposa se embarazara. Al respecto el señor opina]: Pues es una experiencia que no ha tenido uno y formar un hogar ya es cosa seria. En eso yo pensaba, a pesar de que estaba yo ignorante y estaba joven. Tendría unos 14 o 15 años. (Familia 0HM)

Son pocos los casos en que la pareja experimentó una etapa de noviazgo en la que se trataron para conocerse y entablar una relación más estrecha, para después dar paso al matrimonio o a la convivencia conyugal.

...de novios estuvimos seis años. A los trece años la conocí. Pero sí pensaba yo casarme con ella, sacarla bien de la casa. Hubo problemas con su padrastro y nunca pude entrar a hablar con él. [Aun cuando la pareja al inicio de su vida marital vivió sola, alejada de los parientes, el esposo señala que es cuestión de responsabilidad] ...cuando uno se hace responsable de una

²³ Al respecto, abundan los casos de unión por embarazos. Marvin Harris & Eric B. Ross, después de criticar las posturas de algunos demógrafos sobre su insistencia de considerar al matrimonio como la posibilidad de procreación efectiva, señalan que desde una perspectiva antropológica lo anterior no es válido: “Suele ocurrir en las sociedades preindustriales que la procreación no comience con el matrimonio, sino que el matrimonio comience con la procreación” (1991).

mujer y de los hijos, ya hay que ver cómo sacar a la familia adelante. [Para el esposo el que un hombre jefe de familia sea desobligado significa] Pues me refiero a que traen hijos al mundo y se desobligan. Dejan a la mujer con los hijos, o viven con la mujer y se dedican mucho al “chupe” y se desobligan. No dan gasto, o van cuando quieren... (Familia OHM)

El embarazo y el parto

Con el embarazo da comienzo una nueva vida, es decir algo que es en principio autónomo, delimitado en un complejísimo tejido de dependencias. Sin embargo, el embarazo tiene una historia: la de los padres. Esta historia puede ser satisfactoria o desgraciada, o puede ser simplemente una historia común, compartida por muchas otras experiencias similares, derivada de situaciones análogas, tal como fue descrito con los testimonios anteriores.

La situación de la mujer embarazada tiene una especial importancia, dado que es la culminación del proceso preparatorio de la convivencia, pero también el inicio de lo que será el futuro de la dinámica familiar, la distribución de roles, la formación de redes y también de los límites de la convivencia entre familias y generaciones.

En la gran mayoría de las familias con hijos muertos, la mujer embarazada no tiene apoyo de su familia ni de su pareja, el cónyuge es muy joven –como ella– con trabajo inestable o inexistente. El embarazo resultó ser el acontecimiento que desencadenó una serie de conductas y conflictos en el interior de las familias, y los cambios para la joven pareja han resultado rápidos, inesperados y, muchos, indeseables.

Las condiciones de la vivencia del embarazo en los tres grupos familiares se alejan bastante del ideal. El rol tradicional que la sociedad ha impuesto a la mujer señala que el mayor logro de esta es la procreación, y también –idealmente– que este debe ser un proceso disfrutable, en donde ella se sentirá realizada en el plano materno, lo cual debe ser motivo de orgullo y satisfacción. Nunca en las entrevistas la situación real se acercó a esta versión idealizada.

A pesar de ello, la experiencia de vivir el embarazo, tiene para la mujer una importancia significativa: por un lado, demuestra la capacidad de la familia, la pareja y la mujer, de adecuarse a nuevas situaciones que determinan el comienzo de una nueva etapa de vida; por otro lado, las acciones de estos mismos sujetos marcan pautas, normas y formas de comportamiento y aceptación hacia los nuevos seres que procrean. Aunque la

mayoría de las mujeres no se cuestiona el embarazo ni lo rechaza explícitamente –en general es algo inevitable, no planeado– ello no indica que la pareja esté en condiciones de realizar una adecuada crianza; se habla más bien de la aceptación del embarazo como un acontecimiento que, tarde o temprano, sucederá.

La edad en la que sucede el embarazo, se constituye en el primer obstáculo para una adecuada crianza. En algunas mujeres interfiere con la etapa final de su propia niñez, como lo demuestra Ariceli, quien tuvo su primer embarazo a la edad de 12 años.

Y durante el primer embarazo, ¿cómo se sintió?

No muy bien, como era yo niña, me gustaba jugar. Me salía a jugar con mis cuñados más chicos. Pero como él no estaba en las noches, me quedaba yo con su mamá. Ella me hacía repelar; me decía que no me quería y me decía de cosas. Yo me quedaba callada porque sentía feo contestarle. Decía que no me quería porque le iba a quitar su dinero que le daba su hijo... (Familia 2HM)

Por otra parte, tanto las carencias económicas como el reiterado y constante estrés psicológico en el que vive una gran parte de las mujeres de los tres grupos familiares –pero principalmente las de los grupos con hijos muertos– son factores que inciden negativamente en su estado anímico general, físico y emocional. Muchos de los conflictos en el período de crianza, se desencadenan con el embarazo mismo y en ocasiones desde antes, cuando la pareja se enfrenta a una fuerte oposición de las familias de origen. Dicha alteración psicológica es producto, entre otras razones, del alcoholismo del esposo o de algún otro familiar, de la presión que se ejerce sobre la mujer –generalmente por parte de la suegra– por la atención que le da al esposo, por la convivencia de varias familias en espacios reducidos y por conflictos en la toma de decisiones.

...me decían los doctores que si yo hacía corajes, o me hacían llorar. Pero nunca les dije que tenía yo problemas con mi suegra. Solo él sabía y yo le decía a él qué es lo que pasaba. Él venía en las mañanas temprano y me traía mi leche, me traía mis plátanos, me traía mis “conchas” o mi pan para que desayunáramos en la mañana. Así pasaron como seis o siete meses y como él no me daba el “gasto”, sino que se lo daba a su mamá, ella nos hacía de comer. Pero luego se iba a vender agua, porque tenían un burrito y ella se iba a vender botes de agua. Le decían cuántos tambos querían de agua y ella se los llevaba. Entonces ese dinero lo gastaba para tomar. Llegaba tomada y nos hacía de comer. Entonces yo le dije a él: ¿qué podemos hacer?, tu mamá no nos da de comer. Ya eran las siete de la noche y nosotros no comíamos.

No almorzábamos, no comíamos ni cenábamos. Mi cuñada la grande decía: traje esto [de la casa donde trabajaba] y él le decía: “ya dame mis tortas porque ya me voy a ir y no hemos comido”. Ella se molestaba y entonces yo le dije que para quitarnos de problemas mejor me diera mi “gasto” y yo sabría que comeríamos y no estaría con que no sé si vamos a comer o no. Así nos la pasamos, mal comidos durante el embarazo. (Familia 2HM)

Los testimonios de las mujeres en relación con sus vivencias del embarazo presentan algunas características comunes, tales como que estos no fueron planeados, la escasa importancia que se le da durante el embarazo a la vigilancia de la salud, la falta de una situación económica estable, vinculada especialmente a la eventualidad del trabajo del cónyuge, la vivencia de situaciones de conflicto conyugal o familiar, que en ocasiones toman un carácter violento y la convivencia con algún miembro de la familia que es alcohólico, la mayoría de las veces el esposo.

Algunas familias han vivido períodos de separación conyugal cuando la mujer se encuentra embarazada, que es cuando, eventualmente, el hombre busca otra pareja para tener relaciones sexuales. La reanudación de la convivencia en pareja suele darse después de que la mujer dio a luz al hijo.

[La señora Teresa dice que la convivencia con su esposo ha sido difícil porque él toma bastante y además] él ha sido mujeriego y ha andado con mujeres y realmente yo me he dado cuenta. [...] Ha habido veces en que me ha dejado... simplemente en los embarazos, me ha abandonado y la tía y mi familia son los que me han visto. (Familia 2HM)

Una vez, cuando estaba yo embarazada de mi hija, me pegó porque no llegó. Entonces, tenía una revista de esas feas... yo no sabía y como tengo la maña de cambiar mis cosas, la encontré a un lado de la cama y la saqué. Llegó y buscó la revista. Le dije de cosas. Un día antes, en la mañana, antes de que él llegara lo buscó su hermano y me preguntó por él. Yo le dije que no sabía de él y que estaba bien preocupada. El hermano le dijo que no me preocupara porque la estaba gozando por los Dínamos porque se había llevado a una muchacha, porque mi panza le estorbaba. Su hermana me decía que si Goyo volviera con su otra señora qué haría. Yo le contestaba que allá él. Pues parece que va a volver. Yo sentí bien feo, no sé si por eso mi hija se me murió. (Familia 2HM)

El embarazo se presenta para la mayoría de las mujeres como un suceso azaroso en donde no intervino ningún tipo de planificación. Ante la sospecha

de embarazo, la mujer no acude a una instancia médica para confirmarla, sino que, a partir de los conocimientos previos que tiene sobre su cuerpo, ella misma determina si está embarazada o no. En otros casos, la duda del embarazo se comparte con el cónyuge quien en ocasiones sabe más que la mujer.

Yo tenía catorce y él tenía dieciocho; estaba joven. Quedé embarazada luego; pero inclusive ni cuenta me había dado, porque cuando yo noté que estaba embarazada dije: "bueno, por qué estoy engordando; no sé". Le digo a él "oye, me veo más gordita". Es que estás embarazada. ¿Y qué es eso...? (Familia 2HM)

El proceso de la gestación se considera como algo natural que no necesita mayores cuidados que los que ella misma se puede proporcionar; así, la mayoría de las mujeres deja transcurrir el embarazo sin ningún cuidado adicional.

De repente supe que estaba embarazada porque me empezaron los ascos, pero como nunca fui a un médico nunca supe que eran gemelos, hasta la hora del alumbramiento fue cuando supe. (Familia 2HM)

Cuando la mujer acude al médico para saber si está embarazada, es debido a que presenta una serie de alteraciones de su organismo que ella considera como anormales y desconocidas.

...la verdad no estaba segura de que estuviera embarazada, porque me daba nada más un dolor y me adelgacé mucho. Estuve en tratamiento todo el embarazo. Iba al médico y me decían que no estaba embarazada, me mandaron hacer el ultrasonido y después, pues sí. A veces sangraba y me daban dolores, ya después fueron contracciones todo el embarazo. Me atendí en el Gea González también y me mandaron medicamentos en la casa. Pero si estuve en tratamiento y hasta que me alivié descansé. Me alivié normal pero después tuve unos dolores muy fuertes y duré 15 días para poder caminar. (Familia 1HM)

En otros casos, la familia acude al médico solo para confirmar la existencia del embarazo.

...me quedaba en la casa porque ya sabía que estaba embarazada. A veces ni cuenta me daba. Mi esposo sí tenía la curiosidad de llevarme con el doctor aunque fuera una vez, cuando ya estaba embarazada, para ver si era cierto o no. A partir de esa fecha, hasta que nació el niño. (Familia 2HM)

En general, los embarazos transcurren sin mayores complicaciones y no se utiliza ningún tipo de atención médica. Algunos embarazos no llegan a término y culminan en un aborto espontáneo.

[La señora Matilde narra que durante su quinto embarazo de tres meses se llevó un fuerte susto, por lo que ella cree que abortó]. *Mi esposo, como era muy celoso, y donde vivíamos eran unos terrenos muy grandes, donde sembraban una milpa, yo tenía que juntar leña para hacer tortillas. Vio que andaba juntando leña y pensó que era para que me vieran los trabajadores. Dijo que me iba a pegar con el hacha y ese fue el susto que me dio.* (Familia 0HM)

Los abortos son explicados por las mujeres de diferentes formas: por brincar zanjas en las calles; por exceso de trabajo doméstico; por la constante alteración psicológica en la que vivían y que en ocasiones incluyó agresiones físicas; por la falta de atención médica y de cuidados en casa.

Ciertamente, los embarazos de las mujeres se diferencian unos de otros, de tal manera que las condiciones y la forma en que se desarrollan las diferentes gestaciones no comparten las mismas características.

[El primer embarazo de la señora María Antonia fue el más complicado ya que recuerda que se puso mala]: *Dijo el doctor que porque había yo hecho un coraje y me daba mucha temperatura. Entonces me sentí yo mareada, pero no le decía a nadie, porque siempre desde que me casé viví sola. Entonces una señora que vivía en frente de mi suegro me dijo que mi embarazo no iba bien. Cuando llegó mi suegro le avisaron que me había puesto mal y me había ido al mercado. Él me llevó a ese sanatorio. El doctor me revisó y me dijo que el bebé no daba señales de vida. Ahí me dio unas pastillas y me dijo que si no había movimientos, iba a provocar el aborto. Al otro día nació la niña.* (Familia 0HM)

Los problemas de alimentación parecen ser una cuestión que merece especial atención, ya que las mujeres –como lo señalan algunos estudios– son las últimas en comer en el hogar, lo cual va en detrimento de su condición física y se agrava durante el embarazo.

[Respecto a uno de sus embarazos, el cual fue molesto para la señora Demetria, señala]: *Estuve yendo a la clínica. Me dijo la doctora que me atendió que como yo no había ido antes estaba anémica y que si no seguía yendo se iba a quedar ella, [el hijo por nacer] o yo. Alguna de las dos nos íbamos a quedar. Seguí yendo.* (Familia 2HM)

En otros casos, las infecciones venéreas ponen en peligro al producto, especialmente cuando la mujer ignora acerca de las prácticas sexuales de su cónyuge.

Pues él estuvo enfermo y tuvimos relaciones; no sé si me haya echado algo. Después me habían dicho que se había metido con una señora. Luego fuimos al doctor y le dijo que tenía una fuerte infección y le preguntó si no habíamos tenido relaciones; él le dijo que no. Entonces me dio harto coraje y pasé y le dije al doctor. Y me revisó y me dijo que tenía que sacar al niño porque podía nacer sin manitas o sin pulmón, o así... Pero yo no me lo quise quitar y gracias a Dios no pasó nada. (Familia 2HM)

La situación de precariedad que viven estas familias es un factor de riesgo enorme durante el embarazo.

...Iba yo con el médico y le platicaba y me empezaba a examinar. Me decía que no era embarazo. Pero yo sentía las piernas, por dentro de los huesos, como una reuma, y me daba mucho sueño. [...] Me hicieron revisión. Como mi esposo cuando se fue para allá empezaron a darle el sueldo de allá, nos vimos muy apretados y no nos alcanzaba. Entonces yo decía, si me voy al hospital a lo mejor me van a tener que hacer estudios y va a ser mucho gasto. Entonces le comenté a mi hermana y me dijo que fuera al Seguro con su credencial. Fui con la credencial de mi hermana y me dijeron que era embarazo y que me iban a poner en observación. Como tres o cuatro días estuve en observación y ya empezaba a arrojar líquido, pero me dijeron que si se iba a lograr. Ya me vine y mi esposo no estaba aquí. Cuando vino le dije que estaba embarazada. Y como me sentía mal pensaba que el embarazo no era bueno. Fui a hacer una pregunta con un médico y me cobraba un dineral. Entonces me quedé así, pero me sentía muy mal. [Este embarazo tuvo complicaciones, por lo que a la señora le realizaron un legrado en el hospital]. (Familia 2HM)

Conflictos intrafamiliares y su impacto en la crianza

Las vivencias de las mujeres dentro del matrimonio están íntimamente ligadas al tipo de relación que establecen con su cónyuge; a partir de ello, la relación podrá asumirse de manera simétrica o asimétrica. Dadas las condiciones

en que se ha formado la familia, la mayoría de las veces la mujer asume su dependencia económica, convirtiéndose fundamentalmente en ama de casa. Esta inferioridad económica también conlleva a una subordinación a la autoridad masculina, lo que las hace más vulnerables a las agresiones por parte de su cónyuge.

Para el hombre, la supervivencia de su familia pasa por el mantenimiento de las jerarquías tal y como las ha impuesto él. Y aunque la mujer sea la que cotidianamente tome decisiones en la casa, con los hijos y en las tareas domésticas, el varón es el que finalmente impone las normas y restricciones para los miembros.

La interacción que se establece entre los cónyuges no siempre es armónica, sino que puede presentar fuertes rasgos de violencia. Esta se da tanto en los periodos en que la mujer está embarazada como en los periodos en que no lo está; se trata entonces de una conducta cotidiana que se ha convertido en una forma de interacción, comunicación y convivencia.

Un elemento que se encuentra vinculado a la violencia doméstica es el uso del alcohol, pues en general es una condición para que los conflictos sean más intensos. Esta situación llega a agudizarse cuando el cónyuge carece de empleo, tiene presiones económicas o tiene conflictos familiares.

La infidelidad del esposo es otra forma de violencia hacia la mujer, que tiene como consecuencia el abandono de ella, de sus hijos y del hogar. Esta situación, a su vez, genera mayores tensiones que terminan en conflictos conyugales a veces de larga duración.

La intensidad y duración de los conflictos tiene variaciones en los tres grupos familiares. Las familias con varios hijos muertos se caracterizan por conflictos más intensos y que han perdurado por más tiempo, su contacto con parientes y amigos es escaso y los conflictos se han estereotipado. Los conflictos mayores se presentaron en la etapa de la formación de la familia, es decir, al inicio de la vida marital, coincidiendo con los embarazos y durante la crianza temprana de los hijos.

[La señora narra que el embarazo de uno de sus hijos (el que falleció) fue muy problemático, principalmente por los conflictos con su esposo]: *Con mi esposo, por lo que tomaba, discutíamos. Casi desde que yo he vivido con él, siempre ha tomado. Hay temporadas, cuando yo me pongo muy agresiva o enérgica, y me molestaba porque él tomaba, eso servía para que él dejara una temporada de tomar. Ya cuando estaba todo tranquilo, otra vez volvía a tomar.* [La señora dice que esto le afectó durante el embarazo porque] *él no trabajaba y tomaba. Se había quedado sin trabajo, y si salía a buscar trabajo llegaba tomado. Dependíamos de la ayuda de mi*

papá. [...] había ocasiones en que dos o tres días tomaba y no se presentaba a trabajar. Entonces ese era mi coraje, porque yo le decía “va a suceder lo que en otros trabajos que has tenido, que te presentas tomado y sin darte ni un centavo te echan”. Ponte a pensar: antes porque estabas joven, pero ahora, con la edad ya no tan fácil te van a recibir en cualquier trabajo, y menos si no tienes preparación. Entonces trata de comportarte bien. Había veces que él se molestaba porque yo le daba muchos consejos. [...] estuvo en el Banco Rural, entonces mi esposo trabajó allí y duró dos años, pero continuamente tomaba; había veces que nada más trabajaba tres o cuatro días a la semana y tomaba. Había veces que por lo mismo cerca se venía para acá, empezaba a tomar y lo mandaban llamar, o le fijaban una hora. Entonces a veces cuando iba a recoger llegaba tomado. Y él me decía que como era de confianza no lo podían correr. Sucedió siempre lo que yo temía: “qué crees, que ya no me van a dar trabajo y no me dijeron por qué”. Sabes por qué por lo irresponsable que eres, que te presentas tomado o no te presentas a trabajar. Pienso yo que va a volver a recaer por las amistades. Más bien aquí estamos en un círculo donde todo mundo toma. A veces él sale y cualquier amigo que lo saluda le invita una cerveza. Él es de los que prueban una o dos y se sigue dos o tres días. Entonces yo pienso que por las amistades con las que convivimos por aquí vuelve a recaer. (Familia 2HM)

Las riñas y golpes más recordados por las mujeres se remiten a la etapa del embarazo o a alguna situación familiar especial que marcó de manera importante sus vidas.

Se ha quedado mucho sin trabajo y más porque como toma... muchas veces se dedica a tomar. Pues ahorita que está “jurado” medio año, trabaja todo el tiempo que está “jurado”, pero ya cumple y vuelve a tomar. Y vuelve a tomar un mes o dos, pero no del diario, sino cada ocho días, cada quince, y luego ya le da “huevonada” trabajar. Luego ya pasa un mes o dos y se pone a trabajar bien. Vuelve a jurar. [La señora Carmen señala que además de que su esposo toma, también ha sido objeto de agresiones físicas ya que ha habido ocasiones en que la ha golpeado, aun estando embarazada. Recuerda que con el embarazo del varón los golpes] ya fueron menos, porque según él quería un niño y ya teníamos a Armando. Casi desde que nació el niño, se acabó. Nada más una vez. Pero ya después cuando nació seguía lo mismo. Cuando nació Armando ya cambió más; ya fueron menos los golpes. (Familia 2HM)

Para algunos hombres, el alcoholismo y las relaciones extramaritales no tienen mayor trascendencia cuando ellos han permanecido en casa y se han responsabilizado de la manutención; estas condiciones son atenuantes de su conducta, a la que no le atribuyen posibles efectos en la vida familiar:

Fui tomador y en eso considero que he sido mal padre. A veces la bigamia. También me considero en esa forma mal padre. En otra forma me considero buen padre porque nunca he abandonado a mis hijos y nunca porque me emborraché o porque me fui con alguien decía que no tenía para darles de comer porque me gasté el dinero. Se los digo delante de ellos y ellos podrían desmentirme, y mi esposa más que todo, porque ella es la que ha sufrido y les he puesto buen ejemplo porque me ha gustado trabajar siempre. Nunca les han faltado útiles, zapatos, todo lo que necesitan en la escuela. Bueno, lo más indispensable se los he dado y mis hijos han visto que aunque sea con un esfuerzo lo he hecho. (Familia 2HM)

En el caso extremo están aquellos cónyuges que, además de no haberse responsabilizado de la manutención económica de la familia, no permiten que la mujer realice trabajo extradoméstico, de tal modo que los conflictos por cuestiones económicas son cotidianos y el pretexto para golpear a la mujer puede ser cualquier otra situación.

[Para la señora María del Carmen, la violencia física ha sobrepasado los límites de los conflictos conyugales, ya que sus hijos han estado presentes en las riñas, y han intervenido]: ...hasta me defendió mi hijo porque si le contesté mal; me fui a conseguir dinero y me tardé. Me da vergüenza pedir y le ayudé a lavar los trastes a mi mamá. Entonces como su hermano nunca le hace nada a su señora, a la mejor no se quiso lucir. Nos insultamos y se me fue encima. Después se metió y estaba buscando el peine, y como no lo encontraba, me pegó. Entonces se metió el Armando porque ya me estaba ahorcando. El niño le dijo que él se daba cuenta. (Familia 2HM)

En otras circunstancias hay mujeres que, a pesar de haber vivido varios años con su esposo y este no haber mostrado cambio alguno, continúan la relación, o que cuando se han separado, vuelven bajo la idea de que su comportamiento cambiará. En estas (re)unioniones, es cuando llegan a ocurrir embarazos y el abandono se repite.

...fui una mujer que le aguanté mucho, bastantes humillaciones le aguanté, porque si eran muchas [...] muy feas y muy peladas. Entonces dije cuando

regresó a los cuatro años, que ya había escarmentado. Y lo que es la soledad... andar para allá y para acá, volví a aceptarlo. Ya mis hijos estaban más o menos jovencitos, de trece y catorce años estaban ya. Y no fue la cosa como él dijo. No cambió. Entonces nomás me embaracé de la niña y me dejó. Volvió hasta que la niña tenía ya como unos tres meses. Pero yo ya tomé mi decisión: “sabes qué, conmigo ya no hay nada”. Yo pensaba a ver si te componías. Él ya después no oía consejos ...Casi trabajaba más para su vicio [el alcohol] ...y golpes también que yo me llevé de mi marido; porque gracias a Dios que no me nació un hijo malo... (Familia 2HM)

Las situaciones descritas arriba, pueden ser contrastadas con otras en las que existe una buena relación con las familias de origen y, en general, se cuenta con redes de apoyo, donde la violencia y los conflictos intergeneracionales e interfamiliares son poco intensos o por lo menos no ponen en grave situación psicológica a la futura madre; tales elementos positivos –dentro de toda la complejidad del acontecimiento y de las relaciones– pueden, hasta cierto punto, neutralizar aquellos elementos negativos que aumentan el riesgo de muerte durante la crianza.

Atenciones y cuidados del niño pequeño

El parto y la lactancia son acontecimientos que van más allá del proceso biológico e inciden en la crianza y también en la temprana socialización del niño. Esta etapa demanda de la mujer tiempo y atención para cumplir una serie de tareas domésticas que garanticen el adecuado desarrollo de los infantes.

El contacto que el recién nacido establece con la madre a través de la lactancia implica relaciones afectivas importantes tanto para la madre como para el hijo, quien depende totalmente de los cuidados maternos para su supervivencia. Pero este proceso rebasa la relación madre-hijo para insertarse en el conjunto del ámbito familiar; estas acciones primarias de la crianza dependerán en gran medida de las condiciones materiales de vida y del conjunto de creencias y prácticas que posee la familia –fundamentalmente la madre– para continuar con la reproducción biológica y social de la prole. Además, también depende de información previa de los cónyuges, del apoyo que se brinden, y de la existencia de redes como instancias de intercambio de información y ayuda.

Datos sobre lactancia materna en México muestran que madres que residen en comunidades pequeñas o con bajo nivel de escolaridad son las que muestran mayor prevalencia y duración del período de lactancia, que

se corresponde con una ablactación tardía (Schlaepfer e Infante, 1992). Estos patrones también aparecen en nuestras familias.

La mayoría de las mujeres tuvo un período más o menos prolongado de lactancia, que va desde los tres meses hasta el año. Solo hay tres familias donde la madre no dio leche materna a sus hijos, debido, principalmente, a problemas de salud. El período durante el cual la mujer suele amamantar a sus hijos está condicionado en gran medida por la cantidad y por su percepción de la calidad de su leche.

[La señora declara no haberle dado pecho a sus hijos (9 vivos) porque su leche no servía]: *...era muy clarita mi leche. Ya del doctor salía con receta para la leche. A todos les di de otra leche, incluyendo a los grandes, a ellos les di leche de vaca porque como era rancho, rebajaba la leche y se las daba.* (Familia 0HM)

[¿Y usted le dio pecho?:] *Puro pecho hasta un año les daba yo, lo que hacía era tomar atole para tener bastante leche y aun así fui muy lechera. Cuando los primeros niños la leche hasta corría, y de este niño fui con el doctor y le dije “Ya le puedo dar mamila a este niño”. Me dice: “No señora, usted tiene su leche buena. Quitese esa idea de la cabeza.” Cumpliendo el año, al otro día ya no le di pecho. Le hacía yo sus verduritas y frutita. Estos últimos tres como que gozaron de otra situación. Tuvieron otro trato.* (Familia 2HM)

Son conocidas las bondades de la lactancia materna como protectora de infecciones, de la formación de anticuerpos, del inicio de un crecimiento adecuado y de los primeros hábitos alimenticios, de higiene y salud. La alimentación con otras leches, tés o atoles, suele ser una posible alternativa, pero cuando su adopción se da en condiciones de pobreza, de escasa higiene, en madres con bajo nivel educativo, se puede convertir en un riesgo. Igualmente riesgosa, sin embargo, puede ser aquella alimentación basada exclusivamente en leche materna cuando se prolonga más allá del sexto mes, ya que es alrededor de ese momento en la vida del niño cuando la calidad de la leche materna disminuye notablemente en relación a sus propiedades nutricionales. Ignorar este dato y por lo tanto incurrir en una alimentación deficiente, puede deberse a distintos factores que van desde una ausencia de información y seguimiento adecuado por parte del personal de salud, hasta la decisión de adoptar distintas creencias respecto a la alimentación de los niños y/o desconfianza en los consejos de los médicos, entre múltiples razones.

En las familias 2HM fue más frecuente encontrar la lactancia materna como único sustento alimenticio por un largo período, mientras que las

familias OHM realizan, dentro de sus posibilidades, una combinación más adecuada de alimentación.

...Como les daba yo pecho, no fue dificultad. Nomás comía yo bien y ya tenía harta leche. Ya cuando estaban un poquito grandes ya les daba pruebitas de sopita, caldito de frijol... (Familia OHM)

En algunas familias la lactancia se convierte en una relación afectiva diferenciada, como resultado de creencias diferentes para las posibilidades de crecimiento de los hijos de diferente sexo:

A los hombres les di un año y a las niñas año y medio. Según yo decía que porque eran niñas. Porque uno es más débil. El hombre desde que nace ya es fuerte, y la niña es más dócil. Por ese motivo yo decía que tomaran pecho año y medio. (Familia OHM)

Existen casos donde la falta de experiencia de los cónyuges y la ausencia de redes que proporcionen información acerca de la crianza temprana del niño, orillan a la familia a practicar conductas previamente conocidas por ellos, donde no se da el aprendizaje, sino hasta la vivencia de una situación extrema, como lo demuestra el siguiente testimonio:

Pues yo no sabía con qué alimentarla. Le daba yo el pecho y le daba agua de arroz. También la niña se me enfermó porque estaba muy delgada y no quería subir de peso. Entonces la llevamos al doctor. El doctor me regañó y me dijo que por qué no le había yo dado de comer. Yo le daba pero muy poquito. Ya después le compramos unos botes de leche y la empezamos a alimentar.

Ya después nos venimos para acá y le empecé a dar leche de vaca. Le compraba yo medio litro y se la daba en atole y así. Engordó bastante la niña. (Familia 2HM)

La inmunización es otro indicador significativo de los cuidados durante la crianza:

[¿Y sus muchachos tienen sus vacunas?:] *Sí, los grandes nada más las que les ponían en la escuela. Y los chicos, ya tienen todas sus vacunas. (Familia 2HM)*

Su correcto cumplimiento ha estado afectado por desconocimiento de las enfermedades prevenibles por vacunación y de las propias vacunas, y por desconfianza hacia los efectos que pueden causar; al mismo tiempo está mediado por factores socioculturales y por problemas familiares.

[¿Los muchachos tienen todas sus vacunas?] *No, me faltan estas dos de la tuberculosis. El niño está vacunado pero no le prendió... yo creo que lo tengo que llevar otra vez, ¿verdad?* [¿A los más grandes los vacunaba?] *No había antes de todas las vacunas para los más grandes.* (Familia 1HM)

Aunque la mayoría de las mujeres responsables del cuidado de los hijos manifestaron que estos tienen el cuadro completo de las vacunas, se dieron casos en que algunos hijos no las tienen todas; la familia no otorga a ello un peso importante, como la señora Eugenia que señala:

El niño grande sí; este niño nada más la tomaba. Los que no tienen ni una son los pequeños, porque como se me han encontrado siempre enfermitos, no he tenido tiempo. A veces por la tos no los vacunan. Tiene poco que el niño se nos enfermó muy malito. Entonces me dijo mi mamá que hiciera el propósito ya de vacunarlos, porque a los mejor también les hace falta. (Familia 0HM)

En otros casos, la familia solo vacuna a sus hijos cuando se instrumentan las campañas de vacunación.

A todos, nada más que no lo que es normal, porque nada más cuando viene acá la campaña y luego hay veces que viene el refuerzo y algunas veces se pasa otra, y así... con regla no. (Familia 2HM)

Es importante rescatar las percepciones respecto a la crianza de aquellas familias que han logrado la supervivencia de todos sus hijos. En algunos casos la organización familiar durante los primeros años de vida de los hijos, resulta fundamental para la supervivencia de estos:

Mi suegra murió; yo me iba a vender la flor para ayudar a mi esposo y ellos se quedaban solitos de chiquitos. La más grandecita es la que se ponía a barrer o cualquier cosa. Así fui escalonándolos a todos, para que fueran cuidando los grandes a los chicos. (Familia 0HM)

En cambio, para la familia de la señora Alma, la alimentación es la clave para lograr la supervivencia de los hijos:

El problema es saber alimentarlos. Si yo me pongo a comprar pan, me sale más caro y no me alcanza, en cambio, si hago un pan comemos todos y me sale en la mitad y todavía me sobra. De tortillas compro kilo y medio y me sobra. En lugar de que se llenen con tortillas les digo que se coman su ensalada o unos plátanos con crema. (Familia OHM)

Para el señor Manuel, la responsabilidad es el factor que tiene que ver con que la familia salga adelante, y dice:

...yo soy una persona muy ignorante; pero soy responsable de todo, más que nada porque yo he pasado muchos fracasos y he hecho muchos sacrificios en la vida. Entonces les decimos a nuestros hijos que se enseñen a defenderse porque no todo el tiempo vamos a tener las mismas circunstancias con nuestras amistades, con nuestros enemigos. Porque mañana o pasado ellos nos pueden ayudar para algo. Les decimos que no teman de nadie, porque hasta las personas que son sus peores enemigos son a veces más cobardes. (Familia OHM)

La crianza como proceso social, ciertamente se vincula con diversas instancias de la vida cotidiana de los individuos, pero además traspasa el espacio del hogar para insertarse en los ámbitos públicos donde la familia tiene contacto con el exterior, y sus actitudes, conductas y creencias se confrontan con las prácticas institucionales, donde el sistema familiar tenderá a discriminar información para después implantar acciones consistentes con su formación y visión del mundo.



Capítulo 5

Accidentes y enfermedades de los niños: los riesgos no fatales en las familias

De la polisemia del concepto “riesgo”

Uno de los aspectos más importantes y obvios que deben tomarse en cuenta en los estudios sobre muerte y supervivencia en la infancia y la niñez es el de las enfermedades y los accidentes. En muchos casos, estos están determinados por las condiciones sociales precarias en que viven las familias. Al respecto, Mario Timio escribe:

El estado social influye también sobre el fenómeno de los accidentes de los niños en la calle; en efecto, la mayor parte de los niños muertos o gravemente heridos pertenecen a familias pobres, que habitan en casas superpobladas o sin espacio para jugar. (Timio, 1986)

Esta tesis refuerza las muy difundidas en torno a las enfermedades de la “pobreza”, como las infecciones respiratorias agudas o las diarreicas cuya incidencia es más importante en los estratos sociales bajos y en los sectores marginados; dichas enfermedades están asociadas, frecuentemente, a malas condiciones de la vivienda, estado nutricional deficiente, falta general de higiene, carencia de servicios médicos y limitada o nula utilización de los mismos.

Las investigaciones realizadas acerca de la mortalidad/supervivencia infantil parecen no haberse olvidado de nada. Se ha puesto énfasis en las variables “próximas” –edad de la madre, intervalo intergenésico, número de hijos, condiciones ambientales, deficiencia nutricional, accidentes y otras–; también han sido considerados los “determinantes”

socioeconómicos –educación de los padres y en especial de la madre, condiciones de la vivienda, ingreso familiar– y variables relacionadas con una oportuna y adecuada atención médica (acceso *a* y accesibilidad *de* los servicios) (Mosley & Chen, 1984)¹. Poco espacio, relativamente, se ha concedido a identificar y evaluar cómo hacen las familias para evitar que las enfermedades de sus hijos culminen en muertes.

Por ello, el objetivo del presente capítulo es establecer una comparación entre los tres grupos de familias en torno a los eventos de enfermedad y accidentes de sus hijos cuando estos no desembocaron en la muerte. Esta comparación ayudará a caracterizar la reacción familiar en términos de aprendizaje y los cambios en su dinámica una vez producido el evento. Antes conviene delimitar los alcances del concepto de “riesgo” para entender su significado en el contexto de este trabajo.

El concepto de riesgo ha sido entendido en el campo de la economía política, como la probabilidad de una disminución, pérdida o ganancia de la utilidad a partir de una decisión, debido en parte a la contingencia o el azar.

En actuaría², se define como una eventualidad que, de ocurrir, traerá como consecuencia una pérdida o ganancia fácilmente traducible a unidades monetarias y por tanto entendida como “económica”. En la demografía es definido en relación con la probabilidad de ocurrencia de un evento vital como nacer o morir³.

En epidemiología, el riesgo indica la probabilidad de ocurrencia de enfermedad o muerte, derivada de una *exposición* individual o colectiva a factores ambientales, socioeconómicos, genéticos, o debida a conductas

¹ Giovanni Andrea Cornia, basándose en este y en otros trabajos, afirma: “en el contexto de un país típico en vías de desarrollo las causas inmediatas de la mortalidad infantil o posinfantil son enfermedades, lesiones, deficiencias en la dieta y factores relacionados con la maternidad y en parto, es decir factores derivados de procesos biológicos”. Como causas subyacentes, Cornia identifica tres grupos de variables: recursos reales en dinero o en especie a nivel familiar; gastos públicos sociales y características familiares y comunitarias; reconoce que algunos “factores estructurales del bienestar de la infancia, tales como valores sociales y culturales que inciden en las prácticas de la salud, conducta sexual, etcétera, no se han tenido en cuenta”, por lo que hace un supuesto *ceteris paribus*, de estos factores (Cornia, Jolly & Stewart, 1987).

² Tanto en el campo de la economía como en el de la actuaría, el riesgo no se conceptualiza en todos los casos como una eventualidad negativa; así, existen riesgos especulativos (por ejemplo, jugar en la bolsa), que pueden acarrear una ganancia inmediata. La adversidad queda inserta, en cualquier definición de riesgo, dentro del ámbito de las probabilidades.

³ El concepto “esperanza de vida” de origen actuarial es en esencia probabilístico; sin embargo, intenta traducir en un promedio la imagen de una estructura social determinada.

y comportamientos de los individuos (véase Mac Mahon y Pugh, 1976)⁴. Tampoco en este caso se trata de una determinación causal sino estadística: no todos los que fuman enfermarán de cáncer o desarrollarán enfisema, así como jugar una fortuna en el hipódromo no asegura de antemano su pérdida. En cambio, invertir en un nuevo negocio comporta un riesgo *deliberadamente calculado*, en función de expectativas racionales.

Lo dicho hasta aquí permite entender que la naturaleza de los riesgos y la manera de interpretarlos es diferente, según el cuerpo argumental al cual se recurra.

En el contexto de la discusión emprendida en los capítulos anteriores y que retomamos en este, *riesgo* es un concepto que sirve, cuando menos, para dos propósitos: a) para entender el grado de incertidumbre que existe en la ocurrencia de un accidente o de una enfermedad de un niño en la familia, y b) para relacionarlo de manera flexible con la dinámica y la estructura familiar. Una enfermedad o un accidente son *eventos* cuya ocurrencia sugiere un alto grado de contingencia, contextualizable en términos de las condiciones materiales de vida de esas familias.

Para dar cuenta de la exposición al riesgo de enfermar o accidentarse de los niños de las familias investigadas, se debe hacer referencia, por lo menos, a tres dimensiones: 1) el nivel y la calidad de vida; 2) la estructura y dinámica familiares; y 3) la existencia y funcionamiento de redes de apoyo.

Tanto en el caso de las enfermedades como en el de los accidentes, la exposición al riesgo es, hasta cierto punto, controlable –hervir el agua y lavar los alimentos o tener el cuidado de tapar un pozo–, pero las tres dimensiones antes señaladas abren posibilidades y marcan restricciones. Solo en casos extremos la eventualidad –enfermedad o accidente– es totalmente “impredicible e incontrolable”. Sin embargo, en muchos de los relatos –tal vez la mayoría– todas aparecen como si lo fueran.

Esto lleva a otro aspecto que debe considerarse con sumo cuidado y es el *aprendizaje* que de un evento, fatal o no fatal, puede derivar la familia. Con aprendizaje queremos decir nuevo conocimiento que puede ser recuperado de dos maneras: pragmática –para la solución eficaz de eventos similares– y

⁴ Nótese que el riesgo de morir o enfermar está ceñido deliberadamente a la concomitancia del evento con ciertos determinantes no necesariamente azarosos. Es preciso no omitir la tautología en que se incurre pues, en sentido estricto, exponerse a un riesgo es en realidad exponerse a lo que de antemano se define como riesgoso (fumar, no usar condón, tener padres diabéticos, vivir cerca de una zona contaminada, etcétera).

Tabla 34. Enfermedades y accidentes en hijos de las familias sin hijos muertos (OHM).

Nº de cuestionario	Posición del hijo enfermo	Edad del hijo enfermo o accidentado	Tipo de enfermedad o accidente	Lugar de atención médica
202	8º	4 años	Extirpación de un quiste en el miembro	Hospital Infantil
203	2º	3 años	Infección intestinal, de garganta y convulsiones	IMSS
206	6º	*	Infección intestinal	Médico particular
207	3º	3 años	Convulsiones y ataques	Médico particular DIF
208	2º	5 años	Se cayó del camión y rompió el brazo	DIF
210	5º	2 años	Diarrea y calentura	SSA
218	6º	Recién nacido	Sietemesino (Causa: desnutrición de la madre) (en todos los casos)	Hospital de la Mujer (en todos los casos)
	7º	Recién nacido		
	8º	Recién nacido		
	9º	Recién nacido		
219	5º	5 años	Bronconeumonía	Médico particular
221	4º	3 años	Sarampión	Hospital Infantil
222	7º	Recién nacido	Retraso en el desarrollo	DIF
	10º	1 año y medio	Poliomielitis	DIF
	11º	1 año y medio	Poliomielitis	DIF
211	3º	5 años	Tapó el lagrimal	DIF
	5º	5 años	Se cayó de la bicicleta inconsciente	ISSSTE
213	9º	7 meses	Bronconeumonía	DIF
215	2º	Recién nacida	Posición atravesada, nacimiento en casa, diarrea	SSA ISSSTE
	6º	10 meses		
217	5º	Recién nacida	Nacimiento prematuro (seis meses)	Hospital Infantil de Xochimilco
	5º	1 año y medio	Poliomielitis	IMAN

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

* Dato no disponible.

predictiva, con la finalidad de prevenir nuevos eventos⁵. Ello debería expresarse en una modificación de algunas prácticas de crianza y de cuidado de los niños en la familia. Sin embargo, estos cambios no siempre se producen y en muchas familias un evento repetido no evoca experiencias anteriores: se reacciona frente a él como si fuera novedoso.

Riesgos de accidentes y enfermedades

En ningún momento fue pretensión de este trabajo recopilar todos los datos de la familia para configurar una “historia de salud” de cada uno de sus miembros. En cambio, se preguntaba por los eventos de salud que más se recordaban, los que habían generado mayor preocupación o habían alterado la situación de la familia en mayor medida, los que habían exigido intervención externa y especializada. En otras palabras, deliberadamente se sesgó la búsqueda testimonial hacia aquellos problemas de salud que podrían haber derivado en muertes, pero dejando a la familia la opción de reportar lo que creía adecuado para esas preguntas.

Si es cierto que aquello que se repite constantemente pasa a formar parte de la “normalidad”, entonces las respuestas de nuestros entrevistados hacen referencia a lo extemporáneo, lo “no normal”. Lo que debe quedar claro es que en este tema no hubo, ni se pretendió que lo hubiera, exhaustividad testimonial. Por ello, menos que en cualquier otro aspecto, se pueden hacer aquí precisiones cuantitativas.

Hecha esta salvedad, el primer dato que llama la atención es que las familias OHM reportan más eventos que los otros dos grupos y que, al mismo tiempo, son más variados y a edades más avanzadas. Varias explicaciones pueden dar cuenta de este hecho. En primer lugar, los casos de hijos cuyas enfermedades o accidentes culminaron en muertes no fueron reportados como enfermedades o accidentes. Además, el peso de la

⁵ Podría hipotetizarse que el aprendizaje derivado de un accidente (por ejemplo, un niño quemado con aceite hirviendo), es más eficaz en el nivel preventivo que en el caso de una enfermedad “cotidiana” como una diarrea o una tos, cuya ocurrencia no conlleva siempre a modificar ciertas conductas para un mejor cuidado de la prole. Aquí, los términos “normal” (la enfermedad) y lo “extraordinario” (el accidente) pueden ser empleados deliberadamente para entender los modos del aprendizaje por parte del grupo familiar.

muerte es tan fuerte que “normaliza” y quita importancia al resto de los eventos de salud.

El segundo dato importante, que se suma como central a las tres dimensiones que señalamos más arriba, es el *momento* en que se produce el evento. Por tal debe entenderse al conjunto de circunstancias coyunturales que aumentan o relativizan el peso de las otras tres dimensiones.

El tercer elemento a tener en cuenta es el manejo del riesgo y del evento. Este aspecto está fuertemente permeado por la información disponible, por la disponibilidad de servicios de salud y por los patrones culturales de la familia en relación con la salud⁶.

Con estos elementos como sustrato, el análisis siguiente presenta algunos datos sobre las enfermedades y accidentes en cada grupo familiar y los testimonios más elocuentes sobre las circunstancias que los rodean y el manejo que de ellos hacen las familias.

El manejo de las enfermedades y los accidentes

Familias sin hijos muertos

La Tabla 34 concentra los 22 casos reportados por las familias sin hijos muertos. De las catorce familias, una presentó cuatro casos, otra presentó tres casos y tres familias presentaron dos casos cada una, mientras que las nueve restantes presentaron un caso. Llama la atención que nunca el reportado haya sido el primer hijo, aunque ello probablemente se deba a la distancia temporal del evento.

En casi todos los casos, las familias tuvieron algún familiar o amigo cercano que les ayudó en la atención del hijo enfermo. En los siete casos en los que la madre se encargó de la atención del hijo, la familia estaba cubierta por algún seguro de salud o las mujeres tenían suficiente información acerca de dónde acudir en caso de enfermedad, aunque no tuvieran cobertura de seguridad.

⁶ Aunque para las familias pobres las circunstancias juegan generalmente en contra de la salud de los pequeños, como constata G. A. Cornia, quien escribe “la salud, tiempo e instrucción de las madres [...] operan directamente sobre las causas inmediatas del bienestar de la infancia”.

En la mayoría de los casos se recurrió a centros de salud de diferente nivel; solo se presentaron tres casos donde la familia utilizó los servicios de médicos privados.

En términos de edad aparecen dos patrones: el primero se refiere a aquellas familias cuyos problemas estuvieron alrededor del parto, o inmediatamente después del regreso a la casa; el segundo es el de los que presentan sus problemas alrededor del año y medio o después. En este subgrupo aparecen tres casos de poliomielitis –dos en la misma familia– y uno de sarampión.

Las familias que no reportaron hijos con enfermedades o accidentes de importancia, se refirieron a los padecimientos como algo normal o natural que, en ocasiones, está influido por la zona donde se vive. Aunque las enfermedades fueron consideradas como normales o comunes, existe disposición a adoptar una conducta preventiva y alerta. El siguiente testimonio corresponde a una de las pocas familias que llevan a sus hijos a revisiones médicas periódicas y que dedican tiempo específico al cuidado de la salud.

...esta parte es muy fría. Cuando hace frío, es muy frío; entonces les da catarro o las anginas, de eso sufren mucho. [La señora dice que cuando estos casos se presentan ella acude al Seguro Social. Ella nunca se ha visto en la necesidad de internar a los hijos] No, nunca. Yo no sé ni lo que es internar a uno de mis hijos. Todos han nacido muy sanitos. [La señora realiza revisiones médicas periódicas de sus hijos]: Sí, el niño desde que nació está en control de peso. De chiquito cada mes lo citaban, luego cada dos meses y ahora cada seis meses.

Hay familias que no llevan a sus hijos a revisiones médicas periódicas, pero que de todas maneras expresan una preocupación constante por el cuidado de la salud de los hijos:

De diarreas, jamás. Catarritos nada más ligeros, cuando se salen a mojar; resfriados nada más. Y caries es lo que sí batallo mucho porque la familia de mi esposo y la familia mía ha tenido problemas de caries. Pero tengo un sobrino mío que es dentista y viene los sábados. [Respecto a problemas de salud con los hijos más pequeños, la señora dice:] No, gracias a Dios, ise imagina con tantos y que tuviera yo hijos enfermos! No; ni Dios lo quiera...

Se registraron experiencias de mujeres con problemas durante el parto o postparto que pusieron en peligro la vida del hijo, pero la atención oportuna permitió superar la situación:

Es que me dolía mucho la cintura desde que empecé a estar embarazada. Luego me dijeron que fuera a ver a una señora que sabía sobar y ella me dijo. Después fui a un centro de salud y me dijeron que el niño venía mal. Ya después cuando me iba a aliviar, no me podía aliviar. La señora [se refiere a la partera] me iba a atender, pero no quiso hacerse responsable y me llevaron hasta allá. Los doctores vieron y dijeron que estaba atravesado y que por eso no podía nacer. (Familia OHM)

La señora compara a este hijo con los demás y dice que él es más lento, va muy mal en la escuela –primer año– y no conoce los colores todavía. Aprendió a hablar a los tres años. Aunque la atención fue oportuna para que el hijo lograra vivir, la señora señala que este hijo es diferente a los demás, ya que presenta problemas de aprendizaje.

También hubo casos de nacimientos prematuros con alto riesgo de que el producto pereciera. Una mujer tuvo tres nacimientos de siete meses de embarazo y “según los doctores, es que no me alimentaba yo bien”. Uno de los hijos estuvo en incubadora “como un mes o mes y medio”; y los otros dos estuvieron ocho días. Respecto a si hubo repercusiones en el desarrollo de alguno de los hijos, la señora señala que: “Nada más Manuel. No hablaba bien y era muy travieso. Últimamente, en enero, le dio un ataque”. La señora lo llevó al doctor, “pero como dijeron que no estaba bien el aparato del IMAN (Hospital Infantil, hoy DIF), me mandaron al Centro de Salud Mental y ya no lo he llevado. Nomás lo estoy llevando al dentista”. La señora no sabe exactamente cuál fue el problema de la enfermedad del hijo ya que “como casi no estoy [...] No sé si serían bichos, porque arrojó una lombriz”.

Cuando aparecen enfermedades de origen desconocido, es frecuente que se la relacione con algunos episodios familiares:

Ana María sí tuvo problemas porque estuvo en el DIF porque le daban las convulsiones. Pero casi a los tres años la primera vez [...], mi señor estuvo medio tomadito y discutió y la niña se dio cuenta. Entonces yo me imagino que fue la sorpresa que se llevó la niña. Estaba yo embarazada de Laura. Cuando la vi, la niña empezó a echar espuma, se puso muy tiesa y morena. Entonces yo salí a verla y la llevamos a un doctor particular; nos dijo que se le iba a quitar a los quince años más o menos. La estuve llevando al IMAN y hubo bastantes doctores y doctoras viéndola. Entonces dijeron que no tenía problema. [...] La tercera vez fue leve. Me decía el doctor que a lo mejor las consentía mucho a mis niñas. Si les hablo fuerte y me enoja para que no se consientan mucho. (Familia OHM)

Tabla 35. Enfermedades y accidentes en hijos de familias con un hijo muerto (1HM).

Nº de cuestionario	Posición del hijo muerto	Posición del hijo enfermo	Edad del hijo enfermo o accidentado	Tipo de enfermedad o accidente	Lugar de atención médica
102	4º	5º	3 y medio años	Bronconeumonía y hepatitis	DIF
103	2º	9º	5 años	Tiroides	Hospital Infantil
105	3º	4º	1 año	Deshidratación	DIF
107	2º	3º	6 meses	Bronquitis	Médico particular
108	1º 1º	3º 4º	4 años 5 meses	Vómito, diarrea, operación de apéndice deshidratación, diarrea	Médico particular IMSS
111	2º	7º	Recién nacida	Sietemesina; no comía	ISSSTE
113	1º	5º	1 año y medio	Garganta y hemorragias de la nariz	Médico particular ISSSTE
114	2º	5º	4 meses	Bronconeumonía	Hospital particular
115	4º	3º	1 año	Fiebre	Médico particular
118	3º	6º	1 año	Tos y calentura	Hospital de Luis Cabrera
119	4º	3º	1 año	Se privó de llorar	IMSS
125	5º	3º	5 años	Bronquitis Convulsiones	*

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

* Dato no disponible.

A veces una inadecuada atención médica complica una enfermedad simple, pero la existencia de apoyo externo permite reorientar los cuidados. Esto se ejemplifica con un caso en el cual la ayuda proporcionada por una vecina permitió a la familia acceder a los servicios médicos del Seguro Social.

Ella se cayó de la cama y entonces se enfermó. La niña tenía tres años de edad. Empezó a estar enferma de diarrea, que tenía infección intestinal, que tenía infección en la garganta. Los doctores donde la llevaba me decían que no tenía nada. Como a los quince días perdió el conocimiento; le dio como un ataque. La llevamos al Seguro y allí estuvo internada. Allí fue cuando

nos dijo el doctor que ella iba a quedar con retraso mental. Entonces de allí ya siguió enferma. Bueno, no enferma, porque nunca se enferma de nada, ni de gripa ni de nada. Pero no aprendió a leer pronto ni a escribir. Habla muy bien pero no sabe cómo hacer las cosas de la casa. Será porque nunca le enseñé [...] nomás sabe lavar los trastes y cuidar a los niños. Ella es la que me los ha cuidado desde Mario. [La esposa señala que cuando ocurrió el accidente, quien la asistió fue]: una señora nos la llevó allí [al Seguro] porque nos espantó mucho; y como ya no teníamos nada, ni dinero ni qué vender, porque habíamos gastado mucho en medicinas y doctores, la señora nos la llevó al Seguro y allí estuvo internada casi nueve meses. (Familia 0HM)

En este grupo de familias, a veces falla la prevención por razones de diverso tipo:

Nada más a mi hijo, el de la secundaria, cuando tenía año y medio le dio la polio porque precisamente le fui a poner la primera toma y cuando se iba a casar mi hijo y fueron los quince años de mi hija y nos casamos de bodas de plata (los hijos quisieron casarnos y todo el argüende), pues con la bronca de andar en los preparativos se me pasó la fecha de la otra vacuna y a los poquitos días, empezaba a caminar el niño deteniéndose y cuando lo vi que se sentaba y ya no se paraba, se iba de lado, le dio atravesado. Lo llevé con un doctor a Coyoacán y me dijo que si ya le habían puesto la vacuna; me dijo que él creía que era polio. Me dijo que no lo fuera a llevar con brujos, porque luego había señoras que acostumbran hacerlo porque creen que es un mal o un aire. “Este niño llévelo inmediatamente al DIF”. Me lo dio un pase y me lo recibieron. Lo trataron y me lo entregaron a los tres días que ya había pasado la tormenta y nada más habían quedado las secuelas, [...] el brazo, que precisamente no podía sentarse ni nada. Entonces me mandaron al aparato; pero como es pesadísimo, el niño lloraba y estaba en una edad que no comprendía [tenía año y medio y no se paraba]. Pues a tanto, medio anduvo con el zapato, pero agarrándolo y deteniéndolo. Un año duré yendo allá a ejercicios del diario una hora. Tenía que estar a las ocho en la puerta con el niño bañado y vestido para que lo pasaran a ejercicios. [Respecto a la efectividad de la terapia la señora dijo]: fíjese que si porque me dijeron que le pusieron toques con agua electrizada para que moviera la mano y el pie, lo pusieron a andar en bicicleta, muchas cosas. Total que si me lo entregaron andando. Vino el doctor de Salubridad (quién sabe cómo sabría) y me dijo, que lo pusiera a caminar en el piso caliente cuando esté el sol. Así

lo hice y gracias a Dios empezó a caminar, solo que tuvo mucha dificultad en que se le doblaba el pie y seguido se caía. Entonces nosotros teníamos un terrenito prestado para sembrar. Íbamos hasta el cerro y cada tercer día me lo llevaba yo caminando; ahora corre y camina y no se cae. Yo creo ese ejercicio le sirvió bastante. Cuando hace frío yo creo le afecta y se le llega a querer doblar, pero no se cae ya. Lo único que si le quedó fue de su brazo. Le quedó delgado y no tenía fuerza. Entonces yo le decía que hiciera ejercicios. Hasta ahora últimamente que ya está viendo que si le hace falta, tiene como un año está metiendo la mano para todo y ya está consciente. Antes nomás se le caía. Como él está trabajando con el brazo, ya lo sostiene. Pero de ahí en fuera, solo tuvo un problema en los riñones. Le vino el sarampión y le vino el problema de los riñones, pero también lo llevé allí precisamente y le hicieron muchos estudios. Creían que era contagio de alguno de nosotros, y no. Nos hicieron análisis a todos y nadie salió mal. Yo me imagino que fue una infección por lo del sarampión. (Familia 1HM)

Tabla 36. Enfermedades y accidentes en hijos de familias con más de un hijo muerto (2HM).

Nº de cuestionario	Posición del hijo muerto	Posición del hijo enfermo	Edad del hijo enfermo o accidentado	Tipo de enfermedad o accidente	Lugar de atención médica
002	3º, 5º	2º, 4º	2 años*	Gastrointestinal y hepatitis, Gastrointestinal con vómito	Médico particular Clínica particular
005	2º, 4º, 7º	1º	8 meses	Gastrointestinal y broncopulmonar	Clínica particular
008	2º, 6º	7º	7 meses	Gastrointestinal y vómito	DIP
010	3º, 5º	6º	1 año	Bronquitis	Centro de Salud
012	1º, 3º	4º, 5º	4 años 3 años	Principio de bronquitis ídem	Hospital infantil ídem
013	1º, 3º, 4º, 9º	5º, 10º	9 meses*	Intoxicación (jabón) Tomó petróleo	Médico particular Médico particular
016	2º, 6º	8º	2 meses	Fiebre	Médico particular
017	2º, 6º	7º	3 años	Convulsiones, probable cisticercosis	Instituto Nacional de Neurología
018	4º, 5º, 7º, 8º	3º	1 año y medio	Bronquitis	Hospital Infantil
019	1º, 4º	5º	1 mes	Tos ferina	ISSSTE
024	3º, 5º	9º	5 años	Vómito y diarrea	Centro de Salud

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

Sin embargo, aunque la familia no realizó una adecuada conducta preventiva, después utilizó todos los recursos a su alcance para rehabilitar al hijo enfermo. En el testimonio anterior, la dedicación de la madre resulta crucial para la recuperación del hijo.

Familias con un hijo muerto

En la Tabla 35 se presentan las enfermedades y accidentes reportadas por las familias del grupo IHM. De las doce familias que reportaron hijos enfermos, una presentó dos casos. Estas familias también hacen uso de unidades de salud y de médicos privados. De las doce familias registradas, en ocho la experiencia del hijo muerto precedió a la enfermedad reportada, mientras que en cuatro familias la secuencia fue a la inversa. El primer grupo no refleja en sus respuestas un aprendizaje a partir de la experiencia del fallecimiento. Como lo apuntamos anteriormente, se trata de familias con una mayor rigidez en su funcionamiento. En este grupo, las enfermedades son mayoritariamente prevenibles o evitables.

Ángel estuvo internado en el IMAN porque se deshidrató. Tenía un año. Nos fuimos a mi tierra y como allá hace mucho calor, yo creo que por eso se deshidrató y tuvimos que venirnos rápido porque él estuvo enfermo. Allá estuvo internado una noche y un día. Ya me lo dieron de alta y lo trajimos.
(Familia IHM)

Otro caso en el que la vida de una hija recién nacida estuvo en riesgo, es el siguiente:

...la niña estuvo 15 días en incubadora porque nació chiquitita. Luego me la dieron a la 1:00 y a las 3:00 la llevé otra vez porque le di el pecho y ya no quiso. Como ya había tardado quince días, cuando le quise dar el pecho se enfermó. Entonces me la tuve que llevar y estuvo un mes más allí. [La señora señala que cuando regresó del hospital ya no continuó dándole pecho]. (Familia IHM)

La vigilancia de la madre hacia la salud del hijo y el previo conocimiento acerca de una institución hospitalaria que la podía auxiliar, fueron elementos que coadyuvaron a la asistencia de la hija. A veces, cuando los recursos de un centro de salud son insuficientes, es el buen criterio del médico al derivar, lo que evita complicaciones y muerte:

...lo llevé a urgencias en la Delegación y el doctor me dijo que nada más tenía un simple resfriado y le dio medicina. Yo le compré la medicina, pero como a las nueve de la noche el niño empezó a estar más mal. Le dio la calentura más fuerte y se ahogaba. Le daba la tos y no alcanzaba a respirar. Le di la medicina y como a las doce de la noche lo llevé a urgencias de Luis Cabrera. Allí el doctor dijo que no tenían lo que necesitaba el niño. Nomás le bajaron la fiebre con trapos con agua. Allí él mismo llamó a la ambulancia y nos llevaron para la clínica 8. Estuvo internado como unos cinco días. (Familia IHM)

En cada uno de los grupos se plasman concepciones e ideas acerca de las enfermedades y su tratamiento. En ocasiones los hijos se han rehabilitado con ayuda médica oportuna; pero en otros casos, especialmente en los accidentes, los hijos se recuperan con los cuidados otorgados en casa o a base de medicina tradicional:

Pues es que como trabajaba con su papá, se cayó [de una barda] y se lastimó [...] los testículos. Pero ya ve que luego hay personas que soban y con eso ya quedó bien. Además, se fracturó un brazo [...] No quiso ir al médico y como nomás se fracturó, nomás lo llevé a sobar y quedó bien. (Familia IHM)

Familias con varios hijos muertos

Como se observa en la Tabla 36, once familias reportan hijos enfermos o accidentados, de las cuales tres registraron dos hijos con padecimientos y las ocho restantes solo se refirieron a un evento que mereció hospitalización. Las edades en las que se reportan los eventos varían considerablemente: desde un mes hasta los cinco años. El lugar de la atención médica también es diverso: desde asistencia privada hasta hospitales especializados como el de Neurología y Neurocirugía. Sin embargo, el uso de la medicina privada es mayor que en los otros grupos.

La secuencia muerte-enfermedad no presenta patrones constantes. En una familia el segundo hijo enfermó y sobrevivió, el tercero murió, el cuarto enfermó y sobrevivió y el quinto murió. Hubo siete familias en las cuales un hijo murió y después otros sobrevivieron a enfermedades. Finalmente, se registraron tres familias a las que se les enfermó algún hijo que sobrevivió y después otro hijo murió. Estas variaciones de la secuencia en que se presenta la muerte y la enfermedad de los pequeños, muestra la complejidad y la diversidad de elementos que pueden intervenir en la actuación familiar

durante la enfermedad o el accidente. Lo cierto es que en los testimonios de las familias con varios hijos muertos no aparecen referencias que permitan inferir que la familia modificó su manejo de los riesgos a partir de las muertes.

Los accidentes domésticos también se constituyen como importantes riesgos que atentan contra la salud de los niños, principalmente cuando el cuidado de estos está exclusivamente a cargo de una persona, de la cual depende la atención oportuna en los casos de emergencia para la supervivencia del hijo:

Fue accidental, porque una vez se quiso tomar el petróleo. Hugo comió jabón también, pero no le pasó nada [...] Pues en mi tierra había una persona que hacía el jabón allá. Toda la gente compraba el jabón para lavar y una bola de jabón se quedó en un calcetincito. Entonces mientras fui a tender mi ropa el niño lo chupó, pensando yo creo que era otra cosa. (Familia 2HM)

Finalmente, es importante señalar que en este grupo de familias los accidentes se repiten aun después de los cinco años. Es fácil constatar la ausencia de un cuidado adecuado o el contacto con un entorno peligroso, como los principales factores que contribuyen a su producción. El siguiente caso –uno de los más impresionantes– es de un niño de nueve años de edad cuya madre trabaja y el cuidado de los hijos estaba a cargo de la hija mayor:

Cuando nació José Manuel, Jorge Arturo sufrió el accidente. ¡Ay! todavía no me aliviaba, tenía yo seis meses de embarazo cuando sufrió el accidente. Me iba yo a trabajar con miedo y entonces ese día los mandé a la escuela (yo me iba diario a trabajar). Cuando estaba yo embarazada de José Manuel, ya él [su esposo] no estaba con nosotros. Estaba yo trabajando y me fueron a avisar que el niño había sufrido el accidente. No lo podía yo creer porque antes de irme a trabajar los había yo mandado a la escuela. Nada más Salvador y Jorge Arturo iban en la mañana. Aurora [la hija mayor] dice que llegó y dice que ya tenía varias veces que le llamaba la atención por acercarse a la vía del tren. Ya le había pegado yo varias veces. Ese día le dije “no te vayas a ir a la vía porque vas a ver”. Ese día como a las dos o tres de la tarde fueron unas vecinas de aquí a avisarme de la escuela. Fueron a sacar a Aurora de la escuela porque yo acostumbraba llevarla un día o dos para que supiera dónde trabajaba yo por si algo se ofrecía. A mí lo que me dicen es que el niño, con otros amiguitos que se sabían echar de “mosca” en el tren, le decían que se echara que era muy fácil. Este niño lo quiso hacer y yo creo que el aire del tren lo jaló para adentro y le trozó sus dos piernitas. Pero él no perdió el conocimiento. El que llevó ese golpe duro fue Salvador

que estaba aquí haciendo su tarea. Salió y corrió a verlo y él ya estaba tirado allí. Él se llevó esa sorpresa de ver a su hermano. Me dice Arturo “no lloró ni se espantó”. Me decía, ve a pedir una sábana y tápame para que no me vea la gente. Entonces ya le fueron a avisar a mi hermana que vivía al otro lado de la vía y cuando me fueron a avisar a mí ya lo habían llevado a la Cruz Roja. Cuando yo llegué allí ya lo habían mandado hasta el Rubén Leñero, porque no tenían sangre para ponerle una transfusión. Cuando llegué allí ya estaba mi hermana y sus hijos y unas monjitas que vivían cerquita, estaban allá. Pero yo no sabía todavía cómo estaba mi niño, porque la persona que me fue a decir me dijo “no se espante, no sé qué se comió y se puso malo del estómago. Fue la Cruz y se lo llevó”. No puede ser. Llegando allá me abrazó mi hermana y me abrazaron las personas que estaban allá. Yo dije “mi hijo ya se murió”. No te espantes: es un golpe muy duro que vas a llevar, pero estate tranquila porque te puede hacer daño como tú estás”. Hasta otro día fue que me dejaron entrar a verlo. Estaba con sus muñones vendados y con suero y sangre. (Familia 2HM)

En otra familia la víctima es un niño de ocho años de edad, aproximadamente, cuya madre, por su trabajo extradoméstico, no disponía de tiempo para la atención de los hijos:

Pues de los tres que tengo aquí, uno se me enfermó; hubo un problema de que el 30 de abril se fue a la escuela y le fui a ayudar a su papá de mis hijos a plantar zempasúchil. Ellos me andaban ayudando a llevar la plantita. En la tarde, mi hija los bañó y ya no los mandó adonde andaba plantando. El domingo el niño se me dormía en los pies de la cama. Se levantó para ir al baño y se cayó. Se quería parar y no podía. Yo pensaba que se había enredado con la cobija los pies. Trataba yo de pararlo y estaba “desquebrajado del cuerpo”. Entonces lo ayudé a ir al baño. Entonces me lo llevé al Seguro, pero el niño siguió igual. Eso fue el domingo en la mañana. El lunes lo volví a llevar, porque las pastillitas no le hicieron efecto. Entonces el martes tenía yo que entrar al trabajo. Ya de allí me mandaron al Centro Médico. Lo internaron allí. Después lo dieron de alta y venía la ambulancia todos los días por el niño para llevarlo a curación. Ya volvió a pararse él solito y después volvió a gatear. Entonces yo estaba muy angustiada de él, de esa enfermedad tan fea. Pero no era polio, fue más fuerte. Porque cuando él empezó a caminar le ponían unos costalitos con munición. Pero gracias a Dios ya camina y juega. Pero ahora tengo pendiente cuando se case, que engendre. [...] Iba como en tercero o en cuarto. Los doctores del centro de salud, no sé cómo se

enterarían, iban todos los días a checarlo. Les interesó mucho ese caso. Yo nunca podía estar con él por mi trabajo. (Familia 2HM)

En los testimonios de los tres grupos de familias se trasluce una precaria condición económica. No obstante, las familias en las que han sobrevivido todos los hijos –incluso en aquellos casos donde las enfermedades y los accidentes dejaron secuelas en los pequeños–, se puede vislumbrar la importancia de contar con redes de apoyo en caso de necesidad o, una vez producido el evento, la urgencia por controlarlo y sobrellevarlo.

No ocurre así en las familias con varias muertes. Como se ha visto en los capítulos anteriores, estas tienen mayores conflictos: abandono o nulo apoyo del cónyuge a la mujer, falta de redes solidarias en caso de necesidad y, en general, una dinámica familiar inadecuada. Lo cierto es que las familias se las arreglan como pueden; frecuentemente admiten los hechos con fatalismo o tratan de explicar y explicarse sus desgracias por medio de creencias poco consistentes sobre la gravedad o inocuidad de los hechos.

Resulta difícil entrar al mundo de la experiencia como aprendizaje. Frecuentemente se cree que la experiencia sirve para no repetir errores, pero en el caso de los accidentes y de las enfermedades esto no está claro. La secuencia de los eventos –muerte/enfermedad o bien enfermedad/muerte–, no permite captar alguna lógica de comportamiento. Debido a los innumerables factores en juego, planteados en el lenguaje común de las evidencias testimoniales, no es posible concluir con un grado de certeza suficiente, si efectivamente hubo aprendizaje en el grupo familiar después de que se presentaron eventos de enfermedad o accidentes. Aún menos factible es establecer un patrón temporal de ese aprendizaje. No queda claro si un evento desencadenó una reacción positiva en el seno de la familia para, en otra situación similar, utilizarlo oportuna y adecuadamente.

En cambio, sí se observa que algunas prácticas se convierten en “rutinas”, pero solo de manera forzada se puede hablar de aprendizaje cuando se hace referencia a una práctica de repetición de acciones.

Capítulo 6

La utilización de los servicios médicos

Acercamiento teórico

La forma en que los individuos y las familias hacen uso de los servicios médicos tiene un papel importante en la supervivencia y desarrollo de los niños. El tema de la utilización de los servicios médicos es controvertido, pues lo que se sabe acerca de las motivaciones individuales y grupales que llevan a la gente a buscar ayuda profesional para restablecer la salud y evitar la enfermedad, es limitado y frecuentemente basado en conceptos restrictivos.

Implícitamente, los estudios se apoyan en el supuesto de que las acciones en torno a la salud deben, o deberían, ser *racionales*, pues los beneficios de tener una buena salud son indiscutibles. De hecho, la utilización de los servicios de salud es tema de la economía de la salud y en ella se encuentran algunos de los argumentos básicos para entender el problema (Cullis & West, 1984).

Los postulados del comportamiento racional son privilegiados por la teoría de la indiferencia económica. Según esta el consumidor, al elegir entre las opciones que el mercado ofrece, trata de maximizar su utilidad y tiende a una elección óptima. El sustrato de tal conducta –suponiendo que lo haya– es en gran parte desconocido y no importa mucho para los fines de la teoría. El comportamiento racional exige una elección en un marco más o menos definido de expectativas y oportunidades pues, en esencia, significa determinación de medios idóneos en la consecución de un fin previamente definido.

Desde esta perspectiva, la no utilización de los servicios, o su deficiente utilización, puede deberse a hechos de corte no racional incomprensibles u oscuros para la teoría, pero fácilmente comprensibles desde otra perspectiva. Si existe disponibilidad de los servicios y su costo se ajusta a la línea

de presupuesto de la gente, el no uso es meramente dependiente de la información disponible para el consumidor, o a la existencia de alternativas más idóneas, siempre en el marco de la racionalidad:

Para que sea racional una acción debe ser el resultado final de tres decisiones óptimas. Primero, debe ser el mejor medio para realizar el deseo de una persona dadas sus creencias. Luego, esas creencias en sí mismas deben ser óptimas dada la prueba de que dispone la persona. Finalmente, la persona debe reunir una cantidad óptima de pruebas, ni demasiadas ni muy pocas. Esa cantidad depende tanto de sus deseos –de la importancia que le asigna a la decisión– y de sus creencias acerca de los costos y los beneficios de reunir más información. (Elster, 1991)

Desde un punto de vista menos estrecho –como el propio Elster se propone demostrar– se sabe de la existencia de conductas francamente irracionales cuyos resultados son igualmente exitosos. Es sabido que la irracionalidad permea muchas de las acciones de las personas y, de hecho, la teoría de la elección racional encuentra su límite por indeterminación: “puede haber *varias* (acciones) que sean igual y óptimamente buenas. O puede no haber *ninguna* acción que sea al menos tan buena como las otras” (Elster, 1991).

Para las personas, muchas decisiones no comportan una acción racional, en los términos definidos líneas arriba, por el simple hecho de que, al elegir, los bienes son *incommensurables*, es decir, no existen criterios comunes que permitan compararlos entre sí. Puede ser que desde un punto de vista “moderno”, la elección del curandero para resolver un problema de salud en lugar del médico alópata que trabaja en la clínica sea irracional, es decir con riesgo de fracaso o ineficacia. Sin embargo, para las personas, esta elección significa simplemente una decisión apegada a sus normas y creencias, lo que no puede compararse con una elección racional en el sentido que la teoría le asigna, por más razonable que aparezca para dichas personas.

Por otra parte, el grado de eficacia de las creencias es difícil de determinar. La curación de enfermedades como el “mal de ojo”, el “susto” o el “empacho” supone, como base mínima, la creencia en la existencia de estos males y la creencia de que, por determinados medios e instrumentos, estos serán curados. La práctica y la experiencia se convierten, entonces, en la medida de la eficacia de las creencias.

Si efectivamente la teoría de la elección racional no permite comprender adecuadamente el problema en cuestión –ya que un estricto apego a sus postulados dejaría a la mayoría de los comportamientos de la gente del lado de la

irracionalidad, lo que no resulta convincente–, ¿cómo delimitar el problema de la utilización de los servicios de salud? La Figura 2 puede ayudar para este fin.

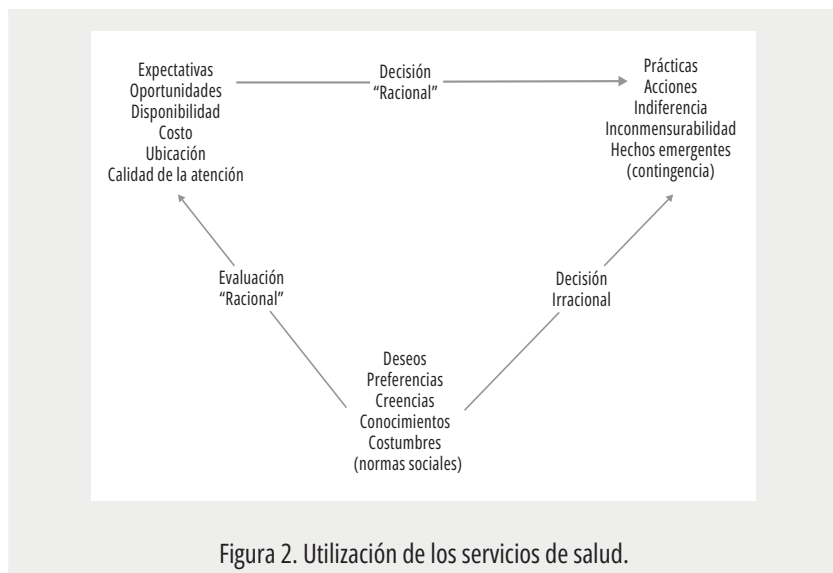


Figura 2. Utilización de los servicios de salud.

Es común que las acciones que se emprenden para restablecer la salud se basen en una cantidad suficiente de información acerca de las características de los servicios –las oportunidades que se ofrecen– (línea continua gruesa), pero es igualmente posible que esas acciones dependan *enteramente* de preferencias que tienen su base en las creencias y costumbres, así como en conocimientos pasados de la experiencia de otras personas (línea continua). Desde el punto de vista aquí adoptado, las acciones y prácticas se inician en una necesidad que se expresa en deseos y preferencias y *pasan* en ocasiones por una evaluación sobre las expectativas y oportunidades que se perciben. El grupo social de pertenencia puede limitar en buena medida una evaluación de oportunidades que sirva de mediación para las acciones.

En el esquema, las palabras “deseos”, “expectativas” y “prácticas”, representan el lado “subjetivo” en la utilización de los servicios, mientras que “preferencias”, “oportunidades” y “acciones” representan el lado “objetivo”¹.

La evidencia que se presenta en este capítulo sugiere que: a) las acciones y prácticas dependen *directamente* de los deseos y preferencias –es decir con muy poca mediación de alguna evaluación de expectativas y oportunidades–, tal como se argumentó arriba; b) cuando se evalúan los servicios, la tendencia es a hacerlo negativamente: por su costo, por su ubicación, por la calidad de la atención que proporcionan; y c) es evidente la desinformación sobre las características de los servicios, lo cual sugiere que su uso es pobre porque lo que ofrecen es, en parte, desconocido.

No es fácil saber, con la evidencia disponible, si el patrón de utilización de los servicios, en estos grupos, pasa más por la *inconmensurabilidad* entre las opciones que por la *indiferencia* –es decir, la percepción de que las alternativas disponibles son equivalentes en términos de costos, e igualmente eficaces, o no, para satisfacer una necesidad– pero es cierto que las costumbres y algunas creencias en torno a la salud y la enfermedad hacen incomparables los servicios tradicionales con los modernos. No habría que dejar de considerar, en este punto, que el nivel de accesibilidad a los servicios de salud –además de medirse en términos económicos o geográficos– también puede evaluarse en términos culturales (Sacchi, 1997), lo que hace que en muchos grupos el recurso de la medicina tradicional esté mucho más “al alcance de la mano” de las personas, que el de los servicios de salud basados en la medicina “moderna”.

Los hechos contingentes parecen tener su propio impacto en las acciones pues, como ya se ha visto, el azar es un elemento de gran importancia en los riesgos de enfermedad y muerte; del mismo modo juega en la utilización de los servicios, pues la percepción de enfermedad –que puede coincidir o no con su aparición– es desencadenante de acciones. Existen complejas mediaciones entre conocimiento y práctica. La medicalización

¹ En la teoría económica las “preferencias” tienen un fuerte contenido de racionalidad, pues al elegir un bien (en este caso la salud), el consumidor ya ha efectuado una evaluación de las diversas opciones del mercado. El grado de incertidumbre está dado por el conocimiento que el consumidor tenga del conjunto de bienes que desea adquirir. En el caso de la salud, como señalan Cullis y West, el oferente “sabe” mejor lo que le conviene al demandante, lo que hace peculiar a este bien. La anterior discusión permite introducir otro concepto, no tomado en consideración por la teoría económica: la necesidad. La enfermedad es un proceso que devalúa la calidad de vida de las personas; así, la necesidad de sanar aparece al individuo como esencial. Una buena introducción al concepto de necesidad, en franca polémica con la teoría económica, se encuentra en Boltvinik, 1990.

de la salud ha permeado, de hecho, en estos sectores, favoreciendo una visión de la salud más cercana a la idea de “ausencia de enfermedad” que a la de un estilo de vida saludable. Pero la propia percepción de la enfermedad también está mediada por el grupo social de pertenencia: muchas veces se acude a consultar cuando la enfermedad está avanzada, en parte porque hay otras prioridades y en parte porque la sobreutilización del cuerpo que caracteriza a grupos sin acceso a facilidades como electrodomésticos, transporte adecuado, etcétera, hace que no se perciban algunos síntomas como de enfermedad o malestar. La conducta preventiva caracteriza a muy pocas familias.

Niveles de utilización

Las conductas para restablecer o mantener el estado de salud dependen, entre otros, de los factores analizados en el apartado anterior. Estas conductas, en forma esquemática, pueden definirse como “preventivas” y “curativas”. Las primeras incluyen acciones que implican una consideración sobre el futuro: inmunizar a los niños, alimentarlos adecuadamente, monitorear su estado de salud y el de las madres. En un sentido más amplio, esta conducta incluye la observancia de “estilos de vida” saludables evitando todo aquello que perjudique –en lo inmediato y a largo plazo– la salud². Las conductas curativas incluyen la búsqueda de soluciones a problemas de salud presentes para evitar su prolongación y agravamiento, lo cual se consigue con atención y cuidado del enfermo.

Decíamos al final del apartado anterior que la utilización de los servicios médicos en la modalidad preventiva es muy poco frecuente. Aun así, es posible detectar que las familias OHM lo hacen en mayor medida que los otros dos grupos de familias. En cambio, la utilización con fines curativos es más frecuente en las familias que tienen hijos muertos, especialmente para enfrentar situaciones de emergencia o enfermedades que se agravaron porque la reacción se inició tardíamente.

Que una familia opte por un servicio médico público u otro depende de una serie de elementos, factores circunstanciales y conductas que pueden variar y alterar el curso de la utilización. Esta preferencia se encuentra

² Obviamente, hay elementos objetivos que restringen estas “elecciones”. Pero volvemos a insistir que ellos están presentes de manera semejante en los tres grupos de familias.

estrechamente vinculada con la escasez de información que se tiene sobre la red de servicios públicos de salud y con la percepción que tienen estos sectores de la medicina pública, basada en su propia experiencia o en la de otros.

La utilización de los servicios de salud es una interfase, un punto de encuentro –muchas veces de desencuentro– entre la oferta de servicios de diverso tipo y la demanda. El proceso búsqueda/utilización inicia con una necesidad y termina con su modificación, aliviándola parcial o totalmente, neutralizándola o agravándola.

La percepción, transformada primero en necesidad y luego en deseo/preferencia, es la que determina el inicio de acciones para mantener o restablecer la salud. Esa percepción se vincula, a su vez, a factores sociales y culturales y, como se deriva de los argumentos del Capítulo 2, a las características familiares. Estas últimas determinan, en gran medida, la distancia temporal entre el inicio de un proceso mórbido, su percepción y la puesta en marcha de acciones para detenerlo y revertirlo.

Agarró tos y luego se fue agravando y le agarró tos ferina. Lo llevé al médico y me dijeron que ya tenía tos ferina, bronquitis y bronconeumonía. Le dieron medicinas pero ya no reaccionó. (Familia IHM)

La continuidad del tratamiento y el seguimiento de la enfermedad en la casa, adquieren una importancia crucial para el restablecimiento de la salud. La probabilidad de curación o recaídas, independientemente del tipo y calidad de la atención recibida, depende de las acciones que la familia realice y, en ciertas circunstancias, de la presencia de redes de ayuda.

Otros elementos intervienen en la utilización, eficiente o no, de los servicios de salud. La utilidad de las redes fue presentada en el Capítulo 3 y recordada en este. Ellas proporcionan soporte para trasladar al hijo enfermo, brindan información acerca del servicio médico al que conviene o se puede acudir y ayudan en el cuidado de los hijos que quedan en la casa. A veces la ayuda es aún más concreta: brindan, a través de un mecanismo no legal, el acceso directo a un servicio médico de la seguridad social haciéndose pasar por familia directa e “inventando” lazos que permitan la utilización.

Estar cubierto por la seguridad social es otro elemento que influye en la utilización. Esta relación debe ser matizada: tener “derecho” al uso de los servicios no garantiza que se haga efectiva su utilización. De todas maneras, algunos datos de la Tabla 37 son reveladores.

En primer lugar, la mayoría de las 72 familias entrevistadas carece de seguridad social. Por este motivo pasan a formar parte de lo que se denomina “población abierta” que, en términos de servicios de salud, significa que están

Tabla 37. Distribución, en número y porcentaje, de las familias de los tres grupos familiares según cobertura de seguridad social.

Cobertura	0HM		1HM		2HM		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sí	11	46	10	42	7	29	28	39
No	13	54	14	58	17	71	44	61
Total	24	100	24	100	24	100	72	100

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

bajo la protección de los servicios de la Secretaría de Salud. Estos, es afirmación generalizada, tienen niveles de calidad inferiores a los de la seguridad social.

En segundo lugar, si bien se observa que esta situación se agudiza entre las familias 2HM, es característica de los tres grupos de familias. Como se sabe, la cobertura de seguridad social en México depende parcialmente de la ocupación: una relación de dependencia continua abre más posibilidades de obtener cobertura, pero no todos los trabajadores asalariados la tienen. También se dan casos en los que trabajadores que la tuvieron la puedan seguir conservando, por una gestión individual.

Pero más importante que estas “sutilezas” es la utilización real de los servicios a los que se tiene derecho. Una vez más, esto depende de condiciones objetivas pero también, en gran medida, de las preferencias de las familias.

Preferencias en la utilización de los servicios médicos

Las diferentes opiniones y razones que proporcionaron las familias acerca de la forma como utilizan los servicios médicos, proporcionan la sustancia de este capítulo. La preferencia de las familias que tienen acceso a algún tipo de servicio médico está influida por una serie de elementos en los que se combina caracterización objetiva y percepción: tiempo que se destina para conseguir la atención médica, cercanía geográfica de la clínica u hospital, calidad de la atención médica, confianza en la certeza del diagnóstico y, por ende, eficacia del tratamiento, y atención personalizada.

Aunque estos elementos pueden ejercer diferentes grados de influencia en la decisión de las familias y los individuos, la accesibilidad geográfica es un elemento que tiene importancia en la selección del servicio médico, tal y como lo señala una de las familias entrevistadas:

Ni se enferman los hijos, gracias a Dios. Pero si eso pasa, va uno al centro de salud, es el que está más cerquita de aquí. (Familia 2HM)

Otro elemento que también tiene relación con el anterior, es la prontitud con que reacciona el servicio en la atención a los hijos enfermos. Al respecto la señora Lucía dice que su familia tiene acceso al servicio médico del ISSSTE, pero que no todos los miembros de la familia hacen uso de este servicio:

...nada más él. Nosotros tenemos las credenciales pero como vamos nada más cuando están enfermos los niños, se nos hace muy difícil. Tiene uno que ir a pedir la ficha dos días antes... Para urgencias mejor vamos aquí al hospital de Topilejo; es que es más rápido. También vamos a veces con un médico particular. (Familia 1HM)

Así como esta familia reemplazó los servicios de la seguridad social por los de la Secretaría de Salud, otras lo hacen por la medicina privada:

¡Dónde cree usted que vamos a tener! En caso ofrecido, la emergencia que hay aquí de la Cruz Verde, cuando una cortada, una picada de clavo cobran 300 pesos, así que no es caro y eso es lo que recurre uno. Porque luego en el ISSSTE se está uno el día entero para sacar ficha. Es una lata. No me gusta ir a perder el tiempo allí. (Familia 0HM)

En otros casos la flexibilidad de horario de los servicios define el abandono de la seguridad social y su reemplazo por los servicios de urgencias y los dispensarios, donde las cuotas son bastante bajas y la atención médica no está mediada por la obtención de una cita previa:

Hemos tenido seguro pero nunca hemos ido. Siempre nomás vamos al dispensario [el cual depende de la delegación]. Porque me dijeron en el centro de salud que si no íbamos más seguido nos iban a quitar. Y mejor cada vez que se enferman voy aquí, porque están hasta las ocho de la noche. Como van a la escuela no puedo ir temprano. (Familia 1HM)

Algunas familias señalan que la utilización de los servicios médicos del IMSS o del ISSSTE también dependen de la gravedad de la enfermedad. De tal manera que se trata de evitar la asistencia a estos centros cuando la familia evalúa a la enfermedad como algo “ligero” o “simple” pero si, en cambio, percibe que se trata de una enfermedad más seria, sí utiliza estos servicios:

Cuando están enfermas, yo las llevo al Seguro, y si no, si es cosa ligerita, se les da un remedio que a veces preparamos en casa [...] Cuando tienen muy alta la temperatura, yo las llevo rápido al Seguro; pero si es algo así de tosecita, o de garganta, ya veo. Si no se les compone, las llevo al Seguro. (Familia 0HM)

En otros casos se acude al servicio médico cuando se desea obtener días de incapacidad para ausentarse del trabajo, justificados por alguna enfermedad. La señora Rafaela tiene derecho al ISSSTE, pero señala que no lo usan. Prefiere ir:

...a un particular o al centro de salud [...] muy pocas veces voy al ISSSTE. Si lo ocupamos, pero solo cuando ya nos sentimos muy mal y necesitamos la incapacidad. (Familia 2HM)

Otro argumento al que se remiten las familias para fundar su preferencia por un servicio u otro es el de la confianza. Este elemento es, de alguna manera, la síntesis de lo señalado anteriormente; así, la familia con base en su experiencia va formando un criterio selectivo que afecta las prácticas futuras que realice para restablecer la salud de alguno de sus miembros, lo cual puede constituirse en un riesgo, ya que la experiencia que se tuvo de una o dos situaciones tiende a ser extrapolada en nuevos eventos de enfermedad en los que no necesariamente se aplica. La señora Inés, que tuvo cobertura del IMSS, y que actualmente tiene ISSSTE describe así su patrón de utilización:

...de vez en cuando porque pues francamente no tenemos mucha confianza en el ISSSTE; se pierde mucho tiempo y está muy lejos (hasta Revolución). Entonces, nada más cuando, por ejemplo, es una enfermedad más grave. Pero para el dentista o un dolor de estómago vamos más al centro de salud. Solo que se agrande el problema vamos hasta allá. Por ejemplo, Inés tiene como un mes que se enfermó de una infección intestinal, empezó con dolor de estómago, y la llevé al centro de salud. Me dieron medicina y no se componía. La llevé a un médico particular porque ya no soportaba el dolor ella. La hacía llorar el dolor. Me dijeron que si en tres horas no se le calmaba el dolor la llevara a

que se sacaran unas radiografías. Como no se le quitaba fuimos de urgencia y estuvo internada todo el día. Le pusieron suero y le hicieron estudios, como a la una de la mañana me la traje y al otro día la tuve que volver a llevar porque el dolor no se le quitaba. Después ya no era dolor, sino ardor en todo el estómago. Dijeron que era una infección intestinal que le estaba causando problemas al hígado y a los riñones. La tuvieron en tratamiento y me dijeron que la llevara a su clínica. En la clínica nada más le dieron unas pastillas para los parásitos. Me dijo mi hija que la medicina era para niño y que ella necesitaba para adulto porque no le iba a hacer nada. Tenemos un doctor al que le tenemos mucha confianza y la llevé para que la revisara. (Familia IHM)

En los casos en que las familias carecen de prestaciones médicas, las acciones en momentos de enfermedad son más azarosas y se buscan alternativas de atención a la salud entre las diversas instituciones públicas, sin que se tengan en claro las diferencias entre una y otra. La familia de la señora Ramona no tiene acceso a la seguridad social, y el esposo relata que

...cuando tenemos la oportunidad de bajarlos al centro de salud, y cuando no, pues aquí en la casa, o como yo trabajé en la unidad de urgencias, llevamos a los niños; allí es más barato para nosotros. (Familia IHM)

Otro caso es el de la familia de la señora Filiberta, quien no tiene acceso a servicio médico, por ello:

A veces vamos al centro de salud o a urgencias. Solamente cuando es una enfermedad muy grave corremos de emergencia al doctor particular. [...] Porque en el Centro de Salud es cuestión de estar todo el día y francamente yo tengo mis chiquillos y no puedo estar todo el día allí, porque desatiendo a todos los demás. Si no, corremos a la farmacia, cuando es una gripa leve, y allí me dan medicamento. (Familia IHM)

La señora Matilde señala que:

...a veces voy con una doctora que vive aquí cerquita y cobra barato, en casos de emergencia. Ya tengo tiempo de conocerla, como cuatro o cinco años. Nosotros tenemos como diez años que nos vinimos de San Jerónimo y yo iba en el centro de salud de San Ángel. Todo el tiempo allí los controlé a todos los chamacos, menos al chiquito, porque como yo trabajaba en la casa... (Familia OHM)

Para quienes carecen de servicio médico, la búsqueda urgente de atención y la selección del servicio se hacen generalmente sin comparar las diversas alternativas y de manera circunstancial; a veces hacen un uso indistinto de los mismos. También se presentan estrategias con redes para tener acceso al servicio médico, lo cual se combina con otras prácticas caseras en caso de enfermedad:

Primero, un señor, amigo de mi familia nos dio seguro, pero nada más un tiempo. En ese tiempo estaba un poco mala porque me daba un dolor muy fuerte y me lo controlaron bien. Pero ahorita ya no tenemos seguro. En caso que me enfermara me tendría que ir a un centro de salud [...] Por eso para el médico vamos al centro de salud, o si es de urgencia pues a algún médico de la colonia. [La señora menciona que cuando no van al médico ella los atiende de la siguiente manera:] les hago un té de canela y sus desenfrioles y los tapo bien. La verdad es que estos niños han sido muy sanos. Francamente casi médicos... con decirle que a veces la medicina la tienen que masticar para tomársela. Ella que es mayor, la tiene que masticar porque no puede pasársela. Estos niños han sido muy sanos. Nada más los gemelos son los que salieron muy enfermizos, porque nacieron a los siete meses. (Familia 2HM)

Es importante señalar que aunque las familias manifestaron sus preferencias en la selección de los servicios médicos, en la realidad combinan una serie de prácticas y conductas, por lo que resulta difícil establecer una tipología que categorice a las familias según una sola forma de utilización. Aun a riesgo de forzar el uso real, se pueden distinguir cuatro tipos diferentes de utilización de los servicios médicos:

- *Tipo 1.* Utilizan el servicio al cual están adscritas.
- *Tipo 2.* Utilizan preferentemente el servicio privado.
- *Tipo 3.* Utilizan indiscriminadamente los diversos servicios.
- *Tipo 4.* Varían entre 1 y 2 según tengan o no cobertura de seguridad social.

Es importante destacar que, casi invariablemente, cada uno de los tipos también se combina con la utilización de medicina tradicional. La intensidad y frecuencia de su uso pueden variar, desde extremos de alta utilización –preferentemente de medicamentos tradicionales– hasta un uso marginal o complementario.

La Tabla 38 presenta la distribución de las familias según el tipo de utilización. Como se puede ver, la mayoría se ubica en el tipo 3, que corresponde al patrón menos definido y más circunstancial. Además, los tres grupos familiares parecen comportarse de la misma manera en este aspecto, lo que anula, en gran medida, lo que podría haberse inferido de los datos de la Tabla 32. En otras palabras, aunque los tipos de utilización de los servicios médicos

Tabla 38. Distribución de las familias de los tres grupos familiares según el tipo de utilización de los servicios médicos.

Grupo familiar	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4	Total
0HM	4	5	11	4	24
1HM	2	6	15	1	24
2HM	2	6	13	3	24
Total	8	17	39	8	72

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

presentan variaciones menores, es necesario subrayar que los tres grupos de familias tienden a seguir una conducta similar.

Las diferencias son más sutiles, y no se expresan en la utilización real sino en su forma y oportunidad. En el caso de las familias sin hijos muertos se observó, como tendencia, la existencia de una red de relaciones sociales que contribuye a una adecuada utilización de los servicios de salud y que influye en la conducta a tomar ante una necesidad de salud percibida; dicha red estuvo constituida, en su mayoría por médicos, enfermeras o conocidos, los cuales les proporcionaron información acerca de las clínicas y hospitales. En los casos en que no existía este tipo de red, la información llegaba a la familia por medio de vecinos, amigos, compadres, del dispensario o del médico del vecindario.

En cambio, como ya se destacó en el capítulo correspondiente, las familias con más de un hijo muerto no cuentan en general con redes sociales que puedan orientar la conducta a seguir ante la percepción de una necesidad de salud, o funcionan de manera errática y sin la oportunidad necesaria.

Es preciso destacar aquí que si bien los servicios médicos se distinguen de las redes propiamente dichas, en tanto forman parte de instituciones formales, en la vida cotidiana de las personas –sobre todo en barrios como los que habitan nuestras familias– algunas interacciones entre la gente y los prestadores de servicios pueden considerarse similares a las que se dan en las redes informales, generando así una compleja trama de interacciones formales/informales entre distintas personas e instituciones públicas, privadas o voluntarias.

Esta consideración surge al tomar en cuenta la dinámica, más que la estructura, de la red de una familia: la red no funciona de la misma manera en momentos rutinarios que en momentos de crisis. En los primeros, se trata de una serie de intercambios cotidianos de bienes, servicios, información, etcétera e incluso actividades cuyo objeto es el propio mantenimiento de la

red (visitas, ritos familiares, etcétera). En los momentos de crisis, se movilizan más recursos y se activan distintos elementos que pueden ir desde parientes hasta enfermeras, médicos y curanderos, pasando por vecinos y amigos. En este contexto, importa la trayectoria de comportamientos de la gente en relación con la atención a la salud. Las familias, de hecho, transforman bienes y servicios de muy diversa índole (incluidos los provistos por el Estado) para satisfacer sus necesidades de consumo y reproducción.

Utilización de los servicios durante el embarazo y en la atención del parto

Como ya se dijo, la utilización de los servicios médicos no solo es importante para la atención de enfermedades y accidentes, sino también es crucial en la prevención y cuidado de la salud tanto de la madre como de los hijos durante el embarazo y el parto. En el capítulo referente a la crianza, se argumentó con mayor detalle que las condiciones familiares y sociales en las que se vive el embarazo, incluidos los conflictos psicológicos y emocionales que desencadena, afectan a la dinámica familiar y en especial a la mujer.

Además de estos elementos, se debe considerar que la relación entre la vivencia del embarazo y la atención médica tiene especial significación, pues se relaciona con la preservación de la salud en una situación diferente para la mujer.

Varios elementos se conjugan para determinar por qué algunas mujeres acuden a los servicios médicos durante el embarazo mientras que otras no lo hacen. El acceso a los servicios médicos, el nivel educativo, el ingreso, las condiciones de vida y ciertos aspectos culturales, son indicadores que conforman las maneras de enfrentarse a los procesos de la reproducción.

Una característica que comparten los tres grupos de familias estudiados es que la gran mayoría de las mujeres no acudió a los servicios de salud durante los embarazos y la revisión periódica es casi nula en una alta proporción de los casos. En las familias donde las mujeres manifestaron acudir al médico durante el embarazo, lo hicieron de manera esporádica y más por problemas de salud que la mujer padecía y que llegaban a agudizarse en este periodo, que por la necesidad de hacer un seguimiento de la evolución del proceso. En este sentido, los tres grupos se caracterizan por carecer de asistencia médica periódica.

La importancia de lo anterior queda de relieve en los casos en que la muerte infantil tiene una estrecha relación con los cuidados durante el embarazo. Las mujeres en este grupo social se caracterizan por vivir el embarazo como un evento “natural” en el sentido de ignorar las precauciones que deben tener en esta etapa. En general, los cuidados se circunscriben a los que indican las creencias y tradiciones familiares que les han sido transmitidas generacionalmente.

Como se observa en la Tabla 39, la mayoría de las familias en los tres grupos concurría esporádicamente a revisiones médicas durante el embarazo. Un grupo numeroso no lo hizo nunca, y muy pocas se controlaron regularmente. Entre estas, ninguna perteneció al grupo de 2HM.

Tabla 39. Distribución de las familias de los tres grupos familiares según control de embarazos.

Control	0HM	1HM	2HM	Total
Sí, cada mes	6	3	-	9
Sí, a veces	12	12	17	41
No	6	9	7	22
Total	24	24	24	72

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

La señora Inés señala que algunos embarazos sí fueron atendidos médicamente y otros no, lo cual se debió a la disponibilidad, en ese momento, de prestaciones médicas:

Pues hasta los tres meses iba yo, y después iba cada vez que me daban la cita. Por ejemplo, de Socorro no tuve doctor porque no teníamos seguro. [Por ello la atendió una partera]. De Socorro después vino Isabel y ya fue cuando él entró a trabajar al restaurante y le dieron seguro. [...] De Inesita no, porque ya no trabajó él y ya no teníamos atención médica, entonces me alivié con una partera. Trabajaba en la cafetería del Centro Médico, de almacenis-ta. Dejó ese trabajo y después de bastante tiempo, se metió a una compañía donde estuvo como cuatro meses. Allí ya le volvieron a dar el seguro y fue cuando me alivié de Cecilia. Después lo volvió a dejar porque no le daban lo suficiente y no le alcanzaba. Fue entonces cuando se metió a lo de los camiones, pero como no teníamos seguro, fue cuando Inesita nació aquí en la casa. (Familia 1HM)

En otras familias, las mujeres solo acudieron cuando se enfermaron o tuvieron alguna complicación con el producto. La mayoría de estas mujeres acudió al médico en situaciones de extremo riesgo: amenazas de aborto, sangrados, desmayos, traumatismos y fuertes dolores de abdomen. Los testimonios señalan expresamente que cuando los embarazos transcurren sin enfermedades o accidentes, las mujeres no realizan revisiones médicas:

Me puse mala cuando tenía seis meses de embarazo y me atendió un médico que está por Taxqueña. Dijo el doctor que porque había hecho yo un coraje y me daba mucha temperatura. Entonces me sentía yo mareada pero no le decía a nadie, porque siempre, desde que me casé viví sola. Entonces una señora que vivía enfrente de mi suegro me dijo que mi embarazo no iba bien. Cuando llegó mi suegro le avisaron que me había puesto mal y me había ido al mercado. Él me llevó a ese sanatorio; el doctor me revisó y me dijo que el bebé no daba señales de vida. Allí me dio unas pastillas y me dijo que si no había movimientos iban a provocar el aborto. Al otro día nació la niña.
(Familia 0HM)

Finalmente, están las mujeres que solo tuvieron asistencia de la partera y aquellas que nunca fueron del médico durante el embarazo. La señora Guadalupe señala que el embarazo de su primera hija muerta fue muy molesto, y que no tuvo atención médica:

Durante todo el embarazo me sentía yo como ahogarme. Yo lavaba hincada y me tenía que sentar, porque sentía que me faltaba aire. Y cuando caminaba, me salía un calor de la parte y me llegaba hasta las rodillas y no podía caminar. Aunque quisiera dar el paso, no podía. En ese embarazo, esa molestia fue lo único que tuve. Y sí acudí a Salamanca al doctor y me dieron medicina; pero no hubo ningún chequeo, como ahora que hacen muchos estudios.
(Familia 2HM)

Respecto de las mujeres que señalaron que las revisiones habían estado a cargo de parteras, algunas de ellas manifestaron que eventualmente habían tenido contacto con médicos. Una vez más, encontramos comportamientos y conductas mixtos, es decir, donde se combinan las prácticas de la medicina tradicional con las de la medicina científica. Esta combinación de prácticas se remite especialmente al contexto y a la disponibilidad de recursos de las familias: si la familia recurrió a partera cuando se tuvieron los primeros hijos, esta conducta tiende a repetirse, si bien se integra al médico como una alternativa que se suma a la medicina tradicional. Más aún, existen casos en los que

las mujeres señalaron que su asistencia a ver a los médicos se debió a que la partera que las atendía desapareció por fallecimiento o cambio de domicilio.

En el caso de la familia de la señora Aída se observa la combinación de las dos medicinas, ya que los primeros embarazos fueron atendidos por una partera, pero por problemas conyugales hubo un periodo en el que la mujer no tuvo atención:

P: *¿En dónde se atiende usted los partos?*

R: *En el Seguro.*

P: *¿Ninguno de los niños ha nacido en casa?*

R: *Bueno, el más grande nació en casa; la señorita de 19 años también, y la señorita de 17 años nació en una maternidad particular.*

P: *¿Y de Francisco y Rosalía, quién la atendió?*

R: *Una partera [...]*

P: *¿Y todos los demás han nacido en el hospital?*

R: *Sí [...]*

En los últimos cinco embarazos la señora fue atendida por un médico y ella acudía a sus revisiones cuando la citaban. En este caso la observación periódica sirvió para una intervención oportuna en un embarazo difícil:

Con el único parto que tuve problemas fue el de Carolina. Desde que empecé a estar embarazada me sentí muy mal y no me encontraron nada, tenía yo mi estómago demasiado crecido. Pero ya cuando me iba yo a aliviar empecé a arrojar como cuatro días y me quedó mi estómago chico. Entonces ya tuve muchos problemas para que la niña naciera porque tenía yo una infección y no podían hacerme cesárea ni nada. Ese fue el único problema que tuve. Tardó para nacer. Nació casi negra, muy morada. El doctor me dijo que ya no contaban con ella. (Familia OHM)

A veces la mujer acude al médico solo para cerciorarse de la existencia del embarazo:

Me quedaba en la casa porque ya sabía que estaba embarazada. A veces ni cuenta me daba. Mi esposo sí tenía la curiosidad de llevarme con el doctor aunque fuera una vez, cuando ya estaba embarazada, para ver si era cierto o no. A partir de esa fecha hasta que nacía el niño, no volvía a ir. (Familia 2HM)

La ausencia de revisiones médicas periódicas en los tres grupos familiares favorece el hecho de que enfermedades prevenibles y evitables se conviertan en riesgo latente de enfermedades “no evitables”, dado que se desconocen, por lo que resulta imposible intervenir en ellas.

En las Tablas 39a, 39b y 39c se presenta la información sobre hijos vivos, muertos y abortos en cada familia, junto con la correspondiente al lugar de atención del parto, en forma agregada. No se infiere de esta información que exista relación entre lugar del parto y resultado del embarazo. Aún entre las mujeres del grupo 2HM que tuvieron todos sus partos en clínicas u hospitales se registraron muertes infantiles, mientras que algunas del grupo 0HM tuvieron todos sus partos domiciliarios y con parteras. Del total de 188 embarazos del grupo 2HM, 79 partos (42%) fueron atendidos en casa con partera; en el grupo con un hijo muerto fueron 77 (45%), mientras que en el grupo 0HM, fueron 89 (48%).

La asistencia médica en el momento del parto no es, necesariamente, un riesgo en sí mismo. Pareciera que cuando la familia presenta características negativas en cuanto a su estructura y dinámica, o cuando la situación de salud de la mujer antes o durante el embarazo es problemática, el parto en casa se constituye en un riesgo que se suma al derivado de las otras características.

Un riesgo adicional, es el de aquellos casos donde la mujer en el momento de iniciar el trabajo de parto estaba sola, por lo que no tuvo asistencia de ningún tipo durante el mismo:

...Me levanté bien y todo, iba yo a lavar y en el trayecto me empezaron los dolores. Yo duraba como media hora, o una hora, cuando mucho. Cuando nació mi niña, Teresa, mi señor se vino por la partera, y cuando llegó la partera yo ya me había aliviado. Ya nomás la arregló a la niña. (Familia 2HM)

El parto domiciliario no es consecuencia de la ausencia de cobertura médica, sino que responde a decisiones ligadas a las costumbres o a la desconfianza en las instituciones de salud. En muchos casos se combinan, a lo largo de la historia reproductiva, el uso de ambos sistemas médicos, y a veces ello ocurre en el mismo embarazo:

Los primeros seis, aquí –en casa–, y los otros seis, en el ISSSTE... Una señora me atendía, pero ya se murió. Desde Norma ya nacieron en el ISSSTE. (Familia 0HM)

Tabla 39a. Lugar de atención del parto en las familias sin hijos muertos (OHM).

Familia	Nº de embarazos	Hijos vivos	Abortos	Partos en casa con partera	Partos en hospital
202	8	8	-	8	-
203	11	11	-	2	9
204	4	4	-	-	4
205	8	8	-	1	7
206	9	8	1	2	6
207	5	5	-	4*	1
208	9	9	-	9	-
209	5	5	-	5	-
210	8**	7	2	8	-
211	6	6	-	-	6
212	5	5	-	4	1
213	9	9	-	7	2
214	6	6	-	5	1
215	6	6	-	1	5
216	8	7	1	2	6
217	9	9	-	2	7
218	10	9	1	3	6
219	5	5	-	-	5
220	6	6	-	3	3
221	10	9	1	7	2
222	12	12	-	6	6
223	9	9	-	4	3
224	13	13	-	3	10
225	6	6	-	2	4

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

* Parto en casa sin partera. **Se refiere a embarazos donde nacieron gemelos.

Tabla 39b. Lugar de atención del parto en las familias con un hijo muerto (1HM).

Familia	N° de embarazos	Hijos vivos	Hijos muertos	Abortos	Partos en casa con partera	Partos en hospital
102	7	6	1	-	2	5
103	9	8	1	-	-	9
104	4	3	1	-	-	3
105	7	6	1	-	6	1
106	7	6	1	-	n/d	n/d
107	5	4	1	-	-	5
108	7	6	1	-	-	6
109	6	5	1	-	2	4
110	7	5	1	1	1	5
111	7	6	1	-	4**	3
112	5	4	1	-	4	1
113	8	7	1	-	2	6
114	5	4	1	-	1**	4
115	6	5	1	-	-	6
116	8	7	1	-	2	6
117	10	9	1	-	6**	4
118	16	13	1	2	14	-
119	5	4	1	-	2	3
120	6	5	1	-	5	1
121	9*	9	1	-	7*	2
122	13	11	1	1	8	4
123	8	7	1	-	8	-
124	10	9	1	-	7	3
125	9	5	1	3	1	5

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

* Partos realizados en casa con doctor. ** En el caso 111 y 114 se realizó un parto en casa, sin partera.

Tabla 39c. Lugar de atención del parto en las familias con más de un hijo muerto (2HM).

Familia	Embarazos	Hijos vivos	Hijos muertos	Abortos	Partos en casa con partera	Partos en hospital
002	7	3	2	2	-	5
003	11	7	4	-	3	4
004	4	2	2	-	4	-
005	8	3	3	2	-	6
006	11	6	3	2	1	8
007	5	3	2	-	-	5
008	9	7	2	-	6	3
009	6	4	2	-	-	6
010	6	4	2	-	-	6
011	6	4	2	-	3	3
012	5	3	2	-	-	5
013	10	6	3	1	10	-
014	5	3	2	-	5	-
015	6	4	2	-	2	4
016	8	6	2	-	6	2
017	9*	5	3	2	-	9
018	12	7	4	1	3	8
019	5	3	2	-	-	5
020	5*	4	2	-	5	-
021	11	8	3	-	10	1
022	15	11	3	1	13	1
023	8	5	2	1	-	7
024	9	7	2	-	8	1
025	7	4	3	-	-	7

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

* Se refiere a embarazos donde nacieron gemelos.

Los dos grandes nacieron en el ISSSTE de Tlatelolco y dos chicos, Argelia y Pedro, nacieron en un particular. La otra niña también nació en un particular, Jéssica, con ella me alivié en el Estado de México. En esos días me fui para Toluca y allá nació Jéssica en la casa, me atendió una partera y los días anteriores estuve yendo al doctor de vez en cuando. (Familia IHM)

A lo largo de este capítulo se ha tratado de mostrar que la forma en que las familias utilizan los servicios médicos no puede ser inferida, exclusivamente, a partir de la existencia de cobertura médica, sino también de la manera y de los momentos en que la familia los utiliza, señalando los argumentos de razón y conveniencia que los orillan a seleccionar determinado servicio.

La similitud en la utilización de los servicios que presentan los tres grupos de familias es resultado, en primera instancia, de su adscripción social, del modo de vida que comparten; lo anterior se constata plenamente en los testimonios transcritos. Esta similitud consiste en que, por lo general, las familias de los tres grupos no tienen conductas que permitan prevenir riesgos, y su comportamiento es, en definitiva, predominantemente curativo. El patrón de utilización responde más a preferencias no evaluativas, basadas en costumbres y experiencias anteriores. Aun dentro de este panorama, las diferencias observadas reafirman la mayor vulnerabilidad y exposición al riesgo de las familias con varios hijos muertos; sus patrones de utilización son más heterogéneos y azarosos que los de las familias sin hijos muertos.

12-11-11

① $36 \div 6 = 6$

⑧ $12 \times 12 + 12 = 56$

② $42 - 17 = 25$

⑩ $134 \times 5 = 670$

$421 \times 3 = 1263$

③ $6 \times 6 - 7 = 19$

⑨ $3456 \times 12 = 41472$

④ $5 \times 4 \times 2 = 40$

⑤ $3 \times 3 \div 3 = 3$

⑥ $49 \div 7 = 7$



Amo = 500 =



Capítulo 7

Hacia una antropología de la muerte infantil

“Hay muertos que no hacen ruido y es más triste su penar”.
(Versos de *La llorona*, canción popular mexicana)

Llegamos así al capítulo final de este libro. Ya hay suficientes elementos para afirmar que en los grupos estudiados existen diferencias entre las familias con distinta experiencia de mortalidad. Probablemente se pueda sostener que esas diferencias en las características familiares y en la capacidad para conformar redes sociales explican, en una medida importante, las muertes infantiles. Si así fuera, estaríamos confirmando nuestra hipótesis central.

Tratamos de ser fieles a la idea inicial de mirar a la mortalidad infantil con una “interdisciplinaria orgánica”, por ello nuestra estrategia consistió en dedicar cada capítulo a un área problemática, no recortada disciplinariamente, de indudable relación con la mortalidad infantil, y evaluar su papel en la “producción” de las muertes.

Vimos que familias con situaciones objetivas semejantes no son iguales ni en cómo viven ni en cómo mueren. Creemos haber cumplido con el objetivo esbozado en el título de la Introducción, y encontramos singularidades en las regularidades.

No podríamos considerar terminado el trabajo sin dedicar un capítulo, el último, el más importante, a revisar el significado de la experiencia de la muerte de un niño en la familia¹. Se trata de presentar el componente antropológico, pero también de rescatar el aspecto subjetivo de la vivencia de la muerte. En

¹ Resulta inevitable repetir en este capítulo parte de lo que se dijo en alguno de los anteriores, especialmente en los capítulos 2, 3 y 4, con la finalidad de organizar el argumento y resumir, de alguna manera, el contenido del libro.

general, este elemento –creencias, costumbres, modos de ser y de pensar en relación a la muerte– está ausente de los estudios sobre mortalidad infantil.

La cultura que se desarrolla alrededor de la muerte es particularmente importante en México. El arraigo de viejas creencias populares en torno al destino de los muertos, el manejo de tradiciones por medio de mitos, relatos y elementos materiales, se traspasan a la “alta” cultura y son signos indiscutibles de lo cotidiano de la muerte para los mexicanos. En las familias estudiadas, estos elementos están presentes en toda su magnitud, ayudándoles a estructurar sus vidas y a entender y consolarse por sus muertes. Sus experiencias, siendo también las de otros, son originales.

Proponer una antropología de la muerte infantil es un intento por superar las restricciones disciplinarias que se imponen en el método de investigación. No se puede analizar realmente una “experiencia” si se prescinde de la palabra de quien la vive. La reconstrucción de esa experiencia, adquiere toda su dimensión en el marco de la discusión sobre las relaciones entre el “yo” y el “nosotros” en las ciencias sociales.

Las explicaciones en torno a la experiencia de la muerte, o a la muerte como hecho social e individual a la vez –ya provengan de la sociología, de la psicología social o de otras disciplinas–, son imprecisas; esto se debe en gran parte a la falta de claridad conceptual acerca de las relaciones entre lo “individual” y lo “social”. Incluso aportaciones sustantivas como la de Talcott Parsons (1982) y sus seguidores, en las que se trata de separar el “sistema de personalidad” del “sistema social”, adolecen de una extrema simplificación, desde el momento mismo en que superponen ambos sistemas a nivel *puramente reflexivo*, dando poca atención a su vínculo objetivo, perceptible ya desde el análisis de la serie de pronombres personales que denotan el “yo” sin independencia del “nosotros” o el “ellos”. Norbert Elias, de quien se toma la idea anterior afirma que:

La conciencia de la propia existencia es idéntica a la de la existencia de otras personas. La comprensión de la significación del *concepto* “yo”, que no es siempre idéntico con el uso que se hace de la *palabra* “yo”, está en la más estrecha relación con la comprensión de la significación de los conceptos “tú” o “nosotros”. (Elias, 1982)

Esta comprensión de los significados de las vinculaciones objetivas entre los seres humanos, es fundamental para explicar de manera adecuada el hecho de la muerte. Si bien las reflexiones psicológicas y antropológicas dan cuenta de este hecho a nivel de la estructura social y de las conductas de los sujetos para enfrentarlo, en grupo e individualmente, no siempre han penetrado de

manera suficiente en la explicación de las *vinculaciones afectivas* que constituyen la base de la experiencia de la muerte.

Desde Emile Durkheim, y aun antes, se ha sistematizado la idea de la normatividad y de su poder coercitivo como la base de la integración social, abandonando la idea de una disposición individual, intrínseca a la “naturaleza” humana, hacia la búsqueda de satisfacción por medio de vínculos heterogéneos con otros seres humanos². Se ha llegado a concebir una idea atomística de la sociedad, como una suma de “disposiciones de necesidad” en el nivel de las acciones y conductas de los individuos, despojados de “animalidad” o sometida esta a pulsiones “normalizadas” socialmente.

Con base en un alejamiento reflexivo de las explicaciones funcionalistas y estructuralistas, en este capítulo se tomará como preguntas-eje a aquellas que nos permitan analizar integralmente el fenómeno de la muerte de un niño pequeño en la familia, como acontecimiento explicable tanto por la situación y condición social de dicho grupo, como por la conflictividad de su dinámica interna y la serie de peculiaridades culturales que hacen del acontecimiento una experiencia idiosincrática.

Las preguntas-eje son: ¿Cómo analizar, desde una perspectiva interdisciplinaria, un hecho como la muerte de un ser querido en la familia? ¿Cómo explicar, desde una concepción integradora, la experiencia de los dolientes frente a la muerte? ¿Cuál es la diferencia entre la muerte como experiencia y condición social y el hecho vital de la muerte como acontecimiento?

La muerte como experiencia de los sobrevivientes

Cuando muere un ser con el cual los vínculos afectivos son intensos, ya sea hombre, mujer, niño o adulto, en los sobrevivientes cambia algo: sus anhelos, sus rencores, sus proyectos. También se modifica el carácter de la trama de relaciones con los demás, ya sea por el valor que se daba a la persona muerta, o por lo que se quedó pendiente, bueno o malo, para con ella.

² En la teoría psicoanalítica se da un lugar privilegiado a las “pulsiones” como fundamento de las desdichas y goces humanos, sin por ello proponer la existencia de una personalidad escindida (excepto en el caso de la enfermedad mental) como “yo” y “sociedad”. Véase Marcuse, 1969 y Fromm, 1981.

La muerte, esperada o repentina, es *algo que ocurre* con seguridad a todos los seres humanos³ y es, al mismo tiempo, la pérdida de un vínculo con el muerto y con los demás que le rodeaban en vida. Así, la muerte implica que lo perdido ya estaba “dentro” del superviviente:

La muerte de la persona querida no significa que haya sucedido algo en el “mundo exterior” de los sobrevivientes que actúe en tanto que “causa externa” sobre su “interioridad”; no basta con decir que ha sucedido algo “allí” que ha tenido su efecto “aquí”. Este tipo de categorías no dan cuenta de la vinculación emocional entre el superviviente y la persona querida. La muerte de esta última significa que aquel pierde una parte de sí mismo. Una de las valencias de la figuración de sus valencias satisfechas e insatisfechas la había fijado en la otra persona. Y esta persona ha muerto. Una parte integral de sí mismo, de su imagen en términos de “yo y nosotros” desaparece también. [...] En definitiva, se puede decir: cuando muere una persona querida varía toda la figuración de las valencias del superviviente, todo el equilibrio del entramado de sus relaciones. (Elias, 1982)

La muerte-acontecimiento, la noticia de la situación, las causas y las circunstancias del deceso, se convierten de inmediato en muerte-experiencia: el dolor por la pérdida, la necesidad de ofrendar *algo* al que partió, el futuro sin su presencia, lo que dejó de sí mismo en los que sobreviven.

Cómo entendérselas con la muerte: el duelo y las creencias

Las sociedades humanas, desde siempre, han tenido que enfrentar el hecho de la muerte; la condición humana tiene este sentido profundo de la finitud de la vida. Sin pretender abordar los aspectos descriptivos de la antropología de la muerte en las sociedades humanas, se deben destacar sus rasgos esenciales,

³ La discusión filosófica en torno a la finitud del ser humano es inmensa, Hegel construyó gran parte de su antropología filosófica con esta idea. Entendió que la conciencia de la finitud es la otra cara de la conciencia de la libertad. Ser mortal significa, en Hegel, ser consciente de la propia finitud. Sin embargo, Hegel no dice que la revelación de su finitud le es dada al hombre por la muerte de otros semejantes e incluso de otras especies (Kojève, 1984).

con la finalidad de entender la serie –no exhaustiva– de testimonios que se presentan más adelante en este capítulo.

Entendérselas con la muerte de un niño pequeño significa, desde la perspectiva adoptada en este trabajo: 1) que la familia posee un bagaje cultural para dar respuesta al acontecimiento-muerte del pequeño, y que ese bagaje está configurado por una serie de conocimientos, creencias y prácticas rituales; 2) que las familias manejan la experiencia-muerte de forma heterogénea, describiendo el acontecimiento para explicárselo (por ejemplo, desde la percepción o apercepción del riesgo material como “causa” de la muerte) y también de manera simbólica (por ejemplo, a través de la “inevitabilidad” del deceso en razón del destino, de los designios de Dios; o bien de su “evitabilidad”: “si hubiera tenido dinero o si hubiera actuado a tiempo, no hubiera muerto”).

La serie de acontecimientos que suceden en la vida cotidiana no tiene solución de continuidad y tiende a repetirse “infinitamente” en la experiencia de los seres humanos. Dichos acontecimientos ritualizados, temporalizados, hechos a la medida de lo previsible y lo continuo, son quebrados por otros sucesos como el matrimonio o la muerte.

Para lo extraordinario, las sociedades humanas reservan conductas rituales que dependen, generalmente, de un universo simbólico complejo. La muerte es acompañada por el dolor de quienes sobreviven; a ellos, les es arrancada una parte de su cotidianeidad y por tanto de la continuidad de sus acciones.

El duelo modifica temporalmente la conducta de los allegados; el estudio de los ritos de paso (Van Gennep, 1986) da cuenta de la variedad de esa modificación. Las conductas funerarias como el luto, las ceremonias religiosas y civiles antes y después de despedir al muerto, de enterrarlo, incinerarlo, guardarlo, esconderlo, tienen una doble finalidad, según las palabras de Thomas:

...en el plano del discurso manifiesto son motivadas por lo que aportan simbólicamente al muerto: mediante una serie de acciones más o menos dramáticas, más o menos prolongadas y a veces separadas por largos intervalos, se asignan al muerto un lugar y diversos roles, en concordancia con la continuidad de la vida. Pero en el plano del discurso latente, aunque el cadáver es siempre el centro de las prácticas, el ritual solo toma en cuenta un destinatario: el individuo o la comunidad sobrevivientes. Su función fundamental, tal vez inconsciente, es la de curar y prevenir, función que por otra parte presenta múltiples aspectos: aliviar el sentimiento de culpa, tranquilizar, consolar, revitalizar. (Thomas, 1991)

Sin duda alguna los rituales son diferentes según la edad, el sexo y la condición social del muerto; sin embargo, en la extensa bibliografía sobre la muerte, las reflexiones o referencias a los muertos-niños son escasas, lo cual impide elaborar un análisis del contenido ritual para ellos.

Aun a riesgo de generalizar, se puede decir que en México, sobre todo en los estratos populares, la ritualización en torno a los niños difuntos no tiene diferencias sustantivas con los adultos; importa más la concepción del niño pequeño como ser puro, sin mácula, “angelito”, cuya alma irá sin duda al cielo o al limbo (véase Ichon, 1973; Lhuillier, 1989; Lewis, s/f)⁴.

La muerte de un niño produce un duelo singular; cuando los padres desean y saben que pueden tener otro niño, el dolor de la pérdida es acompañado frecuentemente de esperanza: el nacimiento de un nuevo ser que ocupará el lugar del muerto. Es preciso tener en cuenta lo anterior, ya que permite analizar la diferencia en la experiencia de la muerte de un niño pequeño y, como se verá, los testimonios traslucen las valoraciones de esperanza por medio de una mayor capacidad de resignación.

Incertidumbre y seguridad vital: la muerte como riesgo social diferenciado

En la literatura sociológica, demográfica y epidemiológica se ha dado un énfasis preferencial a las diferencias sociales –por clases, estratos, condición racial, escolaridad, migración, sanidad en la vivienda, etcétera– como causales y potenciales de riesgo de la muerte de los niños (véanse de la amplia bibliografía: Mosley, 1988; Behm-Rosas, 1990; Bronfman y Tuirán, 1984). En otra línea se ha destacado la influencia de los aspectos biológicos en las

⁴ El ritual funerario, en algunas áreas del México rural y entre sectores populares urbanos, consiste en elevar cantos velatorios al alma del niño-ángel, mientras que al adulto se le dicen rezos. La creencia no totalmente documentada en torno al destino del alma del niño difunto es una mezcla difícil de separar entre la visión ya vulgarizada proveniente del catecismo católico y las conductas precortesianas en relación a los niños y su puesto en el cosmos. Véase el interesante y ya clásico libro de Alain Ichon. *Las costumbres en el resto de Mesoamérica*, con diferencias y matices, guardan fuertes identidades. El libro de Ruz Lhuillier abunda en elementos cristianos y no cristianos de las mencionadas costumbres. Resulta muy ilustrativo para la fundamentación del argumento presentado aquí sobre el sincretismo de las costumbres y creencias en torno a la muerte en los barrios populares de la ciudad de México, las consideraciones de Oscar Lewis.

posibilidades de supervivencia en la infancia (edad de la madre, condición nutricional, intervalo intergenésico, entre otros).

Aspectos como la dinámica familiar o el funcionamiento de la estructura social próxima a las familias, han sido escasamente explorados. Decir que la estructura y funcionamiento familiar es un “riesgo” de muerte para futuros miembros o que hay contextos “mortígenos” podría parecer forzado, pero el panorama cambia si se toman en cuenta las siguientes consideraciones: 1) en la literatura criminológica está comprobada la asociación entre conflictividad familiar y conducta desviada (Pitch, 1980)⁵; 2) la percepción familiar de las oportunidades de vivir para nuevos miembros está mediada, al parecer, por la condición social de la familia, pero también por el mundo simbólico reproducido en la misma⁶; 3) las oportunidades de vivir *como certidumbre social* se han ampliado; sin embargo, esta certidumbre sigue siendo un mero ideal para las clases desposeídas (Elias, 1987)⁷; 4) el riesgo es socialmente diferente, entre clases, pero es también diferente según el modo de vida de la gente, según su vida cotidiana⁸.

Lo que se aclara al estudiar la historia de las civilizaciones, es que la seguridad vital de las personas ha tenido un incremento relativo, que incluye la capacidad de prever los peligros de muerte, debidos principalmente a la enfermedad. Persiste sin embargo la inseguridad frente a otras amenazas, como los desastres y el surgimiento de males emergentes como el sida. Al respecto, Elias ha escrito:

⁵ Se han realizado estudios entre familias de estratos pobres queriendo avalar la tesis ecológica en la producción de la conducta desviada, encontrándose diferencias conductuales en personas con similitud de condiciones... No todos los pobres delinquen. Por supuesto no se alude aquí a la reiterada disolución familiar como “productora” de delinquentes, sino a la exposición permanente de violencias, abandonos, conflictos en la infancia y adolescencia de muchos delinquentes.

⁶ El principal hallazgo de esta investigación consiste, precisamente, en que la similitud de las condiciones socioeconómicas de las familias no basta para explicar la presencia diferencial de niños muertos en las mismas. Este hallazgo sugiere que las razones de la desigualdad en el número de las muertes deben buscarse en el interior de las familias y no como “algo” que cae de afuera.

⁷ El argumento es incontestable: la esperanza de vida en todo el mundo se ha incrementado, pese a las abismales diferencias entre países ricos y pobres, de allí que exista una mayor certidumbre sobre las posibilidades de una supervivencia superior, incluso para aquellos que no alcanzan el umbral del desarrollo económico. La esperanza de vida en los países ricos, es también el baremo de las posibilidades para los demás. Norbert Elias ha desarrollado esta idea con otros matices: “El solo hecho del aumento relativo de la esperanza de vida de los individuos que viven en estas sociedades demuestra una mayor seguridad vital”.

⁸ Deben recordarse las evidencias presentadas en la Introducción en relación al peso de lo familiar en la desnutrición y en el “fracaso no orgánico en el desarrollo”.

Al parecer, el aferrarse a una creencia sobrenatural, que promete una protección metafísica frente a los imprevisibles reveses del destino y sobre todo frente a la propia caducidad, sigue siendo una actitud mucho más apasionada entre aquellas clases y grupos en los que la duración de la vida es más incierta y escapa en mayor medida a su propio control. Pero *grosso modo*, en las sociedades más desarrolladas los peligros en las vidas de las personas, incluido el peligro de muerte, se han hecho más previsibles, y en esa misma medida se ha atemperado la necesidad con la que se necesitan poderes protectores sobrenaturales. Al aumentar la inseguridad de la sociedad [...] es comprensible que estas necesidades vuelvan a crecer de nuevo. (Elias, 1987)⁹

Así, la explicación de la muerte según el grado de desarrollo de las sociedades se convierte en un elemento crucial para entender las diferencias en los niveles relativos de la mortalidad y las causas asociadas a esta; sin embargo, este elemento está estrechamente relacionado con la dinámica y estructura de los grupos sociales, principalmente la familia, pues es en ella donde se reproducen las seguridades y las incertidumbres, las creencias y los valores en torno a la muerte para determinado sector social.

Como se vive, se muere: condiciones y formas de vida como riesgos de muerte

Se ha dicho que los pobres mueren con mayor resignación, que aceptan la muerte de manera más fácil porque siempre han vivido en la incertidumbre, soportando los pesares y las cargas de una vida dura. Así parece deducirse del relato *Señor y trabajador* de León Tolstoi; dice Norbert Elias de este relato, que Tolstoi se “esfuerza de manera explícita por esclarecer la relación que existe entre el modo de vivir y el modo de morir” (1987), relación compleja que implica, para los fines de este trabajo, analizar adecuadamente los riesgos involucrados en el modo de vivir de los informantes.

⁹ Una idea similar a la expresada en la cita, si bien en un contexto argumentativo diferente cercano al psicoanálisis, se encuentra en Becker, 1979.

Conviene aclarar que los condicionantes sociales del riesgo de morir son algo más que “factores” asociados al acontecimiento; permiten aclarar lo que es atacable por medio de una acción social, los límites de una intervención en ese sentido. Finalmente, *nivel de vida* no es lo mismo que *calidad de vida*, ni siquiera constituye su condición. El valor social de *vivir más* es el lado ético –como proyecto social–, de *vivir mejor* (Sen, 1992; Desai *et al.*, 1990).

Pobreza y marginación: materialidad del riesgo

Antes de pasar al análisis de los testimonios de las familias entrevistadas, es necesaria una breve digresión de lo que se entenderá aquí por materialidad del riesgo de morir. Se refiere a una condición social determinada por la carencia o ausencia de medios de supervivencia que satisfagan las necesidades básicas de los sujetos. Eventualmente, este déficit de satisfactores se convierte en un riesgo de muerte para los miembros de la familia, principalmente para los niños. El déficit puede ser relativo, pero existe un límite relativo a la carencia: de hecho, la satisfacción de las necesidades básicas es absoluta, pues se refiere al *mínimo* requerido por un ser humano para su propia reproducción (véanse entre otros: Sen, 1976, 1984; Boltvinik, 1990).

La carencia de alimentos, de vestido y de servicios indispensables para proteger la salud y atacar la enfermedad, es determinante en la posibilidad de ocurrencia de muertes y, desde la perspectiva aquí adoptada, es factor sinérgico con el modo en que viven los individuos.

En esta investigación se tomaron como evidencia los testimonios de 72 familias cuyas condiciones sociales son cualitativa y cuantitativamente similares. ¿Se debía suponer que los riesgos de muerte de niños fueran también similares? La respuesta es, a la luz de lo observado, categóricamente no.

“Riesgo” es un concepto heurístico que sirve para delimitar con un alto grado de comprensión la posibilidad de un hecho: la muerte de un niño pequeño *indica* un fenómeno objetivo, no le da contenido. La materialidad del riesgo de morir, en función de las certidumbres sociales de *vivir más tiempo*, existe desde el momento en que las familias entrevistadas pertenecen a un grupo social cuyas necesidades básicas no han sido satisfechas. Pero esta adscripción no permite apreciar la flexibilidad de las conductas familiares para atacar la pobreza, la marginación, el rezago social.

Las condiciones materiales son una parte fundamental para entender el riesgo de muerte; lo que cuenta, en todo caso, es la relación entre la dinámica familiar y esas condiciones. En un interesante artículo, Henry A. Selby, refiriéndose al “respeto” que se puede dar entre padres e hijos escribe:

...las familias que sí cumplen, que sí aguantan y que crean un espacio agradable de amor, respeto, y confianza para convivir, son las familias que gozan de una limitada prosperidad que les permite trepar del abismo de la miseria. Pero las familias donde no se respeta a los hijos, o donde los hijos no saben respetar a los padres, se quedan en la pobreza. (Selby, 1990)

Prácticamente sin excepción, las familias sin hijos muertos, además de no presentar rasgos agudos de conflictividad en su funcionamiento, sabían delimitar sin confusión sus estrategias para *sobrevivir mejor* en sus condiciones.

Estrés, ignorancia, rutina: cotidianeidad del riesgo

Mientras que la materialidad del riesgo alude a una condición social, la certidumbre de vivir (o su ausencia) alude a los valores y creencias heterogéneos, cambiantes en el tiempo, de los grupos sociales, principalmente de la familia. La cotidianeidad del riesgo se refiere a la serie de conductas, actividades, creencias y valoraciones que impiden a las familias –frecuentemente a la madre– tomar decisiones adecuadas frente al peligro de la enfermedad y otros peligros de la vida diaria.

Se refiere también a los conocimientos adquiridos del entorno a través de relaciones con otras personas y de generación en generación, y a la mezcla de estos con las creencias también adquiridas. Cotidianeidad quiere decir *entrega de lo que uno es* en las actividades que permean la vida; significa vivir con un determinado *quantum* de conocimientos, con una determinada carga de trabajo, con un determinado tipo de labores repetidas una y otra vez, a lo largo de los días (ver entre otros: Heller, 1981; Schutz, 1974). Para la explicación de otras perspectivas, ver Wolf, 1982, y autores como Goffman, Garfinkel, Schegloff y Sacks.

Con el bagaje de sabiduría que da lo cotidiano se enfrenta lo extraordinario, por lo que se es, cada día, con la carga de conflictos y las tensiones derivadas de la situación y el contacto con otras personas.

De allí que, por ejemplo, el éxito o fracaso de ciertas conductas para evitar la muerte, atacar adecuadamente la enfermedad y prevenir los peligros, vaya de la mano con la oportunidad o extemporaneidad en la ejecución de acciones ya sabidas por el conocimiento o la experiencia adquiridos en la vida cotidiana, además de la carga ya referida.

Para las personas no existe siempre una división clara entre los peligros debidos a la situación material y los originados por la interacción humana en el interior del grupo. Las frases condicionales empleadas en la explicación de la muerte –“si tuviera dinero”, “si mi marido no se emborrachara”, “si tuviera ayuda de mi familia o mis vecinos”– son también desiderativas: quieren implicar la necesidad de salir de una determinada situación material y de una determinada situación de carencia de afecto y solidaridad.

De allí que la materialidad y la cotidianeidad del riesgo muestren en sentido estricto, los modos de vivir y de morir, los lados de la misma moneda. Por tanto, no debe asombrar que algunas familias con varias muertes de niños pequeños, tomen los decesos con gran resignación, pero rechacen sus condiciones de vida por medio de frases irónicas, amargas o simplemente responsabilizando de su suerte al destino o a Dios.

Dinámica familiar y riesgo de muerte

La familia humana ha sido diferente en las numerosas culturas que han existido y existen. No existe, en sentido estricto, *la* “familia”. Sí hay, en cambio, diferentes tipos de familias en las distintas sociedades humanas. Por tanto, la dinámica de las familias, los modos como estas funcionan y los modos como sus miembros interactúan, son asimismo variados y heterogéneos. La tentación de establecer patrones de similitud, tipologías, se sustenta en la necesidad de abstraer rasgos percibidos como similares y de ese modo explicar mejor su fenomenología.

Por dinámica familiar¹⁰, en un sentido amplio, se debe entender a las conductas y acciones sustentadas en una normatividad establecida que permean la vida cotidiana de los miembros del grupo. Dicha dinámica está determinada por las interacciones y vínculos entre sus miembros y delimitada por las condiciones materiales en que vive la familia. Esta dinámica puede estimular o paralizar; puede permitir a sus miembros un mejor desarrollo

¹⁰ Un desarrollo más exhaustivo de estos aspectos, se hizo en el Capítulo 2 sobre familia.

personal pese a las limitaciones materiales, o puede ser un obstáculo para que este se dé. En la dinámica familiar se expresan deseos personales y proyectos grupales. Ella puede hacer que sus integrantes se sientan estimulados a tener una vida cada vez mejor en su prefiguración futura, o delimitar el grado de conflictividad de la inserción de los integrantes con el grupo.

Problemas, disputas y conflictos familiares

La conflictividad familiar ha sido muy estudiada, fundamentalmente por la psicología clínica. Aquí, interesa en tanto elemento explicativo de los riesgos potenciales de muerte de los niños pequeños. Por conflicto se debe entender una disputa no resuelta entre dos o más sujetos dentro del grupo familiar, y que comportan diversos grados de agresividad. Las disputas crónicas, no resueltas, pueden convertirse en conflictos; estos, una vez rutinizados, forman parte de la dinámica de la familia y de las relaciones entre sus miembros. La gravedad de los conflictos se ve agudizada en muchos casos por la situación material precaria del grupo.

Los conflictos familiares comienzan frecuentemente por la existencia de un problema no resuelto; este problema puede ser, indistintamente, severo o sin importancia aparente. Después, surge la disputa para la solución de el o los problemas. Puede ser que la disputa quede abierta temporalmente, sin resolución en una especie de paréntesis de no conflictividad; se pasa de allí al conflicto, expresado por medio de enfrentamientos directos entre los miembros, o por medio de conductas de rechazo, enemistad, agresividad verbal y física. El Cuadro 1 puede ayudar a comprender lo anterior.

La conflictividad familiar es uno de los componentes más importantes del riesgo, por las implicaciones que tiene, es decir, por su cualidad de ser

Cuadro 1. Problemas, disputas y conflictos familiares.

Problema (Ejemplos)	Disputa (se da por)	Conflicto (deriva en)
Alcoholismo del marido o la mujer	Irresponsabilidad, ausencia, abandono	Pérdida de autoridad, rechazo, agresividad
Precariedad económica	Carencia de satisfactores básicos	Incertidumbre, culpabilizaciones, agresividad
Ausencia de apoyo en las tareas domésticas	Cargas diferenciales de las responsabilidades cotidianas	Reproches, insultos, agresividad

un resultado de comportamientos previos y por la gama de aspectos a que se refiere.

En el esquema observamos, a manera de ejemplos, los orígenes probables de algunos de los conflictos en la familia. Sobra decir que el esquema es, más que nada, una abstracción analítica. En la realidad los problemas se dan frecuentemente juntos, en combinaciones variadas, a veces se convierten en disputas abiertas que no se resuelven jamás, en otras no llegan a transformarse en conflictos.

El componente de agresividad de casi todas las relaciones conflictivas no conduce siempre a la violencia. En ocasiones la agresividad de un miembro de la familia se constituye en una conducta amenazante, cuya finalidad se expresa en mera disuasión para el mantenimiento del control familiar.

El componente de rechazo es importante pues conlleva a la imposibilidad de atemperar la agresividad intrínseca de todo conflicto. Al rechazar un comportamiento, una conducta, los miembros de la familia –al menos los que tienen edad para tomar decisiones–, pueden expresar nuevas necesidades (salir del hogar, evadirse por medio de satisfactores como el alcohol o las drogas, etcétera).

La incertidumbre se constituye en conflicto cuando se hace permanente, cuando nunca se acaba por tener una situación económica estable o al menos no sujeta a variaciones agudas. La incertidumbre en la satisfacción de lo necesario para vivir se convierte en *inseguridad vital*, el futuro siempre estará marcado por el hecho de vivir al día, y a veces ni eso.

La culpabilización de un miembro, ya sea por la insatisfacción en el cumplimiento de las (supuestas o reales) responsabilidades en la vida cotidiana, ya sea por el acontecimiento repentino de un suceso doloroso (un accidente, la muerte de un hijo), es fuente de los conflictos más graves y de la producción de una dinámica familiar teñida por la amargura y la insatisfacción permanentes.

La conflictividad en la dinámica familiar es un componente de primer orden en la explicación del riesgo para muchas de las muertes infantiles.

Ausencia o mal funcionamiento de redes

Ya se explicó en el capítulo 3, dedicado al estudio de las redes sociales, la importancia que estas tienen en el análisis del riesgo de muerte de los niños. Conviene resaltar algunos rasgos sobresalientes del funcionamiento y estructura de las mismas.

En primer lugar, el concepto de “red” sirve para entender la amplia gama de vínculos que se pueden dar entre los seres humanos y cuya finalidad, en

general, es prestar ayuda y proporcionar apoyo. Los vínculos pueden establecerse por diferentes motivos y por diferentes circunstancias y situaciones: por parentesco, por cercanía espacial, por necesidades afectivas, para circular informaciones, debido a fines comerciales o de transacción interesada de bienes y servicios, etcétera.

En segundo lugar, las “redes” tienen, como ya se mencionó, cuando menos tres componentes: a) una determinada densidad, que expresa la extensión o amplitud de la red (número de integrantes) y la frecuencia o intensidad de los intercambios que se dan a través de ella; b) una determinada conectividad o la fuerza con que se establecen los intercambios y c) una determinada porosidad de la red o el modo de condicionamiento para el paso e incorporación de nuevos integrantes.

El entramado social que se expresa en una red solidaria no se define por su estructuración permanente y continua; antes bien, sufre la acción del azar y la eventualidad que se expresan como oportunidad en el funcionamiento de la red. No existe, por otra parte, una finalidad que determine los objetivos de la red: se dan por supuestos ciertos requisitos u ordenamientos en función de la ayuda mutua que supone un entramado solidario.

El funcionamiento de la red no siempre se sustenta en la puesta en juego de papeles o roles determinados de antemano, aunque puedan suponerse jerarquías –y, consecuentemente, reconocimientos– de las personas comprometidas (por ejemplo, una madre, la suegra o una mujer mayor saben “más” del cuidado de un niño). En realidad, la red se pone en actividad con el fin de resolver un problema o una prioridad, o con un fin estratégico para el entramado grupal (por ejemplo, define quiénes cuidan la prole y quienes trabajan).

Un aspecto importante, a veces dejado de lado, del funcionamiento de una red social, es el componente implícito de la “disposición” íntima, personal de ser solidario. Este aspecto tiene la característica de indicar el contenido subjetivo de una integración social exitosa. El entramado de la red se afirma en su finalidad cuando coinciden la voluntad solidaria y la oportunidad en la ayuda o el apoyo. Los testimonios recogidos para este trabajo muestran de manera categórica que la oportunidad en el funcionamiento de la red, y no solo su supuesta existencia, puede ser vital. Pero también muestran que, a veces, la suposición de su existencia tiene el mismo impacto que su existencia virtual.

La ausencia de la red social puede darse, básicamente, por características de la estructura familiar –límites impermeables con la familia de origen y con el entorno– o por situaciones objetivas. Entre estas hay dos que vale la pena señalar por ser las más frecuentes: a) cuando la familia se ha establecido lejos de sus parientes y amigos, ya sea por cambio de residencia dentro de

la ciudad o por su nueva ubicación en un lugar distinto al de su origen; o b) cuando por un determinado tipo de conflictos entre vecinos, compañeros de trabajo, amigos o parientes, a la familia le es difícil encontrar nuevos apoyos.

La red puede ser rota en virtud de acontecimientos no voluntarios (cambio de lugar de trabajo del jefe de la familia, expulsión del lugar de residencia) o voluntarios (necesidad de emigrar en busca de nuevas oportunidades). El aislamiento geográfico, aun el que se da dentro de la ciudad, impide el buen funcionamiento de las redes sociales, imposibilita y hace que su intervención se dé sin la oportunidad requerida.

La red social se constituye en un aspecto indispensable para la realización exitosa de ciertas actividades de la vida cotidiana. Su expresión como vínculo solidario, no siempre carente de incomodidades y disputas, le da un alto contenido humano, necesario para la integración social fundamentada en normas de baja o nula coercitividad.

En los testimonios se hace evidente el papel fundamental de las redes para el éxito de actividades, acciones y proyectos, y también para la solución de imprevistos. En estrecha relación con la dinámica familiar, la estructuración de redes influye positivamente en el grado de conflictividad del grupo. Se expresa como apoyo (*support*) de algunas tensiones familiares que de otro modo caerían en el círculo vicioso de la historia no resuelta, ocultada o pospuesta. La estructuración de la red se explica por la positividad que comporta en el funcionamiento adecuado del grupo familiar (Campbell y Shields, 1992).

La inmediatez y fugacidad del funcionamiento de algunas redes no debe confundirse con ayudas circunstanciales, accidentales, en las cuales, solo de manera forzada se puede hablar de “red” o “apoyo”. Puede ser que la red se estructure con fines explícitos¹¹ de ayuda mutua entre los familiares y parientes, o que lo haga de manera permanente más allá de algún objetivo específico o, finalmente, es posible que se estructure de manera organizada en la comunidad más allá del grupo familiar, como una estrategia de supervivencia y con interés de integración extrafamiliar¹². De hecho, se ha argumentado que las familias que tienen la posibilidad de convertirse en una

¹¹ Es evidente que, en diversas circunstancias, la ayuda solidaria se proporciona con la idea de recibirla en compensación dada alguna oportunidad futura; la expresión “hoy por ti, mañana por mí”, implícita en algunas declaraciones de los testimonios, es significativa en este sentido. Sin embargo, la sola probabilidad de recibir un favor a cambio en el futuro, no deslegitima su contenido solidario.

¹² Ver el trabajo pionero para México, ya citado, de Lomnitz, 1975. Otros trabajos recientes avalan la mayoría de las tesis de Lomnitz, si bien critican el concepto de “estrategia de supervivencia”.

unidad extensa, tienen mayores oportunidades económicas, y, por tanto, mejores condiciones de supervivencia (Selby, 1990).

Las relaciones entre familia y red social: algunos hallazgos

La relación familia-red debe quedar más explícita, al arribar a este punto. Al comienzo señalábamos que, uno de los elementos claves de mediación entre la dinámica familiar y la presencia o ausencia de redes, era el predominio de límites impermeables, tanto al interior como hacia el exterior del grupo, lo que suele darse de manera coincidente en la mayoría de las familias 2HM. Trataremos de centrarnos, entonces, en los elementos de la relación entre ambas variables –la dinámica familiar y la presencia de redes de apoyo– que dificultan o favorecen los procesos que conducen a la muerte, en la medida en que encontramos que un funcionamiento riesgoso en la primera está directamente asociado con un funcionamiento igualmente riesgoso en la segunda.

En otras palabras, entre los principales elementos que favorecen una relación de mayor riesgo entre familia y redes encontramos una dinámica y conflictividad internas en la primera, que generan pobreza o ausencia de las segundas. Se podría argumentar que es el entorno social de una familia el que afecta más que nada su capacidad para generar conductas de menor riesgo. ¿Cuáles son, entonces, los mecanismos por los que se produce una relación entre riesgo familiar y riesgo social y cuál es la dirección de tal relación? Dicho de otro modo, ¿cuál es el verdadero peso de los aspectos estructurales si se lo compara con el de los comportamientos individuales y grupales? Si bien son preguntas de difícil respuesta, nuestra investigación permite aportar elementos para una reflexión en torno a este problema.

Desde una perspectiva cercana a interpretaciones macro sociales, se podría sostener que si ría defensa de los recursos y su re-creación son los principales problemas que llevan a una organización a establecer relaciones con el mundo exterior” (Stinchcombe, 1967), entonces todas las familias de escasos recursos deberían apoyarse en redes. Sería este un comportamiento determinado por condiciones estructurales, básicamente la pobreza. Sin embargo, no solamente existen redes en todos los sectores sociales –aunque funcionen de manera diferente– (Lomnitz, 1975), sino que hemos visto que, ante iguales carencias, no todas las familias son capaces de establecer redes efectivas de apoyo.

Desde el extremo opuesto, basándose exclusivamente en variables individuales, una interpretación radicalmente microsocia podría sostener que existe algo semejante a una “personalidad misantrópica”, que predispondría tanto a descuidar la salud como a establecer relaciones sociales de baja calidad (Sluzki, 1996) más allá del contexto en el que las personas se encuentren.

Nuestro estudio compara retrospectivamente grupos familiares que tuvieron muertes infantiles con grupos que no las tuvieron, basándose principalmente en los relatos de sus miembros. No se propone establecer una explicación causal de las muertes infantiles –ya que no se controlaron todas las variables que pudieron haber intervenido en ellas–, ni tampoco dimensionar exactamente el peso de los factores individuales por oposición a los sociales, entre ellos la calidad de las redes. Se propone, en cambio, comprender el fenómeno de la recurrencia –a nivel macro, la concentración– de muertes infantiles en un grupo específico de familias. De ahí que la unidad de análisis elegida, por ser unidad ideal de reproducción y sistema dentro del cual los individuos aprenden modos de interacción en el interior del grupo y con el entorno, se nos haya revelado como un espacio clave de mediación entre los comportamientos individuales y los factores sociales. De esta manera, las características particulares de cada familia –que sin duda están vinculadas con el entorno social– han probado ser elementos poderosos para dicha comprensión.

No estamos postulando de forma lineal que a medida que aumenta la “funcionalidad” de la familia y el tamaño y disponibilidad de la red social, se reduce la probabilidad de tener muertes infantiles, sino subrayando que la mortalidad se acumula en el subgrupo que presenta mayor conflictividad familiar y menor calidad de sus redes de apoyo.

En suma, encontramos una relación altamente plausible entre ciertas características de la familia y el descuido de la salud de sus miembros, más evidente en los más vulnerables. En esta relación, considerando el contexto de pobreza de recursos en que se desarrolla, el descuido de las redes de apoyo repercute inevitablemente en el descuido de la salud.

Pero es necesario insistir en la idea de que las familias deben verse como sistemas abiertos y no como células sociales autónomas, lo que evitaría el malentendido de pensar que la “disolución familiar” sería la responsable de todos los males sociales. Lejos de ese argumento, nuestra postura asume una relación dinámica entre los factores macrosociales y el espacio de acción de los grupos e individuos, situados en un contexto específico. Hemos señalado que cada miembro del hogar tiene distintas redes de parentesco y distinto compromiso con el mismo, por lo que la familia no es tanto una totalidad orgánica como un conjunto de personas individuales, cada una de las cuales

establece relaciones diferentes fuera de la familia. Por otra parte, una concepción abierta de redes tiende a ver a estas como una multiplicidad de relaciones variables y multifuncionales, y no como una serie definida de relaciones entre personas, factible de delimitar y analizar en tanto grupo. La red sería así el conjunto abierto de relaciones que los miembros de la familia establecen con otros significativos, que pueden convertirse en apoyos eventuales ante las dificultades. Si en capítulos anteriores separamos las nociones de familia y de redes para fines analíticos, es necesario verlas ahora en conjunto, en su interacción dinámica.

En varias ocasiones, hemos señalado que la fuerza referencial del modelo de la familia nuclear en los grupos en estudio volvía pertinente la utilización del enfoque sistémico, al que añadimos un enfoque de redes. El modelo de la familia se mantiene, en parte, porque fuertes construcciones culturales lo sostienen, entre las más notorias, la ideología del género basada en la división sexual del trabajo y la idea de la familia como un todo orgánico, lo que está en tensión permanente con un proceso de individuación personal, al que las esposas/madres tal vez serían las últimas en acceder. En la realidad, son múltiples los arreglos familiares, los conflictos y negociaciones al interior del grupo, y las interacciones que cada uno de sus miembros establece con el entorno inmediato y no inmediato, incluidas las familias de origen.

La “cohesión” familiar depende de muchas circunstancias complejas: inestabilidad laboral, pobreza, migración, y conflictos entre generaciones y en la familia nuclear, violencia doméstica, abandono, etcétera que, como hemos mostrado, prevalecen entre las familias con varios hijos muertos. Pero nuestra hipótesis no es que la ausencia de *cohesión* en la familia –en tanto totalidad– sea lo que explica el fenómeno de la *multimortalidad*, sino más bien que una familia donde prevalezca una situación de conflicto crónico y violencia tendrá, probablemente, miembros menos capaces de sostener de forma permanente actitudes de cuidado de la salud.

Al mismo tiempo, y teniendo en cuenta el carácter bidireccional de la relación familia-red, una debilidad crónica en la primera puede afectar la continuidad en el tiempo de la segunda. Basándonos en Sluzki (1996) podríamos argumentar que ese debilitamiento de la red puede responder en parte a actitudes del propio sujeto que la establece, en la medida en que deja de participar activamente en el mantenimiento de la misma –haciendo esta, por inercia, lo mismo con él–, en parte porque ciertos problemas crónicos tienen un efecto de rechazo en los demás, y en parte porque la debilidad crónica reduce la reciprocidad en que se basan muchos vínculos (el afectado no puede corresponder). También “la falta de evidencia de mejoras tiende a descorazonar y agotar a muchos miembros de la red, en proporción inversa

a la deuda de lealtad, a la historia en común y a las guías éticas de los participantes” (Sluzki, 1996). Pensamos, por ejemplo, en aquellos casos de familias con problemas crónicos de alcoholismo, violencia intrafamiliar y abandono de los hijos o de la mujer, que se han ido agravando con el tiempo.

Por otra parte, es posible que algunas familias tengan una dinámica de funcionamiento adecuada al cuidado y supervivencia de los niños, sin que necesariamente se observe una correspondencia con el cumplimiento de los roles que el modelo normativo asigna a cada miembro de la familia. Muchas veces las circunstancias obligan a que las funciones que “corresponderían a los padres” sean cubiertas por hijos mayores (por lo general niñas), o que el papel de proveedor –durante períodos prolongados de ausencia masculina–, sea cumplido por la mujer o bien por otros parientes (por lo general las familias de origen). Incluso es posible que funcione mejor un hogar temporal o definitivamente “monoparental” que uno donde la presencia del padre resulta conflictiva o violenta, gracias a la inserción del hogar nuclear en una red que disminuye los riesgos; como es el caso frecuentemente reportado de familias donde los padres de alguno de los cónyuges mantienen por períodos al grupo, aportando dinero, bienes o servicios e influyendo en la toma de decisiones en el hogar.

Pero lo importante –y que simultáneamente permite constatar la fuerza del modelo normativo en las representaciones de las personas–, es que en la mayor parte de los casos estas situaciones no son vividas como arreglos “naturales” alternativos, sino como verdaderos problemas que, de no resolverse en el tiempo, profundizan más aún una dinámica conflictiva donde la mujer aparece como la más vulnerable, lo que resulta más grave, como hemos mostrado, en aquellos casos en que esta no dispone de redes de apoyo. Como señala Durham, “lo mismo ocurre con muchas de las llamadas familias matrifocales, tan comunes en sectores de bajos ingresos. Este tipo de familia –sin un hombre proveedor estable–, es más una demostración de la imposibilidad de organizar la subsistencia en términos mínimamente aceptables, que un modelo alternativo de familia” (1991).

De este modo, la exploración de la estructura y dinámica familiares, ha sido para nosotros la estrategia de entrada a un análisis de los significados que tienen las relaciones, dentro de la familia, para las diferentes personas que la componen, y sus consecuencias para una actitud de promoción activa o bien de abandono de la salud de los niños, creando o no los recursos sociales necesarios para lidiar con las situaciones difíciles.

Algunas conjeturas en torno a las relaciones de género

La ideología del género, que tal vez alcance su máxima expresión en la familia (Durham, 1991) donde al mismo tiempo reproduce una desigualdad social, asigna diferencialmente funciones instrumentales a los hombres y expresivas a las mujeres, lo que se traduce en una asignación equivalente de espacios –el de lo público para el hombre y el de lo privado para la mujer– construidos socialmente a partir de supuestos basados en las diferencias biológicas. Al mismo tiempo, esto está en contradicción con los principios ideológicos de la individualización y la autonomía personal, tensión que genera cambios.

Dentro de la asignación de roles, la encargada de defender el patrimonio del hogar es, tradicionalmente, la mujer; también es la responsable de la crianza y cuidado de los niños. Como ya hemos señalado, es la defensa de los recursos de un grupo lo que en primer lugar la motiva a establecer relaciones con el entorno. Por eso no es sorprendente que –como algunos estudios han comprobado– el mantenimiento de las redes sea tarea de las mujeres: “la inserción estable de las mujeres en redes de vecindad y parentesco funciona como un mecanismo de ajuste, que ayuda a mantener cierta estabilidad en los hogares de trabajadores” (Ramos, 1981; Lomnitz, 1975; citados por Jelin, 1991). Se ha mostrado así, que la división sexual del trabajo se reproduce incluso al nivel de las tareas relacionadas con el establecimiento de vínculos con el exterior: mientras las mujeres mantienen activa una red, básicamente transmitiendo información sobre sus miembros, a través de visitas, los hombres deciden en última instancia qué es lo que se va a intercambiar con cada uno de sus miembros.

En muchas de las familias entrevistadas se dejó traslucir un patrón de relación de pareja y familiar muy marcado por los estereotipos que sostienen la dominación de género: “doble jornada” en algunas mujeres, rol de cuidado de los niños menores asignado a las niñas mayores, ausencias intermitentes del hombre, violencia física, emocional y sexual contra la mujer, alcoholismo, culpabilización de la mujer y desvinculación del hombre de todo lo que tenga que ver con el cuidado y la salud de los niños y de la pareja, así como de las decisiones de salud reproductiva, o del trato diferencial a los hijos por cuestiones de género.

Los estereotipos de género también afectan la manera en que hombres y mujeres se relacionan con la muerte infantil en el hogar, ya que no solo la viven, sino que también la expresan de manera diferente: el varón muchas veces “aguantándose” el dolor, la mujer culpabilizándose por una deficiencia fatal en el cumplimiento de una tarea que, además, define su identidad como

mujer. Estas actitudes, producto de estereotipos, limitan las posibilidades de compartir y elaborar adecuadamente el duelo en la familia.

Por otro lado, culpabilizar a alguien –externo o interno– creando chivos expiatorios a partir de estereotipos, sean estos de género (“los hombres no saben cuidar niños” o “es el deber de la mujer”), o bien institucionales (“los médicos se equivocan siempre”, o “buscan el lucro” o “atienden mal”), puede ser otra manifestación más de la incapacidad para hacer experiencia, que provoca la situación de imposibilidad de prevenir en la que viven estas familias. Esto impide, en última instancia, entender el verdadero problema –que es multicausal– y de esa manera limita las posibilidades de aprendizaje o de búsqueda de nuevas soluciones. Pensar que todo es culpa de un mal servicio, por lo demás, es parte de la mentalidad generada por la medicalización de la salud, que no debe verse solo como la atención de la enfermedad, sino básicamente como una serie de prácticas que forman parte de un estilo de vida saludable.

Pero los roles de género establecen que el cuidado recaiga finalmente en las mujeres de la familia, y a transformar en pieza clave el mantenimiento de la salud de los niños, lo que incluye el mantenimiento de aquellas redes que podrían ser cruciales en momentos de necesidad. Se ha argumentado también que las mujeres, en comparación con los varones, suelen establecer redes de mejor calidad, es decir, con mayor variedad de funciones, intimidad y duración, lo que compensaría una red de tamaño reducido. Esta “habilidad socializante de las mujeres” (Sluzki, 1975) –fomentada más por los roles que les toca desempeñar que por alguna cualidad innata a su naturaleza– no debería entonces sufrir distorsiones tales, que le impidan mantener activa esa función. Dicho de otro modo, una conflictividad familiar intensa que coloque a las mujeres en un lugar de depresión y desvalorización, y que las lleve a aislarse del contexto social que podría favorecer la salud de su familia, se vuelve nuevamente, en uno de los principales factores de riesgo.

Podríamos hipotetizar, entonces, que si la mujer se encuentra sometida a dinámicas devaluatorias, de violencia, abandono, sobrecarga de tareas, etcétera, la no resolución de estos problemas en el tiempo, puede generar su retraimiento respecto del entorno social y un abandono paulatino del cuidado personal y del de la familia, que es crucial para el “trabajo” de mantenimiento de las redes. Aquí también es preciso recordar el “desgaste” de la red que se produce ante situaciones crónicas.

En relación a cómo los estereotipos de género pueden afectar la salud de los miembros de una familia, otros trabajos (Sacchi, 1997) han propuesto una relación positiva entre una mayor democratización dentro del hogar –fundamentalmente en las relaciones entre los esposos–, una mayor solidez en los

vínculos familiares (familia “continente” o “no continente”) y menor riesgo de muerte infantil. Esto es plausible, pero habría que señalar que también puede disminuir el riesgo de muerte infantil, en casos donde existen redes que eventualmente pueden cubrir las deficiencias de una relación conyugal poco favorable a la mujer, hipótesis que futuros trabajos podrían explorar con mayor profundidad. Se ha comprobado que aun los hogares con jefa mujer cuentan con redes de apoyo, donde la presencia masculina puede ser muy fuerte (Fonseca, 1991), si bien se trata de varones cuya relación con la mujer es de consanguinidad o descendencia (padre, hermanos e hijos) y no de afinidad (pareja). Incluso en familias con roles de género muy rígidos, donde el lugar natural de la mujer es la casa y el cuidado de los hijos, el hecho de que a ella le estén permitidas ciertas redes y no otras –más de parentesco que laborales, de amistad o sociales–, no supone necesariamente pobreza de la red, ni tampoco redes compuestas solo por mujeres. Los casos de mayor riesgo parecen ser aquellos donde se combina una conflictividad familiar crónica e intensa, con dificultad para crear o sostener redes de apoyo, elementos que se refuerzan mutuamente.

En efecto, a partir de prácticas de apoyo a mujeres víctimas de violencia doméstica –tal vez el caso más extremo, aunque no poco frecuente–, se ha constatado esta mutua relación. Como sostienen Bendersky y colegas:

No se trata tan solo de que esta mujer ha perdido sus redes naturales de sostén, ni de que está desconectada de las redes institucionales, sino que se encuentra en condiciones desventajosas para recuperar las primeras y acceder a estas últimas. Nos referimos tanto a problemas subjetivos como a circunstancias objetivas. Entre los primeros situamos todo lo que ha aprendido la mujer: lo que le transmitieron sus educadores, lo que le fue confirmando la sociedad, la imagen de sí misma que construyó en el lazo afectivo-sexual con el o los hombres con quienes se relacionó, etcétera... Entre las circunstancias objetivas podemos citar: la falta de tiempo, dinero para movilizarse, libertad para salir a consultar o pedir ayuda, información sobre los recursos que las instituciones le pueden ofrecer, etcétera. (Bendersky *et al.*, 1995)

Cabe comentar aquí, que estas autoras diseñaron una estrategia de apoyo a mujeres víctimas de violencia doméstica, que consiste básicamente en ayudarlas a reformular sus pedidos de ayuda, y a coordinar los diferentes ofrecimientos –ya que muchas veces la red se agota por pedidos reiterados o desbordantes, donde las personas sienten que no hay mucho por hacer– y en

incentivarlas a recuperar vínculos que creían perdidos o agotados, así como facilitarles la conexión con los diferentes recursos que ofrecen las instituciones, tanto gubernamentales como no gubernamentales.

No obstante, hay que señalar que hay elementos que no se relacionan directamente con una incapacidad de la familia o de la mujer para establecer relaciones sociales de apoyo: es el caso de redes débiles por distancia, migración reciente o cambios frecuentes de vivienda, procesos que trascienden las decisiones familiares y que, en todas partes de América Latina, están debilitando una relación fundamental: aquella entre familia de origen y familia de procreación, lo que a su vez aísla al grupo conyugal y empeora las tensiones en su interior. También encontramos, en algunos casos, ausencia o ineficiencia de servicios que en momentos de emergencia se revelan como cruciales (transporte, centros de salud o personal capacitado, etcétera), lo que en algunos casos empeoró o bien impidió un desenlace favorable de la situación de crisis, aun cuando la familia la haya manejado de manera adecuada.

Algunas implicaciones teóricas de este estudio

Antes de entrar a los aspectos relacionados con la vivencia de la muerte propiamente tal, creemos conveniente concluir esta parte del trabajo señalando algunas de sus implicaciones conceptuales para la discusión teórica en torno al papel que juegan los pequeños grupos –la familia en particular– en la dinámica que vincula los procesos estructurales y los comportamientos individuales.

En esa línea, el estudio idealizado intentó mostrar y operar –creemos que con éxito– una suerte de “rescate del agente social”, al poner en evidencia que detrás de una regularidad estadística como la concentración de muertes infantiles en cierto número de familias, existen diferencias que no necesariamente coinciden con las clásicas, atribuidas a la estructura social: al controlar una de las principales variables estructurales, el nivel socio-económico, se constató que los individuos se seguían comportando de manera diferenciada ante los mismos límites y condicionantes.

Es decir que existen comportamientos más o menos riesgosos en relación a la morbi-mortalidad infantil, dentro de un mismo sector social.

Más aún, el trabajo permitió establecer una relación altamente probable entre fenómenos micro y procesos macrosociales, al explorar y descubrir la importancia mediadora de un espacio clave de constitución de sujetos –la familia y sus relaciones–, que condiciona de manera clara sus acciones y

decisiones vinculadas con las muertes infantiles, lo que muchas veces es soslayado en los estudios sobre el tema¹³.

Es posible inferir, a partir de la información generada por este estudio, que aun cuando en ocasiones puedan prevalecer los condicionantes externos a la familia –como la lejanía a los centros de atención, falta de transporte, ausencia de confianza en un barrio inseguro, etcétera–, el desenlace de un proceso de crisis en el que está en juego la vida de un niño depende, en una gran proporción, de las variables que hemos asociado con el potencial de riesgo de una familia, lo que incluye su capacidad para generar y mantener redes sociales de apoyo. Esto se refuerza al tener presente que, en los casos considerados, no se trató en general de situaciones sorprendidas, sino de procesos cuyos primeros signos pudieron detectarse con una anticipación suficiente como para actuar en consecuencia.

Ante situaciones límite y en similares condiciones materiales, mientras que algunas familias logran explotar los escasos recursos existentes –básicamente los provistos por la red– o bien extraer nuevo conocimiento de experiencias traumáticas previas, otras familias no lo logran, en gran medida por estar inmersas en conflictos y problemáticas aislantes del contexto social, entre las que destacan la violencia y el alcoholismo y la escasa capacidad de manejarlos.

Sin embargo, lo anterior no autoriza a concluir que los procesos estructurales no jueguen papel alguno en el fenómeno de la mortalidad infantil. Como decíamos al inicio, se trató de explicar la singularidad en la regularidad, es decir, explorar las formas particulares en que las familias –en tanto grupos claves de referencia– interpretan y manipulan los límites impuestos por la desigualdad social, ya sea aumentando o bien reduciendo los riesgos a que tal situación expone a sus niños.

El fenómeno en estudio, la concentración de muertes infantiles en relativamente pocas familias, puede ser mejor comprendido, entonces, como resultado de las percepciones que las personas –en tanto miembros de una familia– construyen, sobre sus oportunidades y capacidades para asegurar la

¹³ Cabe reconocer que algunos trabajos sobre mortalidad infantil han puesto en evidencia la necesidad de analizar las variables relacionadas con la estructura familiar en el fenómeno de la concentración de muertes que hemos destacado, pero que, en parte por las características de las fuentes que utilizan, construyen el concepto de estructura y organización familiar solo a partir de las variables que aparecen en dichas fuentes –básicamente encuestas sociodemográficas–, lo que no permite ir más allá de una caracterización de los hogares en términos de nucleares o no nucleares. Ver, por ejemplo, Echarri (1993).

vida, mediadas por su condición social y por el mundo simbólico que en ella se reproduce.

Finalmente, pero no menos importante, creemos que esta investigación consigue, dentro de sus alcances, no solo aportar información relevante para aquellos que se interesan en la elaboración de políticas –en la medida en que llama la atención sobre la necesidad de un análisis más fino en el interior de un mismo grupo social–, sino también recordar que detrás de cada problema de salud pública existen seres humanos reales que lo padecen, elaborando esquemas mentales y estrategias de acción variadas, para lidiar con él. Es el tema con el que deseamos concluir este libro.

Vivencias de la muerte: creencias y comportamientos frente al proceso salud-enfermedad-muerte

La vivencia de la muerte presenta para los individuos y los grupos sociales diversos contenidos simbólicos. Depende, *stricto sensu*, del “capital cultural” (Bourdieu, 1991) de esos individuos o grupos. Las creencias, valoraciones y, en última instancia, comportamientos en torno al proceso salud-enfermedad-muerte, se sostienen en las percepciones sancionadas culturalmente, transmitidas por la internalización de la realidad a partir de la socialización primaria y reforzadas por la socialización secundaria. Sobre este crucial aspecto, Berger & Luckmann escriben:

...el individuo no nace miembro de una sociedad: nace con una predisposición hacia la socialidad, y luego llega a ser miembro de una sociedad. En la vida de todo individuo, por lo tanto, existe verdaderamente una secuencia temporal, en cuyo curso el individuo es inducido a participar en la dialéctica de la sociedad. El punto de partida de este proceso lo constituye la internalización: la aprehensión o interpretación inmediata de un acontecimiento objetivo en cuanto expresa significado, o sea, en cuanto es una manifestación de los procesos subjetivos de otro que, en consecuencia, se vuelven subjetivamente significativos para mí. (Berger & Luckmann, 1972)

Es por ello que los significados interpretativos de la realidad tienen como base la posibilidad de comprender las significaciones sociales previamente

definidas. La experiencia surge tanto de internalizaciones primarias, fundamentalmente en el grupo familiar, como de las secundarias, fundamentalmente transmitidas por instituciones sociales. La percepción de lo real –por ejemplo, la enfermedad de un niño pequeño– puede ser solidaria más por la *interpretación* simbólica proveniente del capital cultural, que por la apreciación objetiva del fenómeno.

Para poder situar en este cuerpo argumental, el tipo de comportamientos o acciones en torno a la salud, la enfermedad y la muerte que movilizan los individuos y el grupo, aún hace falta alguna reflexión adicional.

Existe, de hecho, una *virtualidad* en la ejecución de las acciones para resolver los problemas de la enfermedad y para vivenciar la muerte de un miembro de la familia. Dicha virtualidad se constituye como un elemento azaroso, delimitado por la conflictividad familiar, las condiciones materiales, la inexistencia de redes solidarias y su marco referencial en la cotidianidad.

La manera como la madre enfrenta la enfermedad de un hijo, dependerá del bagaje de conocimientos y creencias adquiridas como capital cultural en su experiencia. El éxito de sus acciones, de la puesta en marcha de su experiencia, dependerá integralmente de aquellos elementos. Incluso existe la posibilidad de que acciones independientes de la suya propia, como una mala intervención médica, le impidan el éxito como, por ejemplo, recuperar la salud de su hijo.

Algunas aportaciones de la antropología médica son importantes en la dilucidación de las creencias y su papel en la interpretación de la enfermedad. Ray Fitzpatrick ha elaborado un cuidadoso examen sobre las distintas concepciones que existen sobre la enfermedad, desde el punto de vista de las creencias y la respuesta “de quien las sufre y también de su urdimbre social” (Fitzpatrick, 1990).

La inmediata implicación de tratar la enfermedad a partir de las creencias, valoraciones y conocimientos del sentido común, desde la perspectiva de los que rodean al enfermo, es que se constata la diversidad de maneras con que la gente entiende la enfermedad, pues su concepción misma, el lenguaje que emplea para detallar los síntomas y signos mórbidos, es parte de la enfermedad misma.

La concepción de los legos en la construcción de la “enfermedad” como expresión de algo objetivo, se delimita pues, a partir del capital cultural. Pero, ¿en qué consiste dicho capital? En principio, es una amalgama de lenguaje y conductas provenientes de la vida cotidiana, heredados y reificados en la socialización institucionalizada.

También en la concepción de los legos, existe una determinada afluencia o comunicación del mundo de los que “saben”. El autotratamiento de enfermedades comunes como la diarrea o la gripe, con fármacos modernos, es

un fenómeno de la plasticidad cultural, de la expresión de informaciones científicas, o casi científicas, movilizadas al mundo de los que “no saben”¹⁴. El empleo exitoso de la serie de creencias y conocimientos de sentido común puede ayudar a tratar adecuadamente futuros eventos de enfermedad y, desde este punto de vista, debe percibirse su importancia junto con los medios empleados por la medicina científica.

La vivencia de la muerte, desde el análisis del proceso salud-enfermedad, es diferente según los individuos y según las familias que la experimentan; dentro de la familia, tampoco es sufrida del mismo modo por todos sus integrantes, lo que depende del género, la edad y el lugar que cada uno ocupe en el grupo; es heterogénea culturalmente y es diversa según el grupo social más amplio de que se trate.

Los testimonios, algunas expresiones de los informantes, permiten aclarar algunos contenidos importantes del mundo de los legos en su esfuerzo por entender la enfermedad y la muerte. Por sobre todo, *nos* permiten empezar a saber *cómo la viven*.

Testimonios

Toca ahora el turno de “escuchar” los testimonios sobre las muertes infantiles. En algunos casos podrán parecer muy extensos, pero preferimos no cortarlos y mantener la secuencia del relato lo más completa que fuera posible. Si bien no se sigue un orden necesario en correspondencia a las secciones conceptuales revisadas en este capítulo, los testimonios guardan estrecha relación con dicha reflexión conceptual. En ella se problematizaron analíticamente los contenidos de una “antropología de la muerte infantil” en el marco de las discusiones efectuadas en los capítulos anteriores; en esta parte se presentan

¹⁴ El autor escribe a este respecto: “Al encuadrar el autotratamiento en la estructura y funcionamiento de la vida cotidiana, pretendemos arribar a una comprensión más adecuada del mismo. En principio, porque los individuos que deciden autotratarse antes de recurrir a un servicio de salud formal, no se comportan como ‘irracionales’; al contrario, nada más racional que estar orientado hacia un fin y encontrar los medios eficaces para conseguirlo. En el mundo de la vida cotidiana la ignorancia es ignorancia con respecto al saber científico, no en relación con la eficacia de los medios utilizados. Los individuos, en su vida diaria, emplean y producen ‘métodos’ para juzgar y decidir, para entender y dar explicaciones a los fenómenos y acontecimientos; su comportamiento no es adecuado o inadecuado; se ciñe a fines específicos y evidentes, empleando medios adquiridos de las generaciones pasadas y de sus contemporáneos” (Fitzpatrick, 1990).

casos representativos en relación a la anterior discusión sin la menor pretensión de exhaustividad. Para la mejor comprensión de un material tan rico en información, conviene marcar las siguientes consideraciones:

- No se han tomado ejemplos; en cambio, se han incluido en el texto aquellos testimonios que por su contenido sugieren un énfasis en la problemática teórica.
- Los testimonios no son expresiones puras de dicha problemática en el sentido de que a cada problema le corresponde un testimonio o un trozo de él. Como se señaló en los diferentes capítulos, los problemas se presentan en forma conjunta. Así, se encuentran familias que, simultáneamente, tienen problemas de tipo económico, conflictos internos, una cotidianeidad llena de incertidumbres, sin apoyos de redes solidarias, etcétera.
- Las combinaciones de los aspectos que permiten interpretar un testimonio varía según la familia y según la disposición de la misma a dar respuesta a las preguntas planteadas.
- Las interpretaciones de cada testimonio hacen referencia a las problemáticas desarrolladas en la parte conceptual.

Testimonio 1 - Familia 012 - Hijos: 3 vivos, 2 muertos

[Primera defunción] *Un día me pegó mi esposo y me fui a mi casa. Duré ocho días. Entonces yo tenía que dejar a la niña con mi papá y duró como ocho días sin tener gas mi papá; entonces yo digo que no le hervía bien el atole (cuidaba a mi hija y cuidaba a un sobrinito, pero a lo mejor no les hervía bien el atole). A los ocho días [mi marido] me fue a buscar; mientras yo trabajé, a mi hija no le faltaba nada. Volví con él y le faltó su leche y todo. Yo tenía que pedirle a mi concuña leche o azúcar para hacer el atole y ella no me daba, me decía que a poco era casa de no sé qué... Después estuvo como tres días suelta del estómago y se estaba poniendo bien flaquita. La llevamos al hospital y me la quitaron. De ahí ya no la volví a ver. [Durante la internación] Yo ya la veía mejor. Me habían dicho que ya me la iban a dar porque un día ya era bien tarde y me fui a preguntar. Me dijeron que ya me la iban a dar. Estaba yo bien contenta; pero ya no me la dieron. La niña estuvo un mes internada en el hospital.*

[Segunda defunción] *Yo me imagino que fue un día que hacía mucho frío, nos habíamos ido para abajo porque su niña de ella [su concuña] se acababa de morir. Nos espantamos porque amaneció muerta. Entonces me dijo mi cuñado que nos bajáramos [a vivir con ellos]. Pero después cambiaron mucho. Yo digo que ya no nos querían tener allí. Me subí porque no me dejaban lavar ni tender mi ropa. Entonces nada más la tapé con una cobijita y un chal. No sé si recibí frío. Como a las cuatro de la tarde le vi granitos en su boca y la llevé a la clínica 8. De allí me mandaron al Infantil y después me dijeron que había sido una infección en la garganta. Le digo que él nunca se ha interesado por mis hijos; nunca ha sabido lo que es batallar en un hospital. Durante el mes que estuvo internada mi hija fue dos veces; y eso que lo llamaba el doctor. [...] Vivíamos allá abajo cuando murió la niña [con los hermanos y cuñados]. Pues*

ellos fueron cuando mi hija se me murió. [Nadie le ayudó, ni su hermana ni su mamá]. De la segunda tampoco nadie... El día que la fui a internar eran las nueve de la noche y andaba yo solita. [No le daban ayuda porque] luego ni tienen tiempo. Por eso también casi no. Ni mi papá me viene a ver; ni mis hermanas.

En este testimonio observamos un caso típico de inexistencia de redes sociales de apoyo; la mujer se describe sola (“*andaba yo solita*”) en el momento en que necesita llevar a su hijo del médico. La violencia del marido y la forma en que ella describe su falta de apoyo confirman su soledad. El marido golpeaba frecuentemente a su cónyuge (“*un día me pegó en la boca y como que me la enchuecó y me puso morado mi brazo*”), incluso cuando estaba embarazada o delante de los hijos. Además, durante el embarazo de uno de sus hijos, el marido la había infectado (seguramente con alguna enfermedad venérea); un médico que la atendió sugirió “*sacar al niño*”, advirtiéndole que “*podía nacer sin manitas o sin pulmón*”; la madre se negó y, efectivamente, el desarrollo del niño es anormal –convulsiones y retardo–, si bien nació sin mutilaciones.

El aislamiento de la mujer, la violencia del marido, la endeble relación con su cuñado y con su madre son elementos claros de su relato: ni siquiera culpabiliza, simplemente acepta el que nadie nunca se ha preocupado por ella. La inexistencia de apoyo cruza el relato pese a su brevedad.

Testimonio 2 - Familia 003 - Hijos: 7 vivos, 4 muertos

[Primera defunción] *Pues primero le dio el sarampión y luego le dio una infección intestinal. Entonces cuando él empezaba a estar malito nació Fernando. Y dice la gente que yo preguntaba qué le había pasado. Ya había pasado lo del sarampión y de su infección ya iba saliendo; pero cuando nació Fernando como que le dio coraje que yo ya no le hacía caso. Volvió a recaer y como no tenía nadie que lo llevara al doctor yo lo llevé al doctor y le dio medicinas. En la noche, cuando desperté ya estaba muerto. No me explico, ¿sería la reacción de las medicinas?*

Pues tenía a mi mamá cerca; pero casi no veían por nosotros. Más bien por mis hijos; ellos me iban a visitar o les llevaban cualquier cosa a los niños y yo estaba sola... sola yo con mis hijos. [La nula relación que tienen con sus hermanos que viven aquí en la ciudad se debe a que] estamos muy distanciados. Mis problemas son solo míos y nunca nos hemos acercado. [En cuanto a sus relaciones con los vecinos la señora señaló que] yo creo que mi carácter no se presta para que la gente se acerque a mí. Por ejemplo, aquí tengo 18 años de vivir; y con las vecinas nada más “buenos días”. Quizá por evitar chismes [...] he visto muchas veces que se cuentan las cosas y ya en el lavadero están hablando y todo. Precisamente por eso me paro temprano a lavar porque así ya no oigo cosas que no me interesan.

[...] *dormía a mi lado. Me decía mi mamá: no lo desprecies porque ahorita está chiquito y se va a sentir mal. Ya ves como está de delicadito. Entonces lo dormí yo junto con el bebé y luego él. No dormía yo tranquila porque pensaba: “a lo mejor me apachurra al bebé; se mueve o se sube arriba de él”. Despertaba a cada rato y ese día, así como lo acosté y lo tapé: lo tapaba yo aparte con sus cobijitas.*

Ya empezaban los problemas. Él [su marido] ya empezaba a fallar. Antes fallaba de que ya no nos hacía caso a nosotros y ya no nos sacaba a pasear. Ya ve la gente, no falta, me decían que andaba con una mujer y con otra. Nunca fui de las que hicieron escándalo. Decía yo: “que cumpla con su deber como padre y esposo y que ande con quien quiera”. Ya en ese momento, me empezaba a fallar. Pero ya saliéndose del ejército me falló por todo.

[Segunda defunción] Pues me dijeron que le había dado pulmonía. De esa sí ya me alivié en esta casa. Me aliviaría en el mes de octubre como a las nueve de la mañana y luego la bañó la señora. Entonces dicen que el “chiflón” de la ventana a lo mejor le hizo mal a la niña. La bañó muy tranquila y allí me la dejó. Ya en la tarde comenzó con calenturita y a ponerse muy lloroncita.

Entonces llegó él y le dije: mira, la niña quién sabe qué tiene está muy inquieta. Hay que hablarle a la señora para que la venga a ver, a ver qué tiene. Vino la señora y como era de esas señoras de pueblo (buscaba yo lo más económico porque no tenía yo para pagar) y dice: “llévenla al doctor porque tiene una poquita de calentura”. Él se la llevó y ya no regresó. Yo con la angustia de que qué pasaría con la niña y sin poderme levantar. Como a las diez de la noche ya vino él y me dijo “no te espantes; tienes que ser muy fuerte. Ya murió la niña”.

[Tercera defunción] Ella estaba muy sanita; nada más que en ese tiempo se enfermó mi papá: se puso muy grave y lo internaron y murió. Tenía la niña cuarenta días cuando murió mi papá. Entonces lo que no me explico es qué fue lo que pasó (porque yo le estaba diciendo a la doctora) que antes mi papá se puso muy malo y yo fui a verlo al hospital y le dejé la niña a Aurora [la hija mayor de las mujeres]. Ya en la tarde nos regresamos y llegando aquí a la casa le llamaron a mi hermano por teléfono; que mi padre había muerto. Ya tenía tiempo internado en el hospital y lo íbamos a visitar. Ese día llegamos de la visita y lo vimos muy decaído. Por cierto, que ese día me dijo: “ya vete, porque la niña está solita”. Llegando aquí apenas estaba yo comiendo cuando vino mi hermano y dice vámonos porque mi papá acaba de fallecer. Entonces le dije a Aurora: le das té a la niña y hazle agüita de arroz; o a ver qué. Toda la noche estuve en la funeraria con mi padre. Al otro día vino mi hermana por unos papeles y le encargué que le dijera a Aurora que me llevara a la niña. Entonces mi hermana me la llevó. Ese día fuimos a enterrar a mi papá y me llevó a la niña al panteón. Entonces sería el aire o no sé qué le haría daño a la niña. Llegaríamos a la casa como a las cuatro o cinco de la tarde (no me acuerdo bien) y llegando me acosté a dormir porque estaba desvelada y la niña de repente empezó a llorar. La tapé y me la llevé con una doctora. No me dijo qué le pasaba a la niña y le recetó unas inyecciones. Le puso la inyección y me dijo que ya se iba a tranquilizar. Porque la niña no paró de llorar en todo el camino. Yo por la pena no sabía qué hacer con mi niña: estaba yo como loca. Aparentemente se quedó dormidita y yo cada rato venía a verla. Hubo un momento en que vine y ya estaba muerta.

En esos días que murió la niña él no estaba porque iba y venía y en esos días ya no estaba aquí con nosotros. Ya empezaba yo a salir a lavar; a planchar unos dos o tres días. Trabajaba yo para que no les faltara siquiera de comer a mis hijos. De los primeros dos estaba yo cruzada de brazos. Y decía: si me voy y les pasa algo. No estaban acostumbrados a estar solitos. A veces se levantaban mis niños y no tenía que darles ni nada. A veces llegaba mi mamá y nos llevaba tortillas y frijolitos; pero yo me decía: si me voy y se salen a la calle, si les pasa algo. Por ese miedo ahí estaba yo sufriendo.

Cuando nació la niña; él supo y vino otra vez. Cuando murió la segunda; él regresó otra vez. No sé por qué lo admití otra vez sabiendo cómo era. Prometía muchas cosas. Pero nada más como vulgarmente dice: “nada más venía a hacerme el favor” y se iba. También cuando tuve tres o cuatro meses de embarazo se fue. Mi mamá me regañaba porque cómo era posible que si me hacía tantas cosas y lo volvía a recibir.

[Cuarta defunción] *Entonces cuando me alivié de Carmen estuvo conmigo [el esposo] y también los tres días que estuve en el hospital fue lo que me duró la niña: los tres días que estuve en el sanatorio.*

Sí, realmente por eso. De José Manuel me fui a un sanatorio. Eso sí me lo pagaron mis patronas. Ya estaba yo trabajando allí; inclusive fue cuando sufrió el accidente Jorge Arturo.

Primero me abandonó un tiempo y luego volvió a regresar. Cuando él se fue estaba por nacer José Manuel. Entonces en ese tiempo que él me abandonó sufrió un accidente Jorge Arturo; uno de mis hijos; sufrió un accidente del ferrocarril: le cortó sus dos piernitas. Y él para nada se presentó aquí conmigo. Claro que lo supo porque salió en el periódico. Fue un accidente muy horrible. Mi niño en ese entonces tenía nueve años y, claro, yo los tenía que abandonar para ir a trabajar.

Él volvió a regresar y uno de mujer pues realmente es muy débil; y ahí me tiene usted volviéndolo a recibir y siguió lo mismo. Inclusive cuando él murió no murió en mi casa; sino con otra mujer que tenía él. Y ahora sí que nosotros la verdad hasta que se nos quitó un peso de encima, porque ya no teníamos que batallar con él y que nos fuera a hacer algún escándalo aquí. Inclusive nosotros decíamos “Bendito sea Dios que ya se murió; para que nos deje libres”.

[¿Sufrían malos tratos?] Pues a veces sí. Y no nos insultaba ni nos golpeaba; sino simplemente que mis hijos ya estaban acostumbrados a mí y me decían que ya no querían a su papá. [...] Pues me dicen que murió del vicio; porque se tiró mucho al alcohol. Llegó al extremo de quedarse tirado en la calle. Muchas veces se me quedó tirado aquí en la calle para ver si yo lo recogía.

Yo decía, ¿cómo me voy a echar otro compromiso?, se me muere y yo con qué lo entierro, si apenas voy saliendo con mis hijos. Él venía aquí y luego me decían mis hijos: “mami, allí está mi papá tirado”. Ya veía que nadie le hacía caso y se iba. Después me platican que esta mujer por la que él me dejó; ya que lo vio enfermo y sin trabajar lo echó a la calle. ¿Quién iba a querer a un hombre así?

Este es uno de los relatos más sentidos; el eje que lo articula es el abandono del marido y la eventual violencia en el trato con ella y con sus hijos. La mujer se declara voluntariamente aislada en el vecindario –“quizá para evitar chismes”–, por lo que vive de manera solitaria las muertes de sus hijos, tal como se trasluce en el relato. Desde la primera muerte, se patentiza la gravedad de la conflictividad familiar y la ausencia recurrente del marido en los asuntos del hogar. Un hecho en la vida de la mujer atraviesa la defunción de su tercer hijo: el fallecimiento de su padre. Debido a lo anterior, deja a su pequeña al cuidado de su hija mayor para poder acudir al velorio de su padre. La señora pide que, al siguiente día, el día del sepelio, le lleven a su hija pequeña y la lleva al cementerio. Repentinamente –como en muchos otros testimonios– se presenta la molestia y la enfermedad de la niña expresada en llanto. La madre acude con “una doctora” que no le informa sobre las características del malestar de la pequeña y le receta “inyecciones”, prometiéndole que pasarán las molestias. Dice la mujer que “por la pena no sabía qué hacer con mi niña” ya que pese a la intervención no había parado de llorar, y para describir el desenlace dice que “hubo un momento en que vine y ya estaba muerta”.

El contexto del relato es la ausencia del padre y la necesidad de la mujer de trabajar para mantener precariamente su hogar. La mujer se da cuenta que solventar esta necesidad implica el abandono de sus hijos; una aguda tensión recorre su relato: *“por ese miedo [de dejar solos a sus hijos] ahí estaba yo sufriendo”*.

El marido regresa debido al nacimiento de una nueva niña y se vuelve a ir. Un suceso trágico precede al fallecimiento de su cuarta hija: su hijo de nueve años es atropellado por el ferrocarril y pierde las dos piernas; la madre explica: *“claro, yo los tenía que abandonar para ir a trabajar”*. Este niño pasó entre cuatro y cinco meses internado, tiempo en que la madre lo visita –estando embarazada–, frecuentemente. La semana del parto deja de visitarlo y relata el siguiente diálogo:

El niño estaba solito en una silla de ruedas. Llegué y lo abracé por atrás. “Por qué no habías venido”, me dijo, “nadie me ha venido a ver”. “Es que me fui a traer a tu hermanito, vieras qué lindo está”. “No quiero saber nada de ese escuincle, por culpa de él nadie me viene a ver. No lo quiero”.

La muerte del marido es relatada escuetamente: el grado de conflictividad que pasaba en las temporadas que estaba en su hogar había desencadenado rechazo y vergüenza por parte de los hijos de la mujer y de ella misma. Su indiferencia hacia la familia y el alcoholismo –*“se tiró mucho al vicio”*–, llevan a un juicio tajante de la mujer: *“quién iba a querer a un hombre así”*. Su muerte fue, literalmente, un alivio para la familia.

Para esta señora, los sacrificios y las penas de la vida han sido enormes; la manutención de su familia, el cuidado de sus hijos ha sido siempre difícil: *“Así voy haciendo. ‘Dios dirá’, que es la palabra que tenemos los pobres...”*

Testimonio 3 - Familia 0145 - Hijos: 3 vivos, 2 muertos

[Primera defunción] [¿De qué murió su primer hijo?] *De infección en el estómago. Él empezó como a los tres meses a estar enfermo [murió a la edad de un año]. Cuando se llevó a bautizar estaba perfectamente bien; y ya después se fue enfermado y adelgazando. Lo llevábamos al centro de salud y le daban medicina y no se componía. No le hacían análisis ni nada al niño.*

A los dos meses mi esposo me llevó con su abuelita y allá nos estuvimos y lo atendimos al niño [pero] siguió bajando de peso y allá nos dijeron que nos viniéramos para acá; porque el niño necesitaba que lo trajéramos al Infantil para que lo trataran, [¿le pusieron sangre?] Yo no supe; porque mi mamá lo llevó, [¿usted por qué no lo llevó?] No, es que ya estaba yo enferma de la niña [llorando]. Ese mismo día ya venía con los dolores de la niña. Llegué y mi esposo le dijo a mi suegra que yo ya venía enferma. Mi esposo le dijo que le iban a hablar a la partera. Dijo que le tenían que llevar al niño al Infantil porque estaba bien malo. Y mi suegra dijo que

se esperara para llevarlo al otro día. Mi mamá llegó al otro día y vio mal al niño y se lo llevó. Cuando la niña nació que fue el martes; el miércoles se lo llevó mi mamá; y el viernes, creo yo que el niño se murió el viernes. Nunca supe yo de mi niño. Ya después no me dijeron nada hasta los quince días me dijeron que se había muerto.

[Segunda defunción] *Empezó con mucha diarrea y entonces la llevé al centro de salud y allí le dieron pastillas y medicina para la infección que tenía. La llevaba, pero ni yo ni los doctores le hallábamos cuál era el problema. Cuando ya la niña se me puso mala; la llevamos al IMAN; o sea que estuvo en tratamiento aquí en el centro de salud; pero ya nos dijeron que ya no tenía remedio. A la niña lo que le pasó es que no le veía yo su boca y la niña se murió de algodoncillo. Y cuando la llevé al IMAN no me dijeron lo que tenía [la señora define el algodoncillo así] es como sarpullido; de puro granito chiquito. Ya cuando se van llenando ya no pueden comer ni respirar por los granitos. La llevaba yo al centro de salud y la veían; pero no se le veía blanca su boca. Se le veía roja; porque el algodoncillo es blanco. Y por lo mismo del algodoncillo se le vino la diarrea. De allí ya la llevé al IMAN y me decían que tenía diarrea y no le prestaron atención a lo que tenía en su boca. Cuando me la traje del IMAN para la casa; estaba llorando y me habían dicho que no tenía remedio. Le abrí su boca y le limpié su boca y con tantito que le hice le sangré. Entonces ya le abrí la boca y vi que tenía muchos granitos. Nomás duró una hora más.*

Lo que no me explico es por qué los tres se enfermaron. Cuando nacían estaban perfectamente y al año empezaban con diarrea y fallecían.

A veces pensaba que era castigo de Dios. No sé qué pensaba yo. Le decía yo a mi señor y me decía que venía por parte de mi familia... como una enfermedad. Porque por parte de su familia de él yo no he visto que estén enfermos. Mi familia sí está enferma. [El esposo por su parte creía] que era un castigo de Dios mandarnos a nuestros hijos así. Yo le decía que nacían bien [...] Él se ponía preocupado porque cuando los niños iban a cumplir el año es cuando se empezaban a enfermar. Él se ponía muy triste. [La señora dice que ella sí lloraba y le dio por fumar]. Cuando mis hijos se murieron él agarró el vicio. Nomás los domingos y cuando vienen sus amigos; pero él no tomaba." [...] "porque me decían cosas y me decían indirectas. [...] Me regañaban; que nada más ando en la calle y que nada más andaba buscando a mi señor. Yo a mi marido a donde quiera iba yo con él. A él le gusta que ande yo con él y mi suegra se enojaba. [...] Él nunca me decía nada. Si me iba yo a donde estaba trabajando el tabique, él era feliz que yo estuviera allá. Él no se enojaba sino mi suegra y mis cuñadas.

Este relato presenta muchos elementos en cuanto a la vivencia de la enfermedad y la muerte. El corto intervalo intergenésico entre sus dos primeros hijos “silenció” su vivencia de la muerte del primogénito. Sabía que estaba enfermo y lo mal que fue atendido –“no le hacían análisis ni nada al niño”–, aunque mencione directamente la causa del fallecimiento: infección en el estómago.

La segunda defunción es explicada del siguiente modo: la niña tenía mucha diarrea y la madre acude al médico “pero ni los doctores ni yo le hallábamos cuál era el problema”. Después, tiene que acudir a una clínica grande cuando ya le habían hecho perder las esperanzas. La mujer cree y dice que su niña tenía “algodoncillo” y que los doctores jamás prestaron atención a la boca de la niña; imagina que debido al “algodoncillo” le vino la diarrea a la niña. Ya desahuciada, la mujer lleva a la niña a su casa: “nomás duró una hora más”, es su descripción del final.

La explicación que dan ambos padres a la muerte de sus hijos es sumamente interesante. Encuentran dos elementos: por una parte, la fatalidad –“castigo de Dios”– y por otra, la herencia por los familiares de la mujer, según explicaba el mando. Un elemento que les llama poderosamente la atención es que cuando los niños iban a cumplir el año, sobrevenía la enfermedad. Olvidan o no le dan gran importancia al hecho de que ambos niños tuvieron infección estomacal. La resignación permea el relato.

La historia no deja ver algunos elementos que vale la pena señalar: esta familia vive en condiciones paupérrimas y, de hecho, ninguno de los hijos ha crecido totalmente sano. Una de las hijas sufre, desde el año, “temblores”, tiene sus manos casi muertas y sus pies apenas si puede utilizarlos. En el momento de la entrevista esta niña tenía 15 años de edad, los médicos habían espezado a la señora de que con el tiempo quizá mejoraría su condición. Otra hija “está bien chaparrita”; todos los hijos comenzaron a caminar entre el año y medio y los dos años de edad.

Testimonio 4 - Familia 002 - Embarazos: 9 - Abortos: 4 - Hijos: 3 vivos, 2 muertos

[Se relata la muerte del quinto, fallecido a los ocho meses] *Yo lo que quisiera es saber de qué murió, cómo fue, porque me decían que era un cambio de sangre que tuvo y que eso le había afectado mucho a ese bebido. [...] de donde yo me alivié en un sanatorio particular, me lo traje y estuvo el niño aquí tres días nada más. Al bañarlo lo vimos muy amarillito, pero creíamos que como estaba oscuro el cuarto, por eso se veía así. Entonces el domingo no quiso comer nada; estuvo muy triste; lo acosté allí en un sillón y se quedó dormido, no despertó en toda la mañana ni en toda la tarde. Yo trataba de meterle la mamila con leche o con té y el niño no quería nada. [...] Entonces, mi marido llegó como a las once y media [...] y al momento que lo destapé yo lo vi muy amarillo. Rápido lo envolví en unas cobijas y nos lo llevamos adonde me había aliviado... la doctora lo examinó de todo a todo, le estiró los bracitos y todavía lloraba y se meneaba bien, normal. Fue entonces que me dijo “lo vamos a internar a ver si se le quita lo amarillo”. Entonces me lo quitó y lo dejó en una cunita, así sin foco y sin nada y le puso el suero. Ese día nos quedamos como hasta las tres de la mañana, y cuando regresamos a la casa, el niño estaba más malo. El niño se apretaba la mano con su manita, dándome a entender que le quitara el suero; que le quitara lo que le estaba dañando. Yo le pregunté “Doctor, ¿qué tiene mi niño?”, como a las doce del día le pregunté y me dijo: “su niño está amarillo porque hay un problema de sangre. Puede ser usted o puede ser su esposo, o el niño”. “Doctor, ¿por qué no se la cambian si es el problema de la sangre?”. “No, porque necesitamos hacerle análisis a usted, a su esposo y al niño”. “Entonces, en el momento en que ya estén los análisis habría que cambiársela, pero yo te cobro 190 mil pesos, pero yo no me hago responsable de si quede bien el niño o le haga falta otro tipo de sangre. Entonces serían dos veces y te cobraría lo doble, pero mejor vete al IMAN; allá te va a salir más económico”. [Entonces la señora dijo] quitele rápido el suero. Yo me llevo a mi hijo adonde usted me diga, pero quiero que me lo atiendan rápido. Salimos con el*

niño como a las tres y media de la tarde y llegamos al IMAN como a las cinco de la tarde. Pero el niño ya llevaba las manitas a los lados ya las empezaba a doblar. Cuando llegamos el doctor nos dijo "ahorita ya un cambio de sangre sería más atormentar a la criatura. El daño ya pasó a la cabecita. Lo siento, señora. Pero le vamos a hacer el cambio de sangre para ver si reacciona y no le queda tan mal". Entonces lo prepararon todo y empezó el niño con sus reacciones. [...] me decían que iba a quedar cieguito. No veía. Que iba a quedar inmóvil todo el tiempo. Después me daban esperanzas de que sí se me iba a componer. Pero como yo lo veía, conforme pasaba el tiempo, la criatura nunca crecía. Llegó a los ocho meses y hacía de cuenta que había nacido: era un bebé muy chiquito. Él tuvo tres reacciones: la primera, que fue al cambio de sangre; la segunda que se le taparon todas las vías respiratorias y se andaba muriendo aquí en su pobre casa, y la tercera fue cuando le dio meningitis. Le dio de dos semanas, con calentura de 42 grados. Ese tiempo yo lo tuve aquí en la casa durante una semana entera, con temperatura muy alta. Lo llevaba al IMAN y me decían que era por su enfermedad; pero al final de cuentas lo llevé con otro doctor de aquí de la colonia y me dijo que era la meningitis que le había pegado. Después, él (mi esposo) no quiso internarlo porque decía que lo martirizaban. Inclusive al bebé nunca le llegaron a poner suero en las manitas porque no tenía venas; le abrían de un lado del cuellito. Entonces él decía que lo hacían mucho sufrir. Yo le decía: de que se nos muera aquí el niño a que tal vez nos pueda vivir otros dos o tres meses... Entonces lo llevamos otra vez al IMAN y esa vez fue la definitiva. Como a mí me tocaba cuidarlo, yo lo revisaba de todo, cómo lo estaban atendiendo y todo. En ese momento en que yo le voltee la manita hacia un lado, estaba sangrando a "chorros". Según tengo entendido, se le vaciaron los vasitos. Un doctor me explicó: mire señora, el niño está muy grave. No sé por qué, pero el niño, de haberse muerto, se hubiera muerto desde anoche; pero todavía está con vida. O sea que lo internamos un domingo; todavía estuvo el lunes y para el martes que amanecemos nos dijeron que estaba muy mal, muy grave. Estaba sangrando mucho, de piecitos, manitas.

[Habla el señor] ...allí sí rápido. Tienen muchos aparatos y lo vieron varios doctores y doctoras lo estuvieron examinando. Nos dieron las facilidades de aprender cómo bañarlo, allí mismo a ponerle la sonda, porque le pusieron sangre, suero y el oxígeno para ver si se recuperaba. Nos lo dieron de alta y el niño yo creo que no se sentía mal porque nunca se quejaba. Con ella lloraba un poco. Yo llegaba y le daba su mamila y le platicaba. Le decía yo "come, ándale, porque si no te voy a dejar aquí y ya me voy en el carro". Agarraba la mamila y empezaba a comer rápido. Se cansaba yo creo, descansaba un poco y volvía a comer. Inclusive allá nos dieron unas jeringas grandes, anchas para administrarle el líquido; pero todo eso se lo quitamos porque yo vi que iba a quedar muy lastimado. Decidimos darle con mamila y tomó la mamila muy bien. Fue un niño muy quietecito, muy tranquilo. A pesar de que nos dijeron que el niño podía estar sordo, podía quedar ciego, podía no hablar y le iban a dar ataques, muchas cosas, yo lo tomé como un niño normal. Después empezó a tener muchas calenturas de 40° a 41°C. Se las bajábamos con baños de agua y se tranquilizaba. Le dábamos unas gotas para la calentura. Despertaba a las cuatro de la mañana y le poníamos la mamila.

[Después de la primera intervención, el niño permaneció en casa aproximadamente cuatro meses, en ese tiempo] Teníamos que ponerle música, que habláramos, que le platicáramos, que lo agarráramos, que lo jugáramos de piecitos, manitas... inclusive que yo me pusiera ropa muy "encendida" para que el niño fuera captando los reflejos de los colores, le poníamos la música junto a él. Mi esposo le platicaba mucho, lo agarraba, lo meneábamos.

Le dábamos masaje en las piernas y en los brazos, en caso de temperatura lo bañaba. La pastilla, que se daba un cuarto y después la mitad...

Cada ocho días tenemos visitas en las tardes y entre semana vienen nuestros compadres, nuestros primos y todos. Vienen mis hermanos, viene mi mamá. O sea que sí sabemos convivir con la familia. Tenemos mucha familia, pero a veces no sabemos convivir; no sabemos cómo están... [...] si llega a uno a pasarle algo, pues... En esos casos estamos siempre sobre el dinero, porque si no tenemos, recurrimos a donde podamos conseguirlo para salir adelante, y ya voy yo pagando, aunque sea en abonos. Entonces, por eso es que estamos unidos.

Fue con Anita cuando empecé a ayudarme. Yo le decía "Agarra a la niña en lo que yo le preparo la mamila. Cuidala, mécela o quitale el pañalito. Ya fue como él fue aprendiendo, porque ya nos avisaba Dios que íbamos a cuidar a un niño durante ocho meses y si me ayudó a bastantes cosas. Cuando el niño se enfermó lo mismo hacíamos. Él me iba a dejar y había veces en que nos teníamos que parar a las cuatro o cinco de la mañana para irnos. Estábamos preparados para cualquier cosa. Ella a veces se quedaba en las noches allá y yo me quedaba aquí con las niñas, o al revés. Yo salía de trabajar, iba a recogerla. Nos tocaron días de quedarnos hasta en el suelo. Si de antemano sabían los doctores que estaba mal el niño, nunca nos despegábamos. Porque allí van y dejan niños. Los internan y los dejan. Después de tres días van a preguntar "¿cómo está mi hijo?" y otra vez, quince días, hasta un mes los dejan allí. [...] A nosotros nos felicitaban varios doctores porque siempre estábamos unidos. Y aquí fue lo mismo. Yo llegaba de trabajar y abrazaba al niño. Eso fue muy doloroso porque cuando falleció llegaba yo otra vez a buscarlo y hacía falta el bebé. [...] A veces no cenábamos, ni ella comía en todo el día por estar con su niño. Otras veces mi mamá nos llevaba comida. O mi cuñada preparaba la comida y la encontrábamos ya hecha.

Nosotros hicimos lo que pudimos. [El esposo señala] ...hay mucha gente que mata a sus hijos, que no los quiere y nosotros que tentamos al niño en los brazos, cómo es posible que Dios nos lo haya recogido. Fue muy dulce su muerte [afirma el señor]. Inclusive el día que falleció a las siete, los mismos de allá nos ayudaron a sacar el cuerpo del niño. El niño ya había muerto y ella no sabía. Entonces le dije "sabes qué, ¿quieres que lo operen al niño? Tiene una infección en un riñón" (la engañé). Ella dijo "No; ya no. Mejor así me lo llevo a la casa para que no sufra" (yo tratando de darle a entender). Fue entonces cuando le dije que el niño ya había fallecido. Entonces fue en el momento en que lo empecé a sentir. El niño había fallecido a las siete y nos lo entregaron a las nueve y media casi. (Porque lo entregan al otro día). Cuando fui a levantar el cuerpecito me lo enseñaron porque había varios cuerpecitos. Entonces yo lo abracé y lo acomodé y todavía estaba tibiecito. Cuando lo trajimos aquí lo colocamos en la mesa y él estaba muy enojadito. [La esposa señala] fijese doctora que se dejó vestir muy bien; se puso muy blandito. [El esposo afirmó] Primero estaba muy enojadito (a como lo veíamos contento). Después yo me estuve con él. La verdad, aunque sea uno hombre, le lloré. No me acuerdo quién se arrimó. Y al otro día que lo vistieron, le hablaron y cambió su expresión. Haga de cuenta que estaba dormido, con una sonrisa. Muy bonito. Usted lo veía ya muerto y haga de cuenta que estaba vivo.

Yo no lloraba delante de ella para que no se pusiera mal también ella. Lloraba mucho ella y el doctor me dijo que la sacara a divertirse por ahí. Yo trabajando iba a cobrar a veces y se me rodaban las lágrimas; veía yo una persona con un niño... y me ha tocado ver personas en la calle con sus niños y les ofrezco llevarlos. Inclusive una vez una señora andaba buscando un doctor que ya no se acordaba dónde era. Llevaba a su niño con mucha fiebre. Y yo la llevé al Seguro de calzada de La Viga, aquí en Plutarco Elías Calles. Allí la llevé y le dije que no pidiera ficha ni nada, sino que dijera que iba de emergencia; ya después salga lo que salga. Y si la atendieron porque yo le dije a la señorita "trae fiebre". "¿Y su carnet?". "No; atiéndalo y después vemos". La señora no tenía seguro ni nada de eso. Le dije a la señora: "Si le cobran, dígalos que sí va a pagar, pero al menos ya está atendiendo a su hijo". Muchas veces las personas no van con el doctor porque no tienen dinero y hay muchos doctores que así son. Son traficantes y negocian con la

enfermedad de los demás. Nada más están esperando que así sea esto. Entonces a mí me afectó mucho lo de mi hijo y cuando veo una persona así, me acuerdo bastante y yo quisiera tener suficiente para que cuando una persona, poder ayudarla. Así es como hemos podido pasar adelante.

El largo relato anterior es uno de los más interesantes y conmovedores sobre la vivencia de la muerte (en el momento de la entrevista habían transcurrido cinco meses del fallecimiento del niño). Los esposos luchan denodadamente contra la enfermedad del niño, aun sabiendo la gravedad de la misma. Su lucha se da en varios planos: contra el sufrimiento del niño, por animarlo y transmitirle alegría –la madre se viste de colores llamativos para que el niño los vaya captando, el padre pone música y baila con él–, por cooperar con la atención profesional que recibía: *“a nosotros nos felicitaban los doctores porque siempre estábamos unidos”*.

La ternura que se trasluce en el relato es impresionante; abundan los diminutivos –*“sus manitas”, “su cuellito”, “sus piecitos”*–; señala el padre que a pesar de que le habían advertido de la posible invalidez del niño –sordera o ceguera– *“yo lo tomé como un niño normal”*. Hay que destacar que es uno de los pocos casos donde el padre *comparte al mismo nivel de la madre* la atención, el cuidado; la preocupación evidente y el dolor manifiesto por la enfermedad y muerte del niño. Incluso hace el esfuerzo por proteger y atenuar el dolor de su mujer.

La vivencia de la muerte del niño se resume en una mezcla de drama y resignación: *“hicimos lo que pudimos”*. Cuando el marido informa a la mujer que el niño ya había fallecido *“fue en el momento en que [ella] lo empezó a sentir”*; *“fue muy dulce su muerte”*, declaran. Los padres cubren de atenciones al cuerpo muerto de su hijo, lo visten, lo arreglan, hablan con él, tratan de encontrar en él rasgos de ternura y vida: *“se dejó vestir muy bien; se puso blandito”, “usted lo veía ya muerto y haga de cuenta que estaba vivo”*.

Ambos lloran la muerte del niño y se solidarizan con personas que tienen hijos pequeños. Para este matrimonio el tener un niño vivo es un privilegio que hay que valorar y amar: *“hay mucha gente que mata a sus hijos, que no los quiere y nosotros que teníamos al niño en los brazos, cómo es posible que Dios nos lo haya recogido”*. Saben también que las limitaciones económicas son un obstáculo y que no siempre existe disposición profesional a prestar ayuda humanitaria. La otra muerte tuvo características bien diferentes. Se trató del séptimo hijo y el hecho de que fuera prematuro los “preparó” para la muerte. En su recuerdo la culpa la tuvo la mala atención médica recibida. Una vez más los condicionantes de los resultados negativos se combinan.

No es este el único caso en donde la familia responsabiliza a la intervención médica del desenlace. En otro caso la acusación es más directa y la madre duda si hizo bien en llevarla con el médico y si no hubiera sido mejor acudir a la medicina tradicional:

Yo pienso que estubo mal en el doctor porque nunca me dijo qué enfermedad tenía la niña. Lo veo y me da coraje, porque ya después de muerta le pone no sé qué tantas enfermedades para que él salga limpio. Después la llevé con las señoras estas que "limpian" y me dijeron que la niña tenía daño y que le hicieron "ojo". Me dijeron que la hubiera llevado con ellas y se hubiera aliviado [...] Yo pienso que sí fue enfermedad pero por qué no me lo dijo él para moverme yo. ¿Por qué me engaño?

En realidad, con mucha frecuencia en los testimonios aparece este elemento, combinado con otro que resulta impactante: la ignorancia de las familias acerca de la causa de la muerte. En el testimonio de una de ellas, esto aparece como una demanda angustiada –“yo lo que quisiera es saber de qué murió...”– pero en la mayoría de los casos la ignorancia parecería expresar que no se tiene derecho a pedir la información:

Llegué a Salubridad y la pasaron con el doctor. Entraban y salían los doctores y nadie me decía nada. Hasta que por fin le pregunté al doctor qué tenía la niña. Me dijo que hacía seis horas que había muerto.

En todos los relatos, salvo en aquellos en los que se transformó en enojo, predomina una resignación pasiva:

Desde que nació él estubo normalmente, pero luego venían unos días en que en las noches tosía mucho. Tenía una tos seca y lo llevé al doctor. Le recetaron medicinas, inyecciones y cosas así [...] nos fuimos a mi tierra con el tratamiento, íbamos en el tren y allí lo inyectaban y allí murió.

Testimonio 5 - Familia 008 - Hijos: 7 vivos, 2 muertos

[Primer fallecimiento: niña de 20 días de nacida, la segunda de los hijos] *Yo pienso que no la atendieron como debe porque incluso le mandaron medicina que después nos dijeron que no debíamos habérsela dado [esto se lo dijo] una prima que se casó con uno que se recibió de doctor. En ese tiempo apenas estaba recibándose. Él fue el que nos dio el certificado. Y nos dijo, porque le enseñamos la receta, que estaba equivocado el tratamiento. [El motivo por el que recurririeron al primo fue] Porque salía muy caro: nos cobraban dinero. Y creo que el doctor que le había recetado no estaba. A mí me dijo mi primo político que el doctor que la estaba viendo debía dar el certificado. Pero no lo encontramos o no recuerdo exactamente cuál fue el problema y él fue el que nos lo dio. [...] Sí es la cosa de los centros de salud. No sé actualmente; pero anteriormente como que eran muy irresponsables, no le ponían el interés.*

...lo normal. Los sentimos y sobre todo que en ese tiempo estábamos muy mal económicamente. En ese tiempo no trabajaba en mi oficio. Yo pienso que le afectó más a ella. Estaba más triste; la recordaba más. Al principio lloraba mucho. Ya poco a poco se fue resignando; pero al principio sí le afectó mucho. Nada más en ese sentido, que yo pienso que es normal. Yo por las cosas de andar arreglando todos los papeles y andar haciendo los trámites, tenía menos tiempo.

[2° fallecimiento, sexto hijo] *Empezó a tener diarrea [...] lo estuve llevando a varias partes, porque según me decían que a lo mejor estaba torcido. Lo llevé al médico y, aunque yo no creo mucho en esas cosas, lo llevé, ¿no? Lo llevé a Salubridad y en frente hay una doctora. Primero en Salubridad no me dijeron nada. Le recetaron una suspensión sin revisarlo. Luego la doctora me dijo que mejor lo llevara a un hospital. Lo llevé al DIF y allí fue donde se quedó. El mismo día que yo lo llevé ese mismo día murió. Pues en el papel le pusieron deshidratación y varias cosas. [...] De ese niño fue cuando nos regresamos para el Estado nuevamente. Al principio estuvimos y luego regresamos dos veces para allá [las dos muertes de los hijos coincidieron con el regreso del Estado de México]. Pues ya venía malito. Aquí se le acentuó. Se deshidrató. Le dio diarrea y vómito. Estuvo en el DIF en el Periférico. Allí fue donde falleció.*

Lo llevamos ya de emergencia, pero ya no salió. A él sí lo estuvimos llevando con un doctor particular. Nosotros vimos que no respondía. El doctor nos decía que con la medicina que le mandaba se iba a reponer poco a poco. Pero el niño estaba muy chiquito. No aguantó, cuando lo llevamos al IMAN ya estaba grave y no se pudo salvar.

[...] Porque ya me estabilicé mejor en el trabajo. Allí donde trabajaba me prestaban los cuartos para vivir e incluso el primero [se refiere al primer varón vivo] se alivió con doctor particular y los otros dos fueron en hospitales de gobierno. Pero ya había un poco más de recursos para atender cualquier cosa. Sí, después de ellos fue que nos hicimos del terreno, cuando terminaron de estudiar.

Cuando se les pregunta a los padres qué sintieron con la muerte de la primera niña contestan “*lo normal*”. ¿Lo normal? Parecería que esta respuesta es el resultado de un largo aprendizaje que se produjo en un tiempo que se mide generacionalmente. No solo la muerte de un niño es un acontecimiento normal, sino que algunas de las reacciones frente a ella también están “normalizadas”. Saben que en aquellos días sus condiciones eran realmente malas; el marido piensa, cree que es lo “normal”, que la mujer sintió más la pérdida de la niña, porque él tenía que pasarse en los trámites y el papeleo. La dura necesidad de sobrevivir y la clara percepción de la misma hace del relato una narración desapasionada. Es evidente el contraste con el relato contenido en el testimonio anterior.

Por otra parte, la manera con que se refieren a su experiencia es extraña: “*Lo llevé al médico y aunque yo no creo mucho en esas cosas, lo llevé, ¿no?*”. Hay una resignación anticipada que preanuncia que nada se podrá hacer para evitar la muerte. En el relato, el evento aparece intercalado con otros, como si fuera un evento más. No se descubre en el relato nada que permita inferir de qué modo pasaron el duelo estos padres.

Testimonio 6 - Familia 010 - Hijos: 4 vivos, 2 muertos

...yo creo que eso también le afectó al niño [...] Es que ese día mi esposo chocó y me espanté. Lo llevé [al doctor] y me dijeron que el niño estaba bien. En la noche, a las dos de la mañana se me murió. Dijo el doctor que le había dado un paro cardíaco... Nada más eso. Cuando lo trajimos del hospital, el niño no lloraba. Cuando nos lo dieron para vestirlo todos los niños lloraban menos él. Ese día le dije a mi suegra que el doctor había dicho que lo bañaríamos porque le habían puesto no sé qué. Todo ese día pasó, hasta otro día al mediodía no lloró el niño. Mi suegra lo bañó y tenía yo una loción de bebé y se la untó. Fue entonces cuando pegó el chillido.

[Niño que falleció a los dos años y medio] Pues iba bien. Sí era un poco enfermizo, pero después ya no. De gripa, de tos, bronquitis que le daba. Pero ya cuando cumplió el año ya casi no. Después a los dos años seis meses se volvió a enfermar. De chiquito tuvo calentura, cuando tenía dos meses y no se le cortaba. Yo lo llevé esa tarde al doctor y me dijo que era una gripa. Llegando aquí le dimos la medicina que le habían mandado y el niño empezó a respirar muy duro. Yo le dije a mi suegra y ella me dijo que el niño estaba mal. Fuimos al DIF y en la tarde lo bañaron para que se le quitara la calentura. El niño estuvo internado cinco días, el médico dijo que tenía meningitis.

A los cinco días me lo dieron y me dijeron que ya estaba bien. Como el niño estaba grande y gordo, pensé que se estaba reponiendo bien. Lo estuve llevando así hasta los nueve meses. El doctor dijo que lo iba a dar de alta. Ya después de cualquier gripita le daba yo lo que me habían dicho.

Ya tenía dos años seis meses y no hablaba bien las palabras; no como las niñas. Después empecé con la calentura y ya no se me compuso. Lo llevé con un doctor que estaba en un dispensario aquí abajito y me dijo que le iba a dar sarampión, porque le empezaron a brotar como manchas. Luego lo llevé a otro y lo mismo. Por último, lo llevamos allí donde lo atendieron de chiquito [en el DIF] y allí me lo quitaron. Allí me lo tuvieron, pero al niño le empezó a brotar como granitos de sarampión. El niño ya tenía la vacuna del sarampión y me dijeron que no era eso; que era viruela o no sé qué.

Nada más una noche. Al otro día a las cuatro de la mañana me dijeron que el niño estaba mal, que le había dado un paro cardíaco. Yo estaba con él y después ya no me lo dejaron ver, eso era seña de que mi hijo ya se había muerto. Bajé a avisarle a mi esposo y a mi suegra que el niño ya había fallecido.

Pues del chiquito no sentí tanto porque apenas era un mes; pero ya del otro niño, ya casi tenía la edad del otro niño que ahorita tengo. A todas partes iba conmigo.

Al principio ya no lo quería, pero después cuando lo tuve y me dijeron que era niño, lloré de gusto de tener otro niño. Mi esposo lo quiere mucho, porque al otro lo quería demasiado. Como eran las tres niñas y él, andaba con su hijo para todos lados." "Hay veces que hasta tomaba, porque cuando él llegaba a trabajar en la noche, el niño se sentaba con él y cenaban juntos. Ya después cuando nos faltó el niño tomaba y se ponía a llorar. [...] Él decía que el niño nos lo había quitado Dios, pero que a las niñas había que sacarlas adelante [suegra] Pues dice que hasta se iba al panteón en las noches. [...] Sí; cuando venía de trabajar se brincaba la barda del panteón.

Todavía está muy chiquito. Ya no nos hacemos las ilusiones tanto, como con el otro niño... Sí con él sí, decía que quería ver a su hijo grande, que estudie, que sea un hombre de bien, [cuando nació este niño] se puso más contento; ahora recuerda al otro niño y ya no se pone triste.

Es bien latoso [el padre]. Viene en la madrugada y empieza a poner música. [La suegra señaló que]... Antes porque mi hijo, cuando tomaba, luego le quería pegar a ella. Entonces yo me

metía y empezaban los problemas. El mes de julio nos peleamos y en octubre se me murió mi bebé... Sí, hay cosas inevitables en la vida y otras que uno puede evitar... [el señor] dijo ya es hora de pensar con la cabeza.

En este relato la descripción delimita una serie de implicaciones: creencias (la señora supone que el susto que le dio por el choque de su marido influyó en el curso de la muerte repentina de su hijo); la atención médica inadecuada (confusa, dispersa, incompleta); vivencia de la muerte (el marido, tal vez borracho, se brincaba la barda del panteón para visitar al niño). El final del relato es paradigmático: *“hay cosas inevitables en la vida y otras que uno puede evitar”*. La muerte de los niños, ¿a cuál de las esferas pertenece? Parece que a la segunda porque la reflexión final es que *“ya es hora de pensar con la cabeza”*.

Testimonio 7 - Familia 007 - Hijos: 3 vivos, 2 muertos

R: *Cuando ya me faltaban quince días para nacer, le platicué a él que soñaba que los enterraba a los niños.*

P2: *¿A todos?*

R: *No. A los hombres. Yo le platicaba a él porque en cada embarazo soñaba eso. Entonces yo me ponía a llorar y le decía a Antonio: “De nada sirve que esté yo embarazo y embarazo y se me mueren”. Y él me decía: “No te pongas a pensar en eso. Piensa en lo de Dios. No pienses cosas malas”. Ya él me ponía a pensar y ya se me quitaba; pero en los sueños, tres días seguidos soñaba que enterraba a los niños.*

R2: *Hasta en el último, o sea de Calixto, yo tuve como una visión...*

P: *¿Un presentimiento?*

R: *Algo como del más allá.*

R2: *¿Cómo se le puede nombrar? Algo paranormal. Tuve un sueño así. Porque a veces ella se iba a su casa y me quedaba yo solo. Tomaba bastante...*

P: *En esa época, ¿tomaba más que en otras?*

R2: *Sí.*

R: *O sea que en tiempo que yo lo conocí nunca dejó de tomar. Él se la pasaba tomando.*

P2: *Pero durante el embarazo de Calixto, ¿tomó más que en otras veces o igual?*

R2: *No. Lo normal casi.*

R: *Ese día casi ni había tomado.*

R2: *Me la “cortaba”, como se dice. Entonces ya había nacido el niño y sentí que me decían “Me llevo al niño”. Pero una cosa fea.*

P2: *¿Pero quién le decía?*

R2: *Una cosa así, ¿sabe en qué forma?, lo sentía yo en un animal que se iba acercando a la cama y estaba ella acostada y el niño.*

R: *Nosotros, en nuestra religión le decimos a eso “el nahual”. Es más bien lo que él está tratando de explicar. Esa es la visión que tuvo.*

R2: *Entonces, yo estaba prácticamente despierto pero no me podía mover.*

P: *¿Sentía que se acercaba a la cama un animal?*

R2: *Yo entre mí decía groserías; pero sentía el aliento de un perro grande, que jadeaba. Entonces le dije yo a ella: “Fíjate que me pasó esto”.*

R: *Y el niño estaba en medio de los dos. Así se quedaba el niño. Y dice que ese día se quería trepar a donde estaba el niño. Pero él como se quedó en la orilla no lo dejaba pasar. Y yo, como me acosté en la otra orilla de la pared, ese día tuve el sueño bien pesado. Pero siempre, antes de que naciera ese niño, yo se lo dije, ¿verdad? “Este niño yo creo se va a morir”, porque yo en mis sueños veía que se moría. Él me decía: “Tú estás loca; ya es pura superstición lo que tienes”. “No, yo presiento algo”. Y él me decía: “No seas tonta; no pienses nada malo”.*

P: *¿Y al niño lo pensaban bautizar?*

R: *Al otro, sí. Pero ese yo lo que hacía en el baño (yo no sé si era malo o era bueno). El padre me decía que era buena acción la que yo hacía. Si él no tenía ánimos de bautizarlo, yo lo bautizaba en la tina. Cuando lo iba a bañar, le echaba agua y le daba la bendición. Luego decía: “Yo hasta estoy loca, porque eso lo debe de hacer el padre” y así siempre que lo bañaba yo siempre le rezaba y le echaba su agua.*

P: *¿Y con las niñas no?*

R: *Con las niñas no. Solo con ese niño.*

P: *¿Por qué piensa usted que por ese niño hacía eso y por las niñas no?*

R: *Nada más así se me venía la idea de hacer eso...*

P: *Porque necesitaba protegerlo bautizándolo o, ¿por qué pensaba así?*

R: *No sé. Yo con ese presentimiento que tenía que se me iba a morir algún día. Yo lo hacía por eso. Entonces siempre se lo esturve diciendo a él: “Vamos a bautizar al niño porque a lo mejor se la quiere llevar el diablo a su alma del niño”. Él decía “Después, después lo vamos a bautizar”. Y yo, no sé, cada vez que lo bañaba tenía ese presentimiento y le echaba el agua y le rezaba. Y ya, luego, me decía mi mamá “¿Cuándo van a bautizar a ese niño? Él se enojaba y como se molestaba, pues ya no le decía nada. Luego él me decía: “Tu familia, que bien molesta. Están con que a qué horas vamos a bautizar a ese niño”. “Es que yo tengo un presentimiento...”.*

P: *¿Pero el presentimiento empezó antes, o en el hospital?*

R: *Desde que nació, tuve ese presentimiento; desde que me lo entregaron.*

P: *¿Desde antes de nacer o desde que se lo entregaron?*

R: *Desde antes que naciera. Y después, cuando me lo entregaron me la “hicieron cardíaca” [equivale a muy difícil], que porque ese niño no era mío...*

La señora Aricely tuvo cinco embarazos, el primero de ellos a los 12 años de edad. Dos de sus hijos murieron: el primogénito poco después de nacido y el cuarto hijo a los tres meses de edad. El testimonio de Aricely y su cónyuge Antonio (Toño) es rico en cuanto a la amalgama de elementos populares en torno a la muerte y a las creencias sobre la existencia de un mundo sobrenatural. La explicación de la muerte del cuarto hijo, Calixto, está sustentada en

gran medida en dos elementos: la experiencia del fallecimiento del primer hijo, y una peculiar y misteriosa interpretación de los varones y su lugar en el mundo.

Aricely sueña que entierra a sus hijos, Toño se imagina que el “*nahual*” en forma de animal –forma presentida más que vista– se roba al niño que está al lado de su mujer. Ambos les dan gran valor a sus creencias: estos sueños, estas imágenes “*anuncian*” el fallecimiento de Calixto.

Los datos médicos del deceso del niño están rodeados de una serie de indicios misteriosos: primero, la madre refiere que alimentó a su hijo el día en que nació y que por problemas en la deglución lo retiraron del seno materno y lo alimentaron artificialmente; al otro día lo llevan nuevamente con su madre y esta no reconoce en él al que había alimentado el día anterior; segundo, cerca de los tres meses de edad el niño presenta un cuadro respiratorio, por lo cual es trasladado a un centro de salud donde le diagnostican bronconeumonía y seis horas después, en casa de sus padres, el niño fallece luego de lo cual es trasladado nuevamente al hospital; el médico lo retiene para practicarle la autopsia y sugiere que el niño sufrió una caída.

El desenlace estuvo precedido por “*presentimientos*” y signos “*paranormales*”; está, por otro lado, la “*objetividad*”: no bautizaban al niño y la mujer alucina su pérdida y cómo el diablo está pronto a llevarse el alma de su hijo no bautizado. La percepción de la fatalidad no anula, por supuesto, el dolor que ambos cónyuges manifiestan en el relato. Tampoco anula su autopercepción como gente sin perspectivas, ni medios para satisfacer sus necesidades esenciales.

Las narraciones anteriores presentan puntos de interés para la construcción de una antropología de la muerte infantil; en ellos se amalgaman casi todos los elementos desarrollados en la parte conceptual. Además, es importante hacer notar que efectivamente existen problemas-eje que los propios informantes destacan, quizás porque para ellos fue lo principal.

En algunos casos, la inexistencia de apoyo solidario se constituye para los informantes en un elemento explicativo, si no de la muerte, cuando menos de la posibilidad de haberla evitado. En otros casos, el énfasis es puesto en la conflictividad de la vida diaria, sus desazones, los límites que impone a la acción; se centra la atención en el abandono, en las difíciles pruebas de la vida para una mujer sola. Los conflictos, implícitos muchas veces en el relato, no alcanzan a ser encubiertos del todo, tal vez porque el tiempo atenúa, pero no borra. En otros relatos se hace un énfasis frío en las condiciones materiales precarias, en la delimitación temporal del fallecimiento como perteneciente a un pasado superado relativamente.

Para la fundamentación de una antropología de la muerte infantil, los elementos enumerados son importantes pero insuficientes. Las preguntas que permean dicha antropología han sido formuladas de manera convincente por Elisabeth Kübler-Ross:

¿Qué es, pues, perder un hijo? ¿Quién ayuda a lo largo de esta prueba? ¿Cómo podríamos ser menos indiferentes a lo que reclaman aquellos que se ven afrontando semejante sufrimiento: uno de los mayores que existen? ¿Cómo pueden los padres que pierden un hijo recobrar algún día la existencia normal y feliz? (Kübler-Ross, 1992)

Dice la autora que los argumentos en torno a la felicidad de la vida no son convincentes para los padres que han perdido un hijo. Como no son convincentes los llamados a la resignación: “Nadie puede proteger a un ser querido de las penas de la vida ni ahorrarle el dolor. Nadie puede consolar ni cambiar la amarga realidad de un padre o una madre que han perdido un hijo” (Kübler Ross, 1992).

Para que se pueda fundamentar una antropología de la muerte infantil, es preciso que se tomen en cuenta los diversos aspectos culturales que hacen de la experiencia de la muerte una experiencia idiosincrática. Dichos aspectos amalgaman expresivamente una manera de sentir y de dramatizar el relato.

El dolor ajeno que intentamos reflejar va más allá del interés espiritual, moral o humanitario. Procuramos tomar alguna distancia de los testimonios, con la finalidad de no poner en ellos, excesivamente, los propios dolores, los propios recuerdos y las maneras de percibir la vida de los otros.

Las preguntas que formula Kübler-Ross tienen un alto grado de validez. Respetándolas tanto como pudimos, planteamos un objetivo que no es solamente moral: tratamos de averiguar qué hay en la dinámica de la familia que nos explique por qué mueren varios niños pequeños en ella.

La estrategia para saberlo, obliga a tomar los relatos siguiendo dos caminos. Por uno tratamos de extraer lo puramente literario, cargado del sentimiento dramático, que nos acerca a la vivencia de la muerte de un pequeño en la familia; el otro camino ya fue desarrollado en capítulos anteriores y se refiere a la descripción y análisis de los diferentes elementos que se constituyen en riesgos de muerte.

En este capítulo se ha realizado un esfuerzo interpretativo en relación con lo cotidiano. Vale la pena repetir lo que se dijo páginas atrás: en la cotidianeidad, los seres humanos *ponen todo lo que son* para enfrentar las cargas, alegrías y penas de la vida. La muerte, un suceso extraordinario, se somete a la lógica de lo existente para las personas y lo existente es la vida cotidiana. Su marco comprensivo en esta investigación son los saberes, los conocimientos,

las valoraciones y las creencias propias de un segmento social. Los testimonios presentados en este capítulo son de familias cuya precariedad económica les hace la vida muy difícil. Los riesgos que conlleva su situación social son evidentes. Menos evidente es que algunas salgan adelante sin tener que pasar el dolor de perder un hijo o que, habiéndolo perdido, pudieron y supieron cómo no repetir esa tragedia.

Las familias describen y explican el deceso de un hijo con los elementos que tienen. Las imágenes y fantasías no alcanzan siempre para sacar conclusiones sin cometer abusos; pero ese mundo simbólico debe tomarse porque le ha permitido a la familia manejar el duelo ya sea de manera fallida o exitosa.

Los relatos de la muerte de los pequeños, la parte que interesa para este trabajo, están rodeados de circunstancias que, sin agotar la explicación del acontecimiento, apoyan los límites de la interpretación: para una de las mujeres cuyo testimonio presentamos, el reproche por abandono que le hace el hijo que había perdido las dos piernas en un accidente “horrible” –un hijo de nueve años!–, es solo un trago más de amargura.

Para la documentación de una antropología de la muerte infantil, la vivencia de los padres es, probablemente, la más importante; vivencia conflictiva, simbólica, nostálgica, dolorosa, resignada, culposa. A ellos no se les escapan los detalles del acontecimiento-muerte: saben que, en muchos casos, *algo* andaba mal; que quizá con atención médica oportuna, apoyo solidario, medios económicos y mayor calor en la vida del hogar, sus hijos hubieran tenido una oportunidad.



Bibliografía

- Aldous, J.; Straus, A. (1966). Social Networks and Conjugal Roles: A Test of Bott's Hypothesis. *Social Forces*, 44(3).
- Altemeier, W. et al. (1985). Prospective Study of Antecedents for Nonorganic Failure to Thrive. *Journal of Pediatrics*, 106(3), marzo.
- Andolfi, M. (1977). *La terapia con la familia*. Roma: Astrolabio.
- Andolfi, M. et al. (1989). *Detrás de la máscara familiar. La familia rígida. Un modelo de psicología relacional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ariès, P. H. (1983). *El hombre ante la muerte*. Madrid: Taurus.
- Bajtin, M. (1988). *La cultura popular en la Edad Media y en el Renacimiento. El contexto de François Rabelais*. Madrid: Alianza Universidad.
- Bakketeig, L. et al. (1979a). Perinatal Mortality by Birth Order Within Cohorts Based on Sibship Size. *British Medical Journal*, 3.
- Bakketeig, L. et al. (1979b). The Tendency to Repeat Gestational Age and Birth Weight in Successive Births. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 135.
- Basu, A. (1989). Household Influences on Childhood Mortality: Evidence from Historical and Recent Mortality Trends. En: Cleland, J.; Santow, G. (Eds.). *Selected Readings in the Cultural, Social and Behavioral Determinants of Health*. Canberra: The Australian National University, Health Transition Center, serie 1.
- Becker, E. (1979). *El eclipse de la muerte*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Behm-Rosas, H. (s/f). *Sobrevivencia en la infancia: las dimensiones del problema en América Latina*. San José: CELADE.
- Behm-Rosas, H. (1990). Los determinantes de la sobrevida en la infancia: un marco de referencia para su análisis. En: *Factores de riesgo de muerte en la infancia*. Santiago: CELADE.
- Bell, W.; Boat, M. (1957). Urban Neighborhoods and Informal Social Relations. *American Sociological Review*, 62.
- Bendersky, V.; Ruffa, B.; Biscione, A. M.; Leiva, C. L. (1995). Abordaje de las crisis de violencia familiar. Ayudando a recuperar las redes de sostén. En: Dabas, E.; Najmanovich, D. (Comps.). *Redes: el lenguaje de los vínculos: hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Buenos Aires: Paidós.
- Berger, P.; Luckmann, T. (1972). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Berkman, L. F.; Syme, L. (1979). Social Networks, Hosts Resistance and Mortality: A Nine Year Follow up Study of Alameda County Residents. *American Journal of Epidemiology*, 109(2).
- Bert, N. A. (1967). Interaction Theory and Social Network. *Sociometry (A Journal of Research in Social Psychology)*, 30(1), marzo.

- Bloom, B. L. (1985). A Factor Analysis of Self-Report Measures of Family Functioning. *Family Process*, 24, junio.
- Boissevain, J. (1973). *Network Analysis Studies in Human Interaction*. Paris: Mouton.
- Boltanski, L. (1974). *Puericultura y moral de clase*. Barcelona: Laia.
- Boltivnik, J. (1990). *Pobreza y necesidades básicas. Conceptos y métodos de medición*. Caracas: PNUD.
- Bonacich, P. (1990). Communication Dilemmas in Social Networks on Experimental Study. *American Sociological Review*, 55(3), junio.
- Bott, E. (1990). *Familia y red social. Roles, normas y relaciones externas en las familias urbanas corrientes*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P. (1991). *La distinción. Las bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P.; Passeron, J. C. (1981). *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Barcelona: Laia.
- Bourgeois, F.; Kartchevsky-Bulport, A.; Lautier, B. (1979). La famille et les sciences sociales: socialisation et reproduction. *Critiques de l'Économie Politique*, nouvelles séries N° 6, enero-marzo.
- Bowlby, J. (1985). *Cuidado maternal y amor*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata.
- Breilh, J. (1979). *Epidemiología: economía y política*. Quito: Universidad Central.
- Bronfman, M.; Tuirán, R. (1984). La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. En: *Memorias Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo*. México: UNAM-PISPAL.
- Bronfman, M.; Tuirán, R. (1992). Infant Mortality and Crisis in México. *International Journal of Health Services*, 22(1).
- Caldwell, J. C. (1989). Routes to Low Mortality in Poor Countries. En Cleland, J.; Santow, G. (Eds.), *Selected readings in the cultural, social and behavioral determinants of health*. Canberra: The Australian National University, Health Transition Center, serie 1.
- Campbell, T. L. (1986). Family's Impact on Health: A Critical Review. *Family Systems Medicine*, 4(2-3), verano/otoño.
- Castoriadis, C. (1989). *La institución imaginaria de la sociedad, 2. El imaginario social y la institución*. Barcelona: Tusquets.
- Castro, R. et al. (1992). Factores determinantes del autotratamiento en dos enfermedades infecciosas comunes. *Gaceta Médica de México*, 128(5).
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, Circularity, and Neutrality Revisited: An Invitation to Curiosity. *Family Process*, 26(4), diciembre.
- CELADE (1976). *La familia como unidad de estudio demográfico*. San José: CELADE.
- CELADE (1990). *Factores sociales de riesgo de muerte en la infancia*. Santiago: CELADE, serie OI, N° 41, octubre.

- Chávez, M. et al. (1974). The Epidemiology of Good Nutrition in a Population with High Prevalence of Malnutrition. *Biology of Food and Nutrition*, 3.
- Chávez, M.; De Oliveira, O.; Stern, C. (Comps.) (1981). *Migración y desigualdad social en la ciudad de México*. México: El Colegio de México e Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.
- CONAPO (1993). *Indicadores socioeconómicos e índice de marginación municipal 1990*. México: CONAPO.
- Cooper, D. (1981). *La muerte de la familia*. Madrid: Ariel.
- Cornia, G. A.; Jolly, R.; Stewart, F. (1987). *Ajuste con rostro humano. Protección de los grupos vulnerables y promoción del crecimiento*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Cullis, J. G.; West, P. (1984). *Introducción a la economía de la salud*. Madrid: Desclee de Brouwer.
- Dabas, E.; Najmanovich, D. (Comps.) (1995). *Redes: el lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Buenos Aires: Paidós.
- Das Gupta, M. (1989). Death Clustering, Maternal Education and the Determinants of Child Mortality in Rural Punjab, India. *Health Transition Workshop. Cultural, Social and Behavioural Determinant of Health: What is the Evidence?* Canberra, 15-19 de mayo.
- Desai, M.; Sen, A.; Boltvinik, J. (1990). *Índice de progreso social. Una propuesta*. Bogotá: PNUD.
- Dumon, W. (1987). *Theories on the contemporary family*. Bélgica: s/d.
- Durham, E. (1991). Family and Human Reproduction. En Jelin, E. (Ed.), *Family, household and gender relations in Latin America*. Londres: UNESCO.
- Durkheim, E. (1979). *Las reglas del método sociológico*. Buenos Aires: La Pléyade.
- Echarri, C. (1993). Estructura familiar y salud infantil: una propuesta de análisis. En: Mercado, F. et al. (Coords.), *Familia, salud y sociedad*. México: Universidad de Guadalajara, Instituto de Investigaciones en Salud Pública, CIESAS y Colegio de Sonora.
- Elias, N. (1982). *Sociología fundamental*. Barcelona: Gedisa.
- Elias, N. (1987). *La soledad de los moribundos*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Elster, J. (1991). *Tuercas y tornillos. Una introducción a los conceptos básicos de las ciencias sociales*. Barcelona: Gedisa.
- Estrada, I. L. (1982). *El ciclo vital de la familia*. México: Xóchitl.
- Family Process (1992). The California Family Health Project [Editorial]. *Family Process*, 31(3), septiembre.
- Fisher, L.; Kokes, R. F.; Ransom, D. C.; Phillips, S. L.; Rudd, P. (1985). Alternative Strategies for Creating "Relational" Family Data. *Family Process*, 24 de junio.
- Fisher, L.; Nakell, L. C.; Terry, H. E.; Ransom, D. C. (1992). The California Family Health Project: III. Family Emotion Management and Adult Health. *Family Process*, 31(3), septiembre.
- Fisher, L.; Ransom, D. C., Terry, H. E.; Burge, S. (1992). The California Family Health Project: IV. Family Structure/Organization and Adult Health. *Family Process*, 31(3), diciembre.
- Fisher, L.; Ransom, D. C., Terry, H. E.; Weiss, R. (1992). The California Family Health Project: I. Introduction and a Description of Adult Health. *Family Process*, 31(3), septiembre.

- Fitzpatrick, R. (1990). Conceptos comunes de enfermedad. En: *La enfermedad como experiencia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fonseca, C. (1991). Spouses, siblings and sex-linked bonding: a look at kinship organization in a Brazilian slum. En: Jelin, E. (Ed.), *Family, household and gender relations in Latin America*. Londres: UNESCO.
- Franks, P., Campbell, T. L.; Shields, C. G. (1992). Social relationships and health; the relative roles of family functioning and social support. *Social Science & Medicine*, 34(7).
- Friedman, A. S.; Utada, A.; Morrissey, M. R. (1987). Families of adolescent drug abusers are rigid: are these families either disengaged or enmeshed or both? *Family Process*, 26, marzo.
- Fromm, E. (1981). *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea. Hacia una sociedad sana*. México: Fondo de Cultura Económica.
- García, B.; Muñoz, H.; De Oliveira, O. (1983). *Hogares y trabajadores en la ciudad de México*. México: El Colegio de México/IISUNAM.
- Guinzburg, C. (1983). *El queso y los gusanos. Historia de un molinero del siglo XVI*. Barcelona: Muchnik Editores.
- Guiteras Holmes, C. (1986). *Los peligros del alma. Visión del mundo de un tzotzil*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Harris, M.; Ross, E. B. (1991). *Muerte, sexo y fecundidad. La regulación demográfica en las sociedades preindustriales y en desarrollo*. Madrid: Alianza Universidad.
- Haynes, C. F. et al. (1984). Hospitalized cases of non-organic failure to thrive. *Child Abuse & Neglect*, 8(2).
- Heller, A. (1981). *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona: Península.
- Ichon, A. (1973). *La religión de los totonacos de la sierra*. México: Instituto Nacional Indigenista, Secretaría de Educación Pública.
- Infante, C. (1988). Bases para el estudio de la interacción familia-redes sociales-uso de servicios de salud. *Revista Salud Pública de México*, 30(2), marzo-abril.
- Infante, C. (1990). Utilización de servicios de atención prenatal: influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda. *Salud Pública de México*, 32(4), julio-agosto.
- Jansen, T. L. (1952). Measuring family solidarity. *American Sociological Review*, 17(6), diciembre.
- Jelin, E. (1991). Family and household: Outside world and private life. En: Jelin, E. (Ed.), *Family, household and gender relations in Latin America*. Londres: UNESCO.
- Kojève, A. (1984). *La dialéctica de lo real y la idea de muerte en Hegel*. Buenos Aires: La Pléyade.
- Kübler-Ross, E. (1992). *Los niños y la muerte*. Barcelona: Luciérnaga.
- Laing, R. D. (1983). *La voz de la experiencia*. Barcelona: Editorial Crítica.
- Last, M. (1992). The importance of extremes: The social implications of intra-household variation in child mortality. *Social Science & Medicine*, 35(6).

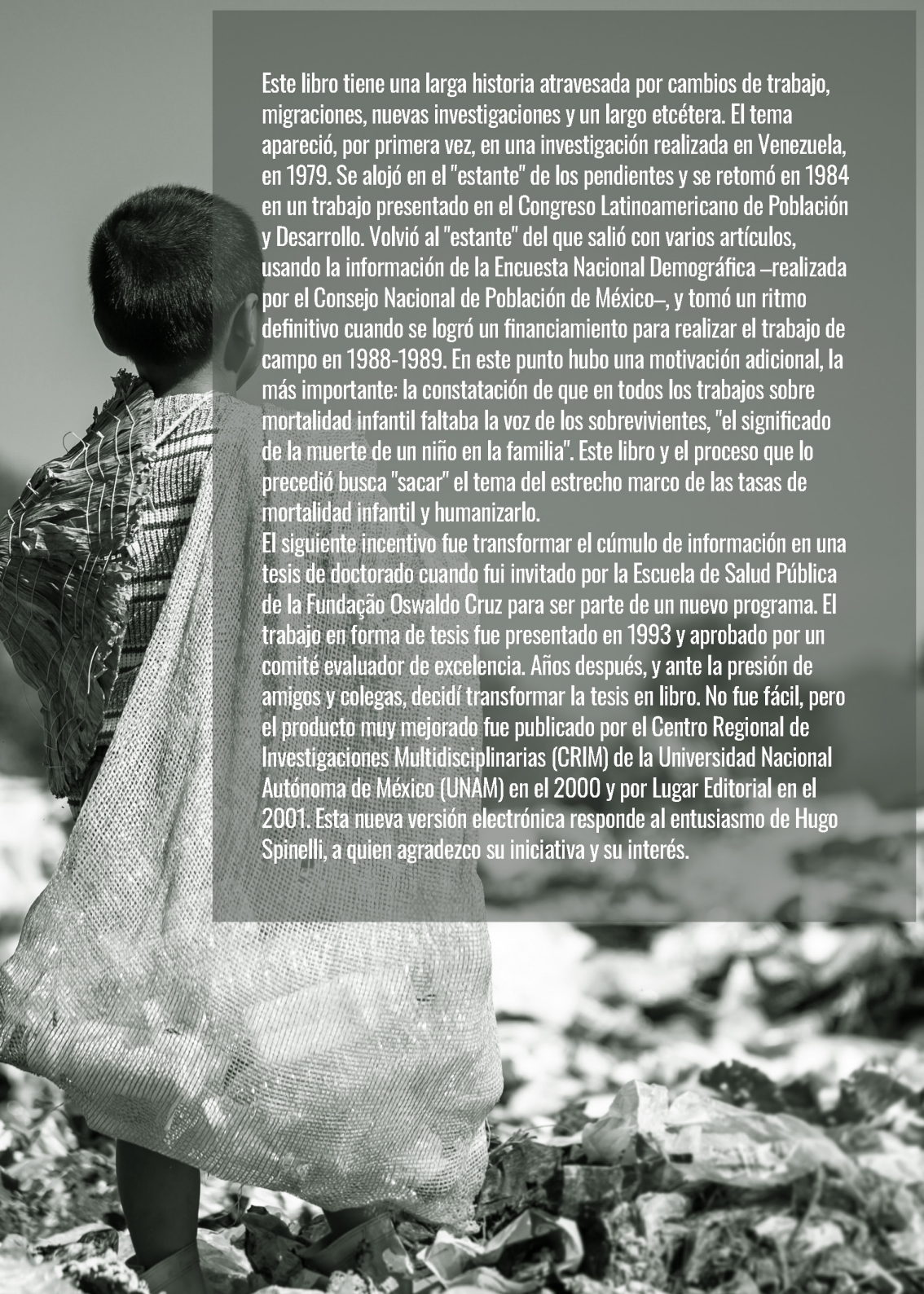
- Laumann, E. (1976). *Networks of collective action, a perspective on community influences system*. New York: New York Academic.
- Laurell, A. C. (1981). *El carácter social del proceso salud-enfermedad y su relación con el proceso de trabajo. Vida y muerte del mexicano*. México: Folios.
- Laurell, A. C. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico-Sociales*, 37. Rosario.
- Lewis, O. (1982). *Una muerte en la familia Sánchez*. México: Grijalbo.
- Lewis, O. (1985). *Antropología de la pobreza. Cinco familias*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lilienfeld, R. L. (1984). *Teoría de sistemas. Orígenes y aplicaciones en ciencias sociales*. México: Trillas.
- Logue, B. J. (1991). Taking charge: Death Control as an Emergent Women's Issue. *Women & Health*, 17(4).
- Lomnitz, L. (1975). ¿Cómo sobreviven los marginados? México: Siglo XXI.
- Lomnitz, L.; Pérez Lizaur, M. (1991). Dynastic Growth and Survival Strategies. The Solidarity of Mexican Grand-Families. En: Jelin, E. (Ed.), *Family, household and gender relations in Latin America*. Londres: UNESCO.
- Lozoya, X.; Zolla, C. (1983). *La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional de México*. México: Folios.
- Luna, P.; Gómez, M. R. (1992). Límites al crecimiento de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México. En CONAPO (Ed.), *La Zona Metropolitana de la Ciudad de México: Problemática actual y perspectivas demográficas y urbanas*. México: CONAPO.
- Mac Mahon, B.; Pugh, T. F. (1976). *Principios y métodos de epidemiología*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Machado, Y. et al. (1979). Estructura familiar, salud materno-infantil e industrialización dependiente. Caracas: UCV. Mimeo.
- Malinowsky, B. (1974). *Sexo y represión en la sociedad primitiva*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Marcuse, H. (1969). *Eros y civilización*. México: Joaquín Mortiz.
- Markovsky, B.; Miller, D.; Patton, T. (1988). Power Relations in Exchange Networks. *American Sociological Review*, 53(2), abril.
- Miller, J., Person, M. C.; Drobnic, S. (1992). Social Networks and Organizational Dynamics. *American Sociological Review*, 57(2), abril.
- Minuchin, S. (1976). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S.; Fishman, C. (1981). *Family Therapy Techniques*. Harvard University Press.
- Minujin, A. et al. (1984). Factores sociodemográficos asociados a la mortalidad infantil. En: *Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo*. México: UNAM-PISPAL.
- Mishan, E. J. (1978). El valor de la vida. En: Layará, R. (Ed.), *Análisis costo-beneficio*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Moen, P.; Wethington, D. (1992). The Concept of Family Adaptive Strategies. *Annual Review of Sociology*, 18(1).
- Mosley, H. W. (1988). Determinantes biológicos y socioeconómicos de la sobrevivencia en la infancia. *Salud Pública de México*, 30(3), mayo-junio.
- Mosley, H. W.; Chen, L. C. (1984). An Analytical Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries. *Population and Development Review*, 10 (suplemento).
- Motta, R. (1995). Las redes sociales informales y la búsqueda de la ecuación interactiva entre la toma de decisiones locales y la responsabilidad de la gobernabilidad global. En: Dabas, E.; Najmanovich, D. (Comps.), *Redes: el lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Buenos Aires: Paidós.
- Nishiuchi, M. (1984). *Mothers in Community Health Care Activities: The Activity Record of the Early Years of the Suita Mothers Club*. Tokio: Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning.
- Noble, T. (1970). Family Breakdown and Social Networks. *The British Journal of Sociology*, XXI(2), junio.
- Oates, R. K. et al. (1985). Long-Term Effects of Non-Organic Failure to Thrive. *Pediatrics*, enero.
- Oddone, M. J. (1991). *Ancianidad, contextos regionales y redes de intercambio*. Buenos Aires: Centro de Estudios e Investigaciones Laborales (Serie de documentos de trabajo N° 27, noviembre).
- OMS (1989). *Urbanización y sus repercusiones en la salud infantil, Posibilidades de acción*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- ONU (1986). *Estimaciones de la mortalidad en la niñez a partir de información sobre hijos nacidos vivos e hijos supervivientes. Manual X, Técnicas indirectas de estimación demográfica*. Nueva York: ONU.
- Pakman, M. (1995). Redes: una metáfora para la práctica de intervención social. En: Dabas, E.; Najmanovich, D. (Comps.), *Redes: el lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Buenos Aires: Paidós.
- Palloni, A. (1991). Review of Data Sources and Methods for the Assessment of Trends, age Patterns and Differentials of Mortality in the Third World. En: Cleland, J.; Hill, A. G. (Eds.), *The Health Transition: Methods and Measures in Health Transition*. Canberra: The Australian National University, Health Transition Centre (Serie N° 3).
- Palmeira, G. (1992). Requisitos para a construção de um conceito ecológico de saúde-doença. *Revista de Saúde em Debate*, (37), diciembre.
- Parsons, T. (1980). La familia en la sociedad urbana-industrial de los Estados Unidos. En: Anderson, M. (Ed.), *Sociología de la familia*. México: Fondo de Cultura Económica (Lecturas N° 32).
- Parsons, T. (1982). *El sistema social*. Madrid: Alianza Universidad.
- Piaget, J. (1974). *Seis estudios de psicología*. México: Seix Barral.
- Piaget, J. (1981). *Problemas de psicología genética*. Barcelona: Ariel.
- Piaget, J.; Inhelder, B. (1978). *Psicología del niño*. Madrid: Ediciones Morata.

- Pitch, T. (1980). *Teoría de la desviación social*. México: Nueva Imagen.
- Preston, S. H. (1989). Resources, Knowledge and Child Mortality: A Comparison of the US in the Late Nineteenth Century and Developing Countries Today. En: Cleland, J.; Santow, G. (Eds.), *Selected Readings in the Cultural, Social and Behavioral Determinants of Health*. Canberra: The Australian National University, Health Transition Center (Serie N° 1).
- Prost, A. (1992). Fronteras y espacios de lo privado. En: Ariès, Ph.; Duby, G. (Dirs.), *Historia de la vida privada* (Tomo V). Madrid: Taurus.
- Przeworski, A. (1982). Teoría sociológica y el estudio de la población. En: *Reflexiones teórico-metodológicas sobre investigaciones en población*. México: El Colegio de México.
- Ramírez Solórzano, M. A. (s/f). *Conformación, condiciones de vida y tendencia de una colonia popular productora de ladrillo en la ciudad de México. El caso de "Mesa Los Hornos" en la delegación Tlalpan (1965-1990)*. S/d. Mimeo.
- Ramos, S. (1981). Las relaciones de parentesco y de ayuda mutua en los sectores populares urbanos. Un estudio de caso. *Estudios de CEDES*, 4(1).
- Ransom, D. C., Locke, E.; Terry, H. E.; Fisher, L. (1992). The California Family Health Project: V. Family Problem Solving and Adult Health. *Family Process*, 31(3), diciembre.
- Ransom, D. C.; Fisher, L.; Terry, H. E. (1992). The California Family Health Project: II. Family World View and Adult Health. *Family Process*, 31(3), septiembre.
- Resseguie, L. J. (1973). Influence of Age, Birth Order and Reproductive Compensation on Stillbirth Ratios. *Journal of Biosocial Sciences*, 5.
- Rivera, R. A. (s/f). *La organización de los pobres; el fenómeno de autoayuda en el campo chileno*. S/d. Mimeo.
- Rolland, J. S. (1987). Chronic Illness and the Life Cycle: A Conceptual Framework. *Family Process*, 26, junio.
- Roman, E. et al. (1978). Fetal Loss, Gravidity and Pregnancy Order. *Early Human Development*, 2.
- Romero, D. (1989). *Las madres con más de un hijo fallecido en la infancia* [Tesis de maestría en demografía]. El Colegio de México, México.
- Sacchi, M. (1997). *Mortalidad infantil; un nombre, un rostro, una familia*. Buenos Aires: Flacso Argentina; Universidad de Buenos Aires.
- Sawyer, D. O. (1985). Considerações sobre o estado das artes nas pesquisas de mortalidade. S/d. Mimeo.
- Scheper-Hughes, N. (1992). *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.
- Schlaepfer, L. V.; Infante, C. (1992). La alimentación infantil en México y su relación con la utilización de servicios de salud materna. *Salud Pública de México*, 34(6), noviembre-diciembre.
- Schmidt-Relenberg, N. (s/f), *Los pobres de Venezuela: autoorganización de los pobladores, un informe crítico*. Buenos Aires: s/d.

- Schutz, A. (1974). *Estudios sobre teoría social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Schwarsweller, K. H. (1964). Parental Family Ties and Social Integration of Rural to Urban Migrants. *Journal of Marriage and the Family*, 26(4), noviembre.
- Selby, H. A. (1990). La familia urbana mexicana frente a la crisis. En: De la Peña, G.; Duran, J. M.; Escobar, A.; García de Alba, J. (Comps.), *Crisis, conflicto y sobrevivencia. Estudios sobre la sociedad urbana en México*. México: Universidad de Guadalajara; CIESAS.
- Sen, A. (1976). *Elección colectiva y teoría del bienestar social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Sen, A. (1984). Poor, Relatively Speaking. En: *Resources, Values and Development*. Oxford: Basil Blackwell.
- Sen, A. (1992). *Sobre ética y economía*. México: Alianza Editorial; CNCA.
- Shapira, N. et al. (1968). *Infant, Perinatal, Maternal and Childhood Mortality in the U.S.* Cambridge: Harvard University Press.
- Sigafoos, A.; Reiss, D. (1985). Rejoinder: Counterperspectives on Family Measurement: Clarifying the Pragmatic Interpretation of Research Methods. *Family Process*, 24(2), 207–211.
- Sigafoos, A.; Reiss, D.; Rich, J.; Douglas, E. (1985). Pragmatics in the Measurement of Family Functioning: An Interpretive Framework for Methodology. *Family Process*, 24(2), 189–203.
- Simons, J. (s/f). *Cultural Dimensions of the Mother's Contribution to Child Survival*. S/d. Mimeo.
- Sluzki, C. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Spitz, R. A. (1965). *El primer año de vida del niño*. Madrid: Aguilar.
- Stephen, B. J. (1952). The Conjugal Family and the Extend Family Group. *American Sociological Review*, 17(3), junio.
- Sussman, M. B.; Burchinal, L. G. (1980). La red familiar del parentesco en la sociedad urbana-industrial de los Estados Unidos. En: Anderson, M. (Ed.), *Sociología de la familia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Tepperman, L.; Jones, C. (1992). *The Future(s) of the Family: An International Perspective*. Ponencia en IUSSP – Peopling of the Americas Conference, Veracruz, México, mayo.
- The New England Journal of Medicine (1992). Infant Mortality as a Social Mirror [Editorial]. *The New England Journal of Medicine*, 4 de junio.
- Thomas, L.-V. (1985). *Antropología de la muerte*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Thomas, L.-V. (1991). *La muerte. Una lectura cultural*. Barcelona: Paidós Studio.
- Timio, M. (1986). *Clases sociales y enfermedad. Introducción a una epidemiología diferencial*. México: Editorial Nueva Imagen.
- Tomm, K. (1988a). Interventive Interviewing: Part I. Strate Sizing as a Fourth Guideline for the Therapist. *Family Process*, 27(1), marzo.
- Tomm, K. (1988b). Interventive Interviewing: Part II. Reflexive Questioning as a Means to Enable Self-Healing. *Family Process*, 27(1), marzo.

- Tomm, K. (1988c). Interventive Interviewing: Part III. Intending to Ask Lineal, Circular, Strategic or Reflexive Questions? *Family Process*, 27(1), marzo.
- Tuirán, R. (1992). Los hogares frente a la crisis: Ciudad de México, 1985-1988. En: CONAPO (Ed.), *La Zona Metropolitana de la Ciudad de México: Problemática actual y perspectivas demográficas y urbanas*. México: CONAPO.
- Turner, C. (1980). La importancia social del parentesco. En: Anderson, M. (Ed.), *Sociología de la familia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Valiente, S. et al. (1982). *Situación de familias pobres en el Gran Santiago y políticas para satisfacer sus necesidades básicas: un estudio de caso*. Santiago: CEPAL.
- Vallet, L.-A. (1986). Activité professionnelle de la femme mariée et détermination de la position sociale de la famille. *Revue Française de Sociologie*, XVIII.
- Van den Berghe, P. L. (1983). *Sistemas de la familia humana. Una visión evolucionista*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Van Gennep, A. (1986). *Los ritos de paso*. Madrid: Taurus.
- Von Bertalanffy, L. (1981). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Wegener, B. (1991). Job Mobility and Social Ties: Social Resources, Prior Job and Status Attainment. *American Sociological Review*, 56(1), febrero.
- Wolf, M. (1982). *Sociologías de la vida cotidiana*. Madrid: Cátedra.
- Zetterberg, H. (1981). *Teoría y verificación en Sociología*. Buenos Aires: Nueva Visión.



Este libro tiene una larga historia atravesada por cambios de trabajo, migraciones, nuevas investigaciones y un largo etcétera. El tema apareció, por primera vez, en una investigación realizada en Venezuela, en 1979. Se alojó en el "estante" de los pendientes y se retomó en 1984 en un trabajo presentado en el Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo. Volvió al "estante" del que salió con varios artículos, usando la información de la Encuesta Nacional Demográfica –realizada por el Consejo Nacional de Población de México–, y tomó un ritmo definitivo cuando se logró un financiamiento para realizar el trabajo de campo en 1988-1989. En este punto hubo una motivación adicional, la más importante: la constatación de que en todos los trabajos sobre mortalidad infantil faltaba la voz de los sobrevivientes, "el significado de la muerte de un niño en la familia". Este libro y el proceso que lo precedió busca "sacar" el tema del estrecho marco de las tasas de mortalidad infantil y humanizarlo.

El siguiente incentivo fue transformar el cúmulo de información en una tesis de doctorado cuando fui invitado por la Escuela de Salud Pública de la Fundação Oswaldo Cruz para ser parte de un nuevo programa. El trabajo en forma de tesis fue presentado en 1993 y aprobado por un comité evaluador de excelencia. Años después, y ante la presión de amigos y colegas, decidí transformar la tesis en libro. No fue fácil, pero el producto muy mejorado fue publicado por el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en el 2000 y por Lugar Editorial en el 2001. Esta nueva versión electrónica responde al entusiasmo de Hugo Spinelli, a quien agradezco su iniciativa y su interés.