

# Redes sociales de apoyo y saberes maternos en torno a las enfermedades infantiles en un barrio popular de la Ciudad de México



Social support networks and maternal knowledge about children's illnesses in a popular neighborhood in Mexico City

Ana Victoria Morán Pérez  <https://orcid.org/0000-0002-9306-899X>

Universidad Nacional Autónoma de México, México. E-mail: [ana00.moran@gmail.com](mailto:ana00.moran@gmail.com)

## RESUMEN:

En el barrio popular del Pedregal de Santo Domingo de la Ciudad de México, las madres, junto con sus redes sociales de apoyo, figuran como agentes centrales para el cuidado, cura y gestión de la salud. Este artículo tiene los objetivos de analizar los saberes maternos diagnósticos, etiológicos y terapéuticos de un grupo de madres respecto a las gripes, diarreas, empacho y mal de ojo que padecen sus hijos/as; y examinar el rol de las mujeres y las redes sociales de apoyo en la producción de los saberes maternos, y en la reparación del daño a la salud infantil.

Con base en una metodología cualitativa que recupera la perspectiva de seis madres habitantes de este barrio, se muestra cómo los sujetos legos crean un saber diagnóstico, etiológico y terapéutico que posee una lógica sintética, pragmática y susceptible de adecuarse a las necesidades de cada padecimiento. También se explora el papel diferencial que desempeñan las redes sociales de apoyo, constituidas por mujeres y varones, en la reproducción de saberes maternos y en la conformación de un sistema de cuidados y apoyo a la salud.

**Palabras clave:** autoatención, saber materno, pluralismo médico, salud infantil, Pedregal de Santo Domingo

## ABSTRACT:

In the popular neighborhood of Pedregal de Santo Domingo in Mexico City, mothers, along with their social support networks, become central agents for the care, cure and management of health. This article has the objectives of analyzing the diagnostic, etiological and therapeutic maternal knowledge of a group of mothers about the flu, diarrhea, "empacho" and "mal de ojo" that their children have; and examine the role of women and social support networks in the production of maternal knowledge, and in repairing damage to children's health.

Based on a qualitative methodology that recovers the perspective of six mothers who live in this neighborhood, it is shown how lay subjects create diagnostic, etiological and therapeutic knowledge which has a synthetic and pragmatic logic that can be adapted to the needs of each condition. The differential role played by social support networks, made up

of women and men, in the reproduction of maternal knowledge and in the formation of an informal health care and support system is also explored.

**Key words:** self-care, maternal knowledge, medical pluralism, child health, Pedregal de Santo Domingo

## Introducción

Este artículo tiene la finalidad de analizar el saber materno producido por un grupo de madres respecto a las enfermedades de sus hijos menores de cinco años; y mostrar cómo dichas mujeres, en conjunto con sus redes sociales de apoyo, se configuran como agentes de autoatención que posibilitan la continua reparación del daño a la salud de las y los menores.

A partir de la década de los setenta, se hizo evidente el interés de la antropología médica por explorar el rol activo de los grupos y sujetos sociales como agentes de la prevención, atención y cuidado de la enfermedad. En esta perspectiva, la revisión sobre el papel de las mujeres como actores clave en los procesos de salud-enfermedad-atención-prevención (proceso s-e-a-p) ha tenido un significativo desarrollo en diversas investigaciones antropológicas. Tal es el caso de los trabajos enfocados a presentar los saberes médicos producidos por madres respecto a las enfermedades o procesos alimentarios de sus hijos, y a entender las decisiones que las mujeres y su familia toman respecto a los tratamientos que deben seguir los infantes al presentar ciertas enfermedades (Módena, 1990; Osorio, 2001, 2013; Salas, 2011; Mendoza, 2013; Andrews, Ibarra y Mathews, 2013; Cortez, 2018; Morán, 2015).

En concordancia con dicha línea de investigación, el presente artículo plantea los siguientes objetivos: 1) describir y analizar la conformación de los saberes maternos diagnósticos, etiológicos y terapéuticos de un grupo de madres habitantes de un contexto urbano-popular como el Pedregal de Santo Domingo, respecto a ciertas enfermedades de sus hijos; 2) analizar el rol de las mujeres y las redes sociales de apoyo en la estructura de autoatención y en la producción de los saberes maternos. Para el cumplimiento de dichos objetivos, se recuperan tres categorías teóricas que estructuran el trabajo y dan sustento al cuerpo empírico del mismo: saberes médicos, autoatención y redes sociales de apoyo a la salud.

El concepto de saber médico empleado en este trabajo se retoma de la propuesta elaborada por Eduardo Menéndez, quien lo define como conjunto de representaciones sociales y prácticas “organizadas como un saber que operan a través de curadores o sujetos y grupos legos” (Menéndez, 2009, p. 25).<sup>1</sup> Es un concepto que refiere a un nivel de

<sup>1</sup> Las representaciones sociales consisten en una forma de conocimiento del mundo que se construye mediante la experiencia, y se caracteriza por ser socialmente construido y compartido por una colectividad (Jodelet, 2011, pp. 134-135). Por su parte, la práctica es inseparable de la representación, en tanto hace relación a 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, p. 130).

abstracción mayor que el de representación y práctica, nociones que este sintetiza como un todo, además de que evidencia una determinada racionalidad colectiva sobre los procesos de s-e-a-p (Menéndez y Di Pardo, 1996). En tal sentido, el saber médico es producido por los curadores biomédicos, alternativos y tradicionales al igual que por los sujetos legos, que son aquellos que no forman parte de los profesionales de la salud, médicos tradicionales u otras figuras reconocidas como detentoras de un conocimiento especial por parte de su grupo social (Montesi, 2022, p. 225).

En el campo de la antropología médica, el concepto de saber médico ha sido explorado para analizar cómo las madres desarrollan conocimientos, intuiciones y experiencias a partir de las cuales llevan a cabo ciertas prácticas para prevenir, diagnosticar y curar las diversas enfermedades que presentan sus hijos durante la infancia. Al respecto, se encuentran los trabajos pioneros de Osorio (2001; 2013), donde se reelabora este concepto para dar lugar al de saber materno, esto es, un tipo de saber popular conformado por las representaciones y prácticas de las madres respecto al entendimiento y la atención de los padecimientos de sus hijos (Osorio, 2013). Bajo esta línea, Salas (2011) propone la noción de saber materno/doméstico, para incorporar las relaciones que las madres establecen dentro de su grupo doméstico, redes familiares y de amistad como figuras decisivas en las actividades orientadas a que los niños reciban las atenciones y el cuidado básico a la enfermedad. En los últimos años, otras investigaciones han recuperado el concepto de saber materno aplicado al análisis de la salud infantil en diferentes contextos socioculturales (Morán, 2015; Cortez, 2018).

En este sentido, el saber materno tiene dos características centrales: la primera, que opera a partir de la síntesis que se produce entre la experiencia empírica, los conocimientos populares sobre la salud y la enfermedad y el acceso a los conocimientos biomédicos que son incorporados por los sujetos con base en su cercanía y reconocimiento de la biomedicina; la segunda, que suele tener un componente pragmático que busca adecuarse a las necesidades, posibilidades y creencias de los grupos sociales.

La estructura teórica del presente artículo también incluye el concepto de autoatención, definida como los saberes que los microgrupos, grupos domésticos y sujetos llevan a cabo para prevenir, detectar, atender, cuidar o paliar la enfermedad sin la intervención central—directa e intencional—de curadores profesionales (Menéndez, 2018). Otros autores han formulado distintos conceptos que, pese a tener connotaciones específicas dadas por el contexto teórico en el que surgen, comparten la idea de poner en el centro el papel activo de las personas legas para actuar frente a la enfermedad, y la capacidad que estas tienen para articular diferentes conocimientos y ponerlos en práctica en el ámbito doméstico/comunitario, sin incluir actores especializados en algún sistema terapéutico. Entre estos se encuentran la noción de cuidados profanos o cuidado lego de la salud (Haro, 2000), la medicina doméstica (Zolla y Mellado, 1995) o el sistema folk (Kleinman, 1980).

En cualquier caso, el estudio de los procesos de autoatención representa una de las mayores contribuciones de la antropología médica al entendimiento de los procesos de s-e-a-p, en la medida que otorga relevancia a la agencia de los actores legos, hecho que suele ser poco reconocido por el ámbito biomédico; además de ser el espacio en donde

ocurren gran parte de las acciones orientadas a resolver un problema de enfermedad o a mantener un estado de salud. En el caso de las enfermedades infantiles, la autoatención es un “reducto privilegiado y exclusivo para la emergencia de ciertas dolencias infantiles que se ocultan, que no existen ante los ojos extraños, adquiriendo allí visibilidad y existencias plenas” (Lorente Fernández, 2015, p. 102).

En este artículo también se incorpora el concepto de redes sociales de apoyo para analizar el papel de las madres y otros actores sociales que forman parte de su red social, en los saberes maternos y en las prácticas de autoatención a las enfermedades infantiles. Dichas redes, articuladas en torno al parentesco, a las redes de amistades y vecinos (Bronfman, 2001, p. 144) desempeñan un papel central en las estrategias de reproducción social de los sujetos, principalmente de aquellos en situación de precariedad, como ha sido documentado desde hace décadas por destacadas etnografías (Lomnitz, 1975). En este trabajo, el énfasis en las redes sociales de apoyo permite ver a la salud infantil como un espacio que condensa una polifonía de voces construida dentro de la propia red doméstica y comunitaria de la madre y sus hijos (Andrews et al., 2013, p. 402).

La investigación se realizó en el Pedregal de Santo Domingo, una colonia urbano-popular del sur de la Ciudad de México. Santo Domingo fue creada en 1971, mediante un proceso de invasión de terrenos de comuneros del Pueblo de Los Reyes que ocurrió tras la llegada de entre 4 y 5 mil familias provenientes, en su mayoría, del medio rural (Guttman, 2000, p. 67); y menormente por familias procedentes de la propia Ciudad de México y sus áreas conurbadas, quienes buscaban tener una vivienda propia. Lo anterior hizo de Santo Domingo, un barrio con un crisol de prácticas sociales y culturales, producto de su historia y de su diversa composición poblacional. A la fecha, este barrio se caracteriza por su diversidad étnica, pues a lo largo de los años ha sido un lugar que concentra poblaciones migrantes de otras entidades del país, algunas de ellas provenientes de pueblos originarios. Esto produce una variedad de conocimientos sobre los procesos de salud-enfermedad-atención que complejizan los saberes médicos locales.

Asimismo, el Pedregal de Santo Domingo es una colonia cuya urbanización se produjo durante las décadas posteriores a su invasión, de forma lenta, y a veces conflictiva, pero sustentada en el trabajo colectivo de las y los colonos. En lo que respecta a los servicios de salud, hay tres centros de salud que dan cobertura a la zona, los cuales atienden a población sin seguridad social, y son regulados por el IMSS-Bienestar. Estas son unidades médicas de primer nivel, que son el primer contacto entre la población y los servicios de salud; y se agrupan en distintos tipos de centro de salud, de acuerdo a los servicios que ofrecen. En el caso de los centros de salud ubicados en la zona de estudio, estos cuentan con uno o dos consultorios atendidos por un médico general y un odontólogo, una o dos enfermeras y una trabajadora social; ofrecen consulta en turno matutino y vespertino, para la cual los pacientes deben llegar un par de horas antes del inicio de la hora de consulta, es decir, para ser atendidos en el turno matutino deben llegar entre 6:00 y 7:00 a. m., y para recibir atención en el turno vespertino entre 11:00 y 12:30 p. m.

Dicha colonia también cuenta con una amplia cantidad de servicios de salud privados de primer nivel de atención, tales como consultorios adyacentes a farmacias,

clínicas y consultorios privados (Morán, 2020). Es decir, es una zona con una extensa oferta de servicios de salud de atención primaria.

En los siguientes apartados, se presenta la metodología, así como la descripción y análisis de los resultados etnográficos, organizados en dos apartados. El primero muestra las características del saber materno estructurado a partir de los saberes diagnósticos, los saberes etiológicos y los saberes terapéuticos; el segundo presenta el rol de las redes sociales de apoyo en la salud infantil. Por último, se esbozan algunas reflexiones finales.

## Metodología

En este artículo se presentan resultados parciales de mi tesis de maestría, cuyo objetivo fue conocer las representaciones sociales y prácticas de seis madres de familia que viven en la colonia popular Pedregal de Santo Domingo sobre cuatro tipos de enfermedades que padecen sus hijos: empacho, mal de ojo, infecciones respiratorias y gastrointestinales; y de ese modo, analizar qué piensan y dicen sobre estas, y de qué forma las resuelven.

Me enfoqué en estas enfermedades debido a que son de alta incidencia en niños menores de cinco años; además, la diarrea y la neumonía representan una de las primeras causas de muerte infantil a nivel nacional (INEGI, 2016). Asimismo, con el fin de identificar diferencias en los saberes de las madres, y en las prácticas de atención me interesaba incluir enfermedades “alopáticas” reconocidas por el saber biomédico y muy comunes en niños pequeños, tales como las infecciones respiratorias agudas (IRAS) y las enfermedades diarreicas agudas (EDAS); a la vez que introducir enfermedades “populares”, igualmente comunes en niños menores, pero que no suelen ser legitimadas por la biomedicina, esto es, el empacho y el mal de ojo.<sup>2</sup>

Esta investigación se llevó a cabo entre 2013 y 2015, con un periodo de trabajo de campo que abarcó de octubre de 2014 a enero de 2015. Aunque los datos fueron recopilados hace una década, el material conserva plena vigencia para analizar las prácticas de atención y cuidado a la salud, así como las formas de agencia materna en contextos urbanos. Si bien es posible que en estos diez años hayan ocurrido transformaciones —marcadas, por ejemplo, por la creciente privatización de los servicios de salud, la implementación del programa IMSS-Bienestar o el impacto de la pandemia por Covid-19—, muchas de las lógicas que estructuran los saberes de las mujeres en colonias urbano-populares siguen presentes en sus formas de concebir y enfrentar la enfermedad de sus hijos. Revisar este material etnográfico desde el contexto actual permite reconocer su valor para plantear nuevas preguntas y conectarlo con debates contemporáneos. A partir de ello, es posible comprender procesos de largo plazo y establecer puntos de comparación con investigaciones recientes

<sup>2</sup> Es importante aclarar que esta distinción obedece más a una clasificación metodológica, que a una clasificación empíricamente observable, pues como se describe en este artículo, es frecuente que un empacho o un mal de ojo que no cesa frente a los recursos de autoatención, sea resignificado y, por ende, reciba un nuevo diagnóstico biomédico. Es decir, se trata de categorías diagnósticas dinámicas.

sobre la construcción de los saberes maternos y las redes de apoyo en contextos urbanos marcados por la precariedad.

El trabajo tuvo como eje metodológico el enfoque etnográfico, a partir del cual fue posible conocer las representaciones y prácticas de las mujeres sobre los padecimientos de sus hijos pequeños. Para ello, se hizo trabajo de campo en distintos espacios públicos y privados de la colonia Santo Domingo —el centro de salud, la vía pública y las viviendas de las mujeres—. En este, se implementó la técnica de la observación participante para conocer la dinámica cotidiana del centro de salud, las relaciones entre el personal de salud y las pacientes, la vida social del barrio y las interacciones entre las mujeres y su núcleo familiar. Para el presente artículo, la mayor parte de la información presentada proviene de las entrevistas a profundidad que realicé a las seis mujeres.

Las mujeres entrevistadas fueron contactadas por tres vías: a partir de los contactos proporcionados por la trabajadora social del centro de salud, por la empleadora de una de las interlocutoras y mediante la técnica de bola de nieve. En total, hice 30 entrevistas a las seis mujeres, con una duración que osciló entre cuarenta minutos y una hora y media, las cuales fueron audiograbadas, salvo aquellas realizadas a una interlocutora, a petición suya. Asimismo, fueron transcritas en su totalidad.

La mayoría tuvieron lugar en los hogares de las participantes, espacios que ellas eligieron por comodidad. Las conversaciones se desarrollaron en medio de sus actividades cotidianas, como las labores domésticas o el cuidado de los hijos, lo cual, aunque en ocasiones generaba distracciones, también me permitió adentrarme en su entorno familiar, observar su vida cotidiana y registrar sus condiciones materiales de existencia.

Los temas abordados fueron organizados en función de los objetivos generales y específicos del proyecto. En la primera entrevista se recabaron datos generales sobre la vida de las mujeres; en las siguientes se indagó sobre sus representaciones en torno a las enfermedades infantiles, las prácticas de atención que emplean cuando sus hijos se enferman, el papel de las condiciones materiales de vida y de las redes de apoyo en la toma de decisiones de atención, así como sus percepciones sobre la atención médica recibida en los servicios de salud —tanto públicos como privados— a los que acuden con mayor frecuencia.

Los criterios de inclusión fueron: tener de 18 a 35 años, tener uno o más hijos de entre 0 y 5 años, residir en la colonia Santo Domingo y pertenecer a un nivel socioeconómico bajo o medio-bajo. El rango de edad de las mujeres se definió dado el interés personal de trabajar con mujeres jóvenes, pero con un rango de edad amplio, a fin de explorar posibles diferencias generacionales entre los saberes médicos; y el de los hijos obedece a que los niños menores de cinco años constituyen un grupo etario con alta incidencia de las enfermedades analizadas. Además, se buscó que las interlocutoras pertenecieran a un nivel socioeconómico bajo o medio-bajo, dado que esto representaba una condición significativa para explorar las formas en que las limitaciones económicas inciden en el acceso tanto a recursos biomédicos como a saberes y prácticas populares de atención. De forma adicional,

se consideró como criterio relevante el origen urbano o rural de las participantes, ya que esto podría influir en la configuración de sus saberes médicos.

Con base en ello, se conformó una muestra de seis mujeres que comparten ciertas condiciones, como tener hijos menores de cinco años y pertenecer a sectores socioeconómicos populares. Sin embargo, no constituyen un grupo homogéneo, ya que presentan diferencias en cuanto a origen, nivel educativo, trayectorias laborales, vínculos familiares y formas de relacionarse con los servicios de salud (véase Tabla 1). Enseguida se presentan algunas de sus características:

Tabla 1. Características de las informantes

Nombre	Edad	No. de hijos	Grado de escolaridad concluida	Lugar de origen	Afiliación o derechohabencia	Estado civil	Ocupación
Maylem	23	1	Preparatoria	Pedregal de Santo Domingo, CDMX	Seguro Popular	Casada	Ama de casa
Mariela	34	2	Secundaria	Iztapalapa, CDMX	Seguro Popular	Casada	Ama de casa
Hilda	30	1	Preparatoria	Sucre, Bolivia	ISSSTE y Seguro Popular	Casada	Ama de casa
Yuri	26	4	Secundaria	Yehualtepec, Guerrero	Seguro Popular	Casada	Empleada en negocio de comida
Mari	19	2	Primaria	Yehualtepec, Guerrero	Ninguno	Separada	Empleada en negocio de comida
Gabriela	26	2	Secundaria	Pedregal de Santo Domingo, CDMX	Ninguno	Separada	Empleada en negocio de comida

Fuente: elaboración propia con base en datos de campo (2023)

Mari es una joven de 19 años originaria de un poblado rural en Guerrero. Llegó a la Ciudad de México durante la adolescencia en busca de mejores oportunidades. Tiene dos hijos y comenzó su maternidad a los 16 años. En el momento de conocerla, vivía en un cuarto rentado junto a su hermana Yuri, quien también participó en la investigación. Su trabajo era en un negocio de comida que le proporcionaba ingresos bajos y sin prestaciones, y no contaba con ningún tipo de protección en salud. Sus condiciones materiales eran precarias y su relación de pareja conflictiva, marcada por el control y la violencia.

Por su parte, Yuri, hermana mayor de Mari, tiene 26 años y cuatro hijos. También migró desde Guerrero y se estableció en Santo Domingo, donde vivía desde hace más de ocho años. Su situación familiar era inestable: vivía con su esposo, aunque él se ausentaba con frecuencia, y si bien le brindaba cierto apoyo económico, su relación también estaba

marcada por dinámicas de subordinación. Trabajaba en el mismo negocio de comida que su hermana, con un ingreso ligeramente mayor. Estaba afiliada al ya extinto Seguro Popular.<sup>3</sup>

Otra interlocutora es Gabriela, originaria del Pedregal de Santo Domingo. Tiene 26 años y dos hijos, y al momento del trabajo de campo había retomado la relación con su expareja, de quien se había separado por falta de apoyo económico y la presencia de otra relación. Trabajaba en el mismo establecimiento que Mari y Yuri, con un salario bajo y sin seguridad social. Vivió un tiempo en casa de sus suegros, donde sufrió violencia verbal y restricciones alimentarias. Su acceso a servicios de salud era limitado y no contaba con afiliación al Seguro Popular. Su trayectoria refleja una vida marcada por relaciones familiares tensas y precariedad material.

También originaria de esta colonia es Maylem, de 26 años, y nieta de fundadores de Santo Domingo. Es madre de un hijo y, cuando fue entrevistada, estaba embarazada nuevamente. Trabaja de manera eventual como promotora de un partido político, lo que le permitía compatibilizar su empleo con el cuidado de sus hijos. Su ingreso familiar era relativamente estable gracias al trabajo de su esposo. Se encontraba afiliada al Seguro Popular y a programas de Gratuidad,<sup>4</sup> y mantenía un contacto frecuente con los servicios de salud públicos.

Por su parte, Mariela, de 34 años, nació en Iztapalapa y reside desde hace cinco años en Santo Domingo, en la casa de sus suegros. Tiene dos hijos y comenzó su maternidad a los 19 años. Aunque comentó que desea una vivienda propia, mantiene una relación estable y de respeto con su familia política. Ayuda ocasionalmente a su esposo en el negocio familiar de servicios funerarios del cual este se encarga. Está afiliada al Seguro Popular y a Gratuidad, y su experiencia con los servicios de salud es más cercana que la de otras interlocutoras, debido a los episodios de enfermedad grave que han presentado sus hijos.

La muestra finaliza con Hilda, de 30 años y originaria de una zona rural de Bolivia. Migró primero a España y luego a México. Vive junto a su esposo en la casa de sus cuñadas. Tiene una hija. Su esposo trabaja como guardia de seguridad en una institución pública, lo que les permite una mayor estabilidad económica que otras interlocutoras. Es la única

<sup>3</sup> En el 2004 se puso en marcha el Seguro Popular (SP), una política que buscó garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud mediante un sistema universal de protección, presentándose como un mecanismo para extender la cobertura médica a poblaciones sin seguridad social, principalmente mediante el acceso a un paquete básico de servicios. Sin embargo, diversos especialistas enfatizaron las limitaciones estructurales y conceptuales de la política. Entre las críticas principales se encontraban la falta de infraestructura suficiente para brindar servicios de calidad a la población "asegurada"; y por tanto, su alcance como verdadero sistema de protección en salud, ya que no ofrecía una cobertura comparable a la de los institutos de seguridad social (Tamez y Eibenschutz, 2008; Laurell, 2011). En 2020, tras la llegada del nuevo gobierno, el SP fue reemplazado por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI); y tres años después, en 2023, este fue absorbido por el IMSS-Bienestar, organismo descentralizado que presta servicios de salud a la población sin seguridad social.

<sup>4</sup> Es un programa de acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos para las personas residentes de la Ciudad de México que carecen de seguridad social.

con derechohabencia al ISSSTE y mantiene una relación de apoyo con su red familiar, especialmente con sus cuñadas, con quienes describe vínculos cercanos y afectivos.

Por último, la sistematización y el análisis de la información se realizaron a partir del ordenamiento de los datos etnográficos en las siguientes categorías: representaciones de las madres sobre cuatro padecimientos, acciones de autoatención a las enfermedades, representaciones sobre servicios de salud biomédicos y representaciones sobre curadores y recursos de atención biomédicos y populares. De dichas categorías se desprendieron subcategorías que fueron empleadas para codificar la información, entre las cuales se encuentran: causalidad, síntomas, diagnóstico, gravedad, tratamiento, medidas preventivas, decisiones de atención, papel de recursos biomédicos y populares al inicio, durante y al final de la enfermedad, papel de los allegados en las decisiones de atención, condicionantes materiales, eficacia, accesibilidad, experiencias previas, opinión sobre los curadores profesionales, y uso y apropiación de medicamentos u otros remedios curativos. Una vez codificado el material empírico, se procedió a la redacción de borradores que fueron el primer esqueleto de los capítulos. En el caso de este artículo, se recupera la información desarrollada, principalmente, a lo largo de dos capítulos de la tesis.

### **El saber materno en acción: del diagnóstico al tratamiento de las enfermedades infantiles**

En este apartado se describe cómo se manifiestan los saberes etiológicos, diagnósticos y terapéuticos de las madres sobre los padecimientos de sus hijos, y en qué medida estos varían en función de cuestiones como el tipo de enfermedad, la gravedad y evolución del padecimiento, la medicalización de los saberes o la posición socioeconómica de las mujeres y sus redes sociales. Asimismo, se hace referencia a la autoatención como un aspecto estructural en la conformación del saber materno, y que es transversal a las trayectorias de atención a la enfermedad.<sup>5</sup>

El saber médico se constituye por nociones —social, cultural y subjetivamente constituidas— sobre cómo prevenir una enfermedad, cómo interpretar su etiología, cómo identificar los síntomas, los criterios diagnósticos o evolución, y cómo actuar frente a la enfermedad. Siguiendo esta premisa, el diagnóstico lego emitido por las mujeres consiste en una interpretación que estas, aunadas a su red social de apoyo, hacen de los síntomas que presentan los y las infantes. Dicha interpretación se fundamenta en los conocimientos populares y biomédicos que las mujeres tienen sobre la enfermedad en cuestión, en las experiencias previas de enfermedad del menor, y en los saberes transmitidos por quienes conforman las redes domésticas y comunitarias de la madre.

<sup>5</sup> La trayectoria de atención es un concepto formulado desde el campo de la antropología médica, mismo que es definido 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, p. 154).

Una base importante de este diagnóstico es su relación con un comportamiento o hecho reconocido como un agente etiológico específico. Por ejemplo, para que las madres emitan un diagnóstico de mal de ojo, no solamente deben estar presentes ciertos síntomas, sino que el menor debió haber sido sometido a determinadas conductas que propician dicho mal: el haber sido expuesto a mucha gente —puede ocurrir en el transporte público o en una fiesta— o a personas que las interlocutoras consideran de “mirada pesada”.

Igualmente, para un diagnóstico de empacho se requiere que la madre identifique el consumo de algún alimento reconocido socialmente como agente causal de dicho padecimiento, o bien, que el menor haya tenido algún comportamiento inusual al momento de comer —comer en exceso, a deshoras o comer un alimento por primera vez—:

Les da [a los niños] cuando se les pega algo en el estomaguito, que dicen que 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 sí como que lo comprobé, que luego yo soy 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, pues resultó que lo curaron por ojo y sí se curó. (Gabriela, 26 años, CDMX)

Una característica de los diagnósticos legos es su inestabilidad y su posibilidad de imbricarse sobre otro (Mendoza, 2013, p. 16). Es decir, es frecuente que se reformulen a lo largo de la trayectoria de atención, ya sea por la evolución del padecimiento o porque se reciba un nuevo diagnóstico dado por un médico alópata. Esto ocurre si una madre diagnostica a su hijo con empacho, pero este no se cura con el tratamiento indicado para dicho mal. En estas situaciones, comúnmente el diagnóstico lego se modifica en un diagnóstico biomédico de gastroenteritis viral. Ello da cuenta de cómo la enfermedad es interpretada de forma procesual y con una lógica de constante resignificación que se adapta a la necesidad de justificar las acciones emprendidas por las madres en la búsqueda de la curación (Mendoza, 2011).

Los saberes maternos también se constituyen por los saberes etiológicos de la enfermedad, esto es, la causa identificada como generadora del daño. En ese sentido, la causalidad atribuida a la enfermedad varía de acuerdo al cuadro de síntomas que presentan los/as infantes, así como a los conocimientos etiológicos que la madre tiene sobre el posible padecimiento. Así, para una infección respiratoria aguda, las interlocutoras distinguen entre factores causales muy diversos, como son la exposición del menor a lugares fríos o ventosos, el consumo de alimentos helados, el contacto con otros niños en la escuela o las defensas bajas del infante; mientras que para las enfermedades diarreicas agudas, se identifican como principales aspectos causales la mala higiene de los alimentos, el consumo de alimentos inadecuados para un niño, la exposición a un ambiente caluroso, o las bajas defensas:

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. (Maylem, 23 años, CDMX)

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. (Mari, 19 años, Guerrero)

Es interesante que, en el caso de las mujeres entrevistadas, sus relatos sobre la causalidad se aproximan más a una etiología viral o bacteriana, o al sistema inmunológico de sus hijos, más que a la polaridad frío/caliente, sistema taxonómico de clasificación de la enfermedad presente en varias poblaciones indígenas, rurales y urbanas (Osorio, 2013; Mendoza, 2013). Esto no solo tiene que ver con el perfil de las mujeres, esto es, que tres de ellas son originarias de un contexto urbano, o bien que han vivido durante un periodo de tiempo prolongado en la ciudad y han estado familiarizadas con los servicios de salud y recursos de atención biomédicos; sino que también obedece a un proceso de medicalización de los saberes populares, lo cual será señalado posteriormente.

En el caso del empacho y el mal de ojo, el reconocimiento de un comportamiento causante de dichos padecimientos es fundamental para dar un diagnóstico. La etiología popular del empacho consiste en la ingesta de alimentos que provocan este padecimiento, el comer a horas irregulares o de forma excesiva; mientras que el mal de ojo se produce cuando un niño pequeño es visto por alguien que lo “desea”, que envidia a su familia, o bien, cuando es visto por alguien socialmente identificado de “mirada pesada”:

Luego 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 sí le hace ojo. (Maylem, 23 años, CDMX)

Hay gente que tiene la vista pesada. Y sí 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, qué bonita es tu bebé”. (Hilda, 30 años, Bolivia)

Los saberes etiológicos populares de la enfermedad operan de forma multidimensional, por lo que los factores causales pueden ser de tipo fisiológico o social (Nichter, 2006, p. 113), como ocurre en el caso del mal de ojo. Asimismo, dichos saberes se asocian a una percepción que identifica a las y los niños como sujetos más débiles y vulnerables a alimentos nuevos o de difícil digestión, a condiciones de higiene precarias, a la exposición con personas ajenas al núcleo familiar, a las aglomeraciones de gente y a los agentes patógenos. En cuanto a eso, se comparte una percepción de que estas condiciones son difíciles de evitar, pues forman parte del ambiente cotidiano al cual el infante debe acostumbrarse. Inclusive, es común la idea de que exponer a los menores a dichas circunstancias es una medida para adquirir más fuerza y vitalidad desde temprana edad, y así incrementar las defensas.

Por otro lado, los saberes terapéuticos se configuran en función de varios factores. Uno de ellos es el tipo de nosología identificado por la madre y su grupo social, por lo que si se trata de una enfermedad biomédicamente reconocida, como puede ser una gripe o un cuadro diarreico, es probable que en la trayectoria de atención haya una mayor presencia de recursos terapéuticos de la biomedicina. Mientras que si se trata de un empacho o mal de ojo, el uso de recursos tradicionales y populares es mayor, además de que en general se resuelven en el ámbito doméstico o comunitario, y no es necesario acudir con el médico.

Frente al mal de ojo y al empacho, las sociedades han generado acciones sanadoras, al igual que estrategias preventivas relacionales (Zolla, 1994) que se desarrollan diferencialmente en cada contexto sociocultural. En el Pedregal de Santo Domingo, estos padecimientos están circunscritos a una terapéutica popular resuelta en el ámbito de la autoatención, que tiene como base los masajes, uso de pomadas, hierbas, tés o jugos, así como el tratamiento con huevos o aceites instrumentados para la cura a cargo de la propia madre o alguna mujer allegada (abuelas, cuñadas, vecinas, suegras, tías):

Al niño le ponen pomada de panpuerzo que venden en la farmacia y ya le empiezan a sobar la espaldita, jalarle el pellejito de acá atrás y ya el último, acá por la columna a jalarles duro hasta que truene... Supuestamente se les quita. (Gaby, 26 años, CDMX)

Mi suegra les soba la pancita con una pomada que se llama panpuerzo, la pides en el Aurrerá 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 al día siguiente ya amanecen como si nada. (Yuri, 26 años, Guerrero)

Una característica del saber materno es su posibilidad de sintetizar conocimientos de diferentes sistemas terapéuticos, ya sea para una gastroenteritis, una diarrea o un empacho, como se muestra en el siguiente fragmento de entrevista:

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 quitó con el Alka Seltzer”. Ellos tardan en aliviarse como dos días. (Gaby, 26 años, CDMX)

Esta síntesis de saberes ocurre en el ámbito de la autoatención, a partir de prácticas que buscan la resolución del problema de enfermedad y que, usualmente, conjugan conocimientos de distintos sistemas terapéuticos: de la biomedicina, la medicina tradicional, la medicina alternativa, la medicina naturista, entre otros. Esta combinación puede entenderse como una “reinterpretación cultural de un producto farmacéutico” (Andrews et al., 2013, p. 403), a la vez que como un intercambio de conocimiento que se hace entre los sujetos legos y los curadores especializados.

No obstante, dicha síntesis no ocurre de forma simétrica, sino bajo relaciones de hegemonía/subalternidad (Menéndez, 2009) que se expresan, entre otras formas, en una mayor legitimación de la biomedicina como la forma de atención más adecuada para atender

a un infante o en la medicalización de los saberes de las madres y sus redes sociales. El material de campo muestra que las interlocutoras consideran a la biomedicina como la forma de atención más eficiente para gran parte de los padecimientos presentados por sus hijos. Sin embargo, también se cree que es más iatrogénica, más aún para un niño/a pequeño/a, por lo cual, así como ha sido documentado en otros estudios, las mujeres hacen un balance entre el riesgo de administrar un medicamento y la necesidad de obtener una mayor eficacia en el menor tiempo posible (Osorio, 2013, p. 240).

A pesar de esto, en general la biomedicina es percibida como la forma de atención deseable —y única— cuando el o la niña no tiene una evolución favorable:

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: “híjoles creo que los voy a llevar al médico ahora sí”. (Gaby, 26 años, CDMX)

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 solo 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. (Yuri, 26 años, Guerrero)

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 sí 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. (Maylem, 23 años, CDMX)

La hegemonía de la biomedicina también se observa en la medicalización de los saberes de las madres (Menéndez, 1998), lo que implica, entre otras cuestiones, un uso elevado de sustancias farmacológicas en la atención a la salud, y una mayor legitimación de los conocimientos técnico-científicos de la biomedicina. Sin importar su condición socioeconómica, edad, origen u ocupación, todas las mujeres mostraron un amplio conocimiento sobre los medicamentos que emplean con sus hijos, las indicaciones terapéuticas y las dosis. De hecho, en casos como el de Mariela, cuyos hijos se han enfermado de gravedad, se advierte un amplio manejo sobre la posología de varios fármacos:

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 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 Centro de Salud porque con el de la mañana no me gusta. (Mariela, 32 años, CDMX)

Los saberes maternos también se ven influidos por la percepción de gravedad del padecimiento. Entre las mujeres entrevistadas, hay una percepción de que las enfermedades investigadas —diarreas, gripes, mal de ojo y empacho— no representan un riesgo para la vida de sus hijos, siempre y cuando sean tratadas oportunamente. De hecho, solo una interlocutora narró episodios que denotan complicaciones por enfermedades respiratorias y gastrointestinales, mismas que condujeron a sus hijos a varias hospitalizaciones.

La percepción de bajo riesgo de las enfermedades respiratorias, gastrointestinales, empacho y mal de ojo se relaciona con las características del contexto, esto es, un entorno urbano con acceso a servicios de salud públicos y privados de primer nivel de atención. De acuerdo a lo planteado en otras investigaciones, el incremento producido en los últimos lustros de servicios de salud privados como los consultorios adyacentes a farmacias no solamente ha cambiado las posibilidades de acceder a una consulta de medicina general, sino que también han modificado la percepción de los/as usuarios/as respecto a un acceso, relativamente fácil y costeable, a la atención médica (Morán, 2020; Reyes Castro, 2023; Bautista-Arredondo et al., 2024). Posiblemente, si este trabajo se hubiera realizado en entornos rurales con dificultades de acceso a los servicios de salud, en los cuales sigue prevaleciendo la mortalidad infantil por diarreas o gripes, la percepción sería diferente, como ha sido documentado en otras investigaciones realizadas en contextos rurales con barreras de acceso a servicios de salud y mayores condiciones de precariedad (Cortéz-Gómez, 2018; Victoria-Pérez, 2017; Osorio, 2001; Martínez et al., 1997).

También es importante recordar que esta investigación se realizó antes de la pandemia de COVID-19, un evento que modificó profundamente la percepción del riesgo frente a las enfermedades respiratorias. Como señalan algunos estudios, en ciertas poblaciones vulnerables, la pandemia generó una reconfiguración en la forma de entender el contagio y el riesgo asociado a enfermedades infectocontagiosas, incluido el propio COVID-19 (Recio-Vivas et al., 2023). No obstante, este fenómeno representa una línea de indagación que deberán explorar futuras investigaciones interesadas en los efectos sociales, culturales y psicológicos de la pandemia.

Con base en lo expuesto en este apartado, se esbozan las siguientes conclusiones: primero, el saber materno funciona desde una racionalidad pragmática que busca maximizar los recursos provenientes del ámbito doméstico-comunitario, y evita incidir en un alto gasto de bolsillo que afecte la economía familiar. Esto significa que es un saber que opera bajo una lógica de ensayo y error (Osorio, 2001), haciendo de las trayectorias de atención un ejercicio dinámico construido conforme a la eficacia de un tratamiento, algo que, es importante decirlo para evitar su idealización, también puede ocasionar iatrogenias.

Segundo, los saberes diagnósticos, etiológicos y terapéuticos producidos por las mujeres y su red social de apoyo son puestos en práctica en la esfera de la autoatención, misma que funciona como el primer nivel real de atención, pues se constituye como la

acción primaria que llevan a cabo los sujetos; además de que estructura las trayectorias de atención en la medida en que está presente en el conjunto de decisiones que los microgrupos y sujetos toman para prevenir, diagnosticar, solucionar o paliar el padecimiento.

### **El papel de las redes sociales de apoyo a la salud infantil: diferencias generacionales y de género**

En el presente artículo se plantea que el papel de las redes sociales de apoyo es imprescindible en la producción de los saberes etiológicos, diagnósticos y terapéuticos sobre las enfermedades infantiles. Por ello, en este apartado se muestra cómo las redes sociales operan de acuerdo a las diferencias generacionales entre las mujeres que constituyen dicha red, y a los diferentes roles de género asignados social y culturalmente a las mujeres y a los varones.

Los estudios sobre las redes sociales y su papel en las estrategias de reproducción social llevadas a cabo por sujetos en desventaja socioeconómica han representado un campo fértil de indagación en la antropología clásica (Lomnitz, 1975). En el ámbito de la salud, se han realizado distintas investigaciones que dan cuenta de la importancia que estas tienen en tanto elemento estructural que influye en la capacidad de manejo de situaciones adversas y en la toma de decisiones en contextos donde se involucra a la salud (Castro y Eriti, 2003, p. 4).

Las redes sociales de apoyo son definidas como prácticas simbólico-culturales que “incluyen el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto” (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003, p. 43). Para el análisis de los procesos de salud infantil, es fundamental visualizar a las madres como principales gestoras de la salud que actúan dentro de un conjunto de relaciones interpersonales vinculadas al ámbito doméstico y comunitario, cuyo fin común es la reparación del daño a la salud de los menores.

Sobre la base de esto, se encontró que las mujeres cercanas a las madres son una pieza clave en la conformación de los saberes maternos puestos en práctica por las interlocutoras, así como en la consolidación de un sistema de apoyo para el cuidado de las y los niños que presentan algún padecimiento. Un ejemplo es el de Yuri y su hermana Mari, cuyos hijos son cuidados durante su jornada laboral —de once de la mañana a seis de la tarde— por su hermana. Bajo una lógica de reciprocidad, cuando las jóvenes salen de trabajar, visitan a su hermana y, además de que aprovechan para tomar café y convivir, también le ayudan con las labores domésticas: “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” (Mari, 19 años, Guerrero). El apoyo de su hermana es particularmente importante cuando uno de los/as niños/as está enfermo, pues así ellas tienen la tranquilidad de que estos se encuentran bien cuidados.

Las mujeres que forman la red social de apoyo de las interlocutoras abarcan a las suegras, a sus propias madres, abuelas, cuñadas, vecinas, jefas de trabajo, amigas y hermanas; cada una desempeña un rol diferente de acuerdo a su posición generacional, a su vínculo con la madre y a sus conocimientos previos sobre la enfermedad. Por ejemplo, las mujeres de mayor edad, o con más experiencia en la crianza de los hijos, asumen un papel central en las prácticas de socialización de los saberes maternos, siendo ellas las que enseñan a las madres a identificar e interpretar los síntomas que presentan los/as niños/as, a etiquetarlos con un diagnóstico, a curar los padecimientos, a decidir cuándo acudir al médico alópata o cuando el padecimiento puede atenderse en el ámbito doméstico.

En las representaciones de las madres entrevistadas se hace referencia a cómo sus madres, abuelas o suegras les enseñaron, por ejemplo, a identificar si el dolor de “panza” del/la niño/a se debe a un empacho o a una infección de estómago; o si su llanto se debe al mal de ojo o a un proceso infeccioso. Como se ha señalado, emitir un diagnóstico lego es producto, entre otras cuestiones, de los procesos de transmisión de un conjunto de experiencias y conocimientos empíricos sobre los procesos s-e-a-p que afectan a los/as niños/as.

De igual forma, las redes sociales de apoyo tienen influencia en la conformación de los saberes terapéuticos, empleados para determinar el tratamiento que configura la trayectoria de atención. Una de sus funciones es transmitir conocimientos sobre los recursos terapéuticos tradicionales y biomédicos que pueden utilizarse para un determinado padecimiento: uso de plantas medicinales, recetas para tés curativos, tratamientos caseros para curar el mal de ojo o el empacho; o bien, sobre la posología de los medicamentos, dosis o reacciones adversas:

Híjole, yo no creo que la tos se le quite con un té o así... yo casi siempre soy de darles medicina porque me dan más confianza, aunque doña Lulú [la dueña del negocio de comida donde la informante trabaja] me dijo de varios tés que le podía ayudar. Ahorita le acabo de dar a Cristian el de mandarina calentito para la tos, y pues sí se le quitó, o sea que ya cada que tenga tos se lo voy a dar. (Mari, 19 años, Guerrero)

Mi suegra me recetó esos remedios cuando le empezaba a dar tos a ella y sí se les quita... [¿y tu mamá no te enseñó algo de medicina casera?] Sí, también, pero como eso es por allá en el campo, hay que cortar hierbitas que no recuerdo sus nombres porque los que los cortaban eran los papás... Mi abuelita nos cortaba unas raíces. Íbamos pero muy lejos a Tierra Colorada. Las rascaba, las lavaba, las hervía y nos daba el té para la tos. (Yuri, 27 años, Guerrero)

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 sí me funcionó... Ahora yo ya aprendí lo que necesitan. (Gaby, 26 años, CDMX)

Por tanto, se produce un aprendizaje intergeneracional e intragenérico que es la pauta central en la conformación de los saberes maternos las madres. Esto, como se argumenta a

continuación, es apropiado por las mujeres sin ningún cuestionamiento, o bien, interpelado por ellas, lo que puede conducir a tensiones y conflictos.

En su investigación con familias y madres hispanas, Andrews et. al (2013) plantean que para analizar las decisiones que son tomadas para curar los padecimientos de los/as niños/as, debe partirse de la idea de que esto forma parte de una polifonía de voces construida dentro de la propia red doméstica y comunitaria de las madres. Esta polifonía de voces puede dar lugar a conflictos internos que, entre otros motivos, se ocasionan por la divergencia de representaciones que cada miembro de la red social tiene respecto a las diferentes formas de atención, algo que puede generar desacuerdos, enfrentamientos o negociaciones (Andrews, et al., 2013, p. 402).

Bajo esta mirada, otras etnografías han documentado la existencia de conflictos intergeneracionales en torno al proceso de embarazo-parto-puerperio que tienen lugar entre mujeres de diversos contextos interétnicos (Mendoza, 2013; Berrío, 2013). Varios de estos conflictos tienen que ver con una diferencia en la forma de concebir los procesos s-e-a-p dada por la distancia generacional entre las mujeres jóvenes que viven el embarazo y se enfrentan al cuidado de los niños, y las mujeres de mayor edad, quienes tienen una visión más crítica de la biomedicina.

En este trabajo se identificó la presencia de confrontaciones entre las madres y otras mujeres ocasionadas, centralmente, por las diferencias generacionales expresadas en sus saberes médicos. Una situación de esta índole fue narrada por Hilda, mujer de origen boliviano quien migró a la Ciudad de México debido a que conoció a su esposo, de origen mixteco y habitante del Pedregal de Santo Domingo. Su suegra vive en una localidad rural del estado de Oaxaca, y cuando la visitan, tanto Hilda como su esposo suelen poner en duda lo que esta les dice respecto a los padecimientos de su hija Carolina, esto es, darle remedios basados en hierbas y evitar en la medida de lo posible que le den medicamentos por ser dañinos a su cuerpo:

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. (Hilda, 30 años, Bolivia)

Las redes sociales de apoyo también se conforman con base en los roles de género socioculturalmente establecidos. En su trabajo realizado con varones del Pedregal de Santo Domingo, Mathew Guttmann (2000) se interesó por conocer la perspectiva masculina respecto a tareas que socialmente se consideran “femeninas” como el cuidado y la crianza de los hijos. Así, encuentra que los habitantes del barrio reconocen a las mujeres como naturalmente más capaces de cuidar a los niños pequeños (Guttman, 2000, p. 123), pero a la vez comparten la idea de que “ni los niños son sólo ‘asunto de las mujeres’, ni los hombres

asumen más un rol como jefes de familia y como los únicos que toman las decisiones” (Guttman, 2000, p. 149).

Frecuentemente, los estudios enfocados en temas de salud infantil examinan el rol de las mujeres en el proceso s-e-a-p, por ser más visible y por considerarse más relevante para la reproducción biosocial y cultural del grupo doméstico. Esto conduce a una exclusión parcial o total del papel de los varones en dicho proceso. Sin embargo, es necesario llevar a cabo un análisis de los procesos s-e-a-p bajo un enfoque relacional que contemple a los sujetos y grupos dentro de relaciones sociales (Menéndez, 2006).

Por este motivo, es relevante incluir la participación de los varones en la atención a la salud infantil, y promover que futuras investigaciones realicen un análisis más profundo sobre el tema. Si bien la presencia de los varones es menor a la de las mujeres, esto no significa que sea menos importante. Las interlocutoras aseguran que su expectativa es que los esposos tengan un rol activo en las trayectorias de atención de sus hijos; pues aunque no participen en la emisión de los diagnósticos, en las recomendaciones sobre qué recursos terapéuticos emplear, o en el cuidado de los niños durante su enfermedad, sí se espera que los varones estén presentes de otras maneras: como proveedores o gestores de los recursos para costear la atención médica —pago de los medicamentos, de las consultas, estudios médicos, etc.—, y como acompañantes del proceso de enfermedad. Es decir, se espera que los varones estén pendientes del estado de salud de los/as menores, y en caso de que su situación se agrave, brinden apoyo afectivo. Esto es algo que Mariela, cuyos hijos han sido hospitalizados en varias ocasiones, valora de su esposo, el hecho de que aun cuando ella sea la encargada de cuidar a los niños en el hospital, este se muestre presente e interesado por ella y el niño/a.

El incumplimiento de este sistema de expectativas y obligaciones construido socialmente puede conducir a conflictos en la familia. Además, la nula o escasa participación de los varones en los procesos de s-e-a-p de los/as hijos/as es uno de los determinantes que coloca a las mujeres en una situación de mayor desventaja social, pues estas deben asumir los roles que les corresponden a su parejas, y así cumplir las funciones de cuidadoras, curadoras, gestoras y proveedoras de la salud de sus hijos (Morán, 2015).

El análisis de las redes sociales de apoyo en los procesos de s-e-a-p en general, y en la salud infantil en particular, hace evidente el carácter colectivo y relacional de dichos procesos. Bajo esta idea, se ha mostrado que, por un lado, son la base para la transmisión de saberes médicos populares, asumiendo que estas no son intrínsecamente positivas por lo cual deben ser “analizadas contextualmente, pues tienen diferentes matices en función del padecimiento, de las personas involucradas y de las relaciones de poder existentes” (Berrio, 2017, p. 480). Por otro, se ha descrito cómo estas materializan la puesta en juego de una normatividad de género que es reproducida por los conjuntos sociales para actuar frente a los procesos de s-e-a-p, donde las mujeres son las principales figuras curadoras y cuidadoras, y los varones cumplen un rol de proveedores, gestores y acompañantes.

## Reflexiones finales

Con este trabajo de corte antropológico, se ha buscado reconocer a los sujetos legos como agentes productores de saberes médicos capaces de diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades. En ese sentido, se muestra cómo las madres y las personas que forman sus redes sociales de apoyo producen saberes que sintetizan conocimientos provenientes de diferentes sistemas terapéuticos, y condensan sus propias experiencias, intuiciones, sensaciones, ideas, creencias y prácticas en torno a las enfermedades infantiles. Es decir, se plantea que los sujetos legos son creadores de un saber médico con alta plasticidad y posibilidad de adecuarse a las necesidades de cada proceso de s-e-a-p, y cuya finalidad principal es la resolución pragmática del problema de salud.

Lo anterior es oportuno para hacer visible algo frecuentemente ignorado o criticado por la biomedicina y el sector salud en México, esto es, el papel de los procesos de autoatención en la salud de la población. Armando Haro (2000) señala que el sector salud reproduce las siguientes actitudes críticas respecto a lo que este denomina el cuidado lego de la salud: supone que es algo irrelevante para la salud, o lo ve como una fuente de problemas que retrasa la atención profesional y puede ocasionar efectos nocivos (Haro, 2000, pp. 136-137). A su vez, Menéndez (2018) plantea que la biomedicina propicia una visión esquizoide de la autoatención, pues ciertos comportamientos, como automedirse la glucosa, correr por los parques o preparar soluciones de rehidratación oral son considerados positivos, mientras automedicarse con fármacos se estigmatiza (Menéndez, 2018, p. 109). O bien, como este autor propone, en el contexto de la pandemia de Covid-19, el núcleo básico impulsado por las políticas de salud de todos los países fue la autoatención (Menéndez, 2020).

Por este motivo, este tipo de estudios da lugar a replantear la concepción generalizada y hegemónica de la biomedicina y el sector salud respecto a los “pacientes” como sujetos pasivos, y poco comprometidos e interesados por su salud. Por el contrario, se muestra que la autoatención, el espacio de acción principal de los sujetos legos, es fundamental en las trayectorias de atención, pues estas tienen como punto de partida y de llegada a la autoatención, en la medida en que es la primera actividad que el sujeto y el microgrupo ejecutan respecto a los padeceres detectados (Menéndez, 2018, p. 107). También es relevante destacar otra veta de análisis fructífera para la antropología médica, esto es, estudiar a la autoatención como un espacio único de autogestión para los sujetos legos, en el cual estos intervienen respecto al cuidado de su salud tomando en cuenta sus propias ideas, creencias, experiencias y conocimientos.

Por su parte, se hace hincapié en comprender el campo de la salud infantil como un ámbito polifónico, donde interactúan múltiples voces y acciones orientadas a la reparación del daño. Aunque el artículo pone énfasis en los saberes médicos de las madres, se enfatiza que estas forman parte de un conjunto de relaciones interpersonales que permiten sostener o mejorar el bienestar material, físico y emocional del grupo doméstico; y que dichos saberes solo pueden analizarse como parte de un sistema de saberes construidos en el espacio doméstico-privado y público-comunitario.

Lo anterior supone incorporar a las redes sociales de apoyo como un elemento constitutivo de los procesos s-e-a-p. Al respecto, se plantea que estas 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; y no siempre operan de forma positiva ante los procesos de enfermedad sino que a veces también pueden generar tensiones o ser agravantes de la situación. En ocasiones, la red social puede estar ausente y no mostrar ningún tipo de ayuda.

En un contexto urbano-popular como el del Pedregal de Santo Domingo, las redes sociales de apoyo a la salud infantil cumplen las siguientes funciones: permiten la conformación de un sistema de cuidados que funciona de manera informal, sobre la base de acuerdos, negociaciones y retribuciones; posibilitan la reproducción de saberes maternos que son transmitidos de forma generacional por otras mujeres, a la vez que el cuestionamiento y reajuste de estos a otros sistemas explicativos de los procesos s-e-a-p, y son la base para sustentar económicamente a la enfermedad.

Un aporte del presente artículo es visibilizar el papel de los varones en la atención y cuidado de la salud infantil, como gestores de la salud cuyo rol está marcado por un mandato de género que “construye sus posibilidades de acción y define su posición... en la estructura social” (Berrio, 2013, p. 26). En este caso, se expone a los varones como activamente participantes de los procesos s-e-a-p, reiterando lo ya dicho por Guttman (2000) respecto a la crianza de los/as menores, pero en este caso en referencia a la salud infantil, un ámbito que no solo es un asunto de las mujeres.

Finalmente, este trabajo, además de documentar los saberes de las madres en torno a la salud infantil en contextos urbano-populares, también abre líneas de indagación sobre cómo estos saberes han podido transformarse o mantenerse frente a procesos sociales más recientes, como el debilitamiento de los servicios públicos de salud, la paulatina privatización del sistema de salud, el impacto de la pandemia de COVID-19, o bien, la tendencia hacia la medicalización de la vida. En este sentido, el trabajo ofrece claves para pensar los saberes maternos, la autoatención y las redes de apoyo como espacios vivos de agencia, negociación y adaptación que dialogan con condiciones estructurales dinámicas.

### Bibliografía

- Andrews, Tracy, Vickie Ibarra y LaVern Mathews. (2013). For the sake of our children: hispanic immigrant and migrant families' use of folk healing and biomedicine. *Medical Anthropology Quarterly*, 27(3), 385-413. 10.1111/maq.12048
- Bautista-Arredondo, Sergio, Vargas-Flores, Adriana, Colchero-Aragón, Arantxa. (2024). Búsqueda de atención y utilización de servicios en el primer nivel, 2006-2023. *Salud Pública Mex*, 66(4), 589-597. <https://doi.org/10.21149/16215>
- 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].

- Berrio, Lina. (2017). Redes familiares y el lugar de los varones en el cuidado de la salud materna entre mujeres indígenas mexicanas. *Salud Colectiva*, 13(3), 471-487. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1137>
- Bronfman, Mario. (2001). *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*. Lugar Editorial.
- Castro, Roberto y Erviti, Joaquina. (2003). Las redes sociales en la experiencia del aborto: un estudio de caso con mujeres de Cuernavaca (México). *Estudios Sociológicos*, 21(63), 585-611. <https://doi.org/10.24201/es.2003v21n63.584>
- Cortez-Gómez, Renata. (2018). Los saberes maternos y la atención de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas en Ocoatepec, Chiapas. *Desacatos*, 56, 108-123. <https://doi.org/10.29340/56.1880>
- Guttman, Matthew. (2000). *Ser hombre de verdad en la Ciudad de México. Ni macho ni mandilón*. El Colegio de México.
- Haro, Armando. (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En Enrique Perdiguero y Joseph María Comelles (Eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* [pp. 101-162]. Bellaterra.
- Guzmán, José, Huenchuan, Sandra y Montes de Oca Zavala, Verónica. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de Población*, (77). <https://repositorio.cepal.org/entities/publication/d77edfec-51d8-4981-bf4e-9449cab3219b>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2016). Estadísticas a propósito del Día del Niño (30 de abril) Datos de la Ciudad de México [Documento]. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- Jaramillo, Jefferson. (2012). Representaciones sociales, prácticas sociales y órdenes del discurso. Una aproximación conceptual a partir del análisis crítico del discurso. *Entramado*, 8(2), 124-136.
- Jodelet, Denise. (2011). Aportes del enfoque de las representaciones sociales al campo de la educación. *Espacios en Blanco. Revista de educación*, (21), 133-154. [https://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/unicen/20190515042527/Revista\\_Espacios\\_en\\_Blanco\\_N21.pdf](https://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/unicen/20190515042527/Revista_Espacios_en_Blanco_N21.pdf)
- Kleinman, Arthur. (1980). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.
- Laurell, Asa Cristina. (2011). Los seguros de salud mexicanos: cobertura universal incierta. *Ciencia & Saúde Colectiva*, 16(6), 2795-2806. <https://www.redalyc.org/pdf/630/63019110018.pdf>
- Lomnitz, Larissa. (1975). *Cómo sobreviven los marginados*. Siglo XXI Editores.

- Lorente Fernández, David. (2015). Medicina indígena y males infantiles entre los nahuas de texcoco: Pérdida de la guía, caída de mollera, tiricia y mal de ojo. *Anales de Antropología*, 49(2), 101-148. [https://doi.org/10.1016/S0185-1225\(15\)30005-9](https://doi.org/10.1016/S0185-1225(15)30005-9)
- Martínez, Homero, Suriano, Kimberly, Ryan, Gery, Pelto, Grete. (1997). Etnografía de la infección respiratoria aguda en una zona rural del altiplano mexicano. *Salud Pública de México*, 39(3), 207-216.
- Mendoza, Zuanilda. (2005). ¿Dónde quedó el árbol de las placentas? Transformaciones en el saber de dos generaciones de triquis migrantes a la Ciudad de México. *Salud Colectiva*, 1(2), 225-236.
- Mendoza, Zuanilda. (2011). *De lo biomédico a lo popular. El proceso de salud-enfermedad-atención en San Juan Copala, Oaxaca*. UNAM-PUMNM.
- Mendoza, Zuanilda. (2013). La carrera del enfermo de tres sujetos triquis con enfermedades graves. *Estudios de antropología biológica*, 16, 773-793. <https://doi.org/10.22201/ia.14055066p.2013.56755>
- Menéndez, Eduardo. (1998). Modelo médico hegemónico: reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix*, 51, 17-22.
- Menéndez Eduardo. (2006). Desaparición, resignificación o nuevos desarrollos de los lazos y rituales sociales. *Relaciones Estudios de Historia y Sociedad*, 27(107), 147-177.
- Menéndez, Eduardo. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Editorial Lugar.
- Menéndez, Eduardo. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, (58), 104-113. <https://doi.org/10.29340/58.1999>
- Menéndez, Eduardo. (2020). Consecuencias, visibilizaciones y negaciones de una pandemia: los procesos de autoatención. *Salud colectiva*, 16, e3149.
- Menéndez, Eduardo y Renée Di Pardo. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes: atención primaria y proceso de alcoholización*. CIESAS.
- Módena, María Eugenia. (1990). *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*. Ediciones de la Casa Chata 37, CIESAS.
- Montesi, Laura. (2022). Intercambio de conocimientos científicos y legos: un diálogo urgente para comprender y actuar ante la diabetes. *Entre Diversidades. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 9(1-18), 223-246. <https://orcid.org/0000-0001-8916-6776>
- Morán, Ana. (2015). Saberes maternos y padecimientos infantiles. Recursos de atención biomédicos y populares en el Pedregal de Santo Domingo [Tesis de maestría, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social].
- Morán, Ana. (2020). Una radiografía de los consultorios adyacentes a farmacias al sur de la Ciudad de México. Saberes de médicos y usuarios en torno a un sistema privado

- de atención [Tesis de doctorado, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social].
- Nichter, Mark. (2006). Reducción del daño: una preocupación general para la antropología médica. *Desacatos*, (20), 109-132.
- Reyes-Castro, Pablo Alejandro. (2023). La accesibilidad peatonal de los consultorios adyacentes a farmacias en Hermosillo, México. *Región y Sociedad*, 35, e1787. <https://doi.org/10.22198/rys2023/35/1787>
- Osorio Carranza, Rosa María. (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. CONACULTA, INAH, INI, CIESAS.
- Osorio Carranza, Rosa María. (2007). La trayectoria de atención en las enfermedades infantiles. Una puesta en escena de las representaciones y prácticas sociales. En Mari Luz Esteban (Ed.), *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas* [pp. 151-166]. Editorial Osalde.
- Osorio Carranza, Rosa María. (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* [pp. 229-252]. Universidad de Cantabria.
- Tamez, Silvia y Eibenschutz, Catalina (2008). El Seguro Popular de Salud en México: pieza clave de la inequidad en salud. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 133-145.
- Recio-Vivas, Ana María, Gualdron-Romero, María Alexandra, Peña-Otero, David, Font-Jiménez, Isabel, Díaz-Pérez, David, Castañeda-Arellanes, Kimm Allegría, Mansilla-Domínguez, José Miguel. (2023). Percepción del riesgo ante el contagio por SARS-CoV-2 en la población mexicana. *Nuberos Científica*, 6(37). <https://ciberindex.com/cnc/6370615nc>
- Salas, Montserrat. (2011). La alimentación de un grupo de bebés menores de seis meses en Xochimilco, México: relaciones entre el saber materno/doméstico y el saber médico [Tesis de doctorado, El Colegio de Michoacán].
- Victoria-Pérez, Arturo Ismael. (2017). Salud en niños de uno a dos años desde la perspectiva de sus madres y las condiciones de sus solares en Yaxcabá, Yucatán [Tesis de maestría, Centro de Investigación y Estudios Avanzados, Instituto Politécnico Nacional].
- Zolla, Carlos. (1994). *Diccionario enciclopédico de medicina tradicional*. Instituto Nacional Indigenista.
- Zolla, Carlos y Mellado, Virginia. (1995). La función de la medicina doméstica en el medio rural mexicano. En Soledad Gómez Montes (Ed.), *Las mujeres y la salud* [pp. 71-92]. El Colegio de México. <https://doi.org/10.2307/j.ctv512s4d.7>

**Financiación y conflicto de intereses:**

La autora de este texto declara a EntreDiversidades no tener conflictos de intereses al escribir y ceder para publicación el presente texto.

**Nota del editor:**

Este artículo fue arbitrado por dos especialistas anónimos mediante el Sistema Doble Ciego (Peer-Review).

**Cómo citar este texto:**

Moran Pérez, Ana Victoria. (2026). Redes sociales de apoyo y saberes maternos en torno a las enfermedades infantiles en un barrio popular de la Ciudad de México. *EntreDiversidades. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 23, e2026A06. <https://doi.org/10.31644/ED.FCHDIS.V23.2026.A06>





# Entre Diversidades

Revista de Ciencias Sociales y Humanidades

e- ISSN: 2007-7610

Vol. **23**

año  
2026



Publicación  
Continua  
[Volumen anual]

Redes sociales de apoyo y saberes  
maternos en torno a las enfermedades  
infantiles en un barrio popular de la  
Ciudad de México

Facultad de Ciencias Humanas para  
el Desarrollo Intercultural Sostenible

San Cristóbal de Las Casas



Imagen cortesía de la autora, generada a través de la inteligencia artificial Magnific.

