

*“Parir en la casa o en el hospital”.  
Saberes acerca del parto de mujeres Triquis  
migrantes a la Ciudad de México*

Zuanilda Mendoza González

Departamento de historia y filosofía de la medicina, Facultad de medicina, Universidad nacional autónoma de México (UNAM)  
[zuanilda@hotmail.com.mx]

*Introducción*

El interés de este trabajo se centra en mostrar a partir de una investigación etnográfica cómo algunas familias indígenas migrantes en la Ciudad de México construyen socioculturalmente saberes respecto de su proceso reproductivo. Cuando nos referimos a la forma en que estos conjuntos sociales construyen socio culturalmente su proceso reproductivo, me estoy refiriendo a la manera en que identifican, viven, aprehenden y significan el proceso a través de un conjunto de representaciones y prácticas. Dicho planteamiento surge de la propuesta de construcción social de la realidad de Berger y Luckman, para quienes el conocimiento relativo de la sociedad es una realización en el doble sentido de la palabra; como aprehensión de la realidad social objetiva y como producción continua de esta realidad (BERGER P. - LUCKMAN T. 1991: 89).

Nuestro objetivo es describir y analizar las representaciones y prácticas de mujeres Triquis respecto del parto, diferencial y comparativo entre dos generaciones, con el fin de identificar las constantes y cambios que sufren dichos saberes a consecuencia de su proceso migratorio.

Resulta importante señalar que la migración del campo a la ciudad de numerosos grupos sociales, incluidos los indígenas, ha sido una de las variables demográficas más importantes en las últimas décadas, estudiada desde diversas perspectivas. Sin embargo en el análisis de este proceso de movilización social, no han sido considerados lo suficiente ciertos aspectos de salud/enfermedad/atención (s/e/a), a los que nosotros reconocemos como centrales para ejemplificar el proceso de transformación sociocultural que enfrentan estos grupos migrantes.

Por lo que es nuestro interés, ilustrar el proceso de continuidad/discontinuidad cultural de grupos domésticos Triquis migrantes a la Ciudad de México a través de sus saberes respecto del parto, poniendo el énfasis en la permanencia de un núcleo cultural indígena en dicho saber. Me interesa en especial hacer evidentes las redes de apoyo que les permiten solucionar o no un problema de salud, los recursos procedentes de su medicina tradicional o de la biomedicina y la eficacia de los mismos. Así como, los significados que le dan al parto, las formas en que se realiza su atención a nivel doméstico u hospitalario y como se toman las decisiones para acudir a uno u otro tipo de atención.

Elegí el parto, por ser este suceso del proceso reproductivo el que hace evidente la mayor medicalización y una constante resignificación de su saber, la síntesis con el saber biomédico y la consecuente subordinación del saber popular.

A partir de nuestra información es posible advertir como los procesos de migración y urbanización constante van incidiendo entre la población indígena de las generaciones jóvenes, siendo central en la explicación la progresiva y constante interacción que dichos actores sociales establecen con una sociedad urbana y en especial con los servicios de salud institucional.

El trabajo está dividido en tres apartados, en el primero presento algunos aspectos de la región de origen y del asentamiento urbano que contextualizan a estas familias y los recursos con los que cuentan, así como los cambios que han tenido con la migración. El segundo apartado contiene la información etnográfica de mujeres de dos generaciones, sus representaciones y prácticas durante sus partos. El último apartado propone las conclusiones de este trabajo, que hace evidente la íntima relación entre la migración indígena y las transformaciones socioculturales de las nuevas generaciones.

### *Metodología*

La información que presento forma parte de un trabajo más amplio realizado con grupos domésticos Triquis migrantes en la Merced, Ciudad de México, la etnografía surge del trabajo con cinco grupos domésticos, tres de ellos residentes actualmente en la área metropolitana y dos de retorno a su región de origen.

Se aplicaron entrevistas a profundidad y observación participante con mujeres y varones de dos generaciones, todos con experiencia migratoria,

pero algunos ya retornados a su región de origen. Mi permanencia con el grupo indígena durante más de 12 meses, me permitió compartir sus espacios sociales cotidianos, en la vivienda, su trabajo y la búsqueda de atención ante procesos enfermantos.

El objetivo era obtener no sólo sus representaciones sino observar sus prácticas respecto del proceso reproductivo y para lograrlo me apoye en mi trabajo médico/clínico en el centro de salud que les da atención.

La asignación a una u otra generación se estableció con base en la edad de los sujetos y a su experiencia migratoria. Siendo la primera generación mujeres entre 40 a 50 años de edad, nacidas y socializadas en su región de origen y las primeras que migraron a la ciudad. La segunda generación, son mujeres jóvenes entre 20 a 30 años de edad, hijas o familiares de estas migrantes originales, algunas nacieron en la región pero fueron socializadas en la ciudad durante su infancia.

Las narraciones que se describen en este trabajo, expresa la voz de dos mujeres Triquis de generaciones diferentes, y muestra de forma general las características de representaciones y prácticas de las mujeres pertenecientes a su generación respecto del parto.

### *El contexto*

Iniciaré con algunos datos contextuales de las familias Triquis con las que trabajé, son migrantes a la Ciudad de México y están asentadas en la Merced, una de las zonas populares más importantes y céntricas de nuestra ciudad capital, con un tiempo de permanencia entre diez a quince años y una constante movilidad de ida y vuelta entre la Ciudad de México y su región de origen.

Los informantes entrevistados son originarios de la región Triqui de San Juan Copala, ubicada en la mixteca alta del estado de Oaxaca, una de las regiones más pobres de México, pobreza que se expresa en elevadas tasas de mortalidad, muy por arriba de la registrada a nivel nacional. La región se caracteriza por una alta incidencia de violencia que ocasiona la muerte de la mayoría de los varones en edad productiva, la muerte violenta ocupa la primera causa de mortalidad entre la población de San Juan Copala, siendo el grupo afectado el de varones entre los 15 y los 44 años. Esto también ha favorecido el desarrollo de una representación colectiva que estigmatiza a los Triquis como “rebeldes”, “salvajes”, “necios” y a su región como “insegura” por la violencia y los homicidios.

San Juan Copala presenta desde hace varias décadas, al igual que la mayoría de las poblaciones Mixtecas, uno de los índices más altos de migración a zonas urbanas del país, a regiones de agroindustria y agricultura de exportación en la frontera norte del territorio nacional, así como a Estados Unidos de Norteamérica y otros países del norte del continente.

La región de Copala cuenta con una gran diversidad de recursos naturales, es una zona montañosa donde se produce café y platanos, con fuerte erosión y desgaste de su tierra que determina escasez, insuficiente producción de los alimentos básicos de subsistencia, al priorizarse el cultivo del café que les genera ganancias monetarias pero que es acaparado por intermediarios mestizos y caciques de ciertas comunidades, lo que condiciona abuso, acaparamiento y manipulación, enriquecimiento de unos cuantos mestizos con la consecuente pobreza y agotamiento de las tierras Triquis (MILLÁN S. 1982, HUERTA C. 1981, PARRA L. - HERNÁNDEZ J. 1994).

Las comunidades de las que proceden la gran mayoría de los migrantes del predio de la Merced son poblaciones pequeñas de menos de mil habitantes, cuenta con luz eléctrica y agua a través de hidrantes públicos, no tienen drenaje ni alcantarillado. Pequeños conglomerados de casas a los que se accede a través de caminos de terracería y calles sin pavimentar.

El tipo de vivienda que predomina en estas comunidades es la tradicional vivienda Triqui, construida de piedra, lodo, troncos y tejas, un solo cuarto de aproximadamente cuatro por cinco metros cuadrados con piso de tierra, fogón a ras del suelo, sin ningún mobiliario. No cuentan con letrinas, por lo que defecan en el mismo suelo. Junto a estas viviendas tradicionales, podemos observar las nuevas casas construidas por algunas familias que cuentan con mayores recursos económicos procedentes de la migración. A un costado de la casa tradicional que ahora servirá como cocina, observamos cuartos de material (ladrillo, bloc y loza) con piso de cemento que funcionan como dormitorios. Amueblados con mesa, sillas, camas o catres, aparatos electrodomésticos. Algunas viviendas cuentan con cuartos que hacen las veces de baño, no se cuenta con letrina y en ningún caso con drenaje.

El asentamiento Triqui en la Ciudad de México se localiza en el barrio de la Merced, es un predio de 350 m<sup>2</sup> con 48 viviendas, cada una de seis metros cuadrados de extensión. El predio cuenta con dos baños colectivos, una toma de agua a través de un hidrante público, luz eléctrica en todos los cuartos y drenaje conectado a la red pública. El promedio de habitan-

tes por vivienda es de siete/ocho personas, el total de habitantes es de 426, de los cuales la gran mayoría son Triquis.

Las condiciones de vida de estas familias indígenas mejoran al migrar de zonas rurales de Oaxaca a la Ciudad de México, mejora su ingreso económico, que llega a ser en algunas temporadas hasta de doscientos pesos diarios (equivalente a 15 dólares). Su escolaridad también mejora, casi la mitad de la población del predio tiene primaria completa. Acerca de su alimentación observamos mayor cantidad de nutrientes en su dieta, lo cual se manifiesta en un mejor estado nutricional en todos los grupos de edad. En relación a los recursos sanitarios aunque mantienen condiciones de promiscuidad y hacinamiento, tienen disponibilidad y accesibilidad al uso domiciliario del agua, luz y drenaje, así como a los servicios de salud, lo que posibilita la atención y solución de sus problemas con mayor rapidez y eficacia que en Copala. Su vida cotidiana en el medio urbano favorece mejores condiciones de salud (MENDOZA Z. 2001).

Diversos son los cambios entre las generaciones en estos grupos domésticos, asociados con su migración a la Ciudad de México. Lo que nuestro trabajo pretende constatar es que para las nuevas generaciones existe un amplio abanico de opciones, dicho abanico es producto de una compleja madeja de cambios que podrían catalogarse tanto económicos como culturales que dependen de su situación familiar y de su ubicación con respecto a redes de apoyo más amplias así como de condiciones macroestructurales (ORTEGA H. - HOIL J. - LENDECHY A. 1999: 423-443).

### *Saberes acerca del parto*

Como señalé, en este apartado se presenta la información que surge de las entrevistas con dos mujeres Triquis de diferente generación y de la observación de sus prácticas respecto de su proceso reproductivo, en especial de sus partos.

Rosario pertenece a la primera generación, migró durante un periodo a la Ciudad de México pero ahora ha retornado a su región, ella se muestra como representante del saber popular de su grupo de origen, con amplia experiencia en el proceso por sus siete partos, la mayoría de ellos atendidos a nivel domiciliario. Fausta es una joven Triqui de la segunda generación, es sobrina de Rosario y convivió con ella durante diferentes periodos tanto en la región de Copala como en el predio de la Merced, ella expresa la marcada preferencia hacia la atención hospitalaria de sus partos de la nueva generación de Triquis.

*Primera generación*

Rosario es originaria del barrio de Coyuchi, tiene cuarenta y seis años de edad, es la cuarta hija de nueve hermanos, su escolaridad tercer año de primaria. Es esposa de Juan (maestro bilingüe), se casó a los 18 años sin haber tenido una relación de noviazgo previa, nunca había hablado con el pretendiente, por acuerdo entre su padre y su esposo se realizó el ritual de venta<sup>(1)</sup>, concertación y boda en su comunidad. Tiene veintiocho años de casada y siete hijos, dos de ellos casados y migrantes a los Estados Unidos de América (26 y 24 años), dos de sus hijos murieron, uno por violencia y otro en el periodo perinatal, sus otros tres hijos (20, 12 y 5 años respectivamente) permanecen con ella. Ha vivido con su esposo en diferentes barrios de Copala, así como otros lugares fuera de su región, incluso la Ciudad de México. Ella alterna su actividad doméstica con la comercial.

Rosario tuvo siete partos, el primero en el ámbito hospitalario en el Imss (Instituto mexicano del seguro social) Solidaridad de Tlaxiaco<sup>(2)</sup>, se atendió ahí porque su esposo estudiaba para maestro en esa población y decidió que la atendiera un médico, era el primer embarazo y tenían miedo que pudiera complicarse. Ella dice recordar esa experiencia sin miedo ni vergüenza, para ella como para su esposo, la atención médica era considerada la mejor, la que le daba seguridad de no tener complicaciones.

Nos narra «Desde que llegue al hospital, ya con los dolores de parto, los médicos y las enfermeras me trataron bien, no sabía lo que iban a hacer, pero si los médicos lo decían, así debía ser, así decía mi esposo y estaba de acuerdo.. Me acostaron en una camilla, las enfermeras me prepararon y rasuraron, tenía “vergüenza” pero como eran mujeres me dio menos pena<sup>(3)</sup>, después llegó el doctor y me acomodaron acostada con las piernas levantadas, ahí sentí más “vergüenza”, pero no dije nada porque pensé que el doctor se podía enojar y regañar. El parto fue muy rápido, no me cortaron ni nada, porque me porté bien, obedecía todas las órdenes que daban los médicos y todo resultó bien. Salí del hospital al otro día y me fui a mi pueblo, por un mes me cuido mi mamá y mi abuelita».

Los otros seis partos los tuvo en su domicilio atendida por una partera o ayudada por alguna mujer de la familia. Ella dice que no tuvo nunca miedo, sabía que iba a tener dolor pero no le duraba mucho sus partos fueron rápidos. Reconoce que el dolor que se tiene al parir es la forma como el “nene” puede salir, se presenta porque la placenta y el agua de la fuente van “quebrando” (haciendo camino) para que el niño salga, el dolor es necesario y hay que tolerarlo. En cuanto se iniciaba el trabajo de parto, por indicación de la partera o de su abuelita tomaba un té de una hierba

medicinal ampliamente conocida en la región con la que se discrimina si es tiempo del nacimiento o es una falsa alarma. «En cuanto empiezan los dolores uno toma la hierba y con eso luego se sabe, si ya es hora los dolores arrecian cada vez más y rápido nace el nene, si todavía no es hora se quita el dolor». Después de un par de horas con fuertes dolores se prepara el agua caliente, los lienzos limpios que van a hacer falta, la navaja de rasurar y con ayuda de la partera, de sus cuñadas o de su esposo atienden el parto.

Juan nos dice. «Se pone en cuclillas (la mujer), la agarran de la cintura arriba de la panza y se aprieta bien fuerte el *zoyate* <sup>(4)</sup> para que el nene vaya bajando y ella empieza a pujar, así poco a poco el nene va cayendo en los trapos que ella o la partera prepararon, le cortan el cordón con una navaja y envuelven al nene en unas cobijas».

Algunas veces la abuelita de Rosario cauterizó el muñón del cordón umbilical del “nene” con un machete caliente colocado en las brazas hasta que se pusiera al rojo vivo, «eso hacía que el cordón se secará más rápido y se cayera, también ese calor que entraba por el cordón evitaba el dolor en su panza y la diarrea en el nene».

En los partos en que estuvo presente la partera, Rosario nos dice: «ella (la partera) esperaba que el nene cayera (naciera), sólo cuando no sale rápido entonces algunas meten su mano por abajo, en las partes de la mujer, para verificar si no hay ningún problema. Es cuestión de unos minutos, rápido se presenta el nacimiento, entonces se recuesta uno para esperar la salida de la placenta, apretando muy fuerte el *zoyate*, porque existe el riesgo de que la placenta se vaya para arriba y muera la mujer. Le dan nuevamente de beber el té o la inyectan para que la expulsión de la placenta sea más rápida, normalmente tarda de quince a treinta minutos en salir.

La partera recoge la placenta, revisa cuantos nudos tiene el cordón, ahí se ve cuántos hijos más vas a tener, si son dos o tres bolitas, esos hijos más hay, a veces la partera puede tronar esas nudos y con eso evitar más embarazos. Exprime toda la sangre que tiene la placenta, se envuelve en un trapo y se pone en una bolsa de plástico para llevarla después al árbol de las placentas <sup>(5)</sup>, «esa bolsa no se debe dejar cerca del nene, porque es carne muerta, tiene mucho aire y lo puede enfermar».

Las mujeres Triquis saben que después del alumbramiento (expulsión de la placenta), se aprieta el *zoyate*, se limpia los genitales con unos lienzos, no se lavan porque el agua las puede enfriar y hacer que se presente dolor o mucho sangrado, tampoco se baña al “nene” por la misma razón, si acaso se limpia con aceite caliente.

La parturienta se debe quedar recostada sobre unos *petates* y cobijas, bien envuelta. La indicación es permanecer acostada durante veinte días, sólo se levantará para ir al baño y para bañarse cada tercer día en el *temazcal*<sup>(6)</sup>; así lo hizo Rosario en sus dos primeros partos porque la atendieron su mamá y su abuelita, pudo cuidarse como debe de ser. Pero los otros partos fueron en su casa, ya tenía dos hijos que atender además de su marido y no había quién hiciera los quehaceres, por esa razón tuvo que levantarse antes.

Entre las representaciones de Rosario, identifica la placenta como una bolsa llena de sangre donde se está criando el “nene”, en esa sangre es donde el “nene” crece, es parte de él, por eso es que debe de llevarse a colgar al árbol, para poder pedirle al santo que el nene crezca bien y no se enferme. Las placentas de todos sus hijos, menos del primero que nació en hospital, se han colgado en el árbol de las placentas de cada pueblo en donde han vivido, eso es algo que hizo siempre su esposo.

Ella sabe que el dolor fuerte y regular antecede al parto, es reconocido como necesario pero con una duración corta, menciona con orgullo que sus partos fueron rápidos y casi los tuvo sola. El dolor que antecede al nacimiento del niño es intenso, pero no como para gritar ni hacer “desfiguros”, ella sabe que es necesario para el nacimiento, con cada dolor va “quebrando” la placenta, va haciendo camino, va haciendo “cavidad”. También el agua que se expulsa durante el parto se reconoce útil, hace la fuerza y ayuda a hacer el camino. Cuando se presenta la salida del líquido (la fuente) es una señal de que el nacimiento es inminente, a dicha señal la mujer debe colocarse en posición sentada para parir.

Rosario reconoce que hay mujeres que sufren mucho durante sus partos porque duran muchas horas con dolor, señala que una de las razones del parto prolongado es que dichas mujeres son avariciosas. «Mi abuelita me dice siempre, cada que alguien llegue a mi casa le debo ofrecer lo que se pueda, aunque sea agua, porque ni se va a acabar lo que uno tiene y sí puede hacernos daño. Lo que dicen que se debe hacer (con la parturienta), es colgarle pedazos de tortilla, plátano, café, fríjol en su *huipil* para ya se alivie. Dicen que eso ayuda bastante a estas mujeres». Otras causas reconocidas por las mujeres en un trabajo de parto prolongado y difícil, es el castigo por incumplimiento de normas comunitarias, tal es el caso de haber huido en vez de casarse, la infidelidad y/o las envidias. Se pone especial cuidado en terminar todos los trabajos pendientes de las mujeres antes de la atención del parto, ya que se considera que todo aquello que se quede inconcluso (un tejido, una comida) causará que el “nene no caiga” (descienda) y el parto se prolongue.



Durante el desarrollo del parto los recursos médicos alopáticos son tan valorados como los herbolarios y algunas mujeres en la comunidad, incluida Rosario los prescriben. Tal es el caso del uso de oxitócicos inyectables que se utilizan para la expulsión de la placenta y/o para acelerar el parto, conjuntamente con hierbas calientes como el *ocote*, la hierba santa, la canela y el aguacate que son utilizadas con el mismo fin.

Desde la perspectiva de Rosario, el esposo tiene varias funciones durante el parto. Debe estar al pendiente para, llegado el momento, traer a la partera, llevar a la parturienta al hospital si así lo deciden o auxiliar a alguna mujer que haga las veces de partera en su domicilio, cuando la curadora no está presente.

Juan llevó a Rosario al hospital y permaneció esperando hasta que le dieron la noticia del nacimiento de su primer hijo entonces regresó a la comunidad para avisar a las familias. En tres de los partos restantes estuvo presente, le correspondió ir por la partera, apoyar a su esposa y sujetarla para facilitar el parto, colgó la placenta en el árbol de las placentas y enterró el cordón umbilical en el terreno de la casa para propiciar el apego y el cariño del hijo a su familia.

También al esposo le corresponde financiar y pagar los honorarios de la partera en dinero, con cerveza, refresco o con aguardiente y así lo hizo Juan. Una vez atendido el parto e indicado el manejo de la placenta, la partera recibirá por parte del esposo, los suegros y los padres un cartón de cerveza que ella compartirá con el resto de los asistentes, incluso hasta llegar a la embriaguez.

En los tres últimos partos de Rosario, Juan no cumplió de forma integra con sus obligaciones, en uno de ellos se encontraba borracho con otros señores de la comunidad, estaban festejando el día de muertos, en los dos últimos partos Juan se encontraba fuera de la comunidad en un curso de capacitación y en una reunión jurisdiccional. No obstante, los gastos del pago a la partera, la compra de la cerveza para ofrecerle a ella y la familia, así como la preparación del baño fueron responsabilidades con las que cumplió cabalmente. Sin embargo, la ausencia del esposo en el momento del parto es frecuente entre estos grupos domésticos, ya sea por la migración, la borrachera o las salidas por trabajo, en la mayoría de los partos que presencié en la comunidad, estaban las mujeres parturientas acompañadas de otras mujeres y ellas resolvieron este proceso.

Una vez desencadenado el parto es obligación del esposo avisar a las familias del acontecimiento e invitarlos a compartir cerveza y refresco. En este

festejo no participa la parturienta, ella se encuentra recostada en el *peta-te*<sup>(7)</sup> envuelta en cobijas junto con su hijo.

Otra de las obligaciones que debe cumplir el esposo es la de lavar la ropa del parto, atender a su mujer e hijos durante los días que ella permanece en cama, darles de comer, bañarlos, lavar su ropa. Durante el primer parto generalmente es la suegra o la madre la que cumplen estas funciones y en partos posteriores las hijas mayores u otras mujeres de la familia que tengan cercanía con el grupo doméstico. El varón es quien se encarga de solicitar y autorizar esta ayuda.

La mayoría de las mujeres de estas comunidades Triquis tienen sus partos en el domicilio, con ayuda de una partera o un familiar. Incluso las maestras y las esposas de los maestros que cuentan con el servicio médico del ISSSTE (Instituto de seguridad social para los trabajadores del estado) y tienen mayor información acerca de los riesgos de un parto en casa, generalmente tienen confianza en la capacidad de la partera para resolver los problemas.

Para Rosario, la atención hospitalaria es útil en los casos que la partera y la enfermera no pueden resolver el parto de forma normal. La primera alternativa de atención es siempre la partera o en forma conjunta la atención de una enfermera, a la que mujeres de Copala consultan con regularidad. Entre las razones para la elección del curador, está el lugar en donde realiza la atención del parto, la confianza y la posibilidad de intervención que tiene la parturienta y la familia. Esta enfermera/partera atiende los partos en su casa o en casa de la paciente, les permite tomar té de hierbas medicinales o si prefieren las inyecta, les da a elegir la posición durante el parto «la enfermera le dijo que cómo quisiera, sentada o acostada. Celia quiso mejor acostada porque así se agarraba de la cabecera». Esta relación también se tiene con la partera, pero de ninguna manera con el médico, en el hospital la mujer tiene que obedecer las indicaciones del equipo de salud acerca de la posición y los procedimientos preestablecidos.

El saber acerca del parto de la primera generación es congruente con el patrón cultural que manejan las mujeres mayores de la comunidad y las curadoras especializadas en esta área, las parteras. Podemos afirmar que Rosario es conocedora de este saber popular, pero aún ante un saber como el de esta generación, encontramos la presencia de representaciones y prácticas que la escuela y la biomedicina introducen en los conjuntos sociales. Sobre todo si ponemos atención en que este grupo tiene como jefe de familia a un profesor.

El parto es considerado un evento natural para la mujer, pero se identifican los riesgos que conlleva. Si bien la muerte materna ha decrecido en forma importante en la región y en los integrantes de esta familia no existe el antecedente, se reconoce que el parto es un suceso peligroso que puede poner en riesgo la vida de la mujer, las mujeres en Copala se siguen muriendo de parto y cuando esto ha sucedido se le da una explicación relacionada con el castigo de la deidad.

Un aspecto a señalar es la atención especial que se tiene para mantener el equilibrio frío/caliente, durante todo el proceso reproductivo las familias tratan de conservar y propiciar el calor para asegurar el desarrollo normal y sin complicaciones, es en función a esta relación frío/caliente que se prohíben ciertos alimentos y se recomienda el baño de *temazcal*.

Identificamos un saber comunitario que tiene como eje la reproducción del grupo. Si bien el embarazo se considera un proceso natural, es el cuidado y la vigilancia constante de la partera lo que permite que la evolución se dé sin complicaciones, se reconocen una serie de cuidados indicados por las parteras que permitirán a la madre transitar por este período con los menores malestares posibles, realizando su vida diaria sin limitaciones y sobre todo le asegurarán una buena posición y presentación de su niño, que le llevará a un parto normal. Pero también la vigilancia médica es reconocida necesaria y se utiliza de forma regular, asociada con la posibilidad de fortalecer al producto y prevenir posibles complicaciones al nacimiento.

Sólo las mujeres débiles y aquellas que han roto las normas son las que pueden ser castigadas. Pero hay que estar al pendiente, la visita constante con la partera, el brujo y el médico prevendrá complicaciones. Lo que se busca es llegar a un parto normal.

El parto es el proceso identificado de mayor riesgo, en un lapso corto se pueden desencadenar una serie de acontecimientos que si la partera no tiene la capacidad de manejar, pueden llevar a la muerte a la mujer o a su hijo. Sin embargo, la experiencia de varios partos le dan a la mujer de esta familia la aparente seguridad de transitar por este proceso casi sola, la presencia de la especialista no es requerida más que tardíamente. El saber respecto de este período permite identificar una serie de técnicas y rituales que se deben realizar en caso de que la evolución no sea normal. Las complicaciones se asocian con la falta de cumplimiento de normas sociales, envidias o brujería, las cuales ocasionarán mal posiciones, sangrados o retraso en la expulsión de la placenta. Durante este período la presencia médica aunque no fue solicitada, si se reconocía como una posibilidad en

caso de cualquier complicación, quizá la diferencia entre la vida y la muerte de la madre y el nene. El manejo de la placenta es un aspecto a resaltar, por su expresión ritual, que agradece, solicita sobre vida y buena salud para el recién nacido.

Se considera posible recurrir a todas las instancias en la atención del parto, aunque se tiene preferencia por el parto domiciliario. Pueden transitar este momento con la partera o con la enfermera, pero en un espacio doméstico, ahí está la compañía de su esposo o las mujeres de su familia, están acompañadas de su gente, su espacio y su cotidianidad. Se realizan rituales necesarios, festejando, emborrachándose, manejando la placenta según su tradición. Se apropian del proceso con los suyos, con sus curadores, con sus recursos. Pero existe miedo de que algo pueda no salir en forma conveniente, todo puede estar ahí y causar un daño, los aires, los muertos, las envidias, por eso es importante la vigilancia continua y el conocimiento de diferentes opciones.

### *La segunda generación*

La joven que integra la segunda generación de esta familia es Fausta, tiene treinta años de edad y es originaria de Copala; estudió hasta tercer año de secundaria, es ama de casa y ocasionalmente vende artesanía en la calle con su hermana o su mamá. Está casada con Aureliano desde hace ocho años y con él tiene cuatro hijos, tres mujeres y un varón. Ella mantuvo relaciones de noviazgo y huyó con su esposo, posteriormente pidieron disculpa a sus familias y realizaron el casamiento tradicional en su comunidad<sup>(8)</sup>. Es la segunda hija de una familia de siete hijos, sus padres migraron a la Ciudad de México hace quince años y viven en el predio Triqui del centro de la Ciudad de México. Ella y su familia viven en el predio de la Merced.

Esta joven ha tenido cuatro partos, tres de ellos fueron atendidos en el hospital, sólo el último parto fue atendido por una partera. Sus primeros embarazos evolucionaron en el pueblo bajo el control prenatal de la partera, en el momento de la atención del parto llegó al hospital por decisión de su esposo que consideró más segura la atención biomédica, pero no la del centro de salud sino del hospital.

«Estuve en Copala hasta que nació la nene, ya que iba a nacer nos fuimos a la Ciudad de Putla (Oaxaca), ahí nos quedamos hasta que nació, porque él (esposo) no quería que naciera en el centro de salud, decía que ahí no había todas las cosas que hacían falta» (Fausta).

Ella refiere una marcada preferencia por la atención hospitalaria, señala la ventaja de tener medidas de higiene personal posteriores al parto, situación que no es posible en el domicilio. «A mí me gusta más en el hospital porque ahí se baña la mamá y el nene y así limpiecitos se siente uno mucho mejor». Para ella fue importante también la presencia y supervisión continua de los médicos, lo que a su parecer le asegura una mejor atención y disminuye las posibilidades de complicaciones.

La atención doméstica del parto se representa como una opción no deseable para las mujeres de la segunda generación, se considera sucia y con alto riesgo por no poder resolver complicaciones o inconvenientes, por eso ellas tienen la precaución de contar con la vigilancia prenatal del centro de salud y así obtener una referencia hacia un hospital del Sector salud. En el caso de atención del parto en el ámbito domiciliario, se da más por circunstancias imprevistas que por el deseo de que así sea.

«Ahora con el último nene me ganó el parto, no es que yo haya querido quedarme aquí, sino que no pensé que fuera tan rápido, me arreciaron los dolores en la noche y ya cuando mi esposo quiso ir por un taxi no lo conseguía y ya no pudimos esperar más, me tuve que meter al cuarto y ahí mi mamá y una señora me ayudaron y nació. La verdad así no me gusta, porque aunque nació rápido y no pasó nada malo, pues ahí en el suelo sobre unos trapos y luego todo lleno de sangre, yo y la nene todos llenos de sangre y esa agua que sale. Se queda una toda pegajosa y apestosa. Luego (el cuarto) no tenía el hoyo (*resumidero*)<sup>(9)</sup> para sacar el agua, toda la sangre se quedaba aquí adentro del cuarto, no me gusta porque todo se va a quedar aquí» (Fausta).

Entre las acciones que se realizan al iniciarse el dolor del trabajo de parto, esta joven sólo reconoce la utilización de un té de hierbas medicinales traídas del pueblo, que según dice, todas las mujeres Triquis toman al iniciar el dolor, para discriminar si se trata de un trabajo de parto efectivo o no. El té le fue proporcionado por alguna mujer próxima, ya sea su suegra, su mamá, su madrina o la partera, es decir que al iniciar el parto ella se encontraba acompañada y contaba con el apoyo de personajes femeninos que la apoyaron haciendo lo necesario. Pero también el esposo estuvo presente en todos los casos, aún cuando se trata de varones que constantemente se encuentran fuera de su hogar por razones de trabajo, en los días cercanos al parto permanecen cerca de sus mujeres para realizar las acciones que les corresponden.

Aureliano tomó la decisión del parto hospitalario, consiguió y pagó el traslado, permaneció en el hospital hasta su egreso y pagó las cuotas de recuperación, trasladó a su hogar a su esposa y su hijo. Aún cuando después del parto, nuevamente dejó sola a su mujer para continuar con sus actividades laborales.

Respecto a las causas que desencadenan el dolor que acompaña al parto, esta joven no tiene una representación acerca de su origen o función, sólo sabe que se presenta porque es el momento del nacimiento, “es lo que avisa”. Lo que sí reconoce, es que son muy fuertes y que duran muchas horas, aunque han variado en sus diferentes partos, fue más doloroso el primero que los siguientes. «A mí sí me dieron bien fuertes los dolores, aunque yo no gritaba cuando me daban, porque me daba mucha vergüenza. Otras señoras sí gritaban bien fuerte, pero yo no, nada más pujaba».

Esta joven reconoce ciertas acciones que la partera realiza durante el parto sabe que soba y manta a la mujer, le administra un té y espera que el “nene caiga”, al nacer lo limpia y lo viste. Pero desconfía de su intervención, al no realizar como los médicos una revisión más a fondo de la parturienta que le permita saber con certeza, si el parto es inminente o no. «Los doctores sí saben porque ellos revisan y por eso dicen ya va a nacer o falta» (Aureliano).

La atención del parto en el ámbito hospitalario se identifica como de mayor seguridad y le proporciona comodidad, ya que la atención domiciliaria le condiciona una posición incómoda (en cuclillas) por largo tiempo, insegura y sin las debidas condiciones de higiene.

«Se cansa uno bastante de estar así, medio sentada en el suelo, puje y puje. Luego mi esposo me agarraba un poco de la cintura para ayudarme, yo me agarraba de su cuello, pero también él se cansaba y nada que nacía» (Fausta).

Ella dice preferir la exploración médica, dolorosa y muchas veces agresiva a su pudor, pero a la que considera necesaria para que “los doctores puedan saber”, exploración que se acompaña de la espera en una camilla o cama, la vigilancia/control de enfermeras y médicos, la atención del parto en una posición incómoda y sin respeto de su intimidad, incluso con la realización de una episiotomía (herida para ampliar el canal del parto) dolorosa y molesta, pero efectuada por el profesionalista que sabe todo sobre eso, el médico.

Otro aspecto importante a considerar ante la preferencia del parto hospitalario es la condición legal que adquiere el parto así atendido, al proporcionar a los padres una constancia por escrito que sirve para poder realizar el registro del recién nacido en las oficinas del Registro civil. En el caso del parto domiciliario, ellos no cuentan con este documento y les es difícil realizar el trámite, muchas veces tienen que recurrir a registrar al niño en el pueblo, donde no se les exige este requisito.

«Ahora que tuvimos a la nene en la casa tuvimos que ir con la doctora Páez (médica del Centro de salud) a que nos hiciera favor de darnos un papel

para que en el Registro civil nos apuntaran a la nene, porque no querían, como no llevábamos el papel del hospital dicen que así no se puede. Muchos dicen que es mejor apuntarlos en el pueblo, porque eres más de allá, en cambio los que están apuntados aquí se creen que son de aquí y no Triquis» (Aureliano).

La incidencia de cesáreas es baja entre las mujeres de este grupo, solamente algunas se han expuesto a esta cirugía. Para estas jóvenes, las mujeres que tienen necesidad de recurrir a la cesárea, es por un mal cuidado durante su embarazo, que no permitió que el nene se acomodara o propició que se pegara. Ellas le temen a la indicación de una cesárea, consideran que su cuidado puerperal es más delicado y prolongado, lo que trae por consecuencia limitaciones en sus actividades domésticas, laborales y sexuales.

El saber que esta joven tiene respecto del parto contiene representaciones y prácticas que proceden del saber popular de su grupo étnico, aunque muchas de estas prácticas ya no encuentran explicación en ella. Incluso pone en duda la utilidad de realizarlas, ante la evidencia de que no existe sanción o complicación cuando se han roto las normas al desarrollarse estos procesos en la Ciudad, donde las condiciones de atención no les permiten continuar con ciertas prácticas tradicionales. Sin embargo en las prácticas lo que se presenta es una reproducción parcial, resignificada y mezclada, pero presente.

Algunos rituales durante el embarazo, parto o puerperio se ponen en entredicho, como la satisfacción de antojos<sup>(10)</sup>, manejo de la placenta. Aunque hay otros que sí se realizan, pero modificados, como el uso del *zoyate*, el baño con agua caliente y sobre todo la fiesta del baño<sup>(11)</sup>. No se tienen explicaciones casi para ninguna práctica, se sabe a través de la primera generación que hay que realizarlas, pero no el porqué.

Hay diversas representaciones y prácticas que se adquieren de la biomedicina, pero aunque se repiten tampoco se conoce su explicación. Se mezclan representaciones tradicionales que dan explicación, o intentan hacerlo, a prácticas médicas, como la duda o el temor de una cesárea ante el riesgo del frío para la mujer. Por lo que podemos afirmar que existe una persistencia y adecuación de ciertas representaciones populares a las prácticas nuevas que se adquieren del saber médico, se resignifican dentro de su patrón cultural.

La polaridad frío/caliente sigue siendo un eje importante de la explicación del proceso, que se expresa en diversas etapas de su proceso reproductivo (embarazo, puerperio, lactancia), pero se pone en duda la posibilidad de daño, aires o envidias como causa de trastornos. La presencia y reconocimiento de la biomedicina en este proceso reproductivo es evidente. Cada

vez más, ciertas prácticas biomédicas se van integrando al saber de estas jóvenes de la segunda generación, combinando su saber popular y reinterpretándose a través de él.

Se cuestiona la eficacia de ciertas prácticas propiciatorias que realiza la partera, como sobar<sup>(12)</sup>, se piensa que pueden lesionar al nene. Se pone en duda su capacidad de solucionar problemas complejos que puedan surgir y que pongan en riesgo la vida de la mujer o el nene. Pero aunque cuestionada y infravalorada, la partera aun tiene presencia en la vigilancia constante y minuciosa del embarazo, de ello dependerá el adecuado desarrollo, la detección oportuna y el manejo adecuado de complicaciones, como la mala posición y “el nene pegado<sup>(13)</sup>”, que de no ser detectadas a tiempo llevarán a un mal parto, una cesárea e incluso a la muerte. Son indiscutibles, diferentes niveles de relación y congruencia entre las representaciones, las prácticas y las representaciones de las prácticas de estas jóvenes madres.

Son las condiciones de higiene y comodidad de la mujer las más valoradas en la elección de un parto en el ámbito hospitalario, pero tras ellas se encuentra el reconocimiento de la vulnerabilidad y el riesgo de complicación y muerte en estos períodos, que dirigen las decisiones al elegir al médico como conocedor de estos procesos y por lo tanto dador de mayor certidumbre ante los riesgos.

Podemos observar poca intervención del varón en el proceso del cuidado y atención al parto, principalmente por su ausencia, aunque en los casos en que se da el parto en el pueblo, vuelven a retomar el rol que se les asigna, aunque sea por unos días.

En la Ciudad la intervención del varón se cubre a través de su aportación económica y es sustituido por la institución biomédica, así como por la red de apoyo femenina de la mujer. Su intervención está marcada por la autoridad. La ausencia del varón genera en las mujeres la posibilidad de acción y decisión sobre ellas y sus hijos.

Respecto a las transformaciones generacionales, se pone entre dicho lo que padres y padrinos dicen respecto del proceso reproductivo. Es tangible que muchas cosas del pueblo (lo que se hace allá y se dice allá) en la Ciudad ya no tienen cabida, se ha comprobado, que así no sucede. Aunque otros consejos y representaciones sí se escuchan y reproducen, aunque no se sepa la explicación o se ponga en duda. Es decir, que aunque se dude y se critique, se reproducen parcial o totalmente.

Esta segunda generación mantiene un saber acerca del proceso reproductivo, reconoce los cuidados que su grupo indica, también identifica los



riesgos. Fausta tiene un saber mezclado y sintetizado con numerosos elementos del saber biomédico ya que desde pequeña mantuvo un contacto estrecho con personas mestizas que le dio la posibilidad de adquirir saberes de una cultura diferente que ella mezcla con la propia. No obstante, a partir de su matrimonio cumple de forma parcial y fragmentada con algunos lineamientos de su grupo. Llevó a cabo prácticas tradicionales en sus embarazos y puerperios, acompañada de la red familiar del varón. Ella pone en duda o no reconoce claramente el conocimiento que sustenta esas prácticas aunque las reproduzca, pero se subordinó a la autoridad de su suegra, ya que ese momento se encontraba bajo su protección y tutela. En su discurso, el reconocimiento está en la biomedicina, en sus prácticas muestra una constante ida y vuelta entre la intervención de la curandera y el médico. Se pone en duda lo que la gente del pueblo dice o hace pero indiscutiblemente hay espacios que la biomedicina no puede llenar.

Los partos aunque hospitalarios se dieron en su región y en la ciudad, a excepción de uno. Su esposo decidió que para tener a sus hijos era mejor regresar al pueblo, ahí estaban sus apoyos, la seguridad de su familia, en el pueblo era más fácil seguir el ritual puerperal, incluso el baño de *temazcal* para recuperar su capacidad de gestar.

### *Algunas conclusiones*

La migración es un detonador o facilitador del proceso transformador de estos grupos, ya que al poner a estos sujetos en contacto directo con otros actores sociales e instituciones les permite obtener elementos transformadores de su saber. Al acortarse la distancia espacial y simbólica entre una sociedad campesina-indígena y la metrópoli, se generan interacciones con otros interlocutores que les permite adquirir nuevos conocimientos, cuestionar, sintetizar y transformar (BONFIL SÁNCHEZ P. - DEL PONT LALLI R.M. 1999: 279-298).

Una comunicación más fluida es quizá una de las características fundamentales en la sociedad urbana, a través de los medios masivos, las instituciones y el contacto con gran variedad de actores. Para estos grupos sociales indígenas debemos reconocer condiciones de desigualdad, aún así la interacción seguramente será más posible y fácil que en el caso de sus paisanos que no han salido de su región, aunque en ellos también repercutan estas características de la sociedad moderna (GARCÍA CANCLINI N. 1990).

En este complejo proceso de incorporación a una sociedad cosmopolita se establecerán necesariamente cambios inmediatos, pero también continui-

dad de aquello que constituye parte de su cosmovisión y que se hace visible a través de sus saberes acerca de la procreación, aquello que da cuenta de su diferenciación cultural ante una sociedad masificada, una sociedad que tiende a homologarlos, dispersarlos, integrarlos, sumirlos en el anonimato (GIMÉNEZ G. 2000: 45-70).

La gran urbe crea patrones de uniformidad, moldea los hábitos a un estilo moderno. Pero aún ante esta tendencia homogeneizante de la sociabilidad, no se diluyen las particularidades. La construcción social de los saberes no es el resultado de una sola variable aún cuando sea preponderante, sino la constante interacción de múltiples variables que entrelazan en forma recíproca (OEMICHEN C. 2001).

Poder dar cuenta de esta dinámica de continuidad/discontinuidad cultural de este grupo étnico migrante nos permite explicar la manera en que estos conjuntos sociales se apropian de elementos de otras culturas, los sintetizan y transforman. Es indispensable hacer visible la heterogeneidad, la coexistencia de diversos códigos simbólicos en un mismo grupo y las interacciones culturales.

Desde nuestra perspectiva teórica es importante considerar a todo grupo social en proceso de cambio, reconocer al proceso salud/enfermedad/atención (s/e/a) como parte esencial de las características socioculturales de un grupo a través del cual se expresan gran parte de sus saberes y de sus transformaciones culturales; aceptar que la interacción con diferentes actores sociales en la urbe, incluidos los representantes de la medicina alópata tienden a penetrar y a modificar las prácticas y representaciones tradicionales, pero a partir de un proceso de reinterpretación propio del grupo (MENDOZA Z. 1994: 21).

Las transformaciones de los saberes de estas familias migrantes reproducen las tendencias predominantes de la vida social, como un elemento más de un sistema donde se articulan relaciones de poder. No pretendemos afirmar que esta situación no se presente en la región de origen, sino que al migrar dichas contradicciones se hacen más aparentes y las transformaciones se agudizan. Para nosotros, lo fundamental es establecer los procesos que operan en la producción y reproducción de los fenómenos de interacción al interior del grupo doméstico y con otros actores sociales, al igual que en el proceso s/e/a en esta población migrante, donde no es posible establecer la exclusión de unas prácticas por otras sino describir los procesos a través de los cuales lo hegemónico obtiene el consenso y se fundamenta (MENÉNDEZ E.L. 1981: 380).

Es importante centrar la atención en aquellos aspectos que nos permiten

reconocer la articulación del saber biomédico y tradicional, hacer evidente una relación hegemonía/subalternidad. Dichos aspectos serán los saberes sobre el parto de estos hombres y mujeres Triquis en constante movilidad. Serán también los procesos de interacción que estos conjuntos sociales manejan en su relación con el saber biomédico y los representantes de la biomedicina en los diferentes espacios sociales donde ésta se da, y la búsqueda de las constantes y transformaciones de dicho saber.

La reconstrucción de los saberes es posible a partir de observar la trayectoria terapéutica en este proceso biocultural, el análisis de las representaciones asociadas a dichas prácticas, la racionalidad que les da origen, las estructuras, recursos y terapeutas que entran en acción en cada proceso. Ya que el concepto de saber supone asumir la existencia de un proceso de síntesis continua que integra aparentes incongruencias, a partir de que lo sustantivo es el efecto del saber sobre la realidad (MENÉNDEZ E.L. - DI PARDO R. 1996: 58).

Esta construcción social de los saberes remite a una relación dinámica entre representaciones y prácticas reconocidas por medio de la reconstrucción de la trayectoria reproductiva que nos permite analizar los procesos desde la perspectiva del actor, que identifica, nombra, interpreta, significa desde su cultura y reconocer prácticas específicas que se ponen en juego como una respuesta social. Es definitivamente a través de las prácticas que se hacen operativos los saberes, haciendo manifiesta la construcción sociocultural del mismo. Es a través de las acciones concretas que reconocemos la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud, las dimensiones reales de la atención doméstica y la importancia que para estos grupos tienen los diferentes curadores (OSORIO R.M. 2001: 31).

Es esencial centrarse en la síntesis, complementariedad y conflicto de los saberes reproductivos de estos grupos domésticos migrantes. La apropiación del saber biomédico resignificado a partir de su propia medicina para reconocer su articulación, así como la estructura social y los significados que dan cuenta de la construcción sociocultural de los procesos reproductivos.

## Notas

<sup>(1)</sup> Entre la población Triqui se realiza una práctica tradicional en el casamiento, que consiste en el pago de una cantidad de dinero o especie, que entrega la familia del varón a la familia de la mujer, y corresponde el precio de la novia.

<sup>(2)</sup> Tlaxiaco: cabecera municipal cercana de la región triqui de Copala.

<sup>(3)</sup> Pena remite a la noción de vergüenza.

- <sup>(4)</sup> *Zoyate*: cinturón de palma y telar que utilizan las mujeres Triquis para sujetar su nahua.
- <sup>(5)</sup> Árbol de las placentas: encino negro ubicado en uno de los extremos de la comunidad orientado hacia la salida del sol en donde se colocan todas las placentas de los niños Triquis para pedirle a Dios su protección y sobrevida.
- <sup>(6)</sup> Baño de *temazcal*: baño de vapor de origen prehispánico, utilizado en el puerperio.
- <sup>(7)</sup> *Petate* es un tapete tejido de palma que se coloca en el suelo para dormir.
- <sup>(8)</sup> Cuando una pareja rompe la regla comunitaria de solicitud, compra y casamiento. Una vez unidos pueden pedir disculpas a sus familias y realizar el casamiento tradicional pero sin el pago correspondiente.
- <sup>(9)</sup> *Resumidero* es el orificio en el piso para el desagüe hacia el drenaje.
- <sup>(10)</sup> Los antojos que la embarazada tiene deben ser satisfechos por la familia, de lo contrario se puede presentar un aborto o el nene puede nacer marcado por dicho antojo.
- <sup>(11)</sup> Fiesta del baño: festejo comunitario realizado al terminar las sesiones de baño en el *temazcal*, para agradecer la sobrevida de madre y recién nacido.
- <sup>(12)</sup> La partera soba o masajea el abdomen de la embarazada para acomodar al nene y evitar complicaciones en el parto.
- <sup>(13)</sup> Nene pegado: complicación ocasionada por falta de movilidad de la embarazada, la vigilancia prenatal de la partera puede evitarla al realizar masajes.

## Bibliografía

- BERGER Peter - LUCKMAN Thomas (1991), *La construcción social de la realidad*, Amorrortu, Buenos Aires [ed. or: *The social construction of reality: a treatise its the sociology of knowledge*, Anchor Books, Garden City (New York), 1966].
- BONFIL SÁNCHEZ Paloma - DEL PONT LALLI Raúl Marco (1999), *Las mujeres indígenas al final del milenio*, Fondo de Población de las Naciones Unidas - CONMUJER, México.
- GARCÍA CANCLINI Néstor (1990), *Culturas híbridas, poderes ocultos*, pp. 263-327, en *Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*, Ed. Grijalbo, México.
- GIMÉNEZ Gilberto (2000), *Identidades étnicas. Estado de la cuestión*, pp. 45-70, en *Los retos de la etnicidad en los estados nación del siglo XXI*, Instituto Nacional Indigenista - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Miguel Ángel Porrúa, México.
- HUERTA Cesar (1981), *Organización sociopolítica de una minoría nacional. Los triquis de Oaxaca*, Instituto Nacional Indigenista, México.
- MENÉNDEZ Eduardo L. (1981), *Poder estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México (Ediciones de la Casa Chata, n. 13).
- MENÉNDEZ Eduardo L. - DI PARDO Renée (1996), *De algunos alcoholismos y algunos saberes, Atención primaria y proceso de alcoholización (Miguel Othón de Mendizábal)*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- MENDOZA Zuanilda (1994), *De lo biomédico a lo popular: el proceso salud/enfermedad/atención en San Juan Copala, Oaxaca*, tesis de maestría, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.
- MENDOZA Zuanilda (2001), *Cuestionarios aplicados en la Merced*, México.
- MILLÁN Saúl (1982), *San Juan Copala, cacicazgo y represión*, Universidad Autónoma de Guerrero, México.
- OEMICHEN Cristina (2001), *Mujeres indígenas migrantes en el proceso de cambio cultural. Análisis de las normas de control social y relaciones de género en la comunidad extraterritorial*, tesis doctoral en antropología, Facultad de filosofía y letras, Universidad nacional autónoma de México (UNAM), México.

ORTEGA J. - HOIL J. - LENDECHY A. (1999), *Proceso reproductivo femenino: género, representaciones y actores sociales. Una reflexión desde el contexto yucateco en género y salud en el Sureste de México*, El Colegio de la Frontera Sur - Fondo de Población de las Naciones Unidas - Consejo Estatal de Población, México (Colección Estudios de género en la frontera sur, vol. 2).

OSORIO ROSA MARÍA (2001), *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Instituto Nacional Indigenista, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes - Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

PARRA L. - HERNÁNDEZ J. (1994), *Violencia y Cambio social en la región triqui*, Instituto de investigaciones sociológicas, Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, México.

## Nota sobre la Autora

Zuanilda Mendoza González nació en México, Distrito federal, el 8 de noviembre 1957. Es profesora-investigadora del Departamento de historia de la medicina, en la Facultad de medicina de la Universidad nacional autónoma de México. Realizó estudios de licenciatura en medicina con especialidad en medicina familiar (UNAM) y cursó la maestría en antropología (Escuela nacional de y antropología e historia, México. D.F.) y el doctorado en antropología social (Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social.) con la especialidad en antropología médica.

Se ha desempeñado durante veinticinco años como médica familiar en el Instituto mexicano del seguro social. Actualmente labora como profesora de carrera en antropología médica en la Facultad de medicina de la UNAM. Ha participado como docente en diversos programas de posgrado en la Escuela nacional de antropología e historia, CIESAS y UNAM.

Autora de diversos artículos en revistas especializadas en antropología médica y un libro en la misma temática.

Dirección: Retorno Central Oriente #10 Colonia Unidad Modelo. México, D.F., C.P.08990, México. Email. zuanilda@hotmail.com.mx

## Resumen

*“Parir en la casa o en el hospital”. Saberes acerca del parto de mujeres Triquis migrantes a la Cd. de México*

La noción que orienta este trabajo es el análisis del proceso reproductivo como un proceso biocultural, que visto a través de los saberes de migrantes indígenas Triquis nos permite descubrir de que manera los sujetos elaboran representaciones colectivas in-

fluidas por la realidad que lo circunscribe. Los datos cualitativos ilustran la mirada de los actores sociales respecto de su proceso de salud/enfermedad/atención en un marco de relaciones y significados culturales, reproducidos y transformados por las circunstancias sociales en continuo cambio y específicamente los cambios entre las generaciones ante la migración. El estudio del parto como proceso y no como un acontecimiento permite entrever la importancia de recuperar una visión integral y sumamente compleja de su reproducción sociocultural

## Riassunto

*“Partorire a casa o in ospedale”. Saperi sul parto delle donne Triquis migranti a Città del Messico*

La prospettiva teorica che orienta questo lavoro riguarda l'analisi del processo di riproduzione nella sua dimensione bioculturale. L'osservazione dal punto di vista dei saperi migranti indigeni triquis, consente di scoprire in che modo i soggetti elaborano rappresentazioni collettive e come queste subiscano l'influenza della realtà circostante. I dati qualitativi mostrano la visione degli attori sociali rispetto al processo di salute/malattia/cura nel quadro di rapporti e significati culturali, riprodotti e trasformati dalle circostanze sociali in costante mutamento, con particolare attenzione al cambiamento generazionale in seguito alla migrazione. Lo studio del parto come processo e non come evento, fa emergere l'importanza del recupero di una visione integrata e il più possibile completa della riproduzione socioculturale.

## Résumé

*“Donner naissance à la maison ou à l'hôpital”. Les connaissances sur l'accouchement chez les femmes Triquis migrants à la ville de Mexico*

Le postulat à la base de ce travail consiste à analyser le processus reproductif comme un processus “bio-culturel”. Ce processus est appréhendé à partir des savoirs de migrantes indiennes qui nous renseignent sur la manière dont les représentations collectives sont influencées par la réalité environnante. Les données qualitatives illustrent comment les acteurs sociaux conçoivent le processus santé/maladie/attention dans le cadre de relations et significations culturelles reproduites et transformées par des circonstances sociales en perpétuelle évolution, en particulier les changements générationnels face à la migration. En étudiant l'accouchement en tant que processus et non comme événement, une vision intégrale de la reproduction socio-culturelle peut être appréhendée et analysée dans toute sa complexité

## Abstract

*“Delivering at home or in hospital”. Knowledges about delivery among female Triquis migrants to Mexico City.*

The notion that orients this work is the analysis of the reproductive process as a biocultural one, seen through the knowledge of indigenous Triquis migrants who permit us to discover that the individuals elaborate collective representations influenced by the reality that circumscribes them. The qualitative data illustrate the view of the social actors with regard to the process of health/illness/care in a framework of relations and cultural significance, reproduced and transformed by the social circumstances in the continuous change and specifically the changes between generations. The study of the childbirth as a process and not as an event permit us to hint at the importance of recovering an integral and complete vision of a sociocultural reproduction.