



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y  
ESTUDIOS SUPERIORES EN  
ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

---

---

**SABERES MATERNOS Y  
PADECIMIENTOS INFANTILES.  
Recursos de atención biomédicos  
y populares en el Pedregal de  
Santo Domingo**

**T E S I S**

QUE PARA OPTAR AL GRADO DE  
**MAESTRA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

P R E S E N T A  
**ANA VICTORIA MORÁN PÉREZ**

DIRECTOR DE TESIS:  
**DR. EDUARDO LUIS MENÉNDEZ SPINA**

**AGOSTO DE 2015**

**MEXICO, D. F.**

*LECTORAS:*

*DRA. ROSA MARÍA OSORIO CARRANZA*

*DRA. ZUANILDA MENDOZA GONZÁLEZ*

*DRA. LINA ROSA BERRIO PALOMO*

*A mi mamá (QEPD)*

## Índice

<b>Agradecimientos</b> .....	<b>5</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>7</b>
<b>PARTE UNO: ADENTRÁNDOSE EN LA INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>17</b>
<b>Capítulo I</b> .....	<b>18</b>
<b>El proceso salud/enfermedad/atención/prevención y los saberes maternos: una aproximación teórica y metodológica</b> .....	<b>18</b>
<b>Marco referencial</b> .....	<b>18</b>
1. Los argumentos teóricos .....	18
2. El proceso salud/enfermedad/atención/prevención.....	20
3. El papel de las madres y su red social en los procesos s/e/a/p .....	29
<b>Estrategia metodológica</b> .....	<b>46</b>
1. Puntos de partida.....	49
2. Diseño de investigación .....	52
3. Instrumentos de investigación .....	59
<b>Capítulo II</b> .....	<b>65</b>
<b>Una aproximación al Pedregal de Santo Domingo y a una parte de sus habitantes</b> .....	<b>65</b>
<b>El barrio de Santo Domingo: un barrio popular en la Ciudad de México</b> .....	<b>65</b>
1. Aproximación etnográfica a la zona de estudio .....	65
2. Aproximación sociodemográfica.....	71
3. Panorama de los servicios de salud .....	76
<b>Acercamiento a la vida de seis madres de familia</b> .....	<b>81</b>
1. Grupo uno: mayor desventaja socioeconómica.....	83
2. Grupo dos: menor desventaja socioeconómica.....	87
A modo de conclusión .....	91
<b>PARTE DOS: LOS SABERES MATERNOS SOBRE LAS ENFERMEDADES INFANTILES</b> .....	<b>94</b>
<b>Capítulo III</b> .....	<b>95</b>
<b>Los saberes maternos sobre las enfermedades infantiles alopáticas y tradicionales</b> .....	<b>95</b>
<b>Apuntes sobre los saberes de las enfermedades</b> .....	<b>95</b>
1. Categorías para la descripción y análisis de las representaciones .....	96
<b>Grupo 1: mujeres con mayores desventajas socioeconómicas</b> .....	<b>100</b>
1. El caso de Gabriela: Una madre trabajadora y casada pero que se asume como soltera .....	100
2. El caso de las hermanas Mari y Yuri: del campo en Yehualtepec a la cocina en Santo Domingo.....	110
<b>Grupo 2: mujeres con menores desventajas socioeconómicas</b> .....	<b>120</b>
1. El caso de Hilda: la boliviana que pasó por Madrid y llegó a Santo Domingo....	120
2. El caso de Maylem: de ama de casa a promotora del Partido de la Revolución Democrática (PRD).....	129
3. El caso de Mariela: una madre con dos hijos muy “enfermizos” .....	136
A modo de conclusión .....	145



<b>Capítulo IV.....</b>	<b>149</b>
<b>Acciones de autoatención y papel de la red social .....</b>	<b>149</b>
<b>Las prácticas de autoatención .....</b>	<b>150</b>
1. Las enfermedades alopáticas y el ámbito de la autoatención .....	150
2. Las enfermedades “tradicionales” y sus respectivas acciones de autoatención ...	164
3. La autoatención más allá de los procesos de enfermedad .....	169
<b>El peso de la red social en los saberes maternos.....</b>	<b>178</b>
<b>A modo de conclusión .....</b>	<b>185</b>
<b>PARTE TRES. LAS FORMAS DE ATENCIÓN BIOMÉDICAS EN EL PEDREGAL DE SANTO DOMINGO .....</b>	<b>188</b>
<b>Capítulo V.....</b>	<b>189</b>
<b>Del Centro de Salud a los consultorios similares y genéricos.....</b>	<b>189</b>
<b>Condicionantes en las decisiones de atención en los servicios de salud .....</b>	<b>191</b>
<b>Atención médica oficial .....</b>	<b>196</b>
1. Formas de atención biomédica oficial del grupo uno .....	198
2. Formas de atención biomédica oficial del grupo dos.....	202
<b>Atención médica privada .....</b>	<b>209</b>
1. Formas de atención biomédica privada del grupo uno.....	211
2. Formas de atención biomédica privada del grupo dos.....	215
<b>A modo de conclusión .....</b>	<b>219</b>
1. El predominio de la medicina privada de primer nivel: un punto de encuentro .....	223
<b>Conclusiones .....</b>	<b>227</b>
<b>De saberes maternos, padecimientos infantiles y formas de atención en el Pedregal de Santo Domingo .....</b>	<b>227</b>
<b>Índice de tablas, esquemas y mapas .....</b>	<b>244</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>245</b>

## Agradecimientos

Cuando empecé a elaborar mi proyecto de investigación, semilla primaria de esta tesis, nunca pensé que así como cambiaría mi proyecto, cambiaría mi vida. Tampoco me imaginé el vínculo emocional tan fuerte que entablaría con él, el cual está asociado a lo que para mí representa haber elaborado y finalizado este trabajo.

La conclusión de este proyecto significa para mí más que un logro académico, un logro personal. No sólo implica concluir con una fase académica sino que supone terminar un ciclo lleno de dificultades cuyo eje giraron en torno a un largo, tortuoso y triste proceso por la enfermedad y muerte de mi madre.

Después de varios momentos de claudicación, la fortaleza que mi madre enraizó en mí, me permitió seguir adelante y, finalmente, terminar con este proyecto. Es por ello que quiero dedicar esta tesis al ser más amado de mi vida, quien me enseñó a tener persistencia, decisión, fuerza y pasión en todo lo que hago, a mi mamá.

Dado que simplemente no puedo desvincular la elaboración de ese trabajo con ese suceso personal, es que quiero agradecer a todos aquellos que en el momento más difícil de mi vida supieron apoyarme y hacerme sentir consuelo, cariño y me brindaron confianza haciéndome saber que yo podía seguir con esto.

Es por ello que antes que nada agradezco a mi director de tesis, el Dr. Eduardo Menéndez, quien me mostró no sólo su innegable calidad como académico, docente y tutor, sino ante todo su calidad humana, así como su enorme sensibilidad y capacidad de comprensión ante circunstancias adversas.

Agradezco a mi principal sostén en este proceso, sobre todo a su gran amor, cariño y apoyo hacía mí en todo momento, a mi papá.

A Lalo, por su paciencia, por sus palabras de convencimiento, por su cariño y compañía incondicional.

A todos mis profesores de la línea de Antropología Médica por haberme introducido en este terreno que para mí era desconocido. Agradezco sus invaluable enseñanzas y sus fructíferos consejos para mejorar mi trabajo. Al Dr. Sergio Lerín, la Dra.

Diana Reartes, la Dra. Rosa María Osorio, a la Dra. María Eugenia Módena, quien supo escucharme cuando lo necesitaba. A la Dra. Lina Rosa Berrio por su gran entrega y compromiso hacia mi proyecto, así como por sus sugerencias que siempre fueron una luz en este enredoso camino.

A la Dra. Zuanilda Mendoza por haber aceptado ser lectora de este trabajo y formar parte de mi comité de tesis.

Al personal de salud de la “Escuelita”. En especial a Edith, quien me acogió en un momento de desasosiego y descobijo. Gracias por abrirme las puertas.

A Hilda, Maylem, Mari, Yuri, Mariela y Gaby, por haberme compartido un poco de su ocupado tiempo. Con ustedes pude comprobar la fuerza del amor que una madre tiene hacia sus hijos.

A mis mejores amigos, Rubén y Fani, por aguantar mis constantes negativas a sus invitaciones.

A mi familia, tías y tíos, que siempre han estado pendientes de mí.

A mis compañeros de maestría, y en particular a Carlos, Belém y Leticia, mis compañeros de línea de especialización, quienes fueron partícipes de los diferentes procesos de esta investigación, y contribuyeron activamente en su conformación.

Finalmente, a las instituciones que apoyaron este proyecto, CIESAS y CONACYT, quien me apoyó con un financiamiento durante dos años para realizar esta investigación.

## Introducción

Durante el trabajo de campo varias veces me cuestioné sobre la trascendencia de investigar una temática que no me parecía fuese problema para las mujeres de Santo Domingo, las enfermedades que sus hijos padecen y la forma en que las atienden. En muchos momentos me sentí ociosa y sentía que ellas así me percibían. ¿Qué de importante puede tener algo trivial y mundano como la gripe de un niño y la forma de ser curada por su madre? Esta pregunta cobra más sentido en un contexto en el cual a diferencia de la Sierra Tarahumara, el espacio en el que inicialmente tenía previsto trabajar con este tema, son menos los niños que mueren a causa de una infección respiratoria o de una gastroenteritis, y menos aún los que fallecen a causa de empacho o mal de ojo. Por ende, pensaba que esto no sería un problema social para Santo Domingo, lugar en donde terminé haciendo mi investigación, más por designio del destino que por elección propia.

La verdad es que me costó trabajo reconciliarme con mi problema de estudio, revalorarlo y reasignarle la trascendencia social que realmente tiene, aún cuando pareciera que en el contexto y con los actores con quienes trabajé no la tuviera. En realidad mi preocupación por evidenciar la relevancia social de esta investigación tiene más que ver con mis propias ideas sobre lo que significa el quehacer del antropólogo que, desde mi perspectiva, no sólo se reduce a generar conocimiento acumulado en bibliotecas. Me parece que el potencial de la antropología permite ir más allá de eso, nos puede conducir a producir un conocimiento que cuestione, problematice y, eventualmente, modifique algo del orden social en el que vivimos. Por ello, para mí era importante estudiar algo que fuera considerado relevante para las mujeres protagonistas de la tesis.

Poco a poco me fui dando cuenta de que el valor de este trabajo estaba ahí oculto, y que pasaba por el hecho de mostrar una realidad ignorada e invisibilizada debido a que se trata de hechos sumamente cotidianos, habituales y de “poca” relevancia. Es la que viven seis mujeres ordinarias con las que uno puede interactuar diariamente en diferentes espacios de la vida social, y a las cuales uno no suele prestar atención: la señora que atiende en algún puesto de comida, que

va en los transportes públicos, o que camina por las aceras de uno de los diversos barrios populares de la ciudad. Todas ellas son madres, algo común y que tampoco llama la atención, viven en algún barrio popular de la Ciudad de México, apenas llegan a fin de mes y viven en condiciones adversas a las que de una u otra forma saben cómo hacer frente.

Ante mis dudas, me preguntaba qué mayor trascendencia que la de dar luz a la sombra social en la que dichas mujeres están ocultas. Así como dar a conocer parte de una realidad cotidiana llena de carencias, injusticias, lágrimas y desesperación; pero también de alegrías, risas, y disfrute, pues si algo me llama la atención de una buena parte de las personas que pertenecen a los sectores populares es su capacidad de solidaridad, disfrute y creatividad para hacer frente a la adversidad. A esto añadido que una de las mejores vías para dar a conocer un fragmento de sus vidas es mostrando su habilidad para ser madres y para atender a sus hijos cuando enferman de algo.

Los estudios sobre cultura médica y saberes maternos, como es el caso de esta tesis, contribuyen a la visibilización de actores, procesos y eventos que son obviados dada la cotidianeidad que los caracteriza. Entre tales eventos se encuentra la forma en que las madres asumen y resuelven las enfermedades de sus hijos. Justamente, una de las metas de este trabajo es reivindicar la trascendencia de esos hechos triviales, que forman parte del día con día, y en donde las mujeres, particularmente las madres, ocupan un lugar esencial. Se trata de reconocer la idea de las madres como agentes curadoras, como figuras clave para la reproducción biológica, social, económica y cultural de las unidades domésticas, así como reivindicar el rol que éstas tienen frente a los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención (de ahora en adelante procesos de s/e/a/p), algo que suele ser ignorado por la biomedicina.

Al inicio de la tesis no tenía contemplado apoyarme en algunos planteamientos de la perspectiva de género; sin embargo, conforme fui conociendo la realidad sociocultural de las mujeres de Santo Domingo, me di cuenta de que no sólo me podía concentrar en lo referente al proceso s/e/a/p, ya que el análisis de dicho proceso requería tomar como eje el papel de las madres en la atención a la

salud infantil dentro de un contexto de desigualdad socioeconómica y, en el que por más que yo me negara a ver, me mostraba relaciones de género. Por tanto, resultó necesario recuperar algunas ideas de dicha perspectiva. En tanto, pese a que este trabajo no es como tal una etnografía feminista, sí creo que toma elementos importantes de la misma, como el hecho de ubicar como claves epistemológicas centrales la búsqueda de la desnaturalización<sup>1</sup> y visibilización (Castañeda, 2010) de un grupo de madres de familia.

En síntesis, el hecho de ser madre y de ejercer la maternidad obedece a una construcción sociocultural con significados diferenciados según el contexto en el que tenga lugar. Por ello, es necesario problematizar las representaciones y acciones sociales producidas por las mujeres en torno a la enfermedad de sus hijos, ya que éstas se encuentran filtradas por diversos factores culturales, subjetivos, o incluso por la posición de desventaja social y económica en las que tales mujeres se encuentran y que tienen lugar dentro de un entorno más amplio de desigualdad generalizada.

### ***1. Objetivos, preguntas e hipótesis de investigación***

Esta investigación consiste en dar cuenta de cuáles son las representaciones sociales de seis madres de familia que viven en la colonia popular Pedregal de Santo Domingo, en la Ciudad de México, respecto de cuatro tipos de enfermedades. Me interesa analizar esto a partir de dos ejes, qué piensan y dicen dichas madres sobre tales enfermedades, así como saber qué hacen y por qué lo hacen. Es decir, dar cuenta de sus representaciones y acciones al respecto, lo cual se conjuga en la categoría de saberes maternos. Uno de los fines que atraviesa toda la tesis es dar cuenta de cómo a partir de dichas representaciones y acciones, se constituye el pluralismo médico en el contexto específico de un barrio urbano-popular actual.

---

<sup>1</sup> Pese a que recupero el uso que el feminismo le da al término ‘desnaturalización’, hay que aclarar que éste no es un invento del feminismo, sino que es producto de la discusión sobre lo cultural y lo biológico que dio la antropología de los Estados Unidos entre 1930 y 1950, y que el feminismo retomó. Entiendo la ‘desnaturalización’ como un proceso que intenta evidenciar que la ‘naturaleza’ de las diferencias sexuales son dotadas de significado social y cultural, y por lo tanto obedecen a un constructo social y cultural, en donde inciden diversos tipos de procesos, incluidas relaciones de poder que naturalizan tales diferencias.

Debido a que algunos de los intereses iniciales estaban pensados para un contexto sociocultural muy diferente como lo es la región de la Tarahumara, tuve que replantearlos para el nuevo contexto, aunque conforme me encontré con los datos de campo y comencé a elaborar la descripción y análisis de los mismos, las preguntas y objetivos reformulado también cambiaron. De tal forma que al comienzo una preocupación central era reconstruir las trayectorias de atención de cada uno de los padecimientos, para de esa forma dar cuenta de la articulación entre recursos de atención biomédicos y populares. Sin embargo, en el camino me di cuenta de que mi material más bien refería a una conjugación de saberes expresados por la madres referentes a los padecimientos de sus hijos, a cómo los conciben y a qué hacen cuando éstos ocurren, más que a la descripción de las trayectorias de atención, por lo cual terminé enfocándome en la descripción y el análisis de los saberes maternos.

Las preguntas básicas que me planteo investigar con este trabajo son las siguientes:

- 1) ¿Cuáles son los saberes maternos respecto a las enfermedades respiratorias, gastrointestinales, al empacho y al mal de ojo?
- 2) ¿Cuáles son las formas de atención biomédicas y domésticas utilizadas por las mujeres para enfrentar las enfermedades de sus hijos?
- 3) ¿De qué modo inciden en los saberes maternos y en las acciones de atención tanto las condiciones de desventaja así como la dimensión subjetiva y su red social?

Los objetivos generales y específicos:

1. Describir y analizar los saberes que tienen seis madres que viven en Santo Domingo, respecto a dos enfermedades alopáticas (respiratorias y gastrointestinales) y dos “tradicionales” (empacho y mal de ojo) que padecen sus hijos en edad infantil y preescolar.

- 1.1. Describir y analizar las representaciones sociales sobre causalidad en torno a cuatro enfermedades.
  - 1.2. Describir y analizar las representaciones sociales que las madres tienen sobre frecuencia y síntomas que presentan las enfermedades.
  - 1.3. Describir y analizar las representaciones sociales sobre la forma en que se lleva a cabo el proceso diagnóstico.
  - 1.4. Describir y analizar cómo interviene el criterio de gravedad en la emisión de diagnóstico y en la resolución práctica.
2. Describir y analizar con base en las representaciones sociales de las mujeres, las formas de atención utilizadas por ellas para tratar y solucionar las enfermedades que padecen sus hijos, así como el papel de su red social en dicho proceso.
    - 2.1. Describir y analizar las formas de atención biomédica oficiales y privadas utilizadas.
    - 2.2. Describir y analizar las formas de atención populares empleadas en el ámbito doméstico.
    - 2.3. Describir y analizar las formas de autoatención amplia y restringida usadas para los padecimientos alopáticos y para los “tradicionales”.
    - 2.4. Describir y analizar cuál es el papel de la red doméstica y comunitaria en la conformación de saberes maternos.
3. Describir y analizar cuáles son las representaciones de las madres respecto a la articulación entre las distintas formas de atención biomédica que ellas utilizan.
    - 3.1. Describir y analizar cómo se vinculan los sectores privados y oficiales en las acciones de las madres.
    - 3.2. Describir y analizar las condicionantes coyunturales, subjetivas, socioculturales y estructurales que se presentan en las decisiones de atención en el ámbito biomédico.



### 3.3. Describir y analizar hasta qué punto las condiciones diferenciales de desventaja social y económica de estas mujeres determinan las decisiones de atenderse en los sectores privado y oficial.

Las hipótesis también fueron cambiando conforme me fui enfrentando a los datos de campo, pues inicialmente una de ellas era que las mujeres acudían con terapeutas biomédicos y populares para atender los cuatro tipos de padecimientos de sus hijos, pero que era con los terapeutas biomédicos con los que más asistían. Sin embargo, los materiales empíricos mostraron que únicamente tenían presencia los terapeutas biomédicos, y que los recursos de atención populares solamente estaban presentes en el plano de la autoatención.

Además, apareció algo que no me había planteado y era relevante, como lo es la utilización de la medicina privada y de la medicina oficial, y el hecho de que ambas ocupan un lugar principal en las formas de atención empleadas por todas las mujeres. Por lo tanto, esto se convirtió en una preocupación nueva que incorporé a la investigación, y que me resultó fundamental para comprender la particularidad del pluralismo médico en Santo Domingo. En tal sentido, me planteé las siguientes preguntas: ¿Cómo la medicina privada del barrio y la medicina oficial inciden en las acciones de autoatención? ¿Qué formas de atención médica del sector privado están en real acceso para las mujeres? y ¿cómo se vincula según las representaciones de las madres, la medicina oficial con la medicina privada en el caso de la atención a la salud infantil?

De tal modo que las hipótesis de investigación son las siguientes:

- 1) Los saberes maternos producidos respecto a cada enfermedad tienen ciertas características similares, como el hecho de que todos refieren a una causalidad; y que son interpretados con base en una lectura de los síntomas presentados, lo cual conduce a la emisión de diagnósticos. Sin embargo, también presentan diferencias considerables, sobre todo en relación al tipo de padecimiento que se trate, es decir, si es “tradicional” o alopático.
- 2) Las formas de atención biomédica y la autoatención resultan ser las más presentes en las representaciones de las madres. Además, la forma de

atención biomédica se constituye por el uso de los sectores oficial y privado, a los cuales las madres acuden pero de forma diferencial según su condición de desventaja socioeconómica.

- 3) Los saberes maternos son sumamente heterogéneos, pues tienen como base la subjetividad de las propias madres, es decir, sus experiencias, vivencias, sensaciones y conocimientos propios; así como el peso de la red social, o las condiciones materiales de vida de cada una de ellas.

A pesar de que la temática abordada en esta tesis ya ha sido muy estudiada desde la Antropología Médica (Osorio, 1994; 2001; Mendoza, 2011), creo que esta investigación adquiere pertinencia en tanto que contribuye con un acervo que recupera la propia voz de las mujeres respecto a un problema cotidiano de su vida. Un problema al cual toda madre se enfrenta en diversas ocasiones: la gripe, diarrea o empacho de sus hijos.

El estudio de estos episodios de enfermedad desde las lentes que nos proporciona la antropología puede mostrar la complejidad de una realidad social particular: sentido común, sistemas de creencias, experiencias propias y ajenas, condiciones económicas limitadas, servicios de salud con deficiencias y limitaciones, relaciones de poder entre los sujetos y conjuntos sociales, relaciones de género y generación que producen conflictos en los propios grupos domésticos, vidas con carencias sociales de diferente magnitud que se compensan con relaciones de solidaridad, apoyo mutuo y amor hacia los más vulnerables, los niños. A fin de cuentas me parece que el estudio de los procesos s/e/a/p es una puerta de entrada para entender una parte de una realidad sociocultural densa, compleja e innegablemente heterogénea.

### ***1.1 Relevancia de la investigación***

Considero que los aportes y originalidad de este trabajo pueden resumirse a continuación. En principio se trata de una investigación que ofrece una descripción y análisis sobre la atención a la salud infantil y la constitución de los saberes maternos en un contexto diferente al de otros trabajos que versan sobre esta

misma temática (Osorio, 1994; 2001), es decir, en un contexto urbano-popular. La especificidad del contexto, obliga a pensar en algo que no está tan presente en otros trabajos previos, como lo es el uso de los sectores privados y oficiales de atención, los cuales en ámbitos rurales o semi-rurales están presentes pero no de forma tan abundante y diversa como sucede en Santo Domingo.

Además, haber realizado esta investigación en el momento actual, el cual se caracteriza por un proceso acelerado de proliferación de múltiples farmacias que ofrecen servicio médico gratuito o a muy bajo costo, ha conllevado a reflexionar sobre el impacto que esto tiene entre los sectores subalternos. Esto es algo que me parece una aportación relevante a los estudios sobre atención a la salud infantil en espacios urbano- populares del siglo XXI.

En resumen, pienso que el predominio que tiene la medicina privada de primer nivel en las acciones de atención de un grupo de sujetos que viven en condiciones de precariedad económica, no es algo que deba ser obviado. Por el contrario, se trata de un hallazgo que aunque ya ha sido registrado por otros trabajos, merece la pena seguir siendo estudiado. Por tanto, estimo que esta investigación marca una veta de estudio al respecto, por lo menos en relación al caso de Santo Domingo y de otras colonias populares con características similares.

## **2. Estructura de la tesis**

La estructura de la tesis está conformada en tres partes. La primera está constituida por los capítulos uno y dos, y se enfoca en explicar el marco teórico y la metodología empleada, así como en mostrar una descripción etnográfica del lugar de estudio.

En el capítulo uno se establecen los puntos de partida teóricos y metodológicos que dan cuerpo al marco referencial de la investigación. Estos están planteados de acuerdo a dos ejes centrales: los saberes maternos respecto del proceso s/e/a/p. Entre dichos ejes se entrecruzan conceptos fundamentales como el de modelos de atención, principalmente el de autoatención y biomédico. Asimismo, la noción de saberes maternos da pie para introducir algunos elementos

teóricos elaborados desde el enfoque de género. Por último, se explicita de forma detallada la estrategia metodológica empleada.

En el capítulo dos se busca establecer una aproximación etnográfica del Pedregal de Santo Domingo, así como mostrar algunos datos sociodemográficos que ayuden a contextualizar el escenario en el que se desenvuelven las madres, sobre todo a partir de la descripción del panorama de los servicios de salud a los que tienen acceso. También, se presenta una caracterización metodológica de las seis informantes, así como de cada uno de los dos grupos en los que decidí dividir la muestra. Estos grupos están diferenciados de acuerdo a criterios que expresan su condición de desventaja social y económica dentro de un contexto más amplio de desigualdad, algo que tiene peso en las acciones de atención biomédica de tales mujeres. En tanto, la idea es presentar a las mujeres para de esa forma entender mejor sus representaciones sobre los padecimientos, así como sus acciones al respecto.

En la segunda parte de la investigación el objetivo es dar cuenta de cuáles son los saberes de las madres respecto a las enfermedades gastrointestinales, respiratorias, al empacho y al mal de ojo que presentan sus hijos. Se intentará mostrar con base en lo que las propias mujeres dicen, cómo se construyen dichos saberes. Para ello, los saberes de las madres son analizados desde dos perspectivas interrelacionadas: los elementos subjetivos de las mujeres, es decir, sus experiencias, vivencias y sensaciones; así como los elementos estructurales que le dan contexto a cada una de estas mujeres y que permiten comprender mejor las particularidades de cada una de ellas.

Esta parte se constituye por los capítulos tres y cuatro. La descripción y análisis de los saberes maternos son el núcleo del capítulo tres, los cuales sientan las bases etnográficas y analíticas para documentar e interpretar las acciones respecto a la atención, tanto a nivel de la autoatención como de la atención especializada. En el capítulo cuatro se describen y analizan las actividades de autoatención a las enfermedades alopáticas y a las “tradicionales”. Se da cuenta de la articulación entre recursos biomédicos y populares expresado en las prácticas de atención doméstica, así como del papel que tiene la red social de las madres en

este proceso, un punto que está presente en la construcción/apropiación de los saberes maternos. Esto es sumamente importante para comprender los discursos y acciones de las madres como parte de un conjunto social más amplio.

La tercera parte de la investigación se centra en describir las formas de atención biomédica tanto oficiales como privadas utilizadas por las mujeres entrevistadas. Esta discusión se desarrolla en el capítulo cinco, en donde se describe la atención biomédica como una forma de atención que adquiere especial relevancia en las trayectorias de atención a las enfermedades infantiles. Esta última parte es importante para entender la particularidad de la atención a la salud infantil en Santo Domingo en el contexto actual, dado que la medicina privada se vuelve una opción de atención más accesible a la medicina oficial de primer nivel.

Finalmente, en el último capítulo se presentan las conclusiones, en donde intento mostrar un balance crítico final sobre las limitantes y los alcances de la investigación.

## **PARTE UNO: ADENTRÁNDOSE EN LA INVESTIGACIÓN**

## Capítulo I

### **El proceso salud/enfermedad/atención/prevenición y los saberes maternos: una aproximación teórica y metodológica**

#### **Marco referencial**

##### **1. Los argumentos teóricos**

Esta investigación tiene como objetivo describir y analizar los saberes de las madres sobre algunas de las enfermedades que sus hijos presentan, para de esa forma conocer qué piensan sobre tales padecimientos y qué hacen al respecto. La idea es analizar cómo operan tales saberes en el contexto particular del barrio de Santo Domingo. Asimismo, se busca incluir en dicha descripción y análisis algunas variables que inciden en la conformación de los saberes maternos en torno a las enfermedades infantiles, desde el papel de la red doméstica y comunitaria de la mujer hasta la posición en la que se ubica dentro de un contexto de desigualdad estructural expresada de forma diferenciada. A ello se añaden el peso de la propia subjetividad de las madres. En última instancia, el propósito es dar cuenta de la complejidad que implica analizar el proceso s/e/a/p, el principal eje de análisis de la investigación.

De esta forma es que el aparato teórico está conformado por dos líneas que nos posibilitan mostrar tales ejes:

- 1) Los saberes maternos (Osorio, 1994; 2001; 2013) como la base teórica y metodológica para comprender la forma en que se construye socioculturalmente el proceso s/e/a/p.
- 2) Algunas propuestas teóricas relacionales expresadas a través de varios conceptos planteados y desarrollados desde la Antropología Médica, como el de proceso s/e/a/p (Menéndez, 1994), modelos médicos y autoatención (Menéndez, 1984; 1990; 2009).

De igual forma, se referirá a la importancia de las redes sociales en los procesos s/e/a/p (Bronfman, 2001) debido a que es una de las cuestiones que me interesa plantear. Asimismo, considero que algunos planteamientos de la perspectiva de

género son útiles para entender el papel de la mujer en la atención a la salud infantil. Igualmente, hay un concepto que atraviesa toda la tesis, y que forma parte importante de lo que quiero exponer, el concepto de desigualdad. Los motivos por los cuales se hace uso de este concepto es porque las mujeres con las cuales se ha trabajado están insertas en un contexto de desigualdad socioeconómico, por lo que es una cuestión importante para el análisis.

La base teórica de este trabajo está fundamentada en algunos de los conceptos elaborados desde la Antropología Médica, y de forma más específica en la Antropología Médica Crítica (AMC).<sup>2</sup> La AMC pone en el centro del análisis las condiciones materiales de vida que rodean los procesos s/e/a/p, por lo que no solamente brinda atención a la dimensión microsocial de la enfermedad sino también a analizar cómo la dimensión macrosocial interviene en los procesos de enfermedad. Esto resulta interesante, en tanto quiero mostrar hasta qué punto influyen las condiciones materiales de vida, condicionantes de tipo estructural, en la forma en que las madres construyen sus saberes sobre la enfermedad, siempre tratando de vincular la dimensión estructural con la particularidad de cada sujeto. Por ende, la AMC da la posibilidad de hacer un “análisis riguroso de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en donde la cultura y la economía, la ideología y las bases duras de la vida material, pueden entenderse de forma dialéctica” (Martínez Hernández, 2008:169). A esto sumaría que el análisis puede ampliarse al estudio de la dimensión subjetiva de la enfermedad.

De tal forma, retomar ciertos postulados de la AMC implica centrarme tanto en la dimensión material y económico-política de la enfermedad como en la dimensión subjetiva y sociocultural, en la cual los protagonistas son los sujetos que enferman, que explican su enfermedad, y que la curan con base en una eficacia simbólica, técnica y pragmática. Por dimensión subjetiva entiendo todas aquellas experiencias vividas, sensaciones, ideas, pensamientos y conocimientos que

---

<sup>2</sup> Ésta surge en la década de los setenta, como respuesta a las posturas de la Antropología Aplicada a la Clínica (AAC), así como a los enfoques funcionalistas y hermenéuticos entonces predominantes. Aunque se trata de una corriente sumamente heterogénea en cuanto a sus planteamientos (Martínez Hernández, 2008), la mayoría de ellos coinciden en que parte de una perspectiva crítica basada en tres cuestiones: 1) el estudio de las condiciones económico-políticas de la enfermedad, 2) el análisis macrosocial del proceso salud/enfermedad/atención (de forma paralela al análisis microsocial), y 3) la denuncia del papel coercitivo y mistificador de la biomedicina (Martínez Hernández, 2008:147).



constituyen al sujeto, y que dan forma a su estar en el mundo (Noirel, 1989 en Jodelet, 2008). Las representaciones sociales son una parte de esa dimensión subjetiva, algo que se aclarará más adelante cuando se defina ese concepto.

Al introducir este debate lo que intento hacer es plantear cómo entiendo a los sujetos con los que trabajo y cómo pienso que entran en relación con la estructura.<sup>3</sup> De este modo es que considero que los sujetos establecen una forma de pensar, de ser y hacer en un entorno que está condicionado por variables económicas, sociales y culturales, pero que a pesar de eso, tienen cierto rango de acción y decisión propias, producto de su propia experiencia en el mundo, misma que se observa en algunas de las prácticas de atención de la madre. En este trabajo los sujetos son concebidos como actores sociales activos, “concernidos por los diferentes aspectos de la vida cotidiana que se desarrolla en un contexto social de interacción y de inscripción” (Jodelet, 2011: 51).

## **2. El proceso salud/enfermedad/atención/prevención**

Uno de los ejes principales de esta investigación gira en torno a la enfermedad y a la atención de la enfermedad, para lo cual retomo la propuesta del proceso s/e/a/p. El proceso s/e/a/p es un continuum en donde salud, enfermedad, atención, y prevención, están interrelacionados entre sí (Menéndez, 1994). Estas cuatro dimensiones existen en todas las sociedades, pero adquieren una dimensión particular de acuerdo al contexto en el que ocurren, pues intervienen factores culturales, sociales, económicos, históricos, políticos, fenomenológicos, psicológicos y biológicos que son diferenciales.

El proceso s/e/a/p es definido como un “universal que opera estructuralmente –por supuesto que en forma diferenciada- en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran” (Menéndez, 1994: 73).

---

<sup>3</sup> Esta inquietud forma parte de un debate ya clásico y muy discutido por la antropología y la sociología, que es el de la relación sujeto/ estructura, el cual ha sido abordado con diferentes miradas, pero que básicamente parte de dos visiones: la de ver al individuo o actor en oposición a la sociedad, sistema social o estructura; o la postura que ve al individuo como agente (Giddens, 1982).

Por ahora no profundizo en esta discusión no porque no sea relevante, sino porque considero que no es necesario ahondar en ella dado que no toca directamente al problema de estudio. Me parece que es más pertinente señalar cuál es mi propia posición al respecto.

Esto hace pensar que dicho proceso adquiere sentido de acuerdo a cada contexto, y a cómo los conjuntos sociales y los sujetos se apropian del mismo, de acuerdo a sus condiciones estructurales, culturales y subjetivas. De tal modo que la enfermedad se presenta en sujetos particulares que forman parte de un mundo social y cultural determinado, el cual crea condiciones, posibilidades y limitaciones. En tal sentido “la enfermedad no ocurre solamente en los cuerpos sino que atraviesa el conjunto de las representaciones sociales en todos los planos” (Good, 1994 y Alves, 2006 en Margulies, 2010: 66).

Este proceso conlleva una serie de significaciones y simbolizaciones colectivas en torno a los padecimientos, así como respuestas que los conjuntos sociales generan ante tales padecimientos; mismas que implican saberes para “enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos” (Menéndez, 1994: 71). En este sentido, el proceso s/e/a/p supone la existencia de representaciones y prácticas diferenciadas de acuerdo a cada sociedad y a los sujetos sociales que la componen, en torno a cómo pensar las enfermedades y como intervenir en ellas (Menéndez, 1994). Justo es esta doble dimensión la que me interesa trabajar, es decir, indagar en la producción de significados colectivos en torno a las enfermedades infantiles, y en la respuesta social de las madres, partiendo del supuesto de que los microgrupos y grupos domésticos “necesitan producir estrategias de acción técnica y socioideológica respecto de los padecimientos que reconocen como tales” (Menéndez, 1994).

Como se ha dicho, el proceso s/e/a/p no sólo va a diferir de acuerdo al contexto en el que tenga lugar y a los sujetos y grupos que le den cabida, sino al tipo de enfermedad, pues cada enfermedad supone significaciones distintas, así como formas de actuar diferentes. Por lo cual, no será interpretada y no operará de la misma forma ante una enfermedad crónica como el cáncer, que ante una infección respiratoria aguda o ante una enfermedad de tipo “tradicional” como el empacho. Cada uno de estos padecimientos produce metáforas sociales distintas (Sontag, 2011), así como estrategias de acción diversas. En el caso de este trabajo, los tipos de enfermedades que me ocupan son de dos tipos: enfermedades alopáticas agudas y enfermedades “tradicionales”, lo cual acota el universo de

representaciones y prácticas de las madres, más aun si consideramos que los sujetos enfermos son sus hijos.

a) Sobre las enfermedades alopáticas y “tradicionales”

Considero que es necesario problematizar la distinción entre padecimiento alopático y “tradicional”, ya que esta ha generado una serie de discusiones producidas desde la Antropología Médica, las cuales cuestionan la pertinencia de dicha dicotomía, así como las denominaciones de la misma.

Desde sus inicios la antropología estudió mucho más los padecimientos “tradicionales” que los alopáticos, y casi no tomaba en cuenta la información sobre mortalidad y morbilidad en términos de tasas. Este hecho produjo una exclusión de ciertos procesos de suma importancia para comprender el proceso s/e/a/p en toda su complejidad. Por ejemplo, los índices de morbilidad y mortalidad que se presentaban en las poblaciones indígenas rurales estudiadas eran omitidos. Índices que, por cierto, tendían a ser más elevados en los sujetos de las poblaciones que se constituían como los sujetos de estudio privilegiados de la disciplina, grupos indígenas rurales, que en los contextos urbanos.

Cuando los padecimientos alopáticos se empezaron a ver como una problemática de salud relevante, sobre todo en poblaciones marginales, se empezaron a producir más estudios sobre éstos pues se cayó en cuenta de que la gente moría más de gastroenteritis que de susto o mal de ojo.<sup>4</sup> Este incremento en la producción antropológica en torno a padecimientos gastrointestinales no sorprende:

Si se considera el alto costo de morbimortalidad asociado a la diarrea infantil a lo largo del mundo en vías de desarrollo y los numerosos esfuerzos en el campo de la salud para disminuir estos patrones a través de múltiples programas preventivos y curativos (Sesia, 1999:72).

---

<sup>4</sup> Sesia nos recuerda que: “las primeras investigaciones antropológicas sobre los modelos nosológicos se dieron en el marco de la tradición de la etnociencia y se enfocaron de manera exclusiva sobre los principios y la naturaleza de las clasificaciones etnomédicas desde una perspectiva cognoscitiva” (Sesia, 1999: 72).

Existen varios materiales que han retomado la diferenciación entre enfermedades alopáticas y “tradicionales” como son los de Osorio (1994; 2001), Menéndez (1990) y Mendoza (2011),<sup>5</sup> y que lo han abordado desde la perspectiva de los actores. Esta distinción ha generado un debate cuyo eje gira en torno a las barreras difusas entre ambos padecimientos, o respecto a la delimitación de lo “tradicional”, así como en relación al acierto de denominarlos así o con los nombres de Síndromes Culturalmente Delimitados o Síndromes de Filiación Cultural.

En relación a lo anterior, pienso que con el estudio de los padecimientos desde una perspectiva antropológica lo que se busca es encontrar la “especificidad de las enfermedades y la aproximación a éstas en tanto entidades locales y culturales que implican formas concretas de construir los síntomas, de determinar qué es y qué no es patológico y de vivir la enfermedad como experiencia” (Getino y Martínez, 1992: 25), más allá de si es “tradicional” o es alopática. La apuesta es mantener un “enfoque integral que intente comprender las formas diferenciales en que estos síndromes (y padecimientos alopáticos) se expresan y se viven por parte de los conjuntos sociales, recuperando sus aspectos culturales e ideológicos” (Osorio, 2001: 38).

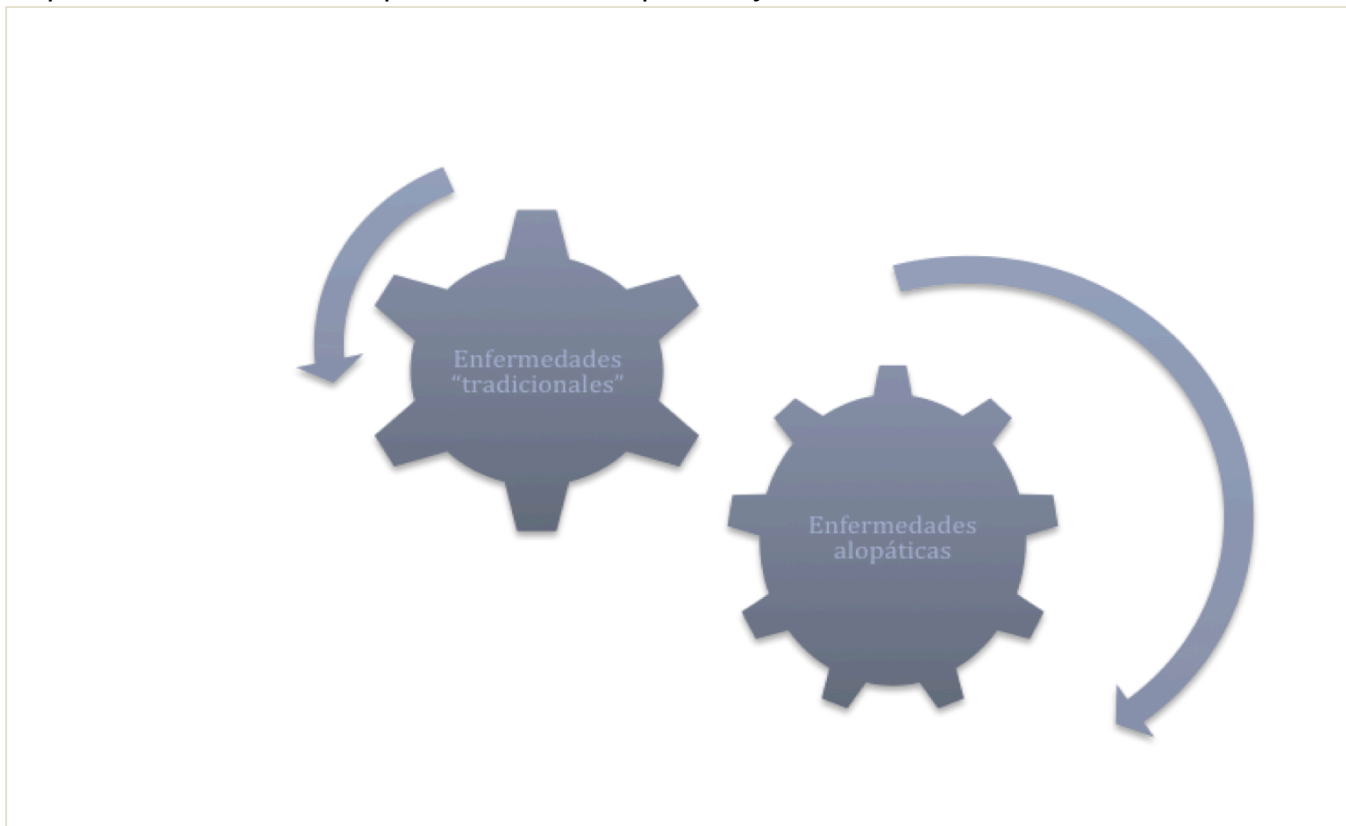
Por consecuencia, mi posición al respecto, consiste en ver la diferenciación entre enfermedades alopáticas y enfermedades “tradicionales” como una clasificación útil en términos metodológicos, dado que permite distinguir padecimientos con características diferentes. Sin embargo, me parece que en la realidad, los sujetos no establecen delimitaciones tan claras entre padecimientos alopáticos y “tradicionales”. Por el contrario, a veces los padecimientos “tradicionales” se resignifican y terminan por ser alopáticos, o viceversa. De esta forma hay que aclarar que aunque la descripción y análisis parte de diferenciar las representaciones de las madres en torno a ambos tipos de padecimientos, esto no

---

<sup>5</sup> Varios de los planteamientos elaborados por estos autores serán recuperados para esta tesis. Por ahora, me detengo en el trabajo de Mendoza (2011), dado que en los de Osorio (1994, 2001) y Menéndez (1990) se profundizará más adelante. Éste tiene como objetivo principal el estudio de la interrelación de la biomedicina con las representaciones y prácticas tradicionales para comprender cómo se desarrolla el proceso salud/enfermedad/atención en la población triqui de Copala. Para ello, la autora señala que a partir del análisis que presenta es que trata de encontrar elementos que permitan explicar las relaciones de hegemonía/subalternidad que existen entre la medicina alopática y el saber popular sobre aspectos específicos del proceso s/e/a en Copala (2011: 17).

significa que los considere en términos dicotómicos, sino como entidades que constantemente están en procesos de síntesis.

*Esquema 1. Síntesis entre padecimientos alopáticos y “tradicionales”*



Fuente: elaboración propia, 2015, México.

### ***2.1 De pluralismo médico, modelos médicos y autoatención como núcleo sintetizador***

Uno de los objetivos principales de esta tesis es saber cómo se constituye el pluralismo médico en Santo Domingo. El pluralismo médico se refiere a la existencia de diferentes modelos de atención médica que convergen en un mismo espacio social, cultural e histórico, a los que la gente acude para mejorar un mismo problema de salud. En todas las sociedades existen diferentes formas de atención locales que operan de forma interrelacionada una de la otra, y de las cuales los sujetos hacen uso (Leslie, 1976 en Kazianka, 2012).

Dicho concepto está latente en la presente tesis, pues aunque se habla poco de él, es uno de los motores y apuestas finales del trabajo. Aun cuando son vastas las etnografías producidas en torno a este tema (Mendoza, 2011; Osorio, 1994, 2001, 2007; Barragán, 2005; Orr, 2012; Andrews y Mathews, 2013; Parkin 2014; Hampshire y Asiedu, 2013; Molina y Palazuelos, 2014; por citar sólo algunos trabajos), considero que el análisis del pluralismo médico en un contexto urbano-popular actual puede dar pista para comprender formas de desigualdad y marginación subyacentes a las acciones de atención de un grupo de madres. La razón de esto es que dichas acciones están filtradas por decisiones que denotan diferentes posiciones de desventaja socioeconómica de los sujetos. Desde estas posiciones se llevan a cabo elecciones de una forma de atención u otra, las cuales indican una mayor posibilidad de acceder a un terapeuta que a otro, sea biomédico o popular.

En las sociedades capitalistas el pluralismo médico indica la coexistencia de tres modelos de atención médica, el Modelo Médico Hegemónico (MMH), el Modelo Alternativo Subordinado (MAS) y el Modelos de Autoatención (MAA) (Menéndez, 1983; 2009). La propuesta teórico-metodológica sobre los modelos médicos elaborada por Menéndez parte del análisis de las relaciones de hegemonía/subalternidad que se establecen entre tres modelos de atención con diferentes rasgos estructurales.<sup>6</sup> Los modelos médicos son construcciones metodológicas elaboradas por el investigador, por lo que no existen en la realidad concreta. Son definidos como:

Construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos no sólo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los “curadores” (...) sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento (Menéndez, 1983: 101).

---

<sup>6</sup> Dicha propuesta está basada en una perspectiva de tipo:

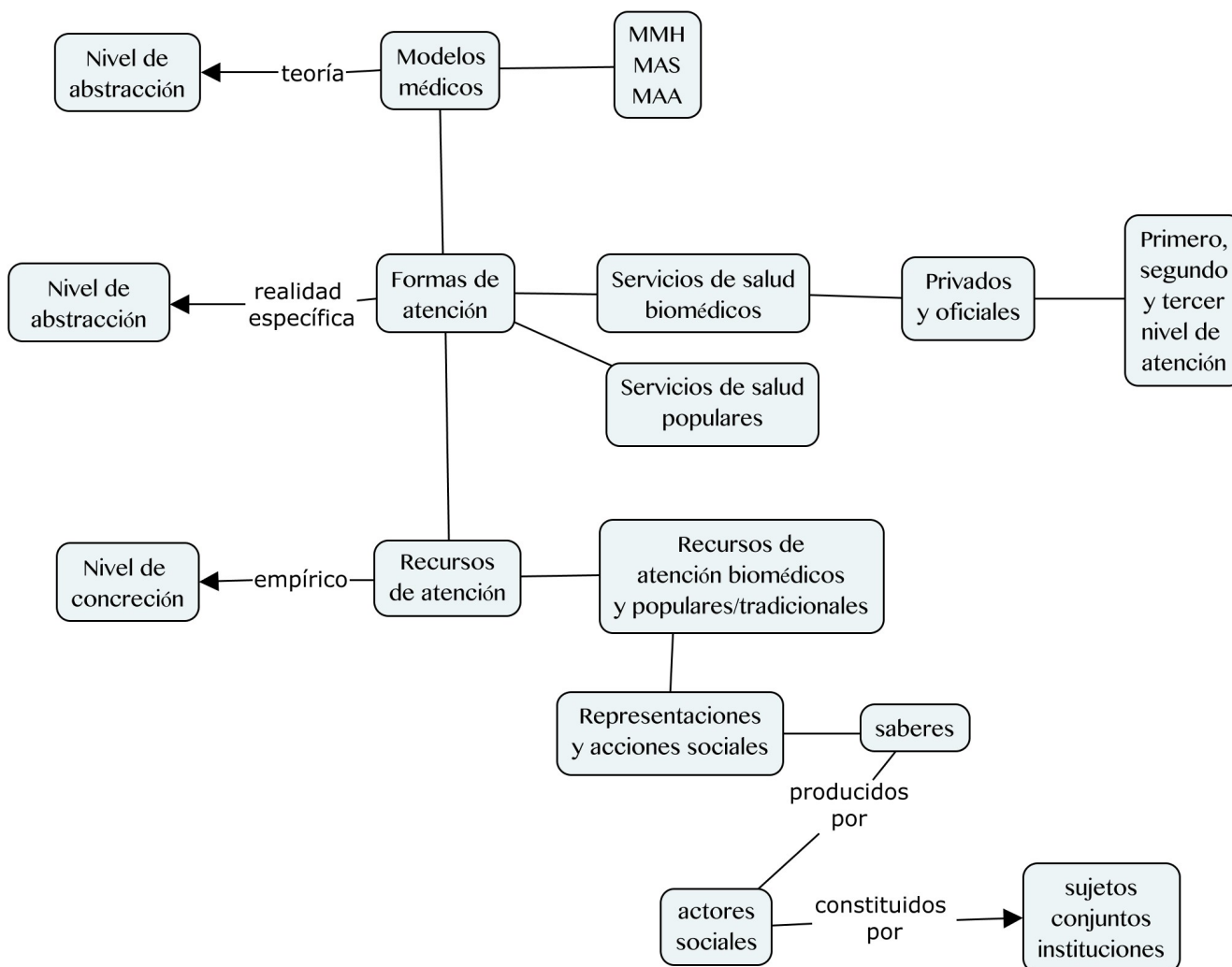
Histórico-estructural que recupera los planteamientos de Gramsci y DeMartino (y construye) una teorización sobre los diferentes modelos de atención socialmente reconocidos, proponiendo un análisis relacional de las condiciones sociohistóricas, económicas, ideológicas y políticas que influyen en la dinámica y organización de dichos modelos. (Osorio, 2001: 26).

Los modelos médicos tienen su referente concreto en las formas de atención biomédicas o populares, así como en los respectivos recursos de atención. Será en los niveles más concretos en los que me centraré, dado que estoy trabajando con las representaciones y acciones de las madres. Estas aluden a la presencia de los tres modelos de atención, así como a la interrelación constante entre ambos, la cual se logra de forma más evidente en el modelo de autoatención.

El uso del concepto de modelo médico es útil para la presente investigación, pues da indicios que permiten entender mejor cuáles son las características estructurales de las formas y recursos de atención, y por tanto, ver cómo éstas operan en la dimensión específica de los servicios de salud a los que acuden las madres.

Los modelos médicos se construyen a partir de los saberes desarrollados por los curadores así como por los conjuntos y sujetos sociales legos, para enfrentar los padecimientos. Uno de los ejes de la investigación, es ver cómo a partir de la articulación de saberes y de la utilización de las formas de atención que hacen los sujetos y conjuntos sociales, se dan procesos de síntesis, más que de oposiciones o exclusiones. En el caso de las madres de Santo Domingo, estos procesos de síntesis se expresan en la esfera de la autoatención, en donde saberes y recursos médicos populares interactúan con saberes biomédicos.

Esquema 2. Modelos médicos, sistemas médicos y recursos de atención



Fuente: elaboración propia, 2015, México.

Justamente, la autoatención adquiere un rol fundamental en tanto que por ese espacio pasan todas las representaciones y prácticas de las madres. El modelo de autoatención es estructural en toda sociedad, dado que se encuentra en la base de los otros modelos médicos (Menéndez, 1983: 104), atravesando cada uno de ellos. Se define como:



Las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales (Menéndez, 2009: 52).

Esta opera en dos niveles: 1) Un nivel amplio que refiere a todas las formas de autoatención que se requieren para asegurar la reproducción biosocial de los sujetos y grupos a nivel de los microgrupos y especialmente del doméstico. 2) Un nivel restringido que refiere a las representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente al proceso s/e/a (Menéndez, 2009: 53). Estos dos niveles son la base para dar cuenta de las prácticas de tratamiento, cuidado y apropiación de recursos alópatas y populares; así como para mostrar cuáles son los cuidados materno-preventivos que las madres llevan a cabo antes de que ocurra un episodio de enfermedad.

Es importante mencionar que la autoatención está presente en toda la trayectoria de atención (Osorio, 2001; 2007),<sup>7</sup> que es definida en este trabajo como la secuencia de acciones que los sujetos llevan a cabo para lograr la resolución total o parcial de un problema de salud, y en donde intervienen tanto actores legos como profesionales.

La autoatención atraviesa todas las trayectorias, e incluso abarca los períodos en los que no hay enfermedad dado que se realizan prácticas destinadas a evitarla. La autoatención implica la detección, diagnóstico inicial y tratamiento a la enfermedad, así como la continua toma de decisiones que constituyen la trayectoria de atención. Se refiere a todo acto que es realizado por los sujetos con la intención de mejorar su estado de salud y que es primordial para analizar cómo

---

<sup>7</sup> El concepto de trayectoria de atención es trabajado por Osorio, quien la define como:

La secuencia organizada de decisiones y estrategias instrumentadas por los sujetos para gestionar o hacer frente a un episodio concreto de padecer e incorporar todas aquellas estructuras de atención y a los actores sociales que participan del mismo, los enfermos/pacientes, terapeutas y otros mediadores, tales como los sistemas de referencia profanos y redes sociales de apoyo, que incluye personas encargadas del soporte y cuidado de los enfermos, de administrar o suspender el tratamiento, ofrecer consejos y generar soluciones (Osorio, 2007: 154).

éstos se apropian de los saberes y recursos de otras formas de atención. Es un espacio privilegiado para observar procesos de:

Síntesis, complementariedad y conjugación de saberes biomédicos y de la medicina popular que se van re-significando en una dinámica de reproducción y transformación en tiempos/espacios socialmente determinados y donde es posible identificar procesos de hegemonización biomédica y tendencia a la subordinación de otro tipo de saberes, así como determinadas relaciones de hegemonía y subalternidad entre los distintos actores sociales involucrados (Osorio, 2013: 231).

La autoatención también permite detectar la diversidad de relaciones que se establecen entre los múltiples actores sociales que interactúan en el proceso s/e/a/p (Osorio, 2013). Esta es una cuestión que vale la pena atender dado que uno de nuestros fines es ver cómo se establecen los vínculos entre las madres y las personas allegadas, cómo intervienen relaciones de poder intra e intergeneracionales, y cómo se transmiten los conocimientos y experiencias.

Asimismo, la autoatención opera a nivel de los microgrupos y grupos domésticos en los cuales la mujer suele tener un papel fundamental. Por tanto ésta suele ser la principal encargada de diagnosticar el padecimiento, de manejar los indicadores diagnósticos, de establecer una evaluación de la gravedad o levedad del caso, entre otras cosas. Justamente, sobre el papel de las mujeres en los procesos s/e/a/p es que me referiré a continuación, a partir del concepto de saberes maternos.

### **3. El papel de las madres y su red social en los procesos s/e/a/p**

#### **3.1 Los saberes maternos**

El concepto de saberes médicos refiere a las representaciones y prácticas prácticas “organizadas como un saber que opera a través de curadores, sujetos y grupos legos” (Menéndez, 2009: 25). Los saberes difieren de acuerdo al padecimiento en torno al cual se producen, así como a la posición desde la cual son producidos. En ese sentido, podemos hablar de saberes que aunque pueden aludir a una misma situación, son diferenciados desde su enunciación. En este

caso, me interesa centrarme en los saberes maternos que son un tipo de saber popular que está conformado por las representaciones y prácticas de las madres (Osorio, 2013).

Los saberes maternos son saberes diferenciados de los que otros actores sociales producen en torno al proceso s/e/a/p, más aún de los producidos por los curadores especializados. Ambos parten de una racionalidad distinta que en ocasiones puede dar lugar a conflictos o desacuerdos, algo que no será abordado en este trabajo, pero que debe tenerse en cuenta para comprender algunas de las decisiones de atención de las mujeres en cuanto al tipo de servicios de salud al que acudan. La racionalidad de los saberes maternos se caracteriza por tomar como base los conocimientos y experiencias populares, así como retomar parte del conocimiento biomédico pero readecuándolo de acuerdo a sus necesidades, posibilidades y creencias. Otro aspecto que caracteriza a los saberes maternos es su heterogeneidad y su posibilidad de transformarse, es decir, en ningún momento son estáticos u homogéneos.

En este trabajo me concentraré en el estudio de los saberes maternos, pues existe un concepto, el de cultura médica materna<sup>8</sup> (Osorio, 1994; 2001; 2013), que por ahora no será recuperado. El motivo de esto es que prefiero hablar de saberes maternos producidos por mujeres que viven en Santo Domingo, que de una cultura médica materna construida en Santo Domingo, la cual reconozco que puede llegar a ser planteado, pero en la cual me es difícil determinar debido a la gran heterogeneidad que, como veremos, caracteriza a este barrio popular. Con ello, no niego la posibilidad de pensar en una cultura médica materna diversa y heterógena, pero considero que es más apropiado para este estudio pensar en saberes maternos, entendidos como el conjunto de representaciones y prácticas producidas por las mujeres habitantes de dicho barrio.

---

<sup>8</sup> La cultura médica materna es definida como:

Un conjunto de prácticas, conocimientos e ideologías que como productos sociales, son reproducidas y transformadas por la mujer en su rol de madre de familia, las cuales se aplican explícitamente en la atención y/o prevención de los padecimientos, a fin de alcanzar y/o mantener determinadas condiciones de salud y esto se refiere tanto al nivel de una formación sociohistórica determinada, con una estructura económica y sociocultural particular, como al nivel focalizado de la familia y la comunidad (Osorio, 1994: 8)

En resumen, los saberes maternos son la base teórica y metodológica para saber cómo es construida la enfermedad a partir de la racionalidad de las propias madres. Dado que estos se constituyen por representaciones y prácticas sociales de las madres, es preciso definir cada uno de estos conceptos.

#### a) Representaciones y prácticas sociales

La teoría de las representaciones sociales ha sido trabajada por varios autores dentro del campo de la psicología social, la sociología y la antropología,<sup>9</sup> entre cuyos autores más representativos son Serge Moscovici<sup>10</sup> (1961) y Denise Jodelet (1984; 1989), cuya propuesta es la que retomo para este trabajo. Ella define representaciones sociales como:

Una forma específica de conocimiento que es incluido en la categoría del sentido común y tiene como particularidad la de ser socialmente construido y compartido en el seno de diferentes grupos. Esta forma de conocimiento tiene una raíz y un objetivo práctico: apoyándose en la experiencia de las personas, sirve de grilla de lectura de la realidad y de guía de acción en la vida práctica y cotidiana (Jodelet, 2011: 134).

Las representaciones sociales contribuyen con la producción y mantenimiento de una visión común a un grupo social, la cual sirve para leer el mundo en que se vive, actuar sobre él, decodificar a las personas que constituyen el entorno social, clasificarlas e interpretar su conducta (Jodelet, 2011:135). Estas me permiten entender cómo se genera una forma de conocimiento materno que es construido social y culturalmente, una visión común –pero a la vez diferenciada- sobre su mundo social, sobre el papel que en este ocupa la enfermedad y la atención a la misma, sobre las emociones, sensaciones, intereses, deseos y cogniciones que estas mujeres producen en torno a ello (Jodelet, 2008). Las representaciones sociales forman parte de la dimensión subjetiva, la cual no sólo se circunscribe al universo discursivo, sino también al campo de las acciones, pues tanto las

---

<sup>9</sup> Es un concepto que fue planteado inicialmente por Émile Durkheim (1895) quien hablaba de representaciones colectivas, y que fue recuperado décadas más tarde por autores como Moscovici (1961), iniciador de este campo de investigación, o Jodelet (1989).

<sup>10</sup> Moscovici define representación social como “una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos” (Moscovici, 1961: 17).

experiencias vividas como las sensaciones o conocimientos producidos remiten a ese doble universo del discurso y la acción, ya que ambos dan forma al estar en el mundo de los sujetos.

Por otro lado, a pesar de que en este trabajo no se refiere a prácticas, ya que las prácticas son lo que la gente hace en la realidad, mas no sólo lo que dice que hace, quisiera definir las dado que son el cimiento conceptual para comprender las acciones de las madres, es decir, las narraciones de lo que hacen, el ámbito en el cual me centraré.

Las prácticas sociales han sido trabajadas ampliamente por diversos autores, siendo dos los más emblemáticos, Anthony Giddens<sup>11</sup> (1995) y Pierre Bourdieu (2008). Sin embargo, aquí se retomará una propuesta elaborada desde el campo de la Antropología Médica. Osorio define prácticas sociales en relación al proceso salud/enfermedad, como las acciones que “incluyen aquellas actividades de diagnóstico, curación, prevención y cuidado desarrolladas frente a un padecimiento en concreto y que se hallan dirigidas a resolver, disminuir, prevenir o controlar los daños a la salud” (Osorio, 2013: 231). Asimismo, las prácticas van cambiando conforme las representaciones en torno al padecimiento se van transformando; además de que son diferenciadas de acuerdo al espacio de atención en el que éstas se producen.

En realidad, las prácticas están en estricta relación con las representaciones, puesto que las primeras hacen relación a todas aquellas “actividades humanas sociales que operan en el tiempo y en el espacio, y que están atadas a registros reflexivos y discursivos producidos por los mismos agentes sociales” (Giddens en Jaramillo, 2012: 130). Justo aquí radica el valor del concepto de saberes maternos, en tanto que da la posibilidad de conciliar representaciones y prácticas, o en este caso, acciones. Sin embargo, el hecho de que estén imbricadas no significa que no sean diferentes, pues mientras las representaciones refieren al universo discursivo de los sujetos, las prácticas aluden al ámbito de los hechos, y aunque ambas son

---

<sup>11</sup> Las prácticas sociales son definidas por Giddens como “todas actividades humanas sociales que se autorreproducen y son recursivas (...) y a las cuales los individuos no les dan nacimiento, (sino que) las recrean” (Giddens, 1995: 40)

importantes para entender cómo operan los sujetos en el mundo social, reitero que en esta investigación se le dará un mayor peso a las representaciones.<sup>12</sup>

En resumen, es necesario reconstruir los saberes maternos, y por ende referir a representaciones y acciones, en tanto son la vía para acercarme a una doble dimensión. Por un lado, investigar qué piensan, qué perciben y qué sienten los sujetos, y por el otro saber qué dicen qué hacen y por qué lo hacen.

### **3.2 El género como eje de reflexión**

Uno de los puntos centrales de la investigación es evidenciar y explicar cuál es el papel de las mujeres en los procesos s/e/e/p de sus hijos. Para problematizar esta cuestión es pertinente retomar algunos planteamientos de la perspectiva de género.

El género es una dimensión que no puede ser obviada en este trabajo dado que el material empírico muestra que ésta es necesaria para comprender cómo opera en el proceso s/e/a/p en Santo Domingo, así como para problematizar nociones como la de maternidad o saberes maternos. En términos generales, la perspectiva de género permite:

Analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias. Esta perspectiva de género analiza las posibilidades vitales de las mujeres y los hombres, el sentido de sus vidas, expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben enfrentar a las maneras en que lo hacen (Lagarde, 1996: 2-3).

El hecho de que las mujeres, y las madres en particular, sean las encargadas del cuidado y atención a la salud del grupo doméstico no es algo casual ni natural. Sino que es reflejo de una serie de relaciones de género socioculturalmente construidas en un entorno específico, en este caso un contexto urbano-popular. De igual forma, el ser madre corresponde a un estatus que adquiere sentido de acuerdo al marco

---

<sup>12</sup> El motivo de esto tiene que ver con el método de obtención de información que se privilegió en el trabajo de campo: las entrevistas. Esta decisión metodológica se explica mejor en el apartado que refiere a la estrategia metodológica.

social y cultural de cada contexto. En tal sentido es que “el género permite comprender los diferentes roles, relaciones entre personas a partir de los símbolos, expectativas y papeles que se asigna a cada sujeto según la caracterización genérica que se realice de éste” (Berrio, 2013: 26). Aunque estas cuestiones no están en el eje central del trabajo, me parece que es importante evidenciar y reflexionar sobre ellas en tanto que permiten hacer un análisis más completo sobre la forma en que los padecimientos infantiles son entendidos y atendidos por las madres. Algo que es importante mencionar, pero sobre lo cual ahora no es oportuno profundizar, es que varias de las nociones e ideas que trabajan las teóricas de género, como la de desnaturalización, provienen de la discusión biología/cultura planteada por la propia antropología.

El género es una categoría construida social y culturalmente, que define:

Un patrón de expectativas y creencias sociales que modela la vida colectiva y genera en las personas una valoración desigual de las acciones de mujeres y varones. Esta pauta hace que mujeres y hombres sean los soportes de un sistema de reglamentaciones, prohibiciones y opresiones recíprocas, marcadas y sancionadas por el orden simbólico. Al sostenimiento de tal orden simbólico contribuyen por igual mujeres y hombres, reproduciéndose y reproduciéndolo, con papeles, tareas y prácticas que cambian según el contexto (Lamas, 2007 en Salva, 2013: 121).

Esta categoría entra en juego con otros indicadores sociales que definen la situacionalidad de los sujetos, más allá de la diferenciación sexual, como son la clase, la pertenencia étnica o la edad. De tal modo, que para entender cómo opera el género en las realidades socioculturales, hay que entenderlo como una categoría interseccional, en donde convergen múltiples condiciones constituyentes de los sujetos, o en palabras de Kimberle Crenshaw como un “sistema complejo de estructuras de opresión que son múltiples y simultáneas” (Crenshaw, 1995: 359).

El concepto interseccionalidad marca una pauta en el análisis de los procesos de desigualdad y subordinación, pero también permite enriquecer la mirada de la categoría de género dado que posibilita tomar en cuenta las intersecciones de ‘raza’, clase, etnia, edad, condición socioeconómica y sexo (Hill, 1998 en Lozano, 2014: 239). Esto es fundamental ya que de lo contrario, se estaría

cayendo en una perspectiva de género esencialista y reduccionista, que simplifica a las mujeres de acuerdo a su condición sexual, como si este fuera el único indicador que la define socialmente, y dejando de lado factores igualmente importantes. Pienso que este argumento se puede aplicar a la definición de madre, una categoría compleja en la que inciden múltiples factores, y que no se puede reducir a la condición de tener hijos. En ese sentido, una mirada interseccional permite pensar en madres diversas, heterogéneas y complejas. De igual forma, se puede aplicar al concepto de saberes maternos, en tanto que si algo los caracteriza, al igual que a otro tipo de saberes populares, es que se son sumamente variados, diferenciados y que no se reduce sólo al saber producido por la madre en relación al padecer de su hijo, ya que en ellos intervienen los saberes de otros actores sociales, como la familia o los médicos.

#### a) Maternidad en Santo Domingo

Llegado a este punto, conviene referir al concepto de maternidad, pues aunque esta investigación no está enfocada en sí al estudio de la maternidad, me parece que es importante incluirlo como un punto de referencia para pensar en un proceso más amplio en el que tienen lugar los saberes médicos de las mujeres.

Las madres son las principales encargadas de diagnosticar el padecimiento de sus hijos, de ir transformando dichos diagnósticos con base en las interpretaciones que hacen de los síntomas, de establecer una evaluación de la gravedad o levedad del caso, de proporcionar un tratamiento, de generar explicaciones a la enfermedad, de cuidar y curar a sus hijos mediante los medios de los que dispongan. Esto responde a una organización social de un mundo conformado por relaciones de género que permean el universo de los sujetos, tanto a nivel de los discursos como de las acciones. Este orden de género “construye sus posibilidades de acción y define la posición que (el sujeto) ocupa en la estructura social, el cual se aprende y reproduce a través de la socialización y el proceso de crianza que moldea seres sociales” (Berrio, 2013:26). Por ende, el hecho de que el papel de la mujer en los procesos s/e/a/p sea algo tan visible debe ser entendido como parte de una normatividad de género social y culturalmente establecida.



Lo que está en el centro de esto es el tema de la maternidad, el cual es un concepto heterogéneo, que refiere a diferentes procesos, eventos y actores, no sólo a las madres. Para formular una definición de maternidad, retomo a Ángeles Sánchez-Bringas (2009) quien menciona que éste es un concepto utilizado para:

Designar diferentes procesos: ideas y prácticas relacionadas con la fertilidad, el embarazo, el nacimiento y el puerperio; las actividades y relaciones involucradas en la crianza, el cuidado de los infantes y el vínculo madre-hijo; el proyecto de maternidad y la agencia de las mujeres; la construcción de la identidad de la mujer en relación con lo materno; y las teorías, nociones, valores e ideas culturales sobre lo que debe ser el ejercicio de la maternidad (2009: 239).

De tal forma que la maternidad es un proceso determinado histórica, social, económica y culturalmente, el cual es construido según las experiencias diversificadas de las mujeres que son madres, y que refieren a múltiples procesos en los que interactúan diferentes actores (padres y otro(as) allegado), pero en donde la madre tiene un rol central. Por ahora, me centraré sólo en uno de los procesos que forman parte de la maternidad, este es, el referente a las representaciones y prácticas ligadas al cuidado y atención de los infantes en situaciones de enfermedad. Aunque reconozco que dicho proceso no define la maternidad, sí es parte constituyente de la misma, y por lo tanto, da pie para comprender cómo es que las mujeres piensan y viven su propia maternidad. Sin perder de vista que ésta no es ajena a un contexto histórico, cultural, social y económico específico, que brinda especificidad a dicho proceso. Por ende, las mujeres de Santo Domingo construyen su maternidad desde sus propias posibilidades sociales, culturales y económicas, las cuales están ancladas a una condición de adversidad y de evidente desigualdad estructural.

Sin duda esto determina la forma en que se llevan a cabo las acciones de cuidado y atención a la salud infantil, así como la forma en que se establece el vínculo madre-hijo, un tema que no se tratará en esta tesis pero que me parece sumamente interesante. Esto ha sido trabajado por otras autoras como Nancy Scheper-Hugues (1984), quien en su emblemática obra sobre mortalidad infantil en

el noroeste brasileño refiere la forma en que se vive el ser madre en un contexto de adversidad total, y cómo la dimensión estructural incide directamente en la percepción sobre el vínculo madre-hijo. Con base en su trabajo etnográfico en Alto do Cruzeiro, Scheper-Hughes plantea la noción de negligencia selectiva, también denominado infanticidio pasivo, y que consiste en una forma de aborto post-parto o de planificación familiar llevado a cabo por las madres. Implica una distancia o indiferencia de las madres hacia los recién nacidos que consideraban más débiles para sobrevivir en un entorno hostil como el de las favelas. El objetivo de la autora es examinar cómo opera el contexto cultural y económico en el acto de la crianza de los niños en el contexto de región (Scheper-Hughes, 1984: 535-537).

Para esta investigación, la relevancia de recuperar estudios como el de Scheper-Hughes consiste en que permiten pensar en la importancia de lo estructural en la conformación del ser madres y de vivir la maternidad, algo que busca estar presente en esta tesis, en relación a una cuestión específica como es la atención a la salud. Atención en un contexto de marginación social y económica que tiene sus complejidades y diversidades como lo es Santo Domingo.

#### b) La noción de desigualdad socioeconómica

Para comprender muchas de las representaciones y prácticas de atención de las madres, es preciso –como se ha dicho antes- retomar la dimensión estructural del contexto social, económico y cultural y de las mujeres. En el presente caso, las mujeres habitantes de Santo Domingo viven en una condición de precariedad económica, de relaciones familiares y de pareja medianamente conflictivas y de marginación social. Esto conduce a pensar que están insertadas en un contexto de desigualdad estructural que inevitablemente determina varias de sus prácticas, sobre todo en relación a la atención biomédica. Sin embargo, también condiciona varias de las acciones de autoatención, pues muchas de ellas son llevadas a cabo de acuerdo no sólo a los recursos culturales a los que las madres tienen acceso, sino que también dependen de sus recursos económicos. Una buena parte, aunque no todas, de las decisiones que constituyen las trayectorias de atención están filtradas por una dimensión socioeconómica. Tal afirmación no pretende borrar

otros factores que determinan dichas decisiones, como los son condicionantes de tipo cultural –el sistema de creencias e ideología- o las experiencias y vivencias propias de cada mujer.

La población que habita en Santo Domingo es, tendencialmente, de condición socioeconómica baja.<sup>13</sup> Pese a esto, existen matices que ubican a algunas de las informantes en una situación de mayor precariedad que otras. Dicha precariedad no sólo es económica, sino que viene acompañada de otras variables,<sup>14</sup> que ubican a las seis mujeres en diferentes grados de desventaja social y económica dentro de un contexto más amplio de desigualdad.

Planteado esto, creo que es útil retomar nuevamente el concepto de interseccionalidad, en el sentido de que la condición de desventaja en la que se ubican estas mujeres es construida con base en la intersección de diversos factores como la posición socioeconómica, la posición dentro del grupo doméstico y comunitario, el tipo de trabajo, la relación con la pareja y la cercanía con los servicios de salud. De acuerdo a Crenshaw citado por Muñoz, estamos hablando de una interseccionalidad estructural, la cual “supone la convergencia de sistemas de discriminación (racial, de género y clase, entre otros) que producen formas específicas de subordinación” (Muñoz, 2011: 10).

Las desventajas sociales son el resultado universal de combinaciones espacio-temporales específicas “de factores estructurales e individuales y de desafíos sociales procedentes de la sociedad” (Bendit y Stokes, 2004: 117).<sup>15</sup> Es un concepto que sirve para definir a “aquellos individuos que sufren la desigualdad

---

<sup>13</sup> Esto se afirma sin el afán de borrar las particularidades que imprimen diversidad al barrio, ya que, seguramente, no toda la gente que habita en Santo Domingo es de un nivel socioeconómico bajo (véase capítulo dos).

<sup>14</sup> Para saber más sobre las características de la muestra así como para conocer los datos concretos en los que me baso para establecer esta diferenciación, conviene revisar el apartado de caracterización metodológica de los actores.

<sup>15</sup> El concepto de desventaja socioeconómica implica el reconocimiento de que:

A pesar del paso de la ciudadanía universal y a la provisión de bienestar, diversos grupos poblacionales experimentan una sistemática discriminación y acceso desigual a recursos tales como el empleo, las prestaciones, etc., lo cual ejerce un claro impacto sobre las oportunidades objetivas de la vida de los individuos. Por otra parte se sugiere que un estatus desigual también tiene importantes efectos subjetivos: falta de confianza, autoestima, dignidad y aprecio de individuo hacia sí mismo (O'Brien y Penna, 1998: 123 en Bendit y Stokes, 2004: 116)

social en forma de unas problemáticas condiciones de vida” (Bendit y Stokes, 2004: 117). De tal modo, el concepto de desventaja social es empleado en este trabajo para referir a la posición individual de cada mujer dentro de un contexto más amplio de desigualdad estructural, y en donde dicha desventaja esta delineada de forma multifactorial e interseccional.

Entiendo la desigualdad como un proceso inherente a toda sociedad,<sup>16</sup> y que se basa en la diferenciación entre conjuntos y sujetos sociales con base en criterios atravesados por varias dimensiones como lo son el género, la edad, la adscripción étnica, la condición socioeconómica, entre otras. Dicha diferenciación que no sólo es política o económica, sino también cultural, social, y por ende simbólica, condiciona las posibilidades de acceso a recursos, servicios, bienes u oportunidades que existen en el mundo social y cultural de los sujetos. Además, los procesos de desigualdad por lo general son injustos, innecesarios y evitables, por lo cual se deduce social y culturalmente aprendidos, y por consecuencia, transformables.

La noción de desigualdad se presenta en diferentes esferas de la vida las cuales suelen estar vinculadas entre sí, desigualdad social y económica, desigualdad de género o desigualdad en salud. Este concepto es útil para hacer un análisis más completo sobre la forma en que opera el proceso s/e/a/p en este contexto, ya que permite:

Reconocer procesos de apropiación desigual de los bienes, satisfactores y beneficios producidos socialmente y relaciones de dominación/subordinación; así como, entender los procesos de determinación social de la salud/enfermedad/atención, posibilitando una visión más integral de la producción colectiva de las condiciones de salud y de las respuestas sociales para enfrentarlas (Bronfman y Tuirám 1984; Breilh y col. 1987; Blanco y Sáenz, 1994 en López Arellano, 2003: 12).

En este sentido es que este concepto es útil para dar cuenta que las representaciones de las mujeres no son arbitrarias ni están descontextualizadas,

---

<sup>16</sup> Para afirmar esto me baso en el planteamiento de Balandier, quien señala que “en todas las sociedades existen formas de integración y desigualdad, o sea formas de ordenar la vida social; en toda sociedad ‘se impone un orden que resulta de jerarquías complejas y superpuestas, toda sociedad asegura un reparto desigual de los bienes, del poder y de los signos...” (Balandier, 1975: 117)

sino que en ellas inciden diversos factores que van más allá de su propia capacidad de acción y decisión. En última instancia, incorporar una mirada que ponga énfasis en la desigualdad, da pie para comprender uno de los propósitos de la tesis, que es evidenciar cómo las condiciones de desventaja socioeconómica diferencial no sólo están presentes en los procesos s/e/a, sino en otros aspectos de la vida social (Berrio, 2013: 33).

### ***3.3 De madres y allegados: el papel de la red social***

La atención a la salud infantil expresa relaciones de género entre varones y mujeres, así como entre estas últimas. A partir de este tema se puede comprender la forma en que se constituyen relaciones intra e intergenéricas, las cuales suelen ser tanto fuente de conflicto y asimetría entre las madres y las allegadas, así como fuentes de enseñanza y transmisión de conocimientos. La perspectiva de género no sólo permite analizar las relaciones entre géneros, sino también las relaciones intragenéricas:

Permite adentrarnos en el análisis de las desigualdades sociales que se construyen en torno a las personas; divisiones sociales que implican relaciones de poder intra e intergenéricas, autoridad y control, acceso a recursos, posibilidades diferenciadas para el ejercicio de derechos, valoración social, funciones, tareas, obligaciones entre otros (Berrio, 2013: 26).

De esta forma, es que esta perspectiva da la pauta para comprender cómo y por qué se producen dichas relaciones, desde una posición que no sólo muestra la importancia de tales relaciones en la atención a la salud infantil, sino que lo hace desde una óptica interseccional, en la cual las madres y sus allegados son sujetos en los que se cruzan diversas variables constituyentes.

La red social en la atención a la salud infantil es una cuestión relevante para este estudio, pues los datos han mostrado que a pesar de que este trabajo se centra en las madres, éstas no son las únicas que intervienen en el proceso s/e/a/p de los niños, en tanto hay otros actores cuyo papel es relevante. La red social es un concepto trabajado por diversos campos de estudio –antropología, sociología, psicología, ciencias de la salud- y que, por ende, tiene varias definiciones. Una

definición básica es la formulada por Larissa Lomnitz (1975), quien la refiere como el “conjunto de relaciones de intercambio recíproco de bienes y servicios en un espacio social determinado” (Lomnitz, 1975 en Enríquez, 2000: 42). Esta definición es muy general y no se aboca necesariamente a comprender cómo operan y qué significan las redes sociales en el proceso s/e/a/p. Para ello, me baso en el abordaje realizado por Mario Bronfman al respecto, quien señala que el concepto de red social “está permeado por la informalidad del intercambio y permte distinguir las características del apoyo que se da y se recibe espontáneamente en las comunidades humanas” (Bronfman, 2001: 144). Para el caso de la atención a la salud infantil en poblaciones subalternas, el tipo de red social que más peso tiene es la red informal de apoyo, es decir, aquellas que se articulan en torno del parentesco, y que pueden ampliarse a amigos y vecinos (Bronfman, 2001:144).

Algunas cuestiones importantes a mencionar sobre las redes sociales son las siguientes:

1. No son estructuras fijas, sino que están en continuo cambio, por lo cual el rol de un miembro de la red siempre será dinámico y se adaptará a la situación correspondiente.
2. No siempre operan de forma positiva ante los procesos de enfermedad sino que a veces también pueden volverse tóxicas o agravantes de la situación. En ocasiones, la red social puede estar ausente y no mostrar ningún tipo de ayuda.

Existen trabajos que han referido al papel de las madres como curadoras, y enfatizado en la polifonía de voces respecto a la atención a los padecimientos infantiles, es decir, en el papel de la red social. Es el caso del estudio realizado en Estados Unidos por Tracy Andrews, Vickie Ibarra y Lavern Mathews<sup>17</sup> (2013) con

---

<sup>17</sup> El trabajo de Andrews, et. al (2013) se propone analizar qué hacen los grupos domésticos, y en específico, las madres cuando sus hijos tienen padecimientos gastrointestinales y algunos síndromes de filiación cultural. Las autoras estudian las decisiones de atención que toman las familias de migrantes hispanos –y en particular las madres- que viven en Yakoma Country, EUA, respecto a los tratamientos que deben seguir los niños cuando estos padecen enfermedades gastrointestinales. Su objetivo es ver cuáles son las variaciones en las respuestas a la enfermedad que las familias hispánicas locales tienen dentro de un sistema plural de salud donde existen recursos

familias y madres hispanas. Las autoras plantean que en torno a los procesos de enfermedad y atención, suele generarse una polifonía de voces construida dentro de la propia red doméstica y comunitaria de la madre, referente al padecimiento. Andrews (et.al) señalan que esta polifonía puede dar lugar a conflictos internos. Las causas de estos pueden radicar en la divergencia de representaciones que cada miembro de la red social tenga respecto a las diferentes formas de atención, algo que puede generar desacuerdos, enfrentamientos o negociaciones (Andrews, et.al., 2013: 402).

Aunque parezca reiterativo, es importante pensar a las mujeres desde una perspectiva interseccional, y por tanto, no reducirlas solamente a su condición de maternidad o a una posición de vulnerabilidad y subordinación. El hecho de que vivan en un contexto cargado de desigualdad social, económica o de género no significa que se les pueda definir como mujeres irremediamente vulnerables o víctimas de sus parejas u otras allegadas. Pienso que es más complejo en tanto son sujetos dinámicos, en permanente cambio, y que no siempre ocupan la posición de víctimas; e incluso a veces ellas pueden ser las que subordinan a otros o ejercen violencia sobre otros (contra sus propios hijos, por ejemplo). Por consecuencia, el desafío es pensar en mujeres definidas con base en una multidimensionalidad de factores: como madres, hermanas, hijas, esposas, solteras, nueras, cuñadas, empleadas, jóvenes, menos jóvenes, pobres, menos pobres, subordinadas, dominantes, etc. Es decir, hay múltiples condiciones interseccionadas en ellas y que las constituyen como sujetos sociales. Además esta multidimensionalidad de factores no sólo se presenta a nivel de cada madre, sino a nivel del grupo de madres, el cual es completamente diverso.

a) ¿Y los hombres en la atención a la salud infantil?

El contexto en el que se desenvuelven las madres condiciona hasta cierto punto sus representaciones en torno a las enfermedades de sus hijos, sobre todo en relación al uso de servicios de salud biomédicos y populares. Sin embargo, lo que

---

biomédicos y de medicina folk. Asimismo, desean analizar si existen condiciones que los curadores biomédicos no pueden tratar efectivamente, como el empacho (Andrews, et.al. 2013: 386).

se observa es que aunque Santo Domingo imprime cierta particularidad a los saberes maternos, en realidad éste más bien opera como un escenario en el cual se conjugan una multiplicidad de saberes, producto de la diversidad de quienes los producen. Dicha diversidad está dada por las diferentes condiciones de origen de las mujeres, de situación socioeconómica, de inserción laboral, entre otros factores que serán desarrollados en el capítulo dos. A pesar de esto, es posible dar cuenta de pautas en torno a la construcción de relaciones de género que se desarrollan en el barrio.

Matthew Guttman (2000) lleva a cabo una investigación en el Pedregal de Santo Domingo que brinda pautas interesantes respecto a este punto, y más aún, en relación a cómo se interpreta la maternidad y la paternidad desde lo varones, actores principales con los que él trabajó.<sup>18</sup> De tal modo, aborda cuestiones consideradas predominantemente “femeninas” como el cuidado y crianza de los niños, desde la mirada de los padres. Aunque él se aboca a trabajar con la perspectiva de los varones, también reconoce que los habitantes del barrio consideran a las mujeres como naturalmente más capaces de cuidar a los niños pequeños (Guttman, 2000: 123). Uno de sus objetivos es mostrar cómo los varones ocupan un papel importante en este proceso: “ni los niños son sólo ‘asunto de las mujeres’, ni los hombres asumían más un rol como jefes de familia y como los únicos que tomaban las decisiones” (Guttman, 2000: 149).

Este punto es importante ya que obliga a pensar en el papel de los varones en el proceso s/e/a/p, el cual suele ser relegado de la mayor parte de las etnografías, por el único hecho de que su rol no es tan visible como el de las mujeres. No obstante, la presencia de los varones en dicho proceso es relevante desde la perspectiva de las propias madres, en tanto que son los principales proveedores de los diversos recursos médicos y de atención que los niños

---

<sup>18</sup> El hilo de su obra gira en torno a plantear cómo se construye la idea de masculinidad desde los hombres que habitan en Santo Domingo. Su argumento pretende dejar atrás el estereotipo del “macho mexicano” que refiere a un hombre mujeriego y bebedor, para retratar al hombre mexicano “real” que es padre, amigo, esposo y amante. Esto lo trata de entender con base en las transformaciones en cuanto a las “prácticas y creencias culturales que han ocurrido en el México urbano durante el transcurso de varias décadas de conmoción local y global” (Guttman, 2000: 33). Lo interesante es que este autor se enfoca en estudiar la construcción de la masculinidad sin dejar de lado el papel que las mujeres desempeñan en ese proceso, por lo cual también ofrece información importante respecto a la forma en que las mujeres viven su situación de género.



requieran. Esa es la función que el núcleo familiar espera de ellos, algo que no en todos los casos se cumple, lo cual ubica en una posición más vulnerable a la mujer respecto a la atención a la salud infantil.

Guttman discute con los estereotipos del “macho mexicano” para retratar a hombres que pueden ser o no ser “machos”, pero que más allá de eso también son padres, esposos, hermanos, hijos, trabajadores, entre otras cosas. Sin embargo, sí considero que este autor idealiza la forma en que retrata al varón de Santo Domingo, ya que lo coloca como un sujeto que en general entabla relaciones de igualdad y simetría con sus parejas -quien lleva a cabo casi las mismas labores domésticas que ellas, o que reparte el cuidado de los hijos-, cuando esto no siempre es así. Además, con base en la información que obtuve de las mujeres, ellas tampoco esperan que esto sea así, ni esperan ese tipo de relaciones igualitarias, ya que tales actividades son atribuidas al género femenino. Por tanto, lo que respecta a diagnosticar, cuidar y atender a los hijos es una actividad de la mujer, sin ser estas acciones lo único que constituye al proceso s/e/a/p. Lo referente al financiamiento de la atención a la salud es un rol más atribuido a los hombres, quien en la práctica no siempre cumple con él. En última instancia, para las mujeres un “buen esposo” no es el que les ayuda a curar a los niños, sino que consiste en un marido proveedor, responsable con su familia, y que las respete física y emocionalmente. Esta cuestión se desarrollará con mayor profundidad en el apartado referente al papel de la red social en la conformación de saberes maternos, en el capítulo cuatro.

#### **4. Conceptos básicos**

En esta aproximación teórica se han referido las principales ideas y conceptos que serán utilizadas en esta investigación. De este modo, aunque antes ya han sido referidos, en este apartado quisiera enunciar y definir de forma sintética los conceptos básicos que sustentan este trabajo:

- 1) Proceso salud/enfermedad/atención/prevención: Es un continuum en donde las cuatro dimensiones de la salud, enfermedad, atención, y prevención, se encuentran interrelacionadas entre sí, y son dinámicas. Estas existen en todas las sociedades, pero adquieren una dimensión particular de acuerdo al contexto en el que ocurren, pues intervienen factores culturales, sociales, económicos, históricos, políticos, fenomenológicos, psicológicos y biológicos que son diferenciales, y que le otorgan especificidad al proceso. Estos procesos se caracterizan por constituir parte normalizada de la vida cotidiana, constituyendo algunos de los hechos más frecuentes de la misma en todo grupo social.
- 2) Saberes maternos: Son un tipo de saber popular producido por las madres en relación a las enfermedades alopáticas y “tradicionales” que tienen sus hijos. Son heterogéneos, dinámicos y están constituidos por diversos factores que van desde las experiencias, sensaciones y vivencias de las madres respecto a los procesos de enfermedad infantil, hasta la forma en que se desarrollan sus condiciones materiales de vida o el tipo de red social que tengan.
- 3) Autoatención: Consiste en el conjunto de acciones llevadas a cabo por las madres de familia y su red social, con la intención de resolver parcial o totalmente un problema de salud de sus hijos. Estas acciones se basan en recuperar los saberes médicos populares de los conjuntos y sujetos sociales legos, los cuales permiten utilizar diversos recursos de atención tanto alopáticos como populares, sin la necesidad de que intervenga un curador especializado.
- 4) Formas de atención biomédica: Se refiere a la forma de atención especializada de carácter predominante en las acciones de las madres, y que se presenta de forma diferenciada y dinámica. Se constituye por los sectores oficial y privado, los cuales tienen características particulares así como diferencias internas motivadas por el contexto en que se desarrollan.
- 5) Redes sociales: Son las redes domésticas y comunitarias a las cuales pertenecen la madre y el hijo, y cuyos miembros suelen desarrollar

diferentes roles en lo que respecta a la ayuda, apoyo y atención al evento de enfermedad del niño, por lo cual su intervención resulta fundamental. Dicho rol está delimitado de acuerdo al género y a la generación de cada uno de los integrantes de la red (véase tabla 1).

*Tabla 1. Principales conceptos teóricos*

<b>Propuestas teóricas</b>	<b>Conceptos</b>	<b>Autores</b>
Antropología Médica (Antropología Médica Crítica)	Saberes maternos Proceso s/e/a/p Modelos médicos (autoatención y biomedicina)	Osorio (1994; 2001; 2013)  Menéndez (1984; 1990; 1994; 2009),
Perspectiva de género	Desigualdad socioeconómica Interseccionalidad Desnaturalización	Salva (2013), Lagarde (1996), Berrio (2013), Crenshawn (1995)
Sociología médica	Redes sociales	Bronfman (2001)

**Fuente:** elaboración propia, 2015, México.

### **Estrategia metodológica**

La elección de un tema no es algo que surja de la nada, ya que se trata de una elección hecha por un sujeto lleno de ideas, prenociones, experiencias, deseos y pensamientos, y que toma una decisión de estudiar algo que de una u otra forma lo implica personalmente. Nadie con una pizca de sensatez decide involucrarse durante dos, cuatro o más años de su vida con algo que le es completamente ajeno. En general existe una vinculación afectiva con nuestro objeto de estudio (Devereux, 1977), la cual a veces es explícita pero a veces no del todo. En mi caso, creo que me tardé un poco en saber por qué había elegido este tema de estudio.

En primer lugar, estudiar una temática vinculada con la enfermedad no es casual, sino que obedece a mi deseo de saber más en torno a un evento que marcó los últimos años de mi vida a partir de mi experiencia cotidiana con la enfermedad de mi madre. En este caso, una enfermedad crónica, algo que inconscientemente marcó mi elección de tema. Así, desde el comienzo de elaboración del proyecto de investigación decidí que no estudiaría ninguna enfermedad crónica, debido a la carga afectiva que me implicaba, y que me habría sido muy difícil de sobrellevar. Por ello, resolví trabajar con enfermedades agudas y

“tradicionales”. Además, de la razón de tipo afectiva, otros motivos son de carácter más práctico, ya que las enfermedades agudas respiratorias y gastrointestinales suelen ser las más frecuentes en la población infantil y preescolar en general. A su vez, elegí el empacho y el mal de ojo porque sabía que eran enfermedades “tradicionales” frecuentes en niños, y porque además quería saber si las madres hacían una distinción con los padecimientos alopáticos, ya que en ocasiones se presentan con síntomas similares a los de una gastroenteritis, por ejemplo.

En segundo lugar, haber elegido trabajar con madres se relaciona con el hecho de que la maternidad siempre me ha parecido una experiencia que irrumpe la vida de cualquier mujer, y que implica nuevas perspectivas ante la vida –quizá lo digo sólo desde mi posición como hija que tuvo una madre, no como madre-. Por tanto, lo considero un evento de gran trascendencia personal, social y cultural que amerita ser estudiado.

En tercera, realizar la investigación en Santo Domingo tiene que ver con dos factores. Por un lado, mi interés en el barrio derivado de mi propia experiencia como vecina de Santo Domingo durante varios años. Por otro, obedece a una decisión pragmática que me permitía resolver una situación personal apremiante: la enfermedad de mi mamá.

Por ahora sólo me referiré a lo primero. El hecho de haber sido vecina de este barrio durante algunos años, me condujo a reflexionar sobre la forma en que la gente de la colonia se organiza e interactúa entre sí, dado que lo percibía diferente a los de los sectores medios o altos. Estoy convencida de que las distinciones de clase no sólo son diferenciaciones económicas o sociales, sino que también vienen acompañadas de una diferenciación simbólica, expresada “a través del modo de vestir, de los barrios en los que habitan, las vacaciones a las que pueden acceder, etc.” (Bourdieu en Attademo, 2013: 50)<sup>19</sup> a la cual me interesaba acceder.

---

<sup>19</sup> Este mismo planteamiento es retomado por Saltalamacchia cuando señala que las experiencias de los hombres están determinadas por su situación de clase, algo con lo que coincido sólo parcialmente, ya que no pienso que la clase sea el único determinante de la experiencia social de los sujetos, sino que ésta se intersecta con otras condicionantes. Sin embargo, es interesante recuperar lo que plantea Saltalamacchia:

(...) toda la experiencia social de los individuos es ‘marcada por su clase’. Será cierto tipo de atención médica a la que podrá aspirar si está enfermo; y en ello tendrá uno u otro tipo de atención según sean las ‘marcas’ de clase que lleve consigo. Será sólo a ciertos espectáculos que podrá concurrir o

Me llamaba la atención ver cómo se reproducen formas sociales y culturales diferenciales en espacios compartidos, producto de mi propia interacción con los sectores populares. Por eso quería saber un poco más sobre la gente que vive en un barrio popular, quiénes son, qué hacen, y por qué hacen lo que hacen. Y de forma específica, saber cómo las mujeres de estos lugares viven la maternidad, qué piensan de la enfermedad, cómo la viven, y qué hacen cuando sucede. Quería saber sobre sus estrategias de reproducción social e ideológica en torno al proceso s/e/a/p, sobre todo si suponemos que “los conocimientos, saberes y prácticas respecto de la enfermedad y la muerte son estructurales y estructurantes en los niveles de los grupos domésticos, y constituyen instancias necesarias para asegurar la reproducción social y socioideológica de los microgrupos” (Menéndez, 1992: 29). Aunque honestamente, más allá de saber esto –algo que sin duda me interesa bastante- lo pensé como un medio para ver qué tanto sus representaciones y acciones al respecto se diferenciaban o parecían a las mías, en este intento desafinado que tenemos los antropólogos no sólo de comprender nuestro mundo, sino de comprendernos y darle sentido a nuestra propia vida a partir de entender lo ajeno. Sobre todo si retomo esa frase de Kluckhohn que leí cuando estudiaba el primer semestre de la licenciatura en etnología, y que me provocó cierta fascinación: “la antropología sitúa al hombre frente a un gran espejo y le permite mirarse en su infinita variedad” (Kluckhohn, 1944: 16).

Ya que ha sido señalado mi lugar de enunciación, algo que me parece fundamental para comprender desde qué posición personal, afectiva y epistemológica se produce esta investigación, es momento de entrar de lleno en los terrenos propiamente metodológicos.

Lo primero a decir es que este trabajo es producto de diversos readecuamientos realizados durante todas las fases de elaboración de la tesis. La reformulación más radical consistió en haber modificado el lugar de estudio de un contexto rural e indígena ubicado en una comunidad de la Sierra Tarahumara, a uno urbano. Esto no sólo implicó modificar el lugar de estudio, sino hacer una

---

considerará digno de su clase. Será cierto tipo de educación la que estará a su alcance, etc. (Saltalamacchia, 1983: 267-269 en Attademo, 2013: 51)

reformulación total de las preguntas y objetivos a plantear, así como de los actores con los cuales trabajaría. Dicho sin tanta cautela, elaboré un nuevo proyecto, conservando algunos elementos del proyecto inicial, pero replanteando otros que no tenían pertinencia para el segundo.

Una de los desafíos que me implicó la elaboración de un segundo proyecto fue reconsiderar las estrategias metodológicas que utilizaría para obtener la información, pues en el Pedregal de Santo Domingo no tenía relación con prácticamente nadie. Mi único vínculo era el de una cercanía geográfica producto de mi vecindad con la zona, misma que, por cierto, era difuminada por una distancia social y cultural, la cual al principio creí como un obstáculo para acercarme al barrio, conocer gente y ser “aceptada” por ellos.<sup>20</sup>

## **1. Puntos de partida.**

### ***1.1 Flexibilidad metodológica y reflexividad***

Esta investigación tiene dos puntos de partida teórico-metodológicos que son centrales: la flexibilidad metodológica y la reflexividad. Ambos son entendidos como una actitud que toma el investigador, y que en el caso de la flexibilidad metodológica implica saber tomar decisiones, asumirlas, aceptar el cambio, y ver la investigación como un producto que se está creando y recreando continuamente (Janesick, 2000). Respecto a este punto de partida, quisiera enfatizar en dos aspectos: la toma de decisiones y el cambio. Uno de los factores que están presentes en toda investigación es la constante toma de decisiones a la que el investigador está sujeto. Y esta tesis no es la excepción. De hecho, creo que es a partir de tomar decisiones personales, teóricas o metodológicas que una investigación nace, madura y se consolida. Desde que esta investigación empezó a tomar cuerpo en el proyecto, me enfrenté a algo que siempre me ha costado trabajo y que por lo mismo, no me gusta: tomar decisiones. Y digo que es algo que no me gusta porque sé que decidir conlleva abarcar algo pero a la vez dejar o desapegarse de otras cosas. Esa es la ley de tomar decisiones.

---

<sup>20</sup> Conforme fue transcurriendo el campo esta prenotión dejó de estar tan presente, sin desaparecer por completo. Quizá fui yo, más que las otras mujeres, la que se empeñó, de forma un tanto necia e inconsciente, a poner esa barrera social y cultural.

De este modo, sabía que había muchas cosas interesantes y que eran importantes para entender mi problema de estudio, pero también me daba cuenta de que no podía involucrarme con todas ellas, y no tanto por el tiempo limitado para hacer esta tesis, sino porque aunque lo tuviera siempre tendría que dejar algo fuera. Pienso que con esta investigación aprendí a acotar, y algo que es muy importante, a reconocer los alcances y limitaciones de lo que hago. Sin duda, el motor de esta tesis son las diversas decisiones correctas y las no tan acertadas que tomé durante el proceso de investigación, y que son parte fundamental de mi aprendizaje como investigadora social.

Por otro lado, el cambio es inherente a cualquier investigación, pero no lo es a cualquier investigador, ya que no todos sabemos aceptarlo y evidenciarlo, e incluso a veces lo negamos. Debo ser sincera y confesar que los replanteamientos de esta tesis no fueron fáciles para mí, y que de hecho me provocaron varios dolores de cabeza e instantáneos pensamientos de claudicación, pero a la vez es algo que ha permitido a la investigación ir madurando hasta consolidarse en el producto final.

El segundo punto de partida, adoptar el principio de la reflexividad, consiste en mantener una actitud durante todo el proceso de investigación, que conduce a tener un control y una vigilancia sobre nuestras acciones: sobre cómo nos relacionamos con los otros, sobre cómo pensamos la teoría y el método, sobre cómo interpretamos los datos; sobre qué, cómo y por qué escribimos lo que escribimos. También permite evidenciar aquellas preconcepciones que tiene el investigador respecto a su problema de estudio, y que se constituyen como obstáculos para llevar a cabo con rigor su investigación (Bourdieu, 1975). La reflexividad es indispensable para poder cuestionar el material que se ha producido referente al problema de estudio, así como para entender sobre nuestro posicionamiento en el proceso de investigación. Asimismo, obliga a repensar el tipo de relación establecida con los sujetos de estudio.

#### a) Algunas precisiones metodológicas

Ya he esbozado que uno de mis propósitos es trabajar con los saberes de las madres, pues considero que son importantes para comprender una realidad más integrada, en donde se tome en cuenta el ámbito del discurso y el de las acciones de forma relacional. De no ser así, se pierde la posibilidad de dar cuenta de lo que la gente dice y hace, pero a la vez de saber si lo que dice sobre lo que hace es cierto o no impide conocer las inconsistencias entre representaciones y las prácticas, mismas que son inherentes a los sujetos (Menéndez, 2002).

No obstante, registrar las representaciones y prácticas de las madres en torno a la enfermedad de sus hijos, no me resultó tan sencillo. La dificultad estuvo en que el registro de prácticas requieren de un mayor involucramiento directo en la vida de la gente, es decir, hacer como tal una observación participante, lo cual no me fue posible debido a las condiciones en las que realicé el trabajo de campo, sin ningún vínculo previo con las informantes, en un período de tiempo muy corto, en un contexto urbano-popular en donde la desconfianza hacia el extraño predomina, y por tanto, en donde se requiere de paciencia y, sobre todo, tiempo para ser aceptado sin tantas reservas por la gente.

Por tanto, las prácticas de las que se habla en la investigación en realidad refieren a representaciones de prácticas de atención y no a prácticas observadas directamente por mí. Es por ello que empleo el término acciones en alusión a lo que las madres hacen de acuerdo a sus representaciones, pero no a lo que hacen realmente. Aunque reconozco que esto puede ser una limitante metodológica de la investigación, también pienso que la información obtenida mediante representaciones es suficientemente rica y densa como para hacer un análisis sobre representaciones y acciones, algo que tiene su valor en tanto que da cuenta de un universo discursivo complejo que frecuentemente refiere a la acción.

La imposibilidad de registrar prácticas de atención influyó en la dificultad de llevar a cabo otro de los propósitos iniciales, el de reconstruir trayectorias de atención de los padecimientos, pues para tal propósito habría tenido que observar directamente qué hacen las mujeres ante cada padecimiento infantil, algo que no ocurrió. Es por ello que aún cuando me tardé en desistir de hacer trayectorias, me



di cuenta de que mi material más bien consistía en una compilación retrospectiva de saberes, y no en un registro descriptivo de las prácticas realizadas por las madres respecto a cada episodio de enfermedad de sus hijos. En otras palabras, la información que se presenta responde más a diversos relatos entremezclados que las mujeres hacen sobre los padecimientos de sus hijos de forma general, algo que no me permite recrear cada secuencia de acciones que éstas llevan a cabo durante un episodio de enfermedad específico, justamente el propósito de las trayectorias de atención. Por ende, aunque a lo largo del trabajo sí se utilizará el concepto de trayectorias de atención, solamente se hace para aludir a la ruta de atención que han tomado las madres para resolver varias situaciones de enfermedad; siempre en un sentido amplio, general y retrospectivo. Pero no se empleará como una herramienta metodológica para dar cuenta de la secuencia de acciones realizada por las mujeres. Por esto es que, a diferencia de los objetivos que me planteé cuando recién comencé a elaborar el proyecto de investigación, la reconstrucción de las trayectorias de atención no tendrá tanta centralidad como el estudio de los saberes maternos.

Otra precisión que conviene hacer es que los actores principales de este trabajo son las madres de familia, pues con ellas se hizo la mayor parte del trabajo etnográfico. No obstante, también realicé algunas entrevistas con el personal de salud, así como observación participante en el Centro de Salud (de ahora en adelante CS), pero a pesar de esto, dicho actores tendrán un papel muy reducido debido a que he decidido centrarme en las madres, en tanto que son las que me proporcionaron más información. Únicamente, referiré al personal de salud para dar cuenta de cuál fue su papel en el desarrollo del trabajo de campo, así como para ilustrar algunas escenas relativas al uso y funcionamiento del CS.

## **2. Diseño de investigación**

### ***2.1 Trabajo de campo***

El trabajo de campo se llevó a cabo desde finales de Octubre de 2014 a mediados de Febrero del 2015. Éste inició cuando me acerqué por primera vez a uno de los centros de salud que da cobertura a la gente del barrio, el Centro de Salud T-I

Santo Domingo Oriente. En ese momento, no estaba familiarizada con ningún miembro del Centro de Salud, ni habitantes del barrio, excepto con una señora a la que ya conocía previamente, y que fue la que me sugirió acercarme a ese centro. Mi intención de acudir al centro era que me permitieran realizar prácticas de observación en las instalaciones, y que me ayudaran a contactar a algunas de las informantes que requería para constituir mi muestra.

Mi primer acercamiento fue con la dentista y la trabajadora social, quienes analizaron el canalizarme al CS del que ellos dependen, o darme el acceso de forma extraoficial, optaron por la segunda opción. De hecho, contrario a lo que pensé, la actitud de Edith, la trabajadora social, fue completamente colaborativa y accesible, e incluso desde el primer día me comenzó a proponer opciones para contactar a las informantes: una consistía en acudir a las pláticas sobre salud realizadas los miércoles en el edificio anexo de la Escuelita<sup>21</sup>; otra en presentarme mujeres que acudían a las consultas vespertinas y, una tercera, en hacer visitas domiciliarias a mujeres que Edith ya conocía, y que consideraba que eran participativas y accesibles. Elegí las tres opciones, siendo la tercera la más efectiva, y la que me permitió contactar a Hilda y a Maylem. La segunda vía me permitió conocer a Mariela y la primera a ninguna.

Edith fue una de mis mediadoras para conocer a tres de las seis informantes. Debo decir que la actitud de todo el personal de salud, compuesto por el médico encargado del turno vespertino, la trabajadora social, el enfermero, la dentista y el asistente administrativo, fue de accesibilidad, amabilidad e inclusive, en el caso del doctor y la trabajadora social, de cierto interés por mi investigación, algo que hizo que esa parte de mi trabajo de campo fuera amena y sin mayores dificultades.

En el CS realicé prácticas de observación sobre la dinámica cotidiana, la entrega de fichas para consulta, la consulta, la hora de la comida, las pláticas entre personal de salud, las “horas muertas”, los festejos de fin de año y de cumpleaños

---

<sup>21</sup> El CS se encuentra en las instalaciones de un centro cultural llamada Escuelita Emiliano Zapata (revisar capítulo 2).

de algunos trabajadores del centro, entre otros eventos.<sup>22</sup> Entre las cuestiones que enriquecieron la información que obtuve mediante observación participante fueron las pláticas que tuve con algunos miembros del personal de salud, pero sobre todo con Edith, con quien logré un mejor *rapport*.

En general, con el personal de salud logré tener información respecto a sus prácticas, así como respecto a sus representaciones sobre cuestiones que aunque no tienen relación directa con el problema de estudio, me han sido valiosas para comprender mejor las acciones de atención biomédica de las madres, así como sus representaciones sobre la medicina oficial. El médico y la trabajadora social me proporcionaron información útil respecto a las prácticas de atención en el Centro de Salud, al funcionamiento y organización de los mismos, a las deficiencias que consideran que presenta el sistema de salud en México, a la percepción que tienen sobre los pacientes y a las problemáticas laborales que enfrentan, entre otras problemáticas. El trabajo con el personal de salud se hizo sobre todo en la primera fase de campo, pues a partir de diciembre decidí enfocarme al trabajo con las madres de familia. Aunque la información obtenida durante el trabajo etnográfico en el CS no se vincula directamente con el hilo de la investigación, creo que, sobre todo para el desarrollo del capítulo cinco, puede ser de utilidad rescatar algunas de las representaciones y prácticas de estos actores.

He dicho que a tres de las mujeres las conocí mediante el CS. A las otras tres las conocí a partir de una señora propietaria de un negocio de comida corrida, del cual yo era clienta. Tras comentarle sobre mi interés de conocer a madres, ella me presentó a las tres muchachas que trabajan con ella, madres y habitantes de la colonia.

Aunque reconozco que fue un trabajo de campo grato y sin tantas vicisitudes como se escucha de otras experiencias etnográficas, tampoco significa que todo transcurrió con tanta facilidad. Como ya dije, al principio tuve varias dificultades de acceso a las informantes. Tampoco fue fácil hacer que se comprometieran con la investigación, pues todas ellas son mujeres con diversas ocupaciones y mayores

---

<sup>22</sup> Lo que no pude lograr, y que desde el inicio el doctor Ramírez me dejó claro que sería difícil, fue entrar a las consultas, pues eso sí hubiera requerido de un permiso oficial. Sin embargo, como para mi proyecto no era imprescindible participar en las consultas, no me pareció ningún inconveniente.

intereses que dedicarle su tiempo a una antropóloga obstinada que les pregunta obviedades. En varias ocasiones pasó que concertaba citas para entrevistar a alguna chica y ésta no acudía.<sup>23</sup>

Conforme fui armando la muestra y realizando las entrevistas, los problemas de acceso a ellas fueron otros. Una dificultad técnica tuvo que ver con la vida ajetreada de estas mujeres, lo cual hacía difícil encontrar espacios para agendar las entrevistas, y cuando los encontrábamos no podía dejar de sentirme un poco culpable porque sus tiempos para descansar, para estar con sus hijos o para hacer actividades domésticas me lo tenían que dedicar a mí.

Pero también se presentaron otras situaciones, más que dificultades. Estas tenían que ver con mi propia situación. Mi posición como mujer “diferente” a ellas, ajena a su contexto social, económico y cultural; mi lugar como antropóloga, como foránea de Santo Domingo, como universitaria, como clase media, como mujer soltera y sin hijos. Sin duda, esto influyó en la relación que entablé con las informantes, algunas veces de forma favorable y otras no tanto.

Uno de los obstáculos que considero fueron más relevantes radica en la condición de clase, pues pese a que con cierta ingenuidad, quise “borrar” en mí dicha condición e intentar pasarla por alto, es evidente que ésta no se difuminó. Sobre todo al principio, esto me pareció un obstáculo, ya que percibía que se reproducían relaciones de clase entre las muchachas y yo. Pero conforme fue transcurriendo el trabajo de campo, y nos fuimos conociendo más esto se diluyó, sin desaparecer por completo. De hecho, a veces tenía la sensación de que esto influía en las respuestas de las mujeres al ser entrevistadas, pues en algunos casos notaba que ellas me respondían de acuerdo a lo que creían que yo esperaba según la posición social que me asignaban, mas no con base en lo que en realidad pensaban.<sup>24</sup> El mecanismo que empleé para tratar de que no me llenara de

---

<sup>23</sup> Debo confesar que en varias ocasiones me sentí molesta por el hecho de que no acudieran a la cita, pese a haber confirmado que lo harían; o a que me dijeran que sí estaban dispuestas a participar cuando en realidad no era así; o a que me hicieran saber que se les habían cruzado problemas cuando los datos me hacían ver que eso no era cierto. Pero también trataba de asumirlo como algo que requería de paciencia y dedicación de mi parte.

<sup>24</sup> Por ejemplo, para algunas muchachas era difícil hablarme sobre las enfermedades “tradicionales”, así como los recursos populares que emplean, por lo que ponían más énfasis en las enfermedades alópatas y en los recursos de la biomedicina, por asociarme con lo que la biomedicina representa. Quizá el motivo por el cual

información sesgada, fue encontrar diversas formas de preguntar además de hacerlo en diferentes momentos.

Sin embargo, también hubo condiciones inherentes a mi persona que posibilitaron el acercamiento con las mujeres, como mi condición de género y mi edad. Varias veces pensé que para un hombre acercarse a las muchachas habría sido mucho más difícil, así como para mi habría sido complicado acercarme a varones, ya que algo que noté fue que en este contexto existe una diferenciación de roles de género a veces tácita y en ocasiones explícita, acompañada de una serie de normatividades implícitas que marcan cómo deben ser las relaciones intergeneracionales “correctas” y no juzgadas por los demás. A ello se agrega que los temas que toqué con las informantes son valorados como predominantemente femeninos: la maternidad, el cuidado de los hijos, o la atención médica a la familia, por lo que ser mujer me ayudó a que tuvieran mayor confianza para platicarme sobre sus hijos, sobre su embarazo y sobre sus relaciones de pareja.

Otro factor a mi favor, fueron las edades de las mujeres ya que son cercanas a la mía, es decir, tienen entre 19 y 34 años. Supongo que estar en un momento generacional similar al de ellas permitió que nos entendiéramos mejor, así como poder conversar sobre temas afines a nuestra generación, independientemente de la condición de clase o de formación académica.

No obstante, pese a que todas ellas terminaron por aceptarme, sí noté un distanciamiento, marcado por el hecho de que ni estoy casada ni soy madre,<sup>25</sup> y pertenezco a otro sector social. Por tanto, siempre tuve la sensación de que me percibían como una mujer con una forma de vida muy distinta a la de ellas, una mujer que no tenía hijos ni pareja a la cual atender, que se dedicaba a hacerles preguntas insistentes y un tanto obvias, y que encima se ganaba la vida de eso.

En términos generales, pienso que mi lugar de enunciación me ayudó más que afectarme, y aunque se dieron algunas barreras propias de toda relación entre antropóloga e informante, creo que no se convirtieron en una traba para

---

ellas hacían tal asociación era porque algunas me conocieron mediante el CS, y porque tal vez vinculan el sector social medio al que pertenezco con el conocimiento biomédico más que con el popular.

<sup>25</sup> En ocasiones cuando hacía la entrevista, me imaginaba que ellas pensaban “esta pesada nos pregunta eso tan obvio porque no tiene hijos. Cualquiera que tenga hijos sabría la respuesta”.

acercarme a la gente, sino que más bien me obligaron a reflexionar sobre mis prenociones y sobre la forma de romper con ellos, o por lo menos, evidenciarlos y trabajar a pesar de las barreras que el propio trabajo de campo impone. Dichas reflexiones son producto de asumir que el trabajo de campo consiste en un acto de intervención activa en la dinámica cotidiana de los otros, y en donde, la posición que uno desempeña no puede ser pasiva o neutral, sino que está marcada por relaciones de transferencia y contratransferencia entre informante e investigador que no pueden ser negadas (Devereux, 1977).

## **2.2 Área de estudio<sup>26</sup>**

El sitio donde se llevó a cabo el trabajo de campo se ubica en una zona de la colonia Pedregal de Santo Domingo, ubicada en la delegación Coyoacán, al sur del Distrito Federal, en México. En términos generales, se trata de una colonia creada en 1971 mediante una invasión de terrenos, y que comprende una población de extracción socioeconómica predominantemente baja o media baja. Actualmente, la mayor parte de los colonos poseen todos los servicios básicos, las calles están pavimentadas, hay instalación para drenaje y para abastecimiento de agua potable, sistemas de recolección de basura y cableado eléctrico. Asimismo, tiene tres Centros de Salud que dan cobertura a la zona, así como varias escuelas primarias y secundarias.

## **2.3 Actores sociales<sup>27</sup>**

Los actores primarios con los que trabajé son seis jóvenes mujeres que viven en Santo Domingo. Entre sus principales características se encuentran que son madres; tienen uno o varios hijos en los siguientes grupos etáreos: de 0 a 1 año y de 1 a 5 años pertenecen a un nivel socioeconómico bajo o medio bajo y que sus hijos han presentado previamente enfermedades respiratorias, gastrointestinales, de empacho y mal de ojo. Para constituir la muestra, los criterios de inclusión empleados son mencionados a continuación.

---

<sup>26</sup> Para una descripción más amplia de la zona de estudio véase el capítulo dos.

<sup>27</sup> Para una descripción más completa de los actores véase el capítulo dos.

El primer criterio fue la edad, es decir, que tuvieran entre 18 y 35 años. La razón por la cual elegí ese rango de edad es porque me interesaba trabajar con mujeres jóvenes, pero de diversas edades, para ver qué tanta diferencia había entre los saberes de las muy jóvenes (18 años) a las de las menos jóvenes (35 años).

También era fundamental que tuvieran hijos menores a cinco años, debido a que los niños de 0 a 5 años son un grupo étnico mucho más propenso a enfermarse que niños de más edad. Me interesaba que tuviera de uno a varios hijos y ver si había diferencias en los saberes entre las madres primíparas y las multíparas. Asimismo, consideré importante el origen de la mujer, es decir, que hubieran nacido en un contexto urbano o rural, pues me parece que eso determinaría de cierta la forma los tipos de saberes producidos, y que estos fueran mayormente populares en las mujeres provenientes de origen rural, o mayormente biomédicos en las de contexto urbano. Claro está que sin desdeñar que las mujeres de origen rural pudieran estar familiarizada con lo biomédico, o viceversa.

Y por último un criterio básico era que pertenecieran a un nivel socioeconómico bajo o medio bajo, dado que pensé que pudiera tratarse de un factor sustancial en cuanto a la posibilidad de proveerse de recursos biomédicos y populares, así como para acceder a los servicios de salud biomédicos.

Es así que todos estos criterios de inclusión dieron lugar a una muestra bastante heterogénea, algo que me permitió clasificar a las mujeres en dos grupos que considero se distinguen por tener condiciones de desventaja socioeconómica diferenciales.

El personal de salud se constituye como actor secundario, y está integrado por la trabajadora social, el médico del turno vespertino, el enfermero y la odontóloga. Si bien realicé entrevistas y conversaciones ocasionales, el trabajo realizado con ellos básicamente consistió en observación participante y fue de mucho menor profundidad que el realizado con las mujeres, por lo cual se hará poca referencia a ellos.

Asimismo, cuando elaboré el proyecto tenía la idea de trabajar de forma complementaria, con personas que conforman la red social de la madre, es decir, sus allegados: familiares, amigos, vecinos. Sin embargo, esto no fue posible debido

a que aunque sí los conocí, no pude interactuar con ellos. Por tanto, la alusión a los allegados siempre es a partir de las representaciones de las propias madres.

### **3. Instrumentos de investigación**

Esta investigación está basada en dos instrumentos centrales para la obtención de información, las entrevistas a profundidad realizadas a las madres y la observación directa empleada con el personal de salud. Ambas son de corte cualitativo y constituyen la base de los datos primarios. De forma complementaria, recurrí a la búsqueda de datos estadísticos en fuentes electrónicas.

Es a través de las entrevistas que obtuve la información de las representaciones sociales de las madres respecto de las enfermedades de sus hijos, así como de las formas de atención y recursos biomédicos y populares. En total realicé 30 entrevistas a las seis informantes: siete a dos de ellas (Mari y Yuri), seis a Hilda, cuatro a Gaby y Maylem, y tres a Mariela. La mayor parte de las entrevistas fueron grabadas.<sup>28</sup>

El motivo por el que no realicé la misma cantidad de entrevistas a todas las informantes consiste en que no con todas hubo condiciones de programar citas para realizar entrevistas, además de que en algunas ocasiones, dichas citas no fueron cumplidas. En el caso de Maylem y Mariela, el trabajo se hizo durante Noviembre y Diciembre, pues en Enero fue difícil recontactarlas ya que se les presentaron nuevos compromisos de trabajo. Con Gaby, el trabajo empezó ya avanzado el trabajo campo, es decir, en Diciembre, por lo cual solamente pude entrevistarla durante ese mes y Enero.

Todas las entrevistas las realicé a partir de citas previas que acordábamos en los horarios en los que las muchachas pudieran, pues una constante fue la dificultad para encontrar espacios de tiempo disponible para platicar conmigo. Asimismo, la mayor parte de las entrevistas fueron hechas en los hogares de las mujeres, pues ese fue el sitio que casi todas eligieron, ya que en varios casos eso les permitía atender sus labores domésticas al tiempo que me iban respondiendo a

---

<sup>28</sup> La primera entrevista realizada a toda las mujeres fue hecha sin grabación debido a que no me pareció prudente pedir permiso para grabar sin conocerlas mínimamente. A partir de la segunda entrevista pedí permiso para grabar. Todas aceptaron menos Hilda, con quien no usé la grabadora.



las preguntas. La excepción a esto fueron la primera entrevista que realicé a Hilda –en las instalaciones del Centro de Salud- y las doce entrevistas que hice a las hermanas Yuri y Mari, las cuales fueron en el departamento de su hermana Antonia, lugar en el que a ellas se les facilitaba más debido a que diariamente pasaban de visita después del trabajo.

El contexto en el que realicé las entrevistas cambiaba de acuerdo a cada fecha e informante, aunque una constante en todas fue la presencia de los hijos. En algunos casos, esto implicaba que no pudieran atender de lleno a la entrevista, pues debían estar atentas a los requerimientos de sus hijos. En otros casos, las entrevistas se realizaron en espacios de la casa muy transitados por los familiares de las muchachas. Sin embargo, aunque estos factores podían ser distractores para las mujeres, también me parecieron relevantes pues me dieron una idea más amplia de cómo transcurre la vida cotidiana de las informantes, de quiénes son algunos de sus allegados, y de cómo se relacionan con ellos. Es por esto que las entrevistas tenían una duración de entre cuarenta minutos a una hora y media, ya que haber abarcado más tiempo habría sido complicado por las condiciones en que éstas se desarrollaban. Conviene afirmar que el hecho de que la mayoría fueran llevadas a cabo en las viviendas de ellas, fue algo que enriqueció mi registro etnográfico respecto a la forma de vida que tienen, cómo son sus casas, quiénes viven y qué pasa en ellas, así como el papel que desempeñan en ese núcleo familiar.<sup>29</sup> También fue un referente para inferir su nivel socioeconómico, con base en el tipo de vivienda que tienen.

Los ítems abordados en las entrevistas se organizaron de acuerdo a los objetivos generales y específicos delineados en el proyecto. En una primera entrevista que fue realizada a ocho elementos,<sup>30</sup> intenté obtener algunos datos generales referentes a la vida de las mujeres. Esta entrevista fue importante ya que me permitió conocer las características básicas de la muestra. En términos generales, pregunté sobre la edad de la madre, cantidad y edad de los hijos, el

---

<sup>29</sup> Aunque también pudo ser algo que influyó en que no me compartieran información sobre su entorno familiar, como situaciones de violencia, de tensión o de crisis con la pareja.

<sup>30</sup> Esta primera entrevista se hizo a ocho mujeres, pero finalmente sólo logré concertar las siguientes citas con seis, quiénes terminaron constituyendo la muestra final.

origen de procedencia, cómo transcurrió su infancia, las trayectorias migratorias de las mujeres, si tienen pareja o no, cómo se constituye su familia, el nivel socioeconómico, qué ocupación tienen tanto ellas como la pareja y la familia, el grado de escolaridad, las trayectorias laborales, la religión, la seguridad social, sus perspectivas a corto, mediano y largo plazo, entre otras cosas.

Las siguientes entrevistas estructuradas tomaron como punto de partida los tres objetivos generales esbozados en el proyecto, así como los objetivos específicos que se desprendían de éstos. En términos amplios, pregunté sobre las representaciones de las madres respecto a las cuatro enfermedades; sobre las formas de atención que las madres utilizan cuando enferman sus hijos, así como sobre el papel de las condiciones materiales de vida y de los allegados en las decisiones de atención. En el último bloque de preguntas en donde se abordaba la representación sobre la atención médica en ciertos servicios de salud a los que las madres más acuden, tanto públicos como privados, y en donde podía abordar sobre los recursos biomédicos y populares que ellas conocen y utilizan.

Por otro lado, hice observación participante, mayormente en el Centro de Salud. Esta técnica me permitió conocer cuál es la percepción general del personal de salud respecto de las pacientes que atienden, así como sobre la población del barrio de Santo Domingo. También me di cuenta de cuáles son algunas de las problemáticas laborales a las que se enfrentan. Igualmente, me enteré de cuáles son sus actividades cotidianas al interior del Centro. Tal como lo menciono antes, aunque una parte de la información obtenida mediante la observación participante, no se relaciona directamente con mis objetivos de investigación, creo que se trata de datos complementarios que me ayudan a abordar el problema desde una perspectiva más integral. Por ejemplo, involucrarme en el funcionamiento del Centro de Salud, en donde la espera para consulta es de aproximadamente una hora y media, me permite entender mejor por qué algunas madres dicen que el tiempo de espera es uno de los factores que hacen que prefieran llevar a sus hijos con un particular. De igual forma, conocer la percepción del personal de salud respecto a las acciones de atención y cuidado de las mujeres respecto a sus hijos

y obtener la versión de ellas al respecto, me hizo darme cuenta de que se trata de dos percepciones muy diferentes entre sí con relación a un mismo suceso.

La observación participante se realizó sobre todo en los dos primeros meses de campo, Noviembre y Diciembre, que fue el período en el que estuve más involucrada en el Centro de Salud, ya que en Enero le di más prioridad a obtener la mayor cantidad de entrevistas que fuera posible. Esos dos meses, acudía entre tres y cuatro veces por semana al Centro de Salud, en el horario del turno vespertino, es decir entre la una y las seis de la tarde. Por lo general estaba en el Centro entre dos y cuatro horas.

Como ya se dijo, al principio quería llevar a cabo esta técnica con las informantes clave, algo que no fue posible del todo, debido a que por tratarse de un contexto urbano en el que no conocía previamente a ninguna de las mujeres, y en donde el escaso tiempo era una limitante para generar relaciones de mayor confianza, la observación directa quedó subordinada a las entrevistas a profundidad como fuente de información primaria. No obstante, soy de la idea de que resulta poco sencillo separar ambas técnicas, pues cuando realizaba las entrevistas también hacía observación participante dado que de alguna forma me involucraba en la dinámica doméstica de las madres, entraba a sus casas, conocía a sus familiares y observaba cuáles eran algunas de sus actividades cotidianas –y en algunos casos- extracotidianas.

Por último, hice una búsqueda de datos estadísticos secundarios, principalmente, en fuentes electrónicas. El objetivo de esto es tratar de obtener información que dé cuenta del contexto sociodemográfico de la delegación Coyoacán y de la colonia Pedregal de Santo Domingo.

### ***3.1 Procesamiento de la información: registro, descripción y análisis***

Todos los materiales obtenidos en campo fueron transcritos en formato electrónico. La transcripción de entrevistas la hice durante el trabajo etnográfico y las anotaciones generales las realicé en una libreta de campo. Al terminar el día, elaboraba una descripción detallada de lo sucedido durante la jornada de trabajo, lo

cual era plasmado en un formato digital que diera cuenta tanto de la dimensión descriptiva como de una dimensión de corte más reflexivo.

La descripción y análisis de la información se hizo con base en ordenar los datos de las entrevistas de acuerdo a categorías relacionadas con mis objetivos de investigación. De esta forma, establecí cuatro ejes que se asocian con mis objetivos: saberes maternos, trayectorias de atención, experiencias en los servicios de salud, representaciones sobre recursos y curadores biomédicos y populares. De estos se desprenden las categorías en las que me base para sistematizar la información, y de esa forma, poder hacer la descripción de los datos y, eventualmente, el análisis. Este proceso de codificación lo realicé con cada una de las entrevistas realizadas a las seis mujeres, como se puede observar en la tabla dos.

*Tabla 2. Categorías para procesar información*

	<b>Subejes</b>	<b>Categorías</b>
<b>Representaciones de las madres sobre cuatro padecimientos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiratorias</li> <li>• Gastrointestinales</li> <li>• Empacho</li> <li>• Mal de ojo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Causalidad</li> <li>• Frecuencia</li> <li>• Síntomas</li> <li>• Diagnóstico</li> <li>• Gravedad</li> <li>• Tratamiento</li> <li>• Medidas preventivas</li> </ul>
<b>Acciones de autoatención a las enfermedades<sup>31</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trayectorias de atención (TA) respiratorias</li> <li>• TA gastrointestinales</li> <li>• TA empacho</li> <li>• TA mal de ojo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decisiones de atención</li> <li>• Papel de recursos biomédicos y populares al inicio, durante y al final de la enfermedad</li> <li>• Papel de los allegados en las decisiones de atención</li> <li>• Condicionantes materiales</li> </ul>
<b>Representaciones sobre servicios de salud biomédicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicina privada</li> <li>• Medicina oficial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eficacia</li> <li>• Accesibilidad</li> <li>• Percepciones positivas</li> <li>• Percepciones negativas</li> <li>• Experiencias previas</li> <li>• Servicios de salud más frecuentes</li> </ul>
<b>Representaciones sobre curadores y recursos de atención biomédicos y populares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos y curadores biomédicos</li> <li>• Recursos y curadores populares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opinión sobre los curadores profesionales</li> <li>• Uso y apropiación de medicamentos u otros remedios curativos (automedicación)</li> </ul>

**Fuente:** Elaboración propia con base en material de campo, 2015, México.

<sup>31</sup> Los subejes correspondientes a este eje los denominé como trayectorias de atención en torno a las cuatro enfermedades; sin embargo, como ya lo expliqué antes, conforme fui empezando el análisis me di cuenta de que la información obtenida no me permitía reconstruir cada una de las trayectorias seguida por cada mujer y respecto a cada uno de los padecimientos. Por ello, toda esta información se agrupó en el capítulo cuatro referente a acciones de autoatención así como al papel de la red social.

## **Capítulo II**

### **Una aproximación al Pedregal de Santo Domingo y a una parte de sus habitantes**

En este capítulo presento una etnografía sobre el Pedregal de Santo Domingo, el barrio en el que habitan las seis madres protagonistas de la tesis. La descripción de la colonia la hago con base en tres fuentes: el material de campo que obtuve, la literatura etnográfica que existe sobre la zona, así como información producida por diversas instituciones nacionales (INEGI, CONAPO, SEDESOL), varias de ellas de carácter estadístico, que me permitieron tener un panorama social y demográfico de la delegación Coyoacán, en donde se ubica el barrio.

Por último, describo la situación del barrio en relación a los servicios de salud, y en particular, al Centro de Salud T-I Santo Domingo Oriente, en el cual realicé prácticas de observación durante un período del trabajo de campo, y al cual asisten tres de las informantes con las que trabajé.

#### **El barrio de Santo Domingo: un barrio popular en la Ciudad de México**

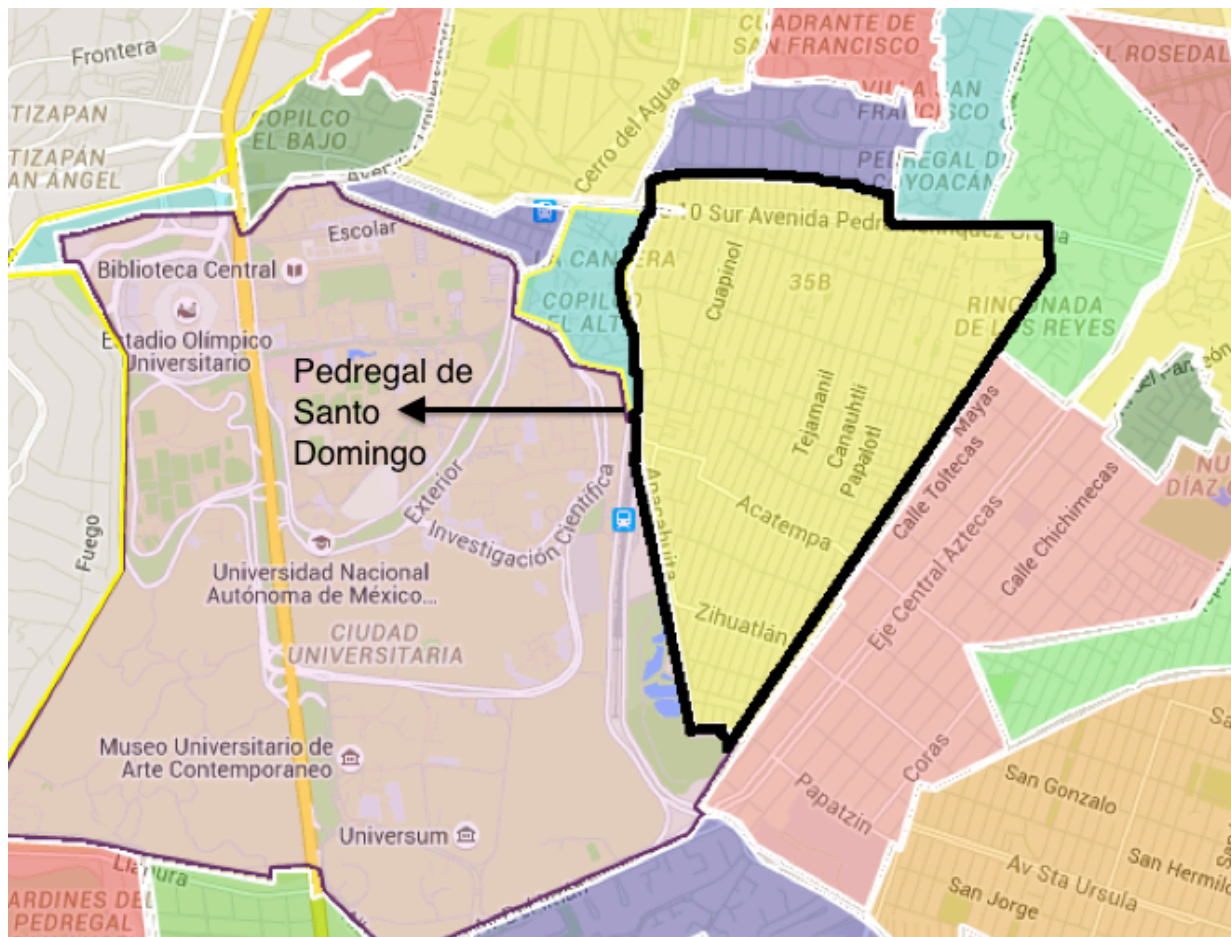
##### **1. Aproximación etnográfica a la zona de estudio**

Describir un barrio popular como Santo Domingo implica un desafío considerable. Una descripción errónea puede hacer que el lector piense que Santo Domingo es una colonia uniforme, en donde no existe la diversidad, algo totalmente contrario a la realidad pues si algo lo caracteriza es su enorme heterogeneidad y complejidad. Pero a pesar de tal diversidad hay ciertos aspectos que le imprimen una particularidad común, por lo cual, espero que este capítulo logre dar cuenta de ambos polos, de lo general y de lo específico del barrio.

La descripción etnográfica aquí presentada, corresponde a una parte de Santo Domingo, la zona centro, en la cual realicé el trabajo de campo. Esta zona está delimitada por la Avenida Aztecas al este, Avenida Escuinapa al norte, la calle de Ahuejote al oeste y la calle Xochiapan al sur. Por tanto, al referir al Santo Domingo en realidad estoy refiriendo a esta parte del barrio.

El Pedregal de Santo Domingo está ubicado en la parte central de la delegación Coyoacán, dentro de la zona conocida como “Los Pedregales”, y comprende una extensión de 2.5 km<sup>2</sup> (Lourdes Vega, 1996: 279). Al norte colinda con la colonia Pedregal de San Francisco, al oeste con Copilco El Alto y con Ciudad Universitaria, al noreste con Barrio Niño de Jesús y con el Pueblo de Los Reyes; y al este y sureste, con la colonia Ajusco, también creada con la invasión de terrenos (véase mapa 1).

*Mapa 1. Colonia Pedregal de Santo Domingo*



**Fuente:**

[https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=zdhJx87p6zeA.k4ry9IYTV0GE&hl=es\\_419](https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=zdhJx87p6zeA.k4ry9IYTV0GE&hl=es_419),

Revisado el 07 de Julio de 2015, México.

Esta colonia fue creada mediante la invasión a los terrenos en la década de los setenta. Dicho proceso se produjo en el año de 1971, tras la llegada de entre 4 y 5 mil familias, conocidas como “paracaidistas” (Guttman, 2000:67), quienes en unos cuantos días ocuparon el terreno perteneciente a los comuneros del Pueblo de Los Reyes.<sup>32</sup> Los nuevos habitantes del pedregal provenían, principalmente, del medio rural, y llegaron a la ciudad producto de la migración rural-urbana. Los principales Estados de los cuales provenían eran Hidalgo, Morelos, Puebla, Guanajuato, Michoacán, Tlaxcala, Querétaro y Guerrero (Guttman, 2000: 74). Aunque también llegaron varias familias –por lo general, encabezadas por mujeres– que ya vivían en la ciudad de México, pero que deseaban tener un terreno para de esa forma construir una vivienda propia. En tal sentido, las mujeres tuvieron un lugar importante en la construcción y abastecimiento de la colonia, “las mujeres, como participantes sociales independientes han desempeñado un papel primordial al ser las precursoras en la creación y mantenimiento de la comunidad” (Guttman, 2000: 144).<sup>33</sup>

Schütze también considera que las mujeres fueron fundamentales en tal proceso, en tanto que la colonia:

Se construyó principalmente con el trabajo de las mujeres (...) (Ellas) jugaron un papel importante en la invasión de Santo Domingo, en la construcción y organización política de la colonia. Para ellas significó dar un paso del espacio privado del trabajo de hogar a la esfera pública de la política (Schütze, 2009: 245-246).

La invasión y construcción de Santo Domingo significó un cambio en relación a espacios de género, pues muchas mujeres ocuparon un terreno junto con amigas o

---

<sup>32</sup> La invasión de Santo Domingo se dio en una coyuntura social y política particular. Por un lado, se da dentro de un momento de incremento de la migración del campo a la ciudad. Por otro lado, hubo condicionantes políticas y económicas que permitieron que esto se llevara a cabo sin la intervención directa del Estado.

<sup>33</sup> Incluso Guttman señala que las mujeres de Santo Domingo han fungido como catalizadoras del cambio en las identidades de género, algo que fue motivado por su papel protagónico en la construcción del barrio. Como parte de ese cambio en las identidades de género:

Existe el consenso de que, en la actualidad, la vida para muchas mujeres de Santo Domingo es irrevocablemente diferente de la de sus abuelas y madres, y aunque existe una continuidad de una generación a la siguiente, también está ocurriendo una transformación en las maneras de pensar y actuar, misma que introduce nuevos arreglos e imágenes (Guttman, 2000: 168).



parientes sin la ayuda de sus maridos, hecho que produjo su “salida del espacio privado del trabajo doméstico y de la educación de los niños al espacio público de la política (adquiriendo así una) autonomía y libertad ante la familia política” (Schütze, 2009: 254).

De forma paulatina, las familias fueron construyendo viviendas, y años más tarde lograron abastecerse de los servicios básicos como agua potable, pavimentación y sistema de drenaje. El proceso de construcción de la colonia no fue sencillo, pues las condiciones agrestes del Pedregal lo dificultaban, sin embargo, la gente se encomendó a los “picos, palas, carretillas, manos y cuñas; además de enorme voluntad (que tenían y que) transformó el Pedregal de Santo Domingo en calles, avenidas y casa, y ahora en centros comerciales y demás” (Mancilla, 2000: 290). Este proceso se fue dando conforme los colonos iban teniendo las posibilidades de ir transformando el pedregal en un sitio urbanizado por lo cual no hubo una organización previa, sino que todo se fue dando de forma un tanto espontánea, lo cual se observa en la construcción arbitraria y desordenada de las casas, así como en la traza irregular de las calles.

A 43 años de su fundación, el Pedregal de Santo Domingo es un barrio popular completamente urbanizado. De ese entonces para acá, al igual que el resto de la ciudad ha sufrido múltiples transformaciones, nuevas casas , aceras que se repavimentan, drenajes en reparación, comercios que aparecen y desaparecen. Pero sobre todo es un lugar en el que a lo largo de estas décadas han ido surgiendo nuevas generaciones. Todo ello ha sucedido en un espacio que hace cincuenta años estaba habitado en gran medida sólo por una flora y fauna numerosa.

Actualmente es un lugar que congrega múltiples miradas y experiencias, algo que se percibe en el andar por las calles. Cuando caminaba por las calles de la colonia, generalmente entre la una y las siete de la noche, había escenas recurrentes que llamaban mi atención. Estas me fueron formando una imagen sobre el barrio, la de ser un lugar en el que predomina el movimiento constante de personas y de situaciones. Santo Domingo no está quieto ya que nunca deja de tener flujo de gente que transita por las calles.

En mis recorridos por la colonia, me percaté de que muchas actividades son realizadas afuera de las viviendas, en plena vía pública. Por ejemplo, observaba hombres reparando autos, motos o bicicletas; mujeres atendiendo algún puesto de comida, de dulces o de algún otro producto en venta, actividades que hacen con la intención de sustentar o contribuir con la economía doméstica. También veía a los que simplemente están en las calles con fines de interacción social: conversar, hacer bromas y reír con amigos, vecinos o familiares.

De igual forma, advertía a las mujeres que caminan por las avenidas, calles y callejones de Santo Domingo; algunas de ellas cargando bebés o llevando de la mano a niños pequeños, otras más embarazadas. Cuando las veía me preguntaba a qué lugares se dirigían. A partir de lo que después supe que hacían mis informantes, pude inferir que sus posibles rutas eran el mercado para comprar los alimentos del día, la escuela de sus hijos, algún consultorio médico o farmacia, a trabajar, o la casa de un pariente. Al respecto, puedo afirmar que una cosa que me resultó llamativa fue el hecho de que varias de las actividades cotidianas de las mujeres con las que trabajé se circunscriben en gran medida al barrio y a las zonas aledañas.

En las calles, uno de los grupos étnicos más visibles son los jóvenes, tanto varones como mujeres.<sup>34</sup> A la una de la tarde, horario en el que llegaba al CS, siempre observaba a los jóvenes que salían de la secundaria de la calle Papalótl. Asimismo, veía a jóvenes un poco mayores que parados en las esquinas de las calles, esperaban el camión que probablemente los llevaría a la preparatoria, y a algunos otros a la universidad. Otros tal vez abordaban el camión para llegar a su lugar de trabajo. Y algunos más simplemente se reunían en grupos ubicados en algunas esquinas del barrio, la mayoría ya conocidas por los vecinos como sitios de reunión para ingerir bebidas alcohólicas o algún tipo de droga como “cemento” o marihuana.

---

<sup>34</sup> La población de 15 a 24 años en el Pedregal de Santo Domingo Centro representa casi la cuarta parte de la población total, el 20.01% (SIDESO, 2003)

Los niños son otro grupo de edad que tiene una visibilidad importante en el barrio.<sup>35</sup> Durante mis itinerarios observaba infantes de diversas edades, desde pequeños cargados en brazos por sus madres hasta niños que están por entrar a la pubertad y dejar atrás su infancia. Cuando los veía pensaba en su futuro. Me imaginaba que en muchos casos el futuro de éstos se encuentra cargado de incertidumbre, pocas oportunidades para estudiar, para tener un empleo bien remunerado, para tener más posibilidades de acceder a un mundo social diferente al de sus padres. No podía evitar que esos pensamientos me provocaran una sensación de angustia e impotencia.

El panorama cambia según la calle por la que se transite. Por ejemplo, en Escuinapa, una de las avenidas principales del barrio, la oferta comercial es mucho más abundante que en avenidas como Papalótl, Ahuejote o Xochiapan, las cuales son básicamente habitacionales. La oferta comercial incluye una amplia cantidad de productos y servicios en cualquier sitio: estéticas, lavanderías, talleres mecánicos, farmacias, panaderías, cerrajerías, puestos de comida y restaurantes, mercados, tiendas de abarrotes, tortillerías, etc. Acceder a todo esto es sencillo para la población de Santo Domingo, ya que hay varias rutas de microbús que pasan por las avenidas principales en las que se encuentra la mayor parte de esa oferta, Escuinapa, Anacahuita y Delfín Madrigal. Como lo comenta Mari, una de las informantes: *“a mí me gusta mucho vivir en Santo Domingo porque hay de todo y no tienes que caminar tanto como en Chalco, que hasta la tiendita quedaba como a quince minutos caminando”*.

Santo Domingo es un crisol de prácticas sociales y culturales, producto de la propia historia y composición poblacional del lugar. Al ser una colonia fundada por migrantes con diferentes orígenes adquiere un matiz de abigarramiento, lo cual le imprime un sello particular a este contexto. Los habitantes fueron reproduciendo su sistema de creencias y prácticas tradicionales pero adaptándolas a un nuevo contexto geográfico, social y cultural. El Pedregal es el escenario en donde

---

<sup>35</sup> La población de 6 a 14 años en Pedregal de Santo Domingo Centro representa el 16.49% de la población total. (SIDESO, 2003)

convergen múltiples historias, entre ellas las de seis madres de familia que son una muestra de tal diversidad.

## **2. Aproximación sociodemográfica<sup>36</sup>**

El Pedregal de Santo Domingo se ubica en la delegación Coyoacán,<sup>37</sup> una de las 16 delegaciones del Distrito Federal.<sup>38</sup> La delegación Coyoacán se ubica al centro-sur del Distrito Federal, y representa el 7.0% de la población total de esta entidad federativa, con un total de 620 416 habitantes (INEGI, 2010), de los que 292 491 son hombres (47.14%) y 327 925 son mujeres (52.85%). Además la mitad de la población tiene menos de 34 años. El 20% de la población se encuentra en situación de pobreza:<sup>39</sup> el 18.7% en situación de pobreza moderada y 1.3% en situación de pobreza extrema.

El Pedregal de Santo Domingo forma parte de las zonas de marginación alta y muy alta de la delegación Coyoacán, junto el área de los Culhuacanes, Carmen Serdán, U.H. Emiliano Zapata, Ajusco, Pedregal de Santa Úrsula y Adolfo Ruiz Cortines. De acuerdo a SIDESO (2003), el Pedregal de Santo Domingo presenta un grado de marginación muy alto<sup>40</sup> (véase mapa 2 y 3).

---

<sup>36</sup> Los datos que refieren a la colonia son del año 2003, pues no pude encontrar más recientes. Los referente a Coyoacán son 2010. Por tanto las comparaciones que se hacen a nivel delegación y colonia están basadas en datos obtenidos en períodos diferentes.

<sup>37</sup> La delegación Coyoacán se caracteriza por su enorme heterogeneidad en cuanto a la composición socioeconómica y cultural de sus habitantes, por lo cual los datos que se muestran deben ser interpretados de esa forma.

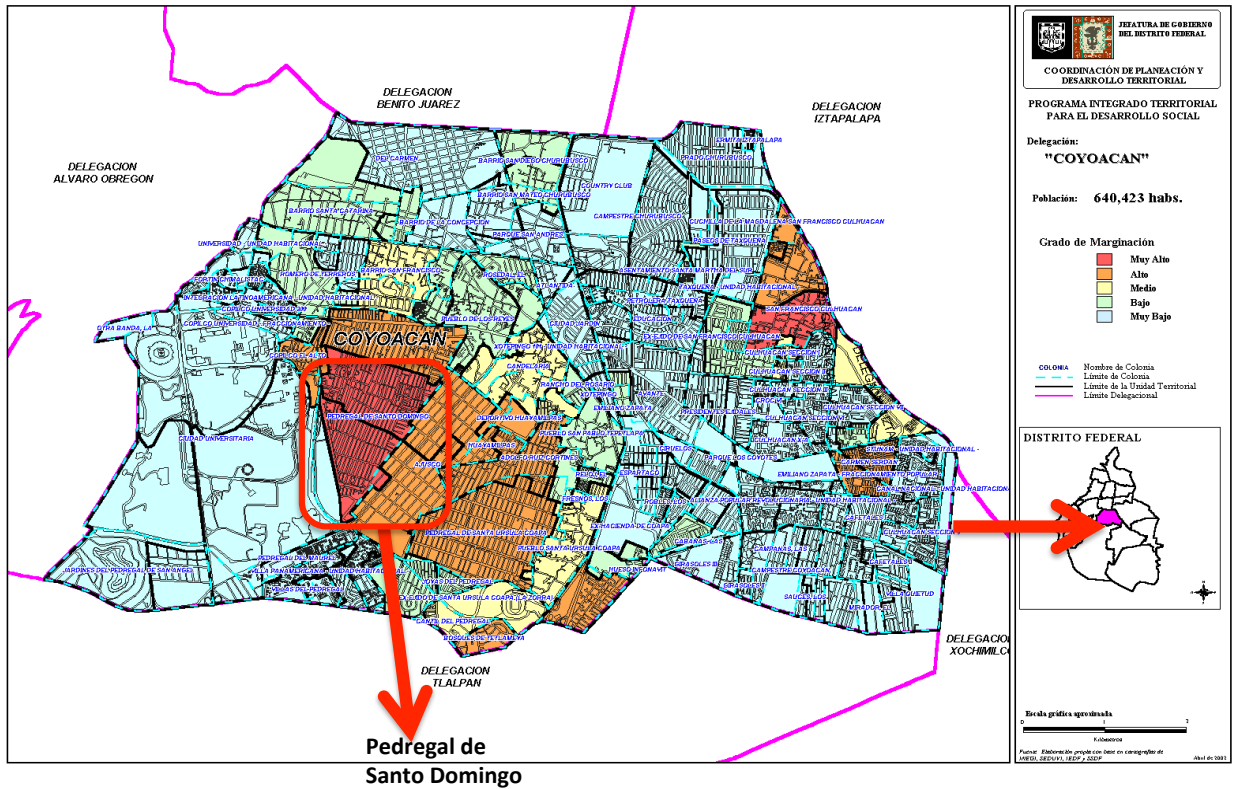
Para dar un ejemplo de esa diversidad, cabe decir que en la delegación existen 95 colonias, pueblos y barrios (Gaceta Oficial del Distrito Federal, 2010); de las cuales algunas son de clase media alta o alta como el Barrio Santa Catarina, la colonia Del Carmen, Barrio de la Concepción, Romero de Terreros, San Diego Churubusco, Paseos de Taxqueña, Presidentes Ejidales, Insurgentes Cuicuilco, Jardines del Pedregal de San Ángel, entre otras. Igualmente, se conforma por grandes áreas de unidades habitacionales de clase media a media baja, ubicadas al este de la delegación, como lo son las 9 secciones de la unidad habitacional CTM Culhuacán. También hay pueblos de origen prehispánico y colonial como el Pueblo de la Candelaria, el Pueblo de los Reyes o el Pueblo de San Francisco Culhuacán. Y por último, en Coyoacán existen colonias producto de la invasión, como la Ajusco, el Pedregal de Santo Domingo o Santa Úrsula.

<sup>38</sup> El Distrito Federal se divide en 16 demarcaciones territoriales o delegaciones. Cada una de ellas es un órgano político-administrativo para el funcionamiento del gobierno de la entidad federativa.

<sup>39</sup> Este es un índice medio si se compara con el de Iztapalapa (37.4%), con el de Milpa Alta (48.6) o Tlahuac (38.5%), algunas de las delegaciones con mayor índice de pobreza (CONEVAL, 2010).

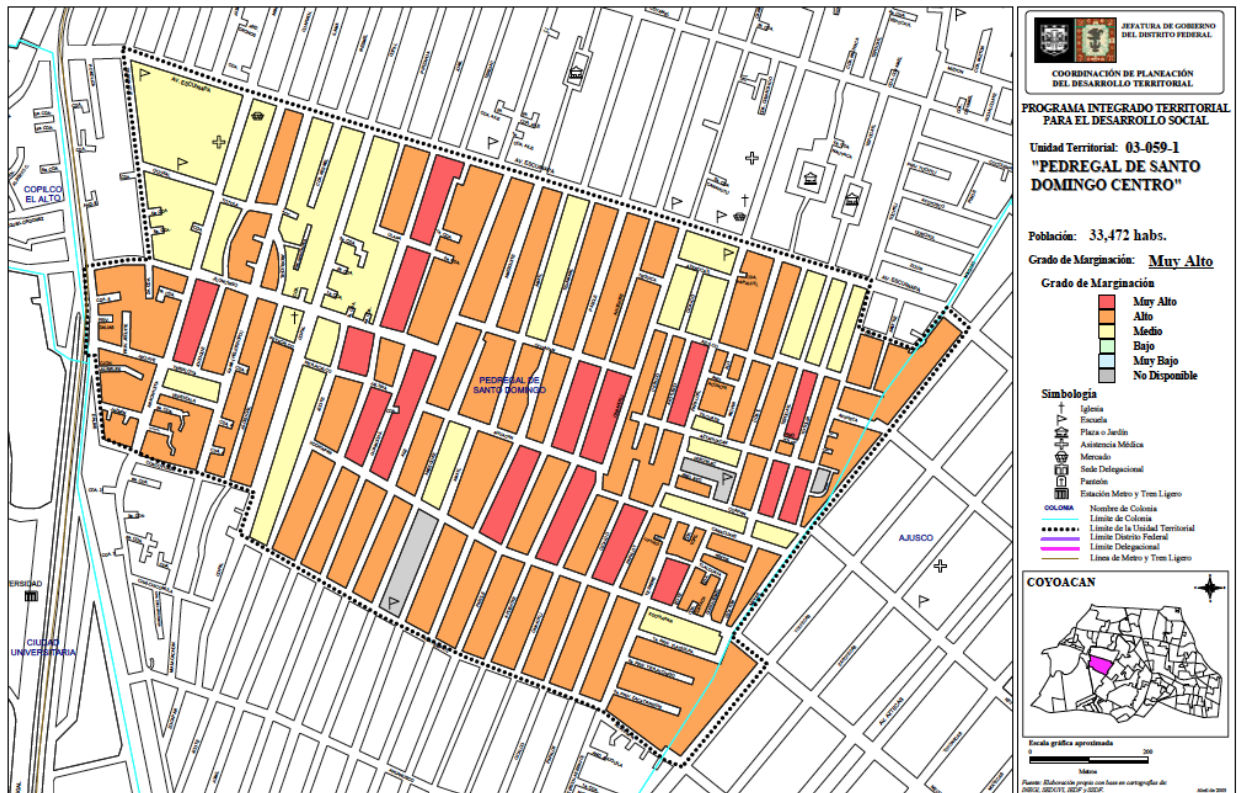
<sup>40</sup> Según el CONAPO (2011) la marginación se refiere a un fenómeno multidimensional y estructural que se asocia a la carencia de oportunidades sociales y a las capacidades para adquirirlas o generarlas, así como a privaciones e inaccesibilidad a bienes u servicios fundamentales para el bienestar. Esta se mide de acuerdo a diferentes indicadores socioeconómicos que dan como resultados diversos grados de marginación: bajo, medio, alto y muy alto.

Mapa 2. La delegación Coyoacán y sus colonias por grados de marginación social



Fuente: Programa Integrado Territorial para el Desarrollo Social, 2003, México.

Mapa 3. El Pedregal de Santo Domingo (zona centro) por áreas de marginación social



Fuente: Programa Integrado Territorial para el Desarrollo Social, D.F., 2003, México.

Esta colonia tiene 93 364 habitantes en total, por lo cual representa el 15.04% de la población total de Coyoacán. En específico, el área centro del Pedregal tiene una población de 33 472 habitantes (35.85% de la población total del barrio), de las que 5143 poseen un grado de marginación muy alto, 21 845 un grado alto, y 6457 un grado medio (SIDESO, 2003). El 48.48% de la población total son hombres, y el 51.44% son mujeres. La población femenina de 15 a 49 años, el rango de edad en el que se encuentran las informantes, representa el 29.30%.

En el centro de Santo Domingo hay un total de hogares de 7907, de los que el 75.07% son de jefatura masculina y el 24.93% de jefatura femenina. La situación conyugal de los habitantes consiste en que un poco menos de la mitad de la población de 12 años y más está casada (41.42%) (SIDESO, 2003), cifra similar a

la indicada a nivel delegacional, la cual señala que el 38.8% son solteros y el 37.6% son casados (INEGI, 2010).

En relación a la disponibilidad de servicios en la vivienda, los datos indican que a nivel delegacional el 91.9% de los habitantes tiene agua entubada dentro de la vivienda; el 99.1% posee drenaje; el 98.8% cuenta con servicio sanitario; y el 99.7% tiene electricidad (INEGI, 2010). Es decir, la mayor parte de la población tiene acceso a estos servicios. Los datos para Santo Domingo son más bajos que para Coyoacán, pues solo el 80.6% tiene servicio sanitario exclusivo y con cocina exclusiva (77.2%), ya que la tendencia es que estos se comparten por la familia extensa que habita en la vivienda. El 51.5% de las viviendas tiene de 2 a 4 dormitorios, en los cuales el promedio de ocupantes por dormitorio es de 2.2. Asimismo, una buena parte cuenta con drenaje (81.82%); y sólo un poco más de la mitad tiene agua entubada en la vivienda (59.49%). Menos de la mitad tiene agua entubada en el predio (40.04%). En relación a los bienes domésticos que se poseen, se indica que los bienes más frecuentes son la televisión (95.8%), la licuadora (93.5%) y la radio (92.5%); muy pocos habitantes cuentan con automóvil propio (24.3%) o computadora (10.47%) (SIDESO, 2003).

En Santo Domingo centro hay un total de 7584 viviendas particulares habitadas. Los ocupantes por viviendas dan un promedio de 33 056, de los que 27 254 (82.45%) viven en viviendas particulares que son casas independientes; 3882 (11.74%) viven en vecindades; y 586 (1.77%) viven en departamentos en edificio. El promedio de ocupantes en viviendas particulares es de 4.4. Estos datos dan una idea de cuál es el patrón de vivienda en el barrio, el cual por lo general consiste en viviendas construidas en un terreno que es compartido por la familia extensa, y que conforme ésta va creciendo y se van teniendo las posibilidades económicas, se construyen nuevas viviendas en donde el espacio lo permita. La mayor parte de las viviendas son de paredes de tabique, ladrillo, block, piedra, cantera, cemento o concreto (98.67%). El 87.12% es de techos de losa de concreto, tabique, ladrillo o terrado con viguería; el 83.65% tiene piso de cemento y firme; el 14.94% es de pisos de mosaico o madera; y sólo el 11.96% de las

viviendas está hecha con techos de materiales ligeros, naturales y precarios (SIDESO, 2003).

Respecto a las características económicas de la población de Coyoacán, cabe decir que de la población de 12 años y más el 56.5% es económicamente activa. El 43% de la población no económicamente activa se dedican en un 39.4% a estudiar, y a los quehaceres del hogar (39.1%). A su vez, en Santo Domingo se tiene que del total de la población, 13 662 son económicamente activos (40.8%); mientras que 11 151 son económicamente inactivos (33.31%), de los cuales 3326 son estudiantes (29.83%), y 4967 se dedican al hogar (44.54%). La población ocupada se desempeñan en mayor medida como empleados y obreros (74.68%) o en el sector terciario (71.98%). De dicha población ocupada, la mayoría recibe hasta dos salarios mínimos mensuales de ingreso por trabajo (51.21%); y sólo 195 recibe más de 10 salarios mínimos mensuales (1.46%) (SIDESO, 2003). Estos datos dan una idea del perfil socioeconómico de los habitantes del barrio, la mitad de la población no vive con más de \$4200 mensuales, lo cual limita en gran medida las posibilidades de acceso a recursos, bienes, servicios y oportunidades referidas a la atención médica.

Asimismo, a nivel delegacional el nivel de escolaridad de la población de 15 años y más se distribuye de la siguiente forma: el 39.1% de la población cuenta con nivel superior; el 24.4% tiene nivel medio superior; y el 32.9% posee educación básica (INEGI, 2011). Mientras que en la colonia las cifras se invierten: el 41.73% de la población de 15 años y más tiene educación básica; el 21.27% de la población de 18 años y más cuenta con instrucción media superior; y sólo el 11.02% posee educación superior (SIDESO, 2003).

Respecto a los servicios de salud oficiales, la delegación cuenta con 19 centros de primer nivel de atención: cuatro clínicas del IMSS (las clínicas 46, 21, 15 y 19); cuatro clínicas del ISSSTE; y 11 instituciones de la Secretaría de Salud, tres de ellas ubicadas en Santo Domingo. Asimismo, un hospital de tercer nivel, el Instituto Nacional de Pediatría (Gaceta Oficial del Distrito Federal, 2010), y uno de segundo nivel que también ofrece servicio de consulta externa, el Hospital Pediátrico Coyoacán.



Del total de los habitantes de Coyoacán, el 66.4% son derechohabientes. De estos, el 35.9% tienen disponibilidad al IMSS, el 15.5% al ISSSTE, y el 8% al Seguro Popular; mientras que el 29.7% no cuenta con ningún tipo de derechohabiencia. Según CONEVAL (2010), el 46.4% de la población tiene acceso a la seguridad social, y el 31.6% tiene acceso a los servicios de salud.

En Santo Domingo, la población derechohabiente a servicios de salud representa el 45.83%, por lo cual más de la mitad no tiene ningún tipo de derechohabiencia (51.21%). Al IMSS (31.20%) es mayor que al ISSSTE.

En cuanto a la tasa de natalidad en el barrio, cabe mencionar que el total de hijos nacidos vivos de mujeres de 15 a 49 años es de 15125; en tanto que el total de hijos fallecidos es de 663 (2.3%) (SIDESO, 2003). En la delegación el promedio de hijos fallecidos es de 2 por cada 100 hijos nacidos vivos (INEGI, 2010).

En resumen, el Pedregal de Santo Domingo es un barrio en el cual existe un alto grado de marginación, el más alto de la delegación, lo cual se ve reflejado en las condiciones materiales de vida de la mayoría de sus habitantes, así como en sus posibilidades de acceso a los recursos y servicios. A pesar de que sus habitantes tienen acceso a servicios de salud, pues de hecho en el barrio hay tres CS, la atención que se ofrece en éstos tiene limitantes estructurales, lo cual se ve reflejado en las acciones de atención de las mujeres (véase capítulo 5).

### **3. Panorama de los servicios de salud**

#### ***3.1 El Centro de Salud T-I Santo Domingo Oriente y otros servicios de salud***

En Santo Domingo hay tres Centros de Salud que dan cobertura médica a la población de la colonia: el Centro de Salud T-I Santo Domingo Poniente, el Centro de Salud T-I La Ciénega, y el Centro de Salud T-I Santo Domingo Oriente. De igual forma, se encuentra el Centro de Salud T-II Nayaritas que está ubicado en la colonia Ajusco, colonia vecina de Santo Domingo y que también brinda atención a la población de Santo Domingo. Estos ofrecen un primer nivel de atención y pertenecen a la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

El CS en el que realicé una parte del trabajo de campo es el Centro de Salud T-I Santo Domingo Oriente. Está ubicado en la esquina de las calles de Canacuate y Cicalco, a una cuadra de la avenida Papalótl. Forma parte de las instalaciones del “Centro de Artes y Oficios. Escuelita Emiliano Zapata”, un centro cultural que se encarga de fomentar actividades artísticas y culturales entre los habitantes del barrio.

Schüze (2009) plantea que el movimiento social que se produjo en torno a la invasión y construcción de la colonia generó diversos espacios públicos locales, como foros de participación y comunicación (Schütze, 2009: 254). Este es el caso de la “Escuelita”, como la conocen en el barrio, un sitio muy conocido por la mayor parte de los colonos. Ésta fue fundada hace 43 años durante la creación del barrio. En un inicio para impartir clases a los niños, después se convirtió en un espacio de acercamiento al arte y a la cultura para la gente del barrio.<sup>41</sup> Actualmente, la “Escuelita” se constituye como un espacio de reunión social -sobre todo para mujeres-, así como de recuperación de la memoria colectiva del barrio, pues varias de las actividades culturales que se realizan están orientadas a tal labor.

El CS ocupa parte de las instalaciones de la Escuelita. Ocupa un área pequeña, distribuida en tres consultorios: uno de odontología,<sup>42</sup> otro de medicina general, y un tercero que es compartido por trabajo social y enfermería. Frente a los consultorios se encuentra el baño del personal de salud, que también funciona como cuarto de desechos médicos. La sala de espera consiste en dos bancas de madera colocadas a la entrada de la Escuelita.

El CS cuenta con una infraestructura básica, con un equipamiento de materiales limitado, y con nulo abastecimiento de medicamentos. El consultorio médico es pequeño y con el equipamiento básico para una consulta de primer nivel. Únicamente, se conforma por un escritorio y una cama de revisión para pacientes.

---

<sup>41</sup> Actualmente, en la Escuelita se imparten pocos talleres: están los permanentes que son dirigidos a adultos, como el de carpintería, el de grabado y la imprenta; y otros temporales como el de teatro. También hay talleres infantiles de danza y de computación. La Escuelita funciona mediante los recursos autogenerados a partir de los talleres que se implementan y de algunos proyectos que son apoyados por instituciones o personas externas.

<sup>42</sup> El consultorio de odontología estuvo tres meses sin funcionar debido a que la unidad dental estuvo descompuesta, por lo cual el servicio de odontología se daba en el CS Nayaritas.

Para obtener un turno para consulta, los pacientes deben llegar un par de horas antes de la hora de inicio de la misma. El horario matutino para obtener ficha es entre 6:00 y 7:00 AM; y el vespertino es entre 11:00 y 12:30 PM. A las 13:00 PM el auxiliar administrativo reparte las fichas; y la consulta comienza a las 13:10 PM. Para el turno de la tarde suelen repartir como máximo diez fichas. Sin embargo, la afluencia de gente en el CS no es tan abundante. De hecho, hay días en los que llegan menos de cinco pacientes, sobre todo los viernes y los días próximos a vacaciones o días festivos. Al respecto, el Dr. Ramírez, médico encargado del turno vespertino, comenta: *“siempre es así. Como mucha gente de la colonia viene de fuera, entonces aprovechan para irse a sus pueblos. Los viernes la gente no viene porque prefiere hacer otras cosas que ocuparse de su salud”*. Asimismo, menciona que el CS T-I Santo Domingo Oriente no suele tener mucha demanda, a diferencia del CS T-II Nayaritas, en el cual siempre hay una dinámica mucho más acelerada.

No obstante, aunque es poca la gente que asiste a este CS, sí hay que esperar para ser atendido. En lo que esperan, Edith les pasa una lista en la cual apuntan algunos datos generales como su nombre, teléfono y dirección. El tiempo de espera es de aproximadamente una a dos horas entre que se llega y concluye la consulta. Por lo general, quienes acuden al CS son mujeres de todas las edades, ya sea que vayan solas, con hijos o embarazadas. A veces acompañan a sus esposos, pues es sumamente raro que un varón acuda solo a ser atendido. En ocasiones son acompañadas por otras mujeres, con las cuales platican durante la espera. Las mujeres que tienen las primeras fichas esperan ahí mismo, mientras quienes tienen las últimas fichas se regresan a sus casas y vuelven más tarde. El doctor y Edith me comentan que esta práctica es habitual pese a que ya se les ha indicado que no lo hagan dado que a veces regresan cuando su turno ya ha pasado y aún así quieren que se les atienda.

La consulta médica dura entre cinco y quince minutos, dependiendo el caso que se trate. El doctor me comenta que las causas de consulta más frecuentes son las faringitis agudas, embarazos, y diabetes mellitus; y que en niños menores de cinco años las causas de consulta suelen ser por faringitis agudas, control de niño sano y diarreas. A veces las pacientes pasan al consultorio de trabajo social para

que se les dé de alta en el Seguro Popular , en el programa de Gratuidad, o para que se les oriente sobre su funcionamiento. Otro de los servicios es el de aplicación de vacunas, actividad realizada por los enfermeros de los turnos matutino y vespertino. En la tarde solamente hay servicio de enfermería tres días a la semana, ya que los otros dos días el enfermero no acude debido a que cubre un turno en Nayaritas. Según César, el enfermero del turno vespertino, a la población que más se vacuna es la infantil.

Para que se les atienda de forma gratuita, las pacientes deben llevar sus documentos de adscripción al Seguro Popular o a la Gratuidad. De lo contrario, la consulta se cobra a \$6. De acuerdo al auxiliar administrativo, aun cuando el costo de la consulta es muy bajo, hay gente a la que se le dificulta pagarlo: *“sí, ahora que les pidieron a los niños el certificado médico de acá del CS, llegaba gente que no podía pagar eso (\$14) y la consulta”* (Juan Carlos).

Según el testimonio del personal de salud y de las propias mujeres, el abastecimiento de medicamentos es inexistente. Aunque el CS debería contar con el cuadro básico de medicinas, esto no sucede así. Cuando a los pacientes se les proporciona algún medicamento es porque el doctor les ofrece alguna muestra médica.

### **3.2 Otros servicios de salud**

Además de los tres Centros de Salud ubicados al interior del barrio, existe una oferta sumamente amplia de consultorios médicos de genéricos y similares, así como de clínicas y médicos particulares.

Por lo general, los primeros forman parte del servicio que ofrece alguna farmacia. Algunas de ellas son conocidas como las farmacias de Dr. Simi o las Farmacias del Ahorro. Otras son pequeñas farmacias de barrio que han incorporado la opción de brindar servicio médico por una cuota muy moderada (\$30 a \$40). E incluso, hay algunas como las Farmacias del Ahorro que brindan un orientación médica gratuita.

En general, esta opciones atienden en horarios más amplios que los del CS, es decir, abren desde las 8:00 o 9:00 AM y cierran aproximadamente a las 18:00

PM. Encontramos también algunos consultorios privados que ofrecen consultas vespertinas y nocturnas, por una cuota un poco más elevada de aproximadamente \$50. Suelen abrir todos los días, aunque en fines de semana los horarios son más restrictivos.

El tiempo de espera para ser atendido varía dependiendo de la demanda que haya, pero las mujeres indicaron que lo más que las han tardado en atender es una hora.

Asimismo, los medicamentos pueden adquirirse en la misma farmacia del consultorio, o en otra. Aunque las mujeres señalaron que prefieren comprarlo ahí por cuestiones prácticas, a menos de que algún medicamento esté excesivamente caro lo buscan en otra.

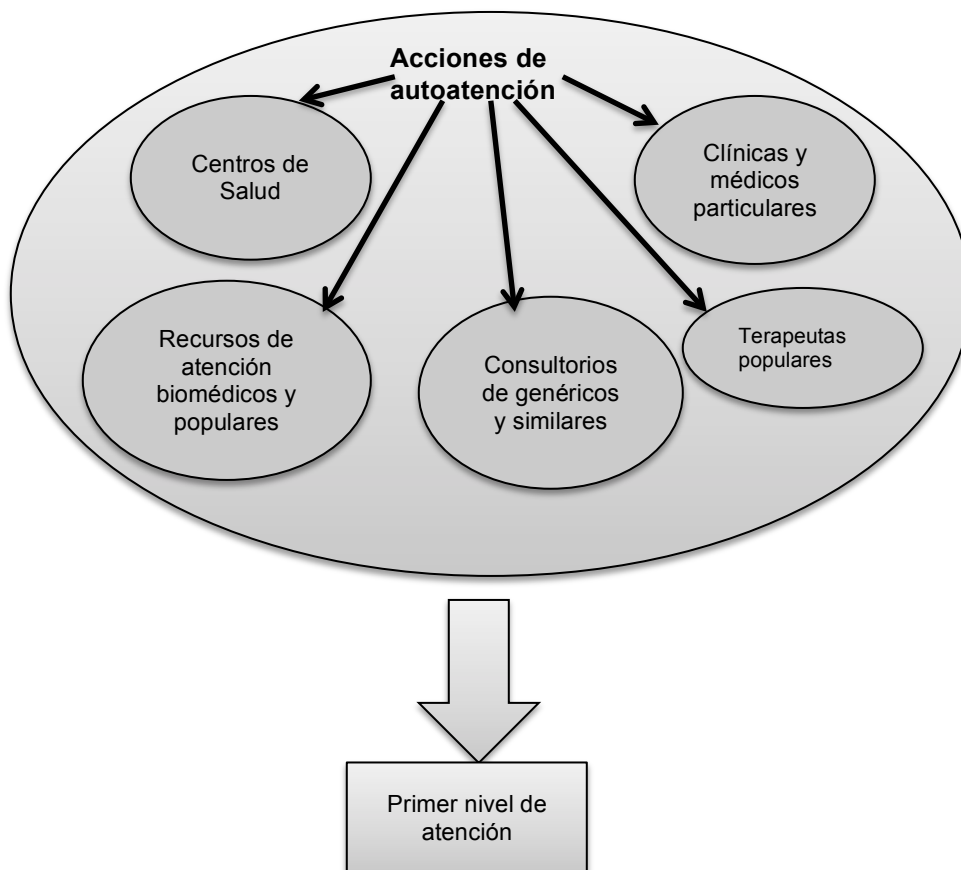
Debido a que estos servicios están muy propagados por el barrio, el acceso a ellos es muy fácil, puede ser caminando o en un camión. Aunque todas las mujeres viven o trabajan cerca de algún consultorio perteneciente a farmacias que venden medicamentos genéricos.

También hay servicio de clínicas u hospitales privados ubicados al interior del barrio. En ocasiones estos tienen especialistas médicos como pediatras o ginecólogos. En algunas de estas clínicas u hospitales también se atienden emergencias médicas, así como algunas cirugías o partos. La consulta externa en estas unidades es más costosa que en los consultorios similares, pero aun así no suele exceder los \$300, más aún si se trata de una consulta con un especialista.

Finalmente, en el siguiente esquema se muestran los principales servicios de salud que existen en Santo Domingo, los cuales son en su mayoría de primer nivel de atención, con la excepción de algunas clínicas privadas que pueden llegar a ofrecer un servicios de segundo nivel de atención. Estos servicios de salud son privados y oficiales, habiendo una mayoría de los primeros. Asimismo, están presentes los diversos recursos de atención biomédicos y populares que utilizan los habitantes para hacer frente a los padecimientos. E igualmente, las acciones de autoatención son sumamente frecuentes, y a su vez hacen uso de los recursos populares y biomédicos, y también está presente en las decisiones de atenderse en los servicios de salud biomédicos. Los curadores populares existen en el barrio,

pero no suele acudir a ellos para los padecimientos infantiles aquí estudiados (véase esquema 3).

*Esquema 3. Los servicios de salud y recursos de atención existentes en Santo Domingo*



**Fuente:** Elaboración propia con base en datos de campo, 2015, México.

### **Acercamiento a la vida de seis madres de familia**

Los actores primarios de esta investigación son seis madres de familia que habitan en el Pedregal de Santo Domingo. A pesar de que éstas poseen ciertas características básicas como la edad de sus hijos, o su condición socioeconómica, también es verdad que hay diferencias entre ellas que hacen que el grupo no sea

uniforme. En este capítulo se busca presentar a cada una de las informantes, así como mostrar cuáles son esas diferencias que existen entre ellas. El propósito de esto es evidenciar que tales distinciones son indicadores de algunas variaciones en cuanto a la forma en que las madres entienden la enfermedad, pero sobre todo respecto a las acciones de atención a nivel de la búsqueda profesional. Quizá conviene precisar que esta clasificación no pretende dar a entender la existencia de dos grupos con divergencias abismales, pues finalmente todas las mujeres cumplen con criterios de selección parecidos y sólo diferencias a veces sutiles que denotan una tenue variedad entre ellas, lo cual en ocasiones puede ser importante para comprender ciertas acciones.

Las mujeres están agrupadas de acuerdo a cuatro variables que consideré más determinantes en la clasificación de la muestra: 1) origen y lugar de residencia 2) relación con la pareja y con la red social 3) trabajo remunerado e ingresos familiares 4) relación con los servicios de salud.

Estas variables permiten colocar a las mujeres en dos grupos en los cuales atraviesa una condición de desigualdad que adopta diferentes niveles y formas, y que aunque está presente en todas las mujeres adquiere matices distintos de acuerdo a la situación particular de cada madre. Es por esto que en el grupo uno he agrupado a las madres que están en una mayor situación de desventaja socioeconómica y de mayor desigualdad de género y, en el grupo dos, aquellas cuya situación social, económica y de género es un poco más favorable.

La desventaja económica y social está basada en el tipo de trabajo remunerado y en los ingresos familiares mensuales,<sup>43</sup> así como en el origen rural o urbano, lo cual en el caso de las mujeres con las que trabajé, determina el tipo de red social con el que cuentan. En esto también interviene el tipo de vínculo que tienen con los servicios de salud. Asimismo, la desigualdad de género se sustenta en la relación que éstas tienen con la red doméstica y social, y más en concreto, con el tipo relaciones de poder intra e inter genéricas que se establecen con los

---

<sup>43</sup> La idea es dar cuenta de estas diferencias a partir de datos concretos como el costo de la renta de la casa en la que viven: mientras que Mari y Yuri pagan una renta de \$650, Hilda y su familia viven en una casa cuya renta es de \$4500.

allegados, tanto mujeres como varones. La idea es plantear cómo dicha condición de desventaja está construida desde una mirada interseccional, en donde las formas de subordinación u opresión se constituyen como un “nexo o nudo donde la pobreza o el empobrecimiento de las mujeres afecta de manera diferenciada a las mujeres en función de categorías como género, raza, etnia, sexualidad, edad, entre otras” (Muñoz, 2011: 11).

Es a partir de estos criterios que separé a las mujeres en dos grupos, de los cuales presentaré información a continuación.

### **1. Grupo uno: mayor desventaja socioeconómica**

Las mujeres del grupo uno laboran como empleadas de un negocio de comida ubicado en el barrio, tienen ingresos mensuales equivalentes al salario mínimo, sus jornadas laborales son de ocho horas diarias y no poseen ningún tipo de prestación laboral. Todas tienen relaciones de pareja cargadas de conflicto y de escaso apoyo económico y emocional. Asimismo, las relaciones con una parte de su red doméstica, suegras y cuñadas, están filtradas por una asimetría que las coloca en desventaja. Dos de ellas tienen un nivel bajo de escolaridad, y una un nivel medio; todas han tenido a sus primeros hijos a edades tempranas (entre los 16 y los 19 años). El rango de edad de estas mujeres va de 19 a 26 años, por lo cual en promedio, son más jóvenes que las del grupo 2. También tienen más hijos que las del segundo grupo.

*Tabla 3. Características básicas*

Informante	Edad	Número de hijos	Edad de primer embarazo
Mari	19	2	16
Yuri	26	4	19
Gabriela	26	2	19

Fuente: elaboración propia con base en datos de campo, 2015, México.

#### **1.1 Origen y lugar de residencia**

Las madres de este grupo tienen un origen diferente entre sí, dos de ellas son del poblado rural de Yehualtepec en el estado de Guerrero y una nació y creció en Santo Domingo, es decir, es de procedencia urbana.



Las mujeres de Yehualtepec son hermanas (Mari y Yuri)<sup>44</sup> y llegaron a la Ciudad de México con la intención de buscar empleos más remunerados que los de su lugar de origen, en donde la actividad económica principal es la agricultura. Cada una llegó a la ciudad en momentos diferentes, pero en ambos casos fue durante su adolescencia, período en el que conocieron a sus respectivas parejas y comenzaron a tener hijos. En sus perspectivas a futuro no está volver a su pueblo de origen, aunque siguen manteniendo un vínculo con éste en tanto que sus padres aún viven ahí.<sup>45</sup> Al momento de iniciar el trabajo de campo, ellas vivían juntas en un cuarto que renta Yuri por \$650 mensuales en la calle de Ahuejote. No obstante, ya para finales del trabajo Mari regresó con su esposo y se fue a vivir con él a un cuarto que con su familia estaban rentando en la misma colonia.

Por otro lado, Gabriela es una de las dos informantes originarias del barrio. Es hija de migrantes que llegaron durante el proceso de invasión de los terrenos de Santo Domingo y que construyeron una vivienda propia. Ha vivido en el barrio toda su vida, incluso el período en que se fue a vivir con su esposo a la casa de sus suegros, quienes también habitan en la colonia.

---

<sup>44</sup> El motivo por el cual se eligieron dos hermanas es porque ambas cumplían con todos los criterios de selección, y, sobre todo, estaban dispuestas a colaborar conmigo, algo muy importante debido al reducido tiempo de realización de trabajo de campo. Durante el transcurso de éste, traté de incorporar a otras informantes, pero en varios casos me fue difícil que se comprometieran a trabajar en la investigación. Por ello, no dudé en trabajar con estas mujeres, a pesar de las limitantes que podía implicar el que pertenecieran a un mismo grupo familiar, que básicamente consisten en que la información brindada por ellas es más similar.

<sup>45</sup> Otro de los motivos por los cuales conservan un vínculo con su lugar de origen radica en que tanto ellas como sus otras dos hermanas que también viven aquí, han desarrollado la práctica de enviar a alguno de sus hijos a que vivan una temporada con la abuela. Ellas explican que lo hacen por varias razones: primero porque consideran que la vida en el campo es mucho más sana para un niño que la vida en la ciudad; segundo, porque es una forma de evitar que su madre se quede sola allá en el campo; y tercero, porque es una forma de establecer redes de cuidado, ya que así mientras la mamá cuida de alguno de los niños, ellas no se tienen que hacer cargo de éste.

*Tabla 4. Origen y residencia*

Informante	Origen	Tiempo de residencia en Santo Domingo	Lugar de residencia actual
Mari	Rural (Guerrero)	Pocos meses <sup>46</sup>	Comparte un cuarto con su hermana Yuri
Yuri	Rural (Guerrero)	Ocho años	Un cuarto en una vecindad
Gabriela	Urbano (Santo Domingo)	Toda su vida	Casa familiar

Fuente: elaboración propia con base en datos de campo, 2015, México.

### **1.2 Relación con la pareja y con la red social**

Las tres mujeres se han enfrentado a situaciones conflictivas con su pareja y con una parte de su red parental, en específico con sus suegras y cuñadas. En todos los casos se presentan episodios de violencia física o verbal por parte de sus allegados.

Cuando conocí a Mari y a Gabriela éstas se encontraban en un proceso de separación de sus parejas: la primera se había separado recientemente; y la segunda llevaba ya varios años separada. Sin embargo, durante el tiempo del trabajo de campo ambas se reconciliaron con sus parejas.

A su vez, Yuri sí vivía con su esposo, pero sólo por temporadas, ya que en ocasiones éste no iba a la casa por varias semanas dado que se quedaba en la casa de su mamá. La relación de Yuri con su suegra llegó a ser buena, pero se fue deteriorando debido a los problemas que ella empezó a tener con su esposo, la mayor parte de ellos derivados del alcoholismo de éste.

Por otro lado, Mari se separó de su pareja porque éste la golpeaba lo mismo que a sus hijos. Cuando vivía con su esposo, cuñadas y suegra, no la dejaban salir sola a la calle; por el contrario, Mari relata que la encerraban para que realizara diversas labores domésticas. Y en el caso de Gaby, la ruptura con su pareja se dio por dos motivos: primero porque éste conoció a otra mujer y tuvo una hija con ella; y segundo, porque nunca la apoyaba con ningún gasto doméstico o relativo al cuidado de los niños. En el tiempo en el que ella vivió en la casa de sus suegros,

<sup>46</sup> Anteriormente ya había residido en Santo Domingo, pero durante un tiempo se fue a vivir a Chalco con su pareja

sufrió de maltrato por parte de su suegra y esposo quiénes le racionaban el alimento y la agredían verbalmente.

*Tabla 5. Relación con pareja y red social*

Informante	Estado civil	Episodios de violencia física o verbal en su núcleo doméstico reconocidas por ellas	Actores del grupo doméstico con los que hay mayor conflicto
Mari	Separada <sup>47</sup>	Sí	Suegra, cuñadas, esposo
Yuri	Casada	Sí	Suegra, esposo
Gabriela	Separada <sup>48</sup>	Sí	Suegra, esposo

Fuente: elaboración propia con base en datos de campo, 2015, México.

### **1.3 Trabajo remunerado e ingresos mensuales**

Las mujeres de este grupo trabajan como empleadas en el mismo negocio de comida que se encuentra en la colonia Ajusco, a un lado de Santo Domingo. Sus jornadas de trabajo son de entre siete y ocho horas, entran a las once de la mañana y salen a las siete de la noche. Yuri es la que lleva más tiempo laborando ahí, y por tanto es la que gana un poco más (\$2800 mensuales); Gaby lleva trabajando ahí casi dos años y percibe un ingreso mensual más bajo que el de Yuri, de \$2400; y Mari la que menos tiempo tiene de laborar ahí, es la que recibe los ingresos menores (\$2100). En los casos de Mari y Gaby ese es en gran medida el ingreso mensual total con el que cuentan, ya que sus parejas les apoyan económicamente de forma muy limitada (de hecho, cuando estaban separadas no les apoyaban con ningún recurso). Yuri sí recibe un mayor apoyo económico de su esposo, quien paga la renta, los gastos domésticos y algunos gastos relativos a los niños.

A pesar de que todas reconocen que les gustaría tener un trabajo mejor remunerado, también coinciden en que esto se recompensa con otros beneficios. En primer lugar les queda cerca de sus domicilios, por lo cual no tienen que gastar en pasajes; pueden comer ahí tanto ellas como sus hijos y en ocasiones su

<sup>47</sup> A la mitad del trabajo de campo, Mari volvió con su pareja

<sup>48</sup> Al igual que Mari, Gaby volvió con su pareja durante trabajo de campo.

“patrona” les ofrece que se lleven la comida que quedó del día. Les dan permiso de recoger a sus hijos de la escuela y que pasen la tarde con ellas en el negocio. Asimismo, las tres comentan que su patrona es una buena persona, con la cual tienen buena relación.

*Tabla 6. Trabajo e ingresos*

Informante	Lugar de trabajo	Salario mensual	Apoyo económico de esposo
Mari	Negocio de comida	\$2100	No
Yuri	Negocio de comida	\$2800	Sí (renta, gastos hijos)
Gabriela	Negocio de comida	\$2400	No

Fuente: elaboración propia con base en datos de campo, 2015, México.

### **1.4 Relación con los servicios de salud**

Estas tres mujeres tienen una menor cercanía con los servicios de salud que las del grupo dos. De hecho, dos de ellas (Mari y Gaby) no están dada de alta en el CS que les corresponde, ni cuentan con Seguro Popular o Gratuidad.<sup>49</sup> La única que tiene Seguro Popular es Yuri. Sobra decir que ninguna tiene derechohabiencia a alguna institución. A pesar de que en algunos casos sí acuden a los servicios de salud biomédico, sobre todo de tipo particular, llevan a cabo más prácticas de autoatención que las del otro grupo.

*Tabla 7. Servicios de salud*

Informante	Derechohabiencia	Algún tipo de protección a la salud
Mari	No	No
Yuri	No	Sí (Seguro Popular)
Gabriela	No	No

Fuente: elaboración propia con base en datos de campo, 2015, México.

## **2. Grupo dos: menor desventaja socioeconómica**

Las mujeres del grupo dos cuentan con una mejor condición socioeconómica; todas

<sup>49</sup> La Gratuidad consiste en un programa de acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes del Distrito Federal que carecen de seguridad social y laboral (Secretaría de Salud, DF) <http://www.salud.df.gob.mx/portal/index.php/programas-y-accionesc/grat>.

Se tramita en el Centro de Salud al que esté adscrito la persona, y los únicos requisitos son no ser derechohabiente de ninguna institución de seguridad social y llevar la documentación correspondiente.

tienen Seguro Popular, e incluso una de ellas tiene derechohabiencia al ISSSTE; se desempeñan en trabajos un poco mejor remunerados y con jornadas laborales más reducidas. Sus relaciones de pareja parecen ser menos conflictivas,<sup>50</sup> y tienen una red social más sólida. El nivel de escolaridad es más alto que en el grupo uno: dos tienen nivel medio superior concluido, y una posee secundaria concluida. El rango de edad oscila entre los 23 y 34 años. Igualmente, en promedio, tuvieron a sus hijos a edades mayores que las del grupo anterior, por encima de los 26 años. En conjunto tienen menos hijos que las madres del grupo dos.

*Tabla 8. Características básicas*

Informante	Edad	Número de hijos	Edad de primer embarazo
Hilda	30	1 <sup>51</sup>	26
Maylem	23	1 <sup>52</sup>	19
Mariela	34	2	31

Fuente: elaboración propia con base en datos de campo, 2015, México.

### **2.1 Origen y lugar de residencia**

Existen diferencias en cuanto al origen, pues sólo Hilda es de procedencia rural, mientras que Maylem y Mariela son de origen urbano. Hilda nació en una localidad rural en Bolivia, y tras migrar a Madrid, España y conocer ahí a su esposo mexicano, llega a Santo Domingo en donde radica desde hace cinco años.

Por otro lado, Maylem es originaria del barrio -al igual que Gaby-, y nieta de fundadores del barrio. Ella es la única informante que nunca ha residido en otro lugar, pues a pesar de estar casada nunca se fue a vivir a la casa de sus suegros, como sucede con otras mujeres, ya que en su familia hay una tendencia a la residencia matrilocal.

Mariela nació y creció en la delegación Iztapalapa. Durante una parte de su juventud se fue a trabajar a Michoacán, de donde son originarios sus padres. Desde que conoció a su pareja reside en la casa de sus suegros en Santo Domingo.

<sup>50</sup> Por lo menos eso es lo que expresaron siempre, y lo que yo pude percibir. Aunque con esto no pretendo afirmar que están exentas de situaciones de conflicto.

<sup>51</sup> Unos meses antes de conocerla, Hilda perdió a un hijo antes de que este naciera

<sup>52</sup> Cuando la conocí estaba embarazada de unas cuantas semanas

*Tabla 9. Origen y residencia*

Informante	Origen	Tiempo de residencia en Santo Domingo	Lugar de residencia actual
Hilda	Rural (Bolivia)	Cinco años	Casa de sus cuñadas
Maylem	Urbano (Santo Domingo)	Toda su vida	Casa familiar
Mariela	Urbano (Iztapalapa)	Cinco años	Casa de sus suegros

Fuente: elaboración propia con base en datos de campo, 2015, México.

### ***2.2 La relación con la pareja y con la red social***

La relación con la pareja tiende a ser menos conflictiva que en el caso del grupo uno. En general, las mujeres de este grupo reciben un mayor apoyo económico de sus esposos. Además de que en su conjunto, expresan un mayor involucramiento de éstos hacia la vida matrimonial y familiar. De hecho, Hilda se casó durante los meses en que hice trabajo de campo, ya que solamente vivía en unión libre con su pareja, pero no habían podido comprometerse de forma oficial. De igual forma, no expresaron situaciones de violencia.

Asimismo, el tipo de relación que las mujeres tienen con su red parental se mostró más simétrica y con menos situaciones de rispidez. Por ejemplo, aunque Mariela vive con sus suegros, algo que no ve como lo más deseable ya que quisiera tener su propia vivienda, afirmó tener una buena relación con ellos. Además, algo que solía estar presente en sus palabras, era que nunca iba a dejarse agredir por sus suegros o por su marido. En el caso de Hilda, la relación con sus cuñadas, con las cuales convive cotidianamente, era definida por ésta como de amistad y complicidad. El caso de Maylem es diferente dado que vive con su familia consanguínea, con quienes mantiene una relación de apoyo mutuo – sobre todo con sus hermanas-, y su vínculo con su familia política es más reducido, pero en general lo definía como amable.

Tabla 10. Relación con la pareja y red social

Informante	Estado civil	Episodios de violencia física o verbal en su núcleo doméstico reconocidas por ellas	Actores del grupo doméstico con los que hay mayor conflicto
Hilda	Casada	No	No explícita
Maylem	Casada	No	No explícita
Mariela	Casada	No	Situación de incomodidad con su suegra por residir en su casa

Fuente: elaboración propia con base en datos de campo, 2015, México.

### 2.3 Trabajo remunerado e ingresos mensuales

Estas mujeres se dedican al quehacer doméstico y al cuidado de sus hijos. Aunque dos de ellas concilian esta actividad con trabajos remunerados. Por ejemplo, Maylem trabaja como promotora de un partido político en horarios irregulares y ocasionales, por lo cual puede haber temporadas en las que no la requieran para nada y pueda dedicarse de tiempo completo a cuidar de sus hijos. Su ingreso es de \$3000 mensuales. En el momento en que interactué con ella su marido tenía un trabajo como obrero de construcción en donde le estaban pagando bien, por lo cual cada fin de semana llevaba \$2000. En tanto, el ingreso mensual de Maylem y su familia es de aproximadamente \$11000 mensuales, los cuales no son estables pues en ocasiones su marido gana menos dinero.

Mariela ayuda a su esposo en un negocio que tiene en el cual se ofrecen servicios funerarios. Los horarios en los que labora no son fijos, sino que dependen de cuando a su marido se le junta demasiado trabajo y ella se ve en la necesidad de apoyarlo.

A su vez, Hilda es la única informante que no tiene ningún trabajo remunerado, ya que su esposo trabaja en la Procuraduría General de Justicia (PGJ) y obtiene un ingreso que ella define como *“no tan malo para como ahora están de mal pagados todos los trabajos”*. Ella se dedica casi en su totalidad al cuidado de su hija y a las labores domésticas.

*Tabla 11. Trabajo e ingresos*

Informante	Lugar de trabajo	Salario mensual	Apoyo económico de esposo
Hilda	No trabaja	----- <sup>53</sup>	Sí (todos los gastos)
Maylem	Promotora de partido político	\$3000 <sup>54</sup>	Sí (todos los gastos)
Mariela	Asistente en negocio familiar	----- <sup>55</sup>	Sí (todos los gastos)

Fuente: elaboración propia con base en datos de campo, 2015, México.

## **2.4 Relación con los servicios de salud**

A estas tres mujeres las conocí mediante el CS. Todas ellas son pacientes adscritas a ese CS, y que en general, tienen un contacto más o menos cercano con el personal de salud del centro. Además todas tienen Seguro Popular y están inscritas en el programa de Gratuidad. Hilda es la única que tiene derechohabiencia institucional al ISSSTE, como prestación del trabajo de su marido. En general, son mujeres más familiarizadas con los servicios de salud que las del grupo anterior.

*Tabla 12. Servicios de salud*

Informante	Derechohabiencia	Algún tipo de protección a la salud
Hilda	Sí (ISSSTE)	Sí (Seguro Popular, Gratuidad)
Maylem	No	Sí (Seguro Popular, Gratuidad)
Mariela	No	Sí (Seguro Popular, Gratuidad)

Fuente: elaboración propia con base en datos de campo, 2015, México.

## **A modo de conclusión**

En este capítulo se ha descrito la zona de estudio y se ha mostrado una caracterización metodológica de las informantes. El propósito de esto ha sido desarrollar las características del contexto geográfico, social y cultural en el que éstas se desenvuelven, así como explicar el perfil de cada una de ellas, y de este

<sup>53</sup> Hilda no labora por lo cual no tiene ingresos propios. Sin embargo, su esposo quien mantiene el hogar gana \$8000 mensuales.

<sup>54</sup> A ese ingreso se suma el de su esposo, quien gana aproximadamente \$8000 mensuales, ya que su ingreso no es estable.

<sup>55</sup> Dado que Mariela ayuda a su esposo en un negocio familiar, ella no tiene un salario propia. Las ganancias obtenidas por el esposo y ella ascienden a entre \$8000 y \$10000 mensuales.



modo fundamentar las razones por las cuales decidí dividir las en dos grupos para el análisis.

Lo relevante a destacar sobre el lugar de estudio es que se trata de un espacio urbano-popular cuya historia remite a un proceso de migración campo-ciudad, el cual ha marcado el tipo de habitantes de Santo Domingo, pues la mayoría provienen de diversos estados del país y en muchos casos de localidades rurales. Esta tradición de migración se ha conservado hasta la actualidad, pues aún sigue llegando mucha gente de la provincia, a veces con pocos recursos económicos, y encuentra en este barrio un nicho de asentamiento accesible. Igualmente, se trata de una colonia que presenta una marginación social muy alta, y en donde varios de sus habitantes pertenecen a un nivel socioeconómico bajo.

Sin embargo, lo más llamativo de Santo Domingo, y quizá de otras colonias de origen y conformación similar, es la complejidad y heterogeneidad que caracteriza a su población, por ser de orígenes diversos, y por ende, reproducir prácticas culturales sumamente variadas; por tener situaciones económicas distintas o por dedicarse a actividades igualmente diferentes. Creo que esto es algo que le otorga a Santo Domingo una particularidad en relación a otros contextos urbanos o rurales.

Justamente en ese crisol que da forma al barrio, se encuentra un grupo de mujeres que aunque tiene algunos puntos en común, también presenta rasgos disímiles. Esto me ha conducido a establecer dos grupos con características diferentes sobre todo en lo que respecta a su posición particular dentro de un contexto de desigualdad más amplio. Dicha distinción está delimitada a partir del concepto de desventaja socioeconómica, el cual no sólo refiere a la situación económica de la mujer sino a una serie de factores que engloban tanto su condición laboral, como los lazos entablados con la pareja o el resto de su grupo familiar, e incluso el origen y las trayectorias migratorias. El objetivo es identificar hasta qué punto hay diferencias en las acciones de atención de las madres, que puedan ser leídas a partir de su condición de desventaja.

Finalmente, quiero concluir este capítulo señalando que con esta caracterización metodológica no tengo el afán de encasillar a las mujeres en un

grupo estático o aislado, pues a veces hay criterios que no están tan delimitados entre ambos grupos, como pasa con el origen. Tampoco pretendo obviar que en ocasiones las diferencias son sumamente sutiles, lo cual hace complejo contrastar las representaciones y acciones de las mujeres.

Por todo lo mencionado, señalo que esta es una línea que debe seguir siendo trabajada en futuras investigaciones, que por ahora únicamente pretende perfilar algunos matices entre los saberes maternos y acciones de las mujeres, dados por condiciones diferenciales de desventaja.

**PARTE DOS: LOS SABERES MATERNOS SOBRE LAS ENFERMEDADES  
INFANTILES**

## **Capítulo III**

### **Los saberes maternos sobre las enfermedades infantiles alopáticas y tradicionales**

#### **Apuntes sobre los saberes de las enfermedades**

En este capítulo me interesa mostrar en qué consisten los saberes maternos a partir de reconstruir las representaciones sociales de las madres respecto a dos tipos de padecimientos alopáticos y a dos padecimientos “tradicionales”.

Antes de iniciar la descripción y análisis de los saberes, es preciso hacer algunas acotaciones. La primera es que la información que se presenta en este capítulo está organizada de forma tal que se pueda dar cuenta de los saberes de las madres en dos niveles, por sujetos y por conjunto social. El propósito de este trabajo es dar cuenta de cómo los conjuntos sociales, un grupo de madres, establecen representaciones y acciones en torno a episodios de enfermedad, lo cual me permite establecer algunas generalizaciones respecto a un hecho social y cultural como lo es padecer y atender un padecimiento. No obstante, no hay que perder de vista que dichos conjuntos están conformados por sujetos con particularidades específicas que deben ser tomadas en cuenta. Son tales particularidades las que permiten pensar a nuestros actores de forma no homogeneizante ni esencialista, y por el contrario, dar cuenta de la heterogenidad y complejidad que los caracteriza. Por ende, he decidido reparar en la particularidad de los saberes de cada una de las madres, en tanto considero que ello me permite dar cuenta de la multidimensionalidad del sujeto, y no presentar retratos caricaturizantes y simplistas del mismo (Rosaldo, 2006).

Esta es la razón por la cual he decidido trabajar en este capítulo presentando cada uno de los casos que constituyen a los dos grupos de mujeres, pues creo que es importante advertir la especificidad de cada una de ellas, sin perder de vista que forman parte de un conjunto más amplio. Sobre todo en este capítulo, en el cual se presentan por primera vez los casos.

## **1. Categorías para la descripción y análisis de las representaciones**

La descripción y análisis de las representaciones sobre padecimientos alopáticos y “tradicionales” se presenta con base en seis categorías, causalidad, sintomatología, diagnóstico, gravedad, tratamiento y cuidados materno-preventivos.<sup>56</sup> Estas categorías son tanto etic como emic (Pike, 1949; Harris, 1980). Lo etic refiere a una descripción de hechos basada en el punto de vista y los criterios del investigador. Por ende, las categorías aquí presentadas son etic pues responden a criterios que establecí previamente, mismos que fueron elegidos porque consideré que eran los más pertinentes para dar cuenta de lo que las madres piensan y hacen sobre las enfermedades de sus hijos, de cómo la conciben y le hacen frente. Por otro lado, lo emic se define como la descripción de hechos que resulta significativa para los actores sociales estudiados y que está basada en sus propios criterios. Por eso es que dichas categorías también son construidas émicamente, dado que a la vez se basan en el sentido común de la gente en relación a cómo explicar la enfermedad.

La causalidad es una categoría que ha sido utilizada por disciplinas como la epidemiología, misma que la define como:

Una causa de un evento de enfermedad específico como un evento antecedente, la condición o la característica que eran necesarios para la ocurrencia de la enfermedad al momento en que ocurrió. En otras palabras, una causa de un evento de enfermedad es un evento, la condición o la característica que precedían al evento y sin la cual la enfermedad podría no haber ocurrido (Rothman y Greenland, 2005 en Laza Vázquez, 2006: 4).

Una parte de la literatura antropológica refiere a que la gente piensa la enfermedad en términos de causalidad, lo cual conduce a pensar que por lo general las ideas populares respecto a la causalidad “son multidimensionales y se piensan en términos de causas instrumentales, eficientes y subyacentes” (Nitcher, 2006: 113). En este trabajo la causalidad pretende mostrar la etiología de la enfermedad de

---

<sup>56</sup> Desde luego que varios de los criterios aquí empleados han sido referidos anteriormente desde otras disciplinas como la epidemiología, los estudios psicosociales sobre la enfermedad (Meyer, et.al., 1985; Bauman y Leventahl, 1985 en León, Páez y Díaz, 2003) como en una parte de la literatura antropológica sobre enfermedad (Helman, 1994).

acuerdo a las creencias, a los conocimientos y a la experiencia empírica de las madres, partiendo de que es multidimensional (Nitcher, 2006).

La sintomatología se refiere a los síntomas característicos que acompañan a cada enfermedad. Tales síntomas conducen a las madres a emitir un primer diagnóstico, el cual se relaciona con la etiqueta que la madre o el curador determina respecto al padecimiento. La categoría gravedad indica la percepción de las madres en relación al mayor o menor riesgo<sup>57</sup> que tiene una enfermedad. Por otro lado, la categoría tratamiento consiste en dar cuenta de las formas de atención conocidas y utilizadas por las madres para curar o aliviar la enfermedad, así como evidenciar las conductas de adherencia al tratamiento.<sup>58</sup>

Por último, se encuentra la categoría de cuidados materno-preventivos,<sup>59</sup> la cual aborda las acciones de cuidado llevadas a cabo por las madres orientadas a la prevención de las enfermedades infantiles y a evitar que, cuando estas ocurren, se compliquen más. Es decir, son acciones que no sólo están presentes antes de que suceda la enfermedad, sino también durante y después de la misma (véase esquema 4).

---

<sup>57</sup> El riesgo en epidemiología se refiere a “una probabilidad calculada, la probabilidad de que algo suceda (o deje de suceder) dentro de una cierta población expuesta a factores de riesgo (o de protección) específicos, comparada con una población de referencia” (Nitcher, 2006: 110).

<sup>58</sup> La adherencia al tratamiento es definida desde el punto de vista biomédico como:

Las acciones que un individuo realiza con el fin de mejorar su estado de salud y que coinciden con las prescripciones y recomendaciones profesionales, sobre la base de teorías acerca de los comportamientos adecuados de los pacientes frente a los efectos de las enfermedades. Se propende así al cuidado con la expectativa del cumplimiento y pensando básicamente en las acciones que pueden poner en juego los individuos afectados (Margulies, 2010: 65).

Sin embargo, esta visión biomédica es cuestionada desde la antropología médica en tanto que construye la adherencia:

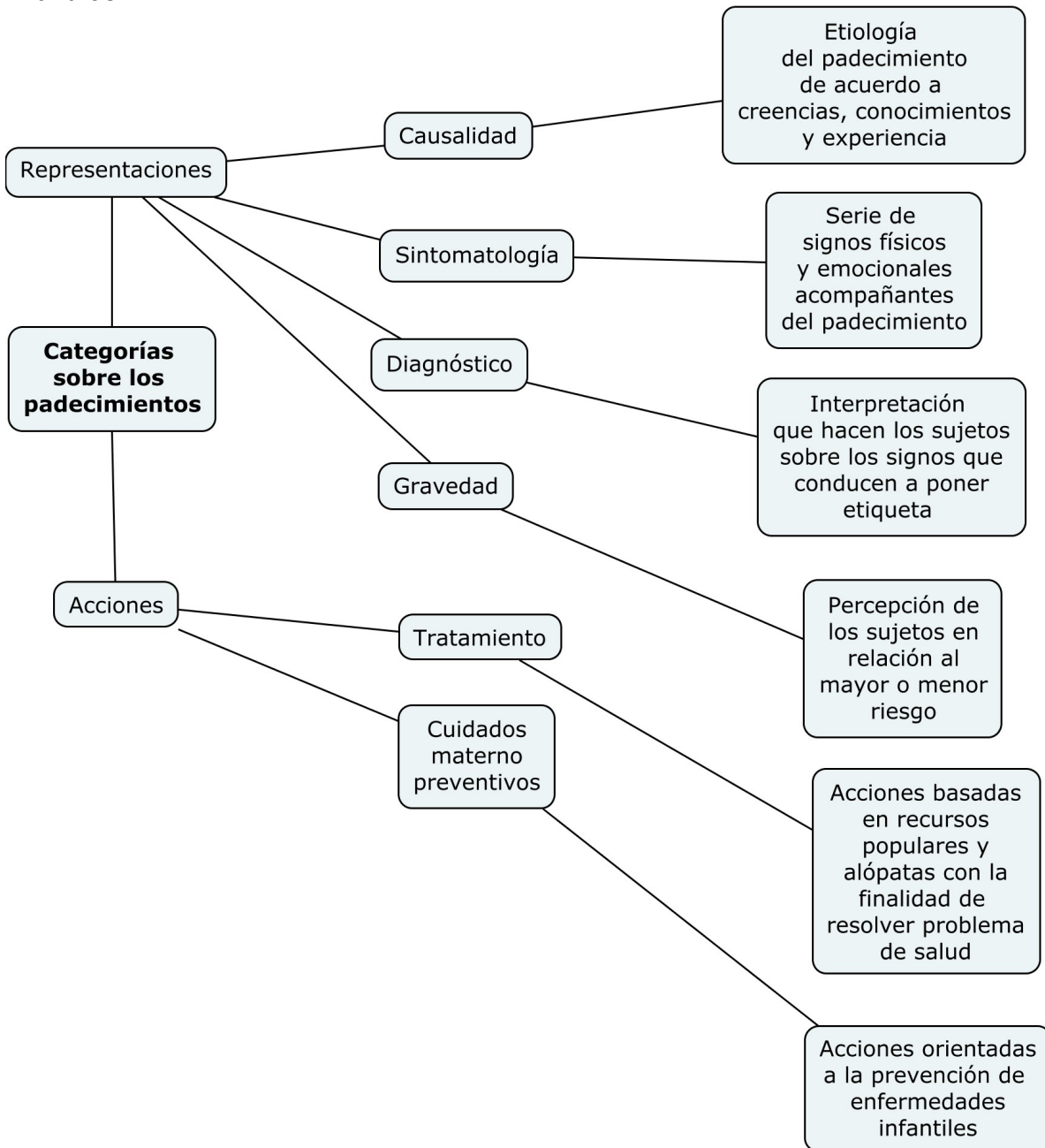
Sobre la base de un modelo del “deber ser” y una resultante es la construcción de tipologías que clasifican a los pacientes en más o menos racionales, es decir, en pacientes adherentes o potencialmente adherentes y en pacientes no adherentes. Y esto más allá del reconocimiento de aquellas determinaciones sociales y culturales que operan negativamente y que suelen presentarse como externas a su condición de paciente (Margulies, 2010).

<sup>59</sup> Esta categoría ha sido denominada por otros autores con otros términos, y que aunque refieren a algo similar, es decir, prácticas orientadas a prevenir o controlar los eventos de enfermedad, también tienen ciertas particularidades. Es el caso del concepto reducción del daño, el cual es definido como el “conjunto de conductas que van desde controlar los factores que predisponen al padecimiento hasta evitar que una enfermedad se convierta en un problema más grave” (Nitcher, 2006: 115). En este caso, he decidido utilizar el concepto de cuidados materno-preventivos dado que lo considero más pertinente para describir las prácticas de las madres en torno al cuidado y prevención de la enfermedad.

Estas categorías tienen la finalidad de ser la base para entender las representaciones y prácticas de las madres respecto a cada uno de los padecimientos. Sin embargo, en las narrativas que enseguida se presentan, éstas aparecen de forma tal que se entremezclan en las representaciones sobre las enfermedades así como en las prácticas de autoatención. Es por ello que es fundamental tener claro que éstas operan de modo relacional, ya que todas forman parte de una misma concepción y prácticas sobre la enfermedad.

En este capítulo se va a describir y analizar lo correspondiente a la causalidad, la sintomatología, la gravedad y el diagnóstico que conlleva cada enfermedad. En los siguientes capítulos me enfocaré en el tratamiento y los cuidados materno-preventivos que se llevan a cabo en el ámbito de la autoatención, así como en las acciones realizadas en la esfera de atención biomédica.

Esquema 4. Categorías para la descripción y análisis de los padecimientos infantiles



Fuente: elaboración propia con base en datos de campo, 2015, México.



## **Grupo 1: mujeres con mayores desventajas socioeconómicas**

### **1. El caso de Gabriela: Una madre trabajadora y casada pero que se asume como soltera<sup>60</sup>**

Gabriela tiene 26 años, es originaria del DF y tiene dos hijos varones: Brandon, de siete años y Cristian, de cinco. A Gabriela la conocí en el negocio de comida en el cual es empleada. Me la presentó la señora Lulú, la dueña del negocio, a quien ya conocía desde antes. Las entrevistas con Gaby, fueron en la sala de su casa, pues ahí es donde ella me citaba, los sábados o los domingos, únicos días de descanso que tenía y en los cuáles disponía de un poco más de tiempo libre. El escenario de nuestras conversaciones, la sala, solía ser un lugar bastante transitado por los habitantes de la vivienda, lo cual dificultaba en ocasiones la concentración de Gaby.

Su casa es parecida a la de las otras informantes. Se trata de un terreno en el que hay varias casas o cuartos en donde vive la familia extensa de la mujer. La casa se constituye por un portón que conduce a un patio en el cual hay objetos situados en diversos puntos, algunos de ellos aún con utilidad y otros al parecer no, y en donde generalmente hay niños jugando. En el terreno hay tres casas, una de los padres de Gaby, otra de su tío, y la que era de su abuela..

La casa tiene una fachada gris a base de cemento, y está constituida por tres pisos, los cuales ha ido construyendo el padre de Gabriela conforme la familia nuclear se ha ido ampliando. La cocina y el baño son compartidos por Gabriela y sus hijos, así como por su hermana, cuñado, sobrino y sus papás. Su hermano y su cuñada viven en el piso de arriba en donde recientemente pudieron instalar una cocina propia, un logro muy valorado. El comedor y un sofá que conforma la sala se encuentran a la entrada, y son compartidos por toda la familia. A un costado está el cuarto de Gabriela, en donde también pernoctan sus hijos y su recién llegado esposo. El piso de la casa es de cemento; el mobiliario está deteriorado al igual que los electrodomésticos; el patio exterior se percibe descuidado. En esta

---

<sup>60</sup> Los datos sobre Gabriela que se presentan en la tesis se han obtenido de cuatro entrevistas realizadas a dicha mujer, en las siguientes fechas: 14 de diciembre de 2014, 10 de Enero de 2015, 17 de Enero de 2015, 14 de Febrero de 2015.

casa viven en total doce personas, más los inquilinos de las otras dos casas que hay en el mismo predio.

Gaby es oriunda del Pedregal de Santo Domingo, pues su familia llegó ahí cuando se construyó la colonia: *“Mi mamá es de Guanajuato, y se vino aquí a ocupar con mi tía. Mi abuelita le dio este pedazo a mi papá, y en el lapso conoció a mi mamá, y pues ya se juntaron y así nacimos”*. Toda su vida ha vivido en Santo Domingo, la mayor parte en la casa de sus papás, excepto un período en el que se fue a vivir con su esposo a la casa de su suegra, también en este barrio. Gabriela tiene dos hermanos, el mayor de 33 años, y la menor de 23, ella es la de enmedio. Su hermano es empleado en una empresa, y Lore, su hermana, es ama de casa desde que su esposo le impidió trabajar. Su papá es comerciante informal, se dedica a la venta de mariscos desde hace 20 años. Su mamá es ama de casa, actividad que alterna con su trabajo de dos veces por semana como empleada doméstica.

Gabriela está casada. Sin embargo, su pareja se fue de la casa desde hace dos años, pues conoció a otra mujer y tuvo una hija con ella. Recientemente su esposo regresó, pues su relación con la otra mujer no funcionó. Gaby aceptó volver con él, pese a que la situación le produce un gran dolor y enojo. Aunque Gaby esté casada, ella dice que nunca ha tenido el apoyo económico de su marido por lo que se define como “mamá soltera”, ya que siempre ha tenido que hacerse cargo de su manutención y la de sus dos hijos:

Soy mamá soltera, si estuve casada pero me separé (...) él no me quiso dar el divorcio, porque yo sí me quería separar bien de él, porque si no me apoyaba en nada y yo tenía que hacer todo por los niños pues para que lo quería.

Respecto al nivel de escolaridad, Gaby tiene completa la secundaria, y cursó hasta el primer semestre de bachilleres, el cual tuvo que dejar por el embarazo de su primer hijo: *“Me quedé en primer semestre de bachilleres, ya de ahí ahora si que ya no pude seguir estudiando porque conocí al que era papá de mis hijos, me embaracé, me casé y ya no pude seguir con mis estudios”*. Ella comenta que por no haber acabado la escuela ha tenido que trabajar en varios lugares en los que no

le pagan tan bien, pero que si quiere algún ingreso para mantener a sus hijos, tiene que aceptar esos trabajos mal remunerados. Actualmente, es empleada de la cocina económica de la señora Lulú, en donde trabaja de once a seis de la tarde, y en donde recibe una paga de \$120 al día. Le parece un buen trabajo porque puede comer ahí y en ocasiones puede llevar a sus hijos, algo que considera muy importante ya que como se dedica a trabajar casi todo el día, ella cree que los tiene muy descuidados , sobre todo al mayor.

Los días de Gaby están llenos de actividades domésticas y laborales que tiene que conciliar a marchas forzadas:

Me levanto al veinte para las siete para poder dejar a mi hijo en la escuela. Lo levanto, le doy de desayunar, lo llevo a la escuela, regreso, cambio a mi hijo el más chiquito, le doy de desayunar y después lo llevo al kínder. Me meto a bañar, hago mi cama, mi cuarto, barro, y le tengo que ayudar a mi mamá en esta parte de la cocina, ya sea lavar los trastes, trapear, escombrar, hacer la comida para los que se quedan aquí. Ya que acabamos nos vamos como a las once u once y cuarto. Y ahí hay que picar, preparar esto, yo preparo la salsa verde, y luego nos vamos rolando con el agua, deshebrar la carne, picar las verduras, moler el agua de horchata. Pero nosotras no guisamos. Después de cerrar el negocio empezamos a recoger sillas, mesas, barremos, trapeamos, lavamos trastes y secamos. Ya que dejamos todo en orden, nos vamos. Salimos como a las seis o seis y media. Ya llegando aquí me pongo a hacer tarea con mi hijo el más grande, les doy de merendar, los meto a bañar, les pongo su pijama y los llevo a dormir.

Gaby dice que hay días en los cuales se siente muy cansada y sin ánimos para cuidar a sus hijos y trabajar.

Para ella una de las principales dificultades en su vida tiene que ver con lo económico, a lo que hace constante referencia en sus discursos. Comenta que es muy complicado trabajar y hacerse cargo de sus hijos, pues aunque su mamá y su hermana le ayudan ello no sucede siempre. Eso implica tener que afrontar los gastos cotidianos prácticamente sola:

A veces mis papás me echan la mano, cuando ven que tuve que comprarles zapatos a los dos o les pidieron esto o lo otro y me quedo sin nada, sí me ayudan. Hay veces que mi mamá me dice “te presto y me pagas la otra semana”.

Sin embargo, valora su situación actual pues ya ha vivido experiencias más difíciles:

Cuando vivía con mis suegros incluso tenía limitado el alimento. Por eso yo si lo que me den me lo como porque como antes carecí cuando vivía con mi suegra, hasta de un taco digo "híjole, si se siente muy feo no comerlo". Mi suegra me decía "esta es tu comida, si Ricardo te dio tu gasto o no, ese no es mi problema". Luego me venía a comer acá con mi mamá, y eso a veces porque digo "mi mamá tiene problemas también, y luego yo llevarle más no se vale".

La posición de Gaby es de desventaja económica y social, además no tiene ningún tipo de seguridad social, no tiene derechohabencia institucional, Seguro Popular y tampoco está inscrita en el programa de Gratuidad. El motivo por el cual no se ha dado de alta en estos programas es porque no tiene tiempo de hacerlo: *"entro a las once a trabajar y salgo a las seis. Tendría que faltar un día a mi trabajo que no me pagarían nada"*

En general, Gaby se percibe como una mujer solitaria, que a pesar de vivir con sus padres y hermanos, da la impresión de que su núcleo doméstico no le brinda suficiente apoyo, y ella sola debe resolver su vida y la de sus hijos. Es una mujer que en sus relatos suele enfatizar en sus dificultades, más que el resto de las madres.

### ***1.1 Enfermedades alopáticas: respiratorias y gastrointestinales***

La causalidad es referida por Gaby de forma distinta de acuerdo a cada padecimiento. Por ejemplo, para las enfermedades respiratorias considera que son tres los factores centrales: el descuido de la madre, la exposición al medio ambiente, y la falta de higiene: *"yo creo que porque uno no los cuida. Por ejemplo, si ya están enfermos de gripa y eso, luego los saca uno al aire y se les complica más"*. Gaby dice que Brandon, el mayor de sus hijos, se está enfermando más porque:

Le gusta comer ahora sí, bueno, de todo, también en la calle y como luego no estoy yo para

decirle –lávate las manos antes de comer- pienso que así come, no sé, con las manos sucias, yo digo que esa es la cuestión, no sé.

Respecto a las enfermedades gastrointestinales, asume otras causales como:

La mala alimentación y que luego (los niños) comen con las manos sucias, bueno yo pienso que es la causante por la que se enferman más del estómago, o cuando algo no les cae bien, luego por ejemplo la leche o algo así, se enferman del estómago.

También comenta que el dolor de estómago les da porque *“algo les cayó mal, o por ejemplo cuando comen algo o se lo comen ellos como con asco y les da así como el dolorcito o la infección también”*. Asimismo, considera que hay diferencias entre los niños, ya que hay algunos más enfermizos que otros porque *“aparte de que así nacen, pues es su sistema inmune, que hay que los tienen sus defensas más bajas o así, bueno yo pienso que son por las defensas de cada uno”*.

Respecto a la sintomatología, menciona que sus hijos no se enferman tanto, y que cuando sucede, generalmente es de gripa o “escurrimiento de moquito”: *“no se enferman tanto, pero cuando nos da sí nos pega muy fuerte. Yo me enfermo como cada dos años pero cuando me da sí me tiro a la cama”*. De lo que más se han enfermado sus hijos es *“en sí la gripa, que se les tapa la nariz o les escurre mucho moquito (...) y de infección de garganta pero ahora sí que a ellos sí se las he tratado”*.

Entre algunos de los principales cambios que Gaby detecta se encuentran:

Primero el cambio de humor porque mis hijos son muy inquietos. Cuando se sienten mal están acostados, quietos o sus ojitos se ponen rojos. También les empieza a salir moquito de la nariz y les duelen los huesos, los pies, las manos.

Además aclara que en específico los síntomas de la gripe son:

Moquito escurriendo y ya, y que es diferente a una infección porque la gripe nada más da dolor de cabeza, medio cuerpo cortado, y ya la infección ahora sí que da dolor de garganta,

irritación, malestar y luego hasta tos, entonces si hay diferencia, bueno yo pienso (...) y la fiebre viene con la infección.

De enfermedades gastrointestinales, los niños de Gaby no padecen tanto. Además de que se enferman menos desde que cumplieron seis u ocho meses de vida:

No, no tanto, así del estómago no se me han enfermado (...) se enferman más del catarro, de que les sale bastante moquito y así (...) Del estómago se enferman cada seis (meses) o un año también, rara la vez que se me enferman del estómago (...) y se enferma más Brandon que Cristian que se enferma un poco más del catarrito o de la gripe.

Algunos síntomas que según Gabriela hablan de problemas gastrointestinales en sus hijos son los siguientes:

Mi Brandon se estriñe mucho. Cuando se estriñe dice 'ay mamá me duele el estómago'. Entonces si como que él es de ese tipo de problema, que luego se estriñe o luego por ejemplo dice 'tengo un dolorcito en el estómago mamá' y ya le doy su analgésico o su remedio casero que le hago.

Cristian se enfermó la última vez en mayo del año pasado *"le dio diarrea, a cada rato entraba al baño (...) sentí como que de repente le dolía aquí, yo creo que es el retortijón y al baño, si fue así como que dolorcito y diarrea"*. Además de eso, Gaby encuentra otros síntomas: *"los veo medios tristes, no quieren comer entonces digo 'bueno si se sienten mal'"*.

Algo que Gaby afirma sin problema es que ella emite un diagnóstico antes de ir al médico, de acuerdo a los síntomas que los niños presentan:

Cuando los veo así digo 'ya les va a dar gripa' (...) antes de llevarlos al médico ya sé que tienen, por ejemplo, lo que Cristian tuvo la última vez que se enfermó fue una leve gripe con escurrimiento nasal, dolorcito de cabeza.

En cuanto a las enfermedades gastrointestinales, Gaby relata algunos de los diagnósticos que tanto ella como los médicos han emitido:

A mi hijo Brandon de chiquito (4 meses) me dijeron los doctores que era por los dientes, *disque* porque le estaban saliendo. Otros que porque ya tenía una infección muy fuerte en el estómago (...) como a él le iban saliendo los colmillos se me puso muy mal, le cambiaba el pañal, tenía mucha diarrea y cada rato, cada rato y creo que hasta temperatura le dio.

Igualmente, indica que de acuerdo a los síntomas, los diagnósticos son diferentes:

Yo digo que la infección va a dar dolor con diarrea, y quiero creer que la diarrea pues “namás” da la pura diarrea, y es porque algo les cayó mal y se soltaron del estómago, y de la infección pues si te da el dolor, diarrea o a veces hasta vómito.

A su vez, Gaby relata que ella sí hace un diagnóstico diferencial cuando se trata de un malestar de garganta y uno de estómago porque:

Bueno... ellos tienen diferente su reacción, cuando es del estómago como que están apachurraditos y se agarran el estómago, y cuando es de la garganta pues si me dicen que les duele la garganta, o les doy cualquier cosa a fuerza y la vomitan porque les duele luego su garganta.

Algunas enfermedades respiratorias graves que Gaby reconoce son:

Cuando (el niño) no puede arrojar las flemas y se le van a sus pulmones, cuando le empiezan a ¿cómo se llama?... a hacer nebulizaciones para podérselas sacar y todo. Yo pienso que es una de ellas porque si se quedan las flemas o así les va a perjudicar sus pulmones.

Con relación a las gastrointestinales, piensa que hay algunas que son más graves que otras *“por ejemplo si no se atiende el dolorcito y la diarrea se llega a complicar algo y puede llegar a perjudicar el intestino o algo más, pero no sabría como cual”*.

De acuerdo a Gaby, se trata de padecimientos que pueden poner en riesgo la vida del niño porque:

Por ejemplo en mi caso yo si digo ‘híjole a veces no los llevo al doctor y que tal si tiene algo más o les está perjudicando eso y yo sin saber’ entonces yo digo que sí son graves porque a mí me ha tocado así leve el caso, pero sí he escuchado de parientes que dicen ‘es que

tuvo diarrea pero “pus” se lo calme con eso luego le regreso más fuerte y no que ya tiene un problema intestinal o le está perjudicando sus intestinos’. Entonces yo digo que si puede llegar a afectar.

### **1.2 Enfermedades tradicionales: empacho y mal de ojo**

La causalidad de estas enfermedades es distinta a la de las alopáticas, además de que Gaby sabe con más claridad qué factores las provocan. Por ejemplo, Gabriela está convencida de que el empacho es provocado por algunos alimentos como las palomitas:

Les da (a los niños) cuando se le pega algo en el estomaguito, que dicen es cuando según se empachan. Por ejemplo, les pasa cuando comen la cascarita de las palomitas (...) por eso a Cristian si le doy muchas palomitas me empieza a decir ‘mamá como que tengo ganas de vomitar’, o igual le da diarrea o algo así, y fíjate que hablando de eso un día si como que lo comprobé, que luego yo soy de de las personas que dicen ‘no, mamá (refiriéndose a la abuela del niño) ¿cómo crees?’ es por una infección o algo. Entonces lo traigo de doctor en doctor y nada que lo cura.

El mal de ojo es causado por factores de distinta índole, en general producto de la interacción social:

Supuestamente porque por ejemplo hay, bueno eso me han dicho no sé si sea cierto, te digo yo no soy así muy creyente de eso, señoras que tienen la mirada muy pesada para mi niño. Una vez eso pasó y le hizo mal, a su ojito le empezó a salir lagaña, se le pusieron rojos, y no se componía. Eso es lo que supuestamente he escuchado del mal de ojo que da por las personas que tienen la mirada muy pesada hacia los bebés o algo así, es lo que he escuchado... no sé si es cierto.

Gabriela comenta que sus hijos sí se han enfermado de empacho, aunque no en muchas ocasiones: Cristian se ha “empachado” tres veces en su vida; y Brandon, dos. Los síntomas que éstos han tenido en esas ocasiones son los siguientes:

Le duele el estómago y diarrea. Y te digo, de Cristian ya sé que muchas palomitas no puede comer porque sí le pasa a veces eso. Con él digo mejor unas papitas de la tienda, o un yogurt o algo así, y de él si me doy cuenta rápido que tiene empacho, porque es cuando



comió palomitas. En cambio a Brandon no le pasa nada con las palomitas.

En un primer momento, Gaby asegura que sus hijos no se han enfermado de mal ojo, no obstante que en otros momentos reconoce que sus hijos sí lo han padecido. Además de que pone de manifiesto las representaciones encontradas entre ella y su madre:

Yo creo que no, como te digo, a lo mejor será porque yo no creo mucho en eso, como mi mamá que me dice 'es que lo sacaste y te lo llevaste a casa de fulanita y ya regreso así, es que a lo mejor ya le hicieron mal de ojo', y yo le digo 'como crees mamá, puede ser infección o algo así'.

Gabriela relata cuáles eran las molestias que tenía su hijo cuando tuvo mal de ojo:

Lo que pasa es que un día me lo lleve a casa de una de mis amigas y pues supuestamente el niño se fue bien, sí se fue bien conmigo pero ya de regreso como que le lloraba su ojo y tenía lagañitas. No dormía, me acuerdo ese día en la noche, y su ojito le seguía así como lagrimeando con lagaña, mucha lagaña y en esa ocasión como que hasta pegado de lagañita, ya mi mamá me lo curo y pues también.

### ***1.3 Las representaciones sociales de Gabriela***

En el caso de Gabriela se observa la producción de una síntesis de saberes cuya posición denota cierto desequilibrio, en tanto que legitima más los saberes biomédicos que los populares, e intenta mostrar una mayor familiaridad con los primeros; mientras que como se muestra en las representaciones antes señaladas, con los saberes populares denota cierto escepticismo. A pesar de esto, ella termina reproduciendo ambos saberes, lo cual se observa en las bases explicativas que tiene sobre las enfermedades.

Lo mismo sucede con las enfermedades "tradicionales", de las cuales Gabriela no está convencida de que realmente las padezcan sus hijos, ya que las ve como un tipo de padecimientos que sucedían en tiempo anteriores y que pertenecen al bagaje de su madre y no al de ella:

Eran más creyentes antes. Porque por ejemplo ahorita mi hijo supuestamente recibe aire digamos, y le empieza a dar vómito, los ojos mal. Me dicen ‘ya le dio aire’. Y no, yo soy más creyente de que es infección. Entonces yo digo que si como que esas enfermedades eran más de antes, porque ahorita yo creo más en las infecciones y en todo ese tipo de enfermedades (...) mi mamá si es de los tiempos de antes. Ella dice: ‘ya le dio aire al niño o le hicieron mal de ojo, o que mal de aire o mal de oído’.

Al respecto es interesante ver cómo las diferencias generacionales están presentes en la forma en que se constituyen los saberes, y cómo se generan miradas contrapuestas respecto a la forma de entender y hacer frente a la enfermedad, algo que será abordado en el próximo capítulo.

Esta reticencia hacia los padecimientos “tradicionales” no se contrapone con su aceptación de los diagnósticos de empacho o mal de ojo. Por el contrario, los acepta al igual que a los tratamientos, por lo cual termina admitiéndolos como entidades nosológicas. En sí no es que niegue los saberes populares, ni que sea ajena a ellos, sino que más bien intenta legitimar el saber biomédico a nivel de las representaciones, pero en las prácticas termina por legitimar ambos. De hecho, ni ella ni su grupo familiar son ajenos al conocimiento médico popular, ya que su mamá, quien es de origen rural, está plenamente convencida de los mismos, al igual que su hermano mayor, el cual se dedica a la santería, e incluso hace curaciones en su propia casa.<sup>61</sup>

Gaby identifica diferentes factores causales de los cuatro tipos de padecimientos. Las representaciones sobre causalidad de las enfermedades respiratorias son referidas hacia tres aspectos, una causa alude al ámbito doméstico, es decir, el descuido de la madre; otra de carácter estructural, como lo es la falta de higiene producto de las condiciones de salubridad en que el niño se desenvuelve.<sup>62</sup> Y por otro, está una causa ambiental, el exceso de calor y frío.

Generalmente, ella sabe qué le ocurre a sus hijos desde que éstos

---

<sup>61</sup> De este dato me enteré en la última sesión de trabajo que tenemos, por lo cual ya no pude profundizar más en ello. Sin embargo, me parece relevante que Gabriela no me haya informado de esta situación, sino hasta la última sesión, cuando ella comenzó a tener más confianza. Desafortunadamente, por cuestiones de tiempo no pude extender más mi trabajo con ella.

<sup>62</sup> Las limitantes estructurales se suelen vincular con la deficiencia de acceso a servicios básicos como abastecimiento suficiente de agua potable, lo cual posibilita, aunque no necesariamente lo determina, que haya una buena higiene en los interiores domésticos

presentan síntomas, por lo cual el diagnóstico del médico sólo confirma su propio saber. Cada padecimiento presenta cuadros diferentes que ella distingue, mismos que van asociados con el contexto en el que ocurre la enfermedad. Por ejemplo, los síntomas del empacho son parecidos a los de una infección o malestar gastrointestinal. Sin embargo, lo que determina el diagnóstico no son sólo los síntomas, sino la causalidad, es decir, que el niño haya comido algo que no debía y que la madre sabe con antelación que le provoca empacho, como las palomitas. Otro ejemplo de esto es el mal de ojo, cuyos síntomas también pueden confundirse con los de una infección de ojo, pero lo que es determinante para diagnosticarlo es el contexto previo a ese episodio de enfermedad, es decir, que el niño haya estado expuesto ante la gente.

Por otro lado, la gravedad no suele estar presente en las representaciones de esta madre, pese a que reitera que ciertos padecimientos alopáticos agudos pueden llegar a complicarse y a ser graves si no se atienden. El riesgo para Gaby se encuentra en el daño que puede generarse a órganos vitales como los pulmones o los intestinos; algo que puede pasar sin que ella misma se dé cuenta de que eso está pasando por dentro del cuerpo de sus hijos.

## **2. El caso de las hermanas Mari y Yuri: del campo en Yehualtepec a la cocina en Santo Domingo<sup>63</sup>**

Marisol y Yuritzia, o Mari y Yuri como se les conoce, son dos hermanas a las que conocí por el mismo medio que a Gabriela, es decir, porque trabajan en el mismo negocio de comida. Al igual que a Gaby, a ellas me las presentó la propietaria del negocio, la señora Lulú.

Las entrevistas con estas mujeres fueron realizadas en el departamento de su hermana Antonia y de su cuñado Víctor, quienes viven muy cerca del trabajo de las muchachas, y a donde casi diario pasaban un rato por las noches, justo

---

<sup>63</sup> Los datos sobre Mari y Yuri que se presentan en la tesis se han obtenido de varias entrevistas realizadas estas mujeres, en las siguientes fechas: 2, 4 y 11, 15 de Diciembre de 2014; 6 y 8 de Enero de 2015. A Mari se le realizó una entrevista individual el día 24 de Enero de 2015, y a Yuri el 15 de Enero de 2015.

Estos casos se presentan de forma conjunta por dos razones: primero, porque la forma en que obtuve la información fue con entrevistas realizadas a ambas muchachas al mismo tiempo (excepto la primera y la última entrevista); segundo, porque al tratarse de hermanas me parece que existen muchas similitudes en las representaciones, por lo cual a mi parecer, exponerlos de forma separada sería menos fluido.

después de trabajar. Ese fue el lugar en el que las hermanas me citaron porque era el que les parecía más práctico, de hecho éstas son las únicas informantes de las cuales no pude conocer su casa. A diferencia de Gaby, las entrevistas con ellas se hicieron siempre entre semana, porque los fines de semana se les dificultaba más reunirse ya que suelen dedicarse a pasear con sus hijos, estar con sus hermanas o descansar.

Mari y Yuri son dos mujeres migrantes originarias de Yehualtepec, Guerrero y llegaron aquí para poder trabajar en algo más remunerado, ya que *“allá jamás hay trabajo en el campo y las mujeres sólo trabajan en la cocina”*. Yuri de 26 años, es la segunda de una familia de seis hermanos: un hermano varón que es el mayor y tiene 30 años; Yuri; Toni, de 24; Mari quien tiene 19; Meyitos de 16; y una hermana menor de 13 años. Ninguno de los hermanos vive en su pueblo originario, ya que todos han migrado a contextos urbanos en busca de “mejores oportunidades”, según comentan Mari y Yuri. En Santo Domingo viven Yuri, Mari, Toni y Meyitos, quien se mudó cuando recién concluía el trabajo de campo, pues antes vivía en Chalco con su pareja y su hija. El hermano mayor y la menor viven juntos en Cuernavaca, Morelos; y los padres viven en Yehualtepec, donde se dedican al campo.

Mari vivió en su pueblo hasta los catorce años, pues a los quince se vino a vivir a la ciudad. El motivo por el que migró fue porque su mamá la mandó para acá a trabajar. Ella llegó a vivir con su hermana Yuri, quien en ese entonces vivía en la colonia Ajusco, aledaña a Santo Domingo. Al poco tiempo de vivir con su hermana, se “juntó” y se fue a vivir a Chalco. Se embarazó y tuvo a Joselin Yarely de tres años, y dos después a Eric Daniel, de un año.

Cuando la conocí, Mari vivía otra vez con su hermana Yuri en Santo Domingo, a donde llegó de forma provisional tras separarse de su pareja, “ahora sí” de forma definitiva. Por esa razón, Mari había empezado a trabajar, ya que mientras vivió con su esposo no lo hacía porque a éste no le gustaba que descuidara a los niños, ya que además le decía que “él iba a trabajar”, algo que hacía como empleado de una alquiladora de lonas y carpas. Sin embargo, en Enero que nos volvimos a ver después de vacaciones, ella había vuelto con él, por

lo que ya no vivía con su hermana, sino que se había ido al cuarto que estaban rentando su esposo y su familia en Santo Domingo. De hecho, por lo que Mari me cuenta, la familia política, en concreto la suegra y sus cuñadas, fueron uno de los motivos por los que se separaron, pues cuando vivía en Chalco la tenían encerrada y sólo la dejaban salir cuando iba acompañada de alguien más. Además, le encargaban una fuerte carga de tareas domésticas que, según Mari, no le correspondían. Otro motivo de separación fue que su esposo le pegaba y a sus dos hijos, pero ahora que volvieron “quedaron” que eso ya no iba a pasar.

Mari es la informante con menor nivel de escolaridad, pues sólo llegó hasta quinto año de primaria. Ella comenta de forma sincera: *“no quise seguir en la escuela porque no me gustaba el estudio”*. Cuando le pregunto sobre sus perspectivas a futuro me dice que se ve trabajando y cuidando a los niños.

Para Mari la cotidianeidad transcurre de forma saturada, al igual que en el caso de Gaby: *“me levanto como a las nueve y media, me baño, levanto a la niña y desayuna. Y ya nos venimos a trabajar, luego a veces pues si llegamos tarde al trabajo porque entramos a las once, la señora Lulú se enoja pero es que se nos hace tarde”*. Después de trabajar, Mari va, junto con su hermana Yuri, a la casa de su hermana sordomuda Toni. Ahí le ayudan a hacer el quehacer como “pago” por el cuidado durante el día de sus hijos, a quienes no pueden atender por el trabajo. Aunque también aprovechan para tomar café y convivir: *“nos venimos con mi hermana y le lavamos sus trastes y su piso, ya después nos vamos. A veces nos vamos a las ocho y media o a las diez y media. Luego llegamos, cenan y después se duermen o ven un rato la tele. Yo me duermo a las once y media”*. Esto es un ejemplo interesante de cómo operan las redes de cuidado y solidaridad entre los grupos domésticos.

Mari, junto con Gaby, son las únicas informantes que no tienen ningún tipo de seguridad social. No tiene derechohabiente, Seguro Popular ni Gratuidad, ya que no los ha tramitado, según ella, porque no ha podido hacerlo.<sup>64</sup>

Yuri platica que ella llegó a la ciudad desde los trece años:

---

<sup>64</sup> Esta falta de tramitación que se presenta más en las mujeres de este grupo, será interpretada en el capítulo cinco.

Me vine con una tía de vacaciones pero me quedé. Es que mi tía ya estaba sola y me dijo que me quería con ella, que aquí al igual que allá podía estudiar. Y si me gustó quedarme pero a la vez lloraba al principio porque extrañaba mucho. Además me dijeron que aquí uno se cansa menos que allá, además de que pagan mejor acá. Allá por todo el día sólo ganas \$100 pesos.

Cinco años después de vivir con su tía, conoció a su esposo y se fue a vivir con él a la colonia Ajusco. Actualmente, viven juntos pero por temporadas:

Mmm... pues si y no (vivimos juntos) (risas). De repente va a la casa, de repente no va (...) Pero eso si me dice "ahí está el gasto para la renta, para los niños, para la luz y todo" Nosotras trabajamos para todo lo que se vaya ofreciendo en la semana, por ejemplo, para la niña en la primaria. O para cuando salimos al parque o a algún otro lado.

Yuri es la informante con mayor cantidad de hijos, cuatro en total: Tania de siete, Toni de cinco, Miguel de tres, quien en ese momento vivía en Guerrero con su "abuelita"; y Luis, de uno. El cuarto en el que vive habitan nueve personas en total: ella, su esposo, su hermana, sus cuatro hijos y sus dos sobrinos. Es rentado por una cuota mensual de \$650. La descripción que Yuri da refiere a condiciones de vivienda precarias: *"tiene techo de lámina, paredes de concreto, tiene piso de cemento y todos los servicios. El baño es compartido por varios cuartos; también el lavadero se comparte"*. Yuri dice que está conforme de vivir ahí porque antes vivían en una vecindad en la que la gente era muy sucia, y que en este cuarto el dueño sí sabe poner mejor sus reglas.

Yuri terminó la secundaria en la ciudad de México. Ya no continuó con la prepa porque "se juntó" a los 16, aunque comenta que ella sí hubiera querido seguir estudiando, y que cuando tuvo a su primera hija, le decía a su marido:

yo quiero seguir estudiando, pero él me decía 'no es que tienes a la niña y la tienes que cuidar', y también mi suegra me decía 'no, es que quisiste hijos ahora cuídalos, que ya que eres mamá ya no puedes estudiar'.

Durante varios años, la relación con su suegra fue muy cercana, de hecho, esta es

una influencia importante en las trayectorias de atención de los niños, pero también es una relación cargada de rispidez y de violencia intragenérica. Se distanció de ella porque Yuri empezó a tener problemas con su marido a raíz de que éste comenzara a abusar cada vez más del alcohol, y de que ésta lo protegiera en todo y la culpara a ella de los problemas de su hijo.

Al respecto, Yuri comenta que frecuentemente les dice a sus hijas *“échenle ganas o que quieren andar trabajando como yo, esperar a que las regañen y todo eso. Les digo ‘sí las van a mandar, pero va a ser muy diferente”*. Yuri ha tenido varios trabajos, pero ya desde hace varios años trabaja con Doña Lulú, con quien se siente bien porque no tiene que pagar comida ni pasajes, además de que le permite ir a recoger a sus hijas al kinder y a la primaria durante los horarios laborales.

Yuri es la única informante del grupo uno que cuenta con algún tipo de pretección médica como el Seguro Popular. A él están afiliados tanto ella como su esposo y sólo tres de sus hijos, ya que a uno de ellos no ha podido afiliarlo dado que no tiene CURP<sup>65</sup>. Tampoco tiene Hoja de Gratuidad porque no la pudo tramitar debido a que en el Centro de Salud le dijeron que no correspondía la dirección de su IFE<sup>66</sup> con la de su comprobante de domicilio.

### ***2.1 Enfermedades alopáticas: respiratorias y gastrointestinales***

De acuerdo a Yuri, las enfermedades respiratorias son causadas por no cubrir a los niños del frío o exponerlos a mucho calor: *“se enferman porque no les pongo suéter cuando hace mucho frío o cuando hace calor los dejo que jueguen con tierra o con agua. Yo siento que por el clima es que se enferman”*.

Y de las gastrointestinales, Mari piensa que son producto de mala higiene: *“cuando los niños van a comer no se lavan las manos y recogen las cosas sucias del piso, o por darle las frutas y verduras sin lavarlas”*. También menciona que la diarrea puede ser provocadas por otras enfermedades: *“cuando a la niña le sale*

---

<sup>65</sup> Clave Única de Registro de Población

<sup>66</sup> Instituto Federal Electoral

*algodoncillo* <sup>67</sup> a veces le da diarrea”.

Yuri opina algo parecido, es decir, que se producen porque los niños: *“comen cosas del suelo, cosas echadas a perder o que se están fermentando. Pienso que por eso, o porque comen algo que les cae mal, que no está desinfectado”*.

Los padecimientos respiratorios más comunes que han tenido los hijos de Yuri son gripe y tos: *“la más grande Tania de gripe y tos, luego Antonia igual de gripe y tos. Bueno..los cuatro, de gripe y tos. Porque de otra enfermedad no se me han puesto mal”*. De hecho en el momento en que Yuri me contó esto, sus hijos tenían gripa y tos, a pesar de que ya tenían como un año sin enfermarse:

La última vez que se me pusieron mal fue...creo el año pasado. Se me ponen mal como cada año, no sé si porque hace mucho frío y de repente el sol nada más quema pero hace mucho frío. En diciembre empiezan a enfermarse.

Relata que los síntomas que los niños suelen tener consisten en:

Catarro con tantita tos. Ya en ese momento les doy medicina casera. Si no funciona, vamos con el doctor y ya él me dice ‘no es que tiene infección en la garganta’, y ya me recetan ampicilina o antibióticos para darle.

A su vez, Mari comenta que su hija siempre se ha enfermado más de problemas respiratorios que el niño, y que desde que tenía pocos días de nacida se enfermó por primera vez:

---

<sup>67</sup> De acuerdo a las hermanas Mari y Yuri, el algodoncillo es una enfermedad de tipo “tradicional” que les da a los niños chiquitos debido a que se meten todo a la boca. En torno a este padecimiento Yuri explican lo siguiente:

Mi suegra los cura, porque ella también sabe curar de infección en la garganta. Calienta la miel en un pocillo, y le pone limón, después con un trapo más o menos rasposo les empieza a tallar la lengua y la garganta hasta que les sangre. Les va limpiando con el trapo, les va cambiando de lugar hasta que los niños lloran y dicen que ya no aguantan. Al siguiente día ya amanecen sin nada, remedios caseros medios raros. Pero sí sirven. Mi suegra dice que es “algodoncillo” que no los deja comer. A veces también pasa por falta de higiene, porque salen como bolitas blancas en la boca y mi suegra eso es lo que llama algodoncillo. A mi niño una vez que le salieron, yo no sabía y lo llevé al doctor y me dijeron que era infección en la garganta y sí se le quito con medicamento. Pero la segunda vez mi suegra lo revisó y dijo que era algodoncillo, me lo curó y si se alivió con el remedio casero.



Ella cuando tenía ocho días de nacida se enfermó de gripa, después se enfermó con tos. Es la que más se me ha enfermado, porque el niño no. Y ahorita apenas hace tres meses empezó con tos y hasta ahorita no se le ha quitado.

Mari sabe que sus hijos se van a enfermar porque les da *“tos, y la niña, por ejemplo, me dice que le duele la garganta; y el niño empieza a toser y toser. Cuando tienen gripa es igual pero el moquito les empieza a escurrir”*.

Respecto a las gastrointestinales, Yuri indica que sus hijos no se enferman mucho, y que el problema que más han tenido ha sido diarrea. Asimismo, establecen diagnósticos diferenciados por género, ya que afirma que las niñas se enferman más de la gripe, y los niños del estómago. Cuando esto se han enfermado del estómago, ella los sabe por los síntomas de los niños, quienes le hacen ver que *“les duele la panza y tienen diarrea. Fiebre y vómito casi no les da”*.

Además, Yuri piensa que son diferentes una infección de estómago y una diarrea:

Yo creo que son diferentes. Porque a veces de la garganta la infección se le pasa al estómago y no le da diarrea, o con el mismo antibiótico que le mandan para la garganta se le cura el estómago, y la diarrea se le cura diferente.

Mari coincide con su hermana respecto a que el niño se enferma más del estómago que la niña: *“no, bueno ella no se enferma tanto de eso. El niño sí, le da diarrea cuando le van a salir los dientes, por ejemplo”*. Ella se da cuenta de que algo anda mal porque *“namás” está haciendo del “dos” a cada rato, y del niño me doy cuenta porque se ensucia mucho del pañal”*.

Con relación al factor de gravedad, las hermanas coinciden en que los síntomas que les parecen más graves son la fiebre y la tos. Yuri dice:

A mí la fiebre y la tos, porque a mí la más grande no tiene mucho que se me enfermó muy grave de la fiebre, que ya casi estaba delirando. La llevamos al doctor, nos recetaron no me acuerdo que, pero es el que le hizo efecto porque le daba otra medicina para la fiebre pero nada. Ah ya me acordé, neomelubrina.

Mari está de acuerdo con Yuri: *“igual la tos y la fiebre, porque la tos luego les provoca el asma, pero a mí nunca se me han puesto muy mal”*. Consideran que las enfermedades gastrointestinales pueden llegar a ser más graves que las respiratorias, sobre todo, la diarrea: *“sí, porque se deshidratan más rápido como por ejemplo con la diarrea”*. Aunque ellas señalan que sus hijos nunca han llegado a deshidratarse.

## **2.2 Enfermedades tradicionales: empacho y mal de ojo<sup>68</sup>**

Las principales causas que Yuri piensa que provocan el mal de ojo derivan de situaciones en las que el bebé entra en contacto con otros: *“dicen que si a un bebé no lo dejan tocar o alguien tiene ganas de agarrarlo sin querer le echan ojo, o cuando les da curiosidad le echan ojo”*.

La causa del empacho básicamente se debe al consumo de algunos alimentos. Yuri refiere a la galleta, a la tortilla o a la leche: *“Porque de chiquitos yo les daba galleta, y se me empachaban con eso o también con la tortilla o hasta con la leche”*.

Tanto los niños de Yuri como los de Mari se han enfermado de empacho y de mal de ojo. De hecho, la niña de Mari había tenido un episodio reciente de empacho. Yuri detecta el empacho en sus hijos porque éstos:

Ya no quieren comer, y lo que comieron lo vomitan. Y lo que vomitan si tiene un olor diferente, además de que se les infla la pancita y se escucha hueco. Entonces a mí me decían ‘es que es un empacho’.

Y respecto al mal de ojo, Yuri dice que los síntomas más evidentes es que *“luego mi niño se pone bien chillón y a veces hasta diarrea les da”*.

Cuando Yuri tenía buena relación con su suegra y convivían más, era ella la que le decía que los niños estaban empachados: *“ella los curaba y al siguiente día ya podían tomar leche y galletas y ya no las vomitaban (...) así aprendí a ver*

---

<sup>68</sup> La mayor parte de los datos presentados corresponden a narrativas emitidas por Yuri, quien fue la que ahondó más en las enfermedades “tradicionales”. Con Mari fue un poco más difícil obtener información sobre este tema.

*cuando se empachan”.*

Sobre el mal de ojo, Yuri relata cómo fue diagnosticado su hijo en una ocasión:

Es que una vez tuve que salir pero me fui hasta el centro, y como mi niño estaba más curioso de chiquito me decían “ay, mira que bonito bebé”, y una muchacha gordita y una flaquita lo vieron las dos juntas. Y como a los tres días, mi bebé empezó a llorar y llorar. Cuando mi hermana lo curó vio en el vaso en el que rompió el huevo a unas mujeres, y dijo ‘ahí está una mujer gorda y una flaca. Esas dos le echaron ojo’. Ya después de eso le echó chile al vaso y le movió.

### ***2.3 Las representaciones sociales de las hermanas Mari y Yuri***

Las representaciones de Mari y Yuri tienen elementos muy parecidos. Esto se debe en parte a que su origen y su historia de vida es similar. Ambas crecieron en el mismo contexto familiar y cuentan con trayectorias de vida parecidas: el tránsito del campo a la ciudad, el inicio de vida conyugal y de embarazos a temprana edad, la cercanía que han mantenido entre ellas durante su estancia en la ciudad, entre otros factores. Como se puede observar, la información que Yuri proporciona es mayor que la brindada por Mari, lo cual no es casual, sino que refiere a una desigualdad en la información producto de relaciones de poder entre ellas que me fueron visibles durante nuestros encuentros. En las entrevistas era frecuente que Yuri interrumpiera mientras Mari hablaba, que la corrigiera y que ésta esperara la aprobación de su hermana mayor, siendo esto algo que pudo haber influido en la similitud de las representaciones. Como se explicará con mayor profundidad en el siguiente capítulo, esto muestra la presencia de relaciones de poder intragenéricas en los propios núcleos domésticos, derivadas de la situacionalidad de las mujeres dentro de su grupo familiar: Yuri es la hermana mayor, la que tiene más hijos, y por tanto más experiencia al respecto.

En general, las representaciones de las hermanas están filtradas por el discurso biomédico de la enfermedad, así como por un conocimiento popular y tradicional, que genera saberes sintéticos e intersectados. No obstante, a pesar de dicha simbiosis, se percibe una mayor presencia de los saberes populares los

cuales están presente en la concepción sobre la enfermedad, en la aceptación de los padecimientos “tradicionales”, y como se verá en el siguiente capítulo, en el uso de recursos populares de atención.

Ambas consideran que los padecimientos “tradicionales” son igual de legítimos que los alopáticos, y de hecho, tienen un conocimiento amplio sobre las enfermedades “tradicionales”. En general, están más familiarizadas que Gaby con los saberes populares, a pesar de que también tienen manejo de los saberes biomédicos. Probablemente, estas diferencias tengan que ver con el origen de las muchachas, ya que mientras Gaby nació y creció en un contexto totalmente urbano como Santo Domingo, las hermanas provienen de un contexto rural en el cual su cercanía con los conocimientos populares y tradicionales fue mayor.

Las ideas sobre causalidad no varían mucho de las que señaló Gabriela. Por lo general, consisten en mala higiene, tipo de alimentos ingeridos, y el contacto del niño con el mundo exterior, como sucede con el mal de ojo; así como la temperatura del medio ambiente. No obstante, Yuri se enfoca más en esta última causa como una de las más determinantes, la cual justifica a partir de su sistema de creencias. Ella señala que la causante de enfermedad no es sólo el frío o el calor, sino el que éstos se combinen con un elemento de temperatura opuesta (ej. que los niños jueguen con tierra y agua, ambos elementos fríos, en momentos de calor). Es decir, muestra una concepción popular sobre los padecimientos vinculados a la dicotomía frío-caliente.

En el caso de Mari, la causalidad que otorga a la diarrea -entidad nosológica gastrointestinal a la que más aluden las tres mujeres de este grupo- también es provocada por otros males, algunos de ellos “tradicionales”, como el mal de ojo o el algodoncillo. Por lo que se observa cómo las enfermedades alopáticas son reinterpretadas de forma constante y pasan a ser “tradicionales”, y viceversa (Mendoza, 2011).

Las tres madres de este grupo señalan que las enfermedades más frecuentes son las respiratorias, y en concreto, el catarro, la gripe y la tos, mismas que se acompañan de síntomas como catarro, dolor de garganta y tos. Ninguna de las madres considera a sus hijos como “enfermizos”, y en general, afirman que a lo

largo de su vida han tenido pocos episodios de enfermedad, aun cuando sí reconocen que se enfermaban más de bebés. Asimismo, también señalan que hay padecimientos que afectan más a sus hijos varones y viceversa. Por ejemplo, son más frecuentes en los niños las gastroenteritis y diarreas; mientras que la gripe y faringitis afectan más a las niñas.

Es con base en los síntomas, que el diagnóstico va tomando forma y va transformándose. Yuri, por ejemplo establece una distinción entre infección y diarrea que tiene que ver con los síntomas presentados, y que a su vez, influye en la decisión de atención que ella toma. Respecto al empacho, los síntomas son muy característicos pues se acompañan de pérdida del apetito, un vómito con ciertos rasgos, e inflamación en el abdomen. La prueba diagnóstica consiste en palparles el abdomen para ver si se escucha hueco. En el mal de ojo, el síntoma más evidente es el estado anímico del niño, pues llora demasiado.

## **Grupo 2: mujeres con menores desventajas socioeconómicas**

### **1. El caso de Hilda: la boliviana que pasó por Madrid y llegó a Santo Domingo<sup>69</sup>**

A Hilda la conocí mediante el CS, a partir de una visita domiciliar que hice junto con Edith, la trabajadora social. En aquella ocasión visitamos a Hilda con el doble propósito de que Edith le preguntara las razones por las cuáles no había acudido a las pláticas de salud que se impartían los miércoles, así como para conocerla e invitarla a colaborar conmigo, pues Edith me la había descrito como una mujer accesible y con buena disposición. Y en efecto, Hilda es una mujer con gran disposición, accesibilidad y compromiso. Desde un inicio, la relación que entablé con ella fue empática, al grado de ser la informante con la que logré generar un vínculo más cercano.

Hilda es de origen boliviano, tiene 30 años, una hija de tres, Caro y cinco años de residencia en México, aunque lleva dos nacionalizada. Ella platica que creció en un pueblo cercano a la ciudad de Sucre, en Bolivia. Lo describe como un

---

<sup>69</sup> Los datos presentados en la tesis fueron obtenidos de las entrevistas realizadas a Hilda en las siguientes fechas: 7 de Noviembre, 1, 11 y 17 de Diciembre de 2014, 16 y 22 de Enero de 2015.

lugar en el que la gente se dedica al campo, actividad a la que se dedicaban sus padres, sus hermanos y ella cuando era niña. Cuenta que su padre falleció cuando era niña a causa de cirrosis hepática, producto de su alcoholismo, por lo cual fue su mamá la que tuvo que encargarse de todos los hijos. Actualmente éstos siguen en Bolivia, excepto una hermana que vive en España.

Dado que su situación económica en la infancia no fue fácil, ella y sus hermanos colaboraban con su mamá en el campo, porque de lo contrario no habría podido mantenerlos: *“ya te imaginaras que en el campo no es nada fácil”*. Pero a pesar de eso, su madre nunca impidió que ella fuera a la escuela. En Sucre, vivió hasta los 15 años, edad en que decidió irse a trabajar a la ciudad de Potosí. Para ello tuvo que dejar la escuela, aún cuando su mamá le advirtió que no lo hiciera, decisión de la cual ahora confiesa que se arrepiente: *“mi madre siempre nos dijo “estudien, estudien”. Pero ahorita cómo me arrepiento de no haber estudiado”*. Estuvo en su país hasta los 22 años, cuando en compañía de su hermana decidió irse a Madrid, España, con el objetivo de encontrar un trabajo mejor remunerado que los que llevó a cabo en Bolivia. En Madrid trabajó varios años como empleada doméstica con una familia, hasta que decidió renunciar porque la señora de repente le bajó el sueldo sin ningún motivo. Fue en Madrid que conoció a su esposo, un mexicano de origen oaxaqueño que estaba en esa ciudad por los mismos motivos que Hilda. Al poco tiempo de haberse conocido se vinieron a México, ya que las posibilidades laborales para los migrantes en España se complicaron debido a la crisis económica que empezó en 2008.

A los 26, Hilda llega a la ciudad de México, a la casa en donde vivían sus cuñadas en la colonia Santo Domingo. Poco tiempo después, Hilda tiene a Carolina, su única hija de tres años. Actualmente, tendría un segundo hijo, de no ser porque lo perdió durante el embarazo, unos meses antes de que la conociera. Según ella, los médicos nunca le dijeron cual fue la causa por la cual falleció su bebé a unos días del parto.<sup>70</sup> Esto fue algo muy duro para ella y su esposo ya que

---

<sup>70</sup> El médico del CS, con quien se hizo el chequeo prenatal, me comentó que Hilda había perdido a su bebé por la enfermedad de Chagas que le fue diagnosticada poco después de tener a Carolina. En entrevistas que le hago a Hilda, ella me dice que aunque el médico del CS le dijo que la muerte del bebé había sido por el “chinche”

ellos desaban un segundo hijo. Además ella lo ve como algo injusto pues siempre cuidó en exceso su embarazo, por lo cual no se explica qué pudo haber pasado.

Sobre la relación con su esposo, ella señala que guardan una buena relación, casi no pelean y él cumple con todo lo necesario, pues es un buen proveedor. De hecho, poco después de que concluyera con el trabajo de campo, Hilda me invitó a su boda, ya que aunque ya llevan un buen tiempo como pareja decidieron que querían casarse por la Iglesia para formalizar más su compromiso.<sup>71</sup>

Hilda refiere su situación económica como “apretada”, aunque agradece que al menos les alcanza para salir adelante con los gastos de la casa, de la niña e incluso pueden cubrir otros gastos como las cuotas mensuales de \$250 que paga para su escuela de belleza. Su esposo es quien se hace cargo de todos esos gastos. Éste trabaja como policía de la Procuraduría General de Justicia en un horario de 24 por 24 horas, y según Hilda obtiene una remuneración no tan mala, además de que es un empleo “más o menos seguro”.

La casa en la que viven es rentada por la cantidad de \$4500. La renta es cubierta por una de sus cuñadas, quien es enfermera del ISSSTE<sup>72</sup> y tiene un ingreso medio y estable. Sin embargo, a Hilda le parece una renta muy elevada ya que la casa está muy deteriorada. Ésta consiste de un terreno en el que hay dos construcciones, una más grande, que es en donde viven las dos cuñadas de Hilda, y en donde están las áreas compartidas por todos, la cocina y la estancia; y una más pequeña que es en donde viven Hilda, su esposo e hija, y que se constituye por una habitación y una pequeña estancia a la entrada. En ambas construcciones viven siete personas: Hilda, su esposo, la niña, sus dos cuñadas y temporalmente, su suegro, quien vino de Oaxaca a quedarse una temporada aquí debido a que está enfermo y requiere cuidados de la familia.

En relación al nivel de estudios, cabe decir que Hilda estudió en Bolivia hasta la secundaria. No obstante, en México no pudo revalidarla, y decidió volver a

---

(como ella le llama a su padecimiento), ella no está convencida de eso, pues comenta que de lo contrario tampoco habría podido tener a Caro.

<sup>71</sup> Este es un indicador de que la situación económica de Hilda es ligeramente más desahogada que la de las muchachas del grupo 1, pues poder asumir los gastos de una fiesta de compromiso sería algo casi imposible para las otras chicas (solamente el costo del salón de fiestas fue de \$20,000).

<sup>72</sup> Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

cursarla en el INEA.<sup>73</sup> Posteriormente, Hilda presentó el examen único de CENEVAL<sup>74</sup> para acreditar la preparatoria, mismo que sí aprobó, por lo cual ya cuenta con la educación media superior concluida. Por ahora, toma cursos en una escuela de belleza, para que cuando Caro crezca pueda trabajar en un salón de belleza y colaborar con los gastos de la casa, ya que por ahora la mayor parte de sus actividades están orientadas a sus cursos en la escuela de belleza, al hogar y a su hija Carolina. En varias ocasiones, Hilda alude a la importancia que tuvo en su vida el nacimiento de su hija, ya que antes de que eso sucediera veía la vida de forma muy diferente. Desde que nació Caro, Hilda comenzó a interesarse y aprender cosas nuevas, e incluso se empezó a involucrar más con la religión, ya que según dice *“antes de Caro tenía muy olvidado a Dios”*. Cabe destacar que Hilda es la única informante que no labora y que no tiene ningún ingreso propio, sino que todo lo provee su esposo.

Asimismo, es la única que tiene derechohabencia al ISSSTE, ya que está asegurada por parte del trabajo de su marido. Anteriormente, tenía derechohabencia al IMSS<sup>75</sup>, también por el trabajo de su esposo. Está inscrita en el Seguro Popular y cuenta con Hoja de Gratuidad, por lo que se trata de la informante con mayor seguridad social.

### **1.1 Enfermedades alopáticas: respiratorias y gastrointestinales**

En relación a la causalidad, lo primero que Hilda señala es que los padecimientos respiratorios son producidos por *“virus que están en el aire y los niños como no tienen tantas defensas se enferman”*. Mientras que los gastrointestinales son causados, centralmente, por una mala higiene, es decir porque *“no se lavan bien las cosas o también porque los niños se echan mucho a la boca todo lo que agarran”*. También influye la mala alimentación, la cual para Hilda consiste en comida que no es casera o que es preparada en la calle. Asimismo, éstas pueden producirse como consecuencia de enfermedades respiratorias, como le sucedió

---

<sup>73</sup> Instituto Nacional de Educación para Adultos

<sup>74</sup> Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior

<sup>75</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social



una vez a su hija Caro: *“la vez que Caro tuvo mucha diarrea y vómito fue porque tenía mucha tos y se tragaba las flemas”*.

Hilda menciona que lo más común es que Caro se enferme de algún problema respiratorio, ya que sólo una vez se enfermó del estómago, lo que Hilda atribuye a los cuidados que ella tiene con su hija:

Como siempre he estado yo cuidándola yo creo que por eso. No comprábamos Gerber ni nada de eso (...) La única vez que se puso mal es porque se enfermó de tos, y le dieron el medicamento y le dio diarrea y vómito, entonces la doctora nos dijo que le provocó alergia el medicamento.

Las entidades nosológicas respiratorias más reconocidas por Hilda son la gripe y la tos, mismas que se acompañan de síntomas bien identificados: *“pues la Carola se pone de mal humor; no come bien. Uno sabe cómo come su hijo cuando está normal; se pone triste y se enoja por todo. Y ya después empieza con moquito, dolor de garganta, tos”*.

En cuanto detecta tales síntomas ella junto con su cuñada empiezan a formular el diagnóstico inicial, incluso antes de llevarla al médico. Ella argumenta lo siguiente:

Yo ya sé lo que tiene Caro porque una conoce bien a sus hijos. Entonces desde que empieza a ponerse mal, yo ya sé qué es lo que tiene. Y en general si coincide con lo que dice el doctor. Además como tengo una cuñada que es enfermera, ya he aprendido de ella varias cosas para saber qué tiene Caro cuando se pone malita.

Hay síntomas en particular que a Hilda le parecen más alarmantes, y por los cuales decide buscar atención médica especializada. Es el caso de la fiebre:

Porque quiere decir que ya tiene infección y que necesita antibiótico, o sea ya no sólo es una gripe o algo viral, sino que hay infección y tiene que atenderse. Te digo que todo eso lo sé por mi cuñada que es enfermera.

Aunque reconoce que hay enfermedades graves como la pulmonía, nunca se ha enfrentado a algo similar con su hija. Sin embargo, sí ha vivido experiencias

cercanas que le han hecho saber que una gripe o faringitis se pueden volver graves, como es el caso de su sobrino:

Mi hermana me contó que cuando mi sobrino estaba chiquito lo llevaron a una ciudad que está en un lugar frío, y él vivía en un lugar cálido. Tenía como tres meses y le dio una neumonía y la verdad hasta ahora que tiene como dieciocho años todavía tiene muchos problemas en los pulmones.

Por último, Hilda asocia más la gravedad a las infecciones que a las diarreas o gripes, a las cuales ve como eventos más transitorios: *“Puede ser que algunos estómagos son como más débiles que no aceptan tanto el alimento, eso yo siento que es un problema gastrointestinal que puede dar infección. Mientras que lo otro es más pasajero, la diarrea”*.

### **1.2 Enfermedades “tradicionales”: empacho y mal de ojo**

Hilda comenta que su hija se “empachaba” mucho más antes que ahora, ya que *“cuando son chiquitos son más resentidos de la “panza”, y por tanto hay que cuidar más lo que comen. Cuando Caro era bebé Hilda le daba leche materna, pero sentía que se llenaba poco y que cuando le daba fórmula se tranquilizaba más, por lo cual se la fue cambiando hasta empezar a darle leche Liconsa que es más económica:*

Le di primero la Nan pero después se la tuve que cambiar porque sale bien cara. Se la cambié a la de Liconsa, desde que saqué mi tarjeta de beneficiaria, y está bien porque me dan cuatro litros a la semana, la ración cuesta \$18.

En este período de transición, aproximadamente durante el primer año de vida de la niña, fue que ésta sufrió de diversos episodios de empacho, más de tres. Pero ahora que Caro ha crecido más, Hilda comenta que *“ya no se ha vuelto a enfermar porque eso le da más a los chiquitos”*.

Indica que además de la leche, hay otros alimentos que les provocan empacho a los niños y que por ello evita darle a su hija, como *“las palomitas, porque la pielecita que tienen se le pega en la pancita”*.

Hilda aprendió a diagnosticar el empacho con ayuda de una vecina que la fue instruyendo:

Fue la vecina, es que ella dice que le enseñó su suegra. Ella me dijo que seguro la niña estaba empachada, y ella fue la que la curó. Las veces que se enfermó fue ella la que me dijo que Caro tenía empacho.

Hilda relata que los síntomas que su hija presentaba eran que *“se le inflaba su pancita y como estaba más pequeña empezaba a llorar, como no hablaba todavía. Como que estaba inquieta, porque una está acostumbrada a ver a su hijo que juega o sonrío”*.

Por otro lado, las causas que Hilda atribuye al mal de ojo tienen que ver con el contacto de los niños con ciertas personas:

Hay gente que tiene la vista pesada. Y si es cierto, a veces cuando salimos a la calle y hay mucha gente, la niña me regresa muy llorona, tanto que no se aguanta ni a ella misma, mis cuñadas decían ‘ya le echaron ojo’, sobre todo cuando alguien nos decía ‘ay, que bonita es tu bebé’.

El mal de ojo u “ojo” como lo denomina Hilda, ya le ha dado varias veces a Carolina. Incluso, Hilda comenta un poco en broma que se han gastado como tres kilos de huevo para hacerle la curación. Platica que la primera vez que le dio “ojo” tenía como dos o tres meses de nacida, pero que a diferencia del empacho, se sigue enfermando de eso. Los síntomas que la niña son de tipo más anímico que físico: *“es que cuando están chiquitos no sabes por qué lloran, y como no saben hablar, ni preguntar ni nada. Entonces están llorones y parece no están contentos. Cuando están chiquitos comen y duermen nada más”*.

A diferencia del empacho, del cual comenta que antes de llegar a México no sabía nada, Hilda ya tenía conocimiento sobre el mal de ojo, pues había tenido una experiencia previa en Madrid. Al respecto relata lo siguiente:

Una vez una amiga me dijo ‘¿qué crees? Le echaron ojo al ‘Johnny’, a su novio. Mi amiga era de Bolivia y el chico era de Ecuador. Y yo le dije ‘¿qué es eso?’. Entonces ya me platica

'es que fuimos a un restaurante a comer, después a echar unas chelas y a bailar. Y una mujer bien bonita lo miraba y lo miraba y cuando ya llegó a la casa se sentía mal'. Pero yo no creía en eso de los "ojos". Yo no sabía y cuando vengo aquí y escucho del "ojo", me acordé de allá. Y esa vez, me cuenta mi amiga, lo llevamos con una mujer que le echó huevo porque estaba enfermo, enfermo. En una semana se puso flacucho. Y él como que no lo quería aceptar, decía 'no creo que sea por eso'. Y como se fue al médico pero no le hacía nada, te digo que lo llevaron con una señora que le frotó todo el cuerpo con huevo. Mira yo no lo creía hasta que tuve a la niña.

### **1.3 Las representaciones sociales de Hilda**

En el caso de Hilda se observan representaciones bastante precisas para los cuatro padecimientos. Esto tiene que ver con que reconoce plenamente a los cuatro: los identifica y los legitima pese a sus dudas respecto al empacho o mal de ojo, mismas que se han difuminado a partir de su propia experiencia con su hija.

Las representaciones sociales sobre causalidad para las enfermedades alopáticas se anclan a dos ideas provenientes de la concepción biomédica etiológica, el contagio por virus y la resistencia del sistema inmunológico, pues alude a la presencia de virus en el aire que contagian a los niños.

Asimismo, brinda importancia a un aspecto que para ella obedece a los hábitos propios de cada madre, pero que en realidad tiene un engranaje estructural, como son la falta de higiene y una alimentación "inadecuada". De tal modo, Hilda considera que el hecho de que su hija se enferme más de gripe o tos que de diarrea, tiene que ver con que la etiología de la gripe y tos es algo que no depende de ella, y por tanto queda fuera de su control; mientras que mantener una buena higiene y alimentar bien a su hija es algo que hasta cierto punto sí está dentro de sus posibilidades de cuidado. De hecho, esa es la explicación que ella da a por qué su hija sólo se ha enfermado en una ocasión del estómago. Por lo contrario, Caro se enferma constantemente de mal de ojo dado que se trata de un padecimiento ubicado fuera del cuidado de la madre, pues es imposible aislar a la niña y evitar que tenga contacto con el mundo externo. La posibilidad de Hilda de estar pendiente del cuidado de su hija depende de sus condiciones de vida más favorables, lo cual marca una pauta respecto a las posibilidades de acción de la

mujeres del grupo anterior, quienes, como Gaby, aceptan que sus hijos se enferman de forma frecuente debido a que no los pueden cuidar demasiado.

Para explicar estas ideas de Hilda respecto al cuidado de su hija como determinante en la infrecuencia de ciertas enfermedades, me parece recurrir al concepto propuesto por Nitcher (2006), denominado gestos simbólicos de reducción del daño. De acuerdo a Nitcher, los gestos simbólicos brindan “una sensación de control de la propia vida y permiten sentir que uno se está portando con responsabilidad” (Nitcher, 2006: 122). De ese modo, Hilda impide que su hija se enferme de padecimientos que desde su percepción pueden ser controlados por ella mediante ciertas acciones. Eso a su vez, le hace pensar que actúa responsablemente.

Asimismo, tales representaciones adquieren sentido dentro de un contexto en el que la salud es vista como una responsabilidad individual (Nitcher, 2006: 127), y en donde constantemente se alude por diversos medios –desde medios de comunicación masivos hasta las campañas difundidas por el Sector Salud- hacia la promoción de una ideología que aboga por un “estilo de vida saludable”. Dicha ideología que forma parte de un proceso medicalizador caracterizado por dirigir los comportamientos de los afectados, y el cual “establece formas de disciplina, de restricción y de obligación (e) impone un modo “normal”, responsable y legítimo de cuidado de sí (y de otros)” (Margulies, 2010: 66). En otras palabras, se construye la idea de que toda acción enfocada a preservar la salud así como a prevenir y atender la enfermedad, tiene que ver únicamente con una decisión individual, más que con condicionantes estructurales.

Llama la atención uno de los datos señalados por Hilda respecto a que su hija sólo ha padecido en una ocasión de diarrea y vómito, pero varias veces de empacho. Ello conduce a reflexionar sobre las barreras entre los padecimientos, qué síntomas son determinantes de unos o de otros, y qué es lo que realmente conduce a la madre a emitir el diagnóstico, si la causalidad, los síntomas o la eficacia terapéutica.

## **2. El caso de Maylem: de ama de casa a promotora del Partido de la Revolución Democrática (PRD)<sup>76</sup>**

Maylem es una joven de 23 años, que tiene una hija, Daira de cuatro años, y que en el tiempo en que la conocí estaba embarazada de apenas unas semanas. Maylem es una de las tres mujeres a las que conocí mediante la trabajadora social del CS. Una tarde fuimos a su domicilio, a un par de cuadras del CS, sin embargo en esa ocasión no me fue posible conocerla dado que no estaba. A quién conocí ese día fue a su hermana mayor Sulem, madre de dos niñas menores de cinco años, y con quien realicé sólo una entrevista. No hubo continuidad debido a que no logré concertar ninguna otra cita. A Maylem la contacté otro día, siempre se mostró con buena disposición para brindarme un poco de su tiempo y para responder a las preguntas que le hacía.<sup>77</sup>

Maylem se percibe como una mujer desenvuelta, muy segura de sí misma, con un diálogo fluido, e incluso con cierto don de mando. Es claro que en su familia las mujeres ocupan un lugar central y que de hecho, a diferencia de otras informantes, reproducen un modelo matrilocal ya que los maridos se van a vivir a la casa de la matriarca del grupo doméstico, la abuela de Maylem.

Su domicilio se encuentra en la calle de Tosnene, en una vivienda que fue creada por la autoconstrucción producto de la invasión de Santo Domingo. Ella, al igual que Gabriela, es originaria del barrio, y nieta de una mujer que llegó en los setenta a invadir un pedazo de tierra. Su casa fue creciendo conforme se tuvieron posibilidades económicas para construir nuevos espacios que dieran cabida a la creciente familia. Este proceso de acondicionamiento de nuevos espacios está en permanente cambio debido a que la familia extensa sigue creciendo.

Maylem tiene cuatro hermanos: una hermana gemela, Maite; Sulem, de 25 años, quien es la mayor; y un hermano y hermana menores. Todos ellos viven en la misma casa, menos la menor, quien prefirió irse a vivir con su mamá a Chalco. En

---

<sup>76</sup> Los datos presentados en la tesis fueron obtenidos de las entrevistas realizadas a Maylem en las siguientes fechas: 24 y 27 de Noviembre, 3 y 18 de Diciembre de 2014.

<sup>77</sup> Sin embargo, no pude acabar la batería de entrevistas con ella pues en Enero después de haberse cruzado el período vacacional de fin de año, ya no le fue posible continuar colaborando conmigo debido a que se le presentó una carga fuerte de trabajo, y ya no disponía de suficiente tiempo (o al menos eso fue lo que me dio a entender).

la casa de Maylem viven ella, su esposo y su hija; tres hermanos, su cuñado y tres sobrinas; la abuela y bisabuela. En la construcción de al lado (que está en el mismo terreno), vive la tía, el tío y sus sobrinos. A pesar de que en su casa viven varias personas, ella no siente que eso sea problema:

Todos cabemos bien. Cada quien tiene su espacio propio. Mi hermana Sulem ya tiene su casa que construyó aquí mismo. Yo aquí estoy construyendo mi casa también, por eso todo ese tiradero, porque apenas estamos en todo eso de la construcción.

La madre de Maylem, no vive con ella, pues se fue a vivir a Chalco. De hecho, Maylem señala que a quien ve como principal referencia materna es a su abuelita:

Es la que ha sido como nuestra mamá siempre, porque mi mamá como tuvo cinco hijos pues también siempre tuvo que trabajar y casi no la veíamos. Con cinco hijos imagínate a cuál le hacía caso. Ella fue madre soltera y por eso tenía que trabajar para mantenernos. Yo no juzgo a mi mamá pero la verdad es que la que nos procuró siempre fue mi abuelita, más que mi mamá. Y yo no quiero eso para mis hijos, yo quiero dedicarle tiempo y sobre todo dejarles espacio para que la familia les ponga atención. Si no de por sí ya somos tantos que a ellos no les va a quedar ni un huequito de atención.

Maylem dice que ella no está “juntada” como otras allegadas suyas, sino que está casada de forma oficial, es decir, por lo civil y por la Iglesia. Según da a entender, tiene una buena relación con su esposo, quien por motivos de trabajo en los últimos meses ya no está tanto tiempo con ella. Maylem cuenta que recientemente su esposo consiguió un trabajo como obrero en un proyecto en Valle de Bravo, y que no puede estar en la casa diario: *“Está allá ocho días y viene para acá un fin de semana, o luego se está allá quince días. Todo depende del turno que le toque”*. Pero aclara que él cubre todos los gastos de la casa y de la niña:

Porque aunque casi no está aquí, cuando viene siempre trae el gasto, y como le está yendo bien él trae cada fin de semana \$2000, y además aprovechamos y hacemos planes con la niña. O sea que haz cuentas y al mes está bien, ya salimos (...) y ya lo que yo gano lo uso para comida, gastos de la niña o cosas para la casa.

Respecto al nivel de estudios, Maylem junto con Hilda son las informantes con mayor escolaridad, pues ambas cuentan con el nivel medio superior concluido:

Acabé toda la prepa. Estudié en el CONALEP<sup>78</sup> que está por la Venustiano Carranza, y justo cuando me embaracé de Daira estaba ya en los últimos semestres. Me dio tiempo de acabar y después “aliviarme” (...) Sí me hubiera gustado seguir estudiando pero la verdad es que después de Daira poco a poco fue cambiando mi dinámica, la verdad es que ya la escuela la fui viendo muy lejana. Y siento que ahorita me sería ya bien difícil retomarlo, por eso la verdad es que ya ni pienso en eso de estudiar una carrera.

Maylem se dedica prácticamente de lleno al hogar y a su hija, ya que el trabajo que tiene se lo permite:

Yo me dedico al hogar, a cuidar a Daira, hacer la comida, el quehacer y todo eso. Pero además yo tengo un trabajo en un partido político, en el PRD.<sup>79</sup> Haz de cuenta que a mí me llaman de repente para volantear o para ir a las marchas, y está bastante bien porque es un trabajo en el que no hago tanto pero tengo mi salario seguro cada mes (...) está bien porque te digo yo puedo cuidar a mi niña todo el tiempo y sólo a veces que me llaman me tengo que ir a trabajar. Es por temporadas, hay veces en que el trabajo es más fuerte, por ejemplo cuando hay votaciones, pero hay meses en que el trabajo es bien ligero y que sólo me contactan una o dos veces al mes, pero eso sí yo recibo cada mes mi salario de \$3000.

Las actividades cotidianas de Maylem tienen como foco a su hija y los quehaceres domésticos, sólo que con relación a otras mujeres, en su caso se percibe una dinámica ligeramente más tranquila:

Me levanto a las ocho para preparar a Daira para llevarla a la escuela. Aunque yo desde una noche antes le preparo el uniforme y dejo todo listo. La despierto a las ocho pero se va despertando hasta ocho y media. La preparo, toma su vaso de leche y la llevo al CENDI<sup>80</sup> donde entra a las nueve. Me regreso y a veces me vuelvo a dormir. Me despierto como a las diez y después desayuno como a las once que se despierta mi abuelita, como ella no hace

---

<sup>78</sup> Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica

<sup>79</sup> El PRD es un partido de corte socialdemócrata que se constituyó en el año de 1989, como producto de una coalición de diversos partidos políticos de izquierda. Desde el año 1997 es el partido gobernante en el Distrito Federal, y desde hace varios años gobierna en la delegación Coyoacán.

<sup>80</sup> Centro de Desarrollo Infantil



ya nada se puede despertar hasta esa hora. Tomamos nuestro cafecito y después me voy a comprar las cosas para la comida –las verduras, el pollo, la carne o lo que sea-, pero antes hago mi quehacer. Ya luego me voy a recoger a Daira, la traigo, empiezo a hacer la comida como a las cuatro, comemos como a las cinco, baño a Daira y la acuesto.

Con relación a la seguridad social, cabe decir que cuenta con Seguro Popular y Hoja de Gratuidad, y que tiene inscritos a su esposo y a su hija.

### ***2.1 Enfermedades alopáticas: respiratorias y gastrointestinales***

Las principales causas para las enfermedades respiratorias y gastrointestinales son atribuidas a las bajas defensas, a los cambios de temperatura y al tipo de alimentación:

(...) los niños se enferman porque luego no tienen defensas. Ya ves que al nacer luego dicen que es muy importante darles leche materna. Entonces, una razón es porque luego no les damos leche, y otra es porque luego están muy débiles o no están alimentados y eso les afecta. Luego porque andan en la calle y ya ves que ahí también ya todo les hace daño, que la comida, el frío, el clima. Por ejemplo ahorita, calor en el día y en la mañana y la noche el frío, (por eso) se enferman más en diciembre, o desde finales de noviembre, todo diciembre y el principio de enero. (...) y de la panza se enferman por la alimentación, porque luego todo lo que se comen está bien sucio. Lo que comes es lo que hace que te enfermes (...) uno cree que puede darles como a uno y pues no porque están chiquitos. Ya ves que dicen que hasta los seis meses pueden ya comer y luego no lo respetamos y también por eso les alteramos sus intestinos y todo eso.

A diferencia de otras madres, ella piensa que otro factor determinante de tales enfermedades es la edad de los niños, pues piensa que:

Los chiquitos se enferman más que los grandecitos, porque todavía no han acumulado tantas defensas como cuando ya están más grandes. Porque ya los de cuatro años ya salen a jugar, ya se ensucian y eso también les ayuda a las defensas. Y en cambio los chiquitos pues no.

Esta idea la sustenta en su experiencia con Daira, su hija, quien antes se enfermaba más, sobre todo de la garganta, pero que desde cumplió dos años cesaron un poco sus enfermedades:

Ya tiene como dos años que agarró su paso y ya de la garganta casi no se enferma. De repente, te digo con el tiempo si se pone mal, pero ya sólo a veces. Se enferma más por el frío, y de chiquita era cada mes la garganta. Fue hasta que entró al kinder que como le piden estudios, le pidieron el exudado que es para ver qué medicinas casi no le hacen, pero ella casi no salió a ninguna. O sea que todas las medicinas que le daban sí le estaban haciendo. La verdad le ayudó entrar al kinder.

Las entidades nosológicas respiratorias que Maylem identifica como más frecuentes en su hija son la infección de garganta, la gripe y la tos, mismas que suelen acompañarse de los siguientes síntomas: *“no quiere comer, nada más leche que es lo que más le gusta a ella. Y me empiezo a dar cuenta de que es de la garganta porque aparte de que no come, le empieza a doler la garganta”*. Los síntomas de las enfermedades gastrointestinales son diferentes:

Empiezan con la diarrea, porque ya ves que luego les cae mal algo o se les “pega algo”;<sup>81</sup> o luego la infección de garganta se les pasa al estómago; o también los dulces que les hacen daño (...) Le duele el estómago, eso es lo típico (...) vómito casi no (...) fiebre le da cuando tiene infección de garganta (...) aparte que le duele la panza, le gruñe, tiene ruiditos. Parece que están peleando sus tripas ahí en ella, y la diarrea (...), pero no manifiesta cambios de estado de ánimo.

De estas entidades nosológicas, Maylem señala que los que más han afectado a su hija son los vinculados con la garganta y gripe, seguidas por la diarrea y la infección de estómago. Asimismo, Maylem considera a estos últimos como padecimientos diferenciados con base en sus síntomas, ya que:

La infección es el dolor de panza, no aguantas el dolor. La diarrea es lo típico de que te da pura diarrea pero sin dolor de estómago (...) y cuando es infección, ahí sí les da calentura. También puede presentar vómito. Esa ya necesita antibiótico, porque una cosa es

---

<sup>81</sup> “Pegarse algo” es un término que ella utiliza para denominar al empacho.

suspensión que te va a quitar la diarrea pero no la infección (...). Entonces la diarrea yo digo que es cuando comes algo y te enfermas, y la otro es cuando ya hay una bacteria y se hace una infección. Diarrea puedes tener y se te quita, pero una infección es más fuerte.

Al igual que las otras madres, Maylem afirma que antes de llevar a Daira al doctor, ella ya ha emitido un diagnóstico: *“antes de ir al doctor ya sé qué es lo que tiene. Empieza con la nariz, que gripa, que la garganta ronca, o empieza a ponerse chillona o de malas”*. Ella confirma el diagnóstico con base en los síntomas, y en la forma en que éstos van avanzando; por ejemplo, una diarrea puede pasar a ser una gastroenteritis si la diarrea no se quita:

Digo, la voy a dejar que haga dos o tres veces. También me fijo cómo hace su excremento, si “aguadito” o duro (...) y ya a partir de su popo noto si la niña se va a enfermar, pues ella siempre hace durito.

Además de determinar la frecuencia de enfermedad, la edad influye en los cuadros de gravedad de los niños, pues anteriormente Daira presentaba cuadros más complicados acompañados de fiebre, uno de los síntomas que Maylem considera más alarmantes:

Le dio fiebre hace como dos años, porque ya tenía como dos años que no se enfermaba bien. Namás que ahora fue muy diferente porque sólo le dolía la garganta, pero nunca le dio calentura ni nada. Como ya está más grande ya agarró más defensas. Si aunque le dio en los mismos puntos pero ya menos, porque antes la calentura era lo que no le quitaba.

## **2.2 Enfermedades “tradicionales”: empacho y mal de ojo**

Igual que Gabriela e Hilda, Maylem piensa que el empacho es causado por ciertos alimentos como las palomitas: *“las palomitas provocan eso. Por eso no se les deben dar a los niños chiquitos porque traen un “pellejito” que se les pega”*. Las causas que identifica para el mal de ojo son similares a las enunciadas por las otras madres:

Luego dicen que es por aire, que jalan aire o también dicen que es porque te le quedas viendo mucho a un niño y no sabes si es para bien o para mal. Porque luego ves un niño

que está bonito y dices 'ay, está bonito' y dicen que ya le hiciste el mal de ojo. También luego si vas en la calle a la gente le llaman la atención los niños, dicen 'ay, mira ese niño'. Y aunque la gente no lo haga con mala onda a veces si le hace ojo.

Ambas enfermedades han afectado a Daira, pero sobre todo cuando era más pequeña, pues Maylem piensa que son padecimientos que les dan a los niños más pequeños. Hace el recuento de las veces que se ha enfermado su hija:

Como dos veces de empacho (...), de ojo como dos veces, y de chiquita porque esas enfermedades casi siempre son de chiquitos. Bueno a la edad de Daira, todavía puede darle empacho porque come muchas cosas, pero mal de ojo quien sabe. Yo creo que eso les da sólo de más chiquitos.

Los síntomas que acompañan un cuadro de empacho son dolor de estómago e inapetencia: *"le duele la panza aunque sin diarrea. Luego ya no quieren comer o está vomitando, ya ves que luego todo se les pega y entonces es vomitar vomitar"*. Y los que acompañan al mal de ojo básicamente se relacionan con alteraciones del estado anímico: *"están bien chillones o no se están en paz"*.

A pesar de que algunos síntomas del empacho son similares a los de una gastroenteritis, Maylem asegura que tienen características diferentes, lo cual es un indicador de las transformaciones en los diagnósticos.

Es que con las infecciones da diarrea y con el empacho no. Además, le preguntas 'qué tienes' y te dice 'es que me duele mi panza', y luego ya empieza con los vómitos y todo eso. También si luego ves que no se le quita entonces ya la llevas con el doctor porque quiere decir que no es empacho.

### **2.3 Las representaciones sociales de Maylem**

A diferencia de Hilda, Maylem considera que la causa determinante de las enfermedades alopáticas tiene que ver con con las defensas, más que con los virus. Esta concepción sobre las defensas de los niños atraviesa buena parte de sus ideas acerca de la causalidad, misma que se asocia con una concepción sobre los niños como sujetos más vulnerables y, por tanto, más propensos a enfermarse.

Ella asegura que los niños pequeños, es decir, de menos de tres años, se enferman mucho más que los niños mayores, pues conforme crecen van desarrollando mayores defensas.

Para Maylem lo central para determinar el diagnóstico son los síntomas de la niña. Cada diagnóstico implica un tratamiento diferente, e implica acudir con curadores diferentes. Asimismo, cada padecimiento conlleva acciones distintas. Por ejemplo, cuando sólo se trata de diarrea, Maylem no actúa de inmediato, sino que deja pasar un tiempo sin darle nada a la niña para ver si se cura sola. Pero en el caso de que tenga infección, la cual va acompañada de otros síntomas, entonces la madre sabe que la niña requiere de un antibiótico.

También se percibe de forma clara la posibilidad de transformación de los diagnósticos, como sucede con el empacho o la diarrea, los cuales de no transitar como Maylem se espera, es decir que el empacho se cure con un tratamiento casero o que la diarrea se quite sola, entonces pasan a ser una gastroenteritis que además requiere de otro tipo de atención médica. Esto muestra cómo no hay una barrera definida entre unos y otros padecimientos, y cómo unos pueden ser detonantes de otros, lo cual conduce a la constante reformulación de diagnósticos, una de las características de los saberes maternos sobre la enfermedad.

En última instancia, la confirmación del diagnóstico no depende de lo que digan sus allegados o los médicos; sino de la eficacia terapéutica. Esto es algo que se hace mucho más evidente con los padecimientos “tradicionales”.

### **3. El caso de Mariela: una madre con dos hijos muy “enfermizos”<sup>82</sup>**

Mariela es la mayor de las informantes, tiene 34 años. Es originaria del DF y vive con sus suegros y su esposo en la calle de Tosnene. Tiene dos hijos varones, Paco de tres años, y Beto de uno.

Durante el tiempo de trabajo con Mariela obtuve información muy productiva debido a que ella es una persona que se puede considerar como la informante “ideal”, es una mujer abierta, extrovertida y con facilidad de palabra, que hace de la

---

<sup>82</sup> Los datos presentados en la tesis fueron obtenidos de las entrevistas realizadas a Mariela en las siguientes fechas: 19 de Noviembre, 4 y 11 de Diciembre de 2014.

entrevista un momento fluido y ameno. Además, su caso me parecía interesante ya que sus hijos se enfermaban con frecuencia, por lo cual tenían trayectorias de atención bastante extensas.

Siempre me pareció que su red social no era muy amplia, por lo que se veía que disfrutaba poder platicar conmigo. Desafortunadamente, no pude concluir toda la batería de entrevistas debido a que a partir de Enero no pude localizarla más.<sup>83</sup>

A Mariela también la conocí mediante el CS. La trabajadora social me la presentó al salir de una consulta médica.

Mariela llegó a Santo Domingo hace cinco años, cuando tras conocer a su pareja se fue a vivir a esa colonia con éste y sus suegros, los propietarios de la casa. Físicamente, se trata de una vivienda más grande que la de las otras mujeres y con una fachada menos deteriorada. Es una casa creada mediante la autoconstrucción, de forma un tanto improvisada y conforme a las necesidades de la familia. Varias de las áreas son de uso común, como el comedor y la cocina, algo que no convence del todo a Mariela:

Se supone que la casa está distribuida para mis suegros, mi cuñado, mi marido y yo y los niños. Pero ahorita la verdad es que todos usamos la parte del comedor para todos, y ya después cada quien se va para sus cuartos. Aunque la verdad es que yo estoy tranquila, ni mis suegros ni mi cuñado me molestan, aunque eso sí, quisiera tener mi propia casa.

En varias ocasiones, Mariela comenta que uno de sus deseos es tener una casa propia para ella y sus hijos, pero que para eso requiere dinero y no lo tiene.

Mariela nació en Iztapalapa, donde actualmente siguen viviendo sus papás. Su familia es de Michoacán, por lo que durante un período de su juventud se fueron a vivir para allá. Tiene dos hermanos varones a los cuales ve poco:

---

<sup>83</sup> Normalmente sus suegros me abrían la puerta, y me decían que Mariela estaba trabajando con su marido, o que estaba dormida porque la noche anterior había trabajado hasta tarde. Llegué a pensar que podían ser pretextos para no verme, pero la verdad es que sus suegros me parecían honestos. En realidad, lo que pienso es que Mariela tenía otras prioridades, y que nuestras citas eran algo que ella veía con gusto, pero que no eran lo suficientemente importantes como para modificar sus actividades. Y la verdad es que me parece perfectamente comprensible.

Mis papás son de Michoacán pero llegaron aquí hace ya muchos años. Tengo dos hermanos, los dos hombres, yo soy la única mujer. Mis papás ya casi van a cumplir cuarenta años de casados y siguen viviendo aquí en Iztapalapa, aunque viajan mucho, igual que mis hermanos. Por eso se me dificulta verlos, porque casi siempre andan de viaje. Mi mamá es enfermera y mis hermanos son profesionistas, yo fui la única rebelde que no estudió nada.

Mariela cuenta con un grado de escolaridad básico, pues sólo concluyó la secundaria. Sin embargo, recientemente hizo el examen de CENEVAL para acreditar la prepa, mismo que no aprobó:

Hice hasta la secundaria. Después entré a un CETIS<sup>84</sup> para estudiar trabajo social pero por “relajenta” me sacaron. Luego entré a otra escuela para estudiar informática pero por lo mismo, me sacaron. Después quise terminar la prepa en la Prepa Popular que era un programa por parte de la Facultad de Ciencias Políticas en donde los alumnos de ahí nos daban las clases. La acabé casi toda pero después cambiaron ese programa y fue como si no hubiera estudiado nada. Y apenas hace tres meses hice el examen del CENEVAL, salieron los resultados y no aprobé. Me faltaron unos poquititos puntos para pasar. Por eso ahorita ando bien sacada de onda, “namás” me acuerdo y me da coraje. Y si quisiera volver a hacer el examen pero no ahorita porque cuesta \$3500 y como quiero bautizar a Beto, prefiero ahorrar el dinero para eso.

La relación con su esposo parece ser buena, a pesar de que en constantes ocasiones Mariela hace ver que ella seguirá con su marido siempre y cuando éste le de un buen trato. A diferencia de las muchachas del grupo uno, percibo en ella una mayor posibilidad de confrontación con su pareja y defensa de sus intereses personales:

Es que mi esposo no cree en el matrimonio. Y yo antes si me quería casar pero ahora no, porque soy muy enojona y atrabancada y a mí si me hace algo (su esposo) ahí nos vemos, puedo salir adelante yo sola sin la necesidad de un hombre y con los niños le echas más ganas. Por eso yo estoy como los alcohólicos, hoy estoy bien pero mañana no sé. Yo soy de la idea de que si hay una infidelidad es porque la relación no estaba bien, y yo cuando eso ocurra ya no me voy a aferrar, por eso mejor tomo mis cosas y me voy” (...) Yo no estoy

---

<sup>84</sup> Centro de Enseñanza Tecnológica Industrial y de Servicios

acostumbrada a los “catorrazos”, a que me traten mal ni a que me ordenen, entonces si en algún momento yo tengo broncas aquí agarro a mis hijos y me voy, pero con la oportunidad de poder tener una estabilidad económica propia.

Su esposo trabaja como embalsamador independiente, es decir, que no depende de ninguna empresa privada o pública, sino que él ofrece servicios particulares a quiénes lo contactan. Mariela dice que ella se dedica al hogar y a cuidar a sus hijos, quiénes son muy enfermizos y tiene que estar atendiendo con frecuencia *“Ahorita no puedo trabajar justamente porque se me enferman mucho y todo el tiempo los tengo que estar cuidando. Antes si trabajaba, le ayudaba a mi marido en la administración de la funeraria”*.<sup>85</sup>

En general, Mariela parece ser una mujer segura de sí misma, y con el afán de tener una independencia económica de su marido. Además asegura que haber tenido hijos cambió su forma de vivir: *“yo antes le daba vuelo a la hilacha pero desde que los tuve a ellos, que ni me lo creo que sea mamá, ya cambiaron mis prioridades”*.

En relación a los servicios de salud, Mariela cuenta con Seguro Popular y Gratuidad, los cuales le dan cobertura a toda su familia.

### **3.1 Enfermedades alopáticas: respiratorias y gastrointestinales<sup>86</sup>**

Cuando conocí a Mariela, desde un inicio me informó que sus hijos siempre se han enfermado mucho, algo que no sabe bien por qué sucede. Sin embargo, ha intentado generar explicaciones a tal situación, las cuales son de muy diversa índole. Algunas tienen que ver con el entorno:

ahorita yo siento que es alergia, no siento que sea asma. Siento que es alergia al gato, al perro, al polvo, hay mucha humedad allá arriba, es muy fría la casa. La verdad necesito hacerle estudios a Beto para saber por qué está enfermo.

---

<sup>85</sup> Aunque conforme va avanzando el trabajo de campo, me voy dando cuenta de que esto no es así, y de que con frecuencia Mariela le ayuda a su esposo en los servicios funerarios que éste ofrece.

<sup>86</sup> Los criterios de diagnóstico en Mariela no fueron tan diferenciados de las otras categorías, por lo cual no están especificados.



Otras refieren directamente a la trayectoria de enfermedad de los niños, la cual en cierta forma, concibe como determinada por la genética:

Se supone que cuando Paco (el mayor) nació lo tuvimos una semana aquí. Después le entró calentura y lo llevamos al hospital pero me lo regresaron. Me dijeron que le diera Tempra. Eso fue como a la una de la mañana, pero ya como a las tres de la mañana estaba inconsciente aquí en la casa. Y me dijeron mis suegros “ese niño está mal, llévatelo al Imán”, y una tía de él nos dijo que le pellizcáramos la uña para ver si reaccionaba pero no. Nos lo llevamos al Imán y luego luego lo metieron a sala de shock. Salgo y le digo a mi esposo “cayó en shock”, y ahí estuvo casi un mes en el hospital. Supuestamente el diagnóstico era que tenía una infección del riñón. Pero nos lo dieron de alta con moco. Yo me preguntaba por qué me lo dieron de alta si todavía no estaba bien, no podía respirar bien y estaba muy congestionado, y de los riñones siempre orinó bien. Y de ahí fue gripa y gripa todo el tiempo. Entonces la doctora de Rosas (una calle de Santo Domingo) que es pediatra me dijo que era reflujo. Se lo tratamos pero se siguió enfermando.

De hecho, insinúa que esta condición “enfermiza” estaba determinada desde los embarazos, los cuales fueron complicados, *“Desafortunadamente, fueron embarazos de diabetes gestacional, amenazas de aborto a cada ratito, estar acostada. Fueron dos embarazos deseados pero mucho muy difíciles. Entonces desde que estaba embarazada he estado muy presionada por la enfermedad”*.

Las causalidades referentes a las gastrointestinales son muy similares a las de las otras madres, falta de higiene y tipo de alimentación:

Se echan todo a la boca y tienen las manos sucias. Luego aunque uno los esté vigilando ellos agarran todo. Beto va y agarra la basura. Todo se llevan a la boca, ya sea aquí, en el parque o en la escuela. A Paco lo llevamos a “Huayas” (un parque cercano) y luego ya lo veíamos con la piedra en la boca. También, la manguera de la lavadora le gusta sacarla y luego se me ha enfermado brutal. Por más que los cuides se te enferman. De hecho Paco hace como 22 días agarró la manguera, no me di cuenta y en la noche tenía 40° de temperatura, y digo ‘¿por qué?’ hasta que mi esposo me dijo ‘fue porque chupó la manguera’. Lo bueno es que tenía medicamento, rápido se los metí, le puse supositorio para la temperatura, lo metí a bañar y le di medicina para el vómito porque se me puso malísimo. Entonces es eso, porque afortunadamente no comemos en la tarde. Luego salimos a los servicios y prefiero comprarles gelatina o Yakult, pero comida preparada no.

Otros factores causales que influyen en las enfermedades respiratorias y gastrointestinales son la resistencia de cada organismo, la cual es intrínseca a la dieta del niño: *“yo creo que depende de la resistencia del cuerpo. Siento que tiene que ver por ejemplo la alimentación. Si comes sano es más difícil que te enfermes”*.

Mariela tiene muy presente todas las ocasiones en que han enfermado sus hijos. Tanto que conserva cada una de las recetas, por lo cual está muy informada sobre qué tipo de medicamento han ingerido los niños:

Mira, ayer estaba revisando las recetas de Paco y encontré diez del 2011, del 2012 sólo encontré dos, del 2013 encontré cinco y del 2014 como ocho o nueve. Yo creo que se ha enfermado como 25 veces. De hecho a Paco lo bautizamos de emergencia porque sentíamos que se nos iba. Saliendo del hospital se volvía a enfermar y se volvía a enfermar, y todos diciéndome que lo bautizara. Lo bauticé a los seis meses, y ahorita a Beto que ya tiene un año no lo he bautizado (...) De él conté las recetas y fueron once, pero tiene un año. O sea que por lo menos ha estado enfermo diez meses de su vida. Casi toda su vida ha estado con antibiótico.

En relación a los síntomas que los niños presentan, Mariela menciona que suelen ser iguales para ambos, y que a veces van acompañados de fiebre. Dicha lectura de los síntomas van construyendo el proceso de diagnóstico:

Cuando es de la garganta, les da mucha flema y vomitan, y Paco por ejemplo cuando camina o corre se agita mucho. Ahorita no les ha dado fiebre porque según les estoy combatiendo la infección, pero a veces sí les sube mucho (...) y cuando es del estómago que ha sido menos veces, les da calentura, escalofríos y la “popo”, porque hacen diarrea, muy verde o muy mal. También si se ponen a llorar digo ‘que tienen’ y ya les toco la barriga y ya veo que traen cólico, entonces digo ‘es el estómago’ (...) También les da mucho vómito.

En Mariela se percibe la preocupación de que sus hijos suelen presentar cuadros de mucha gravedad. Además, piensa que tales padecimientos pueden desencadenar en problemas más serios, sobre todo si no se atienden: *“puede ser peligroso, por ejemplo se pueden ahogar, o les puede faltar el oxígeno, el niño se*

*puede hasta morir. Las tos no bien cuidada les puede provocar “bronquios” y eso es malo; o la influenza”. Algo parecido piensa de las enfermedades gastrointestinales, entre las cuales ve como principal riesgo la deshidratación:*

Los niños se pueden hasta morir, porque una deshidratación... no te das cuenta o la diarrea, o un dolor. Por ejemplo, hace quince días un sobrino le dijo a su tía ‘mamá, me duele el estómago’, la mamá no le hizo caso, lo llevó a la escuela y que la mandan llamar. Ya lo llevó al hospital y luego luego lo internaron que porque estaba muy sucio del estómago y se le iba a reventar algo. Estuvo a punto de que le pasara algo grave.

### **3.2 Enfermedades “tradicionales”: empacho y mal de ojo<sup>87</sup>**

La alusión que Mariela hace a las enfermedades “tradicionales” es mucho menor que la que refiere a los padecimientos alopáticos, y que la que hacen otras madres, ya que sus hijos casi no se han enfermado de empacho o mal de ojo.

La causa que Mariela atribuye al mal de ojo es diferente a la de las otras madres, en tanto que lo asocia al contacto de sus hijos con “aires” que les entran en los panteones, cuando éstos los acompañan a tales sitios, producto del trabajo de su esposo:

Quando vamos a los panteones siento que les entra un aire o luego están muy llorones, pero mucho mucho. No sé que tan cierto sea verdad, pero yo les paso el huevo y ya, y automáticamente dejan de llorar y se duermen, y se ve que descansan. Es que en los panteones algo ha de haber, un aire o algo así.

Mientras que el empacho es provocado por alimentos dañinos. En general, éste lo diagnostica su suegra, a pesar de que Mariela no siempre ha estado de acuerdo con esos diagnósticos. Ella deja que su suegra los cure, pero que usualmente no ha notado mejoría:

Mi suegra cree que todos los problemas del estómago que tienen sus nietos son por empacho. Los curó pensando que era eso. Los sobó, les puso fomentos para ver si tenía

---

<sup>87</sup> La mayoría de las representaciones refieren al mal de ojo, y menos al empacho. Los motivos de esto están explicados en la parte de hallazgos.

algo que ver. Eso fue hace como ocho o quince días más o menos, pero los niños no se mejoraron.

La posición de Mariela respecto a estos padecimientos es de poco convencimiento, pues ella nunca estuvo familiarizada con ellos, ya que su mamá es enfermera, y siempre tuvo un contacto más cercano con los conocimientos biomédicos:

No mira mi mamá nunca nos curó de empacho. Ella como es enfermera sabía de otras cosas, y entonces nos decía: 'ah, estás enfermo del estómago, acuéstate y come verduras y caldo', pero no nos hacía mucho caso. Ella dice que siempre nos dio Desenfriol y nunca nos metió más medicamento. Y aunque el doctor les mande otras cosas, ella dice "dale un Desenfriol", pero tampoco nada de hierbas y eso.

### **3.3 Las representaciones sociales de Mariela**

Las representaciones de Mariela aluden con insistencia a las causalidad de las enfermedades alopáticas. Ella establece posibles explicaciones que le hacen entender por qué sus hijos se enferman con tanta frecuencia. Esto se comprende si se toma en cuenta que es la única mujer que se ha enfrentado a múltiples experiencias de enfermedad por parte de sus dos hijos, lo cual la hace tener este tema más presente.

Sus ideas sobre causalidad se orientan hacia la creencia de que hay organismos más resistentes que otros, algo que viene dado por la naturaleza del niño, y que comienza a gestarse desde el embarazo, como sucede con sus dos hijos, ambos de condición enfermiza y producto de embarazos tortuosos. Ella considera que sus hijos son más vulnerables a enfermarse debido a sus rasgos constitutivos (Nitcher, 2006: 111). A diferencia de Maylem, ella no piensa que a cierta edad los niños desarrollan más defensas conforme crecen, ya que en el caso de Paco, su hijo de tres años, sus defensas no han mejorado. Ésta explica la condición enfermiza de sus hijos con base en sus propias ideas sobre la herencia, como lo indica:

La enfermedad es algo que no se puede evitar, porque yo vengo de una familia enfermiza: abuelos maternos diabéticos, hipertensos, asmáticos; abuelos paternos hipertensos y del corazón. Y mi mamá siento que ha sido de esas personas que se enferman para llamar la atención. Ella siempre ha estado enferma, y llegó un momento en que a mí me hartó la enfermedad. Por eso la enfermedad la veo como algo grave, algo feo, peligroso. No me gusta. Ya ahorita mucho menos porque los niños me salieron muy enfermizos.

Esto muestra sus interpretaciones populares sobre la genética en las explicaciones sobre causalidad. A tales explicaciones, agrega otras de diferente índole, como los cuidados de los padres hacia sus hijos, o las condiciones de higiene de la vivienda:

Yo siento que son los cuidados, porque los niños están muy descuidados porque los dos papás trabajan. Los abuelos los cuidan pero ya están cansados. Creo que aquí afectan muchos factores, tenemos perro y gato, luego no hay mucha agua para hacer limpieza diario. Aquí casi no cae agua porque no tenemos cisterna. También los consienten mucho, entre nosotros y sus abuelitos. Por eso el descuido y el descontrol. Siento que ahorita hay mucha libertad en la comida, en dulces, en todo eso.

El caso de Mariela es diferente a los de las otras madres, ya que ella es la única que se ha enfrentado a episodios de gravedad de sus hijos, a constantes recaídas y a una interacción permanente con los recursos y formas de atención biomédicos motivado por los múltiples eventos de enfermedad alopática de sus hijos. Es por esto que sus representaciones se orientan mucho más a estos padecimientos. De hecho, con ella me fue más difícil indagar en las “tradicionales”, ya que siempre regresaba la atención a las alopáticas, dando a entender que le preocupaban mucho más que las otras. Esto es comprensible debido a varios aspectos: primero, lo que ya se dijo, las trayectorias de enfermedad de sus hijos, las cuales han sido abundantes y complicadas; y segundo, su cercanía con la biomedicina desde su propio núcleo familiar, en tanto que su madre era enfermera, y como ella dice, no creía en padecimiento “tradicionales”.

Mariela señala que casi siempre sus hijos presentan cuadros de enfermedad muy agudos, acompañados de fiebre alta u otros síntomas que para ella son graves como el vómito, y que por eso ella desconfía de la eficacia de los tratamientos populares, porque asume que no les harán efecto. Es

predominantemente escéptica con los tratamientos populares orientados a las respiratorias, debido a que son las que más han afectado a sus hijos, y las que los han puesto en mayores situaciones de riesgo.

Asimismo, su falta de reconocimiento de enfermedades como el empacho pasan por el hecho de que los tratamientos destinados a curarlo no suelen tener eficacia, algo que no sucede con las otras madres. Eso no es así con el mal de ojo, entidad nosológica que reconoce, ya que cuando ha curado de esto a sus hijos, ha obtenido el resultado esperado, la mejora o cura del niño.

Igualmente, en sus representaciones se observa, con cierta notoriedad, una menor presencia de los allegados. En términos generales, me parece que el caso de Mariela es el que más se diferencia de las generalidades del grupo.

## **A modo de conclusión**

### ***Las representaciones sociales sobre cuatro padecimientos: similitudes y diferencias***

En términos de las representaciones sociales generales de las seis madres, cabe decir que hay varios puntos en común. Entre estos, los más evidentes son el hecho de que todas lleven a cabo procesos de síntesis de saberes populares y biomédicos, y que estos procesos sintéticos dan forma a la concepción que tienen sobre la enfermedad. No obstante, existen diferencias en la forma en que tales saberes se expresan en las representaciones sociales, pues en algunos casos son más legitimados los biomédicos que los populares, y en otros ambos saberes ocupan un lugar igualmente preponderante. De tal modo que en el grupo uno hay una mayor aceptación de los saberes populares, pues incluso Gaby termina por legitimarlos debido a la fuerte influencia familiar respecto a tales saberes. Mientras que en el grupo dos, todas las madres denotan una clara familiarización con los saberes biomédicos.

Las concepciones sobre causalidad para ambos tipos de enfermedades, no difieren demasiado entre cada grupo. Para el caso de las enfermedades alopáticas suelen referir a factores similares: mala higiene, mala alimentación, defensas bajas,

cuidados deficientes; mientras que la causalidad para empacho y mal de ojo, también aluden a dos hechos básicos, la ingesta de alimentos dañinos y la interacción social con los otros. En general, todas estas ideas de causalidad construyen la idea del niño como sujeto vulnerable a su entorno físico: a alimentos nuevos, a condiciones de higiene precarias, a las personas lejanas a su núcleo familiar, a las aglomeraciones de gente, e incluso a los virus. Además, entre menor sea el niño más vulnerable es a todo esto. La mayoría de estas condiciones no pueden evadirse, por lo cual los niños se enfrentan a ellas y por ende se enferman.

Lo interesante de esto es que las madres lo ven como parte de un proceso inherente al desarrollo del niño y al fortalecimiento de su organismo. Incluso, hay madres que aseguran que es mejor no cuidarlos tanto para que de esa forma incrementen sus defensas más rápido. Se trata de una concepción etiológica construida desde los saberes populares y desde la propia experiencia empírica.

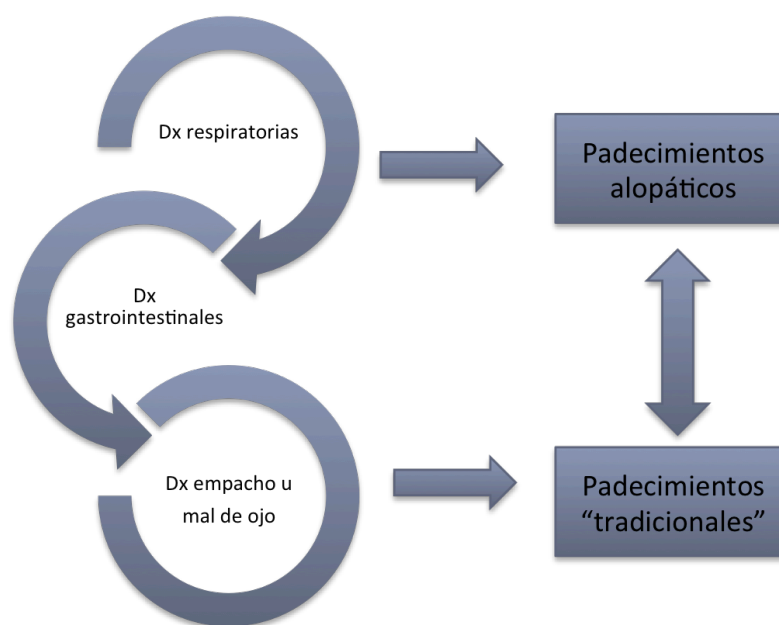
Otro resultado general a todas las madres, es que todas aseguran que son más frecuentes las enfermedades alopáticas que las “tradicionales”, y que de las primeras, las respiratorias son las de mayor incidencia. En resumen, las enfermedades que más afectan a sus hijos son las respiratorias, y en particular, la gripe y la tos. Esto nos permite esbozar una incipiente epidemiología sociocultural (Osorio, 1994; 2001) en el barrio de Santo Domingo respecto a la incidencia de enfermedades en niños menores de cinco años. De tal forma las entidades nosológicas más frecuentes en este grupo étnico son la gripe y tos.

Los síntomas suelen ser muy similares para todas las mujeres, con ligeros cambios que dependen de la forma en que individualmente el niño manifieste la enfermedad. El diagnóstico está estrechamente asociado a la interpretación que las madres hacen de los síntomas y para el caso de las “tradicionales” no sólo se asocia a los síntomas, sino a la causalidad, pues lo relevante es que la madre identifique el evento causal que propició el empacho o el mal de ojo. Además, los diagnósticos son una muestra del peso de la experiencia y de los procesos de transmisión de conocimientos entre generaciones, ya que en general las madres señalan que en un inicio eran sus propias madres o suegras las que les ayudaban

a emitir el diagnóstico y, después, ellas fueron aprendiendo a detectar y leer los síntomas, para saber qué tienen sus hijos.

Otro punto relevante es la posibilidad de transformación de los diagnósticos con base en la interpretación y reinterpretación que las mujeres van haciendo de los síntomas. Esto me conduce a pensar en la enfermedad como un evento procesual que está en constante cambio. En dicho sentido, las madres reformulan los diagnósticos, los cuales tiende a ser múltiples y a estar vinculados con la necesidad de justificar las acciones emprendidas por las madres en la búsqueda de la curación (Mendoza, 2011). Enseguida se muestra cómo los diagnósticos que las madres asignan a los padecimientos alopáticos y “tradicionales” están estrechamente relacionados, al grado que una gripe o tos puede convertirse en una infección gastrointestinal o diarrea, y ésta a su vez en un empacho; o viceversa (véase esquema 5).

*Esquema 5. Reformulaciones diagnósticas*



**Fuente: elaboración propia a partir de datos de campo, 2015, México.**

La gravedad no es un criterio que esté muy presente para la mayor parte de las madres, pues únicamente Mariela ha vivido experiencias graves con sus hijos.



Casi todas las madres lo identifican a partir de experiencias que han tenido sus allegadas, lo cual las hace verlo como un factor latente, pero no prioritario. Además, la gravedad solamente suele ser relacionada con algunas de las enfermedades alopáticas, pero en el caso de las enfermedades “tradicionales” no es referida por ninguna de las mujeres. Probablemente, esto se deba a que en el contexto en el cual éstas se han desenvuelto, ni el empacho ni el mal de ojo han provocado malestares graves a los niños y, menos aún, los han puesto en riesgo de muerte. Debido a que las mujeres y sus allegadas emiten un diagnóstico de tales padecimientos con cierta facilidad, y por ende, toman medidas para curarlos, es que difícilmente estos pueden llegar a complicarse, lo cual los aleja del criterio de gravedad.

En resumen, las representaciones sociales sobre los padecimientos que tienen las madres presentan cierta homogeneidad en cuanto a las ideas que tienen sobre causalidad, síntomas, diagnóstico y gravedad. Las diferencias entre grupos no son tan marcadas, con la excepción de una mayor familiaridad con los saberes populares por parte de las mujeres del grupo uno, y un contacto más cercano con los conocimientos biomédicos en el grupo dos.

## Capítulo IV

### Acciones de autoatención y papel de la red social

En el capítulo anterior me concentré en describir y analizar las representaciones sociales que tienen seis madres sobre la causalidad, los síntomas, la gravedad y el diagnóstico respecto de las enfermedades respiratorias, gastrointestinales, empacho y mal de ojo de sus hijos. Sin embargo, no me referí a las acciones que las madres llevan a cabo ante dichos eventos de enfermedad. Es sobre esto que versará este capítulo y el posterior.

Estas acciones se producen en varios niveles, por lo cual tienen características que las diferencian entre sí. Los ámbitos en los que dichas acciones se expresan son la autoatención y la atención médica profesional, que en el caso de las informantes de Santo Domingo se circunscribe principalmente a la de tipo biomédico de primero y segundo nivel. La base para establecer esta distinción entre acciones de atención consiste en el tipo de curadores que tienen el rol principal: en el caso de la autoatención, las curadoras domésticas, es decir, las madres y sus allegadas; y en el caso de la atención biomédica, el personal de salud, y en particular, los médicos alópatas. Cabe aclarar que los curadores populares sí son una opción de atención en la colonia, pero no para las enfermedades estudiadas, por lo cual no se abordarán.

En este capítulo me remitiré a las acciones de autoatención, las cuales son entendidas como aquellas llevadas a cabo por los conjuntos sociales en torno a los procesos de salud/enfermedad/atención/prevenición, y que ocurren a nivel de los microgrupos o grupos domésticos, sin la intervención directa de un curador especializado (Menéndez, 2009). Están presentes en todos los momentos que constituyen las trayectorias de atención, no sólo en los que se producen a nivel doméstico. Por esto, es importante aclarar que no se trata de una forma de atención que sólo ocurre en determinadas fases de la enfermedad, sino que atraviesa todas las acciones de atención llevadas a cabo.

Uno de los aspectos que caracterizan las acciones de autoatención es la fuerte presencia de la red doméstica y comunitaria, quienes fungen como proveedores, consejeros o, directamente, curadores. Función que está asignada según el género y posición dentro de la red de la madre. Esto es algo que debe formar parte del análisis dado que está sumamente presente en la conformación de los saberes maternos. Además de que nos obliga a pensar el proceso s/e/a/p en términos relacionales (Menéndez, 2002).

## **Las prácticas de autoatención**

### **1. Las enfermedades alopáticas y el ámbito de la autoatención**

La autoatención suele ser el primer recurso de atención ante cualquier padecimiento, sea alopático o no. Es el primer nivel real de atención (Menéndez, 2003) dado que se constituye como la acción primaria que llevan a cabo las mujeres y su red doméstica y comunitaria. Las acciones de autoatención en torno a los padecimientos alopáticos se caracterizan por incidir sobre todo al inicio del padecimiento, pues en momentos secundarios de la enfermedad, las mujeres suelen buscar ayuda profesional. Esto sucede mayormente con ciertos padecimientos alopáticos como las faringitis o las gastroenteritis, para las cuales las acciones de autoatención tienen un sentido complementario, más que terapéutico. Con la gripe o las diarreas, estas acciones pueden llegar a tener un carácter curativo.

La forma en que tales acciones se van delimitando depende de las representaciones de las curadoras domésticas acerca del padecimiento; es decir, de la interpretación que hacen respecto de los síntomas, así como del diagnóstico que emite. Por ende, la autoatención depende de la construcción que la madre y su red hacen respecto a la enfermedad del niño. Asimismo, estas acciones van cambiando, al igual que la enfermedad y las interpretaciones que se hacen sobre ella.

## **1.1 Autoatención a los padecimientos alopáticos: grupo uno**

### 1.1.1 Las prácticas iniciales de atención doméstica

Las acciones de autoatención se producen a nivel del grupo doméstico, y en general, se resuelven con recursos que se tienen a la mano o que son de fácil acceso, por lo cual son preponderantes en las trayectorias de atención de todas las madres, en tanto que eso es lo que ellas buscan, eficacia rápida y pragmática, utilizar los menores recursos que se pueda. Esta idea se observa en el siguiente testimonio de Gaby:

A veces si digo 'híjole no tengo dinero para mandar a hacerle un chequeo'. Entonces si como que a veces me preocupo por que él si es un poco de que 'me duele el estómago y es que siento algo por aquí que me duele', y para no preocuparme después me dice 'no es que a lo mejor comí mucho mamá'. Le digo 'ah pues a lo mejor si', y como yo no estoy porque quien me lo cuida es mi mamá y luego mi hermana no sé ni qué come. Por eso luego cuando le llega el dolorcito de estómago mejor le doy un tecito, y así ya no gasto en consulta y medicinas .

En general, las madres dejan pasar entre uno a tres días de enfermedad de sus hijos antes de llevarlos al médico. En esos días hacen uso de recursos populares y biomédicos que ellas mismas les administran con la intención de que estos tengan una eficacia terapéutica y eviten la visita al médico, la cual conlleva inversión de tiempo y dinero. Otro de los motivos por los cuales las madres evitan dicha visita tiene que ver con sus propias representaciones sociales sobre ciertos medicamentos alópatas, como por ejemplo los antibióticos. A estos se les considera eficaces pero dañinos para el organismo, y más aún el de los niños, el cual es percibido como más vulnerable, por lo cual deben ser un último recurso. Como señala Yuri:

Te digo que primero tienen que pasar dos o tres días con la medicina casera para ver si funciona. Para la gripita se les unta vaporub, yo les echo en las plantas de los pies, en el pechito, en la espalda, ya los tapo bien y se les quita. Pero sólo a veces, porque si pasan días y nada los llevo al centro de salud o si no tengo tiempo los llevo a un particular para más rápido. A veces les ponen inyecciones porque según el doctor la infección está ya muy fuerte porque dejé varios días pasar y no era lo que yo creía y ya lo tienen que inyectar para

que se les quite más rápido, ni modo .

A veces también sucede que los niños se “curan solos”, es decir, se curan sin la intervención del médico, únicamente con recursos de autoatención, ya que según Mari: *“del estómago nunca los he llevado al médico. Sólo están malos un día o un día y medio y ya después se curan ellos solos”* .

El uso de recursos de atención no se hace de forma arbitraria, sino que las madres lo hacen con base en una serie de aprendizajes sociales y culturales que han adquirido a lo largo de sus vidas, y sobre todo, a partir de su posición como madres. En tal sentido, ellas fueron dando forma a sus saberes a partir de sus propias experiencias como madres, las cuales en varias ocasiones no fueron como ellas deseaban. Así lo expresa Gaby:

Cuando Brandon era más chiquito (4 meses) le subió mucho la fiebre. Pero bueno en ese entonces, como mi mamá me apoyaba más, y era el único, lo trajimos al doctor. No le hacía el medicamento, ya le recetaron uno más fuerte para bajarle la temperatura, fue el modo en que se le bajó (...) Esa vez le subió la fiebre a 40° (...) porque tenía infección en la garganta, ya se le había pasado a su estomaguito y entonces dicen que pude ser la temperatura que le elevo .

Es con base en tales experiencias que las madres aprenden a conocer a sus hijos, y a darle sentido a sus saberes maternos. Desde luego que eso también ha determinado la forma en que determinan qué acciones de autoatención llevar a cabo, y más aún, cuando saben que es imprescindible recurrir a la atención biomédica. Esto se observa en lo que señala Gaby:

Cuando veo que no se les quita la temperatura, la gripa o la molestia de la garganta es cuando digo ‘voy a llevarlos’, no se les vaya a complicar de los pulmones o algo así (...) O cuando veo que les doy una pastilla o un té, lo que sea aquí casero, no se les quita y los veo como que siguen mal, los veo tristes o que se agarran a veces en el estómago, si digo ‘hijos creo que los voy a llevar al médico ahora sí’.

### 1.1.2 Síntesis de saberes y recursos de atención

Se ha dicho en el capítulo anterior que los saberes médicos se expresan de forma sintética en las representaciones de las madres, pero que en algunos casos hay una mayor aceptación de unos que de otros.

De esta forma, existen dos tendencias en cuanto a las primeras estrategias que realizan las mujeres antes de ir al médico. Por un lado, están las que hacen mayor uso de medicamentos alópatas, generalmente analgésicos, ya que los consideran más eficaces que a los populares; y por otro lado se encuentran las madres que tienen mayor uso de estos últimos.

Por ejemplo, en el caso de Gaby se observa un ligero predominio de los recursos biomédicos para curar las enfermedades alopáticas, pero con cierta aceptación hacia los recursos populares:

Si es un solo día que está mal le doy un analgésico o una pastilla y ya se componen, o eso si luego les doy remedio casero para el estómago (...) o si por ejemplo les duele la cabeza y tienen cuerpo cortado, les doy un Desenfriol. Pero creo que sí se les ha quitado.

Por otro lado, están las madres que tienen buen conocimiento sobre la “medicina casera”, el término emic con el que ellas refieren a los recursos y conocimientos médicos populares, y por eso y porque la consideran efectiva prefieren recetarla, como sucede con las hermanas Mari y Yuri. Ellas han aprendido qué remedio casero darle a sus hijos para cada malestar, algo que Yuri relata de la siguiente forma:

Para la tos yo le doy puros tesitos, por ejemplo le doy té de bugambilia con ajo y miel. Y ahorita que tiene tos les hice rábanos con miel y limón y sí se les va quitando porque tenía más tos. Se los doy aunque no les gustan ¡Ah! se me olvidaba otro que hay de gordolobo. Se hierve, se le echa la miel y tres gomitas de limón, y ya con eso se les quita la tos (...) y también luego les pongo pomada. Hay una que es muy buena pero que la encuentro más en mi pueblo, una de ocote, alcanfor, eucalipto y no recuerdo que más.

El caso de ellas es peculiar dado que son las únicas que después de haber recurrido a los recursos biomédicos, deciden volver a utilizar recursos populares

dada la falta de eficacia curativa de los primeros. Es interesante el amplio bagaje que estas mujeres tienen respecto a la “medicina casera”, así como la presencia de recursos de atención provenientes de su lugar de origen. Al respecto Yuri menciona:

Mi niño la primera vez que se me puso mal de la garganta se puso muy grave. Le di tres días el remedio casero (un té a base de hierbas) y nada, al cuarto día lo llevé al doctor y me dijeron que la infección ya se le había pasado hasta el estómago. Le mandaron cuatro inyecciones, le suspendieron el tratamiento por una semana y la siguiente también hubo que ponerle otras cinco inyecciones porque estaba muy fuerte. Pero no se le quitó, entonces ya lo dejé de llevar y solamente lo sobé con una pomada que me dieron allá en mi pueblo, y que es de hierbas (ocote, alcanfor y eucalipto). Lo sobé en la espaldita y en el pecho y se le quitó. Entonces a lo mejor fue un resfriado que no lo cuidé bien y se me enfermó. Y tu crees que mejor se le quitó con la pomada que fue untada que con diez inyecciones que le pusieron. Y al siguiente día de que le unté la pomada se le quitó y fíjate que ya llevaba un mes así mi niño (...) El doctor me había dicho que lo que mi niño tenía era infección en la garganta. Yo diario pasé a que le pusieran las inyecciones pero no se le quitó. Lo volví a llevar y me dijeron no ya está bien. Me acordé de mi pomada y dije “bueno, ni modo le tendré que sobar” porque ya nada le hacía efecto, ni el vaporub ni nada.

A pesar de que existen ciertos recursos que predominan en las acciones de autoatención de las seis mujeres, lo que es una cierto es que el uso de unos no excluye que las mujeres recurran a otros. En ese sentido, uno de los principales rasgos de la autoatención es su potencial para dar cabida a la plasticidad en las acciones y a consecuentes procesos de síntesis. Sobre esto Gaby dice:

Cuando les duele el estómago o tienen diarrea lo que les doy es Coca con maicena o carbonato para el dolor, o Coca con limón para el dolor de estómago, ya si no se le quita le compro un sal de uvas o un Alka Seltzer entonces es cuando digo ‘bueno ya se le quito con el Alka Seltzer (...) ellos tardan en aliviarse como dos días, se me pone mal en la mañana, a medio día o en la tarde lo llevo al doctor y ya como que al otro día ya sale mejor y así, por eso creo que me confío también porque digo ‘creo que ya están bien’, más cuando los veo que andan de latosos y ya ni siquiera les duele nada y no van al baño o cualquier cosa.

### 1.1.3 Automedicación

La automedicación forma parte de la estructura de autoatención, y se orienta a “limitar, eliminar o solucionar los padecimientos, daños o problemas de salud, instrumentada a partir de la carrera del enfermo, por parte del grupo primario, sin la participación de los curadores profesionales” (Osorio, 2001: 27). En este trabajo, ésta es entendida como el conjunto de acciones que llevan a cabo las madres para resolver o mejorar los padecimientos de sus hijos, y que consisten en la administración de recursos de atención alópatas y populares sin que éstos hayan sido recomendados o recetados por curadores populares o biomédicos profesionales sino que, en general, suelen ser sugeridos por allegadas a ellas. Es importante aclarar dos cuestiones.

1. La automedicación solamente constituye una parte de las acciones de autoatención.
2. La automedicación no sólo abarca la instrumentación de medicamentos alópatas, algo que el Sector Salud se ha encargado de promover, sino también populares.

Debido a que el Sector Salud ha generalizado una estigmatización de la misma, las madres tienden a referirla como una práctica cuestionable. No obstante, el hecho de que sea vista en términos negativos no significa que las madres no la practiquen. De hecho, todas ellas llevan a cabo prácticas de automedicación hacia sus hijos pequeños.

En realidad, me parece que tales ideas negativas sobre la automedicación únicamente se encuentran en el universo de las representaciones, puesto que en el ámbito de las prácticas dichas ideas no son operativas. El discurso que las madres reproducen está muy anclado a las ideas fomentadas desde el Sector Salud en relación a los inconvenientes de automedicar, pues todas ellas han tenido una mayor o menor cercanía hacia este tipo de campañas o inclusive el personal de salud con el que han tenido contacto se los ha hecho ver. Y en algunos casos, se les ha cuestionado por hacerlo.



Considero que en el caso del grupo uno, a pesar de que las madres aceptan que no es bueno automedicar, hay una mayor aceptación hacia estas prácticas que en las mujeres del grupo dos. Por ejemplo, Gabriela asume que automedicar no es bueno pero que aún así lo hace, algo que no deja de generarle cierto conflicto. Ella argumenta que en tanto sabe qué le ocurre a sus hijos y qué medicamentos los pueden curar es que prefiere comprar el antibiótico por su cuenta, sin tener que ir al médico.<sup>88</sup>

Yo les receto el antibiótico sin que los lleve al médico. Por ejemplo para infección voy y se los compro en la farmacia (...) lo venden sin receta por aquí (...) en la Santa María o en una chiquita que está en Papalótl. Ahí te la venden sin receta (...) les compro la Pendamox, es “ambroxilina” o algo así (...) además, si luego no sabes bien la dosis o qué medicina darle, ahí mismo en la farmacia te dicen ‘¿cuántos años tiene el niño?, no pues dale tal y tanta cantidad’.

Además Gaby sabe cuándo no requieren antibiótico y es suficiente con algún analgésico: *“al chiquito no, como no lo oí mal de la garganta, nada más era el malestar de la cabeza y escurrimiento nasal (...) a él sólo le di Desenfriol y con eso se le cortó”*. Ella señala que hace esto porque le parece menos costoso, pero sobre todo más práctico, que ir a una consulta.

Por otro lado, reitero, la automedicación no sólo refiere a la administración de medicamentos alópatas, sino también a recetar “medicina casera”. Lo habitual es que esta última sea vista como un recurso que puede ser administrado por las propias madres o por alguien de su red en quien se confíe y se piense que tiene cierta experiencia. A diferencia de la medicina alópata no requiere de una intervención profesional para ser recetada. La “medicina casera” no siempre es vista como menos peligrosa que la alópata y, de hecho, administrarla también requiere saber cómo debe hacerse. De lo contrario, puede ser dañina como bien lo indica Yuri:

---

<sup>88</sup> Aunque todas las farmacias deben pedir una receta para surtir antibióticos, por disposición desde el año 2010 de la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), hay algunas farmacias en los barrios populares que no lo hacen, como sucede en la que Gaby acude.

Yo creo que es más peligrosa la medicina casera que la normal porque si al niño le das una pastilla de más pues a lo mejor no le pasa nada; pero si le untas la pomada y no lo tapas bien o dejas que le dé frío te sale peor todo.

#### 1.1.4 Adherencia al tratamiento

En varios de los casos, las mujeres no cumplen con el tratamiento tal cual es indicado por los médicos, ya que muchas veces hacen modificaciones que ellas consideran apropiadas y necesarias. También influye su propia percepción sobre la enfermedad y sobre cómo ésta va progresando, por lo cual cuando notan cierta mejoría es que toman la decisión de reducir la dosis o de interrumpir el tratamiento. Esta idea es clara en el relato de Gaby:

Pues a veces sí se los doy todo completo (el tratamiento), pero hay en ocasiones que ya se les quito y ya no se los sigo dando, pero a veces como que si digo –híjole se lo hubiera seguido dando por que todavía le oigo la tos o el moquito-. Pero si a veces sí y a veces no (...) está mal la verdad porque debería de ser continuo pero, a veces digo –ya se le quito- y ya.

Al igual que con la automedicación, las mujeres tienen ideas negativas sobre la interrupción del tratamiento. A pesar de eso, lo interrumpen. La adherencia al tratamiento es reinterpretada por las madres y llevada a cabo de acuerdo a dos aspectos principales, el sistema de creencias de ellas y su red así como su condición socioeconómica. Tales aspectos explican por qué las mujeres interrumpen o cambian el tratamiento, como dice Gaby que lo hace:

Luego no les acabo su tratamiento porque digo ‘bueno ya se sienten bien, ya para qué se los doy’, o luego también mi mamá me dice así ‘es que hay medicamentos (se refiere a antibióticos) que luego les afectan de una cosa’ o de otra así. Pos cuando ya los veo mejor digo ‘bueno pues creo que ya, ya están bien’ y sé que si yo estoy mal porque es hasta que acaben el tratamiento.

En la cita anterior, se da cuenta de que Gaby tiene la idea de que los antibióticos son dañinos y, por ende, deben administrarse el menor tiempo posible. No obstante que ella sabe que interrumpir el tratamiento tampoco es bueno, pero terminar por

preferir la interrupción del mismo, que el efecto iatrogénico de los antibióticos. Aquí se observan creencias que se entrecruzan en sus acciones, y que son más fuertes que su conocimiento sobre las desventajas de interrumpir el tratamiento. En este sentido predominan los pensamientos del tipo “los medicamentos alópatas a la larga hacen daño”, “si el niño ya no tiene síntomas quiere decir que ya se curó” a los difundidos por el Sector Salud “es contraprudente interrumpir el tratamiento”, “la interrupción del tratamiento puede generar mayor resistencia de las bacterias”.

## **1.2. Autoatención a los padecimientos alopáticos: grupo dos**

### 1.2.1 Las prácticas iniciales de atención doméstica

Al igual que las mujeres del grupo uno, tanto Hilda como Maylem suelen tener un patrón de decisiones de atención similar, es decir, dejar pasar unos días antes de llevar a sus hijos al médico. Maylem explica lo siguiente:

La llevé como hasta el tercer o cuarto día la verdad, la dejé porque dije seguro nada más es algo de ella pero luego ya te das cuenta de que empieza con la gripe y con la infección, y entonces ahí si la tuve que llevar. Sí, porque si luego no los llevas y los dejas se les quita solitos pero al rato vuelve otra vez y les da más fuerte. O igual si no les das el medicamento como es, les regresa.

Durante el lapso en el que dejan pasar algunos días previos, ellas deciden administrar diversos tipos de recursos tanto populares como alopáticos que consideran adecuados para los síntomas que sus hijos presentan. Al igual que con las otras madres, las decisiones de qué darle a sus hijos no son arbitrarias, sino que están pensadas con base en su propia experiencia sobre lo que les ha funcionado a sus hijos en ocasiones anteriores. Igualmente, entran en juego las opiniones de las allegadas respecto a lo que puede ser de utilidad.

Los motivos por los cuáles deciden llevar a sus hijos pasado un tiempo de que comenzaron a presentar síntomas radican en dos cuestiones principales, la primera es hacer lo posible por resolver la situación de malestar de la forma más pragmática posible, es decir, en casa y con los recursos que se tienen a la mano y la segunda tiene que ver con creer que es muy probable que si llevan a sus hijos al

médico, éste les recete un antibiótico lo cual suele considerarse eficaz pero dañino para los niños.

Por el contrario, Mariela actúa de forma distinta en tanto que en el momento en que detecta algún indicio de malestar de sus hijos, no espera demasiado para llevarlos al médico. Esto tiene que ver con las propias trayectorias de enfermedad de sus hijos, las cuales, como se ha mencionado, han sido complejas y extensas. Además, dado que cada decisión que las madres toman está basada en el propio bagaje de experiencias, ella sabe que sus hijos sólo se curaran con antibióticos, como ha pasado en los anteriores episodios de enfermedades que éstos han tenido.

### 1.2.2 Síntesis de saberes y recursos de atención

Las madres de este grupo muestran un predominio del uso de recursos de atención biomédicos. En algunos casos, este predominio es más marcado que en otros, como pasa con Mariela, quien explica cómo hace uso de los medicamentos:

Ahorita les estoy dando el salbutamol y uno que sé que es antibiótico pero no me acuerdo cómo se llama. Eso es para ver cómo evoluciona y ver si si le dan el pase (a segundo nivel de atención) y dónde. Lo que sí es que por lo regular les da calentura en la noche sobre todo a Paco. Le pregunto que qué le duele y me dice que la garganta, entonces le doy el Antifludex que trae Paracetamol y no sé qué tanto. Les ayuda a respirar, les quita el dolor y la temperatura. Ya cuando amanece les pregunto cómo se sienten y ya sea que corra con Santiago (un médico particular que conocen) o los llevo hasta la una con el doctor del CS porque con el de la mañana no me gusta.

En el caso de Mariela, el predominio de los recursos biomédicos tiene que ver con las trayectorias de enfermedad de los niños –usualmente acompañadas de cuadros de gravedad importantes- y con su propio sistema de creencias, pues Mariela cree mucho más en la eficacia de los recursos biomédicos que en los populares:

Lo que hago es que si tengo el medicamento para bajarle la temperatura se lo “meto” y ya si veo que no me voy con el doctor a que me lo receten, pero no me espero a ver si con el tesito y eso. No, es medicamento y aprisa. Porque ellos se deshidratan muy rápido.

Lo que sucede en varios casos es que consideran a los recursos biomédicos como más eficaces, pero también piensan que los recursos populares pueden ayudar en algo al proceso de curación, por lo cual combinan ambos recursos, idea que narra Maylem:

Cuando se me enfermó la niña la otra vez, mi cuñada me regaló una crema naturista para la tos. Olía como a frutas y como que le calentaba el pecho y sí se le quitaba la tos porque dejaba de toser toda la noche. Igual las Broncolín o las paletitas le ayudan. La naturista si ayuda porque es cosa natural, aunque no le cura, para eso está la medicina. Por eso también la llevé al médico y le di lo que me mandó. Esa vez fue Febrax que es naproxeno con paracetamol, y amoxicilina para la infección (...) El Febrax se lo mandó seis días cada ocho horas, y la amoxicilina se lo mandó seis días pero cinco mililitros cada ocho horas.

Como se observa, los recursos de atención se utilizan de forma combinada, pero no igualitaria. Es decir, se establecen relaciones jerárquicas entre ambos. Por lo general para las enfermedades alopáticas, los recursos biomédicos son los hegemónicos y los populares los menos utilizados. Sin embargo, esto no siempre sucede así, ya que depende de cómo transite el caso específico de enfermedad.

### 1.2.3 Automedicación

En este grupo, la automedicación es vista con mayor rechazo que en el grupo anterior. Algo que influye considerablemente en esto es la composición de su grupo familiar, en tanto que en los casos específicos de Mariela y de Hilda, hay algún familiar que es enfermera y que laboran en el Sector Salud. En el caso de Hilda, es evidente la reticencia que muestra ante tales prácticas, lo cual es comprensible dada la cercanía que tiene con su cuñada y el que ella sea una figura importante en la conformación de sus saberes médicos. De hecho, Hilda confía de tal forma en su cuñada, que le importa más la opinión de ésta que la del propio médico, sobre todo si es un médico que no conoce:

Yo creo que está mal automedicar, bueno en chiquitos yo siento que es más malo que en grandes. Siento que no le puedes dar cualquier cosa, o a lo mejor algo no muy fuerte como

el Desenfriolito, pero nada más (...) mmm... no, no le daría Pepto ni nada de eso que anuncian en la tele, porque como mi cuñada es enfermera ella nos ha guiado y nos dice no es bueno automedicarlos. Entonces por eso prefiero darle cosas en la casa y si veo que no hay mejoría pues la llevo al médico.

Ella asocia los medicamentos alópatas como algo exclusivo del conocimiento biomédico, y que sólo debe ser usado por un lego cuando éstos hayan sido avalados por un profesional, que para ella puede ser un médico o una enfermera. Por eso es que prefiere utilizar recursos populares a nivel de la autoatención, ya que los considera más “seguros”, e implica menos riesgo para el niño que un medicamento autorecetado. Siempre y cuando tales recursos no sean ingeridos, por lo cual Hilda únicamente utiliza pomadas o recursos que no “entran” al cuerpo: *“si es algo de tragar no se lo daría, si fuera de poner encimita sí. Pero si fuera pastilla o jarabe yo creo que no se lo daría porque desconfío un poco. Además, sería dárselo por mi propia cuenta”*.

Sin embargo, como se dijo antes, automedicar también implica recetar otro tipo de recursos no necesariamente alópatas. A diferencia del grupo anterior, las mujeres de este grupo consideran que es más riesgoso administrar recursos alópatas que populares, además de que clasifican a los primeros como más dañinos. Esta idea persiste en Maylem quien piensa que *“la (medicina) naturista como es natural tarda más en curarte pero no te afecta tanto como la medicina. La medicina de farmacia yo digo que daña más, además te hace adicta, aunque es más rápida”*. No obstante, ellas no hacen referencia a los riesgos de recetar “medicina casera” sin algún conocimiento sobre cómo hacerlo.

En general, puede concluirse que respecto a la automedicación se observa un mayor rechazo hacia estas prácticas por parte de las mujeres del grupo dos, como se ha presentado anteriormente; mientras que el grupo uno también muestra reticencia, pero termina por automedicar con mayor frecuencia. Esto es algo que quizá se entenderá mejor cuando se presente la información del siguiente capítulo, donde se referirá a la forma en que la condición de desventaja de la mujer interviene en las posibilidades de acceso a la atención especializada.

Sin embargo, me parece que la automedicación es un buen ejemplo de las diferencias entre lo que la gente dice y lo que hace, es decir entre representaciones y prácticas. Probablemente, pese a que todas las mujeres han interiorizado un discurso proveniente del Sector Salud, en el cual la automedicación se plantea en términos negativos, termina por tener más peso la necesidad de resolver la situación de enfermedad de la forma más pragmática posibles, es decir, a partir de utilizar los medicamentos que las madres conocen y que tienen a la mano. En realidad, la automedicación responde a una lógica pragmática que subyace cada una de las acciones de atención, y que va más allá de la condición de desventaja de la mujer.

#### 1.2.4 Adherencia al tratamiento

En el grupo anterior, se mostró que hay diversos factores que influyen en que las madres no cumplan con la adherencia al tratamiento, y que uno de ellos es la creencia de que los antibióticos tienen un efecto dañino para el organismo de los niños. Esta idea se nota en lo que narra Maylem:

Ya ves que otros doctores te llenan de medicamentos y luego los niños se hacen inmunes a todas las medicinas. No y luego tan chiquitos y con tanto medicamento que les meten, ya luego no les hace. Eso es muy dañino para los niños. O luego los dientes se les pican. Por eso es muy importante cuidar a tus hijos desde chiquitos para que no tomen tanta medicina.

Sin embargo, a diferencia de Gabriela quien sí interrumpe el tratamiento, Maylem no lo hace. Lo que ella hace es ir modificando la dosis o cambiar el tipo de medicamento, es decir, pasa de darle a su hija un medicamento de patente a uno genérico. Maylem considera que al inicio de la enfermedad, su hija requiere de una mayor dosis de antibiótico, así como de medicamentos de patente, a los cuales considera más efectivos que a los genéricos:

Ahora que Daira se enfermó le daba su medicamento en la madrugada, a las horas que era. Aunque sea los primeros tres días se los doy bien a la hora que me dijo el doctor, y ya los otros días no se los doy en la madrugada, ya sólo le doy las otras tomas porque veo que ya está mejor.

Respecto a su concepción sobre los medicamentos, así como al uso que hace de ellos, Maylem menciona lo siguiente:

A veces si compro de similares, pero al principio le compro de patente. Si le mandan cinco días o seis, la mitad se va a genérica, pero los primeros días le compro de patente para que le haga. Pero acostumbramos a que primero compramos de patente, aunque sea más cara, porque es mejor (...) Lo que si es que la medicina de similar tarda más porque la dosis es más baja. Cuesta más barata pero tarda más, y si tienes cinco días para componerte con esa tardas siete (...) a la niña le he comprado de patente y de similar. Pero casi siempre lo que hacemos es comprar patente para reforzar y levantarla rápido, ya los últimos días que se haya acabado el medicamento fuerte le compro de la similar pero porque ya está mejorcita.

Hilda piensa y hace algo similar a lo narrado por Maylem:

A Caro le compro de las originales, genéricas no, ¿genéricas es la que es como de imitación? (...) Para ella hemos comprado siempre original. Para mi puedo comprarme lo que sea pero (...) siento que como está chiquita no le vaya a hacer daño la genérica o a hacerle menos efecto.

Y Mariela reafirma esta misma idea: *“les compro de la buena ¿cómo se llama?, la original. De genérico no porque si de por sí malos y les bajan la dosis o algo así, y la verdad es que no les tengo fe”*.

Un elemento que está presente en la adherencia al tratamiento es la culpa que las madres sienten cuando no cumplen con éste, algo que atraviesa los dos grupos. Esto genera diferencias entre las representaciones y las prácticas que provocan conflictos internos en las madres. Por un lado, saben que deben administrar el tratamiento hasta el final, en las dosis que indican los médicos; y por otro, hay factores culturales, sociales y económicos que van más allá de ese conocimiento y que las conducen a irrumpir o modificar el tratamiento, como explica Hilda: *“A mi niña si le doy al pie de la letra, porque siento que si no se lo doy y vuelve a recaer va a ser por mi culpa y no quiero que pase eso”*.



## **2. Las enfermedades “tradicionales” y sus respectivas acciones de autoatención**

Las enfermedades “tradicionales” como el empacho y mal de ojo, la mayoría de las veces son tratadas a nivel de la autoatención, a menos que las madres las reformulen. Es decir, cuando el diagnóstico se modifica y pasa a ser concebido como una enfermedad alopática, como puede llegar a pasar con el empacho, cuyo diagnóstico puede cambiar al de una gastroenteritis o una parasitosis. En esos casos, tales padecimientos sí pueden llegar a atenderse con un curador biomédico.

Otra situación en la que dichas enfermedades son tratadas por un profesional, es cuando la madre aún no ha desarrollado suficiente experiencia respecto a la detección de las mismas, y tampoco cuenta con una red social tan sólida o no cree en los diagnósticos emitidos por los miembros de su red, y por ende, prefiere llevar a su hijo con un curador. Esto es algo infrecuente que sólo observé con Mari, quien platica que cuando su hija era más pequeña la llevó con un médico que ella define como naturista, y que por lo que me cuenta, combina en su quehacer los conocimientos biomédicos con los populares, algo que a Mari le gusta y le hace sentir confianza:

Una vez mi niña estaba mal y un naturista nos dijo lo mismo que mi suegra. Me dice ‘si no me crees, llévalo’. Entonces nos recomendaron ese doctor pero yo no sabía que era naturista, y nos dijo ‘es que tiene empacho’, y dije ‘mi suegra es bruja’. Ya me dice si saben curarlo en tu casa que lo curen y si gustas yo te lo curo. Le digo ‘no sólo réceteme lo que necesita y ya que mi suegra lo cure’.

Además, los recursos que se utilizan para estos padecimientos son predominantemente populares: pomadas, hierbas, tés, etc. El uso de recursos biomédicos en este caso es más limitado. La mayor parte de los recursos se consiguen en mercados, tiendas o en menor medida, en farmacias como es el caso de la pomada de Panpuerco. Esto no quiere decir que no se haga uso de recursos combinatorios, por el contrario, las madres no tienen problema en incorporar algún elemento biomédico que pueda tener efectividad en el proceso curativo, lo que sucede es que dichos tratamientos suelen estar normativizados de cierta forma, por

lo cual no se tiende a cambiar su procedimiento.

Otro de los aspectos más característicos de las acciones de autoatención en torno a las enfermedades “tradicionales” es la presencia amplia de la red doméstica y comunitaria. Aunque en las enfermedades alopáticas también es una cuestión importante, en el caso de las “tradicionales” suele ser indispensable, ya que la mayoría de las narraciones sobre empacho y mal de ojo, hacen constante referencia a las personas que conforma tal red, las madres, suegras, vecinas, cuñadas y hermanas, principalmente. Esto esta presente en la siguiente narración de Gaby: *“mi mamá lo sobó de empacho, y le sobó la espaldita, y que le jalan atrás su pellejito hasta que les truena y sí se me curó”*. La alusión a alguna allegada es algo que se observa en casi todas las narraciones, es decir, es raro que una madre diga que ella sola diagnosticó y curó de empacho o mal de ojo a sus hijos.

En general, las narraciones de las mujeres son muy parecidas, todas aluden a los allegados, el tratamiento que describen tiene características muy similares en cuanto a la estructura y a los elementos que utiliza, sólo con ligeras diferencias respecto a ciertos recursos que en unos casos son utilizados y en otros no. Esto es producto de lo que mencioné anteriormente respecto a que los actos curativos en torno a estas enfermedades están normativizados, es decir, se sujetan a una secuencia de procedimientos y uso de recursos socialmente definidos que los curadores deben seguir para llevar a cabo las curaciones.

## **2.1 Autoatención de los padecimientos “tradicionales”: grupo uno**

### **2.1.1 El empacho y sus procesos curativos**

Las curaciones para empacho que narran todas las madres, suelen ser muy similares. En general, consisten en darle al niño aceite o algún té, ponerle una pomada, sobarle la espalda, “jalar el cuerito” que significar jalar la piel de la espalda del niño, y escuchar si ésta “truena”. De ser así, es un indicador que comprueba el diagnóstico, como lo expresa Gaby:

Al niño le ponen pomada de Panpuerzo que venden en la farmacia y ya le empiezan a sobar la espaldita, jalarles el pellejito de acá atrás y ya al último acá por la columna a jalarles duro hasta que truene... supuestamente se les quita. Se lo pueden hacer a cualquier

hora del día.

Este proceso Yuri lo describe de la siguiente forma:

Mi suegra les soba la pancita con una pomada que se llama Panpuerco (Mari dice que también se conoce como manteca de puerco), la pides en el Aurrera o en la farmacia, y con esa le soban la espalda y le jalan la espalda y les truena, ya si les truena quiere decir que sí estaba empachado. Les dan una cucharada de aceite y su té caliente para que arroje todo lo pegado, y sí al siguiente día ya amanecen como si nada.

En casi todos los casos, el empacho es curado por otros actores sociales con mayor experiencia, en general de mayor edad a las madres. Pero en lo común, se describió a la curación de empacho como un proceso que requiere experiencia y conocimiento técnico para hacerlo correctamente y no lastimar al niño. Así lo menciona Yuri: *“no ,yo no lo curo, me da miedo. Porque como les tienes que jalar el cuero y les duele, además tienes que saber bien en dónde. Yo mejor me salgo cuando mi suegra los cura”*.

#### 2.1.2 Autoatención en torno al mal de ojo

Respecto del mal de ojo, cabe decir que la intervención de los allegados es igualmente importante, como lo indica la narración de Gaby:

Mi mamá limpia al niño con un huevo y luego con tantita ruda, se las pasa y ya, y luego hasta con el humo de cigarro, si te digo y yo así como que no. Una vez también le lavó el ojo con agua de manzanilla, pues dicen que esa si es buena, ese si yo me lo he hecho.

En el caso de Gaby, es su madre la que emite los diagnósticos y la que cura, ya que ella no está convencida de la legitimidad de este padecimiento, algo que no sucede con el empacho, al cual sí reconoce.

Gaby relata una ocasión en la que su hijo tuvo un problema de irritación fuerte en los ojos acompañado de llanto constante. Su mamá aseguró que tenía mal de ojo, mientras que Gaby pensó que era una infección de ojo. Por ende, decidieron que el niño recibiera un tratamiento alópata y uno popular, es decir, le

pusieron gotas oftálmicas pero a la vez la abuela lo curó con un huevo. Este se curó sin necesidad de ir al médico, por lo cual Gaby confiesa que no sabe qué fue lo que tuvo efecto, *“tengo unas gotitas para los ojos que le eché y mi mamá lo curó también. Le digo a mi mamá ‘¿qué le habrá hecho bien? ¿Lo que tú le hiciste o lo que yo le hice?’*”. Este es un ejemplo claro de saberes encontrados al interior del propio núcleo doméstico, y de cómo éstos son negociados de forma tal que no importa cuál es el que adquiere mayor legitimación, sino que lo importante es que cualquiera de ellos tenga efecto terapéutico.

En el caso de Yuri y Mari, es su hermana Antonia la que cura de mal de ojo a sus hijos. Sigue el mismo proceso que en el caso de las curaciones que hacen las otras mujeres, pero incorpora un elemento diferente, el chile. Esto lo señala Yuri:

Mi hermana me los cura con un huevo, y en un vaso que sea transparente rompe el huevo y ya se ve (en la clara) quien les hizo ojo. Una vez vio a una mujer flaca y una mujer que le hicieron ojo a mi niño. Si ve que sí es ojo, le echa chile al vaso para que no se lo vuelvan a echar. Y si se ha curado mi niño así, hasta se le quita la diarrea.

En todos los casos son básicamente los mismos recursos los que se utilizan para hacer las curaciones, huevos, vasos con agua, ruda, y son las allegadas quienes las llevan a cabo, no las madres.

## **2.2 Autoatención a los padecimientos “tradicionales”: grupo dos**

### 2.2.1 El empacho y sus procesos curativos

Las mujeres de este grupo hacen descripciones igualmente parecidas a las anteriores en lo que respecta a la curación del empacho. Asimismo, enfatizan en la presencia de una allegada como curadora principal de este padecimiento. De tal forma que Hilda afirma que quien le ayuda a curar de empacho a su hija es su vecina (una mujer joven, de 36 años) y que el tratamiento consiste en lo siguiente:

Se tiene que sobar pero cuando esté con la pancita vacía en la mañana porque con el estómago lleno no se puede hacer. Ya me dijo que hiciera té de yerbabuena y que comprara aceite de olivo para que le diera una cucharadita de aceite de olivo. Y ya le dieron su

sobada en la pancita, y después le tronaron de aquí (señala la espalda). Y si se escucha cómo truena.

Mientras que Maylem describe el proceso de la siguiente forma, y en el cual la figura principal es su abuela:

Mi abuelita nos manda a comprar aceite de oliva y le pone un polvo que no me acuerdo cómo se llama y te lo tragas, y dicen que eso ayuda a resbalar lo que se queda pegado. Si te da un poquito de asco porque es aceite con un polvito que venden en la farmacia eso se lo dan y se compone, se limpia (...) O luego también con una pomada que venden en la farmacia que se llama Panpuerco o algo así. Es una pomadita que te lo ponen atrás y te jalan el pellejo. Has de cuenta que te la frotan aquí atrás (se refiere a la espalda) y luego te jalan, y dicen que si te truena es porque tienes “algo pegado”. Si se le quita con eso es que si tenía empacho, si no hay que llevarla al doctor para que no se ponga más mal.

Mariela coincide con las representaciones anteriores, pues relata que todos los episodios de empacho que han tenido sus hijos han sido tratado por su suegra, ya que ella no sabe curarlo. Lo que su suegra hace es que:

Les soba el estómago y la espalda, les pone algo calentito, les da té calentito y ya luego cuando obran sale si están malos. También les da té aceite para que se lo tomen. Pero la verdad es que no se mejoraron.

### 2.2.2 Autoatención en torno al mal de ojo

A su vez, Hilda comenta que al principio su vecina y sus cuñadas, incluida la que es enfermera, le ayudaban a curar a su hija, y que ellas le enseñaron cómo hacerlo, pues ahora ya aprendió a curar sola a su hija. La descripción de la curación es parecida a la que hacen las otras mujeres: *“nada más con un huevo que se lo echan con alcohol en el cuerpo, y después le empiezan a sobar con el huevo por todo su cuerpecito”*.

Maylem platica que al igual que con el empacho, fue su abuela la que le enseñó a detectar y curar el mal de ojo:

Mi abuelita la limpiaba con un huevo, no sé si has escuchado eso, pero dice que era aire que había jalado la niña. La curaba con un huevo y ruda.<sup>89</sup> Agarraba un huevo y un pedacito de ruda y se lo pasaba por todo el cuerpo, desde la cabeza hasta los pies, por atrás y por adelante. Ya luego agarra un vaso de agua a la mitad y lo echa y ves que la yema queda en medio. Dicen que cuando salen muchas burbujas es porque trae aire, o también dicen que las burbujas son los ojos de todos los que te hicieron caras (..) No sé, pero la verdad es que cuando le paso el huevo si como que se tranquiliza. Yo creo que si lo necesitan porque se tranquilizan bastante. Y del empacho también se curan. Hay cosas que cuando te pasan a ti dices 'no, pues si tienen razón', otras no te puedo asegurar.

A diferencia del empacho, varias de las madres, entre ellas Hilda, comentan que han curado de mal de ojo a sus hijos, pues requiere de menos habilidad técnica y, por tanto, de menor posibilidad de lastimar al niño:

Pues es que eso lo puede hacer cualquier persona, hasta yo después ya lo hacía. Al principio ella me decía pero yo no creía. Ya después me decía tú también puedes hacerlo y ya aprendí porque no iba a estar molestándola a cada rato. Y se lo hacía y si se mejoraba, dejaba de llorar.

Los tratamientos para estas enfermedades no requieren de una continuidad más allá del propio momento en que se hace la curación. Por tanto, su eficacia suele ser casi al momento o en las horas posteriores al tratamiento, algo que se distingue de los tratamientos alópatas, los cuales requieren de períodos más prolongados de tiempo para observar su efecto. La eficacia terapéutica para tales padecimientos es lo que confirma el diagnóstico y lo que genera una aceptación por parte de la madre hacia los mismos. Si ella no ve eficacia, el reconocimiento de estos será menor.

### **3. La autoatención más allá de los procesos de enfermedad**

La autoatención abarca dos niveles, un nivel amplio y un nivel restringido (Menéndez, 2009). Antes he referido al nivel restringido de la autoatención, es decir, a todas aquellas prácticas relacionadas directamente con los episodios de enfermedad. Ahora me enfocaré en una parte constituyente del nivel amplio, las

---

<sup>89</sup> La ruda es una planta medicinal proveniente del Mediterráneo y Sudeste Asiático.

prácticas preventivas, mismas que son realizadas para asegurar la “reproducción biosocial de los sujetos y grupos a nivel de los microgrupos y especialmente del grupo doméstico” (Menéndez, 2009: 53). A estas las he denominado cuidados materno-preventivos debido a que refieren a los cuidados llevados a cabo por las madres orientados a la prevención de enfermedad en sus hijos.

*Esquema 6. Niveles de autoatención*



Fuente: elaboración propia, 2015, México.

### **3.1 Cuidados materno-preventivos: grupo 1**

#### 3.1.1 Cuidados en torno a las enfermedades alopáticas

Las representaciones sociales sobre cuidados preventivos se diferencian de acuerdo al tipo de padecimiento, es decir si es respiratorio o gastrointestinal. No obstante, existen factores que las madres consideran centrales para evitar cualquiera de las dos enfermedades, el cuidado de la alimentación y los hábitos de higiene.

En el caso de las enfermedades respiratorias hay un cuidado esencial para todas las madres, esto es, evitar los cambios de temperatura, lo cual es explicado por Gaby: “cuando veo que hay cambios de temperatura si les digo ‘no sales o ponte el suéter’ o si lo veo afuera sin suéter les digo “métete” pero si en ese aspecto yo creo que si los cuido”. Al respecto Mari menciona: “cuando los bañamos

*hay que abrigoarlos bien si hace frío, y si hace “mucha” calor destaparlos tantito para que no se enfermen”.*

Asimismo, otro factor presente en las representaciones sobre cuidados preventivos, es conservar una higiene “adecuada” en todas las esferas de la vida del niño. Sobre esto Gaby aclara lo siguiente:

Luego van a Huayamilpas y sí los deajo que jueguen con la tierra, nada más hay que tener cuidado y llegando aquí a lavarles las manos, pero en ese aspecto no soy de ‘no agarres porque te vayan a pegar la gripa’ o ‘no agarres porque hay un virus ahí o algún bichito’, no a ellos si los deajo que agarren, que brinquen y todo”.

Esta idea es afin a todos los padecimientos, tanto respiratorios como gastrointestinales, como sigue presente en la narrativa de Gaby:

Yo creo que por ejemplo hay que lavarles las manitas antes de que coman, que no se echen cosas sucias a la boca o algo así, que ellos fijate que aunque a veces sí andan jugando y así, sí tengo higiene con ellos. Si les veo las manos sucias antes de que se vayan a dormir o de que hagan cualquier cosa les digo ‘lávate las manos’. Luego ves que hay niños que dicen ‘te invito de mi paleta, invítame de la tuya’ o algo así, y yo no soy de las que dicen ‘ya les pegó la gripe o ya se enfermaron del estómago, no’, también los dejó que hagan esas cosas.

Por otro lado, el tipo de alimentación es vista como un detonante de ciertas enfermedades sobre todo gastrointestinales. Los alimentos que las madres consideran sanos son los que se elaboran en casa. Aunque esta idea está presente en las madres de ambos grupos, no todas pueden tener ese cuidado, pues las mujeres del grupo uno, no tienen posibilidades de estar pendientes de la alimentación diaria de sus hijos en tanto que su trabajo se los impide. Esto lo viven con cierta sensación de culpa, como lo demuestra Gaby en varias ocasiones: *“si creo que como no sé qué come mi niño el grande, se me enferma más. Me preocupa que no puedo estarlo cuidado, la verdad es que siento que por eso se enferma”.*

Las medidas preventivas menos señaladas fueron algunas de las que



difunde el Sector Salud, como son administrar vitaminas o algún tipo de suplemento alimenticio. Solamente Mariela, Maylem y Yuri hicieron referencia a la ingesta de vitaminas. Es particularmente interesante, el caso de Yuri, quien dijo llevar a cabo dicha práctica pero con ciertas modificaciones:

A mi me recetaron vitamina C para que no se enfermen de gripa y para la tos no me sé ninguno, o cuando puedo les ando comprando naranjas, mandarinas, les doy tantito limón y ya en lugar de estarles dando las gotitas. Ya ves que dicen que comiendo mucha fruta no se enferman.

Esto es un ejemplo de cómo se producen prácticas populares que se apropian de un discurso proveniente de la biomedicina, pues en lugar de comprar gomitas o pastillas de vitamina C recetada por los médicos, se opta por administrar frutas ricas en esta vitamina, como naranjas, mandarina y limón. Esto además responde a una lógica racional de ahorro, en donde se sustituye lo biomédico por lo popular sabiendo que ambos tienen el mismo efecto. En realidad, es una práctica que obedece a una reinterpretación cultural de un producto farmacéutico” (Mathews y Andrews, 2013: 403).

Una última cuestión que resulta interesante es que las madres coincidieron en que los cuidados excesivos son perjudiciales, y que sólo evitan que los niños “hagan defensas” por sí mismos, idea que es argumentada por Gaby:

Es lo que dice mi mamá ‘no sé a lo mejor por eso no se te enferman tanto’, porque mi hermana si es de esas que dicen ‘no le tomes de su refresco o vaso porque te va a pegar la gripa’ o ‘no te le acerques’. Y yo veo que como que más se le enferman, porque mis hijos te digo yo los dejo así y no se me enferman mucho.

Las madres consideran que propiciar que los niños “hagan defensas” es fundamental para el desarrollo del niño, para volverlo un sujeto física y socialmente sano, e ir combatiendo paulatinamente su inherente condición de vulnerabilidad. “Hacer defensas” está asociado a un cuidado moderado del niño, así como a su inserción en el mundo social. Por ello, el ingreso a la escuela marca una pauta al respecto, como se observa en lo que piensa Gaby:

Empezaron a crecer, a ir a la escuela, como a los cuatro años yo creo, bueno eso vi en Brandon, si se enferma pero ya no tan seguido como antes (...) y Cristian... de por si él nunca se enfermaba, pero de por si agarró más defensas porque antes andaba sin suéter y sí se enfermaba y ahorita lo dejo sin suéter y no, sigue normal.

### 3.1.2 Cuidados en torno a las enfermedades “tradicionales”

Los cuidados materno-preventivos para estas enfermedades están mucho más acotados y delimitados que los llevados a cabo para las enfermedades alopáticas. Esto se debe a que las madres saben con más claridad qué es lo que provoca el empacho y el mal de ojo.

En el caso del empacho, los cuidados básicamente se reducen a cuidar la dieta del niño. Sobre todo a evitar que los niños pequeños ingieran ciertos alimentos previamente identificados como dañinos, como las palomitas, la leche nueva, o las galletas, alimentos considerados dañinos por casi todas las madres.

En relación al mal de ojo, los cuidados preventivos están orientados a evitar que los bebés o niños pequeños queden expuestos a ciertas personas con “vista pesada”, como ellas lo denominan, o a grandes multitudes en donde mucha gente los puede mirar. En caso de que se vean en esa situación, lo que hay que hacer es proteger a los bebés tapándolos. También se refiere al uso de amuletos u objetos que ahuyentan el mal de ojo, como las pulseras rojas o las patas de conejo, según Yuri: *“hay que tapar bien a los bebés o ponerles una pulserita roja, o un ojo de venado y una pata de conejo”*. Mari dice al respecto: *“a mi bebé le puse el ojo de venado y la pulserita. Nada más que la de él se le perdió, además de que era de niña y nunca me di cuenta”*.

## **3.2 Cuidados materno-preventivos: grupo dos**

### 3.2.1 Cuidados en torno a las enfermedades alopáticas

Al igual que para las otras madres, hay dos cuestiones que fueron aludidas como centrales para evitar la incidencia de padecimientos gastrointestinales y respiratorios, es decir, el cuidado de la higiene y de la alimentación. Esto se observa en la narración de Maylem:

Hay que taparla bien y que cuando hace frío evitar que salga a respirar el aire. Porque sí afectan mucho las corrientes de aire y más si los niños no tienen unas buenas defensas. Entonces es salir a lo necesario y si no hay a que salir, no salimos.

Sin embargo, el hecho de saber que mantener una “buena” higiene puede evitar las enfermedades, no significa que siempre operen de acuerdo a lo que saben. De hecho, en algunos casos no les es posible mantener una higiene correcta o alimentar adecuadamente a sus hijos, lo cual resulta en una situación angustiante y generadora de culpa para algunas madres. Esto es algo que se presenta en varios casos y en ambos grupos, como sucede con Mariela: *“lo más que pueda tener limpio para que no se echen las cosas a la boca, pero luego es imposible, menos con el perro y el gato, y menos porque aquí llega muy poquita agua corriente”*.

Asimismo, otra de las medidas preventivas clave para las madres es el tipo de alimentación que ingiere el niño. Esto lo explica Hilda:

En la familia no hay hábito de tomar refresco, sino pura agua. A la Carola no le gusta el refresco, ni tampoco el pan dulce. Tampoco comemos casi nunca en la calle, solamente a veces salimos a tomar caldo de camarón. Y también es que comer en la calle sale muy caro, un plato cuesta como noventa o cien pesos”.

Mariela comenta:

Ahorita a ellos (señala a los niños) le estoy metiendo el caldo pero aún así se enferman. Les doy mucha verdura, y casi nada de Gerber. También les quite los lácteos porque supuestamente la leche les provocaba mucho la flema y eso, entonces les estoy comprando el Ades, porque ha mejorado su excremento que antes era como agüadito y verde, y ahora es normal.

Por paradójico que parezca, las madres piensan que una forma mediante la cual se puede reducir la incidencia de enfermedad de sus hijos es cuidándolos sin exagerar. Es decir, exponiéndolos ligeramente al clima frío o permitiéndoles que interactúen con otros niños, aún cuando esa puede ser una fuente de contagio.

Hilda menciona lo siguiente:

Pues medio que abrigo a la Carola, o cuando se baña pues ya no salimos o cositas así. Aunque a veces no sé también si uno exagera en cuidar a su hijo, como que no quieres que le pase nada pero más se enferma. Eso me dijo el doctor la otra vez, que no la tape tanto y que así se me va a enfermar menos, que no hay que cuidarlos tantísimo.

Maylem lo reafirma:

(En la escuela) se contagian. Pero también se van agarrando fuerza. Qué crees que Daira me ha sobrevivido mucho a las enfermedades. Por ejemplo, en el CENDI han tenido varicela y ella ya tiene más de cuatro años y nada. Los familiares de mi esposo y mi sobrina tuvieron varicela hace como tres años y Daira no se enfermó, aunque compartieron de la misma paleta.

De acuerdo a esto, lo determinante para que los niños fortalezcan su organismo no tiene que ver tanto con sus propios procesos fisiológicos, o con ingerir vitaminas o ciertos alimentos, sino con insertarlo en un proceso de socialización.

### 3.2.2 Cuidados en torno a las enfermedades “tradicionales”

El cuidado materno-preventivo llevado a cabo por estas madres para evitar el empacho y el mal de ojo, son prácticamente los mismos que los citados por el grupo anterior. En general, para el empacho consiste en evitar que los niños consuman ciertos alimentos y para el mal de ojo utilizar algún tipo de amuleto, o evitar el contacto con personas con “vista pesada”. Maylem lo reitera *“para que no les dé mal de ojo, es bueno ponerles algo rojo. O cuidarlos de la gente que tiene la vista bien pesada”*.

Las mujeres mencionan que “vista pesada” es una característica propia de ciertas personas, misma que en ocasiones son conscientes de su condición y por lo mismo, sabe cómo actuar para no hacer daño al bebé. Hilda narra su experiencia:

A mí lo que me dicen algunas personas es 'tengo la vista muy pesada, déjame abrazarla para que no se enferme'. Porque dicen las señoras que cuando abrazas al bebé o le das un besito ya no le echas ojo. Así me hacían cuando iba al IMSS 'qué bonita tu bebé pero déjame abrazarla porque tengo la vista bien pesada' (...) Y también sirve taparlos pero eso sólo es cuando están chiquitos, porque cuando tienen seis o siete meses ya no los puedes estar tapando.

En resumen, llama la atención que a pesar de que las madres conocen los cuidados para evitar estos males, a veces no los llevan a cabo. Esto es algo que también está presente en los cuidados materno-preventivos para las enfermedades alopáticas, lo cual una vez más muestra diferencias entre representación y práctica. El hecho de que sepan algo no significa que lo ejecuten, lo cual en algunos casos termina generando cierta culpa hacia sus propias acciones.

Por último en la siguiente tabla se presenta una síntesis sobre los saberes maternos respecto a los cuatro padecimientos:

Tabla 13. Los saberes maternos sobre cuatro padecimientos

	Respiratorias	Gastrointestinales	Empacho	Mal de ojo
<b>Entidades nosológicas (etiquetas emic)</b>	Gripa, catarro, tos, infección de garganta	Diarrea e infección de estómago	“Pegarse algo”	“Ojo”
<b>Causalidad</b>	Descuido Falta de higiene Contagio por virus Relación frío- calor Defensas bajas	“Malos” hábitos alimenticios Ingesta de alimentos “dañinos” Falta de higiene Causada por otras enfermedades (tos, infección de garganta, mal de ojo y algodoncillo)	Ingesta de alimentos “dañino” (leche, palomitas, galleta, tortilla)	Contacto del niño con otros mediante la vista o el tacto Entrada al cuerpo del niño de un “aire”
<b>Sintomatología</b>	Varios episodios de enfermedad. Síntomas más enunciados son catarro, dolor de garganta, tos y cambios anímicos. Infección se asocia a fiebre	Pocos episodios de enfermedad. Síntoma suelen ser diarrea, dolor de estómago, vómito. En caso de infección estos mismo síntomas se presentan pero agudizados y con fiebre	Episodios más frecuentes en niños menores de dos años Síntomas del empacho son: inapetencia, vómito, inflamación El síntoma más evidente del mal de ojo es la irritabilidad y sensibilidad del niño (“estar muy llorón”).	
<b>Diagnóstico</b>	Síntomas determinan el diagnóstico: diferenciación entre gripe e infección, y entre diarrea e infección asociado a tipos de síntomas. Diagnóstico inicial es emitido por la madre.		Causa identificada y síntomas determinan el diagnóstico. Diagnósticos dados por la madre y allegadas (suegra, madre, cuñada, hermana, vecina). Prueba diagnóstica del empacho consiste en palpar el abdomen y ver si se escucha “hueco”. Prueba diagnóstica del mal de ojo refiere al cambio de estado de ánimo del niño.	
<b>Gravedad</b>	Fiebre es el síntoma más alarmante	Deshidratación y fiebre son síntomas más alarmantes	No se indicaron criterios de gravedad	
<b>Tratamiento</b>	Tratamiento inicial suele ser en el ámbito doméstico, y con base en la expresión de los síntomas, pasa al ámbito de lo especializado. Reconocimiento de la importancia de la adherencia al tratamiento: unas dicen cumplirla, otra no. Utilización de tratamientos alópatas y populares de forma paralela Uso preferencial de medicamentos de patente sobre medicamentos genéricos.		Se lleva a cabo en el ámbito doméstico Curadoras son sujetos legos Tratamiento se lleva a cabo con base en recursos populares de atención.	
<b>Cuidados</b>	Protección de	Prácticas de higiene	Evitar que el	Colocar al

<b>materno- preventivos</b>	cambios de temperatura Ingesta de vitamina C No cuidar en exceso Prácticas de higiene	Cuidar lo que come el niño	niño coma alimentos causantes de empacho	niño algún objeto protector Taparlo para evitar que la gente lo vea
---------------------------------	--	----------------------------	--	--

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos en campo, 2015, México.

### **El peso de la red social en los saberes maternos**

Ahora pasaré a analizar el papel que cumple red doméstica y comunitaria en la conformación de los saberes maternos. Una parte considerable de las representaciones sociales y acciones que llevan a cabo las madres son influenciadas, en mayor o menor medida, por personas cercanas, ya sea por vínculos de parentesco, vecindad, amistad o laborales.

Estas redes tienen un papel fundamental en los conocimientos que la madre aprende sobre las enfermedades, como en las decisiones que toma. Las allegadas son las que han incorporado en el universo de saberes de las madres, nuevos saberes médicos, más allá de los que éstas han aprendido por otros medios. Ese es el proceso mediante el cual las madres reconocen, aceptan o rechazan a ciertas entidades nosológicas o la eficacia de los recursos médicos, y así Gaby considera lo siguiente:

Híjole, yo no creo que la tos se le quite con un té o así (...) aunque doña Lulu (su patrona) me dijo de varios tés pero bueno, pues el que si le acabo de dar a Cristian es el de mandarina calentito, para la tos, y pues sí, si se le quitó también .

A continuación, se presentará la información de forma conjunta, es decir, sin diferenciar entre grupos. El motivo de esto es que a pesar de que hay ciertas diferencias entre cada uno de los grupos, me parece que éstas se pueden ir apuntando conforme sea necesario y que, quizá, sea más conveniente organizar y presentar la información de acuerdo a ejes temáticos que considero centrales en lo que respecta a la red social en los procesos de s/e/a/p de los padecimientos infantiles.

## **1. Las mujeres y los varones en la atención a la salud**

Las redes domésticas y comunitarias de las informantes están conformadas por varones y mujeres cercanas a ellas. Aunque son estas últimas las que inciden más en la conformación de saberes, así como en las acciones de atención de las madres, tampoco es mi intención negar el papel de los varones en este proceso. De hecho, contrariamente a lo que suelen mostrar algunas etnografías sobre salud, pienso que los varones son importantes en el proceso s/e/a/p de los hijos, pues son ellos los que, dentro de la división del trabajo dominante a nivel familiar, se encargan de proveer los recursos económicos para los gastos médicos de todo tipo, algo que como se verá adelante, no siempre ocurre.

La presencia de los varones en las trayectorias de atención es mucho menor que la de las mujeres, ya que ellos no las aconsejan, ni las ayudan a curar a los hijos, ni tampoco suelen acompañarla al médico a menos que se trate de un caso de gravedad del niño, como ha sucedido con el esposo de Mariela. De hecho, las mujeres tampoco esperan que los hombres lleven a cabo tales labores, ya que no son consideradas masculinas.

En tal sentido, es importante dar cuenta de la distribución de funciones y tareas que los conjuntos sociales hacen en torno a la distinción de género, por un lado, y de generación, por otro, como veremos más adelante. Esta distinción de género, asigna a la mujer un rol dentro de los procesos s/e/a/p, misma que es descrita con precisión por Menéndez (2009):

(la mujer) desarrolla nociones sobre la evolución de los padeceres, así como frecuentemente sobre la variedad estacionaria de determinadas enfermedades. Será ella la que implemente los primeros tratamientos, así como decidirá por su cuenta o de acuerdo con otros miembros del grupo familiar la demanda de atención, que puede iniciar por la consulta con personas de su inmediato espacio social, y continuar con el tipo de curador considerado más adecuado, y cuya consulta dependerá de los recursos económicos y culturales del grupo, y de la infraestructura de servicios existente (Menéndez, 2009: 56).

Mientras las madres cumplen con los roles asignados para la atención de las enfermedades de sus hijos, suele suceder que los varones no asumen los roles



social y culturalmente asignados. A grandes rasgos estos consisten en proveer de recursos para obtener los medicamentos, pagar las consultas o estudios, pagar los pasajes para llegar al médico, informarse sobre el estado de salud de sus hijos, y en ocasiones –sólo cuando es un caso de gravedad- acompañar a la madre al médico.

El incumplimiento de dichas funciones es algo que termina generando conflictos internos entre las parejas y el grupo familiar, lo cual obliga a las mujeres a asumir ese papel que ellas piensan como específico de sus parejas. Así, éstas terminan siendo cuidadoras, curadoras y proveedoras de la salud de sus hijos, colocándolas en una situación de mayor desventaja dentro de su núcleo familiar y comunitario, como sucede en el caso de las mujeres del grupo uno.

## ***2. Relaciones de poder y cooperación intra e intergeneráticas en los núcleos domésticos y comunitarios***

El análisis de dichas redes no sólo es útil por su incidencia directa en la atención a la salud infantil, sino porque me permite entender a la madre como un sujeto que forma parte de un grupo doméstico y de un microgrupo en donde se producen continuas relaciones asimétricas de poder<sup>90</sup>, derivadas de la posición que cada miembro ocupa dentro del grupo doméstico.

Las redes domésticas y comunitarias no son uniformes ni ajenas al conflicto. Por el contrario, están cargadas de relaciones de poder intra e intergeneráticas producidas en la esfera de la vida cotidiana. En esta producción de relaciones de poder también influye la dimensión generacional, pues frecuentemente son las mujeres mayores quienes ejercen una relación de dominación sobre las más jóvenes. Esta situación se agudiza más si estas mujeres jóvenes son de recién incorporación al núcleo doméstico, como sucede con las nueras recién casadas e integradas a la familia política.

---

<sup>90</sup> Las relaciones de poder son entendidas como un tipo de relación que se ejerce entre los sujetos sociales, y que atraviesa las representaciones y prácticas que éstos llevan a cabo. Para que se produzcan relaciones de poder debe haber una colaboración mutua de quienes lo padecen con quienes lo ejercen. Además, esta colaboración no se da porque los dominados lo acepten de forma voluntaria o consciente, sino porque en ellos se corporizan esquemas de percepción y disposición que les hace reproducir una relación de dominación (Bourdieu, 1999).

Pese a esto, tampoco puede pensarse que el tipo de relación que se gesta entre tales mujeres sea únicamente de dominación y de poder, pues generalmente, también se establecen relaciones de cooperación, en donde las jóvenes aprenden de las mayores.

Las relaciones intragenéricas en las que se expresa esta diferencia generacional, y que son más determinantes en las trayectorias de atención, son las que se construyen entre nuera y suegra, madre e hija, madre y cuñada, madre y hermana. Esto se observa en lo que señala Mari:

Bueno ahora que me vine con Yuri sí les doy otros tés, pero antes sólo les daba té de manzanilla y té de limón, que son los que les ayudan o eso decía la mamá de mi pareja. Luego ya que me vine con Yuri, ya les doy otros remedios caseros que son los que me ha enseñado. Por ejemplo, para la diarrea les preparo uno de manzanilla solamente, pero le pongo carbonato y azúcar, dice la niña que sabe rico.

También están aquellas relaciones ubicadas fuera del núcleo doméstico, y en las que no sólo entra en juego la diferencia generacional, sino otro tipo de factores, como pasa con la relación entre una mujer que trabaja en servicio doméstico y su patrona, o entre las mujeres empleadas del negocio de comida y la propietaria del negocio.

Estas diferencias generacionales pueden provocar eventuales conflictos, producto de dos concepciones sobre la enfermedad distintas. Asimismo puede pasar que las propias allegadas tengan representaciones muy diferentes entre sí y que la madre se incline más por una de ellas. Esto ocurre en el caso de Hilda, cuya cuñada es enfermera y ha transmitido una serie de conocimientos biomédicos a Hilda; mientras que su suegra, a la cual ve poco porque vive en Oaxaca, prefiere utilizar recursos tradicionales. Cuando Hilda y su familia van a visitarla, entran en pequeñas tensiones debido a que ésta última quiere administrar a la niña algún tratamiento popular, mientras que Hilda, su cuñada y su esposo no están de acuerdo en ello:

Mi suegra que es de Oaxaca también sabe varios remedios con hierbas, yo no conozco los nombres de las hierbas porque aquí cambian. La Carola ya se ha enfermado cuando vamos

a visitar a mi suegra, pero nunca le hemos dado hierbas o algo así, pues mi esposo no le va a permitir a su mamá que le dé nada de esas cosas". Mi marido piensa que esas cosas son del tiempo de su mamá. La verdad es que todo eso es un poco mal visto por mi esposo y mis cuñadas, pues aunque una vez a mi suegro lo curaron con hierbas, tampoco vamos a creer ya en todo. No creemos tanto.

## 2.1 Adquisición de los saberes maternos: proceso de transmisión de experiencias y conocimientos

Como ya señalé antes, el hecho de que se construyan relaciones de poder no significa que éstas solamente sean negativas o ubiquen a la madre en una posición de subordinación permanente. Por el contrario, estas relaciones son la base de adquisición de conocimientos y saberes de las madres. Para la mayoría de las madres, varios de los recursos populares han sido enseñados por sus suegras o madres, como ocurre con Yuri y Mari:

Mi suegra me recetó esos remedios, cuando le empezaba a dar tos a ella y sí se les quita (...) (¿y su mamá no les enseñó algo de medicina casera?) sí también, pero como eso es por allá por el campo, hay que cortar hierbitas que no recuerdo sus nombres porque los que los cortaban eran los papás (Mari interviene) 'era yerbabuena dulce, para la tos era esa. Bueno mi mamá nos lo hacía en tés para la tos, o igual miel con limón'. (Yuri complementa) 'no, mi abuelita nos cortaba unas raíces. Íbamos pero muy lejos a tierra colorada. Las rascaba, las lavaba, las hervía y nos daba el té. Nos daba eso para que se nos quitara la tos.

Ellas se los han apropiado y han aprendido a utilizarlos en interacción con los recursos biomédicos. Igualmente, ellas reconocen que fueron sus madres, suegras, o cuñadas las que les enseñaron a recetar antibióticos, analgésicos o desinflamatorios acordes a los síntomas del niño, idea que se presenta en la narrativa de Gaby:

Mi mamá me enseñó a darles las medicinas. Ella también me decía 'el niño se siente mal, dale esto' y luego que para qué es bueno esto, y pues ya de ahí aprendí y pues creo que si me funcionó (...) ahora yo ya aprendí lo que necesitan.

Están los casos de Mariela e Hilda, quienes tienen cerca la influencia de sus cuñadas y madre, en el caso de Mariela, quienes son enfermeras. En Hilda es muy evidente cómo su cuñada tiene una fuerte influencia en sus saberes, en tanto que ella es la que le ha enseñado sobre los síntomas de los padecimientos y sobre cómo tratarlos. Ella le aconseja y enseña los conocimientos biomédicos que domina por su profesión, e incluso es la figura que autoriza las decisiones de atención de Hilda. En dicho sentido, se puede apuntar que se trata de una relación de poder consensuado por ambas partes: *“a mí el médico me da la receta y ya después checo con mi cuñada ella checa con otros médicos. Ya le dicen ‘esto es muy fuerte, esto es dañino, esto está bien’ y ya compramos los medicamentos”*.

La cercanía con una prestadora de salud es un aspecto que en el caso de estas mujeres favorece el acceso a los servicios de salud, a tratamientos médicos o a estudios de laboratorio, algo que se verá en el capítulo cinco. Es un hecho que coloca a estas dos mujeres en una situación diferenciada respecto a las demás, en el sentido de que sus posibilidades de acceder a los conocimientos, recursos y servicios biomédicos son mayores, como se observa en el testimonio de Mariela.

Ayer estaba pensando con mi cuñada (que es enfermera) que trabaja en la Raza. Ella está viendo la manera de que le hagan los estudios ahí en la Raza y dependiendo del resultado y eso vamos a ver si es uno de pulmones, de alergias, de esófago, si es por el mismo reflujo que se les esté regresando y se les esté haciendo la flema.

Por otro lado, los conocimientos que las mujeres tienen sobre los padecimientos “tradicionales” han sido aprendidos por las mujeres de más edad, desde cómo detectarlos hasta cómo curarlos. Y en algunos casos, como el de Yuri, los tratamientos sólo son llevados a cabo por las allegadas, no por las propias madres, por temor a hacerlo mal y lastimar al niño:

A mi me da miedo porque no es nada fácil curarlos. Por ejemplo, mi suegra les pone el Panpuerco que es como grasa, le pone un trapo y les jala. Y además tiene que ser en ayunas porque si es después de que comen algo se les puede reventar una tripa. Pero ella lo hace porque ya sabe bien porque se lo ha hecho a todos sus nietos.

### **3. Las redes de apoyo y cuidado ante los padecimientos infantiles**

Una de las funciones básicas de estas redes es apoyar a las madres en los cuidados de los niños que se enferman. Es decir, estas redes también operan como redes de cuidado y apoyo mutuo, una cuestión que responde a estrategias de reproducción social y cultural de los propios grupos domésticos. Sin embargo, en algunos casos, las redes de las madres son menos sólidas o tienen más limitantes, producto de conflictos y tensiones previas producidas entre los miembros del núcleo familia. Este suele ser el caso de las mujeres del grupo uno, tal cual se observa con Yuri:

Ahora ya nadie me ayuda a cuidarlos cuando se enferman. Antes sí me ayudaba mi suegra pero ahora ya no. Desde hace como cuatro años ya no me los cuida porque ya casi no la veo. La verdad es que me da flojera y prefiero venir con mi hermana (...) ahorita ya los cuido yo. Pero anteriormente los cuidaba mi suegra en lo que yo me iba a trabajar, ella les daba sus medicinas y ya que llegaba yo les daba su tratamiento para que se compusieran. Pero ahora ya los cuido yo solita.<sup>91</sup>

Mari relata una situación parecida:

No, tampoco me ayuda nadie. Ni mi suegra me quería ayudar. Vivíamos ahí varios, mis cuñadas, mi suegra, mi esposo y nadie me ayudaba a cuidar a la niña que es la que más se enferma (...) ahora que me vine para acá me ayudan Yuri y Toña (sus hermanas), pero antes no me ayudaba nadie.

En el caso de estas mujeres, su mayor sostén de apoyo es su propia red de parentesco consanguíneo, es decir sus propias hermanas.

---

<sup>91</sup> Al preguntarle a Yuri que por qué dejó de visitar a su suegra, me platica que tuvo problemas con su esposo por el alcoholismo que padece:

Es que como mi marido toma mucho lo anexaron. Entonces el tiempo que estuvo anexado yo pasaba a dejar a mi niño, y mi niño que era muy apegado a su papá soñaba con él. Y a veces él despertaba llorando y decía que 'su papito dónde estaba', o una vez me dijo que 'su papito le pegó en el brazo' y eso fue lo que le dijo a mi suegra. Entonces mi suegra se molestó porque dijo 'cómo es que tu papito te pegó si él no está aquí', y de ahí fue que se molestó mi suegra porque pensó que yo andaba con otra persona. Porque a mí si me llegó a decir mi suegra 'es que si andas con otro dímelo, porque pobre de mi hijo o pobre de mi nieto que le andan pegando'. Y para evitar problemas yo ya no voy a verla.

Por el contrario, las mujeres del grupo dos parecen tener redes de apoyo de mayor solidez: a Maylem le ayuda alguna de sus dos hermanas o su abuelita; a Mariela, su suegra y su cuñada; y a Hilda sus cuñadas quienes viven en la misma casa.

### **A modo de conclusión**

Los saberes maternos muestran un cúmulo de experiencias, conocimientos, sensaciones, pensamientos, ideas y creencias que las madres han desarrollado de acuerdo a sus propias trayectorias de vida, así como a sus condiciones socioeconómicas y culturales. Esto se expresa a través de lo que las madres hacen y piensan para enfrentar las enfermedades de sus hijos.

Dichos saberes se caracterizan por su capacidad sintética, ya que conjugan conocimientos y prácticas provenientes de diferentes actores y espacios, mismos que les sirven para actuar frente a la enfermedad. Dicha síntesis de saberes revela una búsqueda de las madres para resolver su problema más inmediato en ese momento, la enfermedad de sus hijos. En cierta forma, consiste en un modo operativo y pragmático de actuar ante la enfermedad:

Los grupos sociales sintetizan y se apropian de las estrategias curativas de los diversos modelos médicos, por lo que demuestran en la práctica la complementariedad de dichos sistemas (y no su aparentes subordinación al sistema biomédico), con el objetivo decidido de actuar ante los padecimientos que los aquejan (Barragán, 2005:76).

En casi todas las mujeres se percibe un mayor convencimiento con los saberes biomédicos, a los cuales ven como saberes más legítimos y eficaces. Esto expresa una cierta hegemonía de tales saberes respecto a los populares, ya que estos últimos aunque no son rechazados, tampoco son considerados del todo legítimos, y se les mira con indiferencia, respeto o como saberes de antaño o de gente de pueblo. En tal sentido, a través de los saberes maternos se observa la relación de hegemonía/subalternidad que existe entre saberes biomédicos y saberes tradicionales.

Lo que determina la “continuidad” entre las prácticas “científicas” y las “tradicionales”, es la apropiación que de éstas hacen los conjuntos sociales, quienes se las apropian con base en sus necesidades. Lo importante es que ambos tipos de prácticas tengan una correcta eficacia simbólica y terapéutica. Esto conduce a plantear que existe un sentido de “pragmatismo, la necesidad de eficacia, (y) las condiciones socioideológicas de la apropiación” (Menéndez, 1990: 223) que se constituye como la base de elección de las prácticas.

Además, algo que determina la forma en que se articulan los saberes y recursos es la representación sobre el padecimiento en específico, pues es esto lo que da sentido a las acciones en torno al mismo. Así, las acciones de autoatención tienen características diferentes de acuerdo a cada padecimiento. Las principales diferencias se observan entre las alopáticas y las “tradicionales”, pues mientras que las primeras hacen un mayor uso combinatorio de formas de atención y tienden a concluir en la atención biomédica, las segundas atienden, principalmente, a recursos populares y, por lo general, finalizan en la propia esfera de la autoatención. Únicamente transicionan a la atención biomédica cuando se convierten en enfermedades alopáticas. Y prácticamente ninguno de ellos se atiende con curadores populares, con la excepción del caso de Mari referido al inicio de este capítulo. Aunque, reitero, esta distinción entre padecimientos no significa que éstos sean concebidos por las mujeres de forma dicotómica, sino por el contrario, siempre a manera de síntesis y continuidad entre ambas.

La esfera de la autoatención permite observar en su máxima expresión cómo se generan estos procesos transaccionales en las representaciones y prácticas de las madres que por pragmáticos que sean, resultan complejos. Es un espacio en el que no sólo se concilian saberes, sino que también articula prácticas e ideologías respecto de procesos s/e a nivel microgrupal y de los grupos domésticos (Menéndez, 1990: 214-15).

Para comprender cómo operan las prácticas de autoatención hay que dar cuenta del peso que en ellas tiene la red doméstica y comunitaria, otro de los ejes trabajados en este capítulo. La presencia de dicha red es todavía más evidente en el caso de las enfermedades “tradicionales”. Estos son padecimientos definidos

desde la concepción popular, y que adquieren sentido sólo en el momento en que las madres se enfrentan a ellos, pero no antes. Es por ello que sus conocimientos al respecto se van formando a partir de la experiencia compartida y dialogada con sus allegadas de mayor edad, y por ende, con mayores experiencias acumuladas. A pesar de que las mujeres jóvenes ven al empacho y mal de ojo como padecimientos de antaño, se familiarizan con estos, incorporándolos a su corpus de saberes y reproduciéndolos durante lo que resta de sus vidas. De esta forma se generan procesos de transmisión de los saberes médicos populares que van de generación en generación. De tal forma, pienso que aunque su conocimiento sobre los saberes populares y tradicionales es menor que el de sus allegadas de otra generación, no necesariamente significa que éstos se encuentren en un proceso de desaparición, pues finalmente terminan por recuperar tales saberes, y por apropiarse de ellos.

Por otro lado, las redes domésticas y comunitarias en torno a la atención a la salud infantil, son un espacio que da cuenta de procesos de diferenciación de acuerdo a la condición de género y generación de los actores que constituyen el proceso s/e/a/p. Esto contribuye a pensar dicho proceso de forma relacional a nivel de los actores sociales que en él intervienen; pero no sólo eso sino que cada actor tiene un rol socialmente asignado por el propio núcleo doméstico y familiar, y que se espera que cumpla.



**PARTE TRES. LAS FORMAS DE ATENCIÓN BIOMÉDICAS EN EL PEDREGAL  
DE SANTO DOMINGO**

## Capítulo V

### Del Centro de Salud a los consultorios similares y genéricos

En el capítulo anterior he intentado dar cuenta de las formas de autoatención que las mujeres llevan a cabo cuando sus hijos tienen algún padecimiento respiratorio, gastrointestinal, de empacho o mal de ojo; mientras en este capítulo pretendo mostrar la presencia de los curadores especializados en las trayectorias de enfermedad de los hijos de las informantes entrevistadas. El presente capítulo únicamente refiere a la atención biomédica a los padecimientos respiratorios y gastrointestinales, ya que las enfermedades “tradicionales” por lo general suelen quedarse en el ámbito de la autoatención.<sup>92</sup>

Cuando elaboraba el proyecto de investigación, una de las preguntas que me planteaba era saber cómo y por qué las mujeres utilizan diversas formas de atención y, de ese modo, entender cómo se expresa el pluralismo médico en el barrio. Entre tales formas de atención consideraba a los servicios de salud y recursos de atención biomédicos y populares, los cuales se desarrollan en la autoatención. Igualmente, quería saber cuándo y por qué las madres acudían con terapeutas populares. Sin embargo, cuando me enfrenté al material empírico me di cuenta de que estos últimos no tenían gran presencia en la atención a los padecimientos investigados. A pesar de que las mujeres, en algún momento, hicieron referencia de la existencia de este tipo de curadores en Santo Domingo, ninguna comentó haber llevado a sus hijos para curar alguno de los cuatro padecimientos. Más bien, coincidieron en que estos terapeutas son más buscados por la gente para resolver otros problemas físicos y emocionales como dificultades para quedar embarazada, susto, “curar celos”, “dejar de tomar”, entre otros.

---

<sup>92</sup> Como ya se abordó en el capítulo anterior, tanto los padecimientos alopáticos como los “tradicionales” son tratados en el nivel de la autoatención. Sin embargo, hay un punto en que los patrones de atención adquieren diferentes rutas. Ahí es donde el mal de ojo suele quedarse en la esfera de la autoatención; el empacho tiene un mayor predominio en la autoatención, pero también puede traspasar a la atención biomédica, sobre todo si el diagnóstico se transforma y se convierte en una infección gastrointestinal.

Asimismo, las enfermedades gastrointestinales y las respiratorias inicialmente son atendidas a nivel de la autoatención, pero dependiendo de cómo sea su transcurso se pueden volver materia de atención de curadores alópatas.

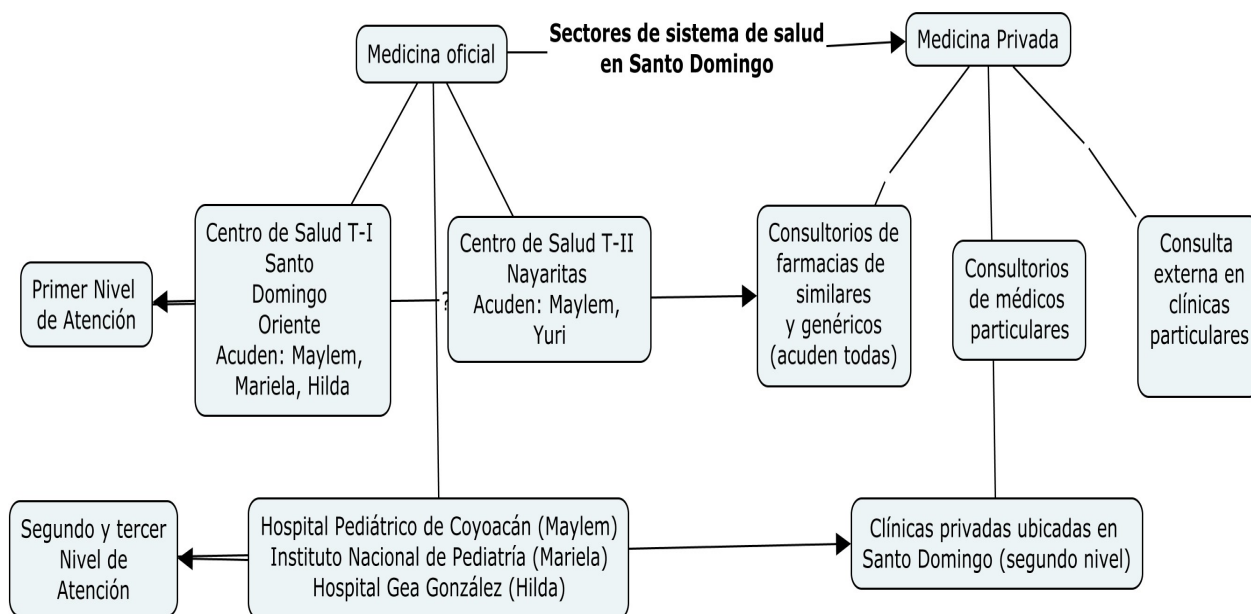
De este modo, me replanteé el objetivo y la pregunta en el sentido de que los curadores populares sólo son utilizados para otro tipo de males, pero lo que sí está sumamente presente son los saberes y recursos populares y tradicionales, los cuales tienen cabida en las acciones de autoatención.

Otra cuestión de la que me percaté es que en las rutas de atención se articulan dos formas de atención biomédica, la oficial y la privada, una cuestión que no estaba esbozada en las interrogantes iniciales, y que tuve que incorporar como una preocupación central. Es justo esta articulación entre sector oficial y sector privado el que trato de describir y analizar en este capítulo. Asimismo, quiero mostrar hasta qué punto la presencia abundante de servicios de salud biomédicos que hay en el barrio, condiciona las acciones de atención de las mujeres y, más allá de eso, intentar comprender por qué las madres deciden atender a sus hijos en uno u otro servicio de salud a los que tienen acceso, una de las preguntas principales que subyacen a los estudios sobre pluralismo médico (Orr, 2012).

El sistema de salud en México, se constituye por dos sectores, el privado y el oficial, a los cuales se aludirá como medicina privada y medicina oficial. Estos sectores tienen características que los diferencian entre sí, así como al interior de cada uno. Como se mostrará más adelante, tanto la medicina oficial como la privada tienen una especificidad dada por el contexto en el que se desarrollen, así como por el tipo de institución que le da cabida, no es lo mismo el IMSS que el Seguro Popular, ni un consultorio de similares que un médico privado de un hospital de alta especialidad.

En Santo Domingo, ambos sectores están presentes y, algunos de ellos, son accesibles a la población. Por consecuencia éstos se expresan en las trayectorias de atención, presentando características diferentes, lo cual genera representaciones distintas sobre cada uno de ellos. De esta forma, la medicina oficial y la medicina privada son fundamentales para entender el pluralismo médico en este barrio urbano-popular. La idea es dar cuenta de cómo este panorama de atención a la salud influye en la atención a las enfermedades infantiles de los niños (véase esquema 7).

*Esquema 7. Servicios de salud biomédicos a los que recurren las madres de Santo Domingo*



**Fuente:** elaboración propia con base en datos de campo, 2015, México.

### **Condicionantes en las decisiones de atención en los servicios de salud**

El uso que las madres hacen de los servicios de salud oficiales y privados está condicionado por factores de diversa índole. Éstos operan de forma conjunta en las decisiones que constituyen las trayectorias de atención, y aunque algunos pueden ser más determinantes que otros, es necesario verlos en términos relacionales para de esa forma hacer un análisis más completo sobre por qué las madres deciden atender a sus hijos en un servicio de salud.

Asimismo, hay que considerar aspectos que atraviesan las acciones de atención, como lo son las condiciones de desigualdad estructural en las que están insertas estas mujeres. Tales condiciones no pueden ser vistas de forma homogénea, ya que éstas se expresan de forma diferenciada según la posición de desventaja social y económica de la madre, por lo cual el análisis se hace con base en tales grupos.

Los factores considerados más determinantes en las acciones de atención son de diversa índole: circunstanciales, subjetivos, sociales, culturales y

estructurales (económico/políticos). A continuación se presentan dichos factores, mostrando una descripción esquemática, ya que los casos empíricos en los que se sustentan, serán expuestos en la presentación por grupos.

#### a) Circunstanciales

El primer factor que determina una de las decisiones más trascendentes de las trayectorias de atención, esto es a dónde acudir, consiste en la situación contextual en que se requiere de la atención médica. Esto se refiere sobre todo al momento y lugar en que sucede la enfermedad, ya que eso conducirá la búsqueda de atención hacia el servicio de salud que se tenga disponible. La circunstancia como primer detonante de las prácticas de atención no varía entre las mujeres, ya que no es algo que dependa directamente de ellas, ni de sus condiciones sociales o económicas, sino de cuestiones meramente coyunturales. Por ejemplo, si el niño se enferma por la tarde o noche, es imposible que se le atienda en el CS –a menos que la madre espere hasta el día siguiente- dado que éste sólo brinda atención hasta el mediodía en que se reparten las fichas para turno vespertino.

#### b) Subjetivos

Todas las mujeres cuentan con experiencias previas respecto a los servicios de salud públicos y privados, ya sea producto de la atención médica a sus hijos, a algún familiar suyo, o la recibida por ellas mismas como pacientes. Dichas experiencias se constituyen con base en el cúmulo de vivencias, sensaciones y conocimientos que las madres adquieren a lo largo de su vida y, en particular, a raíz del comienzo de la maternidad en sus vidas.

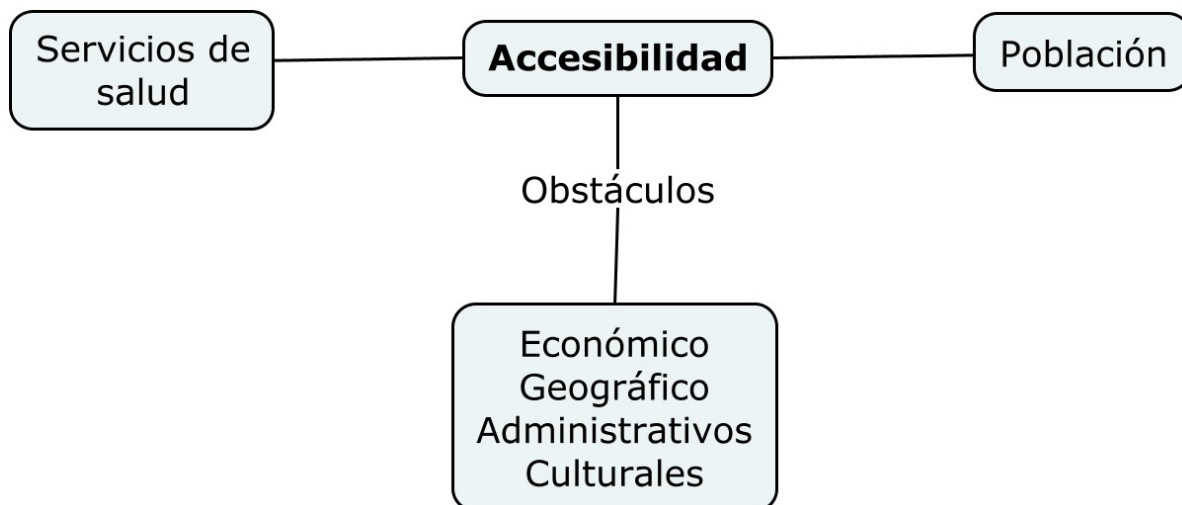
Asimismo, muchos de los conocimientos e ideas que las mujeres van formándose sobre los espacios de atención biomédica, son influidos por las experiencias de quienes forman su red social. Un ejemplo de cómo inciden los factores subjetivos en las decisiones de atención es que si una madre tuvo una mala experiencia con algún médico en particular, dado que no logró curar al niño, le mandó medicinas muy caras, o no le dio buen trato a la mujer, lo más probable es que no vuelva a acudir con ese médico.

### c) Socioculturales

Tres de las mujeres provienen de un contexto sociocultural similar, es decir, barrios populares en la Ciudad de México, y tres de contextos rurales. Esto es algo que determina el sistema de creencias de las madres así como sus conocimientos respecto a las formas de atención biomédica. Por ejemplo, Mari, de origen rural, dicen sentir más empatía con un médico alópata particular, que reconoce enfermedades “tradicionales” como el empacho o el susto, y que también sabe tratarlos.

La accesibilidad a los servicios de salud es un aspecto importante en tanto marca una diferencia considerable entre las mujeres de ambos grupos. Con esto no me refiero solamente a la accesibilidad física, sino a cuestiones de otro tipo como el hecho de que la madre esté dada de alta en el CS o en algunos de los programa de apoyo social, como el Seguro Popular o Gratuidad, así como al grado de empatía y aceptación que tiene con algunos de los prestadores de salud que trabajan en los servicios de salud a los que la madre acude. En este sentido, la accesibilidad es definida como el conjunto de barreras geográficas, económicas, administrativas y culturales que existen entre la población y los servicios de salud (véase esquema 8).

Esquema 8. Accesibilidad



Fuente: elaboración propia con base en esquema elaborado por Secretaría de Salud (2002), 2015, México.

Asimismo, al igual que en el caso de la autoatención, en la búsqueda de curadores alópatas, la red social tiene un papel central. Esto se observa en que varias de las decisiones de atención tomadas por la madre no son producto de la decisión individual, sino que han pasado por un proceso de negociación, consenso, e incluso imposición de los allegados hacia la madre. Cabe decir que varias de las decisiones tomadas tienen que ver con la tradición existente en el barrio en torno a un servicio de salud, el cual es considerado muy bueno por la comunidad. Esto es más claro respecto a algunos consultorios y clínicas privadas, las cuales operan en la colonia desde hace mucho tiempo y han desarrollado una impresión ante la población de Santo Domingo. Ello pasa en el caso de Maylem, quien dice llevar ocasionalmente a su hija con un médico que la trataba a ella y a sus hermanas cuando eran niñas.

#### d) Estructurales

Lo estructural se refiere a la dimensión económico/política, por lo cual una cuestión nodal a la cual es preciso referir como determinante en las decisiones de atención, es la condición socioeconómica de la mujer. A pesar de que todas las mujeres son

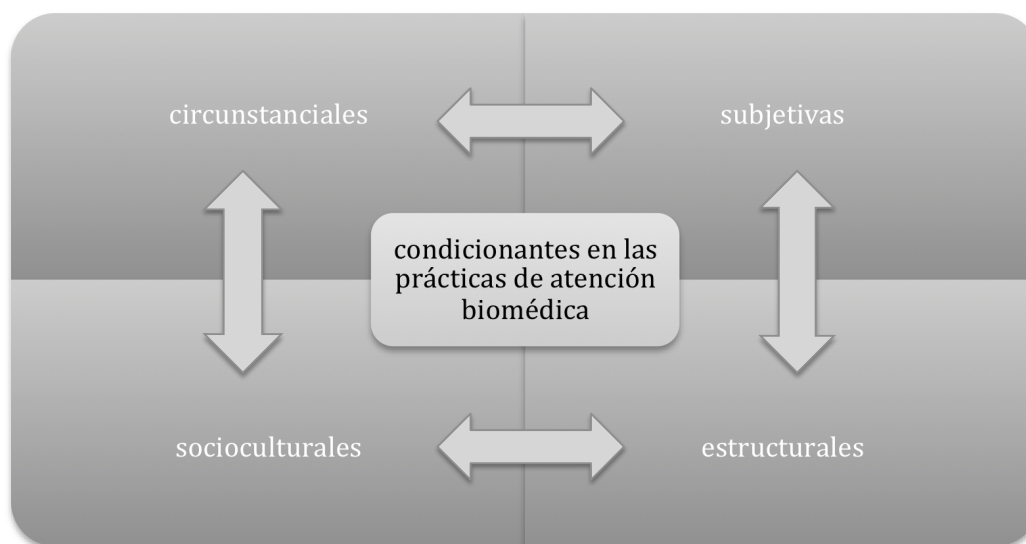
de recursos económicos limitados, hay algunas que están en una situación más ajustada, por lo cual tienen más obstáculos económicos para proveer los recursos necesarios que requiera su hijo enfermo.

Otro aspecto relevante son las condiciones laborales de la mujer, las cuales junto con la condición socioeconómica condicionan las posibilidades de acceso a los recursos de atención así como la capacidad de acción de la misma, en tanto que de no disponer de tiempo, dinero suficiente, lo más probable es que recurra a la atención doméstica. Esto es ejemplificado con el caso de Gaby, quien acepta que a veces prefiere atender a sus hijos por su propia cuenta dado que así evita hacer más gastos en consultas y medicamentos.

Sin embargo, hay que hacer la aclaración de que todas estas condicionantes operan de forma interseccionada, es decir, no actúan de forma aislada sino conjunta, dando pie a acciones diversas, complejas y que a veces parecen arbitrarias. El hecho de clasificarlas obedece al intento de comprender cada una de ellas de forma específica, pero sin perder de vista que para entenderla también es necesario atender a otros factores y que las decisiones que toman las madres siempre están basadas en el modo en que todas las condicionantes se combinan (véase esquema 9).



*Esquema 9. Factores que inciden en las decisiones de atención*



**Fuente: Elaboración propia con base en datos de campo, 2015**

### **Atención médica oficial**

La medicina oficial forma parte del sistema de salud en México. Comprende a las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros] y a las instituciones o programas sociales que protegen a la población sin seguridad social como el Seguro Popular (SP), la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud, el Programa IMSS-Oportunidades y, en el Distrito Federal, el Programa de Gratuidad entre otros<sup>93</sup> (Gómez Dantés, 2011: 222). En total, se trata de instituciones y programas sociales que proveen atención a la salud a los trabajadores del sector formal, a las familias de los trabajadores, a jubilados, así como a autoempleados, trabajadores del sector informal y desempleados.

<sup>93</sup> Hay otros programas sociales del Distrito Federal que actúan en lo que respecta a la atención a la salud, como son el de Atención Integral de Cáncer de Mama, como que le dan cobertura a la población adulta mayor, de Atención Médica y Entrega de Medicamentos Gratuitos para los Adultos Mayores, o el de Atención Integral para Enfermedades no Transmisibles, entre muchos otros ([www.df.gob.mx](http://www.df.gob.mx)).

La medicina oficial tiene presencia en la colonia a partir de la Secretaría de Salud, mediante los tres Centros de Salud que le brindan cobertura a la población de Santo Domingo. Estos son el CS T-I Santo Domingo Oriente, el CS T-I La Ciénega y el CS T-1 Santo Domingo Poniente. Además, está el CS T-II Nayaritas, ubicado en la colonia Ajusco, el cual eventualmente, también brinda atención a los habitantes del barrio.<sup>94</sup> Los CS ofrecen atención de primer nivel.<sup>95</sup> Al interior de la colonia no hay ningún hospital oficial de segundo nivel o tercer nivel, por lo cual los pacientes que requieren una atención más especializada son referidos por el médico del CS a hospitales de segundo nivel.<sup>96</sup>

Estos CS son accesibles a la población en cuanto a distancia. Asimismo, ofrecen atención a toda la población aún cuando no estén dados de alta o no sea el CS que les corresponde. El único requisito para recibir atención médica es llegar a la hora de entrega de fichas para consulta. Al preguntarle a Juan, el auxiliar administrativo del CS de la Escuelita,<sup>97</sup> a quién se atiende ahí, él me responde:

Aquí todos pueden ser atendidos, a veces llega gente que no le toca este centro. A ellos se les atiende pero se les dice que para la siguiente si deben ir al centro que les toca, para que además les empiecen a hacer su expediente. Y a los que no están dados de alta se les atiende sólo que tienen que pagar \$6 por la consulta.

Las seis mujeres han llevado a sus hijos en algún momento a algún CS. Todas, menos Gaby, han acudido alguna vez al CS de la Escuelita, y cuatro de ellas conocen también el de Nayaritas e incluso van de vez en cuando. La mitad de las mujeres ha llevado alguna vez a sus hijos a alguna clínica del IMSS o del ISSSTE, pues aunque en el momento de la investigación sólo Hilda tenía derechohabencia

---

<sup>94</sup> Por ejemplo los sábados que los CS T-I están cerrados o durante el período vacacional de diciembre, en el cual también cierran sus instalaciones.

<sup>95</sup> El primer nivel de atención se refiere al primer contacto de la población con los servicios de salud y que ofrece un paquete básico de servicios que incluyen actividades de promoción, prevención y consulta externa (Montero, 2010)

<sup>96</sup> La mayor parte de la información que se presenta en este apartado refiere a la atención médica oficial brindada en el primer nivel, ya que es en donde se suelen atender las enfermedades respiratorias y gastrointestinales que me ocupan: gripes, infecciones de garganta o estómago, diarreas, etc.

<sup>97</sup> La gente del barrio conoce al CS T-I Santo Domingo Oriente como el CS de la Escuelita, debido a que está en las instalaciones de la misma (véase capítulo 2)

al ISSSTE, en otros períodos Maylem y Gaby llegaron a ser derechohabientes del IMSS (la primera por el bachillerato, la segunda por su trabajo).

A pesar de que las seis madres han acudido a la atención médica oficial en diversas ocasiones, existen diferencias en cuanto al uso de los servicios de salud que hacen las mujeres. Estas diferencias se expresan a nivel individual, pero también a nivel de la posición de desventaja social y económica de la mujer. A continuación se presentan las similitudes y las diferencias que ellas señalan en sus usos de los servicios de salud oficiales que operan en su colonia.

### **1. Formas de atención biomédica oficial del grupo uno**

Una primera cuestión que determina los usos de los servicios oficiales de este grupo de madres es que solamente una de ellas, Yuri, está dada de alta en el CS, además de que es la única que tiene Seguro Popular. Ninguna de las tres está inscrita en el programa de Gratuidad.

Mari y Gaby no están adscritas al CS que les corresponde debido a que, en sus palabras “no han podido hacerlo”. Cuando les preguntaba por qué no se habían dado de alta ellas respondían, tras pensar unos instantes, que por falta de tiempo. Gaby comentó:

Como trabajo no puedo ir a dejar papeles (...) si más que nada por el tiempo que luego se me hace tarde o a qué hora voy a salir para llegar al trabajo, y entonces como que no, digo pues ya no puedo ir ya será para la otra o así.

No obstante, ellas mismas no quedaban conformes con esa explicación, por lo cual enseguida añadían que próximamente lo harían. E incluso, como ocurría de forma más notoria con Gaby, confesaban su culpa por no hacerlo:

Si la verdad es que yo no sé por qué no lo he hecho si me quedan aquí a la vuelta los CS. Luego no creas, sí me preocupa mucho que los niños se enfermen grave y no tenga a dónde llevarlos, pero ni así lo hago.

Respecto a los motivos por los cuales las mujeres no se dan de alta en los servicios de salud, habría que reflexionar con mayor profundidad, pues me parece

que argumentar que no lo hacen por falta de tiempo sería reducir esta acción a algo que va más allá de eso, y sobre lo cual considero vale la pena hacerse una pregunta que puede pensarse como veta de estudio: ¿por qué los sujetos no siempre hacen lo que el Sector Salud implementa y promueve, pese a que en sus representaciones tienen muy claro que deben hacerlo? Por ahora, no ahondaré más al respecto dado que me parece una cuestión compleja que se distancia ligeramente del problema de estudio.

A las tres madres les corresponde atenderse en el CS de la Escuelita. Sin embargo Yuri tiene registrado el domicilio de su suegra, ya que antes vivía con ella, por lo cual tiene que seguir acudiendo al CS Nayaritas. Mari también iba a ese CS antes de que se fuera a vivir con su marido a Chalco, pero ahora que regresó tiene que hacer nuevos trámites para darse de alta en la el CS de la Escuelita que es el que ahora le toca:

Antes de que yo me fuera de aquí tenía mi carnet de Nayaritas y ahí me tocaba consulta cuando estaba embarazada de la niña, pero luego me fui al Estado de México. Ahí me tocaba el centro de salud "La Zapata", pero ahora que volví no me he dado de alta en el que me toca.

En el caso de las hermanas, se hace evidente cómo los patrones de movilidad definidos por sus relaciones de pareja y de parentesco, inciden en el tipo de acceso a los servicios de salud, ya que sus propias dinámicas de movilidad las obligan a estarse reubicando y reincorporándose a nuevos espacios médicos, algo que hace más difícil generar una empatía con los prestadores de salud.

El grado de accesibilidad a los servicios de salud marca una diferencia importante respecto a las mujeres del grupo dos. Con esto no pretendo decir que las informantes del grupo uno estén menos familiarizadas con la atención biomédica o con los saberes biomédicos, ya que eso no es verdad tal como se ha expuesto a lo largo de la investigación. De hecho, confían en los curadores y tratamientos alópatas de la misma forma que el resto de las madres. A lo que me refiero es a que hay condiciones inherentes a las situaciones de vida de estas mujeres que propician que éstas tengan menores posibilidades de acceso a estos

servicios, lo cual finalmente sólo es un indicador más de la mayor condición de desventaja en la que estas se encuentran dentro de un contexto caracterizado por la desigualdad social, económica y de género.

Uno de los primeros factores que motivan las decisiones de atención de las mujeres y sus allegadas es la coyuntura específica en la que enferma el niño. Es decir, en qué momento, día y lugar ocurre el evento de enfermedad. Esto es relevante ya que si el niño se enferma por la tarde o noche, ninguna de las madres podrá llevarlo al CS, en tanto que éste tiene horarios determinados para consulta en la mañana y a mediodía. Esto marca ciertas diferencias entre ambos grupos, en tanto que es más factible que las mujeres del grupo uno lleven a sus hijos a un médico particular ese mismo día o por la mañana del día siguiente, pues decidir esperarse a llevarlos al CS en la consulta matutina les implica tener que llegar tarde al trabajo, y/o modificar sus rutinas matutinas (llevar a sus otros hijos a la escuela, ayudar con las labores domésticas en la casa, etc.), las cuales suelen ser más atiborradas que las de las otras mujeres, ya que realizan los mismos quehaceres domésticos pero en menos tiempo.

Este es un factor que se junta con otro de tipo material, es decir, la situación económica de la mujer. En este sentido, hay madres cuya primera decisión de atención es no llevarlos al médico, o esperar a ver qué trayectoria sigue la enfermedad del niño, para de esa forma no gastar un dinero que es limitado o inexistente. Así lo menciona Gaby:

Pues a veces no los llevo porque no tengo dinero para llevarlos. Luego dicen son treinta pesos o algo así, a lo mejor a consulta sí puedo, pero luego para el medicamento 'hijole no tengo para comprarlo'. Por eso luego me detengo a no llevarlos al médico o te digo les compro una pastillita en la tienda o algo de eso (...) si, más que nada es luego no tener dinero, esa si es la cuestión que luego digo 'los llevo al doctor pero pues el medicamento no se lo puedo comprar o así'.

Las experiencias previas, así como las sensaciones, vivencias o conocimientos que las madres poseen, son importantes para determinar las acciones de atención. Las experiencias en primer nivel de atención se vinculan con anteriores visitas al

médico, ya fuese como pacientes o como acompañantes de sus hijos o algún otro familiar. A su vez, las experiencias en segundo o tercer nivel de atención, por lo general, son referidas desde su paso por los hospitales del sistema de salud público cuando dieron a luz, como ocurre con el testimonio de Gaby:

A Brandon lo tuve en el Seguro (IMSS), y la verdad es que estuvo muy bien. Me habían hablado horrores del seguro y yo estaba espantada al principio, pero le digo a mi mamá que ya que vi que me trataron de lo mejor, fueron amables las enfermeras, los doctores, entonces dije 'no pues si atienden bien'. En cambio en particular cuando tuve a Cristian bien mal.

Todas estas experiencias, enriquecidas por las que les han compartido su red de allegados, han hecho que estas mujeres tengan ciertas representaciones sociales sobre los servicios de salud públicos, las cuales no son homogéneas, ya que dependen del lugar en el que se atendieron o fueron atendidos sus hijos. Por ejemplo, las experiencias de parto ocurridas en hospitales de segundo nivel, en general son narradas de forma positiva; pero varias de las experiencias que han tenido en clínicas o CS, en la atención médica a sus hijos, suelen ser recuperadas de modo más negativo:

Esto indica que, tendencialmente, la atención oficial de primer nivel es percibida como más deficiente que la recibida en los hospitales de segundo o tercer nivel de atención, en donde las mujeres afirman haber tenido buenas experiencias respecto al trato recibido por el personal de salud, así como a la información que estos les proporcionaron. Las percepciones negativas del primer nivel tienen que ver, esencialmente, con el tipo de atención brindada por el personal de salud, la cual desde la perspectiva de las mujeres no toma en cuenta lo que ellas saben sobre sus hijos, como lo relata Mari:

Yo también hace poquito fui (al CS) a que le pusieran la vacuna de la influenza y me dijeron que no se la podían poner porque llevaba fiebre, 37 grados. Yo les dije que no tenía fiebre, que ella era más "calientita" que el niño, pero me dijeron que no, que sí tenía fiebre. La doctora le mando tratamiento y me dijo que hasta que lo terminara se le podía poner la vacuna. Ya no la pude llevar porque le dio gripa y tos, y salió peor todo.

Aquí conviene apuntar que el tipo de relación que se entabla entre estas madres y el personal de salud tiene ciertas limitantes. Por las narraciones de las mujeres, me doy cuenta de que éstas no cuentan con una relación empática con el personal de los CS, algo que sí sucede con las del otro grupo, quienes incluso bromean con el médico o comparten preocupaciones con la trabajadora social. Dado que la mayoría de estas mujeres no están dadas de alta en el CS, no tienen Seguro Popular ni Gratuidad, algo que desde el discurso construido por el Sector Salud sobre las obligaciones de un “buen paciente”, las coloca fuera de esa categoría. Por el contrario, desde la perspectiva del personal de salud llevan a cabo acciones consideradas como “indebidas”, tales como autorecetar antibiótico (en el caso de Gaby); “no promover” la planificación familiar (dado que Yuri tiene cuatro hijos); o buscar atención médica hasta que los niños están muy mal, por mencionar algunas.

Otro de los aspectos considerados negativos de la atención proporcionada en los CS refiere al nulo abastecimiento de medicamentos, tal como lo expone Yuri: *“se supone que en el CS de salud dan las medicinas, pero no es cierto. Siempre me dicen ‘pero no tenemos las medicinas’. Nunca las tienen”*. Mari refiere una situación parecida: *“también si no tienes Seguro Popular, yo una vez fui y me dijeron que no me podían dar medicamento si no tenía Seguro Popular y que necesitaba comprarlos en la similar”*.

## **2. Formas de atención biomédica oficial del grupo dos**

Las mujeres de este grupo tienen una cercanía mayor a los servicios de salud. Además de que todas tienen Seguro Popular y Gratuidad, e incluso una de ellas es derechohabiente al ISSSTE. A las tres mujeres les corresponde atenderse en el CS de la Escuelita, por lo cual es a donde suelen ir, a menos que por alguna razón las envíen al CS de Nayaritas que es un poco más especializado. Además, conocen al personal de salud, y viceversa. Inclusive, por lo que pude registrar éste tiene una “buena” percepción de ellas, desde sus propias representaciones, las consideran como madres involucradas con la atención a la salud de sus hijos y de su familia, y

como mujeres participativas y abiertas. Es decir, entran en el discurso producido por el Sector Salud que fomenta la concepción de la “buena madre” y la “buena paciente”. Esto determina de forma considerable, la empatía generada entre el personal de salud y las madres, y por tanto, la confianza que éstas tengan con los primeros.

Un primer factor determinante es la coyuntura de la enfermedad. Maylem relata:

Normalmente, cuando la niña se pone mal la llevo aquí al centro de salud. Aunque cuando se me ponía mal en la madrugada y veía que era grave, la llevaba aquí al Infantil que está en Coyoacán. La última vez que la llevé tenía como dos años y medio, estaba más chiquita. Ese día sí traía la infección y la retuvieron hasta que se le bajó la calentura. La internaron como tres o cuatro horas. Sí, es que aquí no se le bajaba.

En caso de que no pueda llevarla al CS, Maylem la lleva a otro médico, pero prefiere ir al CS, sobre todo porque ya conoce al doctor:

Por ejemplo, cuando el doctor de la Escuelita no va porque tiene juntas o el fin de semana, sí la llevo a farmacias similares. Pero me conviene más aquí porque ya conozco al doctor, y además con la Gratuidad no pago. Y aunque no lleve la Gratuidad, creo que la consulta cuesta seis pesos u ocho, no es mucho. Además ya sé cómo es el doctor, porque a él no le gusta mandar medicamentos si no es necesario, nada más le manda su paracetamol para la calentura y el dolor de cabeza.

En cuanto a las condicionantes estructurales, es preciso considerar la condición socioeconómica, el tipo de trabajo y la accesibilidad a los servicios médicos, dado que son factores que inciden en las prácticas. Como ya se vio con el grupo anterior, la jornada laboral extensa y con horarios fijos repercute en el acceso a los servicios de salud públicos en tanto que limita su uso. Al respecto, las mujeres del grupo dos tienen mayor tiempo disponible que las del grupo uno, dado que sus obligaciones laborales son menos restrictivas, Hilda se dedica a los labores del hogar y a cuidar a su hija, Maylem trabaja ocasionalmente y Mariela ayuda a su esposo con el negocio familiar. Debido a que una de las limitantes de los servicios de salud



públicos es el excesivo tiempo de espera, disponer de mayor tiempo o libertad para organizar dicho tiempo, crea una posibilidad más amplia de acceder a tales servicios.

En el caso de Santo Domingo la accesibilidad no está determinada por los obstáculos geográficos para atenderse en las unidades de salud. Por el contrario, esto no representa ninguna complicación para las mujeres, ya que por lo general los CS se encuentran muy cerca de sus viviendas, entre cinco y diez minutos caminando. En realidad, el único problema que ellas encuentran para acceder al primer nivel de atención es el largo tiempo de espera que implica y para acceder a hospitales de segundo o tercer nivel añaden la dimensión económica como un posible obstáculo, ya que deben gastar en pasajes.<sup>98</sup> Por ejemplo, Maylem relata:

La distancia no es tanto problema porque como es aquí en Coyoacán en el Hospital Infantil, y si tienes tantito dinero te vas en taxi. Pero si no tienes ni modo a tomar el micro y hasta que llegues. Y no creas luego hay gente que ni para el micro tiene, ¿qué te queda? ¿pedir prestado? Pero ahorita ¿quién te presta? nadie.

Maylem hace referencia a esto porque conoce casos de vecinas suyas que viven con menos recursos y que se han visto en ese tipo de situaciones. Asimismo, ella también llegó a pasar por momentos similares, cuando su esposo no tenía trabajo: *“antes de chiquita la niña se me enfermaba más y si se me complicaba desde el medicamento y pagar el taxi. Ni modo en micro hasta que llegamos al Infantil”*.

De hecho, las mujeres de este grupo son conscientes de que aunque viven en una situación económica limitada, hay gente que vive en condiciones más precarias y a las cuales acceder a un médico les puede ser más difícil. Hilda platica lo siguiente, con base en sus experiencias durante su infancia y adolescencia:

A veces puede pesar lo económico. Bueno yo no digo por mí. Siento que la gente en los pueblos, por ejemplo, no tienen dinero para salir; para ir al hospital del pueblo, pues si no tienes dinero para ir al pueblo como que más civilizado ¿qué haces? Pues por eso yo siento

---

<sup>98</sup> Aunque ellas reconocen que su situación económica actual no es tan precaria como la de otras personas que viven en la colonia.

que si hay mucha gente necesitada, bueno todos somos necesitados ¿verdad? pero hay más.

Sin embargo, el factor determinante considerado como obstáculo para acceder a la medicina oficial fue el tiempo de espera, pues generalmente era referido como excesivo. De hecho, éste es uno de los motivos principales por los cuáles, en varias ocasiones, las seis madres deciden atender a sus hijos en consultorios particulares. Todas coinciden en que la atención médica pública en todas las instituciones suele ser muy lenta. Hilda platica que:

A pesar de que tenemos ISSSTE es pérdida de tiempo. A pesar de que te dan cita en la mañana vas a salir como hasta las doce. Ya es todo el día perdido. Por eso a veces preferimos ir al similares (...) Chistoso porque a Carolina nunca la he llevado ahí a consulta (al ISSSTE). Una vez la llevé para unos estudios que le pidieron ahora que entró a la escuela, fui y me dicen que me los programaban hasta septiembre y ella los necesitaba para agosto ¿tu crees? (...) Si es que en todos te tardan. Bueno en el Centro de Salud no es tan tardado, aunque como también no me queda tan lejos.

En el caso de Hilda, tener dos opciones de atención médica, el CS y la clínica del ISSSTE, es visto por ella como un beneficio a pesar de que los utilice poco, ya que puede acudir a cualquiera dependiendo del tiempo que disponga, así como del padecimiento que tenga su hija: *“yo gracias a Dios tengo cerquita el Seguro Popular por si tengo que llevar a Caro a consulta, porque allá (ISSSTE) necesito ir hasta Coyoacán y es más pérdida de tiempo para uno”*.

Maylem indica algo similar:

El problema es más que nada el tiempo porque a veces te llaman rápido y a veces te tardan, pero nada más sería eso (...) luego si vas a la consulta te tardan, si hay gente te tienes que esperar hasta que te toque a ti. Luego hay gente que eso no le gusta pero también si vas a un Centro de Salud que es gratuito no nada más estás tú. Es normal que la gente se moleste porque llevas a tus hijos malos y no te gusta esperar tanto, pero tienes que aprender a esperar también, a veces te tocará pasar más rápido y a veces más tarde (...) hay que esperar como media hora a una hora. Si no hay gente hasta te pasan luego luego cuando llegas, y si hay gente de veinte minutos a una hora, eso siempre y cuando no vaya grave con una fractura o algo así.

Aunque para ellas el tiempo es problemático dado que altera sus actividades cotidianas, a fin de cuentas es un asunto menor, pues como dice Hilda *“tratándose de los hijos yo siento que sacas tu tiempo de donde no hay”*. Esta idea no aparece en los casos anteriores, algo comprensible dado las situaciones laborales más complicadas en las que aquellas mujeres se encuentran, si no trabajan pierden el ingreso de un día, si llegan tarde se les descuenta un parte de la ganancia de ese día, por lo cual el tiempo perdido no es un asunto menor.

En general, Hilda, Maylem y Mariela no hacen distinción entre la atención que reciben en el CS o la que reciben en las clínicas del IMSS o del ISSSTE, sobre todo en lo que respecta al tiempo de espera para consulta. Sobre esto Maylem refiere lo siguiente:

Para que te den ficha en el CS tienes que formarte 6:30 porque a las 7 entregan fichas (...) igual vas al CS o al Seguro y te tardan las horas. El Seguro aunque tengas derecho al servicio te tardas lo mismo, vas a consulta y no creas que te pasan así, tardas un buen tiempo. Si vas a muestra y te dicen que llegues a las seis , llegas pero no vas a pasar directito porque hay gente que ya se formó primero. Y en el centro de salud lo mismo.

De igual forma, tampoco les parece diferente la atención brindada en los diversos CS, pues algunas han acudido varios de ellos y su experiencia siempre ha sido la misma, de acuerdo a Maylem:

Para muestra de sangre tienes que ir a Taxqueña o a Chorné, o te mandan a los hospitales. Y ahí también hay negligencia médica. En los dos vas y pierdes tiempo, y aunque tengas cita previa pierdes media hora en lo que pasan al otro paciente.... es lo mismo.

A pesar de las dificultades que las mujeres detectan, algunas de ellas sí dijeron estar conformes con la atención que reciben en el CS. Este es el caso de Maylem, quien suele ir al CS con el médico de la tarde, sobre todo cuando la niña se enferma entre semana: *“yo siempre que puedo voy con el doctor Alejandro, le digo a mis hermanas que es nuestro ‘doc’ favorito”*. Esta mujer afirma que confía en el doctor del turno vespertino dado que le parece muy buen médico: *“es muy bueno,*

*lo que pasa es que es exigente y por eso mucha gente dice que es un sangrón, pero para nada lo que pasa es que a él le gusta que nosotras también seamos responsables”.*

Mariela también opina que prefiere acudir con el médico del turno vespertino que con el de la mañana: *“sí, prefiero con el de la tarde, con el de la mañana no me gusta porque está ya muy viejito y como que ya no te pone atención”.* Por el contrario, Hilda antes sí llevaba a su hija con el médico del turno vespertino, pero durante su embarazo se hizo el seguimiento prenatal con él. Ella perdió al bebé y el médico le dijo que seguramente había sido por la enfermedad de Chagas que padece, y que le sugería mejor ya no tener hijos. No obstante, Hilda y su esposo sí desean tener más hijos, por lo cual prefiere ya no ir con él para evitar que le pregunte sobre ese tema:

He ido con el doctor de la tarde, y es muy buen doctor pero... es muy regañón (se ríe) (...)como él me atendió del embarazo que tuve me decía, tienes que cuidarte, no te vayas a quedar embarazada. Cuando llegue tu marido te va a dejar embarazada. Por eso ya no fui, porque siento que si vuelvo me va a decir “¿te estás cuidando? Te dije”. Pero es buen doctor a pesar de sus regaños.

De hecho, Hilda confiesa que dejó de atenderse en el CS a raíz de ese acontecimiento, pues tiene la sensación de que si se presenta ahí, el doctor la va a regañar:

Prefiero ir mejor a la similares porque al menos ahí no me están diciendo ‘¿por qué a estas horas?’. La verdad yo sí creo que a nadie nos gusta que nos regañen. Sí, y el doctor de aquí me regañó. Ese día fui a vacunar a Caro y que me dice ‘ah, hasta que por fin te apareciste’, le digo ‘ay doctor, es que ahorita vengo a ponerle su vacuna’. No, yo creo que cuando quede embarazada no me voy aparecer por allá. Sí, porque el doctor siempre me dice ‘¿para qué quieres más hijos? ya tienes una, aparte acuérdate que por tu enfermedad no puedes.

Al igual que a las mujeres del otro grupo, algo que consideran una limitante de la atención en el CS es el inexistente abastecimiento de medicamentos. De hecho, esta es una queja que trasciende a todos los actores involucrados en el CS: las

madres y el personal de salud, quienes con frecuencia refieren a esta limitante, como lo hace Maylem:

Por lo regular, el doctor me da la receta y ya la compro yo, porque en el centro de salud casi no hay medicamentos. Ellos tienen una lista de medicamentos de donde te manda a Ajusco o a Nayaritas. Si de casualidad ahí los tienen te lo dan, pero generalmente nunca los tienen.

Hay algunos medicamentos que se proveen en el CS Nayaritas, pero de forma muy limitada. El Dr. Ramírez lo asume de la siguiente forma:

No, si yo sé que en Nayaritas tampoco hay nada. A ver ¿para qué mando a las pacientes a Nayaritas si no les van a dar nada? ¿sólo para que pierdan su tiempo y gasten en pasaje de ir hasta allá en vano?.

En ocasiones, el doctor tiene muestras que les da a las pacientes, algo que explica Maylem: *“a veces el doctor nos da alguna muestra cuando tiene. Pero eso es sólo a veces porque casi nunca te dan las medicinas. Hay que comprarlas en la farmacia”*.

A diferencia del tiempo de espera, el abastecimiento de medicamentos sí marca una diferencia en las representaciones que tienen las mujeres con derechohabencia, en este caso Hilda, entre las clínicas del ISSSTE o IMSS y el CS, pues en las primeras instituciones sí dan los medicamentos: *“yo creo que si un día no tengo dinero, llevo a Carolina al ISSSTE porque sé que al menos ahí me van a dar las medicinas, y bueno la verdad es que en momentos difíciles es una gran ayuda”*.

Las mujeres aluden poco a los aspectos positivos de la atención médica pública. Al igual que en el otro grupo, las percepciones sobre el segundo y tercer nivel de atención, suelen ser mejores que las de primer nivel, sobre todo en relación a la eficacia. En relación a esto, Maylem relata que cuando su hija era más pequeña, ésta se enfermaba más, por lo cual tenía que llevarla con mayor frecuencia a hospitales de segundo nivel, sobre todo porque la fiebre le subía mucho. Casi siempre la llevaba al Hospital Pediátrico de Coyoacán, dado que es el más cercano a su domicilio y es el que, según ella, le corresponde. Ella relata que

la atención que recibió fue adecuada, y sobre todo rápida, pues casi no tuvo que esperar para ser atendida. Además, ella considera que para casos de urgencias, o que requieren una mayor especialización, es mejor atenderse en un hospital público que en uno privado, en tanto que en el primero siempre hay mejor infraestructura y personal médico más capacitado. Esta es una idea que ha sido inculcada por su abuela:

Mi abuelita es de las que dice 'de un particular a un hospital mejor un hospital'. Cuando mi mamá se alivió allá, no sabía que éramos dos (Maylem tiene una hermana gemela) y tuvo parto natural, siendo que casi todos los gemelos son de cesárea. Y que le dicen 'tiene que llevar a sus hijos a un hospital porque aquí no cuento con incubadoras para las gemelas'. Y que nos llevan a un hospital público bien lejos.

### **Atención médica privada**

El sector privado es uno de los dos sectores que componen el sistema de salud en México. Se define como el "conjunto de individuos, organismos e instituciones que desarrollan actividades en el campo de la salud con bienes de propiedad particular" (Zurita y Ramírez, 2003: 153). El sector privado en México se basa principalmente en la prestación directa, con fines de lucro, de servicios en los consultorios y unidades hospitalarias pequeñas, medianas y de mayor infraestructura. También se encuentra la medicina privada no lucrativa, la cual está pensada en brindar atención a la población de escasos recursos económicos (González-Rossetti, et.al. 2000 en Zurita y Ramírez, 2003: 153). Asimismo, involucra a algunos establecimientos que se encargan de distribuir y vender medicinas así como productos farmacéuticos, es decir, farmacias.

El sector privado tiene un lugar significativo en la atención a la salud. De acuerdo a los censos económicos y a los registros de establecimientos médicos disponibles, el Sistema Nacional de Salud se conforma por 124,281 establecimientos, de los cuales 83% son privados y sólo el 17% pertenecen al sector público. De estos establecimientos privados, 86% son unidades de consulta externa y el 2% son hospitales (Sosa, et.al., 2007: 6)

Tabla 14. Distribución de unidades por tipo de establecimiento y sector

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	SECTOR		TOTAL
	PÚBLICO (%)	PRIVADO (%)	
NACIONAL	21 341 (17)	102 940 (83)	124,281
CONSULTA EXTERNA	19,156	88,759	107,915
HOSPITALIZACIÓN	1,121	2,513	3,634
APOYO Y ASISTENCIA SOCIAL	1,064	11,668	12,732

Fuente: INEGI, Censos económicos 2004. Dirección General de Información en Salud. Directorio de establecimientos de salud con CLUES en Sosa, et.al., 2007: 6

No obstante, la medicina privada no es homogénea, sino que posee diferencias dadas por la infraestructura de los establecimientos médicos, por la cantidad de personal médico con el que cuenta, por su capacidad de dar cobertura a cierta cantidad de población, o por los costos de los servicios otorgados, entre otras cosas. En este sentido, aunque la medicina privada presta servicios a la población con capacidad de pago, hay que considerar que dicha población tiene capacidades altamente diferenciadas, por lo cual, son muy distintas las posibilidades de pago de la población de Santo Domingo a las de una mujer de nivel socioeconómico medio o alto que acude al Hospital Ángeles del Pedregal. Por tanto, la medicina privada de la que se habla en esta investigación únicamente refiere a los servicios médicos que conforman el universo de atención para las seis madres. La medicina privada de mayor infraestructura y de alto costo está fuera de sus representaciones, y desde luego, de sus acciones.

La atención médica privada en un barrio urbano-popular como Santo Domingo se caracteriza por la presencia de diversas unidades médicas y hospitalarias que existen al interior de la colonia. Estos son de tres tipos: a) consultorios de farmacias genéricas y similares, b) consultorios de médicos particulares, c) clínicas privadas y d) farmacias.

De este tipo de establecimientos, lo que más abunda en Santo Domingo son los consultorios de farmacias genéricas y similares, así como las farmacias en general, pues cabe acotar que el principal proveedor de automedicación es la

farmacia. Éstos, junto con las consultas a médicos particulares son los recursos de atención médica privada más utilizados para las enfermedades infantiles alopáticas. La atención médica en unidades privadas es una constante en las trayectorias de atención a tales enfermedades, ocupando un lugar paralelo, y a veces mayor, a la atención en unidades públicas.<sup>99</sup>

Otro punto interesante es que las mujeres suelen atender a sus hijos en unidades médicas privadas que se encuentran en la colonia o en zonas cercanas. Es decir, no se desplazan demasiado para buscar estos servicios, como se mostrará más adelante.

A continuación se describen y analizan las acciones de atención en el sector privado de cada uno de los grupos.

### **1. Formas de atención biomédica privada del grupo uno**

Las trayectorias de atención que llevan a cabo las mujeres del grupo uno muestran una importante presencia de la medicina privada. Ellas acuden a los tres tipos de establecimientos médicos privados, consultorios de farmacias que venden medicamentos genéricos y similares, así como a los consultorios y clínicas particulares.

En primer lugar, la medicina privada es percibida como una opción que tiende a ser eficaz a nivel curativo y a nivel operativo. A nivel operativo porque la atención que reciben es rápida y dinámica, es decir no tienen que esperar, y a nivel curativo porque los tratamientos que los médicos mandan suelen ser efectivos y logran curar al niño, una de las principales finalidades de la búsqueda de atención. Como dice Gaby: *“en general los niños se han curado cuando los llevo a la similar, como que sí les hace resultado el medicamento”*.

Todas afirman que acceder a los consultorios de similares y genéricos es fácil, pues el costo de la consulta no es muy alto, en general oscila entre \$30 y \$50, además de que hay algunas farmacias que ofrecen consultas gratuitas. Además,

---

<sup>99</sup> Según datos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2000, 25% de la población recibió atención médica en una unidad privada, lo que representa el segundo lugar nacional después del prestado por la Secretaría de Salud (35.9%).



están muy cerca de sus domicilios, por lo cual no tienen que gastar en pasajes; y el tiempo de espera es menor al del CS. La que más acude a estos establecimientos es Gaby, quien prácticamente siempre que alguno de sus hijos se enferma y no se cura con recursos populares ni alópatas que ella misma le receta, los lleva a alguno de los dos consultorios similares que quedan en Avenida Escuinapa, a una cuadra de su casa:

A veces la economía es lo que me hace decidirme por un lugar. Digo 'bueno está más barato el similar' este, como conocemos a una doctora que es similar y es muy buena digo bueno lo llevo a ella, ya sé que luego luego le da lo que tiene o el medicamento así como que ya sabe que recetarles si se les quita, entonces es... más que nada por eso, porque digo 'bueno ya conozco a la doctora es buena y es barato' más que nada.

Gaby comenta que la atención profesional la ve como un recurso que siempre es subsecuente a la autoatención, ya que para ella acudir con un médico le representa un gasto fuerte, pues aunque la consulta sólo cuesta \$30, en lo que gasta más es en las medicinas:

Cuando es infección, dolor de cabeza, calentura y así, pues digo ni modo hay que llevarlos al médico. Luego hasta los trescientos pesos me gasto aunque sea en la similar. La vez que Brandon se enfermó de bebé yo creo que sí gastamos como quinientos, cuatrocientos y algo (...) o yo creo que hasta más porque te digo que lo traía en un médico, luego en otro y medicamento y todo eso. Si me salió caro, también mi mami pues me ayudó, ahora sí que casi casi ella lo pagó todo con tal de que se compusiera.

Para Gaby, los consultorios y clínicas privadas son vistas como una opción a la cual recurrir cuando sus hijos presentan un cuadro de mayor gravedad o cuadros de reincidencia de enfermedad:

El Hospital Caribe fue donde me levantaron ese día a Brandon, que ya tenía muy fuerte la infección y me mandaron también algo para sus colmillos.<sup>100</sup> Eso si me salió caro, tuve que pagar \$200 sólo por la consulta. Pero la verdad es que ese hospital es muy bueno porque lo

---

<sup>100</sup> Gaby menciona que el médico le dijo que el crecimiento de los colmillos del niño fue una de las causantes de enfermedad.

llevaba para acá, para el CS y nada, y me daban medicamento y no le hacía, me acuerdo, yo también le di aquí un tesito, tampoco. Además, el Caribe tiene consultorios de pediatría, ginecología o sea todo.

En ese sentido, algo que para todas las madres es fundamental es la eficacia y la rapidez en el proceso de mejoría y curación. Si ellas no ven que ocurre nada de esto, lo más probable es que busquen otro médico.

Otro motivo por el cual las mujeres van a estos consultorios es por la tradición que tienen en el barrio como lugares en donde se brinda una buena atención, o por recomendación de algún allegado. Esto sucede con Mari, quien lleva a sus hijos con un médico particular ubicado en la calle de Pascale. A pesar de que la consulta no es barata (\$100 sin medicamentos y \$150 con tres o cuatro medicamentos) ella prefiere llevar ahí a sus hijos porque su cuñada conocen al médico desde hace mucho y consideran que es muy bueno: *“me lo recomendó la hermana de Eric, mi pareja, porque ella llevaba ahí a su niña que tenía un problema de ronchas”*.

Lo mismo sucede con Yuri, quien si puede lleva a sus hijos a una clínica privada llamada Solidaridad en donde la consulta cuesta \$50, y con medicinas \$100 o \$150. Igual que en el caso de su hermana, Yuri va a este sitio por recomendación de su suegra: *“me lo recomendó mi suegra, nos decía que fuéramos ahí”*.

Yuri comenta que aunque sea caro, le gusta llevar ahí a sus hijos porque conoce al pediatra y le parece que es bueno, a diferencia del médico general, quien no toma en cuenta su opinión:

Me gusta pasar con el pediatra. También hay un médico general pero que no me da confianza porque cuando he llevado a mí niño con él le digo ‘no es que mi niño tiene esto’ y me dice ‘sí va a ver que si le va a hacer efecto esto’, pero no le hace efecto. Por eso mejor me espero al turno del pediatra.

A pesar de que las percepciones sobre los servicios médicos privados son tendencialmente positivas, también han tenido experiencias que ellas consideran

negativas. Gaby relata la ocasión en que llevó a Brandon a una clínica que le recomendaron:

Lo llevé a un lugar que está acá por Xochiapan. Me lo recomendaron, me dijeron que cobra muy caro pero que es bueno, que de hecho ahí hasta se “alivian” mujeres y tiene pediatría y de todo. Esa vez lo llevé en la tarde y luego en la noche porque no le había hecho el medicamento. Llegó y el doctor como que me regañó porque pensó que no había hecho las cosas como él me las mandó. Me dice ‘es que no es cierto ese medicamento es muy bueno, es que usted no tiene los suficientes cuidados’. Me molesté y le dije ‘sabe que doctor, muchas gracias’. Luego le digo a mi mamá ‘yo creo que más que nada lo hizo por no regresarnos el dinero’, porque en la tarde que lo llevé me había dicho ‘si no le hace el medicamento me lo trae en la noche y ya no te cobro’. Yo creo que quería que le pagara más o no sé. Por eso te digo que la verdad ahí si no me gustó. No lo compuso, se enojó el doctor conmigo, me regañó y todavía quería que le pagara.

Otras experiencias negativas no tienen que ver directamente con la atención hacia sus hijos, sino con las que ellas han recibido en otras circunstancias, por ejemplo durante el proceso de parto. Gaby relata su experiencia en un hospital privado en el que tuvo a su segundo hijo, y en el cual decidió atenderse por recomendación de su mamá:

Me cobraron \$3500 por parto natural (...) fue un médico que está por Iztapalapa que se llama Hospital Los Reyes o algo así (...) mi mamá conocía ese médico y me decía que era muy bueno, pero pues yo le tengo más confianza y me sentí mejor con el IMSS (donde nació su primer hijo) (...)de hecho allá las puntadas casi no las sentía y acá si me dolió mucho no sé ni por qué, me sentí muy mal ahí. De hecho así como que de repente digo ‘híjole, me dejarían algo adentro o algo así’ (...) ya después de la anestesia me seguía doliendo mucho, muy feo, no sé porque y acá en el IMSS le digo a mi mamá, fue otra cosa muy diferente, me trataron bien no sentí casi nada, todo muy bien ahí.

Aunque esta experiencia no refiere a la atención a la salud infantil, es importante recuperarla en tanto que forma parte del cúmulo de experiencias de esta madre, algo que implícita o explícitamente incide en sus decisiones de atención respecto a las enfermedades de sus hijos.

En síntesis, las madres consideran que en los consultorios privados atienden mejor a sus hijos. Esto es lo que responden al unísono Mari y Yuri cuando les pregunto que a qué tipo de servicio médico prefieren llevar a sus hijos: “a un particular”. Yuri explica las razones:

Sí, porque en el centro de salud se supone que te dan las medicinas gratis y se supone que los revisan mejor pero no. Porque cuando los he llevado ahí, les revisan sólo la boca y el pechito y ya. Y en un particular le revisa de pies a cabeza todo, le revisa oídos, boca, todo, le pega a su espaldita, pancita, si tiene los piesitos fríos o calientes. Y en el centro de salud sólo le ven la garganta con el “paletero” ese y me dicen ‘sí, tiene infección en la garganta’ y ya. Por eso le digo a mi marido, prefiero gastar un poco más pero saber qué tienen.

Aunque las madres están concientes de que no pueden generalizar sobre el tipo de atención médica que reciben en los servicios públicos, pues depende de cada médico, sí hay una tendencia a pensar que en éstos se les atiende mejor, en tanto se les dedica más tiempo, se les explican mejor los diagnósticos y tratamientos; el médico hace una revisión más minuciosa, algo que narra Gaby:

Por ejemplo la doctora de la Similares me parece muy buena, porque revisa más que nada a los niños. Por ejemplo, cuando los ve mal de la garganta pues lo que hace es revisarle su pecho, sus pulmones, que estén respirando bien, se los toca y pues si me gusta como los revisa. Lo hace con mucho cuidado.

## **2. Formas de atención biomédica privada del grupo dos**

Las mujeres de este grupo tienen representaciones sobre los servicios de salud privados muy parecidas a las otras mujeres. Las tres utilizan tanto los consultorios similares y genéricos como los de médicos particulares que se ubican en la colonia. Los más accesibles son los primeros, dado que son los que cobran una cuota de consulta más económica, y los que están más extendidos en el barrio. Sin embargo, a diferencia de las otras madres, en este grupo dos de ellas (Hilda y Maylem) piensan que la atención que se brinda en esos establecimientos no es tan eficiente, y tampoco se distingue tanto de lo que sucede con los CS. Hilda narra lo siguiente: “los consultorios de similares no son para mí particulares, para mí son

*iguales a los servicios públicos, pues te tardan y te tardan. El otro día hasta tuve que devolver la ficha”.*

Es interesante ver que para Hilda una de las principales características de la medicina privada es la mayor eficiencia en la atención, algo que los consultorios de similares no tienen, y por tanto, no lo considera un servicio privado a pesar de que paga por la consulta. Para ella la medicina privada se refiere a aquella en la que se le atiende de manera eficaz y paga una consulta más cara. Además de que le brinda la opción de atenderse con un médico especialista, cosa que no ocurre en los similares, en donde las opciones se reducen a médicos generales. De hecho, Hilda es la única de las informantes que ha buscado atención médica para su hija fuera del barrio. Relata que en una ocasión llevó a su hija con un neumólogo que le recomendó su cuñada, que atiende en una clínica particular. El motivo por el cual llevó a la niña con ese doctor fue porque ya llevaba mucho tiempo con una tos que no se le quitaba y que ninguno de los médicos de “similares” que había visto la habían curado. Ella considera que una de las ventajas de la medicina privada es que se puede acceder directamente con un especialista, y no hay que esperar a que te den un pase, como pasa en la medicina pública.

De las seis informantes Hilda es la que cuenta con más posibilidades de acceso a diferentes formas de atención, y por tanto, la que puede acceder a una gama de servicios médicos más amplia, algunos de ellos inaccesibles para las mujeres del grupo uno. Esto se observa en el siguiente relato que a pesar de que no se refiere a un padecimiento de su hija, refleja esta mayor capacidad de acceso a otros servicios médicos:

Por mi enfermedad (de Chagas) he ido a varios médicos. La otra vez fuimos a un particular. Cuando yo le llame en la mañana la secretaria me contestó y me dijo que la consulta costaba mil quinientos. Yo estaba preocupadísima, dije ‘no bueno ni modo vamos a pagar, pero yo le voy a decir al doctor si no me puede atender en cardiología porque la verdad yo no puedo pagar tanto’. Llegamos al consultorio y como diría mi esposo pura “gente de tacuche”. Se veía gente como con traje y así, pues gente de dinero, se ve luego luego en la vestimenta.

Pero a pesar de esto Hilda comenta que no siempre puede llevar a su hija a un particular, aun cuando es lo que quisiera: *“yo quisiera llevarla siempre a particular, pero a veces la economía no lo permite”*. De hecho, señala que en el último año la unidad a la que más ha llevado a su hija es el consultorio médico de una Farmacia del Ahorro que está en Avenida Aztecas, en donde la consulta es gratuita. A pesar de que este no le parece el recurso de atención más idóneo, debido al tiempo de espera, ella acude ahí porque es económico, y tampoco considera necesario gastar demasiado en un padecimiento que no considera grave. Además, señala que la doctora del turno matutino es buena, y sobre todo, no la regaña ni se entromete en su vida como el médico del CS.

Los motivos por los cuales a Hilda le gusta ir con médicos particulares consiste en el tipo de atención que éstos le proporcionan, la cual se caracteriza por una mejor explicación del diagnóstico, así como una mayor sensación de acompañamiento de parte de ellos: *“me gusta más porque te explican con detalle, o mientras le estás explicando están ahí conmigo”*. Sin embargo, también reconoce que hay aspectos negativos. La mayor parte de ellos vinculados con la dimensión económica: *“lo que no me gusta son los costos de los medicamentos, porque te mandan medicamentos más caros que un público. Y obviamente que la consulta es más cara que en otros lados”*.

Asimismo, Hilda reconoce que los médicos particulares pueden ser muy competentes y sensibles, pero también pueden ser indiferentes o con poca competencia:

No todos los médicos son buenos. Algunos te dan puros antibióticos y algunos te dicen “no, es que es muy chiquita no puede tomar tanto antibiótico” (...) La atención depende del médico que te toque, de cómo te recete. Hay médicos que son buenos y saben lo que hacen, y te recetan buenos medicamentos, pero hay otros que no. También hay algunos que siento que te dicen que vuelvas para seguir cobrando. Y otros que hasta te cobran menos como el doctor con el que fuimos que se supone cobraba \$1500 la consulta. Llegamos a la clínica que se veía muy lujosa, pasamos a la consulta y como yo creo que el médico vio que eramos gente humilde nos cobro sólo \$300. Te digo hay de todo.

A su vez, Maylem afirma que aunque está muy conforme con la atención que recibe en el CS, y que por lo general acude ahí, también reconoce que la medicina privada le ofrece varias ventajas por lo cual en ocasiones también acude a ella. Las razones inmediatas que determinan a qué tipo de médico asiste tienen que ver con su situación económica en el momento en el que ocurre el suceso de enfermedad, con la percepción de gravedad de la enfermedad o la falta de mejoría tras haber acudido a otros servicios.

Los consultorios particulares que Maylem conoce son producto de la tradición y recomendación familiar. Dado que ella es originaria de Santo Domingo, ha crecido en un contexto cambiante en relación a los servicios de salud en el barrio. No obstante, existen consultorios y clínicas privadas que existen desde hace mucho tiempo, y que tanto ella como su familia frecuentan desde que ella era niña. Es el caso de la clínica que está ubicada en la calle de Mayas, a la cual acuden también sus hermanas y su abuelita. Además ya conoce bien a la doctora.

Otro consultorio particular al que acude Maylem es el que está en la calle de Ahuejote, en donde le cobran \$150 la consulta matutina y vespertina, y \$200 la consulta nocturna sin medicinas: *“en Ahuejote de día me cobran \$150 y si es de noche \$200 pero nada más la pura consulta sin medicinas. Si tiene muestra te la da pero no siempre tiene, por eso si sale carito”*. No obstante, Maylem opina algo parecido a Hilda, es decir, que el tiempo de espera en estos consultorios no es muy diferente al tiempo de espera en los servicios públicos:

Es lo mismo porque igual si vas y sacas tu ficha y eres de las primeras tienes que esperar porque la doctora llega a las cinco y a esa hora te atienden. Entre treinta y cuarenta y cinco minutos es lo que esperas.

Otro punto en el que Maylem considera que no hay diferencia entre la medicina oficial y la privada, es en los tratamientos sugeridos por los médicos, pues consideran que en ambos casos se utilizan los mismos medicamentos: *“es igual en los dos lados porque al fin y al cabo es el mismo medicamento, lo único que cambia es en donde la venden pero es lo mismo”*.

En general, los precios de las consultas de médicos y clínicas particulares oscila entre los \$100 y \$200 pesos con o sin medicinas. Sin embargo, también hay servicios médicos más caros como el consultorio de una doctora ubicada en la calle de Rosas a la que Mariela lleva a su hijo Paco. Esta cobra \$700 la consulta: *“es un consultorio en donde son varios doctores. Es buena la doctora pero está caro. Ese precio a veces sí incluye las medicinas pero a veces no. Lo que siempre te da la doctora es leche para los niños”*.

Mariela cuenta que conoce varios doctores que tienen sus consultorios en el barrio y zonas aledañas, pues como sus hijos se han enfermado tanto ha tenido la necesidad constante de buscar diferentes espacios de atención médica. Platica que a esa doctora la conoció mediante la Sección Amarilla, y que quedó muy conforme con la atención que le brindó a los niños, pues le pareció muy completa. Sin embargo, le parece que cobra muy caro, por lo cual no siempre pueden ir ahí: *“Yo la verdad ya dejé de ir con la doctora de Rosas porque la verdad me cobraba mucho (...) Entonces dejamos de ir con ella y empezamos a ir con Santiago”*. Por tanto, sólo lleva ahí a sus hijos cuando tienen un poco más de ingresos. Cuenta que Santiago, el otro médico, le cobra un poco más barato:

Nos cobra \$100 más el medicamento. En general salimos pagando como \$500 con todo y medicina. Y la verdad es que nos da mucha confianza. De hecho, mañana vamos a llevarlo con él para preguntarle que estudios hay que hacer, si tiene asma o que cuadro tiene.

## **A modo de conclusión**

### ***La atención biomédica según las representaciones sociales de las madres***

A lo largo de este capítulo se han presentado las representaciones sociales que las madres tienen respecto de la atención biomédica a las enfermedades de sus hijos.

Existen similitudes en la forma en que se constituyen tales acciones, pero a la vez se observan matices que las diferencian. Éstas se producen con base en múltiples factores que interactúan entre sí, y que conducen a la mujer a llevar a cabo una práctica determinada. Puse énfasis en las diferencias producidas entre los dos grupos que conforman la muestra, ya que las mayores y menores condiciones de desventaja social y económica generan distintas posibilidades de



acceder a los recursos de atención, sobre todo a nivel de la atención especializada. Esto indica que aunque las seis mujeres se encuentran insertas en una condición de desigualdad y pobreza estructural, también hay ciertas variantes al interior, pues algunas mujeres se encuentran en una situación de mayor precariedad que las otras, algo que se refleja, quizá con sutileza en algunos casos, en las prácticas de atención.

Todas las mujeres están familiarizadas con la medicina privada y con la oficial, todas tienen acceso a ambos sectores, especialmente en el primer nivel de atención. Todas tienen diversas experiencias previas y las utilizan en forma combinada con la finalidad de atender las enfermedades respiratorias y gastrointestinales de sus hijos. Solamente que existen acciones diferenciales en cuanto al uso de ambos tipos de atención médica. Dichas diferencias son producidas, además de los factores ya señalados, por factores asociados a dos cuestiones; por un lado, la condición de desventaja social y económica y, por el otro, la propia subjetividad de cada mujer, es decir, el cúmulo de experiencias, vivencias, sensaciones y conocimientos que ha adoptado a lo largo de su vida y a lo largo de su carrera de maternidad. No obstante, ambas dimensiones no están desvinculadas una de otra.

Entre tales diferencias, se desprende una que es interesante, y la cual motiva a formular nuevas interrogantes que por ahora no serán abordadas en profundidad. Es el hecho de que por paradójico que parezca, las mujeres ubicadas en una posición de mayor desventaja social y económica son las que menos acuden a la medicina oficial de primer nivel, a pesar de que la atención en ese sector es gratuito. Ellas acuden más a la medicina privada de barrio, a los consultorios de similares y genéricos o a los consultorios y clínicas privadas dado que son más accesibles para ellas en varios aspectos. Pues a pesar de que económicamente, les implica un mayor gasto, hay otros factores que son igualmente determinantes en las acciones de atención, varios de ellos consustanciales a la vida de la mujer, su ritmo de vida, dinámica de trabajo, sistema de creencias, red social, posibilidades empáticas con los prestadores de salud, entre otras cosas. Esto es algo que tal vez requiera de mayor análisis, pero

por el momento puedo afirmar que los datos mostraron ese patrón de atención por parte de cada grupo de mujeres.

Las mujeres en condición de mayor desventaja tienen más dificultades en el acceso a los servicios de salud públicos, en tanto que sus dinámicas de vida les dificultan hacer un mayor uso de éstos, dado, por ejemplo, la cantidad de tiempo dedicado al trabajo. Por ende, prefieren acudir a los consultorios particulares, pues aunque tengan que pagar la consulta, les implica una solución inmediata. A esto se añade que para ellas llevarlos al CS no es percibido como un ahorro significativo de su economía, pues en realidad lo que les implica un mayor gasto son los medicamentos, los cuales no se proveen en el CS. En tal sentido, ellas prefieren ir a una unidad médica privada tipo similares, en donde se les atiende de forma más fluida; y en donde están seguras de que habrá una eficacia terapéutica mayor que en la atención pública, ya que la consideran mejor en calidad y en resultados a la medicina privada, a pesar de que ahí también se les cobran las medicinas.

Esto no quiere decir que las mujeres del grupo dos no acudan a servicios médicos privados. Ellas también acuden a ellos, al igual que a la medicina oficial. Es decir, sus posibilidades de acceso a diversos recursos de atención son más amplias. Tales posibilidades no sólo están dadas por la cuestión económica, sino por otros aspectos como el que todas cuenten con algún tipo de cobertura médica; que sean conocidas por el personal de salud del CS, lo cual de alguna manera, ha creado un vínculo que genera una atención más personalizada y “familiar”, algo que en ciertos casos es bueno, como se ve en Maylem, y en otros no lo es, como sucede con Hilda. También tienen mayores posibilidades de organizar su tiempo y de esa forma poder esperar más para ser atendidas. Por último, pese a que la condición socioeconómica no es el único factor determinante, sí tiene cierto peso, pues al estar en una posición un poco más desahogada, tienen la opción menos restrictiva de hacer uso de consultorios y clínicas privadas en caso de que sea necesario. Es decir, en caso de que no haya ninguna otra opción de atención médica en el momento en que el niño lo requiere; o que piensen que sus hijos necesitan una atención más especializada; o que ya hayan acudido con otros médicos y ninguno haya logrado curar a los pequeños.

Respecto a la cantidad de veces que acuden las mujeres a unos y otros servicios, cabe decir que las mujeres del grupo uno dijeron llevar en el último año a sus hijos al Centro de Salud con mucha menor frecuencia que a alguna unidad médica privada. Mientras que las mujeres del grupo dos, indicaron que en el último año han acudido a la medicina oficial una mayor cantidad de veces que las madres del otro grupo, pero aún así menos veces respecto a la medicina privada (véase tabla 15)

*Tabla 15. Frecuencia de atención en sectores oficial y privado*

Grupos	Informante	Cantidad de veces que ha llevado en el último año a sus hijos a atención médica oficial	Cantidad de veces que ha llevado en el último año a sus hijos a atención médica privada
Grupo 1	Gaby	Ninguna	Dos veces
	Mari	Una vez	Cuatro veces
	Yuri	Dos veces	Cinco veces
Grupo 2	Hilda	Tres veces	Cuatro veces
	Maylem	Cinco veces	Cinco veces
	Mariela	Cuatro veces	Seis veces

**Fuente:** elaboración propia con base en datos de campo, 2015, México.

Por otro lado, cabe decir que a pesar de presentar ligeros matices diferenciadores de la condición socioeconómica de las mujeres, la innegable es que todas pertenecen a un sector de bajos recursos. Es por ello que uno de los aspectos en los cuales enfatizaron más fue en la dificultad para adquirir medicamentos dado que suele representar para ellas el mayor gasto en salud. Todas ven como una limitación importante el que ninguno de los servicios de salud a los que acuden les provea medicinas (excepto la clínica del ISSSTE a la que tiene derecho Hilda). Hay casos en lo que esto se vuelve un factor más crítico, el cual requiere del apoyo de todo el grupo familiar, como pasa con Gaby:

Pues a veces le pido ahora sí que prestado a mi mamá o luego a mi hermana y pues cuando tienen y pueden pues sí, que la mayoría de las veces pues si como que tienen un poquito más que yo. Luego lo que hago es que aunque sea les compro un medicamento y ya lo demás pues no, ni modo.

En realidad lo anterior muestra cómo se llevan a cabo estrategias por parte de la red social de la mujer en torno al proceso s/e/a/p, tácticas de apoyo y de cuidado, que tienen diferentes finalidades, ya sean curativas, esto es, orientadas a la resolución del padecimiento, o pragmáticas, es decir, enfocadas a resolver limitaciones inmediatas que impiden la mejora o cura del niño, como lo son los problemas económicos.

### ***1. El predominio de la medicina privada de primer nivel: un punto de encuentro***

Varias de las mujeres de Santo Domingo con las cuales trabajé, tienen algún tipo de protección médica como el Seguro Popular, e incluso una de ellas tiene derechohabencia al ISSSTE. No obstante, uno de los hallazgos de este trabajo es que para atender los padecimientos de sus hijos, prefieren hacer uso de la medicina privada de primer nivel, es decir, a nivel de consulta externa. Siguiendo a Zurita y Ramírez (2003), es operativo el planteamiento de que “la población mexicana usa los servicios privados sin importar su pertenencia a la seguridad social” (Zurita y Ramírez, 2003: 153), siempre en referencia al primer nivel de atención y a la resolución de ciertos padecimientos. Por lo general, de enfermedades que no requieren de una atención médica de segundo o tercer nivel, y que son de corta duración.

Un punto en común a todas las madres, es que por lo general, consideran que la medicina privada es un espacio de atención más deseable que la medicina pública, y que de tener las posibilidades prefieren llevar a sus hijos con médicos particulares. En lo que se percibe una diferencia es en que para las madres del grupo uno la atención médica pública recibida en primer nivel suele ser señalada de forma negativa, ya que la atención es más lenta, la consulta médica es más corta, los médicos no suelen profundizar demasiado en la revisión del niño –algo que para las madres es muy importante- y a pesar que se espera de este servicio que se proporcionen los medicamentos, esto no sucede (por lo menos en el Centro de Salud). Mientras que la atención médica privada de primer nivel en general es descrita de forma positiva, pues la atención es tendencialmente más rápida que en

la medicina oficial, los médicos dedican más tiempo de consulta y ponen mayor cuidado en la revisión del niño, ya que lo revisan de “pies a cabeza” aunque únicamente tenga un malestar focalizado (ej. dolor de garganta). El hecho de que haya que pagar la consulta se compensa con los beneficios que implica acudir a estos servicios. En resumen, es un servicio que cumple con las expectativas que ellas tienen, pues les resuelve de forma práctica el problema de enfermedad de sus hijos.

Por el contrario, para las madres del grupo dos, la medicina oficial no se describe de forma tan rotunda como negativa, sino que es matizada de forma tal que rescatan elementos positivos a la par que reconocen los negativos, y algo similar sucede con la medicina privada, la cual aunque si es valorada de forma más positiva que negativa, también aceptan que hay cuestiones mejorables, el costo de la consulta y de los medicamentos que recetan los médicos, o que no todos los médicos son buenos y que incluso hay algunos que ven su profesión como negocio.

Como mencioné anteriormente, un primer aspecto que hace que la atención médica en general sea considerada buena por todas las mujeres es la eficacia de la misma. Esta eficacia es entendida en términos de la fluidez y dinamismo en la atención, así como en relación a la efectividad del tratamiento recetado por el médico. Otro factor que interviene en la buena evaluación a la atención médica se refiere al desarrollo de la consulta médica<sup>101</sup> y, en menor medida, al trato que reciben por parte del personal de salud.

Estos factores suelen estar más presentes en la medicina privada que en la oficial, es decir, la primera es tendencialmente vista como más rápida. Además, los doctores particulares les prestan más atención, les explican mejor y no las regañan ni se inmiscuyen en sus asuntos personales.

A lo anterior incluyo otra posible explicación hacia esta preferencia a los servicios médicos privados. Aunque no se explicita en lo que dicen las mujeres, se

---

<sup>101</sup> Con el desarrollo de la consulta me refiero a la duración de la misma; a la estructura que tiene, es decir, si el médico cumple con todos los pasos que según ellas debe tener una consulta (preguntas del médico hacia las madres, revisión minuciosa del niño, explicación detallada del diagnóstico y del tratamiento); el interés que el médico y demás personal de salud pone en el paciente; y el que se tome en cuenta su propio punto de vista respecto al padecimiento del menor.

puede inferir una asociación entre acudir a la medicina privada y el estatus social adquirido dentro de su grupo doméstico y comunitario, un punto clave. En ese sentido, acudir a la medicina privada es un criterio que genera distinción respecto a sus propios allegados. Esto es más evidente en lo que refiere a la atención a los partos, pues muchas de las mujeres señalaron haberse atendido en una clínica privada y no en los hospitales oficiales, como un criterio diferenciador de otras mujeres habitantes del barrio. Asimismo, a pesar de que las mujeres tienen claro que en la medicina privada también puede haber médicos negligentes e incompetentes, parece haber una idea generalizada de que en general ahí se atiende mejor dado que hay que pagar. Es decir, la asociación más bien gira en torno al hecho de pagar como equivalente de una mejor atención, e incluso entre más se pague se suele pensar que la atención es mejor. Esta idea también estaría presente en la eficacia de los medicamentos, pues tanto más costosos sean se piensa que tienen un mayor efecto. Justamente, por eso es que los medicamentos genéricos son concebidos como menos eficaces, pues las mujeres creen que por ser más baratos tienen una menor dosis de principio activo.

#### 1.1 Una perspectiva heterogénea del personal de salud

Una idea que deriva de lo anterior es que para las madres el hecho de que reciban una mejor o peor atención médica no depende tanto de la institución en sí, sino de las personas que forman parte de la misma. Ellas suelen referir sus representaciones vinculadas a los doctores, enfermeras y trabajadores sociales. La relación entablada con ellos es lo que determina en gran medida su percepción sobre la atención recibida, el hecho de que el médico sea competente, sensible y amable es más importante a otros aspectos como las condiciones de infraestructura del espacio de atención. De hecho, fueron prácticamente nulas las referencias a las limitantes en la infraestructura de la medicina oficial, a diferencia del personal de salud, cuyas representaciones lo refieren como una de las principales problemáticas para brindar una atención médica de calidad.

Asimismo, la percepción que las mujeres tienen sobre el personal de salud tiende a ser diferenciada, no homogénea. La opinión que ellas tienen sobre los

médicos está matizada de acuerdo a las experiencias que han tenido con cada médico al cual han acudido, por lo cual, si refieren a la atención recibida en el CS, enseguida especifican que depende de qué médico los atiende.

## **Conclusiones**

### **De saberes maternos, padecimientos infantiles y formas de atención en el Pedregal de Santo Domingo**

El objetivo principal de este trabajo consistió en entender cómo se expresan determinados procesos s/e/a/p en el caso de un grupo de mujeres que viven en un barrio popular de la Ciudad de México. Para ello me centré en describir y analizar lo que seis madres que habitan en el barrio Pedregal de Santo Domingo piensan sobre cuatro tipos de padecimientos que presentan sus hijos y sobre cómo dicen que los atienden, en qué ámbitos y por qué lo hacen.

Como parte de los objetivos de investigación me enfoqué en trabajar con las representaciones sociales que tienen las mujeres sobre las formas y recursos de atención que ellas utilizan para tratar y resolver algunos padecimientos alopáticos y “tradicionales”. Éstas se refieren a las formas y recursos de atención biomédicos y populares, así como a la síntesis de ambas en la autoatención. Describir y analizar cómo las mujeres hacen uso tanto de las formas de atención biomédicas y populares ha sido uno de los ejes de la tesis, lo cual obliga a dar cuenta de la particularidad de dichas formas de atención en el contexto estudiado.

Asimismo, me propuse saber cuáles son las condicionantes que actúan en la constitución de los saberes maternos, así como en las acciones de atención llevadas a cabo por las mujeres. Por ende, consideré pertinente incorporar al análisis otras variables como la condición de desventaja socioeconómica de cada mujer, la dimensión subjetiva y el peso que tiene la red social en este proceso.

Los motivos por los cuáles me interesaba dar cuenta de lo anterior era tratar de saber de qué forma se atienden tales padecimientos en una posición de desigualdad socioeconómica como la de estas mujeres. También, quería entender hasta qué punto dicha situación condicionaba la conformación de los saberes médicos producidos por las madres, es decir, los saberes maternos. Por último, quería saber cuál es la particularidad de las decisiones de atención en el contexto



actual de un barrio popular como Santo Domingo, sobre todo en lo que respecta al uso de la medicina oficial y de la medicina privada.

En términos generales considero que los objetivos planteados para esta investigación lograron cumplirse. Sin embargo, quizá hubo cuestiones en las que hizo falta profundizar un poco más. Por ejemplo, un objetivo que está implícito en el desarrollo de la investigación, cuya importancia es central, es el de dar cuenta de cómo se constituye el pluralismo médico en Santo Domingo. En relación a esto reconozco que en la etnografía presentada, el pluralismo médico aparece de forma limitada ya que únicamente aparecen las formas de atención biomédicas y la autoatención, así como una serie de recursos populares utilizados en esa esfera. Pero en ningún momento aparecen otros tipos de atención como la medicina alternativa, el espiritismo o las “limpias”, por mencionar algunas. Me parece que el hecho de que estas formas de atención no hayan aparecido no quiere decir que no existan, sino que probablemente no se utilizan para los padecimientos infantiles aquí estudiados. Esto me conduce a plantear este concepto con más moderación, pues lo que he investigado únicamente remite a una parte de cómo se constituye el pluralismo médico en Santo Domingo.

Asimismo, otra cuestión que no logró cumplirse es que en los objetivos se delimitaba como algo importante trabajar no sólo con las representaciones de las mujeres, sino también con las prácticas, algo que como se ha visto en este trabajo no ha sido posible. Probablemente, de haber trabajado con prácticas habría tenido más material para dar cuenta de la consistencia que hay entre lo que las mujeres relatan y lo que realmente hacen.

Junto a los objetivos antes mencionados, he esbozado tres preguntas básicas de investigación que están delimitadas al inicio de la investigación. Considero que éstas han sido problematizadas en cada uno de los capítulos, en los cuáles se ha intentado dar respuesta a ellas de forma más extensa y detallada. Sin embargo, en este último capítulo quisiera retomar cada una de ellas, así como las hipótesis que tratan de darles respuesta para de ese modo presentar una reflexión final en torno a las mismas. Al respecto, quiero aclarar que las conclusiones de esta investigación no pretenden ser generalizantes ni dar una respuesta total al

problema de estudio planteado, sino solamente generar una aproximación analítica con base en lo que han mostrado los datos etnográficos.

### **1. Los saberes maternos en Santo Domingo**

Una de las preguntas que presenté al inicio de este trabajo es la siguiente: ¿Cuáles son los saberes maternos de las madres respecto a las enfermedades respiratorias, gastrointestinales, al empacho y al mal de ojo? La hipótesis que responde a dicha pregunta plantea que los saberes maternos son similares en cuanto a las causalidades, síntomas y a la forma en que se diagnostican los padecimientos. Sin embargo, también presentan diferencias considerables, sobre todo en relación al tipo de padecimiento que se trate, ya sea “tradicional” o alopático. Igualmente, presentan diferencias que van más allá de las que dicta cada padecimiento y que dependen de otros factores, como la condición de desventaja o la dimensión subjetiva de cada madre.

En tal sentido, puedo decir que una parte de la hipótesis terminó por cumplirse, en tanto que los datos muestran que los saberes de las madres presentan varias similitudes para cada tipo de padecimiento, semejanzas que incluso van más allá de la condición de desventaja, o de cuestiones subjetivas de la madre. Cabe aclarar que esto no significa que haya algunos matices que establecen distinciones entre las mujeres, o entre los dos grupos, sobre lo cual se hablará más adelante.

Por ahora, me enfocaré en las representaciones sociales de las madres sobre los cuatro padecimientos. Éstas dejan ver que hay algunas entidades nosológicas que las mujeres reconocen más debido a que son las que más padecen sus hijos. Quizá habría que puntualizar que las representaciones a las cuales he aludido en esta investigación, en realidad se refieren a padecimientos muy concretos como la gripe, catarro, tos, faringitis, gastroenteritis, diarrea, empacho y mal de ojo, pues es a estos a los que las madres han englobado dentro de los padecimientos respiratorios, gastrointestinales y “tradicionales”. Lo más probable es que esto haya sido así porque se trata de los padecimientos más frecuentes en sus hijos, y por tanto, los que les suscitaron mayor interés.

De inicio, las enfermedades “tradicionales” fueron reconocidas por todas las madres, aunque con diferente grado de aceptación y familiarización. En general, en el caso del empacho y, en menor medida, del mal de ojo, las madres aceptaron que se trata de entidades nosológicas legítimas y que forman parte de sus saberes, todas reconocen perfectamente los síntomas y saben cuál es el tratamiento que requieren, aún cuando algunas prefieren que sea una de las allegadas quien lo efectúe.

Enseguida, todas las enfermedades son explicadas en términos de causalidad, aunque ésta se expresa de forma variable dependiendo cada padecimiento. Por ejemplo, las causas atribuidas a las enfermedades alopáticas tienen un referente menos concreto y son más difícilmente identificables que las causas del empacho y mal de ojo. Las causas de estas últimas suelen ser asociadas a una acción específica que la madre ubica perfectamente. Por lo contrario, las causas de las enfermedades respiratorias y gastrointestinales aluden a múltiples factores, mismos que pueden ser agrupados en dos aspectos principales: falta de higiene y mala alimentación. Estos factores suelen ser vistos como problemáticas estructurales en tanto que son un indicador de las condiciones materiales de vida de las personas.<sup>102</sup> Lo interesante es que para algunas madres, sobre todo para las del grupo en menor desventaja, está presente la idea de que tales factores son causantes de enfermedad, pero que todo depende de cómo ellas, con base en su marco de posibilidades, hacen frente a los mismos mediante sus prácticas cotidianas. Es decir, hay una percepción de autocontrol sobre las condiciones de higiene o el tipo de alimentación, algo que conduce a reflexionar sobre la agencia de los sujetos. O de forma más específica lleva a pensar sobre el diálogo existente entre estrategias y prácticas realizadas en el núcleo doméstico, es decir, entre un nivel micro y un nivel macro, el de las condiciones sanitarias y de acceso a los alimentos (Menéndez, 1992).

---

<sup>102</sup> Las poblaciones con condiciones de vida más precarias suelen presentar condiciones de higiene deficientes, producto de la falta de abastecimiento de agua potable, de un adecuado sistema de drenaje, de la falta de pavimentación, entre otros factores.

Asimismo, la alimentación deficiente puede ser indicador de un acceso limitado a los nutrientes necesarios para los requerimientos de una persona, lo cual puede ser considerado causa de escasos recursos económicos que permitan adquirir tales alimentos, entre otras causas

Asimismo, la causalidad de las enfermedades “tradicionales” es sumamente importante para determinar el diagnóstico, algo que no ocurre con las alopáticas, las cuales dependen más de los síntomas para emitir un diagnóstico. Por consecuencia, para diagnosticar de empacho o mal de ojo es fundamental que la madre o las allegadas identifiquen el evento causal, y que éste sea reforzado con los síntomas. Lo que suele confirmar el diagnóstico en estos casos es la eficacia terapéutica. De no existir ésta, entonces se pone en duda el diagnóstico, y puede pasar de empacho a infección gastrointestinal. Es por ello que las barreras diagnósticas son difusas y cambiantes. De esta forma es que planteo que los diagnósticos son transformacionales, ya que van reinterpretándose y modificándose de forma constante. Estos cambios se dan sobre todo entre el empacho y la gastroenteritis, o entre los padecimientos respiratorios y la gastroenteritis.

Finalmente, uno de los puntos que resultan más interesantes de los saberes maternos es su posibilidad de sintetizar saberes médicos producidos desde diferentes lógicas. Es decir, a pesar de que tres de las mujeres provienen de un contexto rural, y las otras tres tienen esa ascendencia dado que son hijas de migrantes del campo a la ciudad, sus saberes maternos están cargados de simbiosis entre saberes y recursos populares/tradicionales y saberes y recursos alópatas. De tal modo que los primeros, se siguen reproduciendo, pero en un nuevo espacio y en interacción con saberes diferentes. En otras palabras, los saberes se reformulan y se reapropian pero finalmente tienen continuidad, más que ruptura, con una lógica popular/tradicional que únicamente está recontextualizada.

## ***2. La autoatención como punto de encuentro de saberes y recursos de atención***

La segunda pregunta que me planteo consiste en saber cuáles son las formas de atención biomédicas y domésticas utilizadas por las madres para enfrentar las enfermedades de sus hijos. La hipótesis formulada al respecto establece que, de acuerdo a las representaciones sociales de las madres, la forma de atención biomédica junto con la autoatención son las dominantes, lo cual resultó ser cierto.

Con el material etnográfico, esta hipótesis se enriqueció en tanto que me permitió añadir que cada forma de atención es utilizada en mayor o menor medida de acuerdo al tipo de padecimiento.

Los padecimientos alopáticos y “tradicionales” se atienden tanto en la esfera de la autoatención, como en la atención biomedica. La autoatención es la forma de atención que abarca la mayor parte de las trayectorias de atención a todas las enfermedades, ya que ahí se emiten los diagnósticos iniciales, se llevan a cabo los primeros tratamientos y se toman las decisiones de atención, o eventualmente, de no atención. Es decir, se trata de una esfera que atraviesa todas las acciones de atención, pero que se expresa con mayor fuerza en algunos momentos y con ciertos padecimientos, como es el caso de los “tradicionales”. Las alopáticas, sobre todo cuando se perciben con riesgo de trascender a cuadros de enfermedad más complejos, son atendidas en la esfera de la atención profesional considerada hegemónica: la biomedicina.

La forma de atención biomédica, junto con la autoatención son las más frecuentes en las acciones de atención. A nivel de la atención profesional, los curadores populares y alternativos no aparecen en las trayectorias seguidas por las enfermedades respiratorias, gastrointestinales, empacho o mal de ojo. Pese a esto, los saberes y recursos populares aparecen en las acciones de autoatención, a los cuales las mujeres denominan como “medicina casera” o “medicina naturista”.

El grado de presencia de los saberes y recursos populares depende del tipo de padecimiento, así como de las experiencias y conocimiento de la mujer. Es decir, para el empacho y mal de ojo, las madres hacen uso, principalmente, de recursos populares. Asimismo, son los saberes populares los que permiten diagnosticar y, sobre todo, hacer la curación al niño. En las enfermedades alopáticas los recursos populares están más equilibrados junto a los alopáticos, pues las mujeres suelen hacer uso de ambos. Sin embargo, esto también depende de la forma en que las madres se identifican con cada uno de los recursos. Pues algunas prefieren darles tratamientos populares a sus hijos antes de llevarlos al médico; o piensan que automedicar no es bueno y que los medicamentos alópatas deben ser recetados por un profesional. Y por otro lado están las madres que no

tienen inconveniente en automedicar a sus hijos. Probablemente esta diferencia tenga que ver con el origen de las muchachas, así como con el tipo de relación que han establecido desde su infancia y durante su carrera de maternidad con los recursos biomédicos de atención.

A pesar de eso, las acciones que narran tienen una plasticidad evidente, que hace que las madres adopten uno u otro recurso, o se apropien de un saber biomédico de igual forma que de uno popular. Esto es, ellas van incorporando todo conocimiento, idea o actitud que les resulta práctica y eficaz para lograr un fin común a todas, la sanación de sus hijos del modo más efectivo y sencillo posible. En ese sentido, es claro que en las representaciones y acciones sociales de las mujeres tiene mayor prioridad la búsqueda de la eficacia pragmática que el propio sistema de creencias y la ideología de la madre.

Esa búsqueda de eficacia pragmática, así como todo el cúmulo de conocimientos que la madre ha desarrollado, generan una eficacia simbólica y curativa muchas veces exitosa, lo cual fortalece la idea de las madres como curadoras que actúan en el ámbito de la autoatención. Esto permite pensar en la autoatención como un espacio de autogestión en el que intervienen los propios sujetos sociales en relación a cómo manejar su salud, sin la necesidad de una intervención profesional. Al respecto, recupero el planteamiento de Menéndez (1984), en el sentido de que la autoatención en salud es un saber que expresa más que ninguna otra práctica médica, la “posibilidad transformadora del conjunto de las clases en su relación con la problemática de salud” (Menéndez, 1984: 85).

En última instancia, la autoatención se configura como un primer nivel de atención llevado a cabo en el ámbito doméstico, que a veces resulta ser más efectivo que el primer nivel de la biomedicina, pero que ha sido negado desde la propia biomedicina. Como nos recuerda Osorio (2001), se trata de un conjunto de saberes médicos producidos por las madres “sobre la epidemiología de las enfermedades y sus posibles métodos terapéuticos y preventivos, los cuales no siempre son reconocidos y valorados adecuadamente por los servicios de salud institucionales” (Osorio, 2001: 229).

Ahora bien, no hay que perder de vista que a pesar de que la autoatención es la forma de atención más frecuente, las representaciones y acciones de las madres evidencian una hegemonía biomédica que ha desplazado a un plano muy secundario los saberes de la medicina popular, puesto que la mayoría de los saberes maternos remiten -por supuesto que resignificados- a la biomedicina.

### ***3. Una forma de atención biomédica hegemónica, heterogénea y situada en un barrio popular***

A lo largo de la tesis, se han expuesto las representaciones y acciones de las madres respecto a ciertas enfermedades de sus hijos, algo que ha dado bases para saber cómo se constituye un pluralismo médico muy acotado a ciertas formas de atención, en Santo Domingo.

De acuerdo a las acciones de atención de las madres, el recurso de atención hegemónico es la biomedicina. Los terapeutas populares especializados tienen nula presencia en las trayectorias de atención a los padecimientos estudiados. Sin embargo, los saberes y recursos populares ocupan un lugar central a nivel de la autoatención, y sobre todo, respecto al empacho y al mal de ojo, las cuales de no ser modificados en su diagnóstico, suelen quedarse en ese espacio y sólo pasar a la atención profesional cuando se transforman en padecimientos alopáticos.

Justamente, creo que esta hegemonía de la forma de atención biomédica es algo que hay que problematizar, y no dar por sentado. Se trata de una hegemonía matizada por la presencia de los saberes y recursos populares de atención presentes en las acciones de atención. Así, esta forma de atención es la más legitimada por todas las mujeres, pero no por ello la que mayor presencia tiene. De hecho, la autoatención, la cual sintetiza saberes y recursos biomédicos con populares, es la más frecuente en las acciones de las curadoras. Pero a pesar de eso, la autoatención no tiene la misma legitimidad que la biomedicina, ni por parte del Sector Salud, ni por la de los propios conjuntos y grupos domésticos, como pasa con las madres y sus familias.

En realidad, esto puede explicarse si se toma en cuenta que uno de los rasgos estructurales del MMH es propiciar la “exclusión ideológica y jurídica de los

otros modelos alternativos” (Menéndez, 1983: 98). El MMH ejerce control social e ideológico así como legitimación, y una consecuente estigmatización de las prácticas alternativas, generando que aún los más subalternos vean en la práctica médica el paradigma científico (Menéndez, 1983).

Por otro lado, en correspondencia con la hipótesis que esbozo en la introducción, y que propone que la biomedicina no es una forma de atención homogénea sino que se opera de diferentes modos de acuerdo al contexto que le da cabida, vale decir que es bastante certera. En el presente caso la forma de atención biomédica se manifiesta en dos sectores, el de la medicina oficial y la medicina privada. Además, cada una posee especificidades internas. Esto es relevante ya que produce representaciones distintas por parte de las madres, y por consiguiente, diferentes acciones de atención.

Me concentraré en el caso de la medicina privada ya que es el sector al que más acuden las madres. Ésta adopta diversas formas que van desde consultorios de genéricos y similares; consultorios médicos y clínicas de barrio particulares hasta diversos tipos de farmacias. Todos estos tienen una presencia abundante en el barrio. La medicina privada adquiere un rol central en las acciones de atención, siendo mayor en las mujeres de un grupo, el de mayor desventaja. En los casos de las mujeres en menor desventaja, las rutas de atención tienden a estar más equilibradas respecto a la medicina oficial, aunque con cierta inclinación hacia el uso de la medicina privada.

A pesar de que en las acciones de atención de todas las mujeres está presente tanto la medicina privada como la medicina oficial, cabe señalar que los usos que ellas hacen son diferenciales. Esto depende de dos factores, por un lado las condiciones de desventaja social y económica en las que cada mujer se encuentra, y por el otro, las condiciones de subjetividad de cada una de las madres.

De tal modo que las mujeres en mayor condición de desventaja tienen opciones de atención más limitadas, ya que sus posibilidades de acceso a los servicios de salud públicos son menores, y por ello suelen recurrir más a la medicina privada. Una medicina privada con características particulares, pues



básicamente abarca consultorios similares y genéricos, o médicos y clínicas particulares asentadas en los límites del barrio. Las mujeres en menor posición de desventaja pueden acceder a la medicina pública y a la medicina privada de igual modo, aun cuando si hay una tendencia a un mayor uso de ésta última. No obstante, aunque los datos obtenidos muestran que existe este patrón de atención diferencial, sí me parece que hace falta profundizar en ello. Se requeriría de un trabajo más extenso que se enfocara únicamente en investigar las decisiones de atención médica en un grupo subalterno con condiciones de desventaja diferentes al anterior. Por ahora, sólo lo planteo como posible veta de investigación que puede ser retomada por ulteriores estudios.

La existencia de diferentes formas de atención biomédica que interactúan en un mismo espacio, me remite a pensar en el pluralismo médico. En el caso de Santo Domingo y de muchos otros contextos sociales, la coexistencia de dos modelos de atención biomédica es consecuencia de las limitantes que cada uno de ellos presenta (Leslie, 1992). Las limitantes que las formas de atención biomédica tienen son de diversa índole: curativas, de acceso, prácticas u operativas.

Por ende, la proliferación de los consultorios de genéricos y similares, el tipo de medicina privada más abundante, es un hecho que obedece a la necesidad de contar con espacios de atención médica alternativos a los de la medicina oficial de primer nivel, la cual, desde la perspectiva de las madres y del propio personal de salud, tiene varias deficiencias. Como lo plantea Leslie (1992), cada forma de atención genera descontento en los conjuntos y sujetos sociales que buscan solución a sus problemas de salud. La explicación de esto radica en las limitaciones de las propias formas de atención, y por ende conduce a buscar espacios alternos. Justamente, esta es una de las funciones del pluralismo médico, es decir, posibilitar el desarrollo de diversas “estrategias adaptativas culturales valiosas para la supervivencia y el manejo de las enfermedades y dolencias” (Pedersen, 1989: 657), lo cual se observa en el caso aquí estudiado. Aunque como ya se dijo al inicio de este capítulo, el pluralismo médico aparece, pero de forma un tanto restringida en tanto que tienen presencia únicamente la autoatención, y la forma de atención biomédica, sin aparecer los curadores populares especializados.

Es así que los consultorios similares y genéricos aparecen como una opción viable y necesaria de atención médica, cuyo impacto en las poblaciones subalternas es significativo. Tal como lo mencionan Zurita y Ramírez (2003) una de las razones por las cuales la población recurre a la medicina privada tiene que ver sobre todo con la deficiencia de los servicios de salud oficiales, ya que los usuarios no están satisfechos con la atención que reciben, pues el trato personal es inadecuado, están en desacuerdo con el diagnóstico y tratamiento, ven problemas en la disponibilidad y efectividad de los medicamentos y no perciben mejoría en su estado de salud. Por tanto, buscan la opinión de los médicos privados, que muchas veces son los mismos que en otro horario laboran en el sector público. Sin embargo, eso no es lo único que determina la búsqueda de atención médica privada, sino una serie de factores que implican desde el estatus social que esta representa, en tanto se trata de un servicio por el cual se paga algo a cambio, hasta el simple hecho de que les resulta más pragmático en varios sentidos pues pueden ir a la hora que quieran, sin la necesidad de llevar documentos para ser atendidos y en un menor tiempo.

En síntesis, el predominio de la medicina privada sobre la medicina oficial en las acciones de atención de estas mujeres es la base para reflexionar en futuros trabajos sobre la búsqueda de espacios médicos alternativos que den solución a problemas inmediatos de salud infantil, producto de las deficiencias estructurales que caracterizan el primer nivel de atención del sector público.

Además, los servicios de salud oficiales y privados a los que acuden las madres suelen estar acotados al propio espacio del barrio. Esto da pie para plantear que el Pedregal de Santo Domingo se constituye como un espacio contenedor y resolutivo en la atención a las enfermedades infantiles. Es un barrio complejo en términos de las opciones de atención médica que posee y, por consecuencia, logra resolver las necesidades de atención ante padecimientos que no requieren más allá del primer nivel de atención. Probablemente este patrón de búsqueda de atención restringido a la propia colonia, no sea exclusivo de Santo Domingo, sino que también se produzca en otros barrios de la Ciudad de México con características similares. Resulta interesante preguntarse hasta qué punto en

otros barrios urbano-populares de la ciudad o de otras urbes del país, se reproducen lógicas que contengan en el espacio de la propia colonia, la atención médica de primer nivel requerida por la población.

Por último puedo decir que para explicar las formas de atención más frecuentes en Santo Domingo es necesario voltear la mirada hacia la forma de atención biomédica como espacio hegemónico que está en permanente diálogo con la autoatención, y en donde los curadores populares especializados no tiene cabida en el caso de las enfermedades infantiles aquí estudiadas. Ello sin perder de vista que la biomedicina no es uniforme y que está cargada de tensiones internas de las cuales las mujeres se apropian, y reproducen en sus propios saberes.

#### ***4. Condicionantes en la conformación de saberes maternos y en las acciones de atención***

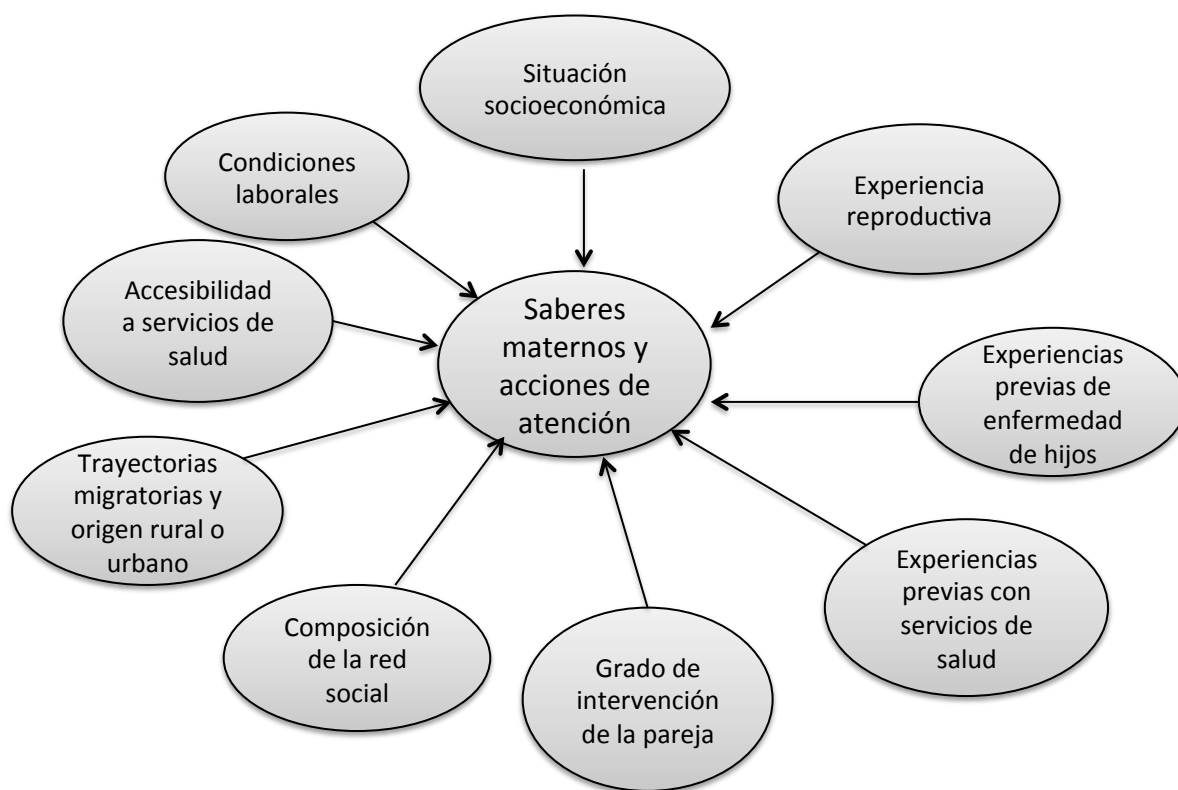
La tercera pregunta de investigación que formulé al comienzo de este trabajo consiste en saber ¿de qué modo inciden en los saberes maternos y en las acciones de atención tanto las condiciones de desventaja de las mujeres, como la dimensión subjetiva, así como su red social? La hipótesis que intenta responder a esto propone que los saberes maternos son heterogéneos, pues tienen como base la subjetividad de las propias madres, es decir, sus experiencias, vivencias, sensaciones y conocimientos propios, así como el peso de la red social o las condiciones materiales de vida de cada una de ellas.

Al respecto, puedo decir que esta hipótesis se cumple de forma parcial. Es decir, a pesar de que encontré una heterogeneidad de los saberes maternos y de las acciones de atención, también detecté importantes similitudes como el hecho de que en todas domina la forma de atención biomédica, que no acuden con terapeutas populares, o que prefieren la medicina privada.

Sin embargo, creo que pese a que es claro que hay cierta uniformidad de los saberes, producto de que las informantes tienen características parecidas, es decir, pertenecen a un sector subalterno, habitan en una misma colonia, o tienen hijos en edades parecidas, también hay diferencias en los saberes maternos que no pueden

pasarse por alto. Esto es producto de varios factores que se entrecruzan y producen saberes maternos con puntos en común, pero también con diferencias específicas. Entre estos factores no sólo se encuentra la situación socioeconómica de las mujeres, pues se ha visto que esto no es algo consustancial a la producción de saberes, sino factores como la historia de migración, el origen, la experiencia reproductiva, las experiencias previas de enfermedad de sus hijos, la composición de la red social, las condiciones laborales, el grado de intervención de la pareja en los padecimientos de los niños, entre otros. Todo esto genera saberes maternos comunes pero a la vez guardan matices que los diferencian entre sí, sobre todo a nivel de las acciones (véase esquema 10).

*Esquema 10. Conformación de saberes maternos en Santo Domingo (condicionantes sociales, económicas, culturales y subjetivas)*



**Fuente:** elaboración propia, 2015, México.

En resumen, es preciso pensar en saberes maternos producidos desde diferentes posiciones sociales, económicas, culturales y subjetivas, las cuales confluyen en un mismo escenario, el barrio de Santo Domingo. Con esto no niego la posibilidad de pensar en saberes afines entre sí, sino que únicamente quiero dar cuenta de la existencia de matices que tienen cabida dentro de la afinidad.

#### 4.1 El proceso salud/enfermedad/atención/prevenición como espacio de acción de múltiples actores

Por último, abordaré un punto que aunque al principio no consideraba tan importante, conforme me enfrenté a los datos etnográficos fue adquiriendo relevancia. Me refiero al peso que tiene la red doméstica y comunitaria de las mujeres en la conformación de sus saberes, y en las acciones de atención llevadas a cabo. Dicha red se constituye por varones y mujeres que son cercanas a las madres: parejas, madres, suegras, hermanas, vecinas, patronas y cuñadas, principalmente. Cada uno de estos allegados tiene un rol distinto. Por ejemplo, en el caso de los varones, su rol se limita básicamente a ser proveedores de los recursos médicos necesarios. Eso es lo que socialmente está en sus posibilidades, y es lo que el grupo doméstico suele esperar de ellos. A diferencia de las mujeres, estos no se involucran de forma directa en el cuidado y atención a la salud de los niños. Por el contrario, las allegadas sí lo hacen, siendo quienes transmiten a las madres sus conocimientos sobre los padecimientos, sobre cómo diagnosticarlos, cómo curarlos o a qué especialistas acudir. Igualmente, entre las allegadas y las propias madres se crean redes de cuidado y apoyo ante episodios de enfermedad infantil. Es decir, no solamente entran en juego relaciones de poder, sino también relaciones de ayuda mutua y cooperación.

A lo que esto me conduce es a plantear la dimensión de género como una herramienta para analizar la forma en que a nivel de los grupos domésticos se crean diferencias de género en torno a la atención a la salud infantil, pues la mayoría de los actores tienen incidencia en el proceso s/e/a/p, y se encuentra diferenciada según una normatividad de género implícita que es reproducida por los conjuntos sociales. En tal sentido, los varones no quedan al margen del proceso

s/e/a/p, sino que su papel es menos visible y opera desde otros espacios de acción, mientras que el de la mujer es el que tiene incidencia directa en la atención a la salud, pues es quien diagnostica, cura y cuida a los niños que enferman. Esto no quita relevancia al papel de las mujeres en el proceso s/e/a/p, uno de los hilos conductores de este trabajo, sino que por el contrario, da pie para dibujarlo como un proceso que no es exclusivo de las mujeres, aún cuando éstas tengan un rol central.

La atención a la salud infantil no es un hecho que sólo involucre a un actor, las madres, sino que se trata de un problema que involucra a múltiples actores que actúan de forma diferenciada en torno a un mismo evento. Son justo esas diferencias intergenéricas, pero también intragenéricas, las que suelen dar lugar a relaciones de poder expresadas en conflictos y negociaciones entre los sujetos.

Si algo está presente es la importancia de las relaciones intragenéricas como un factor determinante en la constitución de saberes, las suegras o madres son quienes enseñan a las mujeres jóvenes cuándo está enfermo el niño, qué tiene, y qué corresponde hacer. Se observa un aprendizaje intergeneracional e intragenérico que es la pauta en la conformación de los saberes maternos. La cuestión de la generación es igualmente relevante en tanto que es visto como un factor determinante de diferencias en la producción de saberes respecto a los padecimientos, como sucede con el empacho y mal de ojo, los cuales a pesar de ser reconocidos por todas las madres, también existe la idea de que se trata de enfermedades de “antes”, y por tanto, tienden a estar más presentes en los saberes de sus madres o suegras que en los suyos. Esto explica por qué las allegadas tienen un papel especialmente relevante en el diagnóstico y tratamiento del empacho y mal de ojo, más que en las alopáticas, las cuales entran más en el universo de representaciones y prácticas sociales de las mujeres.

En síntesis, el proceso s/e/a/p es un espacio polifónico en donde interactúan múltiples voces y acciones en torno a un mismo evento, lo cual fortalece el planteamiento de que opera en términos relacionales (Menéndez, 2002). En el caso concreto de la atención a la salud infantil, dicha polifonía de voces adquiere una especial centralidad en tanto que de esto suele depender la mejora y cura del niño.

### **5. Reflexiones finales**

Para finalizar, cabe decir que este trabajo ha intentado dar cuenta de la conformación de los saberes maternos en torno a cuatro padecimientos en un contexto urbano-popular como el de Santo Domingo, algo que resulta interesante porque muestra cómo las madres que pertenecen a sectores subalternos en la Ciudad de México entienden y tratan de resolver las enfermedades de sus hijos a partir de los múltiples recursos de atención a los que tienen acceso. En ese sentido, me parece que este abordaje puede mantener similitudes con el modo en que dicha problemática sucede en otros contextos parecidos al de Santo Domingo, por lo cual consiste en un material relevante respecto a estudios sobre procesos s/e/a/p en espacios urbano-populares y, en particular, en relación al estudio de los padecimientos infantiles desde el punto de vista de las madres en tales espacios.

Me parece que de esta investigación se desprenden algunos hallazgos que en determinado momento, pueden dar continuidad a algunas vetas de estudio. Es el caso del predominio de la medicina privada de primer nivel de atención en las acciones de los sectores subalternos, algo que conlleva a preguntarse si realmente el principal obstáculo para acceder a los servicios de salud de primer nivel son los recursos económicos o hay un entramado mucho más complejo de factores que motivan a la gente a atenderse en consultorios y clínicas de barrio, que a acudir a los centros de salud. Justamente, lo que ha tratado de mostrarse en este trabajo es que hay una serie de factores interrelacionados que orientan las acciones de las mujeres hacia la búsqueda de atención médica privada. Sin que ello implique que dejen de acudir a los centros de salud, pues muchas de ellas lo siguen haciendo. En realidad, lo que está en el trasfondo de todo esto, son acciones con fuerte carga pragmática, que buscan resolver el problema de salud del modo más rápido y sencillo posible. Sin embargo, creo que sería interesante observar qué sucede al respecto en otros contextos urbanos, y más allá de eso saber si este patrón de búsqueda de atención se produce también en otros sectores sociales.

Finalmente, quisiera puntualizar que uno de los objetivos de esta investigación ha sido haber analizado un material etnográfico que en su momento

pueda ser de utilidad para futuras investigaciones que trabajen sobre esta problemática. Por lo cual, aunque reconozco que este trabajo, como cualquier otro, tiene limitantes, también me parece que ayuda a comprender cómo se viven y se resuelven algunas enfermedades infantiles en un espacio urbano-popular; y que puede resultar de interés para los estudios orientados hacia este tema.



## Índice de tablas, esquemas y mapas

<i>Esquema 1. Síntesis entre padecimientos alopáticos y “tradicionales”</i> .....	24
<i>Esquema 2. Modelos médicos, sistemas médicos y recursos de atención</i> .....	27
<i>Tabla 1. Principales conceptos teóricos</i> .....	46
<i>Tabla 2. Categorías para procesar información</i> .....	64
<i>Mapa 1. Colonia Pedregal de Santo Domingo</i> .....	66
<i>Mapa 2. La delegación Coyoacán y sus colonias por grados de marginación social</i> .....	72
<i>Mapa 3. El Pedregal de Santo Domingo (zona centro) por áreas de marginación social</i> .....	73
<i>Esquema 3. Los servicios de salud y recursos de atención existentes en Santo Domingo</i> .....	81
<i>Tabla 3. Características básicas</i> .....	83
<i>Tabla 4. Origen y residencia</i> .....	85
<i>Tabla 5. Relación con pareja y red social</i> .....	86
<i>Tabla 6. Trabajo e ingresos</i> .....	87
<i>Tabla 7. Servicios de salud</i> .....	87
<i>Tabla 8. Características básicas</i> .....	88
<i>Tabla 9. Origen y residencia</i> .....	89
<i>Tabla 10. Relación con la pareja y red social</i> .....	90
<i>Tabla 11. Trabajo e ingresos</i> .....	91
<i>Tabla 12. Servicios de salud</i> .....	91
<i>Esquema 4. Categorías para la descripción y análisis de los padecimientos infantiles</i> .....	99
<i>Esquema 5. Reformulaciones diagnósticas</i> .....	147
<i>Esquema 6. Dos niveles de autoatención</i> .....	170
<i>Tabla 13. Los saberes maternos sobre cuatro padecimientos</i> .....	177
<i>Esquema 7. Servicios de salud biomédicos a los que recurren las madres de Santo Domingo</i> .....	191
<i>Esquema 8. Accesibilidad</i> .....	194
<i>Esquema 9. Factores que inciden en las decisiones de atención</i> .....	196
<i>Tabla 14. Distribución de unidades por tipo de establecimiento y sector</i> .....	210
<i>Tabla 15. Frecuencia de atención en sectores oficial y privado</i> .....	222
<i>Esquema 10. Conformación de saberes maternos en Santo Domingo (condicionantes sociales, económicas, culturales y subjetivas</i> .....	239

## Bibliografía

- ANDREWS, Tracy; IBARRA, Vickie; MATTHEWS, Lavern  
2013 "For the sake of our children: hispanic inmigrant and migrant families' use of folk healing and biomedicine" en *Medical Anthropology Quarterly*, Vol 27 Núm 3, pp. 385-413.
- ATTADEMO, Silvia  
2013 "Poder y desigualdad. Una Mirada antropológica" en Roberto Riguelet (coord.) *Temas y problemas en antropología social*, Universidad de La Plata, Argentina, pp. 41-61.
- BALANDIER, George  
1975 *Antropo-lógicas*, Ediciones Península, Barcelona.
- BARRAGÁN, Anabella  
2005 "La interrelación de los distintos modelos médicos en la atención del dolor crónico en un grupo de pacientes con una neuralgia posherpética" en *Cuicuilco*, Vol 12, Núm 33, México, pp. 61-78.
- BERRIO, Lina  
2013 *Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero*, Tesis de doctorado, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, México.
- BENDIT, René; STOKES, Dermot  
2004 "Jóvenes en situación de desventaja social: políticas de transición entre la construcción social y las necesidades de una juventud vulnerable", en *Estudios de Juventud*, No. 65, España, pp. 115-131.
- BOURDIEU, Pierre  
1999 "Violencia simbólica y luchas políticas", En Pierre Bourdieu, *Meditaciones Pascalianas*, Anagrama, Barcelona pp. 215-271
- BRONFMAN, Mario  
2001 *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*, Lugar Editorial, Buenos Aires, Argentina.
- CASTAÑEDA, Martha  
2010 "Etnografía feminista" en Norma Blázquez, Fátima Flores Palacios y Maribel Ríos (coord.) *Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales*. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO)  
2010 Índice absoluto de marginación 2000-2010, México.

CRENSHAWN, Kimberlé Williams

1995 "Mapping the margins: interseccionalidad, identity politics, and violence against women of color" en Crenshawn, y otros (eds.), *Critical race theory*, New Press, Nueva York, pp. 357-83.

DEVEREUX, George

1977 *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*, Siglo XXI, México.

ENRÍQUEZ ROSAS, Rocío

2000 "Redes sociales y pobreza: mitos y realidades" en *Revista de Estudios de Género. La ventana*, Núm. 11, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México, pp. 36-72

GETINO CANSECO, María; MARTÍNEZ, Ángel

1992 "Nuevas tendencias en la Antropología de la Medicina", en *Revista ROL de Enfermería*, Año XV, No. 172, España, pp. 21-27

GIDDENS, Anthony

1995 *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*, Amorrortu, Buenos Aires, Argentina.

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

2003 *Programa Integrado Territorial para el Desarrollo Social*, Coordinación de Planeación del Desarrollo Territorial, Distrito Federal

2010 *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, Órgano del Gobierno del Distrito Federal, Núm. 901, México.

GONZÁLEZ MONTES, Soledad

2003 "Reseña. Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles, de Rosa María Osorio" en *Desacatos*, Num. 13, México, pp. 200-203.

GUTTMAN, Matthew

2000 *Ser hombre de verdad en la Ciudad de México. Ni macho ni mandilón*, El Colegio de México, México.

HAMPSHIRE, Kate; ASIEDU OWUSU, Samuel

2013 "Grandfathers, google, and dreams: medical pluralism, globalización, and new healing encounters in Ghana", en *Medical Anthropology: cross-cultural studies in health and illness*, Vol.32, Núm. 3, pp.247-266.

HARRIS, Marvin (1980) "The epistemology of cultural materialism" en *Cultural Materialism: The struggle for a science of culture*, Random House, Nueva York.

HELMAN, Cecil

2000 *Culture, health and illness: an introduction for health professionals*, Oxford University Press, Oxford.

JANESICK, Valerie

2000 "La danza del diseño de la investigación cualitativa: metáfora, metodolatría y significado", en Catalina Denman; Jesús Armando Haro (comps.) *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*, El Colegio de Sonora, Hermosillo, pp. 227-251.

JARAMILLO, Jefferson

2012 "Representaciones sociales, prácticas sociales y órdenes del discurso. Una aproximación conceptual a partir del análisis crítico del discurso" en *Entramado*, vol. 8, núm. 2, Colombia, pp. 124-136.

JODELET, Denise

2008 "El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales" en *Cultura y representaciones sociales*, año 3, núm. 5, Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM, México, pp. 32-63

2011 "Aportes del enfoque de las representaciones sociales al campo de la educación" en *Espacios en Blanco*, Series Indagaciones, num. 21, Argentina, pp. 133-154.

KASIANKA, Barbara

2012 "¿El pluralismo médico como concepto adecuado en el contexto de la biomedicina "global" y la medicina indígena "local"? Un ensayo sobre la realidad médica de los mayas itzáes en San José, Guatemala" en *Scripta Ethnologica*, Vol. XXXIV, Centro Argentino de Etnología Americana, Buenos Aires, Argentina, pp. 39-68.

KLUCKHOHN, Clyde

1944 *Mirror for Man*, Fawcett, Nueva York.

LAGARDE, Marcela

1996 "El género, fragmento literal: la perspectiva de género" en *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*, Ed. Horas y horas, España, pp. 13-38.

LAZA VÁZQUEZ, Celmira

2006 "La causalidad en epidemiología" en *Investigaciones Andina*, Vol. 8, Núm. 12, Colombia.

LEÓN, Maru; DÍAZ, Benito; PÁEZ, Darío

2003 "Representaciones de la enfermedad. Estudios psicosociales y antropológicos" en *Boletín de Psicología*, Núm, 77, España, pp. 39-70

LESLIE, Charles

1992 "Interpretations of illness: syncretism in modern Ayurveda", en Charles Leslie; Allan Young (eds.) Pathways to Asian medical knowledge, University of California Press, Oxford.

LÓPEZ Arellano; BLANCO GIL, José

2003 "Desigualdad social e inequidades en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones" en Salud Problema, Nueva Época, Núm,14-15, pp. 7-16.

MANCILLA, Ignacio

2000 *Del Pedregal a Santo Domingo. Historia del Proceso de regularización*, Dirección General de Regularización Territorial, México.

MARGULIES, Susana

2010 "La adherencia a los tratamientos: un desafío para la atención del VIH/Sida. Una lectura desde la antropología" en *Actualizaciones*, Vol. 18, Núm. 68, Buenos Aires, Argentina, pp. 63-69.

MARTÍNEZ, Carolina

1996 "Introducción al trabajo cualitativo de investigación", en Ivonne Szasz; Susana Lerner (comp.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, El Colegio de México, México, p. 33-56.

MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Ángel

2008 *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Anthropos, Barcelona, España.

MENÉNDEZ, Eduardo

1981 *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, Ediciones de la Casa Chata 13, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social, México.

1983 "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales" en Eduardo Menéndez, *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, Cuadernos de la Casa Chata 86, CIESAS, México.

1984 "El Modelo Médico Hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud" en *Arxiu d'etnografia de Catalunya*, no. 3, España, pp.85-118

1990 *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, Cuadernos de la Casa Chata 179, CIESAS, México, p.179.

1994 "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?" en *Alteridades*, Vol. 4, Núm. 7, UAM-Iztapalapa, México, pp. 71-83.

1997 "Holísticos y especializados: los usos futuros de la antropología" en *Nueva Antropología*, Núm. 52-53, México.

2002 *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, Bellatierra, Barcelona, España.

2003 "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas" en *Ciencias & Saúde Coletiva*, Vol. 8, Núm. 1, pp. 185-207.

2009 *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*, Ed. Lugar, Buenos Aires, Argentina.

MENÉNDEZ, Eduardo; GARCÍA DE ALBA, Javier (comp.)

1992 *Prácticas populares, ideología médica y participación social. Aportes sobre antropología médica en México*, Universidad de Guadalajara/CIESAS, México.

MENDOZA, Zuanilda

2011 *De lo biomédico a lo popular. El proceso de salud-enfermedad-atención en San Juan Copala, Oaxaca*, UNAM-PUMNM, México, pp.352.

MERLEAU- PONTY, Maurice

2003 *El mundo de la percepción*, Fondo de Cultura Económica, México.

MOLINA, Leonardo; PALAZUELOS, Daniel

2014 "Navigating and circumventing a fragmented health system: the patient's pathway in the Sierra Madre Region of Chiapas, México", en *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 28, Núm. 1, pp. 23-44

MONTERO MENDOZA, Elda

2010 "La percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales respecto al primer nivel de atención médica. El caso del sureste de Veracruz, México" en *Salud Colectiva*, Vol. 7, Núm. 1, pp. 73-85

MOSCOVICI, Serge

1961 *El psicoanálisis, su imagen y su público*, Huemul, Buenos Aires, Argentina.

MUÑOZ CABRERA, Patricia

2011 *Violencias interseccionales. Debates feministas y marcos teóricos en el tema de pobreza y violencia contra las mujeres en Latinoamérica*, Central America Women's Network, Honduras.

NITCHER, Mark

2006 "Reducción del daño: una preocupación general para la antropología médica" en *Desacatos*, Núm. 20, México, pp. 109-132

ORR, David

2012 "Patterns of persistence amidst medical pluralism: pathways toward cure in the Southern Peruvian Andes" en *Medical Anthropology: cross-cultural studies in health and illness*, Vol. 31, Núm. 6, pp. 514-530.

OSORIO CARRANZA, Rosa María

1994 *La cultura médica materna y la salud infantil. Síntesis de representaciones y prácticas sociales en un grupo de madres de familia*, Tesis de maestría, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

2001 *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, CONACULTA/INAH/INI/CIESAS, México.

2007 "La trayectoria de atención en las enfermedades infantiles. Una puesta en escena de las representaciones y prácticas sociales" en Mari Luz Esteban, *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*, Ed. Osalde, Bilbao, pp. 151-166

2013 "La cultura médica materna y la salud infantil. Un análisis de las enfermedades respiratorias desde la epidemiología popular" en Montserrat Cabré i Pairet y Fernando Salmón Múñiz (eds.) *Sexo y género en medicina: una introducción a los estudios de las mujeres y de género en ciencias de la salud*, Universidad de Cantabria, Santander, España, pp. 229-252

PARKIN, David

2014 "Pathways to Healing: Curative Travel among Muslims and Non-Muslims in Eastern East Africa", en *Medical Anthropology: cross-cultural studies in health and illness*, Vol. 33, Núm.1, pp.21-36.

PEDERSEN, Duncan

1989 "Curanderos, divinidades, santos y doctores. Elementos para el análisis de los sistemas médico" en *América Indígena*. Vol. XLIX, Num. 4, Instituto Nacional Interamericano, México, pp. 635-664

PIKE, Kenneth

1949 *Language in relation to a unified theory of structure of human behavior*, Summer Institute of Linguistics.

ROSALDO, Renato

2006 "Donde reside la objetividad. La retórica de la antropología", en Rodrigo Díaz Cruz (ed.) *Renato Rosaldo: ensayos en antropología crítica*, Casa Juan Pablos/Fundación Rockefeller/UAM-I, México, pp. 189-219.

SÁNCHEZ-BRINGAS, Ángeles

2009 "Reflexiones metodológicas para el estudio sociocultural de la maternidad" en *Perinatología y reproducción humana*, Vol. 23, Núm. 4, pp. 237-246.

SALVA, María Cristina

2013 “Procesos de integración/diferencia y producción de la desigualdad: ordenamientos de género” en Roberto Riguelet (coord.) *Temas y problemas en antropología social*, Universidad de La Plata, Argentina, pp. 116-134

SCHEPER-HUGUES, Nancy

1984 “Infant morbidity and infant care: cultural and economic constraints on nurturing in northeast Brazil”, en *Social Science and Medicina* Vol. 19, Núm 5, pp. 535-46.

SCHÜTZE, Stephanie

2009 “Espacios públicos locales y nuevas formas de privacidad” en Marianne Braig; Anne Huffschild (eds.) *Los poderes de lo público: debates, espacios y actores en América Latina*, Iberoamericana/Vervuert, Madrid, España, pp. 245-259

SCOTT, Joan

1996 “El género: una categoría útil para el análisis histórico” en Marta Lamas, (comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, PUEG-UNAM, México, pp. 265-302.

SESIA, Paola

1999 “Los padecimientos gastrointestinales entre los chinantecos de Oaxaca: aspectos denotativos y connotativos del modelo etnomédico” en *Alteridades*, Vol.9, Núm. 17, UAM-I, México, pp. 71-84.

SONTAG, Susan

2011 *La enfermedad y sus metáforas: el sida y sus metáforas*, Ed. DeBolsillo, España, pp.208.

VEGA, Lourdes

1996 “La regularización de la tenencia de la tierra en Santo Domingo de los Reyes (Distrito Federal)” en Antonio Azuela y François Tomas, *El acceso de los pobres al suelo urbano*, Centro de Estudios Mexicanos y Centroamericanos.

En Internet:

[www.df.gob.mx](http://www.df.gob.mx) Revisado el 15 de Junio de 2015

SIDESO

[http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/ut/COY\\_03-059-1\\_C.pdf](http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/ut/COY_03-059-1_C.pdf)) Revisado el 3 de Mayo de 2015

SECRETARÍA DE SALUD

<http://www.salud.df.gob.mx/portal/index.php/programas-y-accionesc/grat>) Revisado el 05 de Abril de 2015