

MARIO BRONFMAN

Como se vive se muere

Familia, redes sociales y muerte infantil



 **LUGAR
EDITORIAL**

 

I. Introducción: de la constatación de regularidades a la explicación de singularidades

El proceso salud-enfermedad y "lo social"

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

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

En cuanto a los modelos conceptuales, si bien llegaron con retardo a los estudios de mortalidad, hoy en día coexisten varios que pueden resultar fructíferos. El más difundido en la literatura es el de Mosley y Chen (1984), pero no es el único. En América Latina, desde la segunda mitad de la década de los setenta, distintos grupos nacionales han

venido proponiendo y perfeccionando un abordaje conceptual del proceso salud-enfermedad-muerte en el que se enfatiza su carácter social. Sin embargo, postular el carácter social de ese proceso, no lleva a conclusiones unívocas.

Una línea, a la que no es ajena parte de la producción epidemiológica de los países centrales, señala que "lo social" produce una particular configuración de factores de riesgo que da origen a perfiles de morbimortalidad de grupos y sociedades. Lo social aparece entonces como un determinante jerarquizado, pero aún externo al proceso. Según una de las autoras más importantes del grupo de la Medicina Social latinoamericana (Laurell, 1986) una segunda vía,

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

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

Sin embargo, a pesar de los avances logrados, aún quedan muchas preguntas sin respuesta. Es evidente que la pertenencia a ciertos grupos sociales genera condiciones que favorecen la ocurrencia de muertes infantiles. Sin duda, la desigualdad opera segregando grupos en los que se concentran los valores negativos de los indicadores socioeconómicos. Estos, a su vez, se asocian a resultados negativos, y ello resulta claro en el caso de la mortalidad infantil. Lo que no resulta tan

claro es por qué cuando operan "condicionantes" similares, los resultados son diferentes. Esto es válido para distintos integrantes de un mismo grupo social, pero también para distintos miembros de una misma familia. Przeworski plantea esta situación con notable claridad. Dice él que:

"...si consideramos a las relaciones sociales en su complejidad ...como una estructura de opciones disponibles (y no disponibles) a los individuos localizados en los lugares particulares dentro de las relaciones de producción, entonces los patrones de inserción dentro del sistema de producción, de reproducción, de relaciones conyugales y de migración, no están determinados únicamente por la localización de clase dentro de las relaciones de producción. Por el contrario, *esperaríamos sistemáticamente* que la conducta de individuos que comparten una localización de clase no fuera homogénea, debido precisamente a las condiciones objetivas que estructuran las elecciones (Przeworski, 1982)."

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

Antecedentes

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

Años después, en un trabajo sobre la relación entre clase social y mortalidad en la niñez (Bronfman y Tuirán, 1984), volvíamos a observar este mismo fenómeno. Decíamos entonces que:

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

En un trabajo sobre las familias pobres y sus necesidades realizado en Chile (Valiente et al, 1982) se señala que 11 por ciento de las familias del Gran Santiago tiene dos o más hijos muertos antes del año. Sorprendentemente, esta evidencia no merece de los autores ningún comentario ni análisis detallado.

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

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

Con este fin, dividimos nuestro universo en tres categorías: mujeres sin defunciones de menores de un año, mujeres con una defunción y mujeres con más de una defunción. Se calculó el aporte porcentual de cada uno de estos tres grupos al total de hijos nacidos vivos y al total de defunciones de menores de un año. Para aquellas mujeres con

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

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

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

por lo menos un hijo muerto, y con el objeto de facilitar las comparaciones, se aplicaron dos medidas simples:

- a) La *Razón de mortalidad infantil* (RMI) que consiste en dividir el total de defunciones de menores de un año entre el total de hijos nacidos vivos. El resultado indica la proporción de niños nacidos vivos que murieron antes de cumplir el año de edad; y
- b) La *Razón de contribución relativa* (RCR) que consiste, para cada subgrupo, en dividir la contribución porcentual al total de las defunciones entre la contribución porcentual al total de los nacimientos. Cuando el resultado es igual a la unidad, significa que la contribución a las defunciones y a los nacimientos es equivalente. La desviación del resultado con respecto a la unidad significará, por lo tanto, una mayor contribución a uno de los dos eventos. Si es mayor a la unidad, habrá predominado la contribución relativa a las defunciones, y si es menor a la unidad, habrá predominado el aporte a los nacimientos.

Cuadro I.1

Distribución porcentual de MHN* según el número de defunciones de menores de un año y su contribución relativa al total de hijos nacidos vivos y al total de defunciones de menores de un año. México 1982.

Núm. de Defunciones	% de Mujeres	% de HNV	% de Defunciones
Ninguna	81	69	—
Una	14	20	50
Más de una	5	11	50
Total	100	100	100

Fuente : Encuesta Nacional Demográfica, 1982

*MHN: Mujeres con por lo menos un Hijo Nacido Vivo.

La lectura del cuadro I.1 nos da una primera evidencia de que estamos tratando con un problema que merece atención. A 14 por ciento de las mujeres con por lo menos un hijo nacido vivo (MHN) se le

murió un hijo, y a 5 por ciento, más de uno antes de cumplir el año. Este último grupo, que aporta 11 por ciento del total de hijos nacidos vivos, "contribuye" con 50 por ciento de las muertes infantiles. *¡50 por ciento de las muertes de menores de un año concentrada en sólo 5 por ciento de las mujeres!*

Cuadro I.2

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

Núm. de Defunciones	% de Mujeres	% de HNV	% de Defunciones de Menores de un año	RMI	RCR
Una	72	64	50	16.5	0.77
Más de una	28	36	50	30.1	1.41
Total	100	100	100	21.4	1.00

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

Si restringimos nuestro universo a aquellas mujeres con al menos un hijo muerto antes del año, la proporción de niños muertos antes de cumplir el año de edad en el grupo de mujeres con más de una defunción, es prácticamente el doble de la proporción en el otro grupo (30.1 y 16.5 respectivamente).

El grupo de MHNV con una sola defunción aporta más a los nacimientos que a las muertes, siendo la RCR menor que la unidad (0.77), mientras que entre las que tienen dos o más defunciones ocurre lo contrario, siendo mayor su aporte a las defunciones (RCR=1.41).

No se nos escapan algunos problemas metodológicos que, aunque pudieran modificar parcialmente los resultados, no afectarían el carácter más global de las conclusiones. La información se refiere, como ya lo señalamos, a mujeres que al momento de la encuesta tenían entre 15 y 49 años y que tuvieron por lo menos un hijo nacido vivo. Tomarlas en bloque implica no considerar que, para algunas, sus expe-

riencias de mortalidad infantil se produjeron a lo largo de un periodo de 35 años, en los cuales hubo cambios en las acciones de salud que pudieron influir directamente en la probabilidad de supervivencia. Pero, por tratarse de un evento poco frecuente, la posibilidad de contar con casos suficientes que permitan desagregaciones sustantivas, obliga a trabajar con períodos relativamente amplios.

Cuadro I.3

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

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

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

Cuadro I.4

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

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

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

Los cuadros I.3 y I.4 nos permiten, al menos en primera instancia, descartar dos hipótesis alternativas: a) que las muertes ocurrieron fundamentalmente al comienzo del período; y b) que las muertes se concentran en las mujeres en edades tempranas, o bien en edades extremas.

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

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

- las que tienen una mayor proporción de los sectores campesinos y una menor proporción del proletariado agrícola entre las clases sociales agrícolas.

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

Cuadro I.5

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

Nº de hijos		Edad de la madre			
		Menor 25	25 - 29	30 - 34	35 y más
2 - 4	RMI	69.2	57.2	56.5	65.5
	RCR	1.43	1.41	1.46	2.41
5 - 7	RMI	41.4	43.4	38.3	39.2
	RCR	0.86	1.07	0.99	1.44
8 - 10	RMI		31.3	37.8	27.2
	RCR		0.77	0.98	1.00
11 y más	RMI			39.8	22.6
	RCR			1.03	0.83

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica.

La asociación estadística entre cada una de las variables seleccionadas y la variable de respuesta —experiencia de defunciones de menores de un año— resulta, en todos los casos, significativa. Las MHNV con dos o más defunciones de menores de un año han tenido, en promedio, 8.8 hijos nacidos vivos y 2.7 defunciones de menores de un año. Esto significa que, en este grupo, de cada 100 nacidos vivos, aproximadamente 30 mueren antes de cumplir el año.

Al analizar simultáneamente la edad de la madre y el número de hijos nacidos vivos, encontramos que tanto la RMI como la RCR son mayores en el grupo de 2 a 4 hijos, para cualquier edad de la madre. No es ésta la primera vez que el riesgo mayor se observa entre las familias menos numerosas. En un trabajo (Minujin et al, 1984) en el que se utiliza la técnica del *Automatic Interaction Detector* (AID) para el análisis de la mortalidad infantil, los autores señalan que:

“...el número de miembros del hogar modifica el nivel de riesgo de la mortalidad infantil. Los hogares con pocos miembros tienen un nivel de riesgo significativamente mayor! Este hecho arroja nueva evidencia de que no necesariamente la familia pequeña vive mejor.”⁴

Conclusiones preliminares

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

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

En resumen, el comportamiento de la relación nacimientos/defunciones entre las mujeres con más de un hijo muerto antes del año, no ofre-

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

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

Una propuesta de investigación

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

En el primer campo, un estudio especialmente atractivo por su similitud con nuestras preocupaciones fue realizado en México⁵ y en él se estudia la epidemiología de la buena nutrición en una población con alta prevalencia de desnutrición. La conclusión a la que llegan los autores, es que el hecho de pertenecer a determinado "estrato social" crea una mayor susceptibilidad a la malnutrición, pero que existen otros factores que la precipitan en un mayor o menor grado. En el otro campo, investigaciones muy cuidadosas desde el punto de vista del diseño, encuentran que, después de controlar los aspectos socioeconómicos, las diferencias más importantes se deben a la interacción madre-hijo⁶, al estilo de vida familiar a antecedentes de privación en la infancia de los padres⁷, o a la existencia de conflictos entre los padres⁸.

5. Muñoz de Chávez. et al. (1974) "The Epidemiology of Good Nutrition in a Population with High Prevalence of Malnutrition". *Ecology of Food and Nutrition*; v.3.

6. Haynes C.F. et al. (1984). "Hospitalized Cases of Non-Organic Failure to Thrive". *Child Abuse Negl*; v. 8, n° 2.

7. Oates RK et al. (1985). "Long-Term Effects of Non-Organic Failure to Thrive". *Pediatrics*; enero.

8. Altmeier WA et al. (1985). "Prospective Study of Antecedents for Non-Organic Failure to Thrive". *J. Pediatrics*; marzo. v. 106, n° 3.

Otra bibliografía proveniente del campo biomédico pone en tela de juicio la relación entre la tendencia a repetir resultados negativos del embarazo y factores como la elevada paridad, el corto intervalo inter-genésico y aspectos específicamente biológicos⁹.

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

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

Hipótesis y diseño de la investigación

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

Para poner a prueba esta hipótesis, se elaboró un diseño de investigación en el que se comenzó por seleccionar tres grupos de familias con diferentes experiencias de mortalidad: a) familias con más de un hijo muerto (2HM); b) familias con sólo un hijo muerto (1HM) y c) familias sin hijos muertos (0HM).

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

9. Bakketeig L et al. (1979). “Perinatal Mortality by Birth Order Within Cohorts Based on Subship Size”. *B. Medical Journal*. v. 3.

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

Se desecharon las familias con niños muertos antes de 1978, para evitar problemas de memoria.¹⁰ Sólo se tomaron en cuenta los niños muertos durante los primeros cinco años de vida, cuya causa de muerte pudiera clasificarse como evitable. En otras palabras, se desecharon los casos en los que la muerte se hubiera producido por factores congénitos y/o hereditarios. Lo que se obtuvo fue un censo de, aproximadamente, 40 escuelas públicas de la zona sur del Distrito Federal.

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

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

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

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

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

En la tercera, realizada por dos terapeutas familiares —uno conducía la entrevista y el otro observaba la dinámica y registraba detalles del lenguaje no verbal— se obtuvo información sobre la estructura y la dinámica familiar.¹¹

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

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

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

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

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

En qué se parecen los tres grupos de familias

Las características sociodemográficas

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

Cuadro I.6

Edad actual de las mujeres, según grupo familiar (en porcentajes)

	0HM	1HM	2HM
Menos de 30	25	16	33
30 - 39	29	42	29
40 y más	46	42	38
Total	(24)	(24)	(24)

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

Cuadro I.7

Número de partos de las mujeres, según grupo familiar (en porcentajes)

Número de partos	0HM	1HM	2HM
Hasta 5	25	21	29
6 - 9	58	58	54
10 y más	17	21	17
Promedio	7.5	7.4	7.3
	(24)	(24)	(24)

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

Cuadro I.8

Promedio de edad al momento de la unión de los cónyuges, según grupo familiar (en porcentajes)

	0HM	1HM	2HM
El	22.1	21.5	21.6
Ella	18.0	16.8	17.0
	(24)	(24)	(24)

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

Recordamos, asimismo, que las familias eran escogidas en las mismas escuelas y en el mismo vecindario, con condiciones de vivienda similares. Sin embargo, y a los efectos de eliminar hipótesis alternativas, fue necesario evaluar la similitud de las familias en otras variables fundamentales. Una de ellas fue la edad de ambos cónyuges al contraer la unión. El cuadro I.8 muestra que las diferencias son también menores en este rubro. Mientras que en el grupo sin hijos muertos (0HM) la edad promedio de la mujer fue de 18 años y la del hombre de 22, ambas aproximadamente, en el de un hijo muerto (1HM) y en el de más de un hijo muerto (2HM) fue de 17 y 22, respectivamente.

Cuadro I.9

**Edad de inicio de vida sexual activa de las mujeres, según grupo familiar.
(en porcentajes)**

	0HM	1HM	2HM
Antes de los 15	17	8	21
15 - 19	58	79	66
20 y más	25	13	13
	(24)	(24)	(24)

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

Cuadro I.10

**Número de gestaciones de las mujeres, según grupo familiar.
(en porcentajes)**

Nº de gestaciones	0HM	1HM	2HM
Hasta 5	21	21	25
6 - 9	54	58	46
10 y más	25	21	29
Promedio	7.9	7.9	8
	(24)	(24)	(24)

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

También la edad en la que la mujer inició su vida sexual activa revela la comparabilidad de los grupos. Son pocas las que lo hicieron antes de los 15 años —17, 8 y 21 por ciento, respectivamente—, en los tres grupos predominan las que lo hicieron entre los 15 y los 19 años —más acentuadamente en el grupo 1HM— y la única diferencia importante se manifiesta en las que lo hicieron después de los 20 años, donde el grupo 0HM duplica a los otros dos. Sin embargo, hay que destacar que en ambos grupos la mayoría inició su vida sexual activa antes de los 20 años.

No sólo el número de partos en las mujeres de los tres grupos fue similar, sino también el número de gestaciones. Entre las 0HM el promedio de gestaciones fue de 7.9 al igual que en el 1HM, mientras que entre las 2HM ascendió a 8.0.

Cuadro I.11

Condición de actividad de la mujer, según grupo familiar (en porcentajes).

Condición de actividad	0HM	1HM	2HM
Trabaja	67	88	63
No trabaja	33	12	37
	(24)	(24)	(24)

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

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

La proporción de familias migrantes es mayor entre las 0HM —83 por ciento— que entre las 2HM —67 por ciento—, siendo esta diferencia atribuible al hecho de que hay mayor proporción de hombres migrantes en esas familias.

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

Cuadro I.12

Condición migratoria de las familias, según grupo familiar (en porcentajes).

Condición de migrante	0HM	1HM	2HM
Migrantes	83	79	67
– Sólo él	29	17	13
– Sólo ella	25	8	21
– Ambos	29	54	33
No migrantes	17	21	29
– Desconocido		4	
	(24)	(24)	(24)

Fuente: Datos generados por la propia investigación.

La constitución de la pareja

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En otras palabras, los nuevos patrones de interacción entre los miembros del sistema constituirán la matriz que, si es adecuada, per-

irá criar y desarrollar niños con alta probabilidad de supervivencia, si no lo es, aumentará su riesgo de muerte.

cerca del contenido de este libro

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

El capítulo 2 está dedicado a presentar el contexto en el que viven las familias entrevistadas. Para ello se describen las zonas en las que habitan, los servicios con que cuentan, haciendo énfasis en los de salud, y se completa, brevemente, la presentación de sus características socioeconómicas.

En los capítulos 3 y 4 se abordan los ejes conceptuales del análisis: la familia y las redes— lo que sería, en el lenguaje de los libros de texto de metodología, las variables independientes. Los tres capítulos siguientes revisan aspectos fundamentales de los procesos en los que se puede observar el impacto de las diferencias como la crianza, las enfermedades y accidentes y la utilización de los servicios de salud. El último capítulo intenta presentar una visión antropológica de la muerte infantil —la variable dependiente—. Si en él se descubre una tendencia a la anécdota, a resaltar la vivencia individual y familiar de este evento dramático, ello no debe ser considerado como una casualidad. La intención es rescatar un momento en el cual lo central es el drama, para darle un tratamiento diferente al que recibe en la mayoría de los trabajos sobre mortalidad infantil, independientemente de la disciplina de la que provengan.

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

VIII. *Hacia una antropología de la muerte infantil*

*Hay muertos que no hacen ruido y
es más triste su penar .*

(versos de La llorona,
canción popular mexicana)

LEGAMOS ASÍ al capítulo final de este libro. Ya hay suficientes elementos para afirmar que en los grupos estudiados existen diferencias entre las familias con distinta experiencia de mortalidad. Probablemente se pueda sostener que esas diferencias en las características familiares y en la capacidad para conformar redes sociales explican, en una medida importante, las muertes infantiles. Si así fuera, estaríamos confirmando nuestra hipótesis central.

Tratamos de ser fieles a la idea inicial de mirar a la mortalidad infantil con una "interdisciplinarietà orgánica". Por ello nuestra estrategia consistió en dedicar cada capítulo a un área problemática, no recortada disciplinariamente, de indudable relación con la mortalidad infantil, y evaluar su papel en la "producción" de las muertes.

Vimos que familias con situaciones objetivas semejantes no son iguales ni en cómo viven ni en cómo mueren. Creemos haber cumplido con el objetivo esbozado en el título del primer capítulo, y encontramos singularidades en las regularidades.

No podríamos considerar terminado el trabajo sin dedicar un capítulo, el último, el más importante, a revisar el significado de la experiencia de la muerte de un niño en la familia.¹ Se trata de presentar el componente antropológico, pero también de rescatar el aspecto subjetivo de la vivencia de la muerte. En general, este elemento —creencias, costumbres, modos de ser y de pensar en relación a la muerte— está ausente de los estudios sobre mortalidad infantil.

1. Resulta inevitable repetir en este capítulo parte de lo que se dijo en alguno de los anteriores, especialmente en los capítulos 3, 4 y 5, con la finalidad de organizar el argumento y resumir, de alguna manera, el contenido del libro.

La cultura que se desarrolla alrededor de la muerte es particularmente importante en México. El arraigo de viejas creencias populares en torno al destino de los muertos, el manejo de tradiciones por medio de mitos, relatos y elementos materiales, se traspasan a la "alta" cultura y son signos indiscutibles de lo cotidiano de la muerte para los mexicanos. En las familias estudiadas, estos elementos están presentes en toda su magnitud, ayudándoles a estructurar sus vidas y a entender y consolarse por sus muertes. Sus experiencias, siendo también las de otros, son originales.

Proponer una antropología de la muerte infantil es un intento por superar las restricciones disciplinarias que se imponen en el método de investigación. No se puede analizar realmente una "experiencia" si se prescinde de la palabra de quien la vive. La reconstrucción de esa experiencia, adquiere toda su dimensión en el marco de la discusión sobre las relaciones entre el "yo" y el "nosotros" en las ciencias sociales.

Las explicaciones en torno a la experiencia de la muerte, o a la muerte como hecho social e individual a la vez —ya provengan de la sociología, de la psicología social o de otras disciplinas—, son imprecisas; esto se debe en gran parte a la falta de claridad conceptual acerca de las relaciones entre lo "individual" y lo "social". Incluso aportaciones sustantivas como la de Talcott Parsons (1982) y sus seguidores en las que se trata de separar el "sistema de personalidad" del "sistema social", adolecen de una extrema simplificación, desde el momento mismo en que superponen ambos sistemas a nivel *puramente reflexivo*, dando poca atención a su vínculo objetivo, perceptible ya desde el análisis de la serie de pronombres personales que denotan el "yo" sin independencia del "nosotros" o el "ellos". Norbert Elías, de quien se toma la idea anterior afirma que:

"La conciencia de la propia existencia es idéntica a la de la existencia de otras personas. La comprensión de la significación del concepto «yo», que no es siempre idéntico con el uso que se hace de la palabra «yo», está en la más estrecha relación con la comprensión de la significación de los conceptos «tú» o «nosotros»" (Elías, 1982).

Esta comprensión de los significados de las vinculaciones objetivas entre los seres humanos, es fundamental para explicar de manera adecuada el hecho de la muerte. Si bien las reflexiones psicológicas

pológicas dan cuenta de este hecho a nivel de la estructura social y de las conductas de los sujetos para enfrentarlo, en grupo e individualmente, no siempre han penetrado de manera suficiente en la explicación de las *vinculaciones afectivas* que constituyen la base de la experiencia de la muerte.

Desde Emile Durkheim, y aun antes, se ha sistematizado la idea de normatividad y de su poder coercitivo como la base de la integración social, abandonando la idea de una disposición individual, intrínseca a la "naturaleza" humana, hacia la búsqueda de satisfacción por medio de vínculos heterogéneos con otros seres humanos.² Se ha llegado a concebir una idea atomística de la sociedad, como una suma de "disposiciones de necesidad" en el nivel de las acciones y conductas de individuos, despojados de "animalidad" o sometida ésta a pulsiones "normalizadas" socialmente.

Con base en un alejamiento reflexivo de las explicaciones funcionalistas y estructuralistas, en este capítulo se tomará como pregunta-eje a aquellas que nos permitan analizar integralmente el fenómeno de la muerte de un niño pequeño en la familia, como acontecimiento explicable tanto por la situación y condición social de dicho grupo, como por la conflictividad de su dinámica interna y la serie de peculiaridades culturales que hacen del acontecimiento una experiencia idiosincrática.

Las preguntas-eje son: ¿Cómo analizar, desde una perspectiva interdisciplinaria, un hecho como la muerte de un ser querido en la familia? ¿Cómo explicar, desde una concepción integradora, la experiencia de los dolientes frente a la muerte? ¿Cuál es la diferencia entre la muerte como experiencia y condición social y el hecho vital de la muerte como acontecimiento?

La muerte como experiencia de los sobrevivientes

Cuando muere un ser con el cual los vínculos afectivos son intensos, ya sea hombre, mujer, niño o adulto, en los sobrevivientes cambia

2. En la teoría psicoanalítica se da un lugar privilegiado a las "pulsiones" como fundamento de las desdichas y goces humanos, sin por ello proponer la existencia de una personalidad escindida (excepto en el caso de la enfermedad mental) como "yo" y "sociedad". Véase Marcuse, Herbert (1969). *Eros y civilización*. Joaquín Mortiz; y Fromm, Erich (1981). *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea. Hacia una sociedad sana*. México, Fondo de Cultura Económica.

algo: sus anhelos, sus rencores, sus proyectos. También se modifica carácter de la trama de relaciones con los demás, ya sea por el va que se daba a la persona muerta, o por lo que se quedó pendiente, lo no o malo, para con ella.

La muerte, esperada o repentina, es *algo que ocurre* con seguridad a todos los seres humanos³ y es, al mismo tiempo, la pérdida de vínculo con el muerto y con los demás que le rodeaban en vida. Así muerte implica que lo perdido ya estaba "dentro" del superviviente.

"La muerte de la persona querida no significa que haya sucedido algo en el «mundo exterior» de los sobrevivientes que actúe en tanto que «causa externa» sobre su «interioridad»; no basta con decir que ha sucedido algo «allí» que ha tenido su efecto «aquí». Este tipo de categorías no dan cuenta de la vinculación emocional entre el superviviente y la persona querida. La muerte de esta última significa que aquél pierde una parte de sí mismo. Una de las valencias de la figuración de sus valencias satisfechas e insatisfechas la había fijado en la otra persona. Y esta persona ha muerto. Una parte integral de sí mismo, de su imagen en términos de «yo y nosotros» desaparece también. [...] En definitiva, se puede decir: cuando muere una persona querida varía toda la figuración de las valencias del superviviente, todo el equilibrio del entramado de sus relaciones" (Elías, op. cit.).

La muerte-acontecimiento, la noticia de la situación, las causas, las circunstancias del deceso, se convierten de inmediato en nueva experiencia: el dolor por la pérdida, la necesidad de ofrendar *algo* que partió, el futuro sin su presencia, lo que dejó de sí mismo en lo que sobreviven.

Cómo entenderse con la muerte: el duelo y las creencias

Las sociedades humanas, desde siempre, han tenido que enfrentar el hecho de la muerte; la condición humana tiene este sentido pro-

3. La discusión filosófica en torno a la finitud del ser humano es inmensa. Hegel construye parte de su antropología filosófica con esta idea. Entendió que la conciencia de la finitud es la otra cara de la conciencia de la libertad. Ser mortal significa, en Hegel, ser consciente de la propia finitud. Sin embargo, Hegel no dice que la revelación de su finitud le es dada al ser humano por la muerte de otros semejantes e incluso de otras especies. Kojève, Alexander (1969), *La dialéctica de lo real y la idea de la muerte en Hegel*. Buenos Aires, La Pléyade, *passim*.

la finitud de la vida. Sin pretender abordar los aspectos descriptivos de la antropología de la muerte en las sociedades humanas, se destacan sus rasgos esenciales, con la finalidad de entender la —no exhaustiva— de testimonios que se presentan más adelante en este capítulo.

Entendérselas con la muerte de un niño pequeño significa, desde la perspectiva adoptada en este trabajo: 1) que la familia posee un bagaje cultural para dar respuesta al acontecimiento-muerte del pequeño, ese bagaje está configurado por una serie de conocimientos, creencias y prácticas rituales; 2) que las familias manejan la experiencia de la muerte de forma heterogénea, describiendo el acontecimiento para explicárselo (por ejemplo, desde la percepción o apercepción del riesgo vital como “causa” de la muerte) y también de manera simbólica (por ejemplo, a través de la “inevitabilidad” del deceso en razón del destino, de los designios de Dios; o bien de su “evitabilidad”: “si hubiera tenido dinero o si hubiera actuado a tiempo, no hubiera muerto”).

La serie de acontecimientos que suceden en la vida cotidiana no tiene solución de continuidad y tiende a repetirse “infinitamente” en la experiencia de los seres humanos. Dichos acontecimientos ritualizados, temporalizados, hechos a la medida de lo previsible y lo continuo, se ven quebrados por otros sucesos como el matrimonio o la muerte.

Para lo extraordinario, las sociedades humanas reservan conductas rituales que dependen, generalmente, de un universo simbólico complejo. La muerte es acompañada por el dolor de quienes sobreviven; a ellos, les es arrancada una parte de su cotidianeidad y por tanto de la continuidad de sus acciones.

El duelo modifica temporalmente la conducta de los allegados; el estudio de los ritos de paso (Van Gennep, 1986) da cuenta de la variedad de esa modificación. Las conductas funerarias como el luto, las ceremonias religiosas y civiles antes y después de despedir al muerto, de enterrarlo, incinerarlo, guardarlo, esconderlo, tienen una doble finalidad, según las palabras de Thomas:

“... en el plano del discurso manifiesto son motivadas por lo que aportan simbólicamente al muerto: mediante una serie de acciones más o menos dramáticas, más o menos prolongadas y a veces separadas por largos intervalos, se asignan al muerto un lugar y diversos roles, en concordancia con la continuidad de la vida. Pero en el plano del discurso latente, aunque el cadáver es siempre el cen-

tro de las prácticas, el ritual sólo toma en cuenta un destinatario: el individuo o la comunidad sobrevivientes. Su función fundamental, tal vez inconfesada, es la de curar y prevenir, función que por otra parte presenta múltiples aspectos: aliviar el sentimiento de culpa, tranquilizar, consolar, revitalizar (Thomas, 1991)."

Sin duda alguna los rituales son diferentes según la edad, el sexo y la condición social del muerto; sin embargo, en la extensa bibliografía sobre la muerte, las reflexiones o referencias a los muertos-niños son escasas, lo cual impide elaborar un análisis del contenido ritual para ellos.

Aun a riesgo de generalizar, se puede decir que en México, sobre todo en los estratos populares, la ritualización en torno a los niños muertos no tiene diferencias sustantivas con los adultos; importa la concepción del niño pequeño como ser puro, sin mácula, "ángel" cuya alma irá sin duda al cielo o al limbo (Véase Ichon, 1973; Lillier, 1989; Lewis, s/.).⁴

La muerte de un niño produce un duelo singular; cuando los padres desean y saben que pueden tener otro niño, el dolor de la pérdida está acompañado frecuentemente de esperanza: el nacimiento de un niño que ocupará el lugar del muerto. Es preciso tener en cuenta lo anterior, ya que permite analizar la diferencia en la experiencia de la muerte de un niño pequeño y, como se verá, los testimonios traslucen las variaciones de esperanza por medio de una mayor capacidad de resignación.

Incertidumbre y seguridad vital: la muerte como riesgo social diferenciado

En la literatura sociológica, demográfica y epidemiológica se ha dado un énfasis preferencial a las diferencias sociales —por clases sociales, estratos, condición racial, escolaridad, migración, sanidad en la vida—

4. El ritual funerario, en algunas áreas del México rural y entre sectores populares urbanos, consiste en elevar cantos velatorios al alma del niño-ángel, mientras que al adulto se le hacen rezos. La creencia no totalmente documentada en torno al destino del alma del niño muerto es una mezcla difícil de separar entre la visión ya vulgarizada proveniente del catolicismo y las conductas precortesianas en relación a los niños y su puesto en la vida. Véase el interesante y ya clásico libro de Alain Ichon. Las costumbres en el resto de América, con diferencias y matices, guardan fuertes identidades. El libro de Ruz Lhuillier abunda en elementos cristianos y no cristianos de las mencionadas costumbres. Resulta muy ilustrativo para la fundamentación del argumento presentado aquí sobre el significado de las costumbres y creencias en torno a la muerte en los barrios populares de la Ciudad de México, las consideraciones de Oscar Lewis.

etcétera— como causales y potenciales de riesgo de la muerte de niños (Véanse de la amplia bibliografía: Mosley, 1988; Behm-Ross, 1990; Bronfman y Tuirán, 1984). En otra línea se ha destacado la influencia de los aspectos biológicos en las posibilidades de supervivencia en la infancia—edad de la madre, condición nutricional, interacción intergenésico, entre otros.

Aspectos como la dinámica familiar o el funcionamiento de la estructura social próxima a las familias, han sido escasamente explorados. Decir que la estructura y funcionamiento familiar es un “riesgo” de muerte para futuros miembros o que hay contextos “mortíferos” podría parecer forzado, pero el panorama cambia si se toman en cuenta las siguientes consideraciones: 1) en la literatura criminológica está comprobada la asociación entre conflictividad familiar y conducta desviada (Véase Pitch, 1980));⁵ 2) la percepción familiar de las oportunidades de vivir para nuevos miembros está mediada, al parecer, por la condición social de la familia, pero también por el mundo simbólico reproducido en la misma;⁶ 3) las oportunidades de vivir *como certidumbre social* se han ampliado; sin embargo, esta certidumbre sigue siendo un mero ideal para las clases desposeídas (Véase Elías, 1987);⁷ 4) el riesgo es socialmente diferente, entre clases, pero es también diferente según el modo de vida de la gente, según su vida cotidiana.⁸

Lo que se aclara al estudiar la historia de las civilizaciones, es que la seguridad vital de las personas ha tenido un incremento relativo, que incluye la capacidad de prever los peligros de muerte, debidos

5. Se han realizado estudios entre familias de estratos pobres queriendo avalar la tesis ecológica en la producción de la conducta desviada, encontrándose diferencias conductuales en personas con similitud de condiciones... No todos los pobres delinquen. Por supuesto no se alude aquí a la reiterada disolución familiar como “productora” de delinquentes, sino a la exposición permanente de violencias, abandonos, conflictos en la infancia y adolescencia de muchos delinquentes.

6. El principal hallazgo de esta investigación consiste, precisamente, en que la similitud de las condiciones socioeconómicas de las familias no basta para explicar la presencia diferencial de niños muertos en las mismas. Este hallazgo sugiere que las razones de la desigualdad en el número de las muertes debe buscarse en el interior de las familias y no como “algo” que cae de afuera.

7. El argumento es incontestable: la esperanza de vida en todo el mundo se ha incrementado, pese a las abismales diferencias entre países ricos y pobres, de allí que exista una mayor certidumbre sobre las posibilidades de una supervivencia superior, incluso para aquellos que no alcanzan el umbral del desarrollo económico. La esperanza de vida en los países ricos, es también el baremo de las posibilidades para los demás. Norbert Elías ha desarrollado esta idea con otros matices: “El sólo hecho del aumento relativo de la esperanza de vida de los individuos que viven en estas sociedades demuestra una mayor seguridad vital”.

8. Deben recordarse las evidencias presentadas en el capítulo 1 en relación al peso de lo familiar en la desnutrición y en el “fracaso no orgánico en el desarrollo”.

principalmente a la enfermedad. Persiste sin embargo la inseguridad frente a otras amenazas, como los desastres y el surgimiento de males emergentes como el SIDA. Al respecto, Elías ha escrito:

“Al parecer, el aferrarse a una creencia sobrenatural, que promete una protección metafísica frente a los imprevisibles reveses del destino y sobre todo frente a la propia caducidad, sigue siendo una actitud mucho más apasionada entre aquellas clases y grupos en los que la duración de la vida es más incierta y escapa en mayor medida a su propio control. Pero *grosso modo*, en las sociedades más desarrolladas los peligros en las vidas de las personas, incluido el peligro de muerte, se han hecho más previsibles, y en esa misma medida se ha atemperado la necesidad con la que se necesitan poderes protectores sobrenaturales. Al aumentar la inseguridad de la sociedad [...] es comprensible que estas necesidades vuelvan a crecer de nuevo (Ibid.).”⁹

Así, la explicación de la muerte según el grado de desarrollo de las sociedades se convierte en un elemento crucial para entender las diferencias en los niveles relativos de la mortalidad y las causas asociadas a ésta; sin embargo, este elemento está estrechamente relacionado con la dinámica y estructura de los grupos sociales, principalmente la familia, pues es en ella donde se reproducen las seguridades y las incertidumbres, las creencias y los valores en torno a la muerte para determinado sector social.

*Como se vive, se muere:
condiciones y formas de vida como riesgos de muerte*

Se ha dicho que los pobres mueren con mayor resignación, que aceptan la muerte de manera más fácil porque siempre han vivido en la incertidumbre, soportando los pesares y las cargas de una vida dura. Así parece deducirse del relato “Señor y trabajador” de León Tolstoi; dice Norbert Elías de este relato, que Tolstoi se “esfuerza de manera explícita por esclarecer la relación que existe entre el modo de v

9. Una idea similar a la expresada en la cita, si bien en un contexto argumentativo diferente al psicoanálisis se encuentra en: Becker E. *El eclipse de la muerte*; Fondo de Cultura Económica, México, 1979.

y el modo de morir" (Ibid.), relación compleja que implica, para los fines de este trabajo, analizar adecuadamente los riesgos involucrados en el modo de vivir de los informantes.

Conviene aclarar que los condicionantes sociales del riesgo de morir son algo más que "factores" asociados al acontecimiento; permiten aclarar lo que es atacable por medio de una acción social, los límites de una intervención en ese sentido. Finalmente, *nivel de vida* no es lo mismo que *calidad de vida*, ni siquiera constituye su condición. El valor social de *vivir más* es el lado ético —como proyecto social—, de *vivir mejor* (Ver Sen, 1992; Desai *et al*, 1990).

Pobreza y marginación: materialidad del riesgo

Antes de pasar al análisis de los testimonios de las familias entrevistadas, es necesaria una breve digresión de lo que se entenderá aquí por materialidad del riesgo de morir. Se refiere a una condición social determinada por la carencia o ausencia de medios de supervivencia que satisfagan las necesidades básicas de los sujetos. Eventualmente, este déficit de satisfactores se convierte en un riesgo de muerte para los miembros de la familia, principalmente para los niños. El déficit puede ser relativo, pero existe un límite relativo a la carencia: de hecho, la satisfacción de las necesidades básicas es absoluta, pues se refiere al *mínimo* requerido por un ser humano para su propia reproducción (Véanse entre otros: Sen, 1976, 1984; Boltvinik, 1990).

La carencia de alimentos, de vestido y de servicios indispensables para proteger la salud y atacar la enfermedad, es determinante en la posibilidad de ocurrencia de muertes y, desde la perspectiva aquí adoptada, es factor sinérgico con el modo en que viven los individuos.

En esta investigación se tomaron como evidencia los testimonios de 72 familias cuyas condiciones sociales son cualitativa y cuantitativamente similares. ¿Se debía suponer que los riesgos de muerte de niños fueran también similares? La respuesta es, a la luz de lo observado, categóricamente no.

"Riesgo" es un concepto heurístico que sirve para delimitar con un alto grado de comprensión la posibilidad de un hecho: la muerte de un niño pequeño *indica* un fenómeno objetivo, no le da contenido. La materialidad del riesgo de morir, en función de las certidumbres sociales

de *vivir más tiempo*, existe desde el momento en que las familias entrevistadas pertenecen a un grupo social cuyas necesidades básicas no han sido satisfechas. Pero esta adscripción no permite apreciar la flexibilidad de las conductas familiares para atacar la pobreza, la marginación, el rezago social.

Las condiciones materiales son una parte fundamental para entender el riesgo de muerte; lo que cuenta, en todo caso, es la relación entre la dinámica familiar y esas condiciones. En un interesante artículo, Henry A. Selby, refiriéndose al "respeto" que se puede dar entre padres e hijos escribe:

"... las familias que sí cumplen, que sí aguantan y que crean un espacio agradable de amor, respeto, y confianza para convivir, son las familias que gozan de una limitada prosperidad que les permite trepar del abismo de la miseria. Pero las familias donde no se respeta a los hijos, o donde los hijos no saben respetar a los padres, se quedan en la pobreza" (Selby, 1990).

Prácticamente sin excepción, las familias sin hijos muertos, además de no presentar rasgos agudos de conflictividad en su funcionamiento, sabían delimitar sin confusión sus estrategias para *sobrevivir mejor* en sus condiciones.

Estrés, ignorancia, rutina: cotidianeidad del riesgo

Mientras que la materialidad del riesgo alude a una condición social, la certidumbre de vivir (o su ausencia) alude a los valores y creencias heterogéneos, cambiantes en el tiempo, de los grupos sociales, principalmente de la familia. La cotidianeidad del riesgo se refiere a la serie de conductas, actividades, creencias y valoraciones que impiden a las familias —frecuentemente a la madre— tomar decisiones adecuadas frente al peligro de la enfermedad y otros peligros de la vida diaria.

Se refiere también a los conocimientos adquiridos del entorno a través de relaciones con otras personas y de generación en generación, y a la mezcla de éstos con las creencias también adquiridas. Cotidianeidad quiere decir *entrega de lo que uno es* en las actividades que permean la vida; significa vivir con un determinado *quantum* de conoci-

mientos, con una determinada carga de trabajo, con un determinado tipo de labores repetidas una y otra vez, a lo largo de los días (Ver entre otros: Heller, 1981; Schutz, 1974). Para la explicación de otras perspectivas (Goffman, Garfinkel, Schegloff y Sacks; Wolf, 1982).

Con el bagaje de sabiduría que da lo cotidiano se enfrenta lo extraordinario, por lo que se es, cada día, con la carga de conflictos y las tensiones derivadas de la situación y el contacto con otras personas.

De allí que, por ejemplo, el éxito o fracaso de ciertas conductas para evitar la muerte, atacar adecuadamente la enfermedad y prevenir los peligros, vaya de la mano con la oportunidad o extemporaneidad en la ejecución de acciones ya sabidas por el conocimiento o la experiencia adquiridos en la vida cotidiana, además de la carga ya referida.

Para las personas no existe siempre una división clara entre los peligros debidos a la situación material y los originados por la interacción humana en el interior del grupo. Las frases condicionales empleadas en la explicación de la muerte —“si tuviera dinero”, “si mi marido no se emborrachara”, “si tuviera ayuda de mi familia o mis vecinos”— son también desiderativas: quieren implicar la necesidad de salir de una determinada situación material y de una determinada situación de carencia de afecto y solidaridad.

De allí que la materialidad y la cotidianeidad del riesgo muestren en sentido estricto, los modos de vivir y de morir, los lados de la misma moneda. Por tanto, no debe asombrar que algunas familias con varias muertes de niños pequeños, tomen los decesos con gran resignación, pero rechacen sus condiciones de vida por medio de frases irónicas, amargas o simplemente responsabilizando de su suerte al destino o a Dios.

Dinámica familiar y riesgo de muerte

La familia humana ha sido diferente en las numerosas culturas que han existido y existen. No existe, en sentido estricto, la “familia”. Si hay, en cambio, diferentes tipos de familias en las distintas sociedades humanas. Por tanto, la dinámica de las familias, los modos como éstas funcionan y los modos como sus miembros interactúan, son asimismo variados y heterogéneos. La tentación de establecer patrones de similitud, tipologías, se sustenta en la necesidad de abstraer rasgos percibidos como similares y de ese modo explicar mejor su fenomenología.

Por dinámica familiar,¹⁰ en un sentido amplio, se debe entender las

conductas y acciones sustentadas en una normatividad establecida que permean la vida cotidiana de los miembros del grupo. Dicha dinámica está determinada por las interacciones y vínculos entre sus miembros y delimitada por las condiciones materiales en que vive la familia. Esta dinámica puede estimular o paralizar; puede permitir a sus miembros un mejor desarrollo personal pese a las limitaciones materiales, o puede ser un obstáculo para que éste se de. En la dinámica familiar se expresan deseos personales y proyectos grupales. Ella puede hacer que sus integrantes se sientan estimulados a tener una vida cada vez mejor en su prefiguración futura, o delimitar el grado de conflictividad de la inserción de los integrantes con el grupo.

Problemas, disputas y conflictos familiares

La conflictividad familiar ha sido muy estudiada, fundamentalmente por la psicología clínica. Aquí, interesa en tanto elemento explicativo de los riesgos potenciales de muerte de los niños pequeños. Por conflicto se debe entender una disputa no resuelta entre dos o más sujetos dentro del grupo familiar, y que comportan diversos grados de agresividad. Las disputas crónicas, no resueltas, pueden convertirse en conflictos; éstos, una vez rutinizados, forman parte de la dinámica de la familia y de las relaciones entre sus miembros. La gravedad de los conflictos se ve agudizada en muchos casos por la situación material precaria del grupo.

Los conflictos familiares comienzan frecuentemente por la existencia de un problema no resuelto; este problema puede ser, indistintamente, severo o sin importancia aparente. Después, surge la disputa para la solución del o los problemas. Puede ser que la disputa quede abierta temporalmente, sin resolución en una especie de paréntesis de no conflictividad; se pasa de allí al conflicto, expresado por medio de enfrentamientos directos entre los miembros, o por medio de conductas de rechazo, enemistad, agresividad verbal y física. Un esquema puede ayudar a comprender lo anterior:

10. Un desarrollo más exhaustivo de estos aspectos, se hizo en el capítulo III sobre familia.

Problema	Disputa (se da por)	Conflicto (deriva en)
Ejemplos: Alcoholismo del marido o la mujer	Irresponsabilidad, ausencia, abandono	Pérdida de autoridad, rechazo, agresividad
Precariedad económica	Carencia de satisfactores básicos	Incertidumbre, culpabilizaciones, agresividad
Ausencia de apoyo en las tareas domésticas	Cargas diferenciales de las responsabilidades cotidianas	Reproches, insultos, agresividad

La conflictividad familiar es uno de los componentes más importantes del riesgo, por las implicaciones que tiene, es decir, por su cualidad de ser un resultado de comportamientos previos y por la gama de aspectos a que se refiere.

En el esquema observamos, a manera de ejemplos, los orígenes probables de algunos de los conflictos en la familia. Sobra decir que el esquema es, más que nada, una abstracción analítica. En la realidad los problemas se dan frecuentemente juntos, en combinaciones variadas, a veces se convierten en disputas abiertas que no se resuelven jamás, en otras no llegan a transformarse en conflictos.

El componente de agresividad de casi todas las relaciones conflictivas no conduce siempre a la violencia. En ocasiones la agresividad de un miembro de la familia se constituye en una conducta amenazante, cuya finalidad se expresa en mera disuasión para el mantenimiento del control familiar.

El componente de rechazo es importante pues conlleva a la imposibilidad de atemperar la agresividad intrínseca de todo conflicto. Al rechazar un comportamiento, una conducta, los miembros de la familia —al menos los que tienen edad para tomar decisiones—, pueden expresar nuevas necesidades (salir del hogar, evadirse por medio de satisfactores como el alcohol o las drogas, etcétera).

La incertidumbre se constituye en conflicto cuando se hace permanente, cuando nunca se acaba por tener una situación económica estable o al menos no sujeta a variaciones agudas. La incertidumbre en la satisfacción de lo necesario para vivir se convierte en *inseguridad vital*, el futuro siempre estará marcado por el hecho de vivir al día, y a veces ni eso.

La culpabilización de un miembro, ya sea por la insatisfacción en el cumplimiento de las (supuestas o reales) responsabilidades en la vida cotidiana, ya sea por el acontecimiento repentino de un suceso doloroso (un accidente, la muerte de un hijo), es fuente de los conflictos más graves y de la producción de una dinámica familiar teñida por la amargura y la insatisfacción permanentes.

La conflictividad en la dinámica familiar es un componente de primer orden en la explicación del riesgo para muchas de las muertes infantiles.

Ausencia o mal funcionamiento de redes

Ya se explicó en el capítulo 4 dedicado al estudio de las redes sociales, la importancia que éstas tienen en el análisis del riesgo de muerte de los niños. Conviene resaltar algunos rasgos sobresalientes del funcionamiento y estructura de las mismas.

En primer lugar, el concepto de "red" sirve para entender la amplia gama de vínculos que se pueden dar entre los seres humanos y cuya finalidad, en general, es prestar ayuda y proporcionar apoyo. Los vínculos pueden establecerse por diferentes motivos y por diferentes circunstancias y situaciones: por parentesco, por cercanía espacial, por necesidades afectivas, para circular informaciones, debido a fines comerciales o de transacción interesada de bienes y servicios, etcétera.

En segundo lugar, las "redes" tienen, como ya se mencionó, cuando menos tres componentes: a) una determinada densidad, que expresa la extensión o amplitud de la red (número de integrantes) y la frecuencia o intensidad de los intercambios que se dan a través de ella; b) una determinada conectividad o la fuerza con que se establecen los intercambios y c) una determinada porosidad de la red o el modo de condicionamiento para el paso e incorporación de nuevos integrantes.

El entramado social que se expresa en una red solidaria no se define por su estructuración permanente y continua; antes bien, sufre la acción del azar y la eventualidad que se expresan como oportunida-

en el funcionamiento de la red. No existe, por otra parte, una finalidad que determine los objetivos de la red: se dan por supuestos ciertos requisitos u ordenamientos en función de la ayuda mutua que supone un entramado solidario.

El funcionamiento de la red no siempre se sustenta en la puesta en juego de papeles o roles determinados de antemano, aunque puedan suponerse jerarquías —y, consecuentemente, reconocimientos— de las personas comprometidas (por ejemplo una madre, la suegra o una mujer mayor saben “más” del cuidado de un niño). En realidad, la red se pone en actividad con el fin de resolver un problema o una prioridad, o con un fin estratégico para el entramado grupal (por ejemplo, define quiénes cuidan la prole y quienes trabajan).

Un aspecto importante, a veces dejado de lado, del funcionamiento de una red social, es el componente implícito de la “disposición” íntima, personal de ser solidario. Este aspecto tiene la característica de indicar el contenido subjetivo de una integración social exitosa. El entramado de la red se afirma en su finalidad cuando coinciden la voluntad solidaria y la oportunidad en la ayuda o el apoyo. Los testimonios recogidos para este trabajo muestran de manera categórica que la oportunidad en el funcionamiento de la red, y no sólo su supuesta existencia, puede ser vital. Pero también muestran que, a veces, la suposición de su existencia tiene el mismo impacto que su existencia virtual.

La ausencia de la red social puede darse, básicamente, por características de la estructura familiar —límites impermeables con la familia de origen y con el entorno— o por situaciones objetivas. Entre éstas hay dos que vale la pena señalar por ser las más frecuentes: a) cuando la familia se ha establecido lejos de sus parientes y amigos, ya sea por cambio de residencia dentro de la ciudad o por su nueva ubicación en un lugar distinto al de su origen; o b) cuando por un determinado tipo de conflictos entre vecinos, compañeros de trabajo, amigos o parientes, a la familia le es difícil encontrar nuevos apoyos.

La red puede ser rota en virtud de acontecimientos no voluntarios —cambio de lugar de trabajo del jefe de la familia, expulsión del lugar de residencia— o voluntarios —necesidad de emigrar en busca de nuevas oportunidades—. El aislamiento geográfico, aun el que se da dentro de la ciudad, impide el buen funcionamiento de las redes sociales, imposibilita y hace que su intervención se dé sin la oportunidad requerida.

La red social se constituye en un aspecto indispensable para la realización exitosa de ciertas actividades de la vida cotidiana. Su expre-

sión como vínculo solidario, no siempre carente de incomodidades, disputas, le da un alto contenido humano, necesario para la integración social fundamentada en normas de baja o nula coercitividad.

En los testimonios se hace evidente el papel fundamental de las redes para el éxito de actividades, acciones y proyectos, y también para la solución de imprevistos. En estrecha relación con la dinámica familiar, la estructuración de redes influye positivamente en el grado de conflictividad del grupo. Se expresa como apoyo (support) de algunas tensiones familiares que de otro modo caerían en el círculo vicioso de la historia no resuelta, ocultada o pospuesta. La estructuración de la red se explica por la positividad que comporta en el funcionamiento adecuado del grupo familiar (Campbell y Shields, 1992).

La inmediatez y fugacidad del funcionamiento de algunas redes no debe confundirse con ayudas circunstanciales, accidentales, en las cuales, sólo de manera forzada se puede hablar de "red" o "apoyo". Puede ser que la red se estructure con fines explícitos¹¹ de ayuda mutua entre los familiares y parientes, o que lo haga de manera permanente más allá de algún objetivo específico o, finalmente, es posible que se estructure de manera organizada en la comunidad más allá del grupo familiar, como una estrategia de supervivencia y con interés de integración extrafamiliar.¹² De hecho, se ha argumentado que las familias que tienen la posibilidad de convertirse en una unidad externa, tienen mayores oportunidades económicas, y por tanto, mejores condiciones de supervivencia (Selby et al, *ibid*).

Las relaciones entre familia y red social: algunos hallazgos

La relación familia-red debe quedar más explícita, al arribar a este punto. Al comienzo señalábamos que, uno de los elementos claves de mediación entre la dinámica familiar y la presencia o ausencia de redes, es el predominio de límites impermeables, tanto al interior como hacia el exterior.

11. Es evidente que en diversas circunstancias, la ayuda solidaria se proporciona con la idea de recibirla en compensación dada alguna oportunidad futura; la expresión "hoy por ti, mañana por mí", implícita en algunas declaraciones de los testimonios, es significativa en este sentido. Sin embargo, la sola probabilidad de recibir un favor a cambio en el futuro, no da legitimidad a su contenido solidario.

12. Ver el trabajo pionero para México, ya citado, de Lomnitz L. *¿Cómo sobreviven los marginados?*; Siglo XXI editores, México, 1979. Otros trabajos recientes avalan la mayoría de las tesis de Lomnitz, si bien critican el concepto de "estrategia de supervivencia".

terior del grupo, lo que suele darse de manera coincidente en la mayoría de las familias 2HM. Trataremos de centrarnos, entonces, en los elementos de la relación entre ambas variables —la dinámica familiar y la presencia de redes de apoyo— que dificultan o favorecen los procesos que conducen a la muerte, en la medida en que encontramos que un funcionamiento riesgoso en la primera está directamente asociado con un funcionamiento igualmente riesgoso en la segunda.

En otras palabras, entre los principales elementos que favorecen una relación de mayor riesgo entre familia y redes encontramos una dinámica y conflictividad internas en la primera, que generan pobreza o ausencia de las segundas. Se podría argumentar que es el entorno social de una familia el que afecta más que nada su capacidad para generar conductas de menor riesgo. ¿Cuáles son, entonces, los mecanismos por los que se produce una relación entre riesgo familiar y riesgo social y cuál es la dirección de tal relación? Dicho de otro modo, ¿cuál es el verdadero peso de los aspectos estructurales si se lo compara con el de los comportamientos individuales y grupales? Si bien son preguntas de difícil respuesta, nuestra investigación permite aportar elementos para una reflexión en torno a este problema.

Desde una perspectiva cercana a interpretaciones macrosociales, se podría sostener que si “la defensa de los recursos y su re-creación son los principales problemas que llevan a una organización a establecer relaciones con el mundo exterior” (Stinchcombe, 1967), entonces todas las familias de escasos recursos deberían apoyarse en redes. Sería éste un comportamiento determinado por condiciones estructurales —básicamente la pobreza—. Sin embargo, no solamente existen redes en todos los sectores sociales —aunque funcionen de manera diferente— (Lomnitz. Op. cit.), sino que hemos visto que ante iguales carencias, no todas las familias son capaces de establecer redes efectivas de apoyo.

Desde el extremo opuesto, basándose exclusivamente en variables individuales, una interpretación radicalmente microsocioal podría sostener que existe algo semejante a una “personalidad misantrópica”, que predispondría tanto a descuidar la salud como a establecer relaciones sociales de baja calidad (Sluzki. Op. cit.) más allá del contexto en el que las personas se encuentren.

Nuestro estudio compara retrospectivamente grupos familiares que tuvieron muertes infantiles con grupos que no las tuvieron, basándose principalmente en los relatos de sus miembros. No se propone establecer una explicación causal de las muertes infantiles —ya

que no se controlaron todas las variables que pudieron haber intervenido en ellas—, ni tampoco dimensionar exactamente el peso de los factores individuales por oposición a los sociales, entre ellos la calidad de las redes. Se propone, en cambio, comprender el fenómeno de la recurrencia —a nivel macro, la concentración— de muertes infantiles en un grupo específico de familias. De ahí que la unidad de análisis elegida, por ser unidad ideal de reproducción y sistema dentro del cual los individuos aprenden modos de interacción al interior del grupo y con el entorno, se nos haya revelado como un espacio clave de mediación entre los comportamientos individuales y los factores sociales. De esta manera, las características particulares de cada familia —que sin duda están vinculadas con el entorno social— han probado ser elementos poderosos para dicha comprensión.

No estamos postulando de forma lineal que, a medida que aumenta la “funcionalidad” de la familia y el tamaño y disponibilidad de la red social, se reduce la probabilidad de tener muertes infantiles, sino subrayando que la mortalidad se acumula en el subgrupo que presenta mayor conflictividad familiar y menor calidad de sus redes de apoyo.

En suma, encontramos una relación altamente plausible entre ciertas características de la familia y el descuido de la salud de sus miembros —más evidente en los más vulnerables—. En esta relación considerando el contexto de pobreza de recursos en que se desarrolla el descuido de las redes de apoyo repercute inevitablemente en el descuido de la salud.

Pero es necesario insistir en la idea de que las familias deben verse como sistemas abiertos y no como células sociales autónomas, lo que evitaría el malentendido de pensar que la “disolución familiar” sería responsable de todos los males sociales. Lejos de ese argumento, nuestra postura asume una relación dinámica entre los factores macro sociales y el espacio de acción de los grupos e individuos, situados en un contexto específico. Hemos señalado que cada miembro del hogar tiene distintas redes de parentesco y distinto compromiso con el mismo, por lo que la familia no es tanto una totalidad orgánica como un conjunto de personas individuales, cada una de las cuales establece relaciones diferentes fuera de la familia. Por otra parte, una concepción abierta de redes tiende a ver a éstas como una multiplicidad de relaciones variables y multifuncionales, y no como una serie definida de relaciones entre personas, factible de delimitar y analizar en tanto grupo. La familia sería así el conjunto abierto de relaciones que los miembros de la familia

lia establecen con otros significativos, que pueden convertirse en apoyos eventuales ante las dificultades. Si en capítulos anteriores separamos las nociones de familia y de redes para fines analíticos, es necesario verlas ahora en conjunto, en su interacción dinámica.

En varias ocasiones, hemos señalado que la fuerza referencial del modelo de la familia nuclear en los grupos en estudio volvía pertinente la utilización del enfoque sistémico, al que añadimos un enfoque de redes. El modelo de la familia se mantiene, en parte, porque fuertes construcciones culturales lo sostienen, entre las más notorias, la ideología del género basada en la división sexual del trabajo y la idea de la familia como un todo orgánico, lo que está en tensión permanente con un proceso de individuación personal —al que las esposas/madres tal vez serían las últimas en acceder—. En la realidad, son múltiples los arreglos familiares, los conflictos y negociaciones al interior del grupo, y las interacciones que cada uno de sus miembros establece con el entorno inmediato y no inmediato, incluidas las familias de origen.

La “cohesión” familiar depende de muchas circunstancias complejas: inestabilidad laboral, pobreza, migración, y conflictos entre generaciones y en la familia nuclear, violencia doméstica, abandono, etcétera que, como hemos mostrado, prevalecen entre las familias con varios hijos muertos. Pero nuestra hipótesis no es que la ausencia de *cohesión* en la familia —en tanto totalidad— sea lo que explica el fenómeno de la *multimortalidad*, sino más bien que una familia donde prevalezca una situación de conflicto crónico y violencia tendrá, probablemente, miembros menos capaces de sostener de forma permanente actitudes de cuidado de la salud.

Al mismo tiempo, y teniendo en cuenta el carácter bidireccional de la relación familia-red, una debilidad crónica en la primera puede afectar la continuidad en el tiempo de la segunda. Basándonos en Sluzki (Op. cit.) podríamos argumentar que ese debilitamiento de la red puede responder en parte a actitudes del propio sujeto que la establece, en la medida en que deja de participar activamente en el mantenimiento de la misma —haciendo ésta, por inercia, lo mismo con él—, en parte porque ciertos problemas crónicos tienen un efecto de rechazo en los demás, y en parte porque la debilidad crónica reduce la reciprocidad en que se basan muchos vínculos (el afectado no puede corresponder). También “la falta de evidencia de mejoras tiende a descorazonar y agotar a muchos miembros de la red, en proporción inversa a la deuda de lealtad, a la historia en común y a las guías

éticas de los participantes" (Ibid.). Pensamos, por ejemplo, en aquellos casos de familias con problemas crónicos de alcoholismo, violencia intrafamiliar y abandono de los hijos o de la mujer, que se han ido agravando con el tiempo.

Por otra parte, es posible que algunas familias tengan una dinámica de funcionamiento adecuada al cuidado y supervivencia de los niños, sin que necesariamente se observe una correspondencia con el cumplimiento de los roles que el modelo normativo asigna a cada miembro de la familia. Muchas veces las circunstancias obligan a que las funciones que "corresponderían a los padres" sean cubiertas por hijos mayores (por lo general niñas), o que el papel de proveedor —durante períodos prolongados de ausencia masculina—, sea cumplido por la mujer o bien por otros parientes (por lo general las familias de origen). Incluso es posible que funcione mejor un hogar temporaria o definitivamente "monoparental" que uno donde la presencia del padre resulta conflictiva o violenta, gracias a la inserción del hogar nuclear en una red que disminuye los riesgos; como es el caso frecuentemente reportado de familias donde los padres de alguno de los cónyuges mantienen por períodos al grupo, aportando dinero, bienes o servicios e influyendo en la toma de decisiones en el hogar.

Pero lo importante —y que simultáneamente permite constatar la fuerza del modelo normativo en las representaciones de las personas—, es que en la mayor parte de los casos estas situaciones no son vividas como arreglos "naturales" alternativos, sino como verdaderos problemas que, de no resolverse en el tiempo, profundizan más aún una dinámica conflictiva donde la mujer aparece como la más vulnerable, lo que resulta más grave, como hemos mostrado, en aquellos casos en que ésta no dispone de redes de apoyo. Como señala Durham, "lo mismo ocurre con muchas de las llamadas familias matrifocales, tan comunes en sectores de bajos ingresos. Este tipo de familia —sin un hombre proveedor estable—, es más una demostración de la imposibilidad de organizar la subsistencia en términos mínimamente aceptables, que un modelo alternativo de familia" (Op. cit.).

De este modo, la exploración de la estructura y dinámica familiares, ha sido para nosotros la estrategia de entrada a un análisis de los significados que tienen las relaciones, dentro de la familia, para las diferentes personas que la componen, y sus consecuencias para una actitud de promoción activa o bien de abandono de la salud de los niños, creando o no los recursos sociales necesarios para lidiar con las situaciones difíciles.

Algunas conjeturas en torno a las relaciones de género

La ideología del género, que tal vez alcance su máxima expresión en la familia (Durham, op. cit.) donde al mismo tiempo reproduce una desigualdad social, asigna diferencialmente funciones instrumentales a los hombres y expresivas a las mujeres, lo que se traduce en una asignación equivalente de espacios —el de lo público para el hombre y el de lo privado para la mujer— contruidos socialmente a partir de supuestos basados en las diferencias biológicas. Al mismo tiempo, esto está en contradicción con los principios ideológicos de la individualización y la autonomía personal, tensión que genera cambios.

Dentro de la asignación de roles, la encargada de defender el patrimonio del hogar es, tradicionalmente, la mujer; también es la responsable de la crianza y cuidado de los niños. Como ya hemos señalado, es la defensa de los recursos de un grupo lo que en primer lugar la motiva a establecer relaciones con el entorno. Por eso no es sorprendente que —como algunos estudios han comprobado— el mantenimiento de las redes sea tarea de las mujeres: “la inserción estable de las mujeres en redes de vecindad y parentesco funciona como un mecanismo de ajuste, que ayuda a mantener cierta estabilidad en los hogares de trabajadores” (Ramos, 1981; Lomnitz, 1975. Citados por Jelin, op. cit.). Se ha mostrado así, que la división sexual del trabajo se reproduce incluso al nivel de las tareas relacionadas con el establecimiento de vínculos con el exterior: mientras las mujeres mantienen activa una red, básicamente transmitiendo información sobre sus miembros, a través de visitas, los hombres deciden en última instancia qué es lo que se va a intercambiar con cada uno de sus miembros.

En muchas de las familias entrevistadas se dejó traslucir un patrón de relación de pareja y familiar muy marcado por los estereotipos que sostienen la dominación de género: “doble jornada” en algunas mujeres, rol de cuidado de los niños menores asignado a las niñas mayores, ausencias intermitentes del hombre, violencia física, emocional y sexual contra la mujer, alcoholismo, culpabilización de la mujer y desvinculación del hombre de todo lo que tenga que ver con el cuidado y la salud de los niños y de la pareja, así como de las decisiones de salud reproductiva, o del trato diferencial a los hijos por cuestiones de género.

Los estereotipos de género también afectan la manera en que hombres y mujeres se relacionan con la muerte infantil en el hogar, ya que no sólo la viven sino que también la expresan de manera diferente: el

varón muchas veces “aguantándose” el dolor, la mujer culpabilizándose por una deficiencia fatal en el cumplimiento de una tarea que, además, define su identidad como mujer. Estas actitudes, producto de estereotipos, limitan las posibilidades de compartir y elaborar adecuadamente el duelo en la familia.

Por otro lado, culpabilizar a alguien —externo o interno— creando chivos expiatorios a partir de estereotipos, sean éstos de género (“los hombres no saben cuidar niños” o “es el deber de la mujer”), o bien institucionales (“los médicos se equivocan siempre”, o “buscan el lucro” o “atienden mal”), puede ser otra manifestación más de la incapacidad para hacer experiencia, que provoca la situación de imposibilidad de prevenir en la que viven estas familias. Esto impide, en última instancia, entender el verdadero problema —que es multicausal— y de esa manera limita las posibilidades de aprendizaje o de búsqueda de nuevas soluciones. Pensar que todo es culpa de un mal servicio, por lo demás, es parte de la mentalidad generada por la medicalización de la salud, que no debe verse sólo como la atención de la enfermedad, sino básicamente como una serie de prácticas que forman parte de un estilo de vida saludable.

Pero los roles de género establecen que el cuidado recaiga finalmente en las mujeres de la familia, y a transformar en pieza clave el mantenimiento de la salud de los niños, lo que incluye el mantenimiento de aquellas redes que podrían ser cruciales en momentos de necesidad. Se ha argumentado también que las mujeres, en comparación con los varones, suelen establecer redes de mejor calidad —es decir, con mayor variedad de funciones, intimidad y duración, lo que compensaría una red de tamaño reducido—. Esta “habilidad socializante de las mujeres” (Sluzki, op. cit.) —fomentada más por los roles que les toca desempeñar que por alguna cualidad innata a su naturaleza— no debería entonces sufrir distorsiones tales, que le impidan mantener activa esa función. Dicho de otro modo, una conflictividad familiar intensa que coloque a las mujeres en un lugar de depresión y desvalorización, y que las lleve a aislarse del contexto social que podría favorecer la salud de su familia, se vuelve nuevamente, en uno de los principales factores de riesgo.

Podríamos hipotetizar, entonces, que si la mujer se encuentra sometida a dinámicas devaluatorias, de violencia, abandono, sobrecarga de tareas, etcétera, la no resolución de estos problemas en el tiempo, puede generar su retraimiento respecto del entorno social y un abandono pau-

latino del cuidado personal y del de la familia, que es crucial para el "trabajo" de mantenimiento de las redes. Aquí también es preciso recordar el "desgaste" de la red que se produce ante situaciones crónicas.

En relación a cómo los estereotipos de género pueden afectar la salud de los miembros de una familia, otros trabajos (Sacchi, op. cit.) han propuesto una relación positiva entre una mayor democratización dentro del hogar —fundamentalmente en las relaciones entre los esposos—, una mayor solidez en los vínculos familiares (familia "continente" o "no continente") y menor riesgo de muerte infantil. Esto es plausible, pero habría que señalar que también puede disminuir el riesgo de muerte infantil, en casos donde existen redes que eventualmente pueden cubrir las deficiencias de una relación conyugal poco favorable a la mujer, hipótesis que futuros trabajos podrían explorar con mayor profundidad. Se ha comprobado que aun los hogares con jefa mujer cuentan con redes de apoyo, donde la presencia masculina puede ser muy fuerte (Fonseca, 1991), si bien se trata de varones cuya relación con la mujer es de consanguinidad o descendencia (padre, hermanos e hijos) y no de afinidad (pareja). Incluso en familias con roles de género muy rígidos, donde el lugar natural de la mujer es la casa y el cuidado de los hijos, el hecho de que a ella le estén permitidas ciertas redes y no otras —más de parentesco que laborales, de amistad o sociales—, no supone necesariamente pobreza de la red, ni tampoco redes compuestas sólo por mujeres. Los casos de mayor riesgo parecen ser aquellos donde se combina una conflictividad familiar crónica e intensa, con dificultad para crear o sostener redes de apoyo, elementos que se refuerzan mutuamente.

En efecto, a partir de prácticas de apoyo a mujeres víctimas de violencia doméstica —tal vez el caso más extremo, aunque no poco frecuente—, se ha constatado esta mutua relación. Como sostienen Bendersky y colegas:

"No se trata tan sólo de que esta mujer ha perdido sus redes naturales de sostén, ni de que está desconectada de las redes institucionales, sino que se encuentra en condiciones desventajosas para recuperar las primeras y acceder a estas últimas. Nos referimos tanto a problemas subjetivos como a circunstancias objetivas. Entre los primeros situamos todo lo que ha aprendido la mujer: lo que le transmitieron sus educadores, lo que le fue confirmando la sociedad, la imagen de sí misma que construyó en el lazo afectivo-

sexual con el o los hombres con quienes se relacionó, etcétera ... Entre las circunstancias objetivas podemos citar: la falta de tiempo, dinero para movilizarse, libertad para salir a consultar o pedir ayuda, información sobre los recursos que las instituciones le pueden ofrecer, etcétera." (Bendersky et al, 1995).

Cabe comentar aquí, que estas autoras diseñaron una estrategia de apoyo a mujeres víctimas de violencia doméstica, que consiste básicamente en ayudarlas a reformular sus pedidos de ayuda, y a coordinar los diferentes ofrecimientos —ya que muchas veces la red se agota por pedidos reiterados o desbordantes, donde las personas sienten que no hay mucho por hacer— y en incentivarlas a recuperar vínculos que creían perdidos o agotados, así como facilitarles la conexión con los diferentes recursos que ofrecen las instituciones, tanto gubernamentales como no gubernamentales.

No obstante, hay que señalar que hay elementos que no se relacionan directamente con una incapacidad de la familia o de la mujer para establecer relaciones sociales de apoyo: es el caso de redes débiles por distancia, migración reciente o cambios frecuentes de vivienda, procesos que trascienden las decisiones familiares y que, en todas partes de América Latina, están debilitando una relación fundamental: aquella entre familia de origen y familia de procreación, lo que su vez aísla al grupo conyugal y empeora las tensiones en su interior. También encontramos, en algunos casos, ausencia o ineficiencia de servicios que en momentos de emergencia se revelan como cruciales (transporte, centros de salud o personal capacitado, etcétera), lo que en algunos casos empeoró o bien impidió un desenlace favorable de la situación de crisis, aun cuando la familia la haya manejado de manera adecuada.

Algunas implicaciones teóricas de este estudio

Antes de entrar a los aspectos relacionados con la vivencia de la muerte propiamente tal, creemos conveniente concluir esta parte del trabajo señalando algunas de sus implicaciones conceptuales para la discusión teórica en torno al papel que juegan los pequeños grupos —la familia en particular— en la dinámica que vincula procesos estructurales y los comportamientos individuales.

En esa línea, el estudio realizado intentó mostrar y operar —creemos que con éxito— una suerte de “rescate del agente social”, al poner en evidencia que detrás de una regularidad estadística como la concentración de muertes infantiles en cierto número de familias, existen diferencias que no necesariamente coinciden con las clásicas, atribuidas a la estructura social: al controlar una de las principales variables estructurales, el nivel socio-económico, se constató que los individuos se seguían comportando de manera diferenciada ante los mismos límites y condicionantes.

Es decir que existen comportamientos más o menos riesgosos en relación a la morbi-mortalidad infantil, dentro de un mismo sector social.

Más aún, el trabajo permitió establecer una relación altamente probable entre fenómenos micro y procesos macrosociales, al explorar y descubrir la importancia mediadora de un espacio clave de constitución de sujetos —la familia y sus relaciones—, que condiciona de manera clara sus acciones y decisiones vinculadas con las muertes infantiles, lo que muchas veces es soslayado en los estudios sobre el tema.¹³

Es posible inferir, a partir de la información generada por este estudio, que aun cuando en ocasiones puedan prevalecer los condicionantes externos a la familia —como la lejanía a los centros de atención, falta de transporte, ausencia de confianza en un barrio inseguro, etcétera.—, el desenlace de un proceso de crisis en el que está en juego la vida de un niño depende, en una gran proporción, de las variables que hemos asociado con el potencial de riesgo de una familia, lo que incluye su capacidad para generar y mantener redes sociales de apoyo. Esto se refuerza al tener presente que en los casos considerados, no se trató en general de situaciones sorpresivas, sino de procesos cuyos primeros signos pudieron detectarse con una anticipación suficiente como para actuar en consecuencia.

Ante situaciones límite y en similares condiciones materiales, mientras que algunas familias logran explotar los escasos recursos

13. Cabe reconocer que algunos trabajos sobre mortalidad infantil han puesto en evidencia la necesidad de analizar las variables relacionadas con la estructura familiar en el fenómeno de la concentración de muertes que hemos destacado, pero que, en parte por las características de las fuentes que utilizan, construyen el concepto de estructura y organización familiar sólo a partir de las variables que aparecen en dichas fuentes —básicamente encuestas sociodemográficas—, lo que no permite ir más allá de una caracterización de los hogares en términos de nucleares o no nucleares. Ver, por ejemplo, Echarri, C. “Estructura familiar y salud infantil: una propuesta de análisis”. En : Mercado y cols. (coords.). *Familia, salud y sociedad*. U de G., INSP, CIESAS y Colegio de Sonora, México. 1993.

existentes —básicamente los provistos por la red— o bien extraer nuevo conocimiento de experiencias traumáticas previas, otras familias no lo logran, en gran medida por estar inmersas en conflictos y problemáticas aislantes del contexto social, entre las que destacan la violencia y el alcoholismo y la escasa capacidad de manejarlos.

Sin embargo, lo anterior no autoriza a concluir que los procesos estructurales no jueguen papel alguno en el fenómeno de la mortalidad infantil. Como decíamos al inicio, se trató de explicar la singularidad en la regularidad, es decir, explorar las formas particulares en que las familias —en tanto grupos claves de referencia— interpretan y manipulan los límites impuestos por la desigualdad social, ya sea aumentando o bien reduciendo los riesgos a que tal situación expone a sus niños.

El fenómeno en estudio, la concentración de muertes infantiles en relativamente pocas familias, puede ser mejor comprendido, entonces, como resultado de las percepciones que las personas —en tanto miembros de una familia— construyen, sobre sus oportunidades y capacidades para asegurar la vida, mediadas por su condición social y por el mundo simbólico que en ella se reproduce.

Finalmente pero no menos importante, creemos que esta investigación consigue, dentro de sus alcances, no sólo aportar información relevante para aquellos que se interesan en la elaboración de políticas —en la medida en que llama la atención sobre la necesidad de un análisis más fino al interior de un mismo grupo social—, sino también recordar que detrás de cada problema de salud pública existen seres humanos reales que lo padecen, elaborando esquemas mentales y estrategias de acción variadas, para lidiar con él. Es el tema con el que deseamos concluir este libro.

Vivencias de la muerte: creencias y comportamientos frente al proceso salud-enfermedad-muerte

La vivencia de la muerte presenta para los individuos y los grupos sociales diversos contenidos simbólicos. Depende, *stricto sensu*, del “capital cultural”¹⁴ de esos individuos o grupos. Las creencias, valoraciones y, en última instancia, comportamientos en torno al proceso salud-enfermedad-muerte, se sostienen en las percepciones sancionadas

14. Bordieu P. La distinción. Las bases sociales del gusto; Taurus ediciones. Madrid, 1991.

aturalmente, transmitidas por la internalización de la realidad a partir de la socialización primaria y reforzadas por la socialización secundaria. Sobre este crucial aspecto, Berger y Luckmann escriben:

“... el individuo no nace miembro de una sociedad: nace con una predisposición hacia la socialidad, y luego llega a ser miembro de una sociedad. En la vida de todo individuo, por lo tanto, existe verdaderamente una secuencia temporal, en cuyo curso el individuo es inducido a participar en la dialéctica de la sociedad. El punto de partida de este proceso lo constituye la internalización: la aprehensión o interpretación inmediata de un acontecimiento objetivo en cuanto expresa significado, o sea, en cuanto es una manifestación de los procesos subjetivos de otro que, en consecuencia, se vuelven subjetivamente significativos para mí.”¹⁵

Es por ello que los significados interpretativos de la realidad tienen como base la posibilidad de comprender las significaciones sociales previamente definidas. La experiencia surge tanto de internalizaciones primarias, fundamentalmente en el grupo familiar, como de las secundarias, fundamentalmente transmitidas por instituciones sociales. La percepción de lo real —por ejemplo, la enfermedad de un niño pequeño— puede ser solidaria más por la *interpretación* simbólica proveniente del capital cultural, que por la apreciación objetiva del fenómeno.

Para poder situar en este cuerpo argumental, el tipo de comportamientos o acciones en torno a la salud, la enfermedad y la muerte que movilizan los individuos y el grupo, aún hace falta alguna reflexión adicional.

Existe, de hecho, una *virtualidad* en la ejecución de las acciones para resolver los problemas de la enfermedad y para vivenciar la muerte de un miembro de la familia. Dicha virtualidad se constituye como un elemento azaroso, delimitado por la conflictividad familiar, las condiciones materiales, la inexistencia de redes solidarias y su marco referencial en la cotidianeidad.

La manera como la madre enfrenta la enfermedad de un hijo, dependerá del bagaje de conocimientos y creencias adquiridas como capital cultural en su experiencia. El éxito de sus acciones, de la puesta

15. Berger P, Luckman T. La construcción social de la realidad; Amorrortu, Buenos Aires, 1972.

en marcha de su experiencia, dependerá integralmente de aquellos elementos. Incluso existe la posibilidad de que acciones independientes de la suya propia —una mala intervención médica— le impidan el éxito —recuperar la salud de su hijo—.

Algunas aportaciones de la antropología médica son importantes en la dilucidación de las creencias y su papel en la interpretación de la enfermedad. Ray Fitzpatrick ha elaborado un cuidadoso examen sobre las distintas concepciones que existen sobre la enfermedad, desde el punto de vista de las creencias y la respuesta “de quién las sufre y también de su urdimbre social”.¹⁶

La inmediata implicación de tratar la enfermedad a partir de las creencias, valoraciones y conocimientos del sentido común, desde la perspectiva de los que rodean al enfermo, es que se constata la diversidad de maneras con que la gente entiende la enfermedad, pues la concepción misma, el lenguaje que emplea para detallar los síntomas y signos mórbidos, es parte de la enfermedad misma.

La concepción de los legos en la construcción de la “enfermedad” como expresión de algo objetivo, se delimita pues, a partir del capital cultural. Pero, ¿en qué consiste dicho capital? En principio, es una amalgama de lenguaje y conductas provenientes de la vida cotidiana heredados y reificados en la socialización institucionalizada.

También en la concepción de los legos, existe una determinada afluencia o comunicación del mundo de los que “saben”. El autotratamiento de enfermedades comunes como la diarrea o la gripe, con fármacos modernos, es un fenómeno de la plasticidad cultural, de la expresión de innovaciones científicas, o casi científicas, movilizadas al mundo de los que “no saben”.¹⁷ El empleo exitoso de la serie de creencias y conocimientos de sentido común puede ayudar a tratar adecuadamente futuros eventos.

16. Fitzpatrick R. “Conceptos comunes de enfermedad”; en *Ibid.* La enfermedad como experiencia; Fondo de Cultura Económica, México, 1990.

17. Los autores escriben a este respecto: “Al encuadrar el autotratamiento en la estructura de funcionamiento de la vida cotidiana, pretendemos arribar a una comprensión más adecuada del mismo. En principio, porque los individuos que deciden autotratarse antes de recurrir a un servicio de salud formal, no se comportan como ‘irracionales’; al contrario, más racional que estar orientado hacia un fin y encontrar los medios eficaces para conseguirlo. En el mundo de la vida cotidiana la ignorancia es ignorancia con respecto al científico, no en relación con la eficacia de los medios utilizados. Los individuos, en la vida diaria, emplean y producen ‘métodos’ para juzgar y decidir, para entender y dar explicaciones a los fenómenos y acontecimientos; su comportamiento no es adecuado o inadecuado a fines específicos y evidentes, empleando medios adquiridos de las generaciones pasadas y de sus contemporáneos.

de enfermedad y, desde este punto de vista, debe percibirse su importancia junto con los medios empleados por la medicina científica.

La vivencia de la muerte, desde el análisis del proceso salud-enfermedad, es diferente según los individuos y según las familias que la experimentan; dentro de la familia, tampoco es sufrida del mismo modo por todos sus integrantes, lo que depende del género, la edad y el lugar que cada uno ocupe en el grupo; es heterogénea culturalmente y es diversa según el grupo social más amplio de que se trate.

Los testimonios, algunas expresiones de los informantes, permiten aclarar algunos contenidos importantes del mundo de los legos en su esfuerzo por entender la enfermedad y la muerte. Por sobre todo, *nos* permiten empezar a saber *cómo la viven*.

Testimonios

Toca ahora el turno de “escuchar” los testimonios sobre las muertes infantiles. En algunos casos podrán parecer muy extensos pero preferimos no cortarlos y mantener la secuencia del relato lo más completa que fuera posible. Si bien no se sigue un orden necesario en correspondencia a las secciones conceptuales revisadas en este capítulo, los testimonios guardan estrecha relación con dicha reflexión conceptual. En ella se problematizaron analíticamente los contenidos de una “antropología de la muerte infantil” en el marco de las discusiones efectuadas en los capítulos anteriores; en esta parte se presentan casos representativos en relación a la anterior discusión sin la menor pretensión de exhaustividad. Para la mejor comprensión de un material tan rico en información, conviene marcar las siguientes consideraciones:

- No se han tomado ejemplos; en cambio, se ha incluido en el texto aquellos testimonios que por su contenido sugieren un énfasis en la problemática teórica.
- Los testimonios no son expresiones puras de dicha problemática en el sentido de que a cada problema le corresponde un testimonio o un trozo de él. Como se señaló en los diferentes capítulos, los problemas se presentan en forma conjunta. Así, se encuentran familias que, simultáneamente, tienen problemas de tipo económico, conflictos internos, una cotidianeidad llena de incertidumbres, sin apoyos de redes solidarias, etcétera.