

Miradas entre biomédicos y parteras Mayas: el proceso reproductivo femenino

Judith Ortega Canto

Centro de investigaciones regionales “Dr. Hideyo Noguchi”, Universidad autónoma de Yucatán

[ocanto@uady.mx]

Introducción

En México existen 40 millones de Mexicanos en pobreza, de los cuales una tercera parte se halla en condiciones de pobreza extrema, lo que explica la mortalidad de millares de Mexicanos y Mexicanas de los que sobresalen las muertes maternas e infantiles⁽¹⁾ asociadas a la inequidad. Se deduce entonces, la falta de acceso a servicios de salud de calidad dado el decremento paulatino de la inversión del Estado en este rubro, a lo que se suma al subregistro de muertes de las mujeres, muertes que derivan de la pobreza existencial y de la pérdida de los lazos de ayuda mutua, sobre todo en municipios de alta expulsión y migración.

A lo anterior se agrega – en los últimos tiempos – el gran número de muertes asociadas al narcotráfico y la guerra entre cárteles; muertes de personas de ambos sexos y de casi todas las edades, en varias latitudes de las que sobresalen los estados del norte y sureste de la república. Desde antes, el abuso y daño a la naturaleza como consecuencia de las políticas financieras, lo que lleva a pensar en el desinterés por los seres humanos. Este desinterés conlleva a la asfixia de las culturas nativas a expensas de una franca erosión que desplaza saberes construidos a lo largo de generaciones, y centrados – para muchos grupos – en el bienestar, el autocuidado y la salud colectivas.

Los resultados que aquí se presentan, forman parte de un trabajo amplio sobre el estudio de las representaciones sociales respecto al proceso reproductivo de mujeres Mayas de Yucatán, mismas que son elaboradas en el marco relacional con sus parejas masculinas, sus curadores populares y el personal de salud de la clínica alópata de campo de la seguridad social. Para fines de este artículo, se seleccionaron los resultados que ilustran el

entretendido de representaciones de actores sociales representantes por cada sistema de salud: médicos alópatas y curadores populares respecto al proceso de embarazo/parto/puerperio, que si bien pareciera un tema ampliamente estudiado y debatido, no lo es en cuanto a las transformaciones socioculturales en los grupos humanos especialmente a nivel de grupos familiares, generacionales y entre los géneros. Transformaciones de especial interés en la medida que van deteriorando el tejido social que mantenía un saber a favor de la vida y la salud de la mujer y sus hijas e hijos con fuerte participación de los compañeros-padres-esposos, y la guía sabia de las parteras. Este trabajo presenta la mirada que de sí mismos tienen los curadores populares, los médicos alópatas o biomédicos, y para analizar luego, los contrastes entre cada grupo. Se aporta una experiencia etnográfica reveladora de la cultura que cada sistema de salud maneja respecto al proceso de embarazo/parto/puerperio.

Los resultados muestran los aportes del sistema de salud maya en cuanto a su eficiencia cultural y su eficacia simbólica, distinguiendo elementos que la medicina alópata está dejando de considerar para otorgar servicios de calidad a la población yucateca, y con ello evitar sufrimiento y muertes maternas e infantiles. Es así que no solo debiera resultar importante para la biomedicina la fisiopatología de los órganos sexo-reproductivos, sino el conocimiento heredado de las y los curadores populares en relación a la detección de signos y síntomas que avisan de riesgos tales como abortos, hemorragias, eclampsia, pero también de síndromes como “pasma”, “susto”, “sobreparto” – no reconocidos por la biomedicina –.

El desplazamiento que han vivido las parteras, y el consecuente desprestigio predispone a que las generaciones más jóvenes las desconozcan o las desprecien. Simultáneamente, la empatía masculina para con las jóvenes esposas-madres, declina, sin que el saber biomédico sea accesible a su cultura, y por lo tanto conozca las demandas de la gente, el sabio comportamiento de las parteras, y otorgue una consecuente calidad en la atención.

De esta manera, la ausencia de comunicación entre representantes de ambas medicinas, construye dos mundos, en medio de los cuales está la gente, probablemente con un saber confuso respecto al cuerpo, su funcionamiento y su proceso hacia la salud o la enfermedad.

El enfoque intercultural en salud como política anunciada⁽²⁾ en una agenda para disminuir la brecha en la calidad de los servicios de atención a la población indígena, ha quedado como discurso (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 1997), o como esfuerzos aislados de capacitación y profesionalización de recursos humanos a

los que se les provee de contenidos sobre antropología social y antropología médica (CUNNINGHAM M. 2002, SOLIS G. 2003, LERÍN S. 2004), sin que ello trascienda por ejemplo, en la formación de recursos humanos en el país, de manera que el saber biomédico mantiene la hegemonía a pesar de sus claras limitaciones para atender las enfermedades y las muertes previsibles y prevenibles. De manera particular, la presencia de la Seguridad social en las áreas rurales – en especial en la ex zona *henequenera* – desplaza el saber de la medicina maya y a sus actores sociales con efectos importantes de analizar.

Se pierde la atención al cuerpo en su proceso de salud/enfermedad/atención en relación con la naturaleza y el marco social relacional (medicina maya); el pensamiento y la acción del personal de salud alópata se centra en la organicidad y la psique, ésta última si es que existe la demanda por parte del paciente. En realidad, la elaboración de cada sistema podría ser pieza clave que propicie un diálogo entre ellos, dando reconocimiento al autocuidado y la prevención que cada conjunto social maneje, para luego entender la importancia de aprovechar los aportes tecnológicos – de la biomedicina.

La pregunta es ¿Cómo generar elementos empáticos, respetuosos e inteligentes, hasta demandas de un sistema a otro como pautas que contrarresten la cosificación que la medicina moderna hace del cuerpo de las mujeres, el desplazamiento de los hombres, y la medicalización de la vida? La respuesta va en el sentido de construir ejes de comunicación permanentes entre sistemas culturales de atención, y el cuidado de la salud.

Primera parte: cuerpo y reproducción

El proceso reproductivo femenino⁽³⁾ es «La categoría de análisis que dinamiza la reproducción como conjunto de eventos y etapas vividas en los cuerpos femeninos que motivan variadas características de interacción en cada conjunto social y en los grupos familiares que lo conforman. Esta categoría permite aprehender la relación entre biología y factores socio-culturales. De esta manera, las percepciones, experiencias y respuestas de las mujeres y demás actores fundamentales que intervienen en este proceso que inicia con la menarca y la menstruación, y continúa con el embarazo, parto y puerperio, y entre estos, la anticoncepción y el aborto, son influidos por los cambios contextuales que impactan a través del tiempo, las formas de entender y atender el proceso de salud-enfermedad-atención a la salud reproductiva y la sexualidad». (ORTEGA J. 1999: 8).

Es en relación al concepto de prevención, que las representaciones sociales adquieren relevancia por ser la guía cultural de las prácticas en este sentido. Bien pueden ser acertadas o no, las poblaciones construyen un saber preventivo ante todo lo que amenace la salud. Así, los síndromes culturalmente delimitados como ejes de atención a enfermedades a veces llamadas “tradicionales”, integran elementos explicativos y por lo tanto remediales y preventivos con un importante componente de eficacia simbólica.

Algunos investigadores (REDFIELD R. - PARK M. 1940) atraídos por el conocimiento de una cultura como la maya, realizaron estudios sobre la salud en los que aportaron elementos respecto al embarazo y el parto en mujeres de Dzitáz Yucatán, rescatando las representaciones sociales de grupos Mayas, a manera de recuperar parte de su concepción del mundo (AGUIRRE G. 1986, MENÉNDEZ E. 1997 [1981]). De esta manera, las representaciones sociales permiten diferentes niveles de análisis del proceso salud/enfermedad/atención. Si bien es cierto que cada persona podrá tener una interpretación diferente respecto a un malestar o una enfermedad, las representaciones variarán de acuerdo a la visión del grupo al cual se pertenezca, o sea, las que provienen de la sociedad como totalidad (representaciones colectivas), junto aquellas que provienen de la propia experiencia o conciencia individual, y que por lo tanto no son comunes a los demás integrantes de un mismo grupo. Sin embargo, las primeras matizarán a las segundas en el proceso de socialización que todo individuo vive, cuando comparte y confronta lo suyo con el sentido común dominante, proceso a través del cual se construyen las representaciones sociales (JOULET D. 1989: 37).

El cuerpo como expresión de significados, también recibe miradas diferenciales por parte de los modelos médicos. Para la biomedicina, el cuerpo como máquina, requiere ser reparada si alguna disfunción ocurre, como por ejemplo, en los partos distócicos, la cesárea es una opción reparadora. El cuerpo en las sociedades occidentales refiere desde el saber biomédico, al saber anatómo-fisiológico en el que se apoya la medicina moderna. De esta manera, el saber basado en las tradiciones, consensuado y compartido por el conjunto social de referencia, va siendo suplido por el saber especializado, dado que proviene de un modelo hegemónico, por encima de la historia y las culturas. «Es así que son dos saberes, el de las “tradiciones de cura” y la “cultura erudita” o biomédica». «El saber biomédico es la representación oficial, en cierta medida del cuerpo humano de hoy, es el que se enseña en las universidades, el que se utiliza en los laboratorios de investigación, el fundamento de la medicina moderna...» (LE BRETON D. 2002). Sin embargo, agrega Le Breton, que como es un saber que pertenece a la

cultura erudita no es compartido por un amplio número de población de manera que mucha gente tiene un conocimiento vago de su cuerpo, un saber confuso, de ahí que se recurra a otras referencias.

Es así que respecto a un mismo elemento o parte corporal, cada persona puede tener más de una representación, y estas podrán ser semejantes, diferentes y hasta antagónicas. En un pueblito de Francia (VERDIER I. 1979), y en grupos familiares de un municipio de Yucatán (ORTEGA J. 1999), el sangrado menstrual tiene significados negativos y positivos. Si bien se evidencia el buen funcionamiento del cuerpo, también tiene un significado, el de la infertilidad, como contrario a la vida, un tanto mortuorio, y que puede extenderse hacia las tareas de los demás. En el pueblito francés, una mujer en el periodo menstrual, no deberá acercarse y menos intentar batir claras de huevo, o hacer salsas, o preparar una mayonesa; nada que requiera que “agarre”. La mujer Maya de Yucatán en esta misma condición fisiológica, no deberá entrar a la *milpa* porque puede arruinar la cosecha, ni tampoco ir a la pesca porque puede significar el fracaso de los trabajadores.

Los ejemplos anteriores ilustran que en las culturas populares, el cuerpo está ligado al contexto, a la vida relacional, al cosmos o universo, está hecho de la misma materia prima de este último. Existe un vínculo simbólico entre los seres humanos y el medio (LE BRETON D. 2002: 87).

En su estudio sobre Mayas del sur, en Dzan Yucatán, (PACHECO J. 2007) logra una magnífica caracterización de la cosmovisión de los Mayas sacralizada bajo la influencia del capitalismo. De esta manera, el autor encuentra que:

«Continúan representándose la cosmovisión de su vida, del universo y del *ethos* que subyace a su manera de ser, sentir y percibir y de ordenar el mundo de las cosas y de los elementos de la naturaleza... en dos dimensiones, una sagrada y otra profana... entre éstas establecen un punto de referencia y orientación... sin riesgo de extraviarse... en el centro de las cosas: de sus cuerpos, casas, solares, *milpas*, parcelas y pueblo. Refiere Pacheco, deidades relacionadas con las actividades productivas: dioses o “dueños” del monte, de la tierra, del agua, de las enfermedades, de los vientos, de la *milpa*, los *Aluxes*, los *Balames*, y todos los *Yùumtsilo’ob* o vientos, que en su conjunto han ejercido influencias y decisiones en todas las actividades productivas... como en todos los demás ámbitos de la vida» (PACHECO J. 2007: 98-132).

El estudio amplio del cual se obtiene la información que aquí se presenta fue realizado en un municipio *henequenero*-pesquero (*Kaal-káaj* o “pueblo hermano”) de aproximadamente 3,500 habitantes, en su mayoría maya hablantes y bilingües, con fuerte migración a las ciudades de Mérida o del estado de Quintana Roo. La mayoría de las familias apegadas a la tierra,

otras en el transitar a la vida urbana, comparten la pobreza material en sus vidas como otra característica sobresaliente.

Con apego a la medicina de sus antepasados, la cual mezclan con contenidos biomédicos, dado que las últimas dos generaciones son usuarios y usuarias de los servicios de la clínica local perteneciente al Instituto mexicano del seguro social (IMSS) mismo que representa el fortalecimiento de la biomedicina en el área rural yucateca desde la década de los Setenta.

Segunda parte: terapeutas biomédicos y populares

A continuación se exponen los saberes respecto de los terapeutas biomédicos (Juan y Mateo), y populares (doña Lol-bé, doña Mora y don Máximo) en relación al proceso reproductivo, es decir, se exploran las representaciones sociales relacionadas a todos los procesos reproductivos básicos con énfasis en el proceso de embarazo, parto, puerperio.

El municipio donde se realizó el estudio fue seleccionado como representativo de los nueve municipios *henequenero*-pesqueros de Yucatán en términos demográficos, socioeconómicos y culturales, sin que ello quiera decir que los resultados etnográficos sean representativos de estos municipios, sin embargo, las características socioculturales podrán ser tomadas como puntos de partida para establecer semejanzas y diferencias. De un censo realizado, fue posible distinguir dos grandes tipos de grupos familiares, aquellos aún apegados al cultivo de la tierra, a la familia extensa en muchas ocasiones, y otros que recurren a la migración para emplearse como albañiles, taxistas, entre otros oficios. Se seleccionaron grupos familiares de uno y otro tipo, teniendo como informantes claves a las mujeres de tres generaciones consanguíneas por cada grupo familiar seleccionado, los esposos de éstas, las parteras y los médicos de la clínica de campo del IMSS de la localidad. Se diseñaron matrices etnográficas; una para embarazo, otra para parto, una más para el puerperio, en ellas estaban los guiones para explorar las representaciones sobre menarca, menstruación, dismenorrea, sexualidad y menopausia. Cada matriz etnográfica tuvo componentes diferenciales por sexo, o si se trataba de las parteras, o de los médicos alópatas o biomédicos. Es así que se aplicaron quince instrumentos, cada uno con sus guiones de entrevista, y por cada informante "clave" se realizaron entre tres y cinco entrevistas con un promedio de una hora y media. En este artículo se plasma un extracto de los hallazgos logrados con las parteras y los biomédicos exclusivamente.

En términos numéricos, el poblado de *Kaal-káaj* cuenta en total, con tres curadores populares y dos médicos que atienden la clínica de campo del IMSS, de manera que existen un curador popular o biomédico por cada 545 habitantes. Solo desde la relación población/ curadores populares, corresponden 908 habitantes por cada terapeuta, mientras que son 1362 personas por cada médico de la clínica local. En términos de grupos familiares (622), corresponden 124 grupos familiares entre el total de curadores populares y biomédicos; si es en relación con los tres curadores populares, son 207 grupos familiares por cada médico popular, y, 311 grupos familiares por cada médico alópata. Datos que informan del escaso apoyo en servicios de salud con el que cuenta la gente de este municipio. El desplazamiento de las curadoras populares como efecto del dominio del saber biomédico, aunado a la escasa inversión en servicios de salud, evidencia que los grupos humanos en los municipios *henequeneros* enfrentan graves deficiencias en servicios de atención, no se diga en materia de prevención.

Doña Lol-bé es la partera, contaba con 75 años de edad, laboró en su juventud en el Hospital general O´Horán en la Ciudad de Mérida como auxiliar de intendencia en los antiguos pabellones de “maternidad”, de ahí que presenciara cómo eran atendidas las mujeres antes, durante y después del parto. Posteriormente, un médico le preguntó si quería atender a una mujer que estaba pariendo y ella accedió, momento a partir del cual (1941) se inició en tales labores. Es importante hacer notar que la trayectoria de doña Lol-bé es diferente de la mayoría de las parteras, pues primero trabajó en una institución hospitalaria, y después ejerció como partera.

Doña Lol-bé relató que cuando se instrumentó el programa de entrenamiento a parteras durante la instalación de la clínica del Imss de la localidad (1972), fue integrada al mismo, y recibió apoyos económicos para acudir a los cursos que se llevaban a cabo en diferentes localidades del estado, así como dotación de material obstétrico (antisépticos locales, tijeras, hilos, entre otros). Después de un tiempo, solamente se les encargó promover la atención del parto en las clínicas del Imss, así como llevar el registro de las mujeres en edad reproductiva, y un control de su paridad; también, les fue encomendada la tarea de proveer de anticonceptivos orales a las mujeres e indicarles la importancia de que se practicaran la salpingoclasia una vez que hubiesen tenido tres o cuatro hijos; si no fuera así, darles dotaciones de condones para los maridos. En los inicios de la clínica local del Imss, era a ella a la que llamaban las mujeres. Les indicaba que era mejor la atención en la clínica del Imss, sobre todo cuando aparecía algún signo de complicación obstétrica. Cuando se trataba de pacientes antiguas

y grandes multíparas que le pedían que fuera ella quien las atendiera, lo hacía, labor que le permitía obtener cierta remuneración monetaria o en especie. A través del tiempo, los subsidios económicos fueron espaciándose; los médicos o las enfermeras acudían a revisarle sus libretas de registro para verificar que la labor de promoción de medidas anticonceptivas y de atención del parto institucional se estuviera llevando a cabo. Este proceso de control del Imss sobre su imagen – antes autónoma –, es el factor al que la curadora le atribuye que el prestigio de las parteras fuera decayendo, al grado de que algunas personas las calificaran de incompetentes y las llamaban «hechiceras». Considera que por ello las mujeres interesadas por continuar con este oficio no pudieran expresarlo abiertamente y menos llevar a cabo un entrenamiento cuestionado de antemano. Desnutrida y decepcionada de la vida, doña Lol-bé pudo relatarnos – con dificultad – sus valiosas experiencias.

Doña Mora de 54 años de edad, fungía como sobadora del lugar desde hacía siete años y al parecer también era partera cuando las circunstancias así lo requerían. Dejaba ver cierto recelo al referir dicho oficio, ya que ella tuvo experiencias difíciles con los médicos del Imss cuando acudía a los entrenamientos. Al hablar casi exclusivamente lengua maya y no saber leer ni escribir el español, tenía dificultad en el aprendizaje, por lo que fue vista con escepticismo y refiere haber sufrido la burla por parte del personal médico y de enfermería, circunstancia que la llevó a desertar de dicho programa. Es probable que al no contar con el reconocimiento de la institución alópata, su práctica obstétrica sea vivida y realizada con mucha discreción. El arte de sobar lo aprendió de su abuela, quien era partera.

La profesionalización entre estas dos mujeres y el hierbero es diferente, para ser hierbero se requiere de un designio divino que permite un entrenamiento desde temprana edad. La profesión de las parteras tiene un origen más terrenal; es la vocación y luego la destreza para el desempeño de sus funciones lo que las califica. El hierbero solo atiende problemas tales como el “pasma” e inflamaciones pélvicas, nunca un parto.

Medicina Maya: menarca, “pasma” y menstruación

Para las dos curadoras populares, hablar de menarca implica al mismo tiempo la «llegada de la hora», que puede variar entre los 10 y 15 años de edad, junto con el «cuidarse del ombre... de la maldad», y asumir la «vergüenza o *a zu ta 'h*». Doña Lol-bé menciona que las jovencitas se asustan porque no tienen información y algunas desde este primer evento referi-

rán molestias pasajeras. Ha tenido la experiencia de atender a púberes que son llevadas por sus madres por presentar el primer sangrado menstrual, y su función fue confirmarle a la madre dicho evento, y explicarle a la niña que lo que le estaba pasando era natural por su edad.

En la lengua maya, doña Lol-bé describe la menarca como *tun yeémel a k'oja'an yáaxih*, que significa: «que le está bajando su enfermedad por primera vez... su regla». La menstruación deberá bajar cada mes si la mujer es soltera; si es casada, su suspensión evidencia la presencia de embarazo. Menstruar sin dolor es sinónimo de salud; cuando sucede lo contrario, es el “pasma” ocasionado por algún descuido con el cuerpo, como el enfriamiento por lavarse el pelo, o en los hábitos alimentarios. La partera opina que cuando se trata de un “pasma” en su inicio, el médico alópata podrá curarlo, pero si se trata de uno crónico o recurrente será sólo la partera quien con sus brebajes calientes de hojas de *Chalché*, Santa María, *Kanán* y hojas de *Chiople* para ingerir tres veces al día durante dos días, logrará que pase la molestia abdominal. Cuando el sangrado desaparezca o “queden limpias” las sobará, las amarrará y acostará durante un rato; es importante que el brebaje de cada día sea fresco y no un preparado del día anterior; después de esta terapia, la menstruación se presentará sin molestias cada mes.

Doña Mora, la sobadora, asocia el “pasma” con la «mancha» difícil de eliminar en la prenda interior femenina; asimismo, considera que sólo el hierbatero puede curar dicho trastorno, y menciona el mismo *Chalché* o anís en grano con aguardiente isleño. Agrega que si lo tomara una mujer casada que no puede embarazarse por “pasma”, podrá engendrar enseñuida. Esta curadora, siempre enfatizó la importancia de que tanto los padres como las propias adolescentes, deberán cuidarse de que algún hombre pueda hacerles “maldad” y embarazarlas. Recuerda que en su época, los novios no debían ni tocar la mano a las novias a partir de que empezaban a menstruar. Su madre le decía: «si te pasa algo, nos mata tu papá». Narró que hasta hace algunas décadas, las madres podían llevar cierto control de sus hijas adolescentes, “cuando lavaban su ropa”, era indicio de que estaba presente el período menstrual; ahora esta forma de control ya no es tan fácil por el uso de las toallas sanitarias. Concluye que la joven «se deberá cuidar de lo que come para que no tenga “pasma”, y del hombre para que no tenga bebé».

Doña Lol-bé (partera) distingue tres tipos de “pasma”: negro, rojo y verde. El negro se caracteriza porque el fluido es negro y se acompaña de dolor intenso, siendo a veces rebelde al tratamiento, por lo que el mismo se

prolonga entre ocho y quince meses consecutivos, hasta que «Dios tire su bendición». Mencionó que puede llegar a ser mortal, por lo que cuando le han tocado estos casos se desespera tanto que cree volverse “loca”. El “pasma” verde es llamado así, por el color del fluido menstrual acompañado de dolor leve. El rojo no produce dolor, sólo “flojera” y podría corresponder a los períodos en los que existe, con cierta frecuencia, cambios en el estado de ánimo.

Cuando alguna joven se la han llevado con dolor intenso al grado de provocarle llanto, ella efectúa una “sobada” que más parece referirse a una palpación, ya que dice encontrar una «bola al lado de la matriz», y agrega que después de la “medicina” empezará el sangrado menstrual. O sea, hizo referencia a molestias del período premenstrual, al que llama “pasma frío”, cuadro que a diferencia de los pasmos de colores, presenta molestia previa al sangrado. Este pasmo “frío” lo asocia a las jóvenes o mujeres que al estar trabajando en la casa, salen al patio, se lavan la cara y los pies con agua fría.

A diferencia de las curadoras, don Máximo el hierbero ubica el “pasma” en las mujeres solteras como un “retraso” o como una menstruación dolorosa, debido al consumo de limón «cuando la mujer está en su mensual». Para el “retraso”, cuece hojas de *maguey* en un horno hecho en el suelo, y ya que están cocidas las exprime y al jugo le agregará miel: lo receta para beber. A tomar nueve noches evitándose cualquier alimento helado; recomendará consumir agua “natural”. Cuando se trata de un sangrado acompañado de dolor abdominal, busca un fruto que se llama “*sidrón*” muy parecido a la naranja; sólo utiliza la cáscara, la que remoja en anís, lo deja reposar unas horas y será ingerido cada tres o cuatro horas.

Las representaciones de los curadores podrían guardar una casi total correspondencia con las vertidas por las mujeres y los hombres de los dos tipos de grupos familiares analizados; sin embargo, existen algunos aspectos sobresalientes a considerar. La partera goza de una presencia o jerarquía social mayor que la sobadora. También cumplía en la comunidad cierta función de ginecóloga, de ahí su amplio conocimiento de los trastornos del período menstrual que le permiten construir una tipología o clasificación respecto al síndrome cultural del “pasma”, y cierta especificidad en la práctica de atención en cuanto a la selección de materias primas, indicaciones en la preparación y consumo de los brebajes.

El compromiso que establecen con su paciente ilustra la dimensión moral de su práctica que respaldan con la ayuda divina para lograr la curación.

La partera aparece como una clara reforzadora o transmisora de los contenidos culturales respecto a la menarca y la menstruación, y una curadora formal del síndrome cultural del “pasma”. Al igual que las mujeres entrevistadas, las curadoras explican la menarca y la menstruación como eventos naturales de la mujer; como signos del inicio y persistencia de la capacidad reproductiva. Ante el temor al embarazo adolescente, aparecen instrumentados desde hace ya muchas generaciones, recomendaciones que fomentan el temor a los hombres y a su “maldad”. Otro mecanismo de control en las mujeres en general, es el énfasis en el pudor que debe condicionar a que las jóvenes adopten conductas apropiadas que no inciten al sexo opuesto a “fijarse” en ellas, por lo menos en los días menstruales considerados fértiles.

Doña Mora recomienda el anís para el “pasma” – con sus diferencias – como lo hace don Máximo el hierbero. Don Máximo parece ser, junto con la partera, otro experto en la atención del “pasma”, pero sólo cuando se trata de mujeres solteras. Para el hierbero, la «inflamación» constituye la tercera enfermedad más frecuente, después de los cólicos y la diabetes, en las mujeres por él atendidas. En su descripción, es claro que dicha «enfermedad» corresponde a la inflamación del cérvix o a los «flujos blancos», como él les llama. Como tratamiento, él emplea un litro de agua fríe un macito de 13 hojas de *x-k'aanlol* y *altaniza*, solución que servirá para lavados vaginales una vez al día, cada segundo día y sólo por nueve aplicaciones, debido a que la matriz queda tierna por el efecto potente de las plantas que se emplean. El tratamiento de este problema ginecológico, es considerado como una especialidad de este curador. No realiza ningún examen físico, solamente se basa en la descripción que la paciente hace de sus signos y síntomas. De esta manera, la voz de la mujer enferma, respecto a su alivio, es relevante en el proceso de atención.

Medicina maya: embarazo, parto y puerperio

Al analizar ciertos elementos sustanciales del entretendido con las narrativas de las curadoras, algunos aspectos ameritan un mayor énfasis, por ejemplo: consideran que la atención del parto es una práctica tirante ante la gran carga de responsabilidad, sin dejar de reconocer que es una bella experiencia. El miedo a la muerte, la identifican como una representación común. La toman en cuenta como factor que agudiza o acrecienta la afectividad de la mujer ante los malestares prodrómicos y las contracciones o dolores intensos. O bien – en sentido inverso –, que en realidad son tan

intensos que las llevan a sentir que mueren, que no serán capaces de soportar su intensidad.

Al repasar las descripciones que las parteras hacen de su práctica profesional, no es casual que a doña Lol-bé la apoden “Mami”, ya que su actitud protectora, alentadora y directriz del escenario, hacen que el proceso del parto se organice en gran parte para darle continuidad al bienestar afectivo de la parturienta. Los rezos, las velas, los santos, el esposo partícipe, tienen en sí mismos la ratificación de que Dios, la Virgen, el esposo y ella como partera propician la cohesión; aglutina, organiza y vigila eficientemente, que la evolución del proceso sea la adecuada.

Resulta claro que en todo el proceso, la doble dimensión cuerpo-alma es el eje ordenador del parto. Es obvio también, que el discurso de la partera realza la importancia de la participación masculina. Se evidencia una gran sensibilidad en estas curadoras para percibir qué tanto el embarazo y el parto constituyen una experiencia que debe ser vivida por la pareja y no sólo por la mujer. Si bien es cierto que solamente el cuerpo femenino tiene la capacidad biológica de parir, el lugar que la partera le da al varón, ilustra cómo el saber popular propicia una masculinidad que, por lo menos alrededor de la vida reproductiva, establece empatía por su par femenino. Así, son descritas la variedad de actitudes masculinas: quienes ayudan, rezan, suplican a Dios, quienes no soportan la escena y la evaden; en fin, el varón que está presente e intenta o logra fungir como un apoyo definitivo de este proceso. Ambas curadoras lamentan la actual ausencia del varón al momento del parto atendido en las instituciones de salud.

El impulso vital de la mujer se ve dirigido a enfrentar con valentía, sin la más mínima muestra de vergüenza o pudor ante la partera, la exposición de sus partes corporales más íntimas. Un mal parto es aquel que terminará siendo atendido por la medicina alópata, vía la cesárea. La cesárea es el final de un mal parto, y su significado para el cuerpo “cortado” es haber vivido una devaluación; sin embargo, ese cuerpo intervenido quirúrgicamente será motivo de una convalecencia prolongada, a manera, tal vez, de reconfortar a la mujer que vivió tal afrenta. Como dice la partera, le han provocado una «segunda llaga».

Reconocen que en tiempos pasados (antes del IMSS), la alta mortalidad materna se debía a que ellas carecían de conocimientos para identificar y canalizar los partos complicados. No se contaba con el recurso de la cesárea como práctica que aunque tiene un significado negativo en términos de la construcción social del cuerpo operado, también es una práctica benéfica en términos de conservar la vida a muchas mujeres.

El énfasis de la partera durante el puerperio está puesto en la abstinencia sexual durante un período de tres a seis semanas posteriores al parto, debido al riesgo del embarazo. La “llaga” es un lugar propicio para engendrar otro “chiquito” si se tienen relaciones sexuales antes de que ésta haya curado. El indicador de dicha curación, es el cese de los loquios a los quince o hasta treinta días. Ambas curadoras traducen la «etapa de cuidados» como *kaláankabaj*, que según doña Lol-bé significa que «te tienes que cuidar de tu marido, de las comidas, de los vientos...». De ahí que ambas recomiendan alimentos recién preparados, encierro, reposo, vigilancia de los loquios para detectar el momento de una probable hemorragia. Con esta descripción queda evidenciada que si la gente de las comunidades rurales contaran con nuevas generaciones de parteras, habrían recibido información de los cuidados básicos durante el puerperio, y los signos a cuidar para detectar riesgos y prevenir la muerte.

El cuerpo que no debe enfriarse se traduce en aquél que debe evitar las «batidas por los vientos», someterse a baños calientes con «nueve hojas diferentes a partir del tercer día», comer la comida caliente, y si es posible, preparada a base de carne de gallina. Doña Mora narró que durante su primer puerperio – cuando tenía quince años –, consumió carne de pavo a pesar de haber sido contraindicada por su abuela, por ello sufrió un cuadro de diarrea intensa; a los quince días comió carne de res, y sucedió lo mismo; afirmó haber quedado «hueso y pellejo». Otras recomendaciones alimentarias -fueron el consumo de chocolate, café, avena o harina, que favorecen la secreción láctea. Enfatizaron que la mujer que lacta no debe consumir ningún líquido helado, ya que el recién nacido puede “pasmarse” (diarrea y vómito).

Hasta que terminen los loquios, la mujer podrá ingerir algún alimento helado. Refirió que estas creencias datan de las abuelas, lo que contrastó con hábitos modernos de mujeres que ingerían grasas y carne de pavo considerada «fresca» o *süs o kuch*, en el sentido del efecto frío, lo cual no se le atribuye a la carne de gallina.

El puerperio ideal será entonces el que transcurre alrededor de los cuidados de higiene femenina (cuerpo y alimentación), y durante el cual, la mujer y su esposo son felices y su vida transcurre sin problemas. Un buen puerperio es aquel en el que las “manchas” desaparecen y la mujer puede ir retornando a la vida normal, bajo la vigilancia de la partera. El mal puerperio será el que se complica y se reconoce como “sobreparto”; este sucede cuando la mujer se descuida y no tiene la “sangre fuerte” para evitarlo. Es identificado por la calentura, la anemia, y la diarrea; un día se

puede estar bien y otro mal, y existe un alto riesgo de muerte por el «cuerpo que se va consumiendo». La manera de prevenirlo es extremando los cuidados durante un mes; después, la mujer ya podrá volver a su vida normal. Doña Lol-bé puntualizó que ella o el hierbatero son quienes saben de las prácticas de curación. Ella utiliza nueve tipos de plantas medicinales a las que sancocha y utiliza para bañar y preparar brebajes para ingerir durante nueve días. Entre las que pudo recordar están: el *chiople*, *kanán*, hojas de Santa María, hojas de verbena, de *maguey*.

Las curadoras describieron un cuerpo cansado, debilitado, «abiertos sus huesos», que fácilmente puede perder su calor; pero, que tiene la capacidad para lactar al recién nacido; tiene una “herida” en la pared de la matriz, la cual, sangrará hasta resolverse. Cuando aparece la complicación del “sobrepardo”, el cuerpo se torna adolorido, los «ovarios pueden tener enfermedad» – dice doña Mora –, puede haber “hemorragia”, «enfermo el *chuchú* que está tomando» (la leche que amamanta el niño). Así, ellas pueden distinguir con claridad entre un cuerpo delicado por el momento del parto recién vivido, y uno que enferma por complicaciones.

Como funciones durante esta etapa están las de dirigir las tareas de los actores participantes, y atender personalmente a la púérpera. La importancia del reposo y de los cuidados alimenticios a partir del segundo día como responsabilidad del esposo, de la madre o de la suegra. La partera una vez que el niño ha nacido y lo ha atendido «cordón, baño, talco, aceite y “cantos de niños y a veces de Dios”», ha recibido la placenta y ha aseado a la mujer, le prepara chocolate caliente batido con huevo para ayudarla en su recuperación energética. Luego la baña con agua caliente, la tapa y después la acuesta. Le aplica lavados vaginales cada segundo día durante la primera semana, con agua oxigenada o con Benzal. El baño con hierbas el segundo o tercer día, seguido de baños normales, será responsabilidad de los demás actores; no tanto en términos de bañar a la púérpera sino de calentarle el agua y llevársela al lugar donde tomará el baño. Este espacio deberá estar bien cerrado para evitar corrientes de aire.

A los ocho días, la práctica de la “sobada” de pies a cabeza en el piso, va seguida de la “amarrada” y después, la mujer es alzada entre la partera y otra persona y depositada en su hamaca; horas después, las amarras empezarán a soltarse y se decidirá cuánto tiempo transcurrirá para retirarlas⁽⁴⁾ (QUATTROCCHI P - GUEMEZ P. 2007). Esta costumbre tiene como fin, prevenir los dolores de espalda por los huesos que quedaron “abiertos” y que, con la “amarrada”, volverán a “acomodarse”, se previene por ejemplo, dolores al reiniciar labores domésticas. Con frecuencia, ésta misma práctica es repetida al final de los cuarenta días.

La participación masculina descrita por las curadoras consistió en proporcionar todo tipo de ayuda. La partera refirió casos de esposos que no asumen tal responsabilidad, y delegan el cuidado de la mujer, su hijo y las tareas domésticas a su madre o a la suegra. Ante la actitud de no respetar la abstinencia sexual, la partera emite dos criterios al respecto: uno, es el cumplimiento de los treinta a cuarenta días; otro, como mínimo, es esperar que los loquios desaparezcan del todo. Sin embargo, «muchos no aguantan, viene y empieza a acariciar a la mujer y al rato ya están en la hamaca; yo les digo que no deben hacer eso porque la mujer está lastimada, que se esperen, hay que sí lo hacen, hay que no».

La sobadora consideró que los esposos deben «aguantar» y si ello no fuera posible, tendrán que acudir con otra mujer; el «aguantar» es una prueba de amor hacia la esposa. Relató que «actualmente es diferente, los varones que tienen esposas ya grandes e hijos mayores, acuden a la “zona”», de esta manera, cierto número de mujeres ya no se embarazan con tanta frecuencia o dejan de embarazarse debido a que los esposos acuden a este lugar. Al parecer, el acudir a la “zona” en lugar de solicitar la atención de las “particulares”, mujeres que fungen como prostitutas en los periodos del puerperio de otras mujeres, y que son apreciadas por las propias mujeres, dado que se considera que los hombres no pueden controlar por tanto tiempo el deseo sexual, y que ellas, cumplen entonces una función social valorada. Las “particulares” – como se les llama – son mujeres del poblado a diferencia de las que laboran en la “zona roja”, vienen de lugares ajenos y pueden transmitir enfermedades.

Así como la partera fungió como apoyo fundamental a la mujer durante el embarazo y el parto, en el puerperio asume un papel preponderante, en cuanto a que vigila el desarrollo de rituales alrededor del cuerpo que ha parido, que lacta y en un alto riesgo de enfermar y morir, como el eje que orienta la conducta de cada persona involucrada con la mujer y su hijo. La partera entonces, reconforta, alimenta, higieniza y vigila los signos que pueden indicarle alguna complicación que ponga en peligro la vida de la madre y su hijo. Todo esto, lo informa a la gente que rodea a las mujeres.

El énfasis de sus recomendaciones está en la abstinencia sexual, que, así como puede ser vista como represiva de la sexualidad de la pareja, también es una medida que protege de un embarazo inmediato, y de la posibilidad de que la mujer adquiera algún tipo de enfermedad transmitida sexualmente, que pudiera entorpecer la conservación de su salud y el amamantamiento de su hijo.

Fue notable la capacidad del manejo de indicadores clínicos: el seguimiento de los loquios, la temperatura corporal, la producción láctea, el estado general de salud, son cada uno de ellos, referentes populares de la “etapa de cuidados” o *kaláankabaj*, junto al “sobreparto”, la “amarrada” y la “sobada”, combinando contenidos biomédicos como agua oxigenada, Benzal, hemorragias, anemia, diarrea, matriz; en conjunto, logrando representaciones organizadas alrededor de un sistema de prevención.

La curación del “sobreparto” es una cualidad de su «medicina caliente». La atención para esta complicación sucede con muy poca frecuencia, en virtud de que las familias parecen poder arreglárselas solas; también es probable que las complicaciones sucedan con poca frecuencia, aspecto relacionado tanto con una adecuada atención del parto, como con un sistema bien armado de atención a la puérpera y el recién nacido. La meta de la partera es que la mujer recupere tanto el bienestar de su estructura ósea, como la homeostasis de los órganos de gestación, y se revitalice, ya que tendrá que volver a sus tareas cotidianas, si es posible, con la misma resistencia que antes.

Una certidumbre insoslayable en los relatos de las curadoras, fue el papel de la partera como promotora de una participación y responsabilidad masculinas, dado que los varones son considerados posibles factores de riesgo, principalmente en relación a las pautas de comportamiento sexual. Si las relaciones coitales no son llevadas con la sensatez prescrita, traerán un embarazo no esperado o complicaciones del estado de salud de la puérpera.

La menopausia es para doña Lol-bé un fenómeno «justo y natural» que no requiere consulta; a una gran múltipara, este evento se presentará a veces antes de los 35 años⁵. Es más, ella misma no sabía qué le podía suceder alrededor de la suspensión definitiva de la menstruación, y como imaginando, comenta: «a mí no me dio nada de comezón, nada de rasquera (de rascar), ni flujo blanco ni amarillo, nada... yo no sabía que eso me iba a pasar, sólo cuando me di cuenta ya no volví a ver mi regla». En general, opina que las mujeres «nunca lo dicen». La ausencia de menstruación es «la muerte de la mujer», la asocia a quedarse «como hombre». En la lengua maya, menopausia se dice *xu'uli ts'o'ok u p'atken in k'oja'an*. Cabe mencionar que para las mujeres del estudio amplio, la menopausia no representó haber vivido problemas físicos y emocionales. Sus parejas no las consideraron por ello, menos mujeres.

Las parteras se reconocieron como agentes de la medicina popular respecto a la salud reproductiva de las mujeres. Promueven la continuidad de

representaciones populares en las que la mujer, su bienestar conyugal, la aceptación al futuro bebé, y contar con insumos mínimos materiales son responsabilidad de una red de relaciones. Hicieron el análisis de su gremio, en cuanto que, en número disminuyen, y que su presencia, dejaba de gozar del prestigio de tiempos pasados; a ello le atribuían no contar con aprendices de oficio, o, si las hubiera, se mantendrían en el anonimato para no ser incorporadas como extensiones de la institución oficial de salud.

Esta pérdida de autonomía es un claro efecto del control médico alópata sobre la medicina popular. Todavía más delicado, fue la falta de incentivo económico que habían dejado de recibir en la última década; circunstancia que las ha llevado a enfrentar una vida en condiciones de pobreza extrema. Sin dinero, prestigio y cuestionadas por las generaciones de parejas más jóvenes, el oficio de partera ha dejado de ser atractivo.

Las parteras que quieran reconocimiento social, tendrán que pasar el filtro de la institución alópata, para plegarse a tareas un tanto antagónicas a ciertos preceptos de su cultura maya. Un primer punto de tensión es que, de haber sido quienes por excelencia atendían el parto, ahora promovían el parto institucional – sólo en caso de complicaciones – no obstante, promover a otro como experto, puede resultar un callado cuestionamiento a la propia práctica. Otra tensión, la experimentaban entre su creencia respecto a la maternidad como don divino, y, tener que ser promotoras de métodos anticonceptivos entre los que sobresale la “ligadura” o salpingoclasia cuando se trata de mujeres que tienen entre cuatro y cinco hijos. Si temían la cesárea porque implicaba cortar el cuerpo, necesariamente les era contradictorio promover dicha cirugía. Lo mismo con los dispositivos intrauterinos (DIU) y las pastillas que las mujeres asocian con la aparición del cáncer según ellas mismas informaron.

Como complicaciones obstétricas que ponen en peligro la vida de la madre y el niño, las dos curadoras identificaron las hemorragias relacionadas con la retención de restos placentarios y los cuadros de eclampsia o “ataques”. Doña Mora mencionó la retención de placenta, y doña Lol-bé el circular de cordón y la placenta previa, complicación que asocia a que no se guarda cierta medida en la frecuencia de las relaciones sexuales una vez avanzado el embarazo. El acobardamiento de la mujer es otro factor que ella identificó como factor predisponente; circunstancia que a veces ha resuelto adoptando actitudes autoritarias.

El aliento, el acrecentamiento de la fe religiosa y del valor personal contra el temor, sumados a la práctica de la “sobada” y la exploración ginecológica,

junto a conducir adecuadamente a la parturienta, son las funciones y al mismo tiempo, las recomendaciones fundamentales de estas curadoras. Las curadoras piden la confianza de las mujeres en sí mismas; en la posibilidad de creer que su cuerpo y su valentía serán las armas que posibilitarán un parto exitoso. Esto es, la confianza en su propia capacidad reproductiva.

Medicina alópata o biomedicina: organicidad y psique en el proceso de embarazo-parto-puerperio

Los médicos entrevistados nacieron en poblados rurales mayas y realizaron sus estudios en la Facultad de medicina de la Universidad autónoma de Yucatán. Al momento del estudio ambos cumplían con el año de servicio social, mismo que corresponde al séptimo y último año de la profesión, y consiste en residir y trabajar durante un año en alguna clínica rural de los servicios oficiales de salud. Posteriormente con la elaboración y defensa de su tesis sobre algún tema médico, recibirán el título de médicos cirujanos. Por consecuencia, las clínicas que son atendidas por este tipo de personal, cambia de médicos cada año, entonces, la población enfrenta la atención de un médico diferente cada vez. Juan de 25 años y Mateo de 24 años de edad, eran casados y residían en la Ciudad de Mérida. Por su edad, resultaron pares de los matrimonios de tercera generación de los grupos familiares del estudio amplio. La enfermera Mari de 52 años de edad, cumplía para ese entonces, diez y siete años de desempeño, de los cuales, los nueve últimos los había laborado en la clínica rural de Kaal-káaj; ella era soltera y residía en la Ciudad de Mérida con su madre y hermano.

A través de las llamadas “fajinas”, contaban con mano de obra de habitantes no derechohabientes, como condición para acceder a la atención médica, quedando de esta manera, inscritos al “sistema de derechohabientes”. Para los médicos la menarca es el inicio de la vida reproductiva, expresada como el establecimiento «inmaduro» de ciclos menstruales «anovulatorios», entre los once y trece años de edad. Para Mari la enfermera, la primera regla en la púber marca el inicio de su vida como mujer. Para ellos, el significado social de este evento, es la capacidad procreativa.

La menstruación para los médicos fue referida como el signo que informa la ausencia de embarazo, y su regularidad en el tiempo es sinónimo de «estabilidad hormonal». La irregularidad menstrual es percibida cuando la mujer enfrentaba la dificultad de concebir, trastorno que deviene de “ciclos anovulatorios”. De manera específica, la menstruación la describen

como la «salida transvaginal del producto del desgarro endometrial que se produce normalmente cada 28 días... existen varias características sobre este sangrado menstrual que pueden variar, como son: cantidad, color y en ocasiones el olor».

El “pasma” y su consecuencia aparece como una representación coincidente entre parteras y médicos. Refirieron que cuando la mujer inicia su menstruación se le ve socialmente como «preparada para la vida... ya que puede embarazarse, empieza a tener responsabilidades en el hogar» de ahí la necesidad de buscarle pareja.

La dismenorrea había sido motivo de consulta en mujeres casadas entre veinte y treinta y seis años; pocas púberes habían acudido, y cuando lo hacían eran acompañadas de su madre o abuela, describiendo dolor en el «tronco de la barriga» y sangrado⁽⁶⁾. El doctor Juan describió que ante este trastorno, las mujeres recurrían a fomentos con paños calientes y a brebajes preparados a base de anís y «hierbas frescas», a utilizar de manera tópica o en brebajes. Reuniendo las explicaciones y descripciones de ambos médicos, la dismenorrea resultó ser un cuadro doloroso del abdomen, debido a la irritación o inflamación de los órganos sexuales internos, específicamente los ovarios, por descargas hormonales que provocan la ovulación por ruptura ovárica, o también por la supresión hormonal, misma que desencadena la menstruación; también, la describen asociada a procesos fisiológicos que impliquen contracción de trompas y útero. En ocasiones, refieren que las mujeres usaban analgésicos de patente.

Los médicos no manejaban la asociación entre el consumo de limón o alimentos “frescos” y la presencia del “pasma”, junto a que tampoco lo describían como síndrome⁽⁷⁾ tal como lo maneja la concepción popular. Para el doctor Juan, eran las mujeres mayores quienes lo referían, argumentando no tener el suficiente conocimiento del mecanismo de acción del limón asociado con la presencia del dolor y alteraciones en el sangrado menstrual, que bien podían ser «creados por la mujer». Describió que en la dismenorrea se suceden «contracciones espásticas de útero y anexos tanto durante la ovulación como durante la menstruación», de tal manera que las mujeres parecen estar utilizando como sinónimos “espasmo” y “pasma”.

La referencia respecto a que son las mujeres de más de veinte años y con vida sexual activa, las que demandan atención por dismenorrea, va de la mano con la información recabada respecto a que las jóvenes púberes y adolescentes resuelven estos problemas en el marco de la red femenina, la madre, la abuela y la partera, cuya respuesta consistió en una serie de

recomendaciones de higiene corporal, pudor y moralidad. Esto respalda la percepción médica de que una gran parte de las jóvenes cuentan con información, pero cabe aclarar, que en estos grupos, la misma es proporcionada por las progenitoras y la partera, no por los profesionales de la salud. Así, mientras que a nivel popular, la dismenorrea es debida a un enfriamiento, a nivel biomédico, son las descargas hormonales las que propician tales malestares. Lo importante será comprender que desde ambas culturas en salud, existe una explicación distinta de un mismo fenómeno, generando diferentes recomendaciones en la atención.

Para el doctor Juan y la enfermera Mari, el embarazo fue un evento natural y obligado de toda pareja, en la medida que evidencia «su nivel reproductivo y crea... estabilidad en la pareja». Para el doctor Mateo, el embarazo «es el mecanismo mediante el cual dentro del útero se gesta, en condiciones normales, durante 9 meses solares o 10 meses lunares el ser humano... producto de la unión de dos gametos, masculino y femenino»; lo describió también como algo «normal en esta comunidad, habitual en las que tienen marido, y últimamente también están habiendo muchas madres solteras». Aunque percibe que la gente no se escandaliza por ello, no se advierte el rechazo o la alegría normales ante el embarazo «legal»; comenta que la gente sólo dice «ella lo buscó».

La enfermera se refería a la dimensión religiosa como condicionante de que la mujer tienda a aceptar cuantos embarazos «Dios les mande», sobre todo cuando son esposas de hombres que se dedican a la pesca; sin embargo, también identificó otro grupo femenino que acude a recibir información sobre planificación familiar, consumiendo «pastillas y tienen hasta sus dispositivos».

Respecto al proceso del embarazo, los médicos mencionaron los «síndromes neurovegetativos» molestos, como las náuseas, mareos y vómitos durante los dos o tres primeros meses, mismos que han identificado en una minoría femenina y se prestan a que la mujer los tome en el sentido que el médico orienta; luego, pueden sucederse una especie de «latidos» a los tres o cuatro meses y que se traducen posteriormente en los «movimientos del bebé» al cuarto o quinto mes de la gestación; la gran mayoría de las mujeres que ellos han atendido en esta comunidad, logran un «embarazo a término».

A un nivel más específico, el inicio del embarazo consiste en «la unión celular de los gametos sexuales en la trompa de Falopio, posteriormente evoluciona en el útero hasta desarrollarse y crecer por espacio de cuarenta semanas, mismas que se dividen en tres trimestres durante los cuales

se realizan los cuidados pertinentes para el desarrollo normal del proco...».

Ante el mismo enunciado, la enfermera hizo referencia a las funciones de enfermería, dedicadas a la vigilancia de signos que puedan estar anunciando una “eclampsia”, tales como «hinchazón de pies cuando son hipertensas». Comentó que actualmente una embarazada que no regresaba a su control prenatal debería ser visitada por el personal de enfermería para saber el motivo, ya que «si se muere o le pasa algo a nosotros nos va mal, nos hacen responsables, sobre todo a las promotoras voluntarias...». Una competencia más del personal de enfermería era investigar si la gestante había recibido la vacuna contra el tétanos, si había recibido el refuerzo y si no, aplicárselo (toxoiide tetánico en dos dosis). Otro programa de interés era el de la vacunación a niños menores de cinco años.

Los médicos enfatizaron los indicadores que guían – la vigilancia durante el embarazo: «las condiciones de la pelvis que debe ser amplia ginecoide y condiciones cervicales, al igual que la adaptación a los cambios fisiológicos de acuerdo al embarazo». Resaltan la importancia de la capacidad del cuerpo para ser receptor y luego parir, misma que puede ser equiparable con la percepción de las curadoras cuando describen un «cuerpo que se abre».

Los médicos saben de creencias que ellos no comparten, «creencias religiosas y culturales» como aquellas que hablan de los «vientos», tomar o no «agua de coco». La importancia de que la mujer cuente con el apoyo de un familiar y en especial del esposo, influye de manera positiva. Perciben la naturalidad, con que socialmente es visto el embarazo, de manera que nunca es motivo de «trauma o maltrato o cambios en las relaciones conyugales»; aunque en ocasiones han tenido referencias de mujeres con malestares que «no pueden dormir con sus maridos... tienen que estar a solas», lo cual, describen que es vivido por el esposo, con el mayor respeto, dada su temporalidad. Consideraron que el embarazo impacta física y psicológicamente a la mujer, a la cual, deberá evitársele cualquier situación que pudiera propiciar un «desequilibrio emocional o físico que puede conducir a un embarazo no deseado, producto desnutrido o complicaciones durante el parto, y también a un parto prematuro».

La enfermera identificó el embarazo como dimensión obligada, idea que condiciona a que los esposos no muestren interés en acordar etapas de abstinencia sexual; por eso, a ellos les resulta molesto cuando las mujeres tratan de convencerlos de lo contrario. Mencionó que cuando las mujeres cursan con el tercer trimestre del embarazo, se les recomienda evitar las relaciones coitales dado que ello implica un riesgo para la madre y el niño.

Los médicos mencionaron que las relaciones sexuales no son un aspecto a tratar durante el control prenatal, a menos que la propia paciente formule alguna pregunta al respecto. Cuando es así, ellos indican tener cuidado con los movimientos bruscos y abstinencia sexual durante las últimas semanas. Este aspecto es mencionado si la gestante interroga al respecto. En este mismo sentido, el doctor Juan hizo referencia a que este aspecto debe «individualizarse», no necesariamente debe prescribirse la abstinencia sexual, sino promover ciertas recomendaciones según la circunstancia del embarazo, y de ahí se derivan: «posiciones, higiene y tipo de relación de pareja». Como percepción refirieron que las mujeres viven sus prácticas sexuales, con temor; junto a «un grado mayor de su tendencia al deseo sexual» y la satisfacción masculina por supuesto, ya que por lo general, se ven obligados a «respetar las condiciones de su esposa».

Como riesgos a la vida de la madre y el hijo, mencionaron la eclampsia y los cuadros hemorrágicos, las distocias de presentación, alguna enfermedad exantemática, alguna infección generalizada, la infección de vías urinarias, la hepatitis, la diabetes, y los antecedentes obstétricos de la mujer. Los tres profesionistas resaltan como más grave, la eclampsia, de ahí la importancia de controlar la tensión arterial durante el embarazo. La enfermera mencionó la epilepsia. Así, el control prenatal tiene como función, detectar factores de riesgo que predispongan a alguna complicación obstétrica.

El embarazo ideal es aquel que se desarrolla en condiciones óptimas medibles en términos o indicadores precisos tales como: «edad entre 20-35 años, antecedentes obstétricos sin complicaciones (preclampsia, eclampsia, hemorragia, cesárea, sufrimiento fetal, nivel socioeconómico y cultural adecuado que favorezcan su estabilidad emocional...»); uno de ellos mencionó la buena nutrición. La estabilidad emocional mencionada fue asociada a la aceptación o deseo del embarazo en adecuadas condiciones materiales de vida y la capacidad técnica del médico para detectar riesgos.

Ambos médicos coincidieron en que un buen embarazo es el que se sustenta en un adecuado control prenatal y el bienestar emocional. Un mal embarazo puede ser producto de un estado emocional negativo debido, por ejemplo, a la falta de aceptación por parte del esposo, lo que puede propiciar «estrés o estado de depresión». Saben que si ocurriera en los primeros meses, puede provocar amenaza de aborto, o si no, conducir a complicaciones al momento del parto. Agregaron la importancia de considerar los «indicadores clínicos» (altura uterina, frecuencia cardíaca fetal, movimientos fetales perceptibles por la madre), y concluyeron que «no existen pará-

metros establecidos para considerar si un embarazo se está llevando como debe ser... puede decirse que todo lo que altere el buen funcionamiento de un embarazo debe ser tomado en cuenta y tratar de corregirse».

La participación masculina durante el embarazo no fue interés del programa institucional del Imss – coinciden los doctores –; sin embargo, creen que es responsabilidad de la pareja, y que sería benéfica la presencia masculina al momento de la atención prenatal. El doctor Juan atribuye la escasa participación masculina a las condiciones socioeconómicas de pobreza que imperan en la población campesino-pesquera, lo que obliga a que los hombres deban estar trabajando, sin poder hacer un espacio para acompañar a sus parejas, y, al propio desinterés institucional. La experiencia les había mostrado que algunas mujeres acudían acompañadas de su pareja masculina, circunstancia que aprovechan para involucrarlos en el proceso educativo que conlleva el control prenatal. En ocasiones los invitaban a escuchar el “latido fetal”, pudiéndose observar el agrado con que el varón responde a tal derecho.

La enfermera Mari identificó la presencia de una sobadora y una partera en la comunidad, y sabe que sus funciones consisten en informarle a la gestante cuándo nacerá su bebé, en “sobar” para saber si la posición del mismo es correcta, promover que acudan con ella cada mes, y que no coman en demasía para evitar un bebé grande que tenga dificultades para nacer. En su relación con la partera, Mari dice: «nosotros les explicamos a las parteras cómo deben de decirle a las enfermas los riesgos que corren, pero no sabemos si lo hacen».

Asimismo, los médicos expresaron su consenso respecto a la “sobada” como el conjunto de cuidados alrededor de los cuales las parteras construyen su control prenatal. Sin embargo, el doctor Juan le atribuyó una trascendencia mínima a esta costumbre, aunque reconoce que juega «un papel muy importante en la estabilidad emocional de la embarazada, generándole tranquilidad y confianza, aspecto que propicia el logro de un embarazo y parto ideales». Juan relató que por lo general las mujeres llegan a su control clínico refiriendo con temor, que las han sobado, y preguntan si ello es bueno o malo; cuando el médico no se contrapone, la embarazada se tranquiliza, si el médico argumenta en contra, la mujer enfrenta entonces, el dilema entre sus costumbres familiares y las indicaciones médicas.

El doctor Mateo refirió no estar muy enterado de las costumbres de atención de las parteras, pero consideró positivo el contacto de la mujer embarazada con la partera, atribuyéndole a dicha relación, la posibilidad del bienestar afectivo de la gestante, así como «acomodar al bebé en posición

adecuada”... así le dicen ellas», aunque, no creía que ello fuera posible. Reconoció la capacidad de las curadoras para detectar una posición inadecuada del bebé, e informar a la mujer de la posibilidad de «que la corten»; sabe que utilizan aceites y que sus maniobras no son traumáticas. Les recomendaría a las parteras no sobar de manera enérgica al final del embarazo ya que ello «influye en el encajamiento y la presentación del bebé». Ambos médicos no se contraponían a la costumbre de la “sobada”, salvo en el tercer trimestre, por considerar que podría influir en el mecanismo del parto, y, si el bebé es de gran tamaño, propiciar complicaciones. Los médicos y la enfermera no habían presenciado una “sobada”.

En relación al parto, los médicos lo refirieron como un evento de la biología y una experiencia que mide su calidad profesional: «un momento crucial entre el inicio de una vida o una vida truncada por complicaciones del mismo...; es una descarga interna que logra una máxima satisfacción al momento de escuchar el llanto del niño; es una experiencia emocionante que implica estrés, responsabilidad, entusiasmo, destreza, capacidad para sortear lo que se pueda presentar durante o posterior al parto, alguna complicación con el bebé, la madre, los familiares... es una experiencia rara, ya que cada parto siendo de la misma mujer es muy distinto uno de otro». Refirió el de una mujer que paría por tercera vez: se le tuvo que atender en la silla del consultorio, con buena colaboración de su parte; el esposo auxilió con el instrumental y los resultados fueron satisfactorios. Considera «normal» aquél parto resuelto por vía vaginal, «procedimiento en el que participan de manera conjunta el médico, la paciente y el producto... la integración de los tres logra que se lleve a cabo de forma satisfactoria, de lo contrario surgiría una complicación que posiblemente terminaría en la interrupción del embarazo por vía abdominal».

Ambos médicos hicieron énfasis en el parto como experiencia médica intensa, en la que se miran como protagonistas fundamentales, ya que de su destreza depende la vida de ambos, – de la madre y de su hijo –, y que la colaboración femenina es la corresponsable de esta eficiencia. Refirieron el alivio y la satisfacción femenina, una vez que se escucha el llanto del recién nacido. La enfermera Mari percibe el parto como una experiencia en la cual su eficiencia técnica es importante para lograr la participación adecuada de la parturienta. Si se trata de «primerizas», deberá fomentarles su colaboración bajo el criterio de que de otra manera «puede tener sufrimiento el nene», en el mismo sentido se les promueve a las multíparas recordándoles que «ya saben qué es». Mencionó a manera de evaluación, que en estos momentos se ha encontrado con mujeres que están «alegres... y otras molestas... porque creen que nada más es ir con una persona, aco-

starse y ya estuvo, que no tiene su consecuencia...». Lo describe también, como una experiencia dolorosa para la mujer, característica que condiciona que un buen número de ellas decidan no volver a embarazarse, aunque con el tiempo, este propósito se olvidará.

Las percepciones corporales mencionadas por ambos médicos, pueden quedar circunscritas a las mismas referencias que la enfermera: contracciones y dilatación del cérvix, que condicionan la altura uterina y el estado de salud del bebé. El doctor Juan describió un parto tipo dividiéndolo en dos fases: una «pasiva, cuando las contracciones uterinas son irregulares, de poca intensidad y duración y la dilatación cervical es de hasta tres a cuatro centímetros»; y una fase «activa, en la que las contracciones uterinas se vuelven cada vez más regulares, de mayor intensidad y mayor duración llegando a tener tres contracciones de treinta y cinco, cuarenta y cinco y cincuenta segundos durante diez minutos, hasta alcanzar la dilatación completa con borramiento del cuello uterino, antes de llegar al periodo expulsivo del parto». Refirieron que en esta «fase de expulsión, en una paciente modelo no debe ser mayor de una y media horas y en la placenta un máximo de media hora, en lo que debe pujar la paciente para el nacimiento. Cuando ya está 'perineando' se realiza la episiotomía media lateral derecha de preferencia, por lo general a todas las primigestas y según sean las multigestas aconsejándose de preferencia a todas. Una vez nacido el producto se espera el alumbramiento que debe ser de 5 a 15 minutos; después, se cuida que no queden restos placentarios».

Lo que no aparece en estas narrativas son: la vivencia femenina ni la función de su naturaleza como paridora natural; parecería que todo va a depender del acto médico, dimensión que le impide a estos profesionales, reconocer que es la mujer y no el médico, la actora primera y definitiva de este momento. Ellos refirieron que será el control prenatal la circunstancia que permitirá a la mujer el logro de un parto ideal, como una experiencia repetida para lograr una concientización de lo importante que es participar positivamente durante el parto. Argumentaron que si la mujer enfrentara un parto «distócico» o difícil, si el desempeño femenino permitiera resultados satisfactorios, los médicos darán mayor reconocimiento al protagonismo femenino. Para la enfermera Mari, el logro de un parto ideal dependerá del buen estado de salud de la mujer y de que en ese momento se le haya instalado un «suero para rehidratarla y poder ponerle cualquier medicamento y la ergonovina para el sangrado».

Cuando hablaron del buen o mal parto, los médicos inicialmente hicieron mención de los factores «médicos, psicológicos y físicos», para luego cen-

trarse en los signos y síntomas referidos a los cambios uterinos, del cérvix, la cantidad del sangrado, la intensidad de las contracciones y sus distocias, la frecuencia cardíaca fetal, y la posición “del producto”. Los factores médicos fueron «aquellos factores que de alguna manera evitan que el médico realice la identificación a tiempo de complicaciones del parto, tratando de prevenirlos», esto aludió a la ineficiencia médica. Los factores psicológicos, atribuidos exclusivamente a circunstancias afectivas de cada mujer, y asociados a una «mala orientación», lo que, como consecuencia propicia una actuación inadecuada y perjudicial. Los físicos, como: «estrechez pélvica... y los referidos a los problemas de dilatación del cérvix». Consideraron que la relación previa «entre médico-paciente influye satisfactoriamente en la colaboración de la madre», además, de esta manera es posible que el médico pueda tomar en cuenta los factores individuales de cada embarazada.

Los médicos y la enfermera identificaron el pudor y vergüenza de la mujer, en ocasiones, el médico hace comentarios o hace evidente su desesperación o impaciencia. Mari dice: «a ellas no les gusta que las vean, se les dice que se les quite la vergüenza y se dejen atender porque se les va ayudar a que tengan a su nene y que eso no va a salir de la clínica». Reconocen este pudor, «principalmente en el momento de la primera valoración, pero cuando el proceso comienza (refiriéndose al parto), el pudor aparentemente desaparece o por lo menos no se siente en el ambiente».

Como complicaciones que ponen en peligro la vida de la madre y el niño, los médicos mencionaron: eclampsia, sufrimiento fetal, placenta previa, retención de restos, retención de placenta, defectos de contracción, de presentación, circular de cordón, hemorragias. Cuando estas complicaciones suceden, a excepción del circular de cordón que en algunas ocasiones puede resolverse dándole reanimación y calor al recién nacido, son casos que se canalizan a instituciones del segundo nivel de atención.

La presencia del esposo al momento del parto fue analizada en primera instancia por los propios médicos, desde el discurso de la institución misma. En términos de la importancia de la asepsia y antisepsia que debe guardarse en la “sala de expulsión”, a los esposos no se les permite más que estar un momento antes que la mujer sea trasladada a este espacio en el que la mujer junto con el médico y la enfermera es vestida con ropa “estéril”. Sin embargo, coinciden en que cuando el cónyuge ha participado en el control prenatal y se muestra interesado en estar presente, uno de ellos lo ha permitido en una ocasión, y cree que la presencia del esposo de manera rutinaria, permitiría que la mujer no se sintiera «sola o abandonada».

da en un momento difícil, dado que puede ser muy prolongado». Piensan que estando el esposo, «se sienten más seguras de la situación».

Estos tres profesionales no sabían de la presencia del esposo en el parto atendido por partera. Describen las funciones de la partera, como “parecidas” a las del médico, y reconocen la confianza que mucha gente en la comunidad le otorga a estas curadoras. La desventaja – el doctor Juan – es que no son capaces de vigilar los signos vitales de la madre y el «producto», y que en ocasiones no cuentan con medidas adecuadas para la atención del parto, refiriéndose a la asepsia rigurosa. El doctor Mateo mencionó que el contacto de las parteras con ellos para tratar las complicaciones que puedan surgir, es una circunstancia positiva junto con la capacitación que reciben desde la institución alópata para identificar dichas complicaciones y canalizar estos casos a la institución biomédica.

La cesárea fue para ambos médicos y la enfermera, el fin del embarazo por vía abdominal ante alguna complicación que amenaza la vida. Su indicación fue motivo de una variedad de eventos mórbidos que la justifican.

Resulta importante analizar el contexto en donde el desempeño de estos profesionales sucede; son pequeñas clínicas de campo con equipamiento básico. El entrenamiento alcanzado les permite la atención de un parto normal; algo más complejo sería riesgoso. Uno de ellos ilustraba que durante el turno nocturno el médico se quedaba sin ayuda, por lo que la responsabilidad asumida era un factor de tensión emocional.

La etapa del puerperio reunió un conjunto de representaciones centradas en el proceso evolutivo del útero y en la función de amamantar. La mujer fue vista como un órgano a observar, y como proveedora de alimento.

Es importante hacer notar que un número importante de las muertes de mujeres en el periodo puerperal ocurren en zonas en las que las mujeres ya no cuentan con las parteras que vigilan los loquios durante el puerperio. Ello debe hacer pensar en el efecto negativo de esta ausencia, la pérdida de expertas en zonas donde no llegan los servicios oficiales de salud, o si están presentes, las mujeres no cuentan con la información suficiente que las haga mirar con un criterio adecuado, un sangrado que no cesa o aumenta en intensidad. Al no tener ellas este referente de alarma, carecen del mismo, los esposos y demás integrantes de las redes sociales de las mujeres.

Un mal puerperio está condicionado por factores médicos referidos a un mal manejo del parto, ilustrado por «desgarros o restos placentarios que conllevan sangrado uterino y loquios fétidos y hasta atonía uterina», y so-

cioculturales como el «miedo» durante el parto, aspecto que puede complicar este momento y luego la etapa del puerperio, en la que se tiene miedo de morir por “sobreparto”.

El doctor Juan sabía que en la comunidad se llamaba «sobreparto», a las complicaciones del puerperio, y que el término hace alusión a loquios fétidos, sangrado abundante, desgarros y retención de restos placentarios.

La abstinencia sexual hasta de tres meses fue referida y apoyada por el doctor Juan como una creencia popular importante en las parejas, ante el riesgo del coito como causa de «sangrado y desgarros». Los “desgarros” fueron también asociados posteriormente con “dispareunia” (relaciones coitales dolorosas).

Los dos médicos comentaron que a la clínica de campo nunca había llegado un caso de puerperio complicado. Evaluaron como ventajosa la atención médica del puerperio, en términos de la prevención de complicaciones que pueden ser causa de muerte materna. Para Mari, esta etapa representaba el momento de promover la instalación del “dispositivo”; comentó que por lo general las mujeres durante esta promoción «no dicen nada, nada más te oyen y si el marido dice que sí...».

Existe una total correspondencia entre la práctica biomédica y la popular, respecto a la importancia de vigilar que la mujer no sufra complicaciones que pongan en entredicho su salud, su vida y su capacidad de amamantar. Sin embargo, resalta la ausencia de un programa institucional que sustente tal interés, a diferencia de la medicina popular que cuenta con un sistema de representaciones que involucra toda una red de relaciones sociales. Así, aunque los conocimientos médicos poseen la certeza de su científicidad, queda la responsabilidad del cuidado materno en manos de la red femenina, que provee de medidas preventivas y reparadoras del daño. Los médicos no sabían que en la comunidad, la participación de los esposos en esta etapa, es fundamental.

Para la enfermera Mari, la suspensión definitiva de los períodos menstruales o menopausia, son tomados por las mujeres como algo «natural», explicado por el «cansancio del cuerpo». El doctor Juan, condicionado por los comentarios principalmente de los maridos, sabía de la creencia femenina respecto a que «se deja de ser mujer», lo que genera además, problemas conyugales. De ahí que considerara que la comprensión por parte de la pareja masculina es definitiva en el apoyo que la mujer debe recibir. Los médicos describieron uno o dos casos al mes, de mujeres que acudían por trastornos premenopáusicos, no por la suspensión definitiva de la menstruación. Dichos trastornos estaban centrados en manchas intermenstrua-

les, sangrado excesivo, retrasos, así como por irritabilidad, depresión y hasta agresividad; las mujeres demandaban sus «vitaminas» y agregaban: «si son pinchadas, mejor (inyectables)».

La clara descripción de las representaciones corporales y afectivas que ambos médicos manejaban fueron una herramienta diagnóstica importante; sin embargo, las referencias femeninas y masculinas indicaban que la menopausia era percibida como signo que informa que la capacidad reproductiva llegó a su fin, ello sin mayores trastornos en la esfera afectiva, ya que «desde la experiencia clínica en esta comunidad», las mujeres lo asumían como un evento natural de la vida femenina, postura que les permitía sobrellevar y hasta menospreciar trastornos que iban más allá de lo orgánico.

En términos de calidad humana, los médicos parecían tener una postura más considerada que la enfermera, al momento de la atención de las mujeres. La enfermera preocupada por un desempeño técnico, y su menosprecio para con el saber popular, aunque mujer tiende a asumir una postura más racional y fría con sus pares, en lugar de ser solidaria y empática.

Los médicos fueron capaces de percibir la disposición de los esposos para presenciar y hasta participar en el embarazo y el parto; la enfermera no coincidió con ellos. Ellos defendieron igual que la partera, la importancia de que la presencia de los hombres ayudaría en gran medida a las mujeres, en su desempeño a la hora del parto. Reconocieron que aunque el deseo del varón puede influir en la decisión de la mujer al momento de decidir quién le atenderá el parto, identificaron que son ellas quienes tienen la última palabra. Aspecto que también las parteras asumen como tal.

El temor a las complicaciones, orientó en gran medida las recomendaciones en ambos saberes. Son los objetivos intermedios los que establecen diferencias substanciales entre ambas formas de atención. Veamos si en el apartado siguiente es posible distinguirlas.

Tercera parte: los contrastes entre cultura popular y cultura médica en la atención del proceso de embarazo/parto/puerperio

El bienestar afectivo de las mujeres, eje central alrededor del cual, parteras y sobadoras construyen su sistema de atención, se concreta a través del ritual de ayuda cultural alrededor del cual se organiza la atención a la demanda femenina. La mujer será una buena gestante, una buena parturienta y una buena puérpera si enfrenta con esmero y valentía cada mo-

mento. Ello dependerá de cómo transcurrió su vida desde el momento del inicio de la gestación, de si su esposo le cumplió sus deseos, le evitó disgustos, la llevó a sobar, procuró contara con una alimentación adecuada, estuvo pendiente del inicio de su parto, la ayudó durante el mismo y luego en las tareas domésticas durante los primeros ocho a quince primeros días del puerperio, y, si supo cumplir pacientemente los días de abstinencia sexual, como los aspectos más importantes.

Esta construcción popular habla de un compartir el proceso reproductivo. Si bien la biomedicina y la cultura en general, han hecho de la reproducción un proceso que refiere al cuerpo de las mujeres, la cultura a través de las parteras, ilustra el papel del varón como protagónico. Del varón y su desempeño dependerá en gran medida dicho bienestar, cuyo significado social refiere a una interrelación indispensable para que la mujer enfrente dicho proceso. El varón es el otro cuerpo que dará de sí para que el cuerpo femenino albergue durante nueve meses al nuevo integrante. Testimonio de cuerpos sanos, de “sangre fuerte”. Este hecho otorgará mayor valía a la mujer, quien se hará merecedora de mayores atenciones por parte del marido y demás actores participantes.

El inicio de la madurez biológica aparece como algo que se resuelve de manera predominante entre la red femenina; sin embargo, la partera es una figura que certifica si se trata de la primera menstruación o menarca, y ayuda a las madres como proveedora de información y significados sociales que las púberes deberán incorporar a su saber. El “pasma” y su clasificación es para las curadoras y el hierbero, un síndrome que involucra conocimientos que aportan una semiología clínica, junto a prácticas especializadas en herbolaria. Este trastorno es motivo de demanda femenina, junto con las recomendaciones anticonceptivas de las que no aceptó hacer mayor alusión nuestra informante. El “pasma”, junto con el “sobreparto”, son síndromes culturales que imbrican procesos bio-sociales en los que el proceso de salud/enfermedad/atención puede ser visto como una construcción en la que cuerpo, naturaleza y sociedad se integran de manera armónica.

La maternidad es para las parteras una función primordial de la mujer, destinada por Dios. Es esta función en sí misma que permite contar con beneficios de todo tipo, especialmente del esposo comprometido moralmente con ella. La partera es la actora que reproduce y transmite las representaciones sociales alrededor de la maternidad, los derechos y obligaciones femeninas y masculinas respecto a la reproducción. Las continuidades y discontinuidades culturales tienen que ver con lo que ella promueve. Así como el inicio de la madurez biológica y la etapa puerperal son patrimo-

nio de la red femenina, el embarazo y el parto los comparte con la biomedicina ante el reconocimiento de la eficiencia técnica de estos profesionales para resolver complicaciones obstétricas y perinatales a nivel de lo medicamentoso y de lo quirúrgico, como es la operación cesárea.

La partera es también una consejera de la relación entre hombres y mujeres: recomienda que el embarazo no suceda antes del matrimonio, ya que este ritual garantiza que el hombre se haya preparado como proveedor. Respecto a la relación conyugal durante el embarazo, promueve el derecho femenino a demandar atenciones y afecto, y el derecho masculino de ejercer la paternidad desde la residencia en útero. Si no son satisfechos los «deseos», o la mujer sufre disgustos, ello «pasará al bebé» ocasionando que pueda nacer enfermo, nacer prematuramente, o ser abortado.

Así como la partera maneja representaciones que contraindican las relaciones sexuales durante la menstruación, por considerar que son días fértiles, así también recomienda la abstinencia sexual al final del embarazo y durante el período puerperal. Restricción que previene riesgos enunciados como temores genéticos, de higiene y protección a la salud femenina durante el embarazo, y como reguladores de la fecundidad.

Al momento de la “sobada” las curadoras proveen de información, reconfortan y recomiendan conductas a seguir. Asimismo, auscultan, diagnostican la posición del bebé, y la buena o mala evolución del embarazo. Durante el parto organizan un escenario en el que los distintos actores tendrán funciones específicas. La eficiencia técnica tiene relación con el ambiente en el que la invocación divina está presente; el esposo como el ser más cercano y necesitado después de la partera, y la suegra o la madre que cocinan, vigilan a los demás niños y rezan, son aquellos elementos que alimentarán el valor femenino.

La parturienta tiene el derecho a seleccionar el lugar y cuantas posiciones quiera probar al momento del período expulsivo. Puede pararse, caminar o sentarse cuantas veces ello implique un intento por aminorar su malestar. Puede preguntar, hablar, llorar, siempre y cuando responda a la conducción de la partera. La partera tiene la capacidad para diagnosticar la altura de la presentación, así como el rango de dilatación del cuello del útero. Ante un parto tardado, la mujer es quien decide si se toma un tiempo más, o ya no puede seguir adelante, circunstancia que la partera tomará como definitiva para canalizar la atención a nivel institucional. El valor como factor que salvará a la mujer de acobardarse y sufrir distocias y “ataques”, va en relación directa con evitar «un cuerpo cortado» (cesárea), ya que le provoca una segunda “llaga” y prolonga la recuperación.

Las curadoras conocen la superioridad técnica de los médicos, teniendo como ejemplo de ello, la operación cesárea que salva vidas de mujeres y niños. Al mismo tiempo que identifican la incredulidad por parte de este personal, respecto a la medicina que ellas practican. Algunos ejemplos fueron: no saber sobar para evitar la cesárea, y la cura del “sobreparto” con su «medicina caliente». Aunado a ello, saben que la gente de la comunidad demandaba con cada vez mayor frecuencia, la atención de los médicos en el proceso de embarazo-parto, ante lo cual, pronosticaron mayor número de cesáreas y “sobrepartos”, debido a que los médicos no sabrán dar recomendaciones, ni cuidar y vigilar a la manera de las parteras.

La partera evaluó como positiva la atención médica, y estableció diferencias cualitativas entre los dos modelos de atención. En el modelo popular, el bienestar afectivo es el garante del proceso, pues la mujer convencida, lucha por su vida y la de su hijo; en el biomédico, predomina la eficiencia técnica de los médicos, de la que parece depender casi todo.

En el período puerperal, la partera efectúa un seguimiento estrecho de los loquios, de la producción láctea y del amamantamiento del bebé junto con la cicatrización del ombligo. El encierro, los baños, la alimentación especial, la sobada y la amarrada son las prácticas en las que se apoya para prevenir el “sobreparto”.

Es claro que el saber de los médicos está construido sobre representaciones sistematizadas y de alta complejidad técnica-conceptual, dada su referencia a la anatomía y fisiopatología de los procesos relacionados con cada momento o etapa de los procesos reproductivos, y, conforma un cuerpo especializado del conocimiento científico. En la relación de consulta que establecen las mujeres y sus esposos con los médicos, la función diagnóstica domina dicho quehacer, para derivar a una práctica de atención. Así, si se trata de una mujer que acude a su control de embarazo, los médicos poseen una metodología de trabajo que impone una rutina a seguir, orientada a la búsqueda de la alteración, que pueda provocar un trastorno, o informar claramente de algún padecimiento. Es la alteración anatomofisiológica la que rige la atención del médico respecto a sus pacientes. Solamente si la mujer o su esposo solicitan atención hacia otra esfera, como la afectiva y la social, el médico abrirá un espacio diferente en su proceso de auscultación, diagnóstico y tratamiento. Esta postura es una ausencia metodológica.

El cuerpo femenino es visto desde su comportamiento fisiológico, el cual está basado en estándares clínicos en los que signos vitales, altura uterina y frecuencia del latido fetal durante el embarazo, por ejemplo, son indica-

dores de qué tan bien marcha el proceso. Esta predisposición hacia lo orgánico está cifrada en la responsabilidad que siente el médico respecto a la importancia de una evolución normal de las etapas del proceso reproductivo en cada paciente. Si esta eficiencia se descuidara, el riesgo de que la mujer pudiera sufrir alguna complicación que ponga en peligro su vida y la de su hijo o hija, impacta de manera importante esta alerta permanente del personal médico.

Por ende el médico vive con tensión cada acto clínico, está predispuesto a observar a su paciente, de manera cosificada, es decir, el bebé dentro del útero durante el embarazo; los signos y síntomas que le indican si el proceso de parto está desarrollándose satisfactoriamente a fin de no perder de vista algún otro signo de alarma; la involución del útero durante el puerperio, como los ejes alrededor de los cuales los médicos construyen la relación médico-paciente. La enfermera en su desempeño tecnificado, sólo puede distinguir como importante su propio desempeño. Difícilmente ella ha podido desempeñar una función más cercana a la realidad de las mujeres que acuden en demanda de atención.

Los médicos son expertos conocedores de cuanta complicación pueda suceder en cada momento o etapa, y las medidas de atención urgentes contrastan con el poco espacio que esta carga eficientista le deja. Este posicionamiento les impide representarse a la mujer más allá de un cuerpo proclive a la gestación, o que ha perdido tal función, aunque su discurso haga siempre mención de la esfera psicoafectiva. El personal de salud, sean médicos o enfermeras no exploran las representaciones que la mujer maneja respecto a su cuerpo, sus afectos, su relación conyugal, su sexualidad, sus temores, angustias y ansiedades, sus ilusiones, la importancia que para ellas y ellos adquiere la red de apoyo; los espacios para recibir al recién nacido, las posibilidades alimenticias, dejando de reconocer que en su conjunto, estas dimensiones de la vida cotidiana, influyen en el proceso reproductivo.

Sin embargo, en la narrativa de los médicos pudo observarse que reconocen la existencia de representaciones populares para con las que nunca mostraron una franca oposición o rechazo, y sí condescendencia; una postura conciliatoria y respetuosa. Ello tal vez, pueda deberse a que el médico reconoce que también ha heredado representaciones de su grupo familiar, que no coinciden a las de su acervo biomédico, de ahí el lugar que pueda permitirse hacer para con las representaciones de los y las usuarias de los servicios.

Esta dimensión que se filtra entre representaciones biomédicas, podrá estudiarse a futuro, investigando si el ejercicio de la profesión les impone a los

médicos y demás personal de salud una ideología que irrumpe la riqueza de los contenidos recibidos en el seno del grupo familiar. Si existiera el reconocimiento al saber de los otros, la mirada médica lograría una visión más integral de los procesos y actores de la salud/enfermedad. Un ejemplo es la menopausia; la narrativa de signos y síntomas no fue aplicable a la población femenina a la que atienden. Es claro que el personal de salud conoce el proceso reproductivo, pero, desde un lente que limita su interacción con los grupos humanos, y una mejor apreciación de los procesos de relación humana involucrados.

La narrativa médica, su investidura, espacios y formas organizativas muestran una cultura ajena a la de los grupos familiares. Los espacios y la imagen aséptica del médico y de la enfermera, sus representaciones técnicas, evidencian una visión biológica de manera preponderante. La vida de la mujer en su relación de pareja, así como sus hijos, familiares y vecinos, no forma parte del historial que el médico recoge; como si la vida en sociedad no influyera en el proceso de salud/enfermedad/atención. El saber popular integra el proceso reproductivo femenino como un proceso socio-cultural, lo hace ante sus carencias tecnológicas. La cultura médica vigila la vida, lucha contra la muerte y se olvida de que las mujeres no sólo enfrentan un cuerpo en constantes transformaciones, sino que dicho proceso va ligado a implicaciones sociales determinantes.

La relación de los médicos con los grupos familiares no existe en el sentido estricto del término. Se relacionan con la persona que demanda atención hacia algún órgano en particular, sin reconocer que cada paciente en sí mismo, es una construcción social. A través de la mujer que consulta, se hacen presentes las percepciones y entendimientos de varios grupos familiares por el que demandan atención, y que distan de sus contenidos biomédicos. Los médicos parten de que su saber, por ser “científico”, no requiere de conocer el saber de los otros, perdiendo de vista que en la concepción del síntoma más sencillo, la interpretación del otro influye en la vivencia de la enfermedad.

Si el contexto económico, político y social desplaza el saber popular, en cuanto al método para atender la salud-enfermedad, la construcción de los grupos familiares en relación a este proceso, no es importante. Cómo lograr las pretensiones de una medicina integral desde la biomedicina, si la salud-enfermedad de las mujeres es vista y atendida desde una posición de poder en cuanto a saber, aislando a las mujeres de las circunstancias de su contexto y de los actores con ellas involucrados. La práctica médica deberá reconocer que se limita a la función técnica de disminuir las muer-

tes maternas e infantiles, no pudiendo atender la reproducción humana como proceso en el que la biología es la dimensión en la que se concreta la diversidad de factores de la realidad social.

Solamente el reconocimiento de cada saber, fundamentalmente, del biomédico al popular hará posible que puedan darse servicios de atención más empáticos, más humanos, y que la formación de parteras como patrimonio cultural continúe en el tiempo, en los términos de la propia medicina maya. Los estudios de esta naturaleza no buscan evaluar la asertividad o no de las representaciones populares, sino restituirlas al saber del que forman parte.

Notas

⁽¹⁾ Méndez, García y Cervera realizaron un estudio estadístico sobre las muertes infantiles en los tres estados de la Península de Yucatán: Campeche, Yucatán y Quintana Roo, asociados a niveles de marginación, en el periodo de 1990-2000, encontrando una desigual distribución entre los municipios seleccionados por cada estado. Lo notable es que si bien a nivel nacional y estatal, los datos informan de una disminución de estos fallecimientos, el estudio de las autoras evidencia que analizando estos valores a nivel municipal, la mortalidad infantil se agravó en la península de Yucatán. Destacan en este sentido, algunos municipios ubicados en la costa y en la ex-zona *henequenera* (MÉNDEZ R. M. - GARCÍA. A. - CERVERA D. 2004).

⁽²⁾ “La Interculturalidad en salud puede definirse, como la capacidad de moverse entre los distintos conceptos de salud y enfermedad, los distintos conceptos de vida y muerte, los distintos conceptos de cuerpo biológico, social y relacional (...) en el plano operacional se entiende la interculturalidad como potenciar lo común entre el sistema médico occidental y el sistema médico indígena (...) respetando y manteniendo la diversidad (...)” (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 1997). Esfuerzos de autores como Gonzalo Solís (SOLÍS G. 2003), Piñón Lerín (LERÍN P. 2004), Manuel Martín (MARTÍN M. 2008) logran aportes conceptuales y operativos que sirven para una mejor comprensión y aplicación de este enfoque a través de grupos intelectuales y políticos en México.

⁽³⁾ El proceso reproductivo femenino (PRF) es conceptualizado en el trabajo de la autora como una categoría de análisis que dinamiza la reproducción como el continuum de eventos y etapas que conforman un todo difícil de escindir; vivido y compartido por mujeres y hombres, motivando variadas formas de interacción en cada grupo social. Esta categoría permite aprehender la relación entre factores biológicos y socioculturales de manera que las representaciones y significados sociales de las mujeres y sus parejas heterosexuales, así como demás actores fundamentales que intervienen en este proceso que inicia con la menarca y la menstruación, para seguir con el embarazo, el parto y el puerperio, y terminar con la menopausia, contempla además, las prácticas de la anticoncepción, el aborto y el infiltrado de la sexualidad, las representaciones y prácticas durante el PRF son influidos por los cambios sociales e ideológicos que impactan a través del tiempo, las formas de entender y atender el proceso de salud-enfermedad-atención.

⁽⁴⁾ La sobada y la amarrada son las prácticas de atención por excelencia de las sobadoras y parteras, en términos de su capacidad diagnóstica y psicoterapéutica, así como de prevención de alteraciones en la posición del bebé.

⁽⁵⁾ Del estudio de (BEYENE Y. 1978) en el que compara las vivencias de la menopausia en mujeres de sociedades no industrializadas: griegas y mayas de Yucatán México, la autora aporta una explicación biológica y social a la edad en la que se presenta este evento en uno y otro grupo

estudiado. Explica que en el grupo de mujeres mayas se da de manera temprana (42 años), mientras que a las griegas (47 años), de ahí su hipótesis respecto a la influencia del ambiente (dieta y actividad física) y el patrón reproductivo. Para las mujeres mayas, su mala alimentación afecta no solamente el crecimiento y desarrollo, sino también el desarrollo hormonal; su matrimonio temprano, sus embarazos consecutivos y los continuos periodos de amenorrea después de los alumbramientos y durante los periodos de lactancia, protegen el cuerpo de la estimulación de estrógenos evitando la presencia de bochornos y de la osteoporosis.

⁽⁶⁾ Se intentaron cuantificar los casos de un año, lo cual no fue posible debido a que este tipo de trastorno quedaba integrado al registro de casos referidos como amenorrea y sangrados disfuncionales.

⁽⁷⁾ Es necesario aclarar que la palabra “síndrome” no la usa la gente como tal, sino que nos referimos a la capacidad de la cultura para elaborar y sistematizar experiencias que se traducen en conocimientos que a la medicina maya le han permitido comprender desde la etiología, sintomatología, una propia fisiopatología, y la respuesta individual y colectiva en la que los significados sociales juegan en el arsenal diagnóstico y terapéutico, logrando una eficiencia cultural. Lo mismo ocurre en la medicina alópata o biomedicina. De ahí que cada medicina presta atención al “itinerario diagnóstico y terapéutico” del enfermo a manera de la búsqueda de modelos explicativos (KLEINMAN A. 1978). Así, es necesario contar con varios niveles de concreción (HERSCH P. - HARO A. 2007) a fin de distinguir desde posicionamientos, grupos, roles, circunstancias lo que involucra dicho itinerario. Esto es, la perspectiva médica clínica (disease) la perspectiva de la persona enferma, sus familiares e integrantes de su red social y su respuesta a los signos y síntomas, e incapacidad o padecimiento (*illness*), así como el malestar (*sickness*) o la manera como se socializa la enfermedad en un contexto dado.

Bibliografía

- AGUIRRE Gonzalo (1986), *Antropología Médica*, Ediciones de la Casa Chata - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- BEYENE Yewoubdar (1989), *From Menarche to Menopause. Reproductive lives of peasant women in two culture*, State University of New York Press, Albany.
- CUNNINGHAM Myrna (2002), *Etnia, cultura y salud: la experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las regiones autónomas de Nicaragua*. www.paho.org/spanish/hdp/hdd/etn/.
- HERSCH Paul - HARO Armando (2007), *¿Epidemiología sociocultural o Antropología Médica? Algunos ejes para un debate interdisciplinar*, Universitat Rovira i Virgili, Conferencia de clausura en el VII Coloquio de REDAM: *Etnografías y técnicas cualitativas en investigación sociosanitaria. Un debate pendiente*, Tarragona.
- JODELET Denise (1989), *Les représentations sociales*, Press Universitaire de France, Francia.
- KLEINMAN Arthur (1978), *Concepts and model for the comparison of medical systems as cultural systems*, “Social, Science and Medecine”, vol. 12, 1978, pp. 85-93.
- LE BRETON David (2002), *Antropología del cuerpo y modernidad*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.
- LERÍN Piñón (2004), *Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta*, “Desacatos”, n. 15-16, 2004, pp. 111-125.
- MARTÍN Manuel (2008), *Multiculturalismo, Interculturalidad y Comunicación*, Ediciones Maldonado Editores del Mayab, México.
- MÉNDEZ ROSA M. - GARCÍA Ana - CERVERA María D. (2004), *Mortalidad Infantil y marginación en la península de Yucatán. Investigaciones geográficas*, “Boletín del Instituto de Geografía Universidad Nacional Autónoma de México”, 2004, pp. 140-163.

- MENÉNDEZ Eduardo (1981), *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, Ediciones de la Casa Chata - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- MENÉNDEZ Eduardo (1990), *Antropología Médica, Orientaciones, Desigualdades y Transacciones*, Ediciones de la Casa Chata - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México (Cuadernos de la Casa Chata, n. 179).
- MENÉNDEZ Eduardo (1996), *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- MENÉNDEZ Eduardo (1997), *El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad*, "Revista Relaciones", vol. XVII, n. 69, invierno 1997, pp. 238-270.
- MENÉNDEZ Eduardo (1998), *Estilos de vida, riesgos y construcción social conceptos similares y significados diferentes*, "Estudios Sociológicos de El Colegio de México", vol. XVI, n. 46, 1998, pp. 37-67.
- OSORIO ROSA M. (2001), *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos y los padecimientos infantiles*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Consejo Nacional para la Cultura y las Artes - Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.
- ORTEGA Judith (1999), *Proceso reproductivo femenino: saberes, géneros y generaciones en una comunidad maya de Yucatán*, Tesis de doctorado en antropología, El Colegio de Michoacán, Zamora, Michoacán, México.
- ORTEGA Judith (2006), *Géneros y generaciones: conducta reproductiva de los mayas de Yucatán*, "Salud Colectiva. Salud y Género", n. 2, 2006, pp. 75-89.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1997), *Memoria del "Primer Encuentro nacional de Salud y Pueblos Indígenas: hacia una Política Nacional Intercultural en Salud"*, Saavedra, Región de la Araucaria, Chile.
- PACHECO Jorge (2007), *Cambio y continuidad sociocultural en la región sur del campo yucateco*, Universidad Autónoma de Yucatán - Ediciones Plaza y Valdés, México.
- QUATTROCCHI Patricia - GUEMEZ Miguel (2007), *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*, Asociación de Investigaciones Etnoantropológicas y sociales de Trieste - Unidad de Ciencias Sociales del Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi" Universidad Autónoma de Yucatán - Unidad Académica de Ciencias Sociales y Humanidades Mérida - Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya del estado de Yucatán - Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Delegación Yucatán, México.
- REDFIELD Robert - PARK Margaret (1940), *Enfermedad y su tratamiento en Dzitáz, Yucatán*, Carnegie Institution, Washington D.C.
- RODRÍGUEZ Elsa - UICAB FRANCISCO - ORTEGA Judith (2003), *Las muertes maternas en Yucatán. Un llamado para Investigación-acción*, "Revista Biomédica", n. 14, 2003, pp. 215-216.
- SOLÍS Gonzalo (2003), *Modelo Intercultural de atención a la salud con los pueblos indígenas de México: una perspectiva de equidad y democracia*, Honorable Cámara de Diputados LVIII Legislatura, México.
- VERDIER Yvonne (1979), *Façons de dire, façons de faire*, Editions Gallimard, Paris.
- YOUNG Allan (1982), *The anthropologies of illness and sickness*, "Annual Review of Anthropology", vol. 11, 1982, pp. 257-285.

Nota sobre la Autora

Judith Ortega Canto: Mexicana, profesora-investigadora del Centro de investigaciones regionales "Dr. Hideyo Noguchi", Unidad de investigaciones biomédicas y Departamento de medicina social y salud pública. Universidad autónoma de Yucatán. Es médica

cirujana egresada de la Universidad autónoma de Yucatán, con maestría en medicina social por la Universidad autónoma metropolitana - Unidad Xochimilco, y doctorada en ciencias sociales por El colegio de Michoacán. Ha dirigido programas universitarios de extensión de cobertura en salud para población en colonias populares; fundadora de la Red regional de estudios de género en el sureste mexicano; socia fundadora de la Sociedad yucateca de historia y filosofía de la Medicina. Ha presidido las propuestas del Museo Universitario de la historia de la medicina en Yucatán, así como del Observatorio de la violencia social y de género para el mismo estado, entre otras obras sociales.

Sus publicaciones se vinculan a los grupos que viven la marginalidad social, evidenciado en un amplio número de productos entre los que sobresalen, su libro *Henequén y salud*, sus artículos sobre *El perfil de salud-enfermedad en internos del centro de readaptación social del estado*, *El perfil social y psicológico de los internos del hospital psiquiátrico del estado*, y el estudio sobre *Leishmaniasis en milperos de Campeche: una experiencia desde la antropología médica*. En relación a sus estudios sobre salud, género y servicios de salud ha generado artículos tales como: La salud reproductiva, su dimensión epidemiológica y sociocultural: estudio de caso en Yucatán; Proceso reproductivo femenino: género, generaciones y actores sociales. Una reflexión desde el contexto yucateco. Género y generaciones: la conducta reproductiva en los Mayas de Yucatán. Su libro en prensa: Género, generaciones y transacciones: reproducción y sexualidad en Mayas de Yucatán. Actualmente desarrolla estudios médico-antropológicos sobre los cánceres en mujeres Mayas. Dirección electrónica: ocanto@uady.mx

Resumen

Miradas entre biomédicos y parteras Mayas: el proceso reproductivo femenino

El artículo refiere a la construcción sociocultural de actores sociales representativos de dos sistemas de salud respecto al proceso de embarazo-parto-puerperio, iniciando con la primera menstruación y terminando con la menopausia. Las representaciones sociales abstraídas del análisis antropológico, ilustran el quehacer de estos actores sociales en términos de sus relaciones interpersonales y grupales, la mirada a las mujeres como cuerpos gestantes o en el alumbramiento, los elementos que sobre autocuidado y prevención son fundamentales, la manera de influir en la actuación de quienes rodean a las mujeres y el peso que se otorga a la vida afectiva y de relación. Las diferencias en el pensamiento entre los terapeutas Mayas y biomédicos, nos trasladan al papel social o tarea que cada medicina tiene. La mirada entre ambos grupos corresponde a la posición de poder de la biomedicina, y a las razones que explican la trascendencia y resistencia de la medicina popular maya.

Riassunto

Incroci di sguardi: bio-medici e levatrici maya intorno al processo riproduttivo femminile

L'articolo affronta la questione della costruzione socioculturale di attori sociali rappresentativi dei due sistemi di salute (biomedico e tradizionale) rispetto al processo di gravidanza-parto-puerperio, dal menarca alla menopausa. Le rappresentazioni sociali emergenti dall'analisi antropologica illustrano l'operato di tali attori nei termini delle loro relazioni interpersonali e di gruppo, la visione delle donne come corpi gestanti o partorienti, gli elementi fondamentali dal punto di vista dell'autocura e della prevenzione, i modi di agire e influenzare le azioni da parte di persone che ruotano alle donne, e il peso conferito alla vita affettiva e relazionale. Le diversità di pensiero fra operatori maya e bio-medici, ci portano a valutare consapevolmente il ruolo sociale di ogni forma di medicina. Lo sguardo incrociato fra i due gruppi riflette la posizione di potere della biomedicina e insieme evidenzia ragioni che spiegano la trascendenza e la resistenza della medicina popolare maya.

Résumé

Surveillées entre biomédecins et des sages-femmes Mayas: le processus reproducteur féminin

Cette étude concerne la construction socioculturelle des acteurs sociaux représentatifs de deux systèmes de santé par rapport au processus de grossesse-accouchement, tout en commençant avec la première menstruation et finissant avec la ménopause. Les représentations sociales dérivées de l'analyse anthropologique montrent les activités de leurs représentants, en ce qui concerne leurs rapports personnels et de groupe, le regard aux femmes comme corps gestants ou accouchants, les composants fondamentaux sur auto-soin et prévention, la façon d'agir de ceux qui entourent les femmes, l'importance consacrée à la vie affective et de relation a fin de préserver la santé. Les différences dans la pensée entre les thérapeutes mayas et les biomédecins nous remontent au rôle social que chaque médecine possède. Le regard entre les deux groupes entraîne la place de pouvoir de la biomédecine et les raisons qui expliquent la continuité et la transcendance de la médecine populaire maya.

Abstract

Crossing glances: bio-physicians and Mayan midwives around the female reproductive process

The paper refers to the socio-cultural construction of representative social actors from two systems of health in relation to the pregnancy-childbirth-puerperium process, that

begins with the first menstruation and finishes with the menopause. The social representations abstracted by the anthropological analysis, illustrates the labor of this social actors in terms of their group and interpersonal relations, the glance to the women like pregnant bodies or in the childbirth, the elements about self care and prevention which are fundamental, the way to influence in the performance by those who surround to the women and the weight that is granted to the affective life and of relation. The different perspectives between the Mayan therapists and those from Biomedicine and their social role or the ways in that they are working must be considered. The analysis of both groups shows the power position of biomedicine, and to the reasons that explain the importance and resistance of the Mayan folk medicine.