

SALUD REPRODUCTIVA E INTERCULTURALIDAD EN EL YUCATÁN DE HOY

Patricia Quattrocchi
Miguel Gúmez Pineda
COORDINADORAS

Los materiales que contiene el presente cuaderno de trabajo son resultado de investigaciones recientes y tienen como propósito contribuir a mejorar la comunicación entre el personal de salud, parteras, pacientes y mujeres en edad reproductiva a través de estrategias educativas y formativas de contenido innovador y propiciar un debate sobre los temas de salud-enfermedad desde un enfoque antropológico e intercultural basado en el diálogo, el respeto y la complementariedad. Aunque se propone como material didáctico para talleres y seminarios dirigidos a estudiantes y trabajadores de la salud, parteras y curanderos, creemos que puede ser de utilidad a especialistas y estudiantes de otras disciplinas y, en general, a todas aquellas personas interesadas en profundizar en el conocimiento de la cultura maya yucateca actual y en las prácticas y saberes relacionados con la salud materno-infantil, el embarazo, el parto y el puerperio.



SALUD REPRODUCTIVA E INTERCULTURALIDAD
EN EL YUCATÁN DE HOY



Patricia Quattrocchi
Miguel Gúmez Pineda
COORDINADORAS

PRÓLOGO

Si una de las necesidades fundamentales de la humanidad es asegurar la continuidad de su especie, ésta debió, desde el inicio de los tiempos, generar los conocimientos, habilidades y capacidades, así como agenciarse de los recursos indispensables que procuren que este tránsito cuente con las mejores condiciones que garanticen la sobrevivencia de los nuevos seres, más allá del simple acto de la procreación y su venida al mundo. Esto es, que a partir de la intervención del hombre para lograr la preñez en las mujeres, se inicia un largo proceso de gestación que culmina con el alumbramiento, sólo para iniciar otra larga y compleja etapa denominada posparto, hasta crear en los nuevos individuos los conocimientos, habilidades y capacidades para sumarse a esta necesidad individual y colectiva de la reproducción de la especie para la permanencia, como un ciclo interminable.

Sin embargo, esto que hemos dicho de un modo tan simple, debió suponer interminables períodos de observación y arriesgados procesos de experimentación sobre los hechos, así como la incorporación paulatina del uso de los recursos naturales disponibles; amén del conocimiento preciso del entorno; de descubrir la influencia de los astros, de los vientos, de los temperamentos humanos y de otros seres vivos; en la concepción, gestación, alumbramiento y posparto, así como todo cuanto se debe o no se debe hacer, como medidas que pueden darle certeza a la continuidad de la especie humana.

Nuestro pueblo maya, como todas las culturas del mundo, generó estos conocimientos y creó a "*los y las especialistas*" capaces de contribuir para que este trance asegure la continuidad de nuestra raza. Cada comunidad, cada grupo o conglomerado, debió contar entre sus filas con las personas capacitadas para atender y garantizar la integridad física de todas las parturientas y las nuevas generaciones.

Esta labor, por fundarse sobre un entorno natural único e insustituible y al ser desarrollado bajo los mismos patrones culturales, creó identidad, por lo tanto, no se puede entender si no entendemos el contexto, los recursos y las condicionantes naturales y sociales, únicas e insustituibles que las generaron.

Mucho de lo anterior se explica en los textos escritos por los autores de los distintos apartados contenidos en este cuaderno.

Su pretensión más importante es contribuir a la divulgación y conocimiento de un componente fundamental de todo un sistema de salud desarrollado por el Pueblo Maya a lo largo de toda su historia y que en la actualidad está siendo desplazado debido a actitudes adversas de otros sectores de la sociedad y de quienes participan en los programas oficiales de salud, sin darle oportunidad de demostrar sus bondades.

Nuestro mayor deseo es que nos demos la oportunidad de conocer este gran aporte a la salud individual y colectiva de los habitantes de esta región del país, para saber valorarla y darle su verdadero lugar en nuestra historia contemporánea.

Feliciano Sánchez Chan

INTRODUCCIÓN

La presencia e interacción de modelos alopáticos y “tradicionales” de atención a la salud reproductiva es una realidad en muchas comunidades indígenas y rurales yucatecas, situación que requiere de una mirada profunda y completa y no solamente médica. El complejo proceso de embarazo-parto no debe ser entendido y tratado sólo en sus aspectos fisiológicos, sino también en sus dimensiones sociales y culturales, indispensables para que la eficacia terapéutica sea integral. Esto significa no solamente considerar las variables demográficas, geográficas y económicas, sino comprender las prácticas, concepciones y valores dentro de un contexto donde se les legitima y explica.

El presente cuaderno de trabajo es subproducto del proyecto de cooperación entre México e Italia *El tiempo de la sobada: prácticas y conocimientos sobre el parto en un pueblo maya de Yucatán* cuyo propósito es contribuir a mejorar la comunicación entre personal de salud, parteras y mujeres en edad reproductiva a través de estrategias educativas y formativas de contenido innovador y propiciar un debate sobre los temas del embarazo y el parto desde el enfoque intercultural basado en el diálogo, el respeto y la complementariedad. El cuaderno –juntamente con el video-documental etnográfico “Sobada: el don de las parteras mayas”, también producido por el Proyecto–, se proponen como materiales didácticos a ser empleados en talleres y seminarios dirigidos a operadores sanitarios (médicos pasantes, trabajadores sociales), parteras y curanderos. Asimismo, creemos que pueden ser de utilidad a especialistas y estudiantes de otras disciplinas y, en general, a todos los interesados en profundizar en el conocimiento de la cultura maya yucateca actual y en las prácticas y saberes relacionados con la salud reproductiva, el embarazo y el parto.

Como se podrá ver, en el Cuaderno se hacen algunos aportes teóricos y metodológicos básicos sobre el enfoque intercultural y antropológico en el terreno de la salud. Incluye materiales surgidos de investigaciones recientes que incorporan datos de campo sobre el papel de los terapeutas de la medicina tradicional y su relación con los médicos alópatas, concepción indígena del cuerpo y su funcionamiento y los distintos tipos de sobadas, entre otros temas que, en conjunto, nos dan una idea del pluralismo

médico existente hoy día y de la práctica de la partería a nivel regional. En los trabajos procuramos utilizar un lenguaje sencillo, sin complejos tecnicismos para facilitar la comprensión de algunos elementos antropológicos. Esperamos haberlo logrado.

La meta es acercar a los lectores no especialistas, sobre todo a estudiantes y personal de salud, a una perspectiva distinta de la epidemiológica-biomédica tradicional.

El primer artículo, escrito por Miguel Güémez Pineda, antropólogo de la Unidad de Ciencias Sociales del Centro de Investigaciones Regionales *Dr. Hideyo Noguchi* de la UADY, es resultado de distintos proyectos de investigación realizados en el Sur del estado de Yucatán y destaca las maneras de pensar y actuar de las parteras y mujeres mayas con relación al ciclo reproductivo; propone a los grupos y profesionales que trabajan para y con ellas nuevas formas de integración y colaboración con los sistemas alopáticos y tradicionales de atención a la salud buscando atenuar las desigualdades sociales en un marco de respeto y solidaridad.

El trabajo de Rosa María Garduza Pino y Enrique Rodríguez Balam, académicos de la Unidad Académica de Ciencias Sociales y Humanidades de la UNAM en Mérida, presenta un acercamiento a la manera en la que, tanto la medicina tradicional como la alópata, se conjugan dentro de un mismo conjunto de saberes a partir de los cuales, las personas echan mano para entender y explicarse el origen de las enfermedades. Introduce aspectos generales que tienen que ver con las “diferentes maneras” de concebir y explicar el proceso de salud-enfermedad-atención. De modo particular se enfocan en las nociones de cuerpo, equilibrio-desequilibrio, enfermedad y curación en la localidad de Kaua.

El tercer artículo escrito por Patrizia Quattrocchi, antropóloga de la Asociación de Investigaciones Etno-Antropológicas y Sociales de Trieste (AREAS) e investigadora la Unidad de Ciencias Biomédicas del Centro de Investigaciones Regionales *Dr. Hideyo Noguchi* de la UADY, trata de la sobada y de cómo esta práctica ha sido refuncionalizada en los discursos de las parteras y de las mujeres de Kaua en un contexto de creciente medicalización del parto. A partir del análisis de los diferentes tipos de sobada, en especial de la prenatal y puerperal, se explica cómo una “simple” manipulación del cuerpo –cuando no una “creencia” sin sentido– puede expresar

significados tan complejos sobre el cuerpo, sobre el género y sobre el parto medicalizado que nunca imaginábamos.

Finalmente se incluye un trabajo realizado por el médico y antropólogo Roberto Campos Navarro, coordinador de investigación del Departamento de Historia y Filosofía de la UNAM, que reflexiona acerca de la importancia de la capacitación intercultural de los trabajadores de la salud y sobre las relaciones que se establecen entre éstos y los pacientes que tienen una cultura diferente.

Anexamos 24 consejos para la elaboración de programas que tengan en cuenta la diversidad cultural, elaborado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), así como una bibliografía de apoyo de utilidad para los cursos y talleres que impartiremos o para aquellas personas con interés en estos temas.

Las fotografías que se incluyen en este Cuaderno fueron tomadas en Kaua durante el 2006 por Erica Barbiani.

PRESENTACIÓN DEL PROYECTO

Como señalamos, *El tiempo de la sobada: prácticas y conocimientos sobre el parto en un pueblo maya de Yucatán* es un proyecto de cooperación internacional con acciones que se desarrollan en México –en la localidad de Kaua y en Mérida, Yucatán– y en Italia. Inició en diciembre de 2005 y concluirá en diciembre de 2007. Se trata de una propuesta de investigación-acción en el ámbito de la salud materna y la asistencia del parto para contribuir a mejorar la comunicación entre el personal de salud, las parteras y las mujeres en edad reproductiva (en México) y los operadores sanitarios y pacientes italianos e inmigrantes (en Italia).

Objetivo educativo-formativo

Por una parte se pretende promover, desde la perspectiva intercultural, un mayor conocimiento y comunicación entre el personal de salud (médicos alópatas y tradicionales) y las mujeres en edad reproductiva. Ampliar los conocimientos del personal de salud, otorgándoles nuevos instrumentos

teóricos y prácticos para que los utilicen en sus relaciones cotidianas con los pacientes de origen indígena (en México) y con los pacientes italianos y con la población inmigrante (en Italia). Por otra, se busca promover la preservación, transmisión y valoración de la cultura sanitaria indígena a través de la creación participativa de un taller etnobotánico de las plantas medicinales en la localidad de Kaua.

Etapas del proyecto

Para el logro de los objetivos del proyecto se programaron las acciones siguientes que, a su vez, corresponden a tres etapas:

Primera etapa: La realización de una investigación antropológica sobre prácticas y conocimientos del embarazo y el parto en una comunidad maya yucateca, que representa la continuación de una investigación realizada por Patrizia Quattrocchi (AREAS) durante los años 2000-2003 y que concluyó con la presentación en 2005 de su tesis doctoral en etnoantropología en la Universidad “La Sapienza” de Roma. La filmación del video-documental etnográfico sobre la sobada (enero-marzo 2006) basado en la investigación anterior, realizado por la antropóloga Vera Elena Tomasini y Erica Barbiani, socióloga visual italiana (Videomante Onlus). La producción y edición final (en formato DVD) concluyó en abril de 2007.

Segunda etapa. La redacción de los trabajos y la edición del cuaderno de trabajo (que usted tiene en sus manos) con materiales afines al tema para emplear en los cursos de actualización se llevó a cabo durante el 2006 y principios de 2007. De manera paralela, en esta etapa se desarrolló un archivo etnográfico sobre plantas medicinales mediante una serie de talleres didácticos con niños de la escuela primaria “Moctezuma” de Kaua sobre el conocimiento y uso plantas medicinales a nivel local. La primera etapa del proyecto (de febrero a mayo de 2006) estuvo a cargo de Rosa María Garduza Pino, y de octubre de 2006 a julio de 2007 a cargo de Chely Torres Ruz, pasantes de antropología de la Facultad de Ciencias Antropológicas de la UADY.

Tercera etapa. En esta etapa de divulgación y sensibilización, se promoverán cursos y talleres durante el 2007 tanto en Yucatán como en Italia

y estarán dirigidos fundamentalmente a tres grupos: 1) a personal médico, paramédico y funcionarios del sector salud; 2) a parteras tradicionales de las distintas regiones del estado de Yucatán; 3) a estudiantes del área de ciencias de la salud (medicina y enfermería) y de ciencias sociales (antropología y sociología). El objetivo principal es introducir temas de salud intercultural e interacción de modelos de atención a la salud en general y la salud reproductiva en particular.

CONSOLIDACIÓN DEL CONSORCIO

El proyecto está siendo apoyado y financiado por la Región Friuli Venezia Giulia, (Italia) y la Provincia de Trieste; con infraestructura, equipo, asesorías y apoyo económico del personal institucional y académico de los participantes de Italia y de Yucatán (México). En Yucatán por la Unidad de Ciencias Sociales (UCS) del Centro de Investigaciones Regionales (CIR) “Dr. Hideyo Noguchi” de la Universidad Autónoma de Yucatán; el Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya del Estado de Yucatán (INDEMAYA); la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) Delegación Yucatán; y la Unidad Académica de Ciencias Sociales y Humanidades de la UNAM en Mérida. La coordinación del trabajo de los participantes mexicanos estuvo a cargo de Miguel Güémez Pineda.

Por la parte de Italia está apoyado por la Asociación de Investigaciones Etno-Antropológicas y Sociales (AREAS) de Trieste; Videomante Onlus de Trieste; el hospital pediátrico y centro de investigación *Burlo Garofolo* de Trieste; la Licenciatura en Medicina y Cirugía de la Universidad de Trieste, Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad de Trieste/ Licenciatura en Obstetricia; Colegio de Obstetricia Profesional de la Provincia de Udine y Pordenone; Asociación Cultural *Togunà* de Trieste; Instituto Superior de Salud de Roma; Escuela Elemental de Arte Obstétrico de Firenze; Centro de Estudios de Americanística *Circolo Amerindiano* de Perugia; Instituto de Sociología de la Universidad de Urbino. La coordinación general del trabajo estuvo a cargo de Patrizia Quattrocchi y Elena Vera Tomasin.

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

En el estado de Yucatán coexisten la biomedicina (medicina oficial y privada) y la medicina indígena o “tradicional”. Durante el ciclo reproductivo la mujer maya hace uso de ambos sistemas de atención a la salud, pues acude tanto con médicos alópatas como con parteras indígenas. El principal obstáculo que impide un adecuado acceso de la población indígena a los servicios oficiales de salud es la mala comunicación que existe entre el personal médico, las parteras y las mujeres en edad reproductiva. Muchas mujeres, por ejemplo, rechazan el parto hospitalario debido a los siguientes factores: el personal médico no conoce ni respeta las prácticas prenatales y postnatales de la población indígena (prácticas alimenticias y del comportamiento, importancia de las sobadas durante el embarazo, disposición de la placenta, cuidados y masajes postnatales). Los médicos no consideran la opinión de las parteras ni de las mujeres sobre determinadas prácticas médicas e intervenciones quirúrgicas: cesáreas innecesarias, episiotomías, inserciones de dispositivos intrauterinos, ligaduras de trompas y administración de fármacos, entre otros. Las embarazadas y parturientas se sienten incómodas cuando son atendidas por médicos varones. Por otra parte, las mujeres preferirían, cuando son monolingües, que el personal médico y enfermeras les hablen maya. Asimismo, se sienten incómodas de dar a la luz en la mesa del parto, en vez de la hamaca.

El contexto

El pueblo de Kaua, donde se llevó a cabo la mayor parte del proyecto, se ubica en la región oriental del estado de Yucatán en una zona considerada de alta concentración indígena (92.07% de población hablante de lengua maya) y cuenta con 2556 habitantes (INEGI, 2005) de los cuales el 52.5% se encuentra ocupado en labores agrícolas y ganaderas. Ahí la oferta terapéutica es de tipo plural: una Unidad Médica Rural del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) donde presta su servicio social un pasante de medicina, una enfermera y dos auxiliares de enfermería; diversos especialistas indígenas: ocho parteras, dos curanderos, un *jmeen* y varios yerbateros. También existe una farmacia que expende medicamentos de patente.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a todos los que apoyaron la realización de este cuaderno: a la Coordinadora de la Unidad de Ciencias Sociales del Centro de Investigaciones Regionales *Dr. Hideyo Noguchi* de la UADY Beatriz Torres Góngora; a Efraín Poot Capetillo (anterior coordinador de la UCS-CIR-UADY) quien apoyó la planeación y ejecución del proyecto desde sus inicios; al Director de la Unidad Académica de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad Nacional Autónoma de México, (UACSHUM), en Mérida, Mario Humberto Ruz; a la directora del Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya del Estado de Yucatán (INDEMAYA) Diana Canto Moreno, así como a Feliciano Sánchez Chan; a la delegada estatal de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) en Yucatán, Patricia Guarneros Marcué y a Lourdes Rivas Gutiérrez, jefa del Departamento de Investigación y Promoción Cultural de la CDI-Yucatán.

Finalmente agradecemos el apoyo incondicional de las parteras y de las mujeres de Kaua que contribuyeron a la realización del proyecto de investigación y a la producción del video-documental; a los maestros, a los directores y a los alumnos de la escuela primaria Moctezuma por brindar las facilidades para realizar los talleres de etnobotánica; y, en general, nuestro reconocimiento a toda la comunidad de Kaua por su apoyo en las distintas etapas del Proyecto.

Para más información y actualizaciones sobre las actividades que el Consorcio lleva a cabo recomendamos consultar la página web: Yucatán, Identidad y Cultura Maya www.mayas.uady.mx y la página de la Asociación de Investigaciones Etno-Antropológicas y Sociales (AREAS): www.areas.fvg.it.

Patrizia Quattrocchi
Miguel Güémez Pineda
Mérida, Yucatán, agosto de 2007



Partería y medicina alopática en Yucatán:
Hacia un modelo intercultural de
atención a la salud reproductiva

Miguel A. Güémez Pineda

INTRODUCCIÓN

Este artículo fue realizado expresamente para los fines didácticos de este cuaderno y constituye una síntesis revisada y actualizada de tres trabajos que sobre el tema he publicado.¹ Por una parte destaca las maneras de pensar y actuar de las parteras y mujeres mayas con relación al ciclo reproductivo, es decir cómo recrean las prácticas en torno al cuerpo, la maternidad, la enfermedad y el dolor; por otra parte propone a los grupos y profesionales que trabajan para y con ellas nuevas formas de integración y colaboración con los sistemas alopáticos y tradicionales de atención a la salud buscando atenuar las desigualdades sociales en un marco de respeto y solidaridad.

Nuestro enfoque privilegia un modelo social de nacimiento en donde el embarazo y el parto son entendidos como eventos eminentemente bioculturales y la ginecología, de manera particular, pueda desempeñar de manera eficaz su papel de apoyo, antes que uno dominante. De hecho, no han sido pocos los investigadores (antropólogos, sociólogos, psicólogos, incluso médicos), que han estudiado las limitaciones del conocimiento obstétrico en cuanto a saber cómo apoyar de manera óptima a la mujer durante el trabajo de parto, debido a que el aparato médico estatal depende considerablemente de intervenciones tecnologizadas cuyos resultados no son comprobables o bien a veces resultan ineficaces en el proceso de embarazo-parto (Murphy, 1999:5). Para el caso yucateco pueden verse los trabajos hechos por Favier, 1984; Jordan, 1993; Richardson, 1995; Good Maust, 1995; Güémez; 1997.

Nuestra perspectiva proviene de la antropología médica y la etnolingüística y se centra en los aspectos bioculturales y lingüísticos del ciclo vital del maya yucateco, aún poco entendidos por los practicantes de los sistemas modernos, biomédicos, alopáticos y/o hegemónicos de salud. Se destacan algunas diferencias entre dos sistemas de salud que han originado choques culturales y barreras lingüísticas y de comunicación que sistemáticamente afectan a las mujeres de los sectores rurales y que son vistos como prejuicios a su modo de ser. Existe, como señalan Arnold y Yapita, una incompreensión mutua en cuanto a las ideas sobre la concepción, el desarrollo del feto, la anatomía del cuerpo humano y del cuerpo espiritual del paciente (1999: 23).

Tanto la historia natural como la social conciben al cuerpo humano y al proceso de salud-enfermedad y atención como campos en permanente transformación y existen claras evidencias de los cambios ocurridos en las prácticas médicas denominadas

¹ “De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar: el proceso de incorporación de las parteras empíricas al sistema institucional de salud” publicado en 1997; “La concepción del cuerpo humano, la maternidad y el dolor (2000); y “De la hegemonía a la subordinación obligatoria: visiones del pasado y el futuro de la partería en Yucatán, México” (2002).

tradicionales (métodos terapéuticos, medicamentos y material de curación). Sin embargo lo que no parece alterarse significativamente son las explicaciones ideológicas que los mayas yucatecos dan a sus padecimientos, a la manera de concebir el cuerpo y su funcionamiento, al dolor y a la muerte, y aunque sus interpretaciones sean variadas, aún corresponden a la lógica de sus valores culturales. Este trabajo constituye una pequeña muestra del vasto saber que los mayas yucatecos poseen en torno al nacimiento y la corporalidad, de suma importancia para aquellos que crean y dirigen las políticas de salud materno infantil en contextos indígenas.

ÁMBITO DE ESTUDIO

La información aquí contenida proviene principalmente de un proyecto de investigación realizado en la comunidad rural de Tzucacab al sur del estado, en el centro de la Península, donde habitan 9,242 personas, la mayoría de los cuales (63.5%) es hablante de lengua indígena (INEGI, 2001). A pesar de la expansión de las prácticas médicas hegemónicas (oficial, privada y farmacológica) estimamos que cerca del 80% de las mujeres de esta localidad son atendidas por la partera o comadrona durante el embarazo y aproximadamente el 40% durante el nacimiento, aunque esta cifra tiende disminuir. En las comisarías y parajes más alejados los porcentajes son más altos (Güémez, 2000). Y, al igual que otras localidades de la región, los curadores locales aún son demandados por los pobladores e interactúan de manera dinámica con los médicos alópatas y el personal de salud: enfermeras y promotores.

Hoy día en la cabecera municipal existe un Centro de Salud de la Secretaría de Salud (SSA) que teóricamente cubre a población rural marginal no contemplada en el IMSS o ISSSTE; una Unidad Médica de Hospitalización del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que atiende a población asegurada y derechohabiente y tres consultorios médicos privados. La atención médica de segundo nivel se ofrece en el Hospital Regional del IMSS-Oportunidades en la localidad de Oxkutzcab, situada a 45 kms. de Tzucacab. Asimismo, existen diez parteras activas: ocho controladas por el sector salud y dos independientes (un partero y una partera), dos reconocidos sobadores y tres curanderos. Uno de estos últimos es el responsable del Centro Local de Desarrollo de la Medicina Indígena Maya, dependiente del Consejo Regional “Jacinto Pat” de la Organización de Médicos Indígenas Mayas de la Península de Yucatán (OMIMPY).

“ENFERMEDAD” Y CICLO REPRODUCTIVO

Hasta hace algunos años los embarazos de las mujeres mayas se sucedían con intervalos intergenésicos cortos. Existían –y aún existen– mujeres que “no veían su regla” por muchos años, es decir que gran parte de su vida transitaba entre el embarazo, el puerperio y la lactancia. Conocimos mujeres que durante su vida reproductiva tuvieron experiencias diversas: partos normales, autoatendidos o con la ayuda de la partera; abortos accidentales y complicaciones puerperales; cesáreas y/o que ahora utilizan un dispositivo intrauterino o están ligadas.

Las formas de enfrentar el embarazo y el parto varían según la historia, el contexto socioeconómico y la ubicación geográfica. En el campo solas, con la ayuda de otra mujer, del esposo, de la partera y/o del médico. Si profundizamos en el estudio del embarazo y del nacimiento en las comunidades indígenas, es posible concluir que se está en presencia de un tema de amplio dominio popular, lleno de connotaciones de diverso tipo, pero especificado y coherente.

Algunos de los riesgos y complicaciones percibidos por la población durante el embarazo y el parto en la zona de estudio fueron, desde aquellos denominados

factores biomédicos, condicionados por los antecedentes biológicos, hereditarios, que privilegia la práctica médica: estrechez, hemorragias, flujos, amenazas de aborto, preeclampsia, eclampsia, la edad por sí misma como factor de riesgo, placenta previa; determinados riesgos asociados a *factores sociales*: el maltrato, la conducta del varón como factor de riesgo, la desnutrición materna, la debilidad, el trabajo excesivo y los accidentes domésticos, entre otros, hasta aquellos riesgos atribuidos a *factores culturales* como el consumo de determinados alimentos de calidad “fría”, las aves de mal agüero, los sueños y “el mal aire”, entre otros. Es importante señalar que tanto los factores sociales como los culturales son prácticamente secundarizados o ignorados por la medicina alopática y que, sin duda, aumentan la probabilidad de resultados adversos para la madre y/o el niño. (Güemez, 2003).

En décadas pasadas, cuando los índices de mortalidad por parto o por complicaciones puerperales eran altos² era común cuando se aproximaba la fecha del nacimiento que las mujeres dijeran de otras o pensaran de sí mismas: *Ay Dyos, óotsil le xch'úupala' junts'iit yooke' yaan yóok'ol kaab, junts'iit yaan ti' muuknal*. “Ay Dios, pobre mujer, está con un pie aquí en la tierra y con el otro en la tumba”. Esta expresión aún tiene vigencia en algunas comunidades rurales aisladas. El embarazo en sí mismo y la proximidad del parto constituye un riesgo de muerte, es decir para una mujer maya embarazarse puede significar morir, por lo que han construido un conjunto de representaciones y prácticas para enfrentarla. Su saber es dinámico, se transforma y se apropia del saber que la biomedicina ha puesto a su alcance a través de sus representantes, pues resuelve algunos de los problemas de salud que aquejan a la población. Las mujeres y hombres mayas reconocen que las mujeres que morían durante el embarazo o el parto, ahora tienen probabilidades de sobrevivir, sobre todo si los centros de salud están al alcance; en donde, aunque se les violente en sus pudores, les pueden salvar la vida y evitarles largas horas de sufrimiento.

No podemos negar que las circunstancias bajo las cuales se da la reproducción biológica de las mujeres campesinas en el medio rural yucateco, más aún en localidades aisladas, no son siempre las mejores y más apropiadas (bajos ingresos, baja escolaridad, malas condiciones de vivienda, elevada fecundidad, y desnutrición de la madre que pueden provocar complicaciones y bajo peso al nacer, entre otros). Muchas veces, las condiciones del traslado o derivaciones de emergencia se demoran, situación que prolonga la agonía de los enfermos y parturientas que presentan complicaciones.

CICLO REPRODUCTIVO Y USO DE EUFEMISMOS

Las concepciones del cuerpo humano y su funcionamiento se transforman o se van perdiendo. Así, las que Villa Rojas (1980) halló en Yucatán a fines de los años cincuenta no son las que operan hoy día. Para los mayas yucatecos contemporáneos (*maaya wiinko'ob*) el cuerpo o *wiinkil* esta formado por *bak'* o carne, *baak* o hueso y *óol* o energía moral, estado de ánimo, “corazón” no material.³ Los conceptos acerca de los órganos internos son a menudo difusos y en ocasiones rebasan en mucho lo que nosotros inicialmente considerábamos. Una idea arraigada en la población maya yucateca es la idea de la movilidad de los órganos internos del cuerpo, los cuales,

² Según los Servicios de Salud de Yucatán, la tasa de mortalidad materna ha disminuido de 9.5 (por mil nacidos vivos) en 1980 a una de 5.3 para 1995. En el 2004 esta cifra descendió a 3.8 por ciento. Yucatán se ubica actualmente como una entidad con mediana mortalidad materna.

³ La importancia atribuida al “corazón” no material *óol* se percibe en la terminología que cubre los campos de vitalidad, afección, memoria, voluntad, emoción, etc. A raíz de este vocablo se derivan innumerables estados físicos y emocionales: *ki'imak óol*, alegría, regocijo; *yaj óol*, preocupación o depresión; *jáak' óol*, susto o sobresalto; *sa'atal óol*, pérdida de la memoria; *ok'om óol* para denotar tristeza, melancolía; *ma' óol*, desgano, decaimiento; *ko' óol*, excitación; *lep' óol*, ánimo, animación; etcétera.

pueden salirse de su lugar ocasionando diversas molestias y enfermedades por lo que necesitan reposicionarse (Véase Quattrocchi, 2005). Un claro ejemplo de esto es la dislocación del *cirro* o de los órganos de la reproducción que se desencajan después del nacimiento y que requieren ser regresados a su lugar mediante sobadas.

En el ambiente rural yucateco de la actualidad se emplean un conjunto de eufemismos o terminología indirecta para designar los órganos de la reproducción humana, las relaciones sexuales y las diferentes etapas del ciclo reproductivo. Por ejemplo, aunque conocen la terminología para denominar el periodo menstrual (*éemel k'i'ik'el* o “bajada de la sangre”) usan la expresión *ts'o'ok u yéem u k'oja'anil* “ya le bajó la enfermedad” o en su defecto dicen *ts'o'ok u yilik u nook'* “ella ya vio su trapo”. Asimismo en vez de valerse de expresiones que describen lo que en realidad está ocurriendo: *yo'om* (embarazo, embarazada) utilizan *k'oja'an ti' chaampal* “ella está enferma de un niño”. Para la etapa inmediata al nacimiento se emplea la expresión *ts'o'ok u tóojtal u yóol* “ella ya se alivió”, en el sentido de haber adquirido una enfermedad, ideas muy similares a los conceptos europeos. No obstante, aún se conoce y emplea la expresión *sijil* “nacer”. Así, para expresar que un niño está naciendo se dice: *tun sij le paalo'* “está naciendo el niño” o la expresión *tun yaantal u yaal* “está teniendo a su hijo”; si ya nació se dice: *ts'o'ok u sij le paalo'*, pero ya no utilizan el verbo *aalankil* para denominar la acción de parir, sino más bien para calificar a las mujeres parideras *leti'e' x-aalankil* “ella es añera” o “mujer que pare cada año”. Es clara la diferencia que se establece para el proceso nacer-parir: la mujer pare, el niño nace.

Probablemente la condición de estar embarazada, con la suspensión del flujo menstrual y los cambios fisiológicos (presencia de náuseas y vómitos, abultamiento del vientre y de los senos, percepción de movimientos fetales, así como el comienzo de la secreción de leche materna) experimentados por la mujer en las diferentes etapas de la gestación, sea concebido en términos de una “enfermedad”. Pero también podríamos preguntarnos si históricamente las mujeres mayas experimentaban sus embarazos y nacimientos como una suerte de enfermedad como sus contrapartes europeas. Casi podemos afirmar que el uso de dichos eufemismos se deba a influencia occidental, ya que ni las fuentes coloniales y diccionarios mayas reportan las expresiones eufemísticas usadas hoy día, sino otros términos casi en desuso y aplicados casi exclusivamente a los animales. Por ejemplo *yo'om* para denotar el embarazo de un animal hembra *yo'om le peek'a'* “la perra está embarazada”. Sin embargo alguna vez hemos escuchado la expresión *ts'o'ok u yo'omta in páamilia* “mi esposa se embarazó”. Aquí se emplea el término *in páamilia* “mi familia” para referir a la esposa, en vez de la voz maya *in watan* “mi esposa”. Muy común en toda la península yucateca. Es frecuente aún escuchar la expresión maya *ts'o'ok u chiikpajal u nak'* “ya asomó la barriga” para denotar el inicio del embarazo. Por un lado se puede traducir la palabra *nak'* como “barriga” o *chuun nak'* como “tronco de la barriga”; pero el mismo término tiene los significados de “vientre” en el sentido de la ubicación del feto (*la paalo' tu nak' u na' yaan*) y de “estómago”. Es decir, el término maya parece no distinguir la diferencia anatómica entre el sistema digestivo y reproductivo del cuerpo humano.

Las predicciones para determinar el sexo del bebé son frecuentes y universales y son realizadas por las comadronas o por algunas mujeres de la familia. En Yucatán estas predicciones están mayormente relacionadas con las actividades y la apariencia de la embarazada: que la mujer tenga un vientre grande y acentuado; que su vientre se abulte más hacia la derecha que hacia la izquierda. Se piensa en un hijo varón si la barriga de la embarazada es más sobresaliente y es cónica, es decir “de punta”; y en una niña cuando la barriga es chica y redondeada. En algunos lugares se cree que la luna influye en el sexo, etcétera.

Aunque en la actualidad se emplean dichos eufemismos, con connotaciones patológicas, para las mujeres campesinas el embarazo y el nacimiento son eventos que se dan como algo normal y como parte de su cotidianidad. Así, el embarazo no

rompe el esquema de su vida diaria, pues sus labores domésticas y otras actividades laborales no se interrumpen. El parto se da en un ambiente familiar y transcurre sin cambios importantes y muchas asumen el dolor como algo normal, pasajero y como parte inherente de los eventos cíclicos de su vida.

En el contexto del uso de eufemismos resulta pertinente destacar las nociones de privacidad y respeto de la gente maya yucateca. Así cuando se refieren a las partes íntimas del cuerpo humano y las relaciones sexuales emplean términos indirectos y metáforas para salvaguardar el pudor femenino. Dicen, por ejemplo, *u ba'al* "su parte", *u táan* "su frente" para designar a los genitales femeninos en vez de *peel* "vagina" o usan locuciones reflexivas para dar por entendido a qué se refiere: *k'abéet a p'o'kabaj* "Necesitas asearte [los genitales]". En lo que toca al acto sexual, coito o *ts'iis* también emplean un conjunto de metáforas, sobre todo para referirse a las relaciones sexuales extramaritales: *yaan ba'al u yil yéetel*, es decir "tiene algo que ver con él/ella". Algunas personas señalan que "sólo la gente vulgar usa los términos directos".

En la etnoanatomía maya los órganos reproductores reciben una diversidad de nombres, por lo general, metafóricos. Denominan *peel* a la parte externa del aparato reproductor de la mujer. No hemos encontrado en ninguna región de Yucatán, ni en ninguna fuente, vocablos para matriz, ovarios, trompas y útero, se denominan con voces prestadas del español. La placenta (*ibinil*, en maya yucateco colonial) junto con el cordón umbilical (*táab*) se conoce hoy día como *paares*.⁴ Algo similar ocurre con el aparato reproductor masculino: se conocen los órganos externos: *keep* o sus sinónimos *toon* o *xiibil* para denominar al pene y *ye'el keep* para los testículos. Sin embargo se desconocen los órganos internos. Como puede observarse, los órganos de la reproducción humana, los temas referidos a la sexualidad, las partes íntimas del cuerpo, el periodo menstrual, y las diferentes etapas del ciclo reproductivo son referidos con un lenguaje metafórico, sobre todo por las mujeres, a menos que se quiera expresar de una manera vulgar, faltando al pudor. Según Richardson el concepto de vergüenza, literalmente entendido como pudor, determina lo vivido por las mujeres en el dominio de la sexualidad y de todo lo que la atañe. En América Latina tener vergüenza es de importancia capital. Las palabras y el comportamiento deben testimoniar el pudor en todos los niveles y las actividades femeninas están en gran parte influenciadas por la necesidad de conformarse a esta norma (1995:199).

LAS PARTERAS... EXPERTAS LOCALES

En los diferentes momentos históricos el embarazo y el nacimiento han sido atendidos predominantemente por mujeres, es decir por parteras o comadronas. La participación de varones parteros ha sido mínima.

⁴ La voz "paares" se define como "Término anatómico. Masa carnosa y esponjosa, que se forma y congela en vientre de la mujer preñada, de donde nace la cuerda umbilical, por la cual está unida y atada al feto. Se divide en dos partes iguales por cuyo motivo en el uso común de hablar se llaman paares". Diccionario de Autoridades, 1990:116, 286.



Actualmente el rango de especialización de los expertos locales en salud materno infantil son: *xyeet'* o *xyoot'*, términos empleados para denominar a las sobadoras y *jpaats'* para los sobadores que atienden problemas óseos, traumatismos y torceduras. Para la partera se usan las expresiones *x-k'am chaampal* (mujer que recibe al niño) o *x-ilaj k'oja'an* (mujer que atiende a la "enfermas"), expresiones que más bien describen la práctica. Asimismo emplean neologismos como *x-páartera* o *koomadrona* comúnmente empleados en el área mesoamericana. El vocablo *x-alansaj* para denominar a las parteras indígenas perdió vigencia a fines del periodo colonial. Good Maust (1997:21-33) prefiere designarla como "partera yucateca", porque si bien es indudable que la mayoría habla maya y son "mestizas" –en el sentido yucateco de nombrar como mestiza a la mujer maya–, hay un porcentaje significativo de parteras que no habla maya y tampoco se consideran "mestizas". Hablen una, otra o ambas lenguas, todas son yucatecas... aunque en la mayoría de los trabajos antropológicos se hable de la "partera maya".

En el ambiente rural yucateco, incluso en algunas zonas urbanas, pueden existir distintos tipos de parteras: desde aquellas que únicamente atienden los partos que ocurren en el ámbito familiar o vecinal hasta las que han alcanzado un prestigio más allá de su localidad y son solicitadas para atender partos de inmigrantes en grandes ciudades y en la costa. A su vez, pueden tener distintas especializaciones: *partera-curandera* o yerbatera (que cura diversos síndromes de filiación cultural: el mal de ojo, caída de mollera, susto, malos aires); *partera-sobadora* (que aplica sobadas pre y postnatales o para componer el *cirro*); designaciones que aluden a la pluralidad de actividades de un mismo terapeuta. En contraste con esta imagen, los programas de planificación familiar y, en general, el adiestramiento oficial otorgado a las parteras, ha

dado lugar al surgimiento de otros tipos de terapeutas populares: la *partera-pastillera* (que designa a la partera que promueve la planificación familiar y distribuye a las usuarias pastillas anticonceptivas); la *partera-boticaria* (que emplea medicamentos de patente en el proceso curativo); o la *partera-rural*, *partera-adiestrada*, *partera-líder*, etc. adjetivos que aluden al entrenamiento institucional. (Véase Mellado, Zolla y Castañeda, 1989). Para reconocer el trabajo de las parteras, el sector salud instituyó el 18 de junio como el *Día Nacional de la Partera Rural*, fecha en que se llevan a cabo diversas actividades sociales: convivios, sorteos y entrega de reconocimientos. Aunque ha descendido el número de parteras, los Servicios de Salud en Yucatán reportaron en enero de 2006 la existencia de 735 parteras adiestradas en todo el Estado (SSY, 2006).

LA ATENCIÓN TRADICIONAL DEL EMBARAZO O YO'OM

A diferencia de las sociedades urbanas, el embarazo no constituye, por el solo hecho de manifestarse, un motivo de consulta médica, al menos durante los tres primeros meses. El diagnóstico del embarazo se lleva a cabo casi siempre en el ámbito doméstico con la intervención de las mujeres adultas. La partera o el médico solamente lo confirman. La preñez es vista como algo natural, cotidiano, coherente con la lógica de la reproducción que anima la vida alrededor del hombre; además de que gran parte de los cuidados los brinda la medicina doméstica con técnicas y recursos caseros.

Los síntomas y molestias que presentan las embarazadas dependen de la etapa de la gestación. Durante el primer trimestre los problemas más comunes son las náuseas y los vómitos o *xéej*. Luego aparece la hinchazón de los pies (*chuup ook*) y pérdida de apetito e incluso el dolor de cabeza (*chi'ibal pool*), de estómago (*ch'otnak'*), fatiga y somnolencia. No obstante, ninguno de los malestares anteriores, ni el dolor de espalda (*kanpaach*) del que se quejan con frecuencia les impide trabajar, a pesar de las recomendaciones hechas por las parteras. Incluso los dolores de espalda o dolores de cabeza pueden considerarse como inherentes al proceso, a menos que se tornen graves o se agudicen que es cuando demandan la ayuda del médico y/o la partera.

Para aliviar dichos malestares las mujeres acuden con las parteras locales para ser sobadas. La costumbre de sobar o *yeet'* es una práctica terapéutica ancestral muy valorada y de vital importancia para prevenir complicaciones y establecer la posición fetal. Sea que controlen su embarazo o planeen el parto con los médicos institucionales o privados, sean católicas, presbiterianas o mormonas, casi todas las mujeres acuden a la partera prácticamente desde el tercer mes de embarazo. Las mujeres de los estratos medios y altos lo hacen más esporádicamente, pero lo hacen al menos dos veces (Güémez, 1998: 56). Las sobadas se aplican por todo el cuerpo con la finalidad de relajar los músculos, aliviar la incomodidad y los dolores de espalda. En la sesión de masaje, la embarazada se tiende boca arriba sobre un cobertor colocado en el piso con una almohadilla en la nuca y otra en la espalda. Para tallar la espalda, la embarazada se pone boca abajo si está en los primeros meses, pero si está en la etapa final de la gestación se acuesta de lado para que la partera pueda sobar. La partera palpa el vientre para localizar la cabeza del niño y determinar su posición. Si esta posición no es la correcta, con movimientos precisos y firmes y ayudada por ambas manos, trata de desplazarlo mediante un movimiento giratorio en dirección de la posición adecuada. Una partera experta es capaz de subir, mediante sobadas, al niño cuya posición es demasiado baja y causa a la madre presión sobre la vejiga y dificultades para caminar. Es importante señalar que, además del efecto relajador y alivante de la sobada, toda la actuación de la partera, su presencia, discurso y técnica encierran una connotación de tranquilidad, de apoyo y de afecto que contiene una eficacia en términos de disminuir la angustia que el embarazo y la

proximidad del parto encierran, especialmente en las primerizas (Aguirre B., 1980 citado por Módena, 1987:199).

Aunque la mayoría de las mujeres entrevistadas en Tzucacab afirmó sentirse bien después de la sesión de la sobada, de no sentir molestias en el vientre y en la espalda y de estar más relajadas y satisfechas, algunas mujeres jóvenes primerizas opinaron que la sobada es dolorosa, especialmente en los primeros meses. Otras señalaron que lo hacían más “por costumbre” o por insistencia de sus mamás y abuelas.

A fines del embarazo la sobada permite a la comadrona establecer la fecha probable del nacimiento y detectar la posición fetal. La posición adecuada al nacer es de cabeza hacia abajo (*chiinchin pool*), aunque suelen presentarse partos en que el bebé viene sentado (*kulukbaj*); atravesado (*k'atak baj*) o en el que la mano (*k'ab*) o los pies (*ook*) son los primeros en salir aumentando las dificultades. Una partera experimentada de Tzucacab recomienda, en caso de que venga de pie, introducir el dedo índice en el canal vaginal para bajar (acomodar) la barbilla y dar paso a la cabeza. Así, se evita que el bebé se desnude al momento de nacer. En la actualidad, a pesar de las recomendaciones hechas por los médicos, las parteras aún proceden a corregir la posición fetal dentro del útero en la etapa final del embarazo. Algunas parteras controladas por la Secretaría de Salud (SSA), derivan los embarazos y partos considerados de alto riesgo a las unidades médicas para ser atendidas.

La mujer maya cada vez acude con mayor frecuencia al médico para el control de su embarazo, como condición para ser atendida por la partera. En Tzucacab se estima que el 90% de las mujeres recurre al médico durante el embarazo. Este requisito representa un dilema, pues muchas se resisten a enfrentar la consulta y la auscultación médica. El pudor les hace vacilar para recurrir al médico, aunque cada vez más mujeres mayas lo aceptan. Con la comadrona no enfrentan tal incomodidad; pues como mujer, puede palpar y sobar sin sentirse ofendidas. La ruptura de los valores indígenas es real. Hay formas de resistir la atención del embarazo y el parto en el hospital, pero difícilmente se resisten para atenderse de otros padecimientos. Es decir, en la actualidad a muchas les puede inspirar más confianza el parto hospitalario, pero no dejan de recibir atención pre y postnatal por parte de la partera. De hecho, como señalaba Elmendorf (1973), las mujeres no sólo aceptan los cambios sino que los intensifican y un ejemplo es su deseo de poder regular los nacimientos.

Existen un conjunto de prácticas y creencias referidas al embarazo y al nacimiento como el fenómeno de los antojos o deseos de consumir determinados alimentos por parte de la embarazada; las predicciones del sexo del bebé; la influencia que ejercen ciertos fenómenos naturales como los eclipses de sol y de luna. Dichas prácticas son más de carácter preventivo que curativo, dirigidas a que la gestación desemboque en un alumbramiento normal y sin complicaciones. Así, se cree que la insatisfacción de los antojos puede acarrear desgracias a la mujer embarazada: abortos o que el feto nazca muerto con la boca abierta o bien deformidades físicas del bebé. Del mismo modo se cree que el consumo de determinados alimentos puede derivar en partos más complicados y dolorosos. Parecen ser universales los deseos incontenibles de comer algo en todas las mujeres embarazadas. Sin embargo, la tipología de los antojos de la embarazada no siempre es coincidente, también puede tratarse de aborrecimientos tanto de personas como de alimentos, olores, bebidas u otros objetos.

EL NACIMIENTO A DOMICILIO O SÍJIL

Cuando los dolores del parto inician se avisa a la partera. Al llegar a la casa de la mujer pregunta acerca del inicio de las contracciones para determinar el tiempo de nacimiento. Además, realiza el tacto para conocer la dilatación del cuello uterino y estimar el tiempo de dar a luz. Puede, si lo considera necesario, masajear el vientre para estimular a la parturienta. Cuando los dolores arrecian y son más frecuentes, durante el periodo expulsivo, la parturienta se recuesta en la hamaca (*k'áan*) de

manera perpendicular con las piernas encogidas y extendidas en los extremos para apoyar al momento de la expulsión. Muchas veces ayudada por algún adulto de la familia quien la sostiene por la espalda mientras la mujer se sujeta de su nuca para poder pujar. La expresión *tun k'i'inam le chaampala'* que literalmente significa “está doliendo este niño” hace clara referencia al bebé como apoyo que da el dolor, y que la parturienta requiere para el nacimiento. En esta fase la partera trata de incrementar las contracciones con la ayuda de una infusión hecha con la corteza de *pixoy* (*Guazuma ulmifolia*, Lam) y otras yerbas, pues el dolor debe arreciar para facilitar la expulsión.⁵ La comadrona comúnmente utiliza aceite verde caliente como lubricante del conducto vaginal con el fin de que la cabeza haga su aparición. Asimismo, reza y prende velas a algún santo benefactor cristiano, como Santa Rita de Casia, para el buen logro del parto.

La bolsa del líquido amniótico debe reventar espontáneamente como señal de que ya se va a producir el nacimiento. *Ts'o'ok u wáak'al u ja'* dicen las parteras cuando la fuente se rompe. Cuando esto no ocurre, algunas la hacen reventar rasgando la punta de la placenta. El dolor experimentado durante “la coronación” y expulsión del bebé se denomina comúnmente con la expresión *jach yaj u k'i'inam*. Nótese como en este caso se emplea tanto el vocablo *yaj* –genérico de dolor– y *k'i'inam* que significa “latir con dolor”. Se antepone el adjetivo *jach* para denotar la intensidad.

Muchas mujeres mayas piensan que acostadas no pueden parir, pues les resulta más difícil hacer fuerza. Aunque la posición supina en la mesa de parto, con las piernas sostenidas en los porta-muslos, empleada en los hospitales facilita el accionar del médico puede resultar más trabajosa para la parturienta, pues contrarresta la fuerza de gravedad y la obliga a ejercer un esfuerzo mayor para expulsar al niño y es más doloroso. Por el contrario, el nacimiento en la hamaca en posición semi-vertical –comúnmente practicada en Yucatán con la ayuda del esposo– con la partera sentada al frente para recibir a la criatura, permite a la parturienta una amplia libertad de movimiento, ya que puede contorsionarse, pujar y agarrar fuerza de los extremos para el momento de la expulsión.

Aunque con menos frecuencia, también se emplean otras posiciones verticales adoptadas de manera instintiva por la mujer o a petición de la partera: de pie apoyándose de una soga o rebozo amarrado de un *okom*⁶ de la casa, en una silla o en cuclillas. Posiciones que van acompañadas de una distensión progresiva de los tejidos que facilita el parto, pues favorece la apertura de la pelvis, la motilidad del útero y el ensanchamiento del orificio vaginal hasta en un 30 por ciento, aparte de aminorar el dolor. Estas posturas, practicadas eficazmente por indígenas y campesinas en distintas partes del mundo, son consideradas por las comadronas yucatecas como las más adecuadas para facilitar la llegada rápida de la criatura.⁷ No obstante sus beneficios, el parto vertical es ignorado en las facultades de medicina de nuestro continente y pocos médicos lo consideran (Bernardo, 2004: 5).

Las posiciones para dar a luz han sido motivo de controversias entre médicos y parteras. La postura defendida por los médicos desde el siglo XIX era la horizontal, pues consideraban que las otras eran producto de la ignorancia. “Parir en cuclillas era una costumbre deleznable entre las indias del pueblo mexicano y del parto en silla opinaban que era una postura falsa, inconveniente y peligrosa” (Véase Dávalos, 1998:117-147). Controversia que aún continúa entre médicos alópatas y comadronas quienes todavía se resisten a la atención del parto horizontal y otras prácticas sugeridas por los médicos (Véase Güemez, 1997).

⁵ El uso de yerbas con contenido de oxitocina natural ha sido fuertemente cuestionado por el personal de salud en los cursos de capacitación; consideran que sus propiedades útero-evacuantes pueden ocasionar hemorragias y abortos.

⁶ Se refiere a los troncos de madera ahorquetados que soportan la estructura de los techos de las casas de paja en la península yucateca.

⁷ Para ampliar estos aspectos véase el Capítulo 2 “Buscando la forma” en Jordan, 1993.



La presencia y/o participación del esposo durante el nacimiento obedece tanto para testificar el trabajo de la comadrona como para dar apoyo físico y psicológico a su mujer. Su presencia, aunque cada vez menor, no es una cuestión de elección sino un deber y una obligación, pues se considera que no sólo ella debe de hacer todo el trabajo para el nacimiento del hijo. Además es importante que vea cómo sufre su mujer y será más apreciado por la ayuda que proporcionará (Favier, 1984: 249). Aunque algunas parturientas, incluso la misma partera, a veces prefieren que el marido permanezca fuera de la vivienda, pues su presencia puede inhibir los dolores y evitar el nacimiento por vía vaginal. Otras aseguran que esta misma situación experimentan algunas parturientas en el hospital, especialmente ante la presencia del médico varón y sin la compañía de parientes. De hecho, no son pocas las mujeres que durante el trabajo de parto sienten angustia, ansiedad y temor de ser trasladadas a un hospital. El valor que tiene el dolor es altamente estimado y muchas confiesan su temor a que se vaya y tengan que acabar siendo operadas o, al menos, con una episiotomía. N. Vinaver (1998:23), experimentada partera profesional veracruzana, señala a este respecto que:

“... los doctores no esperan que la naturaleza actúe. Ellos intervienen, ponen anestesia, hacen cesáreas y, en el mejor de los casos hacen episiotomías para que todo sea rápido y eficaz. Pareciera que el parto es un mal paso y hay que darlo rápido. Pero no es así, dice que “el dolor [para las parturientas] no es un castigo de Dios, sino la manera de subrayar algo muy importante que te hará crecer como ser humano, como mujer... El dolor de parto es constructivo, va y viene, te da la oportunidad de descansar y dormir entre una y otra contracción. Te prepara, te abre para el hecho. Sin embargo, en la actualidad existen técnicas médicas para evitar el dolor del parto, es decir para bloquear el dolor producido por las contracciones uterinas y la expulsión del bebé y durante el cual la madre es capaz de asistir despierta y sin dolor el nacimiento de su hijo”.

En síntesis, el parto como un evento biológico resulta ser un dolor universalmente sentido, pero como producto social adquiere significados diferentes y formas distintas de asumirlo, según el proceso de socialización por el cual las mujeres hayan pasado desde su infancia. Las mujeres entrevistadas admitieron haber experimentado dolor en el parto, sin embargo, son pocas las que se quejan y gritan aún siendo primerizas. Algunas señalaron que su madre o la suegra les piden que no lo hagan, exaltando la naturalidad del proceso; lo que nos hace suponer que el dolor del parto se concibe como algo inevitable y necesario, por lo que la mujer, si realmente está preparada,

debe ser capaz de soportar los dolores y cooperar con la partera y con su hijo (Quiñones, 1990: 69). Esta educación para el parto, aunque no elimina el dolor, es una manera de controlarlo y de aliviar la tensión y quizá esté también ligada a la idea cristiana de soportar el dolor del parto con nobleza. En la *Biblia*, por ejemplo, Eva fue la responsable del pecado original que ha de pesar hasta el día del juicio final, donde se puede ver cómo este mito bíblico está relacionado con la explicación del dolor del parto (López Sánchez, 1998:135).

Hemos observado cómo la gente del medio rural como Tzucacab aprende estas pautas desde la niñez, así como el conocimiento de la farmacología local y otros remedios relacionados con el parto y el puerperio. A diferencia de los ambientes urbanos, los niños y las niñas del medio rural se socializan de manera más temprana en vista de su futuro rol de madre y esposa en temas vinculados a la concepción, el embarazo, el nacimiento, el posparto y los cuidados del recién nacido. Por lo general en el campo yucateco conviven familias extensas, espacio donde los hijos ven a la madre, tías y vecinas embarazadas. Además como la casa es muchas veces el recinto para las sobadas o para dar a luz, se enteran de lo que ocurre, del trabajo de parto. Aprenden que las mujeres son sobadas para acomodar al bebé y otras pautas culturales sobre el puerperio y la lactancia. Debe subrayarse que las recién casadas, por lo general menores de 20 años, al quedarse a vivir en la casa del esposo, es la suegra la responsable de continuar la transmisión de los conocimientos y experiencias en torno a la gestación y el nacimiento (Máas Collí, 1983: 141).

Las intervenciones quirúrgicas asociadas al parto como la cesárea, la ligadura o salpingotomía, la episiotomía o picadura y las inserciones de DIUs representan dificultades a muchos niveles. En regiones rurales de Yucatán donde las mujeres habían parido sólo con la ayuda de una comadrona, en la actualidad la tasa de cesáreas parece muy elevada. Algunas mujeres de la zona de estudio habían tenido hasta tres cesáreas. En este sentido, en el ambiente rural yucateco de la península se ha incorporado una nueva gama de términos referidos a “las operaciones del hospital” o a los métodos de control natal, algunas veces con su equivalente en maya y otras veces como préstamos del español: *letí'e' tun pláanificar* “ella está planificando”; *ligaarta'abij* “ella fue ligada”; *tu meentaj legraado ti'* “a ella le hicieron legrado”. Debido al incremento paulatino de las intervenciones quirúrgicas practicadas en mujeres de diferentes estratos, es ya común escuchar referir a la cesárea como *xoot nak'* o “corte de la barriga”, *xo'oten*, *ts'o'okole' tu yéele k'i'nam* “me cortaron o me picaron y ahora me duele con ardor”; *xota'abij* “fue cortada” para referir a una intervención quirúrgica; *tu meentaj sesaarea ti'* (le hicieron cesárea). *Yaan u xo'otol u nak' ku p'áatal u jo'sal u chaampal* que literalmente significa “le van a cortar la barriga para sacarle al niño”, etc.

Las operaciones practicadas en la mujer han tenido en los últimos años un marcado crecimiento. En Tzucacab, las tasas de cesáreas se han ido incrementando año con año. Ya desde 1993 la tasa ascendió a 27.7% y la tendencia en los siguientes años es al incremento, cuando la Organización Mundial de la Salud estima que lo “normal” debe fluctuar entre un 10 y 15%. En el 31.1% de los casos se practicó la episiotomía para facilitar el paso del bebé por el canal vaginal;⁸ el 25.8% correspondió a las ligaduras de trompas (OTB) y el 26.7% a las inserciones de dispositivos intrauterinos (DIU). Aunque en mucho menor proporción las vasectomías también van en aumento en Tzucacab. (Güémez, 1998).

LA ATENCIÓN DEL PUERPERIO O CUARENTENA

Como característica general se observa en esta etapa un sentido de protección y consideración hacia la recién parida. Sobre la duración del reposo existe la regla

⁸ Ahora la “picadura” o episiotomía es una indicación médica en los hospitales del sector público que se hace a todas las primerizas.

popular conocida como la “cuarentena” que prescribe un descanso de cuarenta días, aunque en la actualidad, y dependiendo del estado físico de la parturienta, puede ser de 10 días o de menos tiempo si el parto fue normal. Cuando fue por cesárea y existen algunas complicaciones, el reposo puede prolongarse varias semanas. En lengua maya no existe ningún término para denominar esta etapa por lo que emplean el neologismo *kuareentena* (tiempo biológicamente estimado para la involución del organismo materno). En esta etapa, la comadrona cumple también funciones médicas inmediatas al nacimiento como el control de las hemorragias del posparto, la reparación de desgarros perineales; curaciones a las episiotomías y cesáreas; asimismo da consejos a la puérpera para su restablecimiento e inicio de la lactancia y cuidados del recién nacido. La atención de la puérpera queda luego en manos de las mujeres de la familia y, por supuesto, del médico.

La expresión *yaj u yóol* literalmente se entiende como la persona que tiene el “estado de ánimo lastimado” y denota dolor en todo el cuerpo, el vacío doloroso personal como el dolor que experimenta la mujer cuando sufre un aborto (*éemel chaampal*) o la muerte del feto. La expresión *mina’an u yóol, jach t’ona’an* se usa para denominar el desgano vital o el estado de agotamiento físico que se manifiesta en muchas mujeres después de un parto complicado y laborioso.

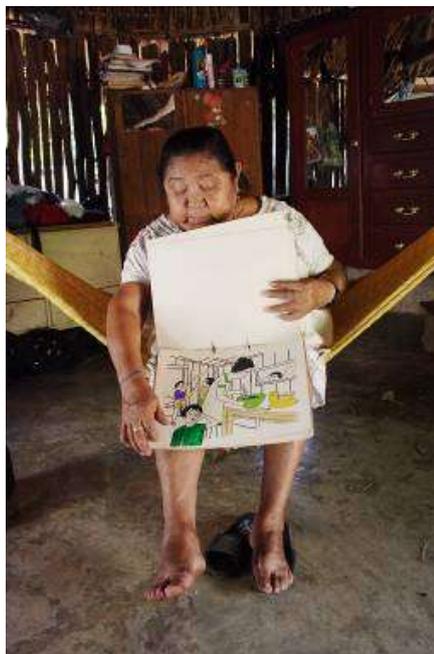
Las parteras emplean una amplia gama de tratamientos adicionales que contribuyen a la recuperación de la madre, incluso para aquellas que dan a luz en los hospitales. Algunas recomiendan a las puérperas el uso de fajas elásticas para coadyuvar a que la matriz alcance su nivel anterior. Una terapia extendida en Yucatán es el *k’axyeeet’* (de *k’ax*, atar, atadura y *yeet’* sobar) que se lleva a cabo a los ocho o diez días después del parto, si fue normal. El *k’axyeeet’* inicia en la frente que, según las parteras, también se abre durante el nacimiento y finaliza en los pies. Consiste en atar vigorosamente con un rebose o sábana por partes el cuerpo de la puérpera, especialmente la región abdominal, con la finalidad de coadyuvar a la involución del organismo materno: reubicar la matriz, cerrar la espalda que se abre por el nacimiento, desinflamar el vientre y aliviar el dolor de espalda (Güémez, 1997:57). Un partero vecinal de Tzucacab opina que también “ayuda a reubicar el útero y los ovarios que bajan durante el embarazo; de lo contrario en el próximo embarazo la mujer puede sentirse mal y evitar el crecimiento del niño”. Cuando la mujer da a luz por cesárea, se espera tres meses y las ataduras se realizan suavemente para evitar lastimar a la mujer. En esta práctica, la partera generalmente solicita la intervención de otra persona adulta para que la ayude a atar el cuerpo de la puérpera con más facilidad. Las diferencias encontradas en el *k’axyeeet’* que las parteras hacen en Tzucacab, en la región sur, y el *k’axyoot’* en Kaua, en el oriente, son mínimas. (Véase Quattrocchi, P. en este mismo cuaderno).

LAS PARTERAS Y LOS CURSOS OFICIALES DE CAPACITACIÓN

Las parteras son las únicas especialistas de la medicina tradicional que han sido convocadas por los servicios oficiales de salud para participar en cursos de capacitación con enfoques biomédicos.⁹ Los demás especialistas (curanderos, yerbateros, *jmeeno’ob*) luchan actualmente por el reconocimiento institucional y legal de su práctica dentro de organizaciones como la OMIMPY (Véase Güémez, 2005). El proceso de capacitación a parteras se ha dirigido principalmente a la promoción, distribución y canalización de nuevas aceptantes de métodos anticonceptivos y, de forma más reciente, a la detección de cáncer cérvico-uterino en los sectores rurales, entre otras funciones. En esas actividades no se ha tenido en cuenta el intercambio real de experiencias con los médicos académicos en lo que se refiere a la atención del

⁹ Actualmente la capacitación de cerca de 1000 parteras indígenas yucatecas está en manos del sector salud: IMSS, IMSS-Oportunidades y la Secretaría de Salud (Güémez, 2002:12).

embarazo, el parto y el puerperio, así como a la detección y el control de las complicaciones más frecuentes en la mujer y el recién nacido.



Aunque la partera yucateca está aún integrada a los patrones ancestrales de vida, va en camino a convertirse en una agente de salud comunitario cada vez más afín al modelo médico

académico y a una de sus políticas más importantes: la del control de la natalidad.

Con la introducción del enfoque de riesgo¹⁰ y con los compromisos “adquiridos” en los cursos de capacitación un porcentaje cada vez mayor de parteras está derivando a las instituciones aquellos embarazos y partos de riesgo quedándoseles únicamente los considerados de “bajo riesgo”.¹¹ El resultado de este enfoque, si bien ha contribuido a la disminución de la morbilidad infantil y materna, el costo social pagado por las comunidades rurales e indígenas ha sido alto, pues se han incrementado sensiblemente las intervenciones quirúrgicas vinculadas al ciclo reproductivo (episiotomías, cesáreas injustificadas, ligaduras de trompas, inserciones de dispositivos intrauterinos y vasectomías). En algunas zonas del estado, se condicionan los apoyos (becas escolares para sus hijos, suplementos alimenticios y otros servicios) a mujeres adscritas a programas de asistencia social como el IMSS-Oportunidades¹² a cambio de realizarse la prueba de papanicolaou, violando sistemáticamente los derechos sexuales y reproductivos de mujeres de origen indígena. Del mismo modo, las parteras, como parte integral de los servicios oficiales de salud, cuentan con muy poca autoridad para denunciar estas prácticas que atentan contra los derechos reproductivos (Güemez, 2000:330).

¹⁰ Este enfoque y su aplicación al cuidado de la salud reproductiva, fue adoptado en México a mediados de los ochenta para sus programas oficiales de salud en los que se incluye a los programas de capacitación a parteras. De acuerdo al sector salud, los factores de riesgo reproductivo (del embarazo) y obstétrico (del parto) más importante se presentan en aquellas mujeres multiparas que comienzan a tener hijos muy jóvenes y hasta edades avanzadas, y que se enfrentan a las secuelas de embarazos, partos y lactancias numerosos y separados por intervalos cortos. (Martínez, 1990: 3-4).

¹¹ La Ley General de Salud establece que los Parteros Empíricos Capacitados no podrán atender los partos y puerperios patológicos, salvo cuando la falta de atención en forma inmediata o el traslado de la enferma a un centro de salud, pongan en peligro la vida de la madre o del producto. De lo contrario deberán canalizarla a un centro de salud, solicitando la prestación de servicios por parte de profesionales de la medicina. (1976: 15-16).

¹² Es un programa federal en el que participan la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Desarrollo Social, y los gobiernos estatales y municipales para el desarrollo humano de la población en pobreza extrema. Brinda apoyos en educación, salud, nutrición e ingreso.



En una relación de ‘resistencia-poder’ la práctica de las parteras empíricas ha sufrido intensas modificaciones. Sus viejos códigos culturales son puestos en entredicho por la biomedicina. Para los médicos alópatas la partera es vista como esa “otra”, un ejemplo de lo que no son. Así, una partera que puede simbolizar prestigio y autoridad en su comunidad puede, al mismo tiempo, ser símbolo de supersticiones y antihigiene para personas de la misma comunidad que pretenden renunciar a un pasado “indígena”. La búsqueda de modernidad y progreso implica el rechazo de símbolos “tradicionales” como la partería, considerada como una costumbre antigua, como algo que se tiene que tolerar en el proceso de modernización, mientras se llega al punto en que la cobertura de servicios de salud y la tecnología en la biomedicina sea total y no se necesite más de las parteras (Good Maust; 1997:19). Mientras tanto, son empleadas en los programas de control natal. En otras palabras, el sector salud ha conseguido “manejarlas en el aspecto materno-infantil” para cumplir las metas de las instituciones de salud y así lograr el control reproductivo de la población rural como un objetivo político prioritario del Estado mexicano. De hecho, algunas parteras de reconocido prestigio en sus comunidades han pasado a ser “promotoras de salud”, como parte de los programas de extensión de cobertura. Situación que ha conducido a un despojo de los contenidos simbólicos y culturales de su práctica. (Véase Güémez, 1997).

También debemos señalar que algunas parteras adiestradas perciben su práctica como más legítima respecto de parteras que, aunque de más edad y experiencia, no cuentan con un diploma o constancia institucional que las acredite. La mayoría tiene más de una constancia de cursos de capacitación, encuentros y otras reuniones promovidas y financiadas por instituciones del gobierno federal como el INI, el IMSS, el IMSS-Solidaridad o la SSA¹³ que guardan con recelo, a tal grado que muchas le confieren un valor equivalente al título profesional que ostentan los médicos académicos. En los últimos años las parteras también han recibido un carnet de identificación que las avala como “parteras rurales”. En otras palabras, el significado atribuido a las constancias estriba en el reconocimiento gubernamental implícito en sus actividades (Véase también Campos, 1996). Esto genera en las parteras una sensación de seguridad y confianza en lo que ellas están haciendo. Se constituye en - un instrumento de poder para muchas, a tal grado que las otras que se resisten a los

¹³ Otras parteras, como medida para legitimar su práctica han optado por afiliarse a organizaciones indígenas como la OMIMPY que opera desde hace más de 15 años en la Península de Yucatán. De hecho la mayoría de los médicos tradicionales que integra esta organización son parteras con distintas especialidades.

curiosos temen ser perseguidas por no estar acreditadas, y abandonan la práctica o la ejercen de manera clandestina mientras tienen demanda. Otras parteras jóvenes capacitadas han aceptado de buen agrado este rol que las exime de la responsabilidad de atender un parto. No obstante, en las zonas urbanas y en poblaciones de la franja costero-henequenera, algunas comadronas han sucumbido ante las presiones de la medicina moderna, limitando su espacio de acción al de sobadora o yerbatera. En estas zonas, la presencia de la partera es cada vez menor, y su papel está tan desvalorizado que les hace desanimar a otras a que se dediquen al oficio.



Cabe señalar que aunque formalmente los funcionarios de salud argumenten que hay respeto a la cultura médica popular existe una evidente contradicción entre lo que plantean, lo que dicen hacer los doctores que lo aplican y lo que realmente sucede en la interacción. Se habla del respeto a las tradiciones: “tratamos de no influir y que no abandonen sus prácticas”, pero en los cursos de capacitación, seminarios y otros eventos, los médicos insisten en la invalidez parcial o total de algunos recursos y tratamientos de las parteras, en vez de construir nuevas y positivas formas de interacción caracterizadas por un acercamiento mutuo (Véase Campos, 1996). En los hechos concretos proponen, mediante la capacitación y adiestramiento, a una “reorientación” en la forma y contenido de su praxis y sus conocimientos. El objetivo implícito es la modificación de sus saberes y prácticas sobre todo cuando los médicos tradicionales están enfrentados al conocimiento considerado como único y verdadero de la ciencia médica occidental.

**CONSIDERACIONES FINALES:
HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN INTERCULTURAL A LA SALUD**

A pesar del desarrollo y expansión de la medicina alopática (oficial y privada), un gran porcentaje de la población rural yucateca –difícil de contabilizar dada la forma en la que se realiza– sigue recurriendo a la medicina doméstica y a los médicos tradicionales como la partera que, a diferencia de los sectores urbanos, son muchas veces la única medicina alternativa con que disponen las comunidades rurales y/o indígenas. En muchos casos los pacientes buscan ayuda bajo condiciones que se adaptan mejor a su entorno social y cultural acudiendo a los especialistas de la medicina tradicional para tratar desórdenes psicosomáticos, síndromes de filiación cultural, el embarazo y el nacimiento, entre otros.

No obstante, consideramos que los saberes populares y de las parteras no han sido bien aprovechados como un puente entre la población y los servicios médicos para llevar a cabo los diversos programas oficiales de salud, es más, históricamente éstas prácticas se han mirado con desdén y como meras supersticiones y, en el mejor de los casos, como saberes empíricos sin sustento científico. Desde fines de los 50's, y dentro de la corriente indigenista, antropólogos como Gonzalo Aguirre Beltrán y Manuel Gamio proponían que, en vez de hostilizar a los curanderos y parteras indígenas, se les atrajera, estudiara y enseñara paulatinamente prácticas sanitarias en sus propios métodos, sin tratar imponerles una ciencia radicalmente extraña. En cierta medida, esta propuesta se formalizó cuando, en 1974, se oficializaron los cursos de capacitación a parteras (dentro del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar con Parteras Rurales) para todo el país con la finalidad de "mejorar su práctica" e integrarlas al sistema de atención primaria de salud, facilitando, así, a las instituciones el acceso a las comunidades rurales y marginadas y la aplicación de sus programas de salud (materno infantil y planificación familiar) a bajo costo (Gallástegui, 1993:122). El problema es que nunca se ha considerado la opinión y experiencia de las parteras en el diseño de los programas que las involucran.

Investigadores como Kelly (1956) ha insistido en que los programas de capacitación en obstetricia deben enfocarse desde un ángulo antropológico, incluyendo como puntos de referencia fundamentales las creencias y las prácticas locales relacionadas con la atención del embarazo, el parto y el puerperio, así como la función que corresponde al especialista o partera de la localidad. Además otros antropólogos (Cosminsky, 1992: y otros) con la finalidad de integrar el saber médico tradicional con los recursos de la medicina alopática han sugerido, desde hace más de tres décadas, la necesidad de estructurar el análisis de las creencias y prácticas referentes a la salud reproductiva u obstétrica de acuerdo a las categorías siguientes: *beneficiosas* (elementos valiosos para la salud en el ambiente local y que se deben fomentar y "adoptar en el campo de la educación para la salud"); *inofensivas* o *neutras* (prácticas que no ejercen un efecto evidente sobre la salud y que pueden ignorarse¹⁴); *perjudiciales* (procedimientos que ejercen efectos nocivos y que, por consiguiente, deben modificarse) e *Inciertas* o *neutras* (prácticas cuyos efectos se desconocen o que pueden ser beneficiosos o perjudiciales) lo que dificulta su clasificación. En el caso de esta última categoría es necesario realizar investigaciones más profundas, pero mientras tanto no hay que oponerse a las prácticas que incluye (Cosminsky, 1992: 140-141). A fines de los noventa la escritora y partera Susan Klein (2000) escribe y publica su obra *Un libro para parteras*, de la serie "Donde no hay doctor", dirigido a trabajadore/as de la salud para mejorar sus habilidades y ayudar a las personas cómo atender partos, especialmente de las personas que viven lejos de los centros de maternidad o en lugares donde es difícil encontrar atención médica. No obstante, estas recomendaciones no han sido seguidas en los programas de capacitación en obstetricia; por el contrario, en la práctica, han sido subestimadas, negadas y rechazadas sin conocer su verdadero contenido.

A principios de 2000, y desde el enfoque intercultural en salud, se busca atenuar las desigualdad social respetando la dignidad de las personas, la recuperación de los valores de los pueblos indios, sus interpretaciones y valoraciones del fenómeno de la salud y la enfermedad. Igualmente pretende modificaciones importantes convocando a que se tomen en cuenta los diferentes aspectos biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales y de género de los pueblos indígenas, así como sus modalidades de organización social, factores todos ellos importantes en el mantenimiento o pérdida de la salud (SSA, Programa Nacional de Salud 2001-2006). Bajo esta perspectiva, las concepciones indígenas en torno a la salud y la enfermedad,

¹⁴ Es importante subrayar que dentro de esta categorización existen algunas prácticas que a pesar de no tener beneficios de acuerdo a los parámetros biomédicos, sí los tienen para los individuos que las practican, como por ejemplo las formas de disponer de la placenta y el muñón umbilical.

así como las prácticas populares de atención y su relación conflictiva, contradictoria y, a veces, de síntesis, con la medicina occidental son objeto de una orientación intercultural en materia de salud (Lerín, 2004:113).

La interculturalidad¹⁵ es un proceso que acontece entre usuarios y prestadores de servicios en zonas indígenas que obliga a plantear estrategias que coadyuven a la modificación de las relaciones negativas entre institución-usuarios, entre saberes y prácticas institucionales y populares de atención. Entonces, la capacitación es una estrategia que implica un ejercicio de profesionalización que reconozca y califique el trabajo, las personas, los grupos y las acciones que desarrollan. Según Lerín (2004), entre las principales razones y motivos por los que es necesario modificar las conductas del personal de salud en el contexto indígena sobresalen: a) El conocimiento técnico de la salud-enfermedad generalmente ignora el contexto sociocultural de la población indígena; b) El personal de salud que trabaja en zonas indígenas mayormente desconoce la conceptualización local del proceso salud-enfermedad, así como de sus prácticas de atención; c) La falta de comunicación, empatía y confianza en la relación médico paciente en zonas indígenas es muy común; d) El personal de salud suele descalificar las prácticas tradicionales y populares de atención a la salud y la enfermedad. (116-117). Desde la perspectiva anterior, los grandes retos de la capacitación intercultural son: a) Que el enfoque intercultural sea incorporado en los programas normales de capacitación del personal de salud destacado en zonas indígenas para el mejoramiento cualitativo de la relación médico-paciente; b) Impulsar la adecuación intercultural de la gestión de los servicios, en lo físico y técnico; c) Que los valores sociales y culturales del proceso salud-enfermedad-atención en contextos pluriétnicos sean reconocidos como potencialmente útiles por el personal de salud; d) Sentar las bases para brindar servicios de salud según las necesidades de los pueblos indígenas para abatir la inequidad en salud y combatir la discriminación; e) Lograr que el enfoque intercultural adquiera el rango de política de salud; f) Formar recursos humanos de excelencia que aspiren al logro de la equidad en salud (Lerín, 2004: 121). En otras palabras, la capacitación intercultural de los trabajadores de la salud no sólo es necesaria, sino obligatoria. Debe asumirse como un compromiso primero personal, y luego institucional. Es el convencimiento propio del respeto, la tolerancia y la comprensión que se debe tener hacia la persona que sufre, y esto no depende de horarios, contratos y demás aspectos institucionales (Campos, 2006: 6,8).

En materia de atención gineco-obstétrica deberían tomarse en cuenta, además de los problemas de lenguaje y comunicación –que dificultan la relación así como la empatía y confianza con el paciente– las barreras específicas como el pudor y la preferencia de la población femenina de atender sus embarazos y partos ayudadas por otras mujeres o parteras. Médico y paciente no sólo hablan idiomas distintos, sino que manejan visiones del mundo a menudo contrapuestas. La mayoría de las veces no hay puntos de contacto intercultural impulsados por el personal de salud. Así, por ejemplo, la manera de concebir el cuerpo y su funcionamiento, el proceso de embarazo-parto-puerperio y las complicaciones y riesgos asociados son distintos a los conceptos que el médico maneja. Éste descalifica muchas de las prácticas tradicionales y populares de atención a la salud. La población indígena lleva, además, el estigma de la marginación y la pobreza resultado de una histórica y persistente enajenación social. Evitar este desencuentro entre culturas, en particular en los servicios de salud que se proporcionan a la población indígena depende en gran parte de la profesionalización y competencia técnica del personal de salud.

¹⁵ Aunque puede ser interpretada de distintas maneras dependiendo de las posiciones que se asuman, entenderemos por interculturalidad en salud las distintas percepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-atención que operan, se ponen en juego, se articulan y se sintetizan, no sin contradicciones, en las estrategias de cuidado y las acciones de prevención y solución a la enfermedad, al accidente y a la muerte en contextos pluriétnicos (Lerín, 2004: 118).

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre Beltrán, Gonzalo (1980) *Los programas de salud en la situación intercultural*. Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Arnold, Denise y Juan de Dios Yapita (1999) *Vocabulario aymara del parto y la vida reproductiva de la mujer*, Bolivia: Instituto de Lengua y Cultura Aymara y Family Care International.

Bernardo, Analía (2004) "Parir como las diosas: recuperando el parto vertical". Triple Jornada, Suplemento Cultural de *La Jornada*, 3 de mayo de 2004, México.

Campos Navarro, Roberto (1996) "Legitimidad social y proceso de legalización de la medicina indígena en América Latina, estudio de México y Bolivia". Tesis de Doctorado en Antropología. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional Autónoma de México.

___ (2006) "La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud", en *Salud e Interculturalidad*. Grupo de Estudios sobre la Mujer "Rosario Castellanos, A.C". México, Julio de 2006: 4-16.

Cosminsky, Sheila (1992) "La atención del parto y la antropología médica" en Campos, R. (Ed.). *La antropología médica en México*, Tomo II. Instituto Mora-UAM, México.

Dávalos, Marcela (1998) "Párrocos y médicos en torno a las parturientas: un siglo en contra de las comadronas", en *Dimensión Antropológica* 5: 13.

Diccionario de Autoridades (1990), 3 tomos, Madrid: Ediciones Gredos, II.

Elmendorf, Mary L. (1973) *La mujer maya y el cambio*, México: SepSetentas.

Favier, Annelise (1984) "Parto y tradición", en *Capitalismo y vida rural en Yucatán*, Universidad Autónoma de Yucatán: 245-252;

Good Maust, Marcia (1995). "Chilbirth and Conversations in Mérida, Yucatán". Tesis de maestría en antropología, University of Florida.

___ (1997) "Parteras en Mérida. Una alternativa a la cesárea innecesaria" en *Revista Salud Problema* 2:2: 21-33.

Güémez Pineda, Miguel (1997) "De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar: el proceso de incorporación de las parteras empíricas yucatecas al sistema institucional de salud". *Cambio cultural y resocialización en Yucatán*. Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán: 117-147.

___ (1998) "Informe de investigación", Unidad de Ciencias Sociales, Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi" de la UADY.

___ (2000) "La concepción del cuerpo humano, la maternidad y el dolor entre mujeres mayas yucatecas". *Revista Mesoamérica*, Año 21, Número 39, junio de 2000. Plumsock Mesoamerican Studies. CIRMA, La Antigua, Guatemala: 305-332.

___ (2002) "De la hegemonía a la subordinación obligatoria: visiones del pasado y el futuro de la partería en Yucatán, México". *Temas Antropológicos* Revista Científica de

Estudios Regionales, Facultad de Ciencias Antropológicas de la Universidad Autónoma de Yucatán. Septiembre de 2003. vol 24 Núm.2: 117-143.

___ (2003) "Nacimiento, riesgo y cultura en Yucatán", Ponencia presentada en el *Congreso Regional de Investigación, Salud y Sociedad*. Centro de Investigaciones Regionales de la Universidad Autónoma de Yucatán, 8 al 10 de octubre.

___ (2005) "Entre la duda y la esperanza: La Organización de Médicos Indígenas Mayas de la Península de Yucatán" *Temas Antropológicos*. Revista Científica de Estudios Regionales. Facultad de Ciencias Antropológicas de la Universidad Autónoma de Yucatán, Vol. 27, núms. 1 y 2, México: 31-65.

INEGI (1996) *Conteo General de Población y Vivienda. Yucatán, 1995*, (México: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.

INEGI (2001) *Censo General de Población y Vivienda. Yucatán, 2000*, (México: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.

Jordan, Brigitte (1993) *Birth in Four Cultures: A Cross-cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. USA: Waveland Press, Inc.

Kelly, Isabel (1956) "An Anthropological Approach to Midwifery Training in Mexico", en *J. Trop. Pediat.*, núm. 1: 200-205.

Klein, Susan (2000) *Un libro para parteras*. De la serie Donde no hay doctor. Editorial Pax México.

León P., Sergio (2004) "Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta" en *Desacatos*, núm. 15-16, Otoño-Invierno: 111-125.

López Sánchez, Oliva (1998) *Enfermas, mentirosas y temperamentales. La concepción médica del cuerpo femenino durante la segunda mitad del siglo XIX en México*. Ed. Plaza y Valdés.

Máas Collí, Hilaria (1983) "Transmisión cultural, Chemax, Yucatán. Un enfoque etnográfico" Tesis de licenciatura, Facultad de Ciencias Antropológicas, Universidad de Yucatán.

Martínez, Jorge (editor) (1990) *Temas de salud rural y planificación familiar*. Cuaderno de ejercicios, academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica, México.

Mellado V., Zolla C. y Castañeda X. (1989). *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*. CIESA, México.

Módena, Ma. Eugenia (1990) *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*, México, CIESAS, Ediciones de la Casa Chata.

Murphy-Lawless, Jo (1999) "La responsabilidad ante el parto: Una diversidad de respuestas", en Arnold, Denise y Juan de Dios Yapita *Vocabulario aymara del parto y la vida reproductiva de la mujer*, Bolivia: Instituto de Lengua y Cultura Aymara y Family Care International.

Quattrocchi, Patrizia (2005) "Donne e salute riproduttiva in un villaggio maya dello Yucatán (Messico): il caso della *sobada*" Tesis de doctorado Etno-Antropología, Facultad de Letras y Filosofía, Universidad "La Sapienza", Roma, Italia.

Quiñones, María Teresa (1990) "Maternidad y vida cotidiana en las mujeres campesinas" Tesis de licenciatura en Ciencias Antropológicas, Universidad Autónoma de Yucatán.

Richardson, Mary R. (1995). "Concebir, alumbrar, educar: algunos aspectos de la vida reproductiva de las mujeres del Yucatán rural" en *Género y cambio social en Yucatán*, Ramírez Carrillo, Luis (editor). Universidad Autónoma de Yucatán: 183-234.

SSA (1976) "Reglamento de parteros empíricos capacitados", *Diario Oficial*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 25 de octubre de 1976.

Secretaría de Salud (2001) Programa Nacional de Salud 2001-2006, Secretaría de salud, México.

Villa Rojas, Alfonso (1980) "La imagen del cuerpo humano según los mayas de Yucatán" en *Anales de Antropología*, Universidad Nacional Autónoma de México: 31-46..

Vinaver, Naolí, (1998) "Una partera mexicana: mi pasión por la vida y el trabajo" *La Jornada*, 13 de junio de 1998, Suplemento cultural.



El proceso salud - enfermedad - atención
en Kaua: Entre el sistema médico
alópata y el tradicional

Rosa María Garduza Pino
Enrique Rodríguez Balam

INTRODUCCIÓN*

De cierta manera todos hemos escuchado que algunos grupos sociales tienen creencias respecto del origen de las enfermedades o que existen formas peculiares y hasta extrañas de curar y prevenir los padecimientos. Comúnmente a estas formas de percepción y conocimiento se les ha catalogado como “creencias tradicionales”, “arcaicas” o “supersticiosas” entre otros calificativos. Si bien esta idea que revela una diversidad de percepciones sobre el origen y la forma de tratar las enfermedades es acertada, es importante considerar que éstas no han sido debidamente reflexionadas, sobre todo, dentro del sistema biomédico.¹

Parte del interés de la antropología se ha centrado precisamente en este aspecto: describir, analizar y difundir la existencia de diferentes sistemas estructurados de interpretación y explicación que los grupos sociales otorgan a los fenómenos de salud, enfermedad, padecimientos y muerte, con el fin de contribuir a disolver antagonismos con el sistema alopático institucionalizado de atención a la salud. En este sentido, en el presente trabajo se señalan parte de esas formas “diferentes” que tienen las personas para explicar la manera en que conciben el proceso de salud-enfermedad-

* Este trabajo es resultado de la información obtenida en el trabajo de campo realizado en la cabecera municipal de Kaua durante cuatro meses (febrero-mayo de 2006) en el cual se llevaron a cabo entrevistas con los habitantes y un taller sobre plantas medicinales realizado en la escuela Primaria Rural *Moctezuma*. Cabe especificar que nuestro interés se centró en conocer las percepciones que la población en general tiene sobre las enfermedades, las terapias, y el uso de distintos sistemas médicos, nuestros entrevistados no fueron médicos especialistas en medicina tradicional.

¹ Empleamos el concepto *sistemas médicos* para referirnos a todo aquel servicio que otorga atención a la salud de los individuos. Para el sistema de atención biomédico, validado a través de una experiencia académica, emplearemos el término *alopático*. En el caso de aquella práctica existente tanto en los medios rurales como urbanos, de extracción popular, transmitida a través de la experiencia y la oralidad usaremos el término *tradicional*. No obstante, queremos puntualizar que con este término no nos referimos a un sentido dicotómico respecto del concepto moderno, sino que éste es utilizado de forma sencilla y pragmática. A manera de acotación quisieramos mencionar que otros antropólogos han empleado diversos términos para presentar ambos sistemas médicos: *moderno-tradicional*, *hegemónico-alternativo*, *cosmopolita-local* (Véase Menéndez, 1994; Guzmán, 1992; Zolla y otros, 1992).

atención, lo cual nos permitiría conocer y comprender otros modelos explicativos de lo que las personas entienden por este proceso.

CUERPO, EQUILIBRIO Y ENFERMEDAD

La forma en que los individuos perciben la composición y el funcionamiento del cuerpo es el punto de partida para entender mejor los conceptos de salud y enfermedad. Para los habitantes de Kaua “estar sano” significa poseer un estado ideal de equilibrio, alineación, balance o armonía del cuerpo, mismo que puede perderse debido a la “movilidad” de los órganos o partes del cuerpo; por lo tanto, las enfermedades pueden presentarse en cualquier momento. Los órganos del cuerpo pueden “moverse de su sitio” por diferentes motivos: sobreesfuerzos físicos en el trabajo cotidiano, caídas, descuidos en la ingesta de alimentos o bien por la exposición a cambios bruscos de temperaturas, entre otros. De este modo, el origen de cierto tipo de enfermedades está relacionado con conceptos que rompen el equilibrio, que se configura con base en una explicación de oposiciones entre dos categorías usadas para clasificar las ideas cosmogónicas: orden/desorden, unidad/ruptura, frío/caliente, interno/externo, abierto/cerrado. En otras palabras, las causas de una enfermedad, física o emocional, se atribuyen a un desajuste que necesita ser remediado.

Numerosas culturas poseen clasificaciones similares con las presentes en Yucatán y corresponden a una manera universal de clasificar el mundo. La categorización basada en elementos opuestos dentro de un modelo explicativo de salud ha sido estudiada ampliamente por antropólogos médicos. Este trabajo presenta algunas ideas, cuidados y prácticas que, desde el punto de vista de los pobladores de Kaua, son eficaces para el mantenimiento y reposición de la salud: pautas de alimentación, cambios climáticos, y el tránsito por determinados sitios.



Para explicar más ampliamente cómo operan los opuestos binarios, daremos un par de ejemplos.² La dicotomía orden/desorden puede observarse en la idea de que cada órgano interno debe encontrarse en su sitio, de lo contrario, puede presentarse un malestar o enfermedad y que para recuperar la salud del órgano deberá ser regresado a su lugar. Esta idea, según estudios clásicos como el de Villa Rojas, obedece a una explicación cosmogónica proveniente desde épocas prehispánicas, que da cuenta de una estructura compuesta por cuatro puntos cardinales y su centro que, aplicados a la percepción del cuerpo, se mantienen en un orden en relación al ombligo que es el área central donde se localiza un órgano llamado *tip'té* o cirro³ (Véase Villa Rojas, 1980). Por ello, restablecer el orden de los

² En el trabajo de Patrizia Quattrocchi se explicarán con más detalle cómo funcionan los diferentes sistemas de oposiciones binarias dentro de la práctica de la *sobada*.

³ Tal como lo explican los informantes, el cirro o “ciro” como refieren las personas, es “parte del ombligo (quizá haciendo referencia al cordón umbilical) que se queda por dentro del

órganos “dislocados”, necesita de un tratamiento a base de “sobadas”, masajes terapéuticos cuya finalidad es la exploración y composición de los órganos,⁴ que a su vez, se relacionan con la concepción de la movilidad de los órganos y de su adecuada alineación con el centro simbólico o cirro, que mantiene el equilibrio y la salud.

La movilidad del cirro, o enfermedad del cirro, es la más referida por los habitantes de Kaua, y puede ser ocasionada por un sobreesfuerzo físico, caída o por movimientos bruscos del cuerpo. Como esta enfermedad puede agravarse, los enfermos acuden a la partera para que regrese el cirro a su lugar:

“Está dentro de su cuerpo de uno, si se va del otro lado te afecta. Ya no te dan ganas de comer, puro vomitar haces... cuando me pasó, me llevaron para que me soben, así se quedó bien”.
(Doña Blanca)

“Te viene eso del ciro sólo de andar trabajando mucho o si te caes... me llevaron así dos veces a que me soben cuando se movió mi ciro y ya se quedó bien otra vez, me regresó el apetito”. (Don Octaviano)

“Se mueve mucho el ciro de los niños porque a veces están llenos, y juegan, dan volantín o se caen, entonces se sube su ombligo arriba... así pasa, entonces hay que sobar la barriga y lo vuelven a componer, lo vuelven a poner en su centro. Si no hacen esto, continúan los vómitos, y no dan ganas de comer”.
(Doña Silvia)

Observamos que la movilidad de este órgano provoca ciertos signos que están reflejados en una sintomatología específica como dolor de estómago, vómitos, diarrea e inapetencia. Para tratar esta enfermedad es

cuerpo de uno, tiene en la punta una bolita, como un nudo... y puede moverse hacia los lados”. (*Tip'té* es la denominación en lengua maya que emplea Villa Rojas en su obra).

⁴ Cabe señalar en este punto que existen diversos tipos de *sobadas* o masajes terapéuticos. Véase el artículo de Patrizia Quattrocchi en este mismo cuaderno de trabajo.

necesario ser atendido por un especialista, por lo general es la partera quien, a través del masaje terapéutico, retorna al órgano a su posición.

Otro aspecto que encierra la idea de equilibrio es el sistema dicotómico frío/caliente⁵ que hace referencia a algunos cuidados o restricciones que deben seguirse para evitar la presencia de algún padecimiento. Parte de esta práctica consiste en la categorización de los alimentos, del carácter de las personas, plantas y terapias de acuerdo a una polaridad térmica que los clasifica en “fríos” o “calientes”.⁶ Esta denominación no necesariamente guarda relación directa con la temperatura física del objeto, sino más bien con una temperatura simbólica.

Los cuidados que deben tenerse con relación a esta oposición frío/caliente están principalmente ligados al ciclo reproductivo de la mujer: menstruación, embarazo, parto, puerperio y lactancia, aunque también se aplica a otros casos como veremos más adelante. Por ejemplo, como la temperatura de una mujer que se encuentra en su período menstrual se considera caliente, debe evitar consumir alimentos fríos como el limón o la naranja. Este cuidado ayuda a prevenir el pasmo, enfermedad femenina delicada y grave que inquieta a las mujeres en edad reproductiva. Los principales malestares referidos por las mujeres se localizan en el área abdominal acompañada de náuseas, vómitos, calenturas e inapetencia. El pasmo generalmente se presenta cuando estando en una condición de calor se entra en contacto con elementos fríos por lo que dicha enfermedad guarda una estrecha relación con la idea de la “frialidad” de la sangre menstrual que impide a las mujeres embarazarse. Las personas refieren que, en caso de complicarse, podría ocasionar la supresión del flujo menstrual o dolores intensos durante la menstruación. La esterilidad femenina es explicada por la falta de prevención y atención de la enfermedad del pasmo⁷.

⁵ Aquí sólo abordamos el sistema frío/calor a un nivel descriptivo, tal y como lo sostienen los informantes. No obstante, cabe referir que existe un debate sobre si el origen de éste es prehispánico o importado a través de la conquista y colonización (Véase el trabajo de López Austin, 1984).

⁶ En lengua maya se denominan *síis* y *chokoj* respectivamente.

⁷ Véase el trabajo de Patrizia Quattrocchi para conocer más detalles de esta enfermedad, así como el funcionamiento de las terapias.

En términos generales, para los habitantes de Kaua, el sistema frío/caliente funciona básicamente de la siguiente manera: una persona o un objeto puede poseer un estado físico frío o caliente. En el caso de las personas, la temperatura de la mujer se considera fría, en tanto que la del hombre es caliente. No obstante, en cierto momento de su vida ese estado físico puede cambiar, por ejemplo la mujer entra en un estado caliente durante el período menstrual, el embarazo o el puerperio. La explicación que se otorga a este cambio en la temperatura simbólica del cuerpo se pone en relación directa con la sangre, elemento percibido como “caliente”. Durante el embarazo el estado de calor se vincula con la sangre, que se percibe como retenida en el cuerpo. En esta condición de calor no es conveniente someterse a contrastes bruscos de temperatura, consumir determinados alimentos, evitar exponerse a determinados ambientes fríos o calurosos; se cree que lugares como el monte, las cuevas o los cementerios son lugares que tienen temperaturas distintas a las del cuerpo humano. Cabe puntualizar que no solamente la contraposición de elementos, que es la idea más difundida, puede causar desbalances, también puede ocurrir por el exceso de temperaturas. Las personas refirieron, por ejemplo, que una mujer embarazada debe evitar la presencia de otra que se encuentre en el mismo estado, ya que esto podría ocasionar daños tanto a la mujer como al bebé. Ejemplo de esto es lo comentado por algunas mujeres, quienes afirmaron que se pueden contraer infecciones en heridas o bien afectar el carácter humoral del bebé. Del mismo modo, cuando una persona que trabaja en la milpa se expone prolongadamente al sol, incrementa su calor corporal, exceso que provoca al niño la enfermedad llamada “mal de ojo”. Esta enfermedad, por lo general se presenta en los niños pequeños y se caracteriza por vómitos y diarrea con mucosidad verde. El ojo requiere un tratamiento específico que debe ser realizado por un *jmeen*, el yerbatero o una partera.

“Cuando ojean a los niños no lo cura el doctor, sólo un yerbatero... le viene así por las personas que están calorosas así mientras los niños les da diarrea, vómito, lloran mucho... les ponen yerbas, a veces se santigua al nené... (Doña Blanca)

Para los habitantes de Kaua es importante realizar las prácticas terapéuticas para el cuidado de la salud, sobre todo en el caso como hemos mencionado anteriormente, de las mujeres en edad reproductiva, en la cual resulta indispensable prevenir los cambios térmicos que pueden causar la aparición de enfermedades. Otras formas en las que se aprecia la contraposición de elementos son en algunas terapias realizadas por las parteras durante las sobadas, en las cuales se emplea una planta “caliente” para curar una enfermedad “fría”, o para contribuir a recuperar la salud de las personas.

El conocimiento y reconocimiento de la diversidad de las prácticas en torno al cuidado y mantenimiento de la salud, vigentes y eficaces, en las sociedades permitirá al personal médico reflexionar sobre este sistema dicotómico que explica ciertas estrategias para la prevención de enfermedades. Este sistema, muy difundido en las poblaciones yucatecas, y de otras regiones del país, está relacionado con un conjunto más amplio de ideas que forman parte de una manera de concebir no sólo la salud y la enfermedad, sino el mundo que les rodea.

TIPOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES

De manera amplia se dice que las diversas percepciones sobre el origen de las enfermedades se generan, para dar una explicación a los problemas de salud. Esto constituye en sí un proceso universal de reflexión y explicación que opera diferencialmente en cada sociedad y que, según algunos teóricos de la antropología médica, conforma un *sistema de salud*; el cual debe entenderse como aquella forma de respuesta social organizada para hacer frente a las acechanzas de la enfermedad, del accidente, el desequilibrio o la muerte (Menéndez, 1994: 71-72).

Dentro del *sistema de salud* se encuentra el proceso de salud-enfermedad-atención que abarca todas aquellas representaciones y prácticas para entender, enfrentar y de ser posible solucionar la incidencia y consecuencia generada por los daños a ésta (Menéndez, obra citada). Dentro de este proceso, no sólo se incluyen las estrategias técnicas para enfrentar los daños, sino también las ideológicas o simbólicas. Esto es,

que no solamente se requiere resarcir el daño o malestar físico, sino que en ciertos casos es necesario que la cura física sea acompañada por un tratamiento que otorgue tranquilidad emocional y social.

Una vez que sabemos que cada individuo o grupo social es capaz de generar su propia percepción de una enfermedad o padecimiento, y que por lo tanto genera explicaciones ante ésta, nos preguntamos ¿por qué el sistema médico alópata no concede el adecuado interés a los diferentes procesos de salud-enfermedad-atención existentes? ¿Por qué la concepción biologicista es la única explicación que el sistema biomédico acepta?

Para otorgar una posible respuesta a cada cuestionamiento, es conveniente saber cómo explican las personas el proceso de salud-enfermedad-atención, y con ello, reflexionar acerca de la validez que tienen los diferentes sistemas conceptuales.

Si admitimos como nuestro punto de partida que la explicación generada por los habitantes de Kaua ante dicho proceso no es exclusiva sino que, por el contrario, se trata de un caso generalizado en toda la península yucateca, se argumentaría con ello la necesidad de establecerse un enfoque intercultural, perspectiva mediante la cual se llevan a cabo negociaciones y acuerdos para disolver la existencia de antagonismos en ciertas relaciones o prácticas sociales y contribuir con ello a mejorar la relación de mutua comprensión entre las dos partes. Una de las principales estrategias de este enfoque, es el diálogo, que permite, entre otras cosas, el conocimiento del contexto social del otro con quien se interactúa.

Para llevar a cabo una adecuada comunicación con los pacientes, se vuelve determinante saber que la enfermedad se concibe como un estado de desequilibrio que se manifiesta con la experimentación de estados físicos y anímicos persistentes y molestos que van incrementando, y que requieren seguir una acción terapéutica para su restablecimiento. Entre los síntomas y signos que comúnmente se presentan ante una enfermedad están el dolor, fatiga, fiebre, diarrea y vómitos.

La alteración del estado anímico, sobre todo la fatiga que impide realizar algún trabajo cotidiano, es la que más identifican con estar enfermo:

“A veces está doliendo mi riñón... pero voy a la milpa, cuando arrecia el dolor y siento que ya no tengo fuerzas, entonces me quedo en mi hamaca, no puedo trabajar”. (Don Octaviano)

En los términos siguientes lo explica la enfermera quien ha trabajado en la unidad médica del IMSS de la comunidad desde hace 20 años:

“No vienen a consultar sólo por un dolorcito, se esperan hasta que sienten que ya no tienen fuerzas, que no pueden trabajar, ni caminar, están tirados en su hamaca. Entonces yo los regaño, ¡por qué se esperan hasta ahorita!, pero así lo hacen”. (Doña Wilma)

Este ejemplo resulta ilustrativo. Es posible observar cómo el uso de lógicas diferentes para explicar un estado físico puede no tener correspondencia. En este caso, para las personas de Kaua estar sano implica no sólo la ausencia de un malestar o un síntoma, sino un estado de bienestar general que les permite la realización del trabajo. Esto es, que “tiene uno fuerzas para trabajar”, “se siente uno bien” o “está uno contento”, a pesar de que podría padecerse de algún malestar físico.

Al señalar la cuestión de las lógicas diferenciadas nos referimos a que hay ciertos aspectos que no están siendo debidamente considerados sobre todo por el enfoque biomédico, aspectos relacionados con cuestiones emocionales o psicológicas que conforman el estado de bienestar integral de la persona, y no sólo del biológico.

La existencia de marcos cognitivos heterogéneos que otorgan explicaciones a diferentes aspectos de la vida, evidencian la necesidad de un enfoque intercultural en las relaciones entre las personas. En el caso de la atención médica alópata conduciría al mejoramiento de la comunicación entre el personal médico y los pacientes, ya que sentaría las bases para un diálogo en el cual se empleen fluidamente códigos compartidos que permitirían disolver las relaciones asimétricas que desfavorecen a los grupos rurales e incluso podría contribuir al mejoramiento de los programas de salud preventiva, que muchas veces se aplican sin éxito.

Respecto a la tipología de las enfermedades, cabe destacar que hay una tendencia general de presentarlas a través de dos categorías aisladas y antagónicas entre sí: las estudiadas desde el punto de vista clínico y epidemiológico denominadas científicas y aquellas conocidas como tradicionales. No obstante a esta distinción entre la denominación y clasificación que se realiza, una interesante perspectiva teórica nos sugiere otorgarle

atención a las estrechas conexiones que poseen (Zolla y otros, 1992: 88). Esta orientación nos permite reflexionar acerca de las explicaciones que los sujetos otorgan al origen de las enfermedades, y permitiría contemplarlas adecuadamente en la dinámica de la atención médica.

Antes de desarrollar esta idea quisiéramos aclarar lo que entendemos por el concepto *enfermedad tradicional*.

De manera amplia y general algunos estudios antropológicos como los realizados por Guzmán 1992, Menéndez 1994 y Zolla y otros 1992, han denominado como enfermedades tradicionales a todos aquellos padecimientos, malestares o daños a la salud (tanto física, mental y espiritual) a los cuales los sujetos o grupos dan una explicación apegada a un sistema y a una lógica cultural propia. Dicho de manera sencilla, las enfermedades denominadas tradicionales no son diferentes tipos de enfermedades, simplemente son aquellas que se manifiestan en una comunidad y a las cuales las personas dan una explicación respecto a su causa u origen. En este sentido, cuando se presenta un padecimiento o malestar, el cúmulo de saberes que poseen tanto el sistema biomédico como el sistema tradicional, les permite llevar a cabo una serie de explicaciones y categorizaciones al origen de éstas. Es la etiología la que generalmente se diferencia de aquella que otorga el sistema biomédico. La enfermedad tradicional es entendida en muchos casos de forma peyorativa, calificándola de “superstición” o “creencia” y se relega únicamente al campo de enfermedad imaginaria o sobrenatural. Esto sucede en parte porque se intenta comparar con la cientificidad que la teoría biomédica posee al explicar la etiología de una enfermedad, misma que atribuye una importancia central a los cambios fisiológicos, químicos y físicos que tienen lugar en el sistema corporal del individuo (Arzápalo, 2005: 20). Trastornos que también presentan las enfermedades tradicionales y que generalmente se observan en la sintomatología como lo son: vómitos, diarreas, calenturas y dolores en ciertas partes u órganos del cuerpo, y que como hemos visto, se atribuyen a un desbalance causado por diversos factores que se reflejan en un estado de ánimo decaído.

Las enfermedades tradicionales más comunes en Kaua son: el pasmo, empacho, cirro, mal de viento, mal de ojo, caída de mollera, sal y hechizo. Para todas ellas, las personas tienen explicaciones sobre sus causas,

aunque también presentan ciertas variaciones y coincidencias en su sintomatología:

“El ojo le da los niños o niñas cuando están pequeños sobre todo si a estos los mira una persona que está caluroso, que tiene mucha sed o mucha hambre, también si está tomado...entonces es cuando le ocasionan este mal que provoca a los niños diarrea y calentura”. (Doña Concepción)

“La mollera es la parte tierna de la cabecita del nené, hay que cuidarla para que no se caiga... si se cae se enferman de vómitos, calenturas... hacen aguado y verde... entonces hay que llevarlo con quien sabe componerlo...esto se hace con ruda y albahaca”. (Doña Rita)

“El mal viento es un aire maligno que te pega y te afecta, te dan vómitos, calenturas, diarrea y dolor en la parte en que te pega... [por ejemplo en] las piernas, espalda, cabeza”. (Henri)

“El pasmo de mujer es cuando no te viene tu regla, te dan dolores en la barriga y hasta calenturas... las mujeres que no pueden tener hijos es porque está pasmada su regla”. (Doña Silvia)

“La sal es lo que te da cuando está caluroso el cuerpo de uno y te bate el aire... se reseca el cuerpo y salen bolitas, manchitas blancas de sequedad que dan comezón y calenturas”. (Doña Blanca)

“El hechizo es una enfermedad que te causa alguien malo que pide el trabajo a un brujo, hay muchas formas en que te afecte, si uno no va con un *jmeen* que sabe quitarlo hasta puede matarte”. (Doña Silvia)

De acuerdo con los diagnósticos de salud realizados por médicos de la Unidad Médica del IMSS de Kaua, las enfermedades de mayor frecuencia son las infecciones respiratorias agudas (rinofaringitis, faringitis, faringoamigdalitis, bronquitis, neumonía), infecciones de vías urinarias (uretritis, cistitis, pielonefritis), cervicovaginitis, enteritis (gastroenteritis) enfermedad diarreica aguda, amebiasis intestinal y desnutrición infantil.⁸ La aparición

⁸ Reportes médicos 2000-2006 *Unidad Médica Rural del IMSS de Kaua*, Yucatán.

de estas enfermedades en la localidad recibe la explicación del médico basada en el estilo de vida de los habitantes, específicamente a los hábitos alimenticios, de higiene o de atención a la salud.



No obstante las enfermedades como el ojo o la caída de mollera podrían ser explicadas por un médico como una enfermedad diarreica, los habitantes reconocen que dichas enfermedades no pueden ser curadas por el “doctor” por lo que acuden al *jmeen* de la localidad. Creemos que no se trata de buscar correspondencias exactas a categorías gnoseológicas distintas: las que manejan los médicos y las que maneja la población. Sin embargo, creemos que el personal médico debería conocer y manejar ambas concepciones.

Ahora bien, en la cotidianeidad, cuando una persona presenta un síntoma, ésta tiende a realizar un pequeño autodiagnóstico basado en su experiencia; es decir que, el individuo puede reconocer si su enfermedad puede ser tratada por un médico, por un terapeuta tradicional, o bien, optar

por la autoatención y la automedicación. En algunas ocasiones se recurren a todas estas alternativas. Este ejemplo lo ilustra con claridad:

“Cuando me baja mi regla me dan muchos dolores, siempre voy con el doctor para que me den medicinas...la partera me soba y me aconseja lo que no debo comer cuando estoy reglando... también mi mamá me prepara medicina con hierbas”. (Lidia)

En caso de ser la autoatención la primera opción, como suele ocurrir, ésta puede hacerse a través del empleo de la herbolaria, medicamentos de patente o algún otro recurso terapéutico. La autoatención vista como aquella práctica doméstica utilizada para aliviar, controlar, soportar, curar o solucionar los malestares que afectan a la salud, también se podrían incluir dentro de ésta a aquellos cuidados que se realizan para prevenirlos.

Entender la orientación de las prácticas y las estrategias a las que recurren los grupos sociales para enfrentar una enfermedad, sus códigos culturales y, sobre todo, la eficacia de los diferentes recursos terapéuticos, no son sólo necesarias sino obligatorias para el personal de salud que trabaja en las zonas rurales.

Una perspectiva antropológica propone, en vez de dividir a las enfermedades tradicionales y científicas, se utilice el criterio de causalidad para clasificarlas, por ejemplo, en naturales y sobrenaturales, conocidas como *Síndromes Culturalmente Delimitados* (SCD). Esta perspectiva (Zolla et al. 1992) argumenta que es arbitrario distinguir entre enfermedades tradicionales y no tradicionales, pues, en la práctica los enfermos suelen aprovechar y complementar los recursos que cada sistema médico les provee, acudiendo a la terapia que más eficaz les resulte. No obstante, las personas saben distinguir cuándo una enfermedad requiere de la atención de un médico tradicional y cuándo la del alópata. Antes de acudir a determinado especialista, entran en juego factores diversos como la explicación del origen de la enfermedad y su gravedad. Dentro de las causas de las enfermedades, los habitantes de Kaua determinan que algunas son “normales” esto es, que están relacionadas con factores climatológicos (el sol, la lluvia, el aire), así como a factores derivados de éstos (el frío, el calor, el agua). Entre éstas se pueden encontrar la gripe, la sal, tos y diarrea. Esta

normalidad parece tener una relación directa con la incidencia de la enfermedad en la comunidad, o sea con el número de casos de padecimiento. Otras más tienen un origen que se explica con base en lo sobrenatural y son las que más demandan medidas de prevención, así como cuidados y tratamiento por un especialista. Las enfermedades más referidas dentro de esta categoría son aquellas causadas por el mal viento. Por lo general no suelen pensar que este tipo de males desaparece o “se va sola”.

El mal viento, se manifiesta de diferentes formas provocando distintas enfermedades. Cuando una persona identifica que puede haber estado expuesto y haber contraído un “viento” acude con el *jmeen* quien es el indicado para acabar con este mal,

“Hay enfermedades que el doctor no cura, son del *jmeen*... cuando ataca un dolor muy fuerte en la espalda y sabes que no hiciste mucha fuerza, ni te lastimaste, entonces puede ser un mal viento... te da mucha calentura y vómitos, es mal viento es *yiik'kampaach*”.⁹ (Doña Silvia)

Si bien existen ciertas enfermedades tratadas por el médico y otras sólo por los terapeutas locales, es posible reconocer una llamada *zona franca* en donde los tratamientos científicos y populares resultan complementarios y permiten hablar de un sistema mixto de atención a la salud (Zolla y otros, obra citada: 86).

No olvidemos que la información que poseen las personas es una síntesis de la experiencia cotidiana, del conocimiento popular y del diagnóstico biomédico aprendido. Más allá de reconocer cuál de los sistemas médicos que coexisten en la comunidad son de mayor científicidad o de mayor eficacia, los pacientes son quienes interpretan las causas e incidencia de los padecimientos. También son los pacientes quienes deciden con qué especialista acudir o, en su defecto, hacer un uso complementario de las terapias ofrecidas por ambos sistemas.

Si bien la medicina científica institucionalizada, ha llegado a ser identificada como la forma más eficaz y válida de atención a la enfermedad, es importante que el personal médico reconozca la diversidad de formas que

⁹ Hay diferentes tipos de enfermedades de mal viento. El *yiik'kampaach* se caracteriza por fuertes dolores en la espalda

asume el proceso de salud-enfermedad-atención en contextos de interculturalidad. Ante este hecho se vuelve necesario conformar un modelo descentralizado y participativo de atención a la salud que reconozca no sólo la validez de las prácticas tradicionales, sino que las contemple de una forma adecuada. Esta idea de integración de las prácticas tradicionales de atención a la salud al sistema alópata, tiene como argumento la crisis que ha venido enfrentando la biomedicina ante la incapacidad de satisfacer las necesidades de salud de gran parte de la población. Esto se explica, en gran medida, ante la ausencia de un enfoque integral que tome en cuenta la perspectiva del paciente, ya que al centrarse exclusivamente en el síntoma orgánico, se excluye la construcción y representación sociocultural del proceso salud-enfermedad-atención popular.



También podemos sumar la negación de la eficacia de otros recursos terapéuticos como la “sobada”, la “limpia” o la herbolaria. De hecho, bajo este objetivo a finales de los años setenta la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo un reconocimiento público del importante papel que ha desempeñado la herbolaria como recurso terapéutico. Este organismo

planteó un conjunto de estrategias para la incorporación de las plantas medicinales al esquema de atención primaria de la salud, que hasta la fecha no ha podido concretarse adecuadamente dentro del sistema alopático, a pesar ser una alternativa real para combatir los problemas de salud en muchas poblaciones. Habría que agregar que actualmente a nivel mundial se está impulsando la búsqueda de medicamentos de origen natural, obteniendo nuevos compuestos a partir de la domesticación de plantas silvestres; se da importancia a los saberes que sobre las plantas poseen las comunidades. Por ello, resulta evidenciado no solamente el reconocimiento y validación de las prácticas culturales de estos grupos, sino que también resulta pertinente crear espacios de diálogo intercultural en los que se analice, discuta y reflexione la posibilidad de dicha integración.

LAS PLANTAS Y SU USO COMO RECURSO TERAPÉUTICO

Al iniciar esta investigación nos surgieron preguntas como: ¿Qué tan vigente es la medicina tradicional en Kaua? ¿Emplean los miembros de la comunidad las plantas medicinales para el tratamiento de las enfermedades? ¿Cómo perciben los médicos alópatas los diversos usos que los habitantes de Kaua hacen de la herbolaria?

El trabajo de campo en Kaua nos permitió saber que, dentro de las prácticas médicas tradicionales es la herbolaria la más difundida. Esta opera básicamente en dos niveles: el primero pertenece al ámbito popular y doméstico, manejado y aplicado en el núcleo familiar; el segundo pertenece al dominio de los médicos tradicionales (parteras, *jmeeno'ob* y yerbateros), que poseen un conocimiento mucho más amplio y especializado de las plantas medicinales.

Parte del método que permitió llegar a esta aseveración se basó en el desarrollo de un taller sobre plantas medicinales realizado en la escuela primaria de la localidad. En éste se constató el conocimiento básico que tienen los niños sobre la herbolaria, así como de las enfermedades a tratar. Dicho conocimiento se adquiere principalmente a través de la observación y la experiencia y son transmitidos por los padres, abuelos o los tíos.

Entre las plantas más empleadas se halla la naranja agria (*Citrus aurantifolia* L.) cuyas hojas se utilizan para preparar infusiones que alivian las molestias estomacales, la alteración nerviosa y mareos. Los tés preparados con hojas de ruda (*Ruta chalapensis* L.) en conjunto con las de albahaca (*Ocimum basilicum* L.) se emplean para tratar los vómitos. La raíz del epazote (*Chenopodium ambrosioides* L.) con las hojas de yerbabuena (*Mentha sp*) preparadas en una infusión son recurridas para desparasitar a los pequeños. La sábila (*Aloe vera* L.) se ingiere para el tratamiento de la gastritis y quemaduras. El maguey (*Agave acicularis* L.) se aplica en la piel para raspaduras, enronchamiento, quemaduras y mordeduras de animales ponzoñosos. El uso de estas plantas guarda una relación estrecha con el aspecto de la autoatención y las enfermedades de mayor incidencia dentro de la comunidad. Sostenemos la idea de que la herbolaria, ubicada en su justa dimensión, es un recurso terapéutico aprovechable en interacción con las acciones de la atención primaria de salud. No obstante, los médicos parecen no estar de acuerdo con su empleo, incluso “regañan” a las personas por hacerlo:

“Hay veces que me recetan muchas medicinas para la diarrea, pero mejor le preparo esa hoja de té de china, dicen que es muy buena para los vómitos y la diarrea, ya se lo he dado a mi hijo muchas veces, Juanito a cada rato lo padece, pero el doctor me dice que por eso se enferma, que la hierba no lo va a curar, que más lo enferma... yo no lo creo, siempre se lo he dado a mis otros hijos y hasta mi suegra y mis cuñadas se lo dan a los chamacos”. (Doña Blanca)

Actualmente en Yucatán se fomentan encuentros y mesas redondas de medicina tradicional en los que se reúnen distintos terapeutas tradicionales a intercambiar información sobre recursos terapéuticos y plantas medicinales. Esto revela el interés de estos terapeutas por legislar sus prácticas, así como de llevar a cabo trabajos en conjunto con la medicina alópata. Para lograrlo han formado una asociación de *Médicos Indígenas Tradicionales* (MIT) conformada por cuatro consejos regionales, constituidos como tales desde 1989: el Consejo Regional *Sáasil* con sede en Halachó; el Consejo Regional *Jacinto Pat* en Peto; el Consejo *Yuum Balam* en Valladolid y el Consejo Regional *Nachi Cocom*, cuya sede es Yaxcabá. Ésta a su vez ha

realizado una alianza con las organizaciones de medicina tradicional de los estados de Campeche y Quintana Roo, que dio lugar a la Organización de Médicos Indígenas Mayas de la Península de Yucatán (OMIMPY) y que cuenta con ocho consejos regionales (Véase Güémez Pineda, 2005).

La OMIMPY demanda al Estado principios básicos para el reconocimiento y legalización de la medicina tradicional entre los cuales, a grandes rasgos, se encuentran la convergencia del respeto entre los diferentes sistemas médicos, en este caso el tradicional y el hegemónico. De igual forma se demanda respeto, reconocimiento y validación de las actividades de los terapeutas tradicionales, así como la legislación a favor de las prácticas y conocimientos terapéuticos, haciendo énfasis en la protección del conocimiento médico maya, el derecho al registro de patentes, de autor, de producción y comercialización de las plantas medicinales¹⁰. Es importante recalcar que las parteras, como parte de los agentes tradicionales de salud, son hoy en día quienes se encuentran en mayor contacto con la medicina hegemónica debido a que reciben cursos de capacitación con el fin de “mejorar” los servicios de atención que proveen.¹¹ En este sentido, las parteras no sólo han integrado en la práctica el empleo de elementos farmacológicos, sino también han optado por manejar el discurso sobre salud reproductiva introducido por los médicos y los capacitadores que acuden a la comunidad. De hecho, M. Güémez en este mismo cuaderno refiere que, según los trabajos de Mellado, Zolla y Castañeda (1989) el adiestramiento oficial otorgado a las parteras ha originado que se les etiquete, por ejemplo como “partera-pastillera” a quien promueve la planificación familiar y el uso de pastillas anticonceptivas.

Como podemos observar el trabajo de las parteras no radica exclusivamente en la asistencia durante el embarazo y el parto, sino que también proveen apoyo personal y emocional a las mujeres ante un momento de-

¹⁰ Demandas presentadas por los representantes de la OMIMPY. Véase <http://revista.pangea.org/print.php?sid=3064>

¹¹ No estamos de acuerdo con la idea de “mejorar” un saber u otro. La idea que defendemos es la integración, en ciertos aspectos, a ambos conocimientos para ofrecer una atención adecuada que provea seguridad y confianza a los demandantes de tal o cual servicio de atención a la salud.

terminante en su vida. Con esto queremos enfatizar que los servicios que otorgan no solamente se circunscriben a fines físico-terapéuticos, sino también, como medio de interacción e intercambio social en un ámbito de exclusividad para las mujeres. A diferencia del trabajo y la relación dada con el médico, las parteras ofrecen una atención íntima y afectuosa en la cual su presencia es requerida, puesto que acompaña a las mujeres desde los primeros meses de embarazo hasta los primeros días después del parto.



Durante el embarazo la “sobada” es una de las prácticas más demandadas por las mujeres de Kaua y se realiza generalmente para conservar el bienestar de la embarazada, mantener la posición fetal, la relajación de los músculos así como para aliviar los dolores del cuerpo.

“Hay veces que el nené no está en su lugar, está metido entre las costillas o en la parte de la espalda, entonces lo soban y la partera lo pone en su lugar... así la persona se siente bien, puede trabajar, ya no se cansa ni le duele”. (Noemí)

Y sobre todo porque durante la “sobada”, se genera un espacio propicio para que la mujer adquiera o amplíe los conocimientos sobre su cuerpo, su salud reproductiva, el embarazo, el parto y el puerperio.

“Es más fácil... la partera platica cómo cuidarme cuando estoy embarazada, cuando ya nace el nené te ayudan. Con el doctor no, no hay la confianza de platicarle”. (Doña Carmen)

Como hemos mencionado, las personas que acuden a estos especialistas para el tratamiento de ciertas enfermedades encuentran en sus terapias no sólo la cura del bienestar físico, sino que reciben un tratamiento integral que desvanece sus temores. Esta relación médico-paciente se ve favorecida por la comunicación entre ellos, tanto por compartir la misma lengua que facilita el mutuo entendimiento como el hecho de pertenecer a la misma cultura y medio ambiente.

CONSIDERACIONES FINALES

El saber tradicional, al igual que todo sistema de conocimientos, se encuentra en constante proceso de modificación en el cual se sintetizan concepciones y prácticas derivadas de diferentes saberes incluido el biomédico. Una perspectiva de la antropología médica destaca esto precisamente, que el sistema médico tradicional debe ser entendido en relación con el campo en el cual interactúa, esto es, que no es sólo un sistema ahistórico sin modificaciones o que no transcurre por procesos de transformación, sino que es un conjunto de saberes que se redefinen continuamente, el cual inclusive, se apropia de aspectos del conocimiento de la medicina hegemónica. Esto revela en sí la disposición que un grupo puede poseer para adaptarse con otras formas culturales.

En este sentido, lo que pretendemos al señalar la existencia de otros procesos de salud-enfermedad-atención es que éstos sean contemplados de forma adecuada al sistema biomédico de atención primaria a la salud. Todo ello con la finalidad de que se logre construir un sistema médico menos centralizado y más participativo tanto de la teoría biomédica, como del conocimiento y las prácticas cotidianas de los sujetos.

Sin embargo, no hay que soslayar que parte del problema para el reconocimiento y validación de las prácticas socioculturales está circunscrito por factores económicos y políticos, más que por aspectos como la eficacia o vigencia de dichas prácticas.

Por último, quisiéramos puntualizar que hay que tener presente que la realidad pluricultural de México, así como la de otros países, evidencia la existencia de una amplia diversidad de formas de pensamiento y, sin embargo, aún se conservan estructuras unidireccionales y homogeneizantes en la conformación ideológica. Está en nuestras manos reflexionar sobre los aspectos aquí presentados para con ello mejorar nuestra comunicación y comprensión con las personas. En el caso específico de la atención médica alópata, un enfoque intercultural conduciría al mejoramiento de la comunicación entre el personal médico y los pacientes, ya que sentaría las bases para un diálogo en el cual se empleen fluidamente códigos compartidos que permitirían disolver las relaciones asimétricas que desfavorecen a los grupos rurales e incluso podría ayudar a mejorar los programas de prevención en salud.

BIBLIOGRAFÍA

Arzápalo Marín, Ramón (2005) “La ciencia médica del maya peninsular. Perspectivas sincrónica y diacrónica”, en *Península*. Revista semestral UACSHUM/Coordinación de Humanidades/UNAM. Vol. I, núm. 0. Pp. 17-28.

Gubler, Ruth (1996) “El papel del curandero y la medicina tradicional en Yucatán” en *Alteridades*. Antropología de la curación, año 6, núm. 12. Pp. 11-18.

Güémez Pineda, Miguel (2005) “Entre la duda y la esperanza: La organización de Médicos Indígenas Mayas de la Península de Yucatán” en *Temas Antropológicos*. Revista Científica de Estudios Regionales. Facultad de Ciencias Antropológicas de la UADY, Vol. 27, núms. 1 y 2. México: 31-65.

Guzmán Medina, María Guadalupe (1992) “Salud/enfermedad y las enfermedades tradicionales en la comunidad maya de Pustunich” (Concepciones de la salud y enfermedad en una comunidad campesina de Yucatán). Tesis de maestría en Antropología Social, 337 hojas. Escuela Nacional de Antropología e Historia, INAH-SEP.

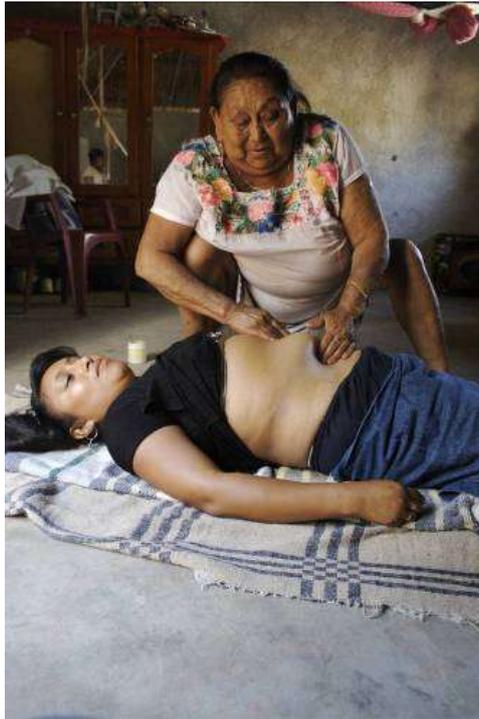
López Austin, Alfredo (1984) *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*. México. Ed. UNAM (II Ed.) 2 vols.

Menéndez, Eduardo (1994) “La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional? En *Alteridades*. La cultura de la pobreza. O. Lewis, año 4, núm. 7. México: 71-83.

Quattrocchi, Patrizia (2006) “Mujer y salud reproductiva en el municipio de Kaua (Yucatán)”, en P. Gorza, D. Domenici y C. Avitabile (coords.) *Mundos zoque y maya: miradas italianas*, México, UNAM, Coordinación de Humanidades, Unidad Académica de Ciencias Sociales y Humanidades, Colección Antologías, núm. 2.

Villa Rojas, Alfonso (1980) “La imagen del cuerpo humano según los mayas de Yucatán”, en *Anales de Antropología*, vol. XVII: 31-46.

Zolla, Carlos, S. del Bosque, V. Mellado, A. Tascón y C. Maqueo (1992) “Medicina tradicional y enfermedad” en *La antropología médica en México*. Tomo 2, Antologías universitarias. Roberto Campos (Comp.) Instituto Mora, UAM. México: 71-104.



¿Qué es la sobada?
Elementos para conocer y entender
una práctica terapéutica en Yucatán

Patrizia Quattrocchi

SOBADA Y VISIÓN CORPORAL

El objetivo de este trabajo¹ es ilustrar la práctica de la *sobada*, un masaje terapéutico particular realizado por las parteras de Kaua con el fin de reposicionar un órgano o partes del cuerpo consideradas momentáneamente “fuera de lugar”. No es un masaje cualquiera, sino una manipulación específica del cuerpo que remite a una particular concepción del organismo y de la salud, que forma parte del sistema médico local y del sistema ideológico más amplio. En este sentido veremos la importancia de la representación que los habitantes de Kaua tienen de su cuerpo, de conceptos como movilidad, orden, alineación y equilibrio.

Iniciamos nuestra reflexión justamente a partir del significado que el acto de sobar asume en relación con la idea local que se tiene del cuerpo. Se tratará de comprender *desde dentro* categorías y conceptos que, si bien no se relacionan con la fisiología biomédica, no deben ser consideradas como simples creencias o supersticiones, sino como parte de un sistema de valores compartido en el cual adquieren sentido, coherencia, legitimación y eficacia. Procederemos luego con la descripción de diferentes tipos de sobada que encontramos durante nuestro trabajo de campo², profundizando en el análisis de aquéllas ligadas al ciclo reproductivo femenino, específicamente durante el embarazo y el puerperio. Finalizamos con algunas consideraciones sobre por qué esta práctica continúa siendo tan importante como para involucrar a todas las mujeres embarazadas, incluso aquéllas que deciden parir en hospitales y no con una partera.

Queremos hacer una aclaración terminológica sobre el significado del término “sobar” y cómo es empleado en relación con la salud. En lengua española el verbo “sobar” indica la acción de manipular, manejar, palpar (Real Academia Española, 1992). En el municipio de Kaua el término es usado para indicar una manipulación peculiar del cuerpo, práctica que requiere de un largo aprendizaje y un conocimiento profundo del uso de las manos. Para indicar tal manipulación también se utiliza, aunque con menos frecuencia, el término “tallar”, que literalmente indica la acción de esculpir, labrar, hacer incisiones (*Ibid*), pero no se usa nunca el vocablo genérico “masajear”. La distinción entre “sobada” y “masaje” parece estar presente también en

¹ Parte del trabajo constituye una revisión actualizada del artículo: Quattrocchi, P. 2005 “*Componer al niño. Il massaggio prenatale in un villaggio maya dello Yucatán (Messico)*”, en Quaderni di Thule, número V, Atti del XXVII Convegno Internazionale di Americanistica, 4-8 mayo 2005, Argo.

² El trabajo de campo se realizó en la cabecera municipal de Kaua durante dos estancias semestrales de investigación, en el 2001 y en el 2003, respectivamente. Los resultados han sido elaborados en la tesis doctoral en Etno-Antropología “Mujer y salud reproductiva en una comunidad maya de Yucatán: el caso de la sobada”, Universidad “La Sapienza”, Roma, bajo la asesoría del Dr. Alessandro Lupo.

la lengua maya yucateca, en la que el término *yoot'* (o *yeet'*, según una variante regional del sur del estado) se utiliza para indicar la sobada, mientras el término *páats'* indica un masaje ligero (Cordemex, 1980). Esto nos confirma que la sobada no es un masaje cualquiera ni siquiera desde el punto de vista terminológico.

Para comprender mejor la peculiaridad de esta práctica es necesario examinar otros dos términos ampliamente usados para referirse al cuerpo o a sus partes, se trata de los verbos “componer” y “descomponer”. El primero indica la acción de poner varias cosas o personas juntas adaptándolas; formar, arreglar, ordenar, acomodar, ajustar; el segundo, por el contrario, se refiere a acciones opuestas como desarmar, desordenar, deshacer, separar (Real Academia Española, 1992).³ Ambos términos se utilizan a menudo en relación con la localización de los órganos internos. De un órgano se puede afirmar que está en su lugar, en orden o bien; al contrario, se dice que está descompuesto. En la representación que los habitantes de Kaua tienen de su cuerpo, la idea de orden aparece fuertemente referida y se expresa en la necesidad de posicionamiento y alineación de las partes internas del cuerpo con respecto a coordenadas precisas. La idea fundamental es que el cuerpo se presenta como un sistema integrado en el que cada órgano tiene una posición propia que debe ser mantenida; de este modo se preserva el estado de salud. El orden interno remite no sólo al posicionamiento correcto de los órganos, sino también a su alineación con el *tip'te'* (en lengua maya yucateca) o “cirro” (en español) un órgano que, según los habitantes de Kaua, se encuentra debajo del ombligo y cuya vitalidad puede ser percibida hundiendo los dedos en el ombligo para saber “si brinca”. Se trata de un órgano muy importante que cuando se desplaza provoca un desequilibrio general del cuerpo, además de una enfermedad específica a la que se refiere con la expresión “tener el cirro”.

El desplazamiento de los órganos no se da de manera casual, generalmente lo hacen hacia la derecha, a la izquierda, hacia arriba o hacia abajo con respecto al centro del vientre, localizado en el ombligo y lugar en el que, justamente, se ubica el *tip'te'*. Según algunos estudiosos⁴ se trata de una idea de origen precolombino que remite a la concepción del cosmos como un espacio subdividido en cuatro sectores y regido por un punto central identificado con la ceiba o *ya'axche'*, árbol sagrado que rige el universo y que, en la representación del cuerpo, correspondería al *tip'te'*.

Independientemente del debate sobre el origen de esta noción –y que rebasa el objetivo del presente trabajo– lo que es interesante en nuestro discurso es que la representación ideal de un estado de equilibrio del cuerpo no encuentra un equivalente en el cuerpo vivido cada día, pues sucede que en la vida cotidiana, y por diferentes motivos, los órganos “se mueven”. Los órganos internos, de hecho, son percibidos como partes móviles. En palabras de una de las parteras de Kaua, doña Sofía, “todo lo que está dentro el cuerpo se gira, todo por dentro se gira”.

La movilidad de los órganos está siempre relacionada con un evento concreto: en la mayoría de los casos se trata de una caída brusca o de un sobreesfuerzo físico importante que no permite que el cuerpo se mantenga en equilibrio. Por ejemplo, un órgano se mueve mientras se alzan cosas pesadas, como una cubeta llena de agua o de maíz; por una caída de la hamaca; mientras se trabaja la milpa o se hacen esfuerzos durante el parto.

El desplazamiento de un órgano no incide sólo en la percepción de la conformación del cuerpo, que se desordena o descompone, sino que provoca malestares y enfermedades de distinta naturaleza que desaparecen solamente cuando el mismo órgano es regresado nuevamente a la posición considerada correcta.

El reposicionamiento de los órganos se produce exclusivamente a través de *sobadas*. Líneas atrás afirmábamos que la sobada no es un masaje cualquiera, y

³ El término maya yucateco para “componer” es *utskinaj* y para “descomponer” es *k'askunaj* (Diccionario Maya Popular, 2003).

⁴ Véase De la Garza, 1998; Villa Rojas, 1980.

ahora, a la luz de los elementos que se refieren a la representación del cuerpo, podemos comprender que su peculiaridad se debe justamente al componer, es decir ordenar y recomponer una parte del cuerpo que se encuentra momentáneamente en desorden o fuera de lugar. Dadas las numerosas ocasiones que pueden causar la dislocación de un órgano, la sobada es una práctica ampliamente difundida, que en ocasiones se acompaña con terapias ofrecidas por el personal médico y paramédico en los centros de rehabilitación del sistema nacional de salud. No obstante su importancia en la terapéutica maya, la sobada ha sido poco estudiada. Los trabajos etnográficos le han otorgado poca atención. Se afirma, por ejemplo, que es costumbre de las parteras sobar a la mujer embarazada o a la puérpera pero en general no se profundizan las modalidades y las peculiaridades de los masajes efectuados (véase entre otros a Appel Kunow, 2003; Güémez Pineda, 1997, 1998; Cooper, 1993; Módena, 1990; Mellado-Zolla-Castañeda, 1989; Cosminsky, 1982a; 1982b; Jordan, 1984; Favier, 1984; Redfield, 1977; Villa Rojas, 1977, 1980; Paul, 1974; Elmendorf 1973; Redfield y Villa Rojas, 1962). También la biomedicina ha mostrado escaso interés en esta práctica y si bien a veces es considerada “dañina” o “ineficaz” –o como una simple creencia– no son muchos los estudios que se refieren a ella.

TIPOLOGÍA DE LA SOBADA

En Kaua se efectúan distintos tipos de *sobadas*. La particularidad de una sobada respecto a otra no está determinada por las diferentes formas de manipular el cuerpo, que incluso varían en los tiempos y en la duración, sino por el órgano o la parte del cuerpo que debe ser “puesto nuevamente en su lugar”. A continuación enumeramos las distintas clases de sobadas que efectúan las parteras:

- Sobada para componer el cirro
- Sobadas durante el embarazo
- Sobadas durante el puerperio
- Sobada para tratar el pasmo
- Sobada para componer el útero o fallo de matriz
- Sobada ante un aborto espontáneo
- Sobadas para componer otros órganos: barriga, intestinos y tendones
- Sobada para el empacho

Según el listado anterior, las sobadas pueden estar referidas a dos categorías generales: 1) Aquellas ligadas al ciclo reproductivo y efectuadas exclusivamente por las parteras durante el embarazo, el parto, el puerperio o en casos de esterilidad; 2) Aquellas para componer otras partes del cuerpo (el cirro u otros órganos) y son efectuadas ya sea por las parteras o por los sobadores. En este caso los pacientes pueden ser mujeres, hombres y niño/as.

Es importante subrayar que, aunque la sobada tiene un amplio uso también fuera del ciclo reproductivo femenino (sobre todo para componer el cirro) la mujer en edad reproductiva es la persona que más se somete a este masaje, ya que es considerado fundamental en las distintas fases del embarazo.

Hay algunos elementos recurrentes en la ejecución de la práctica:

- El lugar para realizarla es generalmente un rincón aislado de la casa para evitar las miradas indiscretas (sobre todo de los niños);
- El masaje tiene lugar preferentemente muy temprano por la mañana, en ayunas;
- El paciente permanece acostado en el suelo (a menos que se realice al día siguiente del parto, cuando la mujer está acostada en la hamaca);

–Se utiliza una solución oleosa (aceite para bebé) que se unta sobre la parte del cuerpo a masajear;

–Se realiza por etapas: la localización de la posición del órgano por parte de la partera; el lento arrastre del órgano hacia la posición correcta; la presión del órgano con el pulgar o con la palma de la mano para proceder a fijarlo; el masaje en otras partes del cuerpo (piernas, brazos, cuello, cabeza); se puede proceder también al vendaje provisional del vientre para evitar que el órgano afectado se mueva otra vez, especialmente en las sobadas para componer el cirro o el útero.

SOBADA PARA COMPONER EL CIRRO

Cuando el cirro se mueve por una caída o un esfuerzo excesivo, por ejemplo, la persona se enferma. La enfermedad del cirro se considera grave y, según algunas parteras, si no se trata a tiempo puede incluso llevar a la muerte.⁵ Los síntomas del cirro son dolores de estómago, diarrea, vómitos, inapetencia y mala digestión. Normalmente el malestar inicia con acidez de estómago y continúa con ardor en la garganta o *chujkaal* acompañado por una sensación de estómago cerrado que impide que los alimentos sigan su recorrido. Después se presenta diarrea, vómitos y acumulación de gases intestinales:



“El tip'te' es la vena que se desprende del ombligo, se quita de su lugar. Se descomponen en cuatro lugares. El primero es el estómago, y no come uno, no tiene apetito, come dos, tres tortillas y ya les quita, tiene vómito, tiene mucho aire en la barriga. A veces duele. Luego, puede ir abajo, a la derecha, así, uno lo siente y con el dedo, así, así. Si está para este lado, donde hay el intestino, se separa así el intestino y todo se compone así”. (Doña Anita, partera)

“Ese órgano a veces se va a descomponer, a veces se va de lado, a veces arriba o abajo, se mueve mucho en la barriga, parece vivo. Cuando lo agarro está brincando”. (Doña Soco, partera)

“Si uno tiene el cirro, va al doctor y nada. El doctor no sabe, las mujeres van con el doctor y regresan con el ultrasonido, ¡pero en el ultrasonido no se ve! ¡Los

⁵ Véase Quattrocchi, 2004.

doctores no saben nada de eso! En cambio nosotras sí lo componemos. Ellos mismos dicen que hay cosas que nosotras sabemos y ellos no saben". (Doña Sofía, partera)

La cura del cirro se realiza a través de su reposicionamiento. La sobada para reubicar el cirro es una de las prácticas más complicadas de hacer y las parteras aptas para realizarla son muy solicitadas. Doña Anita, por ejemplo, recibe visitas de personas que viven en Mérida o Cancún y que viajan alrededor de 150 km. para someterse al masaje de sus manos.

Las parteras sostienen que para reposicionar el cirro son necesarias tres sobadas: una cada ocho días; aunque aseguran que una o dos pueden ser suficientes para sanar a la persona si la enfermedad no es grave. La sobada inicia con la ubicación del cirro, que se realiza hundiendo el dedo índice en el ombligo de la persona para sentir si está "brincando" en su lugar. Si no es así, la partera palpa el vientre de la persona para encontrarlo. Entonces el órgano es "arrastrado" hacia el centro y fijado con el pulgar que presiona con fuerza sobre el ombligo. Se gira hacia la derecha nueve veces, como prevé la costumbre. El reposicionamiento se verifica por el hecho de que ahora el cirro "brinca" de nuevo debajo del ombligo. A partir de ese momento la persona comenzará a sentirse mejor.

SOBADAS DURANTE EL EMBARAZO

Sobada para componer al bebé

La sobada durante el embarazo es uno de los cuidados más importantes a los que la mujer embarazada debe someterse. La práctica casi no se pone a discusión, ni siquiera por las jóvenes generaciones o por quienes dan a luz en hospital, al contrario, constituye una de las convicciones más firmes en todas las mujeres.



"Soban cuando el niño se va de lado, para que regrese a su lugar en el centro, el bebé. Creo que pasa porque hacemos cosas pesadas, trabajamos y no tenemos cuidado. Yo cuando estaba embarazada del tercer bebé me caí de una silla y tuve que buscar a doña Sofía, porque el bebé estaba descom-puesto, a que regrese al centro al bebé. Y tuvo que componerlo. Y nació bien la niña". (Doña Dulce, madre)

La idea de que el niño se mueve en el vientre materno es un dato fisiológico del que las parteras y las mujeres son conscientes; pero esta movilidad asume una relevancia particular pues se relaciona con la idea general de la movilidad de los órganos y de las partes del cuerpo. Al igual que los órganos internos, también el niño se mueve principalmente por exceso de trabajo de la madre durante el embarazo, por sobreesfuerzos o caídas bruscas.

A partir del tercer o cuarto mes de embarazo, las mujeres acuden una vez al mes a la partera para asegurarse que su

bebé se encuentre en la posición correcta, es decir, en el centro del vientre y con orientación cefálica. Para diagnosticar su posición, las parteras presionan el vientre de la mujer y detectan la cabecita. Si está ubicada a la derecha, a la izquierda, arriba o abajo con respecto al ombligo, es necesario componer al bebé; es decir, llevarlo hacia el centro del vientre con la cabeza hacia abajo. El reposicionamiento se produce a través de la manipulación y arrastre del bebé, y puede durar cuarenta minutos o más.

Al igual que las otras sobadas, la que se efectúa para componer al bebé se hace en el suelo, sobre un cobertor o una sábana. La mujer se recuesta en posición supina y la partera se ubica a su lado, sentada sobre un banquillo. La partera se unge las manos con un poco de aceite e inicia diagnosticando la posición. Luego procede con el arrastre. La sesión comprende también un masaje en otras zonas: le levanta las piernas para que pueda masajearlas de abajo hacia arriba. Luego siguen los brazos, los hombros, la espalda y la cabeza que se hace rotar hacia la derecha y hacia la izquierda. Se trata de una especie de *stretching* de los músculos, que las mujeres encuentran relajante y desfatigante.

En general, la sobada mensual tiene un carácter preventivo: las mujeres se someten a la palpación del vientre para saber cómo está el bebé, sin que necesariamente se encuentre fuera de lugar. Aunque la mayoría de las veces las parteras encuentran una posición errada, que se explica por los esfuerzos habituales que la mujer realiza durante sus labores cotidianas. Si la partera localiza al niño en posición central, procede de todos modos a sobar con la intención de mantener la posición. El masaje entonces puede durar menos. En caso de que la mujer haya sufrido una caída severa o haya realizado un esfuerzo no habitual puede recurrir de urgencia a la partera para ver si su niño está bien o si ha cambiado de posición.

Además de reposicionar al niño, la sobada tiene la función de controlar el mantenimiento de la posición cefálica. En algunos casos la partera detecta malas posiciones del bebé, como por ejemplo la podálica o “sentado” o transversal o “atravesado”. Si esto ocurre durante el octavo mes de embarazo, que es cuando el niño adquiere la posición al nacer, ya no se trata de un caso manipulable a través de la sobada, sino de un hecho que requerirá un parto hospitalario.



La palpación del vientre tiene, en este sentido, una importante función diagnóstica y de sostén emotivo para la mujer, pues por una parte hay un control orgánico sobre la posición adecuada del bebé; por otra, la seguridad del buen desarrollo de su embarazo. Durante la sobada la mujer y la partera tienen la oportunidad de hablar del parto y de la gestación en curso. Se trata de un momento absolutamente íntimo, en el que los saberes ligados al cuerpo y a la salud reproductiva son transmitidos,

reelaborados y comparados. Uno de los temas más comentados es la cesárea. El mantenimiento de la posición correcta que, en la percepción de las mujeres, está estrechamente ligada a la ejecución de la sobada, significa una alta probabilidad de parir de manera natural, sin tener que recurrir a la intervención quirúrgica que representa uno de los temores más difundidos de las mujeres yucatecas.

Generalmente las parteras afirman que pueden detectar la posición cefálica del niño desde el cuarto mes del embarazo y, en general, garantizan un parto normal a la mayoría de las pacientes. En los últimos meses de gestación la vigilancia a la posición cefálica es siempre mayor. Durante este período, en caso de que la posición sea normal, se considera que la sobada sirve sólo para preservarla. En caso contrario, las parteras proceden de manera diferente, según su propia experiencia. La mayor parte de ellas se declaran impotentes ante un bebé que viene “atravesado”, avisan entonces a los parientes que será necesario que el parto se realice en el hospital. Algunas parteras ancianas, en cambio, sostienen que tienen la capacidad de volver al niño a la posición cefálica o de lograr la expulsión incluso si su posición es incorrecta. Afirman que antes que llegaran los médicos al pueblo la partera tenía que enfrentar cualquier emergencia; o sea que sus madres y abuelas eran capaces de proceder, aun en casos difíciles. Pero agregan que ahora la mujer en esas circunstancias es llevada al hospital.

Se considera que someterse a la sobada regularmente trae ventajas a la mujer no sólo durante el embarazo, sino también en el momento del parto, procurando un parto raído y menos doloroso. Además no habrá riesgo de que la salida de la placenta se demore o que “se pegue” a cualquier otro órgano o parte del cuerpo, poniendo en peligro la vida misma de la mujer. Someterse de modo frecuente a la sobada también ayuda a evitar las amenazas de aborto. La eficacia de la sobada es valorada también a posteriori: si la mujer presenta algunas dificultades durante el parto se le atribuye a no haberse sometido regularmente al masaje.

La sobada para componer al niño es, por lo tanto, una práctica compleja que cumple distintas funciones: la de “posicionar”, la de “mantener” y la de “prevenir”. Es una forma de control físico y al mismo tiempo de control simbólico de la salud de la mujer y del bebé. Sometiéndose con regularidad a la sobada, las mujeres permiten efectivamente que el ojo experto de las parteras vigile el desarrollo del embarazo y al mismo tiempo se mitiguen psicológicamente temores difundidos como el de la cesárea, el del aborto o el de un parto con complicaciones. La sobada es, desde esta perspectiva, un mecanismo importante de sostén emotivo que evita que las mujeres tengan que afrontar situaciones de angustia (Jordan, 1983, 1989; Good, 1995). Esto es uno de los motivos de su persistencia aunque existen otros. Se trata de la función preventiva de la sobada durante la gestación y su rol en las relaciones entre medicina local y sistema nacional de salud; aspectos que más profundizaremos en nuestras conclusiones.

SOBADAS DURANTE EL PUERPERIO

El trabajo de la partera no termina con el nacimiento del bebé, continúa durante los ocho días sucesivos al parto y, a veces, hasta cuarenta días después. Durante este período el cuerpo de la puérpera es considerado “caliente, abierto” y “descompuesto y tierno”. Devolver el cuerpo de la mujer a la normalidad es deber de la partera, que informa a la puérpera de algunas prohibiciones alimenticias y de comportamiento⁶: evitar los “vientos de lluvia”, evitar el consumo de alimentos considerados “fríos” o levantar cosas pesadas y someterse a diferentes sobadas. Al día siguiente del parto se lleva a cabo una primera sobada para iniciar el proceso de “recomposición general” del cuerpo; al tercer día la sobada se lleva a cabo para “recomponer” los órganos y

⁶ Véase Quattrocchi, 2006.

levantar el útero; al octavo día el cuerpo es “cerrado” para que la mujer salga de la condición de apertura que el parto le ha ocasionado. A los cuarenta días se produce la recomposición total del cuerpo.

El objetivo final de todas las sobadas es “componer” el cuerpo de la mujer y algunos órganos que se perciben como “fuera de lugar” y “en desorden” a causa del esfuerzo realizado durante el parto. Los órganos más afectados son el útero y el cirro. Durante el parto, de hecho, el útero se baja y el cirro se desplaza.

Sobada al día siguiente del parto

Al día siguiente del parto la partera va a casa de la puérpera para bañar al bebé y a desinfectar el resto de su cordón umbilical. También baña a la mujer con agua tibia (a menudo se ponen en el agua hojas de distintas plantas que se consideran “calientes”) para relajar el cuerpo, especialmente sobre los senos y el vientre, y favorecer la bajada de la leche. La temperatura del agua nunca debe estar muy caliente o fría, con el fin de evitar que la mujer sufra cambios repentinos de temperatura que puedan alterar el equilibrio de su cuerpo que se está lentamente recuperando.

El hecho de que la mujer embarazada o puérpera sea percibida como “caliente” hace referencia, una vez más, a una temperatura simbólica y no real, y entra en una concepción del cuerpo en el que los conceptos de equilibrio y de equilibrio térmico son fundamentales. El estado de calor ligado al embarazo y al parto se pone en relación directa con la sangre, elemento percibido como “caliente” por excelencia. Las parteras afirman que la sangre retenida en el cuerpo de la mujer durante los nueve meses de embarazo “calienta” el cuerpo de la mujer, la cual volverá gradualmente al estado normal de “frialdad” sólo después de los ocho días del período puerperal. El estado de “calor” en el que se encuentra la mujer, obviamente, no le permite entrar en contacto con elementos “fríos” como ciertos alimentos, el agua fría o los “vientos de lluvia”, mismos que podrían alterar bruscamente su estado térmico.

Durante la primera visita, la partera efectúa una sobada muy ligera, pues el útero de la mujer está todavía inflamado y no debe hacer grandes esfuerzos. Por lo tanto, sólo se realiza un ligero masaje sobre el vientre, los brazos y el pecho, este último para facilitar la bajada de la leche. También pueden masajearse las piernas pero sin levantarlas. El objetivo de esta primera sobada es iniciar gradualmente la “recomposición” del cuerpo, que continuará de manera más enérgica en las sobadas sucesivas. La duración de este primer masaje es de unos diez minutos. La mujer no se tiende en el suelo, permanece en la hamaca, donde reposa hasta que no retome sus actividades cotidianas.

Sobada al tercer día después del parto

El tercer día la madre recibe su primer baño completo con agua tibia en la cual la partera agrega hojas de distintas plantas “calientes”. Después del baño se realiza la sobada, que se inicia localizando la posición del cirro y del útero para comenzar su reposicionamiento. Este masaje, a diferencia del que se hace al día siguiente del parto, es más enérgico pues se considera que es el momento en que los órganos deben ser regresados a su posición correcta. Una vez ubicado el cirro se procede a arrastrarlo hacia el ombligo. Las modalidades de esta manipulación son similares a las descritas anteriormente para componer el cirro, aunque la presión de las manos es menor y los tiempos de ejecución pueden ser repartidos gradualmente en distintas sesiones, dentro de los ocho días previstos. Después se procede a subir el útero; para ello, la mujer se tiende en el suelo en posición supina pero con las piernas flexionadas. Debajo de la espalda se le pone una almohada para levantar la pelvis. Así, la partera coloca una mano en la parte baja del vientre de la mujer y la otra en los glúteos o en la zona sacro-lumbar. Una vez que ubica la posición del útero, procede a subirlo presionando fuertemente con las palmas de las manos y lo arrastra hacia la posición

que se considera correcta. La sesión dura unos treinta minutos. Al final, la partera venda el vientre de la mujer con un pedazo de tela para evitar que el útero baje de nuevo. La venda se lleva aproximadamente durante un mes.

Sobada a los ocho días después del parto

La sobada al octavo día después del parto es la más importante, pues el cirro de la mujer está “en desorden” y su cuerpo, aunque parcialmente “recompuesto” con el masaje del tercer día, debe ser restablecido definitivamente. Esta sobada se complementa con otra técnica que tiene como fin “cerrar” el cuerpo de la puérpera, que se encuentra abierto a causa del parto. Los vocablos empleados para esta acción son los verbos “apretar” (presionar, comprimir) y “amarrar” (atar, asegurar). Ambos términos se usan como sinónimos, aunque el más frecuente es “amarrar”, por lo tanto la sobada del octavo día es conocida en español como “amarrada”. En lengua maya se utiliza, en cambio, la expresión *k’aax yoot’*, en la que *k’aax* significa “amarrar”, “apretar” y *yoot’*, “sobar”, “sobada”. Es la única sobada en que la partera no utiliza sus manos para comprimir el cuerpo de la mujer, sino una sábana o su propio rebozo. La sobada consiste en envolver y presionar gradualmente las distintas partes del cuerpo de la puérpera.



Se inicia en la cabeza que se envuelve en el rebozo y se tira de las dos extremidades para comprimirla lo más que se pueda. Para apretar con fuerza generalmente se pide ayuda a la suegra o a cualquier otra persona adulta. La presión dura varios minutos y luego se procede con otra parte del cuerpo. La sobada tiene lugar de arriba hacia abajo, nunca en sentido contrario, por lo tanto, después de la frente, se procede a apretar alrededor de los hombros y de los senos, luego se sigue hacia la parte alta del vientre, evitando la parte baja que aún está inflamada a causa del nacimiento. Posteriormente se continúa con los muslos, las rodillas, hasta llegar a los tobillos y los pies. Esta presión cierra definitivamente el cuerpo, protegiéndolo de la introducción de elementos extraños y negativos, como los “aires” y los “vientos”; al mismo tiempo que recompone todo el organismo, evitando que sus partes se muevan de nuevo.

Sobada a los cuarentas días

En lengua maya esta sobada es llamada *nojoch yoot'*, donde el término *nojoch* significa "grande". Es, entonces, la gran sobada, la conclusiva, cuyo objetivo es el de componer definitivamente el cuerpo de la mujer y el cirro. Es más vigorosa que las anteriores y se lleva a cabo algunas semanas después del parto cuando la mujer ya puede levantar las piernas y los brazos sin dificultad. Se procede enérgicamente a estirar las piernas y los brazos, que son alzados, flexionados y movidos con fuerza. La "gran sobada" dura unos cuarenta o cincuenta minutos y resume todas las funciones de las sobadas precedentes: recompone, comprime, realinea, pero también relaja el cuerpo de la mujer y, sobre todo, marca simbólicamente su retorno a un estado de normalidad.

No todas las mujeres se someten a la sobada del día cuarenta y las mismas parteras a veces no la consideran tan importante como la de los ocho días después del parto. Si la mujer lo desea, la partera estará en disposición de hacerla, de lo contrario su trabajo se considera terminado el octavo día después del parto.

SOBADA PARA EL PASMO

El término castellano "pasma" es utilizado por los habitantes de Kaua de acuerdo a dos acepciones: "tener el pasmo" que, como veremos, se trata de una enfermedad exclusivamente femenina. Por otra parte se puede afirmar que cualquier órgano o parte del propio cuerpo "está pasmada", indicando una condición que supone una serie de distintos disturbios. En ambas acepciones el término "pasma" está ligado a un estado de "frialidad", llamado en lengua maya *síis*, que significa, justamente, "frío".

La idea compartida es que el pasmo provoca una pérdida del equilibrio térmico del cuerpo que, como sabemos, remite al balance entre elementos calientes y fríos. Esto significa que la persona que sufre de pasmo o tiene alguna parte del cuerpo pasmada ha entrado necesariamente en contacto con elementos "fríos" en un momento en el que se encontraba en una condición "caliente".

En Kaua no es común escuchar hablar de pasmo para indicar un estado físico o una enfermedad que no estuviera ligada a la esterilidad femenina. El cirro del hombre, por ejemplo, puede encontrarse en una condición de pasmo cuando en estado caluroso vuelve de trabajar en la milpa e ingiere bebidas frías. La mayoría de las veces el término "pasma" es utilizado, no tanto como condición, sino como una enfermedad típicamente femenina. En este sentido, el pasmo es explicado con la expresión "frialidad en la sangre".⁷ Se trata de un enfriamiento simbólico de la sangre menstrual de la mujer que le impide quedar embarazada, a pesar de que su ciclo pueda ser regular. Del mismo modo que para el cirro, podríamos decir que la sangre "está pasmada", pero es una manera de expresarse que no aparece en los discursos de las mujeres de Kaua. Cuando se habla de frialidad que tiene que ver con la reproducción, se trata de enfermedad del pasmo y nada más.

La enfermedad se debe por no haber respetado las prohibiciones alimenticias y de comportamiento, previstos durante los días del período menstrual; se trata de disposiciones que remiten a la división de alimentos y sustancias en "calientes" y "fríos". Otra vez se refiere que la sangre menstrual, considerada caliente, no debe estar en contacto con elementos fríos que puedan perturbar el equilibrio térmico del cuerpo y el bienestar de la persona. Durante el período menstrual es necesario abstenerse en particular de ingerir limón, naranja agria y bebidas heladas, y evitar el contacto físico con agua fría. Algunas mujeres se muestran escépticas con respecto a la "peligrosidad" de tales alimentos y comportamientos, afirmando haber observado a algún pariente infringir las reglas, o haberlo hecho ellas mismas, sin consecuencias:

⁷ En lengua maya yucateca la expresión *síis u k'íik'el*, significa literalmente "su sangre está fría".

“Antes sí. Ahora no. Mi hija ya no. Ahora se levantan, se bañan, en el hospital toman helados, toman refrescos. Mi hija así lo hizo y veo que después de dos años se queda embarazada otra vez. Por eso no es cierto que viene el pasmo con el frío”. (Doña Soco)

A pesar de esto, los conocimientos sobre las causas y consecuencias del pasmo son muy difundidos y las mujeres siempre hablan de él con preocupación. El pasmo es considerado una enfermedad muy seria y algunas parteras afirman que, si la “frialidad” en la mujer no es curada, no sólo puede quedar estéril sino que, en los casos más graves, puede también morir. A menudo las mujeres recurren a la partera después de haber intuido la posibilidad de estar pasmada. Los síntomas que pueden indicar la “frialidad en la sangre” son, por ejemplo, el color oscuro de la sangre menstrual; el hecho de que ésta quede impregnada por largo tiempo en los trapos que usan durante el periodo menstrual aun después de haberlos lavado; un período o sangrado doloroso o molesto; y no quedar embarazada.

El diagnóstico es hecho por la partera, que inspecciona el color y consistencia de la sangre: si es rojo vivo (*chak* en lengua maya) se considera “normal” o “fuerte”, pero si la sangre presenta un color rojo oscuro o negro es considerada “débil” o “enferma” y es cuando la mujer tiene el pasmo. Para verificar el color de la sangre algunas parteras ponen una pequeña cantidad sobre un pedazo de tela blanca, otras utilizan un “cristal”⁸:

“Primero tiene que checarle la sangre y después la cura. Cuando se baja su sangrado agarro un poco de sangre y lo pongo en un cristal, echo un poco de sal: si la sangre queda bien roja tengo que curarla con agua hervida, si la sangre queda negra, con agua fría. Necesita mirar la sangre porque si tiene que curarla con agua hervida y le echo agua fría se va a morir la señora, porque sale más calida. Primero checo su sangre y si está negro con agua fría la curo. Si está rojo con agua hirviendo. Se llama pasmo esto. En el agua echo hierbas, tiene que buscarlas uno. La mujer tiene que tomarla y bañarse el cuerpo. Yo preparo tres botellas para tres días, una cada día. Y tiene que bañarse. Hay señoras que ya son nueve meses que no ven su menstruación, toman la medicina y después de algunos días ya tienen otra vez”. (Doña Juanita, partera)

“Ese pasmo existe, yo lo vi con mi hermana. Ella tenía mucho dolor cuando tenía sus reglas. Entonces mi mamá preparó una medicina porque conocía un poco las hierbas: nueve hojas de *chalché* o Santa María, anís de la miel blanca, se echa todo en el comal con un poco de pimienta y sal. Mi hermana no quería tomarla, pero debe tomarla, “si no” –dice mi mamá– “no vas a tener hijos”. Entonces la tomó para tres o cuatro veces cuando tenía sus reglas y ya no le dolía su menstruación. Y también la ropa estaba húmeda porque la frialidad salió de su cuerpo. Antes tenía sangre negra”. (Doña Wilma, enfermera)

Si se diagnostica un pasmo, la terapia prevé la utilización de preparados a base de plantas medicinales consideradas “calientes” y un ciclo de sobadas. No todas las parteras son capaces de preparar las medicinas y ésta constituye otra de las capacidades que definen, ante los ojos de la comunidad, a una buena partera. Normalmente las *sobadas* se llevan a cabo mientras toman la medicina y en general se considera que tres pueden ser suficientes. La sobada dura alrededor de una hora y abarca la zona del vientre, sobre todo debajo del vientre. Se cree que con la manipulación del vientre y de los órganos internos que tienen que ver con la reproducción, como el útero, se logra una especie de recalentamiento que ayuda a combatir la frialidad padecida. La frialidad provoca, de hecho, un estado de desorden

⁸ Muchos terapeutas suelen utilizar con fines adivinatorios o diagnósticos pequeñas piedras naturales de formas o colores particulares, llamados *cristal* en español o *sastun* en lengua maya.

general dentro del cuerpo y al mismo tiempo una especie de bloqueo del normal proceso reproductivo, que debe ser reactivado y puesto en marcha. Durante la sobada se controla, además, la posición del útero y, si se encuentra fuera de lugar, se procede a su reposicionamiento.

La convicción general es que los médicos no pueden curar la “enfermedad del pasmo” ni están en condiciones de diagnosticarla. Si alguien sufre esta enfermedad, entonces, no se dirige al hospital o al centro de salud, busca a una buena partera. Por otro lado, tienen presente que la mujer a veces no puede quedar embarazada por otros motivos, algunos relativos al saber biomédico. Para definir estos últimos se usa generalmente el término “naturaleza”, o bien “anemia”.

SOBADA PARA EL “FALLO DE MATRIZ”

Otra causa que impide la concepción y para la que se emplea la sobada como práctica terapéutica es el llamado “fallo de matriz”. Para comprender su significado debemos tomar en consideración, una vez más, la idea de la movilidad de los órganos internos. Como otros órganos, también el útero puede desviarse a un lugar distinto del habitual, volviendo imposible la fecundación. El movimiento del útero puede producirse de dos modos: el órgano se desplaza poniéndose de lado, arriba o debajo de su lugar, o puede girar invirtiéndose completamente e impidiendo que el esperma llegue al útero:

“Yo veo el cuerpo de la mujer, la agarro y veo cómo es. Es culpa de la matriz, porque la matriz está así, aquí está el cuello de la matriz, cuando el hombre echa afuera el líquido, ese líquido puede ir directo a la matriz, pero si la matriz está girada o de lado, el hombre echa el líquido pero no puede entrar. Así no puede quedarse embarazada la señora. No puede, porque el líquido no va a la matriz, por eso digo yo. Yo sé cómo es”. (Doña Soco)

Las causas del desplazamiento o de la inversión del útero remiten una vez más a un esfuerzo físico. Cuando la mujer trabaja demasiado, se cae o se somete a movimientos bruscos, su cuerpo puede sufrir un contragolpe y sus órganos internos pueden quedar repentinamente en desorden. La terapia consiste en “componer la matriz”, o sea ponerla en el lugar correcto a través de dos o tres sobadas. Realizar este tipo de sobada es bastante difícil, una vez más, se trata de un saber especializado que quien lo posee se defiende de competidores y detractores. Se considera, por ejemplo, que los médicos no conocen las causas y modalidades de tratamiento para esta enfermedad, por lo que las personas se dirigen directamente con el terapeuta local. A veces la sobada se acompaña también con una medicina “caliente”, pero mientras que en el pasmo el suministro de la medicina resulta esencial, en este caso la sobada es la práctica terapéutica más importante:

“Si está mal su matriz, necesita sobarla, a veces está de lado su matriz. Se dan medicinas de maguey [Agave] uno tiene que sancocharla, el maguey es caliente y la mujer tiene que ponérselo abajo, no lo toma, lo pone abajo después que la soban. Con la sobada ya puede tener hijos”. (Doña Anita)

Para “componer la matriz” las parteras piden a la mujer recostarse en el suelo, como para cualquier otra sobada, pero le ponen debajo de la espalda un cobertor de modo que la parte baja del vientre quede en posición ligeramente alzada, como cuando se procede a “levantar” el útero después del parto. Si la partera encuentra el útero bajo, el procedimiento que sigue es el mismo que el de la fase puerperal: el órgano es desplazado hacia la zona alta del vientre y luego, con movimientos y

presiones circulares del puño o de la palma de la mano es “fijado”. Si el útero se encuentra bajo o “de lado” el tratamiento será similar. Si el útero hubiera “girado”, la sobada debe volverlo a la posición correcta a través de movimientos circulares y semicirculares. Las manos se hunden en el vientre de la mujer y el útero es aferrado – agarrado es la expresión utilizada por las parteras– tratando de girarlo con movimientos vigorosos de modo que la posición sea nuevamente la adecuada para recibir el semen. Esta sobada dura alrededor de cuarenta a cincuenta minutos.

SOBADA DESPUÉS DE UN ABORTO ESPONTÁNEO

El mayor temor de una mujer encinta es el de sufrir una amenaza de aborto. Entre los motivos más frecuentes están el no haber satisfecho un “antojo” alimenticio, el haberse caído o haber levantado cosas pesadas o el haberse asustado por el encuentro con un animal o una persona inesperada o por un evento desagradable. Si las amenazas no son consideradas tan graves, se recurre a la partera, quien suministra un preparado a base de plantas o efectúa una terapia simbólico-ritual. Hace hervir, por ejemplo, una cadena de oro o el brazalete de la mujer y luego hace beber el agua en la que los objetos estuvieron sumergidos. En los casos más graves, la mujer es llevada al hospital. Si la mujer aborta, una vez que vuelve a su casa deberá someterse a los ocho días a una sobada que tiene el objetivo de volver su cuerpo a la normalidad.

El término aborto se refiere en lengua maya con la expresión *emsaj aal* “ha bajado el niño” o *uchi’ loob ti’ na’* “ha ocurrido un accidente a la madre”, mientras que en español se usa la expresión “ya se bajó el niño”. La idea de “caída” es útil para comprender por qué durante la sobada que “compone” el cuerpo de la mujer, el útero debe ser “alzado”. Se considera, de hecho, que el aborto provoca el descenso del útero. La sobada es similar a la efectuada después del parto. La pelvis de la mujer, puesta en posición supina sobre el piso, es elevada con un montón de telas que la partera coloca debajo de su espalda, empieza entonces a levantar el órgano. La mayoría de las parteras afirma que esta sobada se efectúa sólo en caso de un aborto espontáneo y no en el de un aborto provocado, en el cual, sostienen, no les interesa aplicar la terapia.⁹

SOBADAS PARA COMPONER OTROS ÓRGANOS

Describimos ahora brevemente otras sobadas que no están relacionadas con el ciclo reproductivo femenino pero cuyo conocimiento es útil para comprender la complejidad de esta práctica. Se trata de sobadas que se relacionan con otros órganos o partes del cuerpo, como la barriga (en lengua maya *nak’*), el intestino (*chooch*), los tendones (*xiich’*), o el “vaso de orina” (*u baasoil wiix*), y que pueden referirse a hombres, mujeres y niños. Éstas duran generalmente menos que las otras, en promedio treinta minutos.

Antes de presentarlas, es importante recordar que en algunos casos, en la traducción literal del nombre de una parte del cuerpo (de la lengua maya yucateca al español), algunas denominaciones pueden no tener correspondencia con las mismas partes fisiológicas. Otras veces nos encontramos frente a un problema no sólo de orden terminológico, sino al hecho de que la concepción de las anatomías y las fisiologías pueden ser muy distintas. Cuando nos acercamos a saberes médicos distintos es necesario tener conciencia de la diversidad de los principios clasificadores y de las dimensiones etiológicas de éstos con respecto al discurso médico científico.

⁹ El aborto inducido es considerado un pecado y constituye una de las acusaciones profesionales más graves que una partera puede recibir. Por lo tanto, es bastante difícil discutir esto con las parteras. Todas declaran que algunas colegas de algún pueblo yucateco perdido es capaz de provocarlo, pero que ellas, en primera persona, no están interesadas en hacerlo.

En la óptica de una comprensión de modelos explicativos diferentes de lo que se entiende por salud y por enfermedad, la prioridad no es tratar de reconducir forzosamente las “otras” categorías a las biomédicas (a veces es una práctica que se torna imposible), sino que se intenta comprender el significado de las mismas desde un punto de vista interno. El mismo discurso puede hacerse también en relación con la denominación de las varias partes del cuerpo que pueden no corresponder en la sustancia, aun cuando correspondan en la terminología.¹⁰

Por ejemplo, parece intuirse que con el término maya *choochel*, traducido en español como “intestino”, se indica en realidad no sólo al órgano así designado por la biomedicina, sino a una parte del cuerpo más amplia. El mismo término *nak'* –que indica “barriga”– parece estar referida a partes de cuerpo distintas, a veces al vientre, a veces al estómago. ¿Qué decir, entonces, de partes del cuerpo menos localizables en un único órgano, como el *chuun nak'*, que refiere al “tronco” de la barriga o la parte baja de la barriga? No teniendo la información etnográfica suficiente para poder formular hipótesis con respecto a la diversa anatomía y fisiología a la cual los términos se refieren creemos, en definitiva, que debemos dejar la cuestión abierta a discusiones. Pero sí evidenciamos la necesidad de reflexionar sobre el hecho de que las categorías fisiológicas, diagnósticas y terapéuticas de la biomedicina –no obstante hayan nacido dentro de un discurso científico que se considera “objetivo” y universalmente válido– no siempre son aplicables acríticamente a sistemas médicos diversos.

La barriga ladeada: *tséel u nak'*

La expresión maya *tséel u nak'* significa que “la barriga está de lado”. Según los habitantes de Kaua, el movimiento de esta parte del cuerpo hacia la derecha o hacia la izquierda representa una enfermedad con síntomas tales como fuertes dolores de barriga y diarrea. Otra expresión usada en español para indicar la misma condición es que “la barriga se cae”. La sobada que se efectúa para reposicionar la barriga es considerada como bastante fácil de aprender y hasta las parteras menos expertas pueden realizarla.



¹⁰ Para estos aspectos véase el trabajo de Lupo 1998, 2001.

“Si un bebé se cae, la tripa se pone de lado, *tséel u nak'*, le dicen, tuerce, se gira, entonces uno lo talla. A veces lo llevan con el doctor, pero no es de los doctores. Yo tallo a los bebés, también tallo a mi hijo y ya no tiene diarrea”. (Doña Lupe, partera aprendiz)

Las modalidades de esta sobada son similares a las realizadas para otras. El paciente es acostado en el suelo y se procede primero a detectar la posición del órgano y luego a arrastrarlo hacia su exacta colocación. La sobada dura unos treinta o cuarenta minutos y puede ser suficiente una sola sesión.

El intestino ladeado: *tséel u chooch*

El término maya *chooch* es traducido por las parteras que hablan español como “intestino”. Este órgano puede, como otros, desplazarse a un lugar distinto del que le es propio causando diarrea, vómitos y fiebre. Cuando la diarrea se debe al movimiento del *chooch* y no a otras causas, ésta es de color claro y olor delicado, como a rosa. Para reposicionar el intestino la partera ejecuta una *sobada* sobre el vientre de la persona.

El “vaso de la orina”

Cuando una persona orina demasiado durante el día o la noche, o bien cuando un niño considerado grande continúa orinándose durante la noche en su hamaca, se cree que hay un movimiento del “vaso de la orina” (*u baasoil wiix*), aparentemente es el órgano correspondiente a la vejiga. Se considera que el “vaso de la orina” ha descendido y es necesario que la partera lo levante a través de la sobada. El “vaso de la orina” se encuentra según algunas parteras, en la parte baja de la espalda, en el lado derecho.

Los tendones: *xiich'*

El término maya *xiich'* es traducido al español por los habitantes de Kaua como “tendón”. El *xiich'* principal es considerado el de la columna vertebral. El movimiento de los distintos tendones o de la columna provoca dolorosos disturbios que las parteras pueden corregir a través de las sobadas. El movimiento de los órganos llamados *xiich'* se debe, una vez más, a esfuerzos excesivos o a una caída:

“Aquí en la columna hay los tendones que se pueden descomponer. Son *xiich'*, así los llamamos, hay varios. Las venas es donde corre la sangre y los tendones allí están también, donde hay los huesos. Una vez un señor de acá se cayó en el pozo y cuando lo sacaron no puede sentarse: eran los huesos, se quebró los huesos de la columna y los pies se secaron y nunca caminó otra vez. En cambio el *xiich'* tallándolo sí se compone. Tiene dolor, se siente feo uno, tiene dolor. Es en el tendón principal de la espalda, así lo llamamos. Esto sí puedo componerlo”. (Doña Anita).

SOBADA PARA EL EMPACHO

El “empacho”¹¹ afecta a las personas que han comido demasiado o mal. También en este caso no nos parece correcto reducir la sintomatología o la etiología de esta enfermedad a categorías biomédicas, como sería el caso de una indigestión. La ingestión de una cantidad excesiva de alimento, la prisa y la ingesta de alimentos fríos

¹¹ Véase Campos, 2000.

son características comunes de los casos de *empacho* y remiten a concepciones diferentes, ligadas, una vez más a una idea de salud basada en los conceptos de equilibrio y de equilibrio térmico.

El exceso (en este caso de alimentos) es una de las modalidades a través de las cuales se rompe el delicado equilibrio que rige el buen funcionamiento del cuerpo humano. Los habitantes de Kaua consideran que cuando una persona sigue comiendo antes de que el proceso de digestión haya terminado, por ejemplo, cuando come demasiado pronto por una segunda ocasión, el nuevo alimento no logra seguir su recorrido y el estómago se empacha. Podríamos presumir que el proceso de digestión que se encuentra aún en curso (y reconocido como “caliente”) es interrumpido por una segunda porción de alimentos, el cual se presenta como elemento de ruptura y provoca una especie de bloqueo del proceso de digestión. En este caso, el alimento introducido parece ser considerado “frío” no tanto por su cualidad térmica o simbólica, sino justamente porque es ajeno al proceso ya en curso. La digestión, justamente en virtud de su dinámica, es un proceso reconocido como “caliente” por diferentes grupos étnicos mesoamericanos. López Austin (1996) afirma al respecto que entre los nahuas la digestión era imaginada como un proceso a través del cual los alimentos se cocinaban.

El testimonio de la partera Doña Sofía, que presento a continuación y que es similar a otros recogidos en Kaua, remite, en efecto, al equilibrio entre elementos calientes y fríos:

“Aunque ya que le doy de comer al niño, a rato le doy el pecho así, otra vez, como va digestionando la comida y pone otro encima, ocasiona que se echa a perder la comida que tiene por dentro, que ya tienen echa... te imaginas, hasta por una comida en la olla... si ya la herviste bien, le echas otra comida fría encima... ¿Qué es lo que va a pasar? Entonces así en la barriguita. Ya tiene su comida digestionándose y le pone otra encima. Lo que le ocasiona es que se echa a perder, y eso le ocasiona la diarrea y el vómito porque no sabe donde pasar”.

La partera puede reconocer a un niño empachado por el color y el olor de su diarrea. Esta diarrea, efectivamente es muy fétida y tiene un color amarillo.¹² Si el diagnóstico es de empacho y el paciente es un niño, las parteras normalmente recurren a un lavado rectal con agua y hojas de distintas plantas (epazote, hierbabuena, té de naranja china y limón). Sólo después de estas primeras curaciones se efectúa la sobada, que tiene el objetivo de “calentar” el cuerpo del niño y de poner en marcha los órganos del aparato digestivo. La similitud con las ideas que se refieren al pasmo es evidente.

Tres días después de la primera sobada la madre debe llevar al niño con la partera para que realice un segundo lavado rectal y una posterior sobada. Esta segunda sobada es diferente de la primera. El niño es puesto en posición inclinada y la partera da pequeños golpes continuos sobre su espalda utilizando los lados de las manos. Los golpecitos son veloces y enérgicos y son llamados en lengua maya *jaats' paach*, donde *jaats'* es “golpeteo” y *paach* es “espalda”. Este modo de actuar sobre el cuerpo del paciente sirve para hacer que el “aire” acumulado dentro del cuerpo se vaya. Terminado el masaje sobre la espalda, se efectúa la sobada sobre el vientre. También se verifica la posición del cirro y del “intestino”.

Con esta última sobada se cierra la lista de técnicas de manipulación del cuerpo encontradas durante nuestro trabajo de campo. Imaginamos que hay otras, por ejemplo en el caso de enfermedades o disturbios infantiles o aquellas sobadas para componer los huesos o los ligamentos. Algunos trabajos etnográficos presentan la administración de masajes también durante el trabajo de parto y durante el parto

¹² Según las parteras, el color de la diarrea indica el tipo de enfermedad padecida: si el niño tiene la “barriga de lado” su diarrea es blanca; la diarrea causada por el empacho es amarilla y apesosa; la diarrea causada por el “ojo” es verde, con mucosidad y un olor delicado.

mismo, pero la mayoría de las parteras de Kaua consideran que la última sobada debe tener lugar antes del parto, dado que durante el mismo ya no hay nada que “componer”. Compartimos esta posición y pensamos que los masajes eventualmente desarrollados durante el parto no deben ser considerados *sobadas* en el sentido estricto del término (es decir como acto que compone), sino que son masajes que tienen otras funciones, como las de estimular a la parturienta y hacer el desarrollo del parto menos dificultoso.

ALGUNAS CONSIDERACIONES FINALES: EL SENTIDO DE LA SOBADA

Como hemos visto, entre las sobadas más importantes que se refieren a la salud reproductiva femenina está la sobada prenatal cuya función principal, y causa de su persistencia e importancia, es prevenir y controlar física y psicológicamente el buen desarrollo del embarazo. Al mismo tiempo, la sobada representa para las mujeres un modo de apropiarse cotidianamente de su cuerpo y de mantener en sus propias manos el proceso reproductivo, en un contexto de creciente medicalización del parto en el cual la parturienta se vuelve paciente y el parto, evento médico. La sobada, en cambio, permite inscribir sobre el propio cuerpo –embarazo tras embarazo– la propia historia individual de mujer y de madre, como momento femenino en el que mujer y partera se confrontan. Representa, además, un tiempo fundamental –“el tiempo de la sobada”– en el cual se transmiten los conocimientos locales con respecto al embarazo y al parto y se reelaboran los nuevos conocimientos introducidos por la biomedicina. Al mismo tiempo la sobada es uno de los baluartes utilizados por las parteras en defensa de su propio rol y saber. Las parteras que saben “componer” reivindican explícitamente la superioridad técnica y cognoscitiva derivada de esta capacidad con respecto al personal médico hospitalario que, a menudo, no comprende o no conoce esta práctica. De este saber “exclusivo” las parteras de Kaua son muy conscientes. Los doctores, ciertamente, saben “otras cosas”, con las cuales las primeras no entran en competencia o en pugna. Lo hacen, al contrario, donde el saber médico-científico no es capaz de ofrecer una alternativa terapéutica que responda de manera eficaz a las expectativas de las mujeres. El caso más emblemático de esta especie de estrategia de defensa que las parteras actúan –sea en el plano del discurso o en el plano del trabajo práctico– es el de la afirmación recurrente de que la sobada evita la cesárea.

Sin duda, hoy en día la mayoría de las mujeres yucatecas dan a luz en el hospital, pero muchas, sobre todo las indígenas de las áreas rurales, siguen prefiriendo el parto en casa y la asistencia de la partera. Los motivos que llevan a las mujeres y a sus familias a esta elección son de distintos órdenes: desde las dificultades prácticas, como el transporte o los costos; las lingüísticas y culturales, como el personal de salud que no habla maya; de sexo masculino, que no conoce o respeta las prácticas indígenas, que prohíbe la presencia de parientes durante el parto y que obliga a la posición supina, etcétera. Pero los motivos más referidos por las mujeres por la preferencia de una partera, están ligados al hecho de que las parteras no “te cortan” ni “te pican”.

La “picada” se refiere a la episiotomía mientras que la “cortada” se refiere a la cesárea. Ambas prácticas remiten a un contexto medicalizado del parto y constituyen los temores más fuertes expresados por las mujeres con relación al parto hospitalario. Según el sentido común, parir en el hospital significa necesariamente someterse a una “picada” y, no raramente, también a una “cortada”. Se trata, en efecto, de un temor real: el porcentaje de cesáreas practicadas en los hospitales públicos y en las clínicas

privadas yucatecas es superior al promedio nacional.¹³ Según el personal médico esto se debe a las condiciones de emergencia en que las mujeres indígenas llegan al hospital, en muchos casos, después de la intervención infructuosa de la partera. Sostienen también que la conformación física de las mujeres (pelvis estrecha) hace que a veces el parto vaginal sea difícil. Las parteras, por otra parte, se lamentan del abuso de esta práctica por parte de los médicos:

“Estrecha es cuando el cuerpo es normal, pero el útero es pequeño, el huevecito también. Los doctores dicen que todas están así. En todos mis años tal vez me ha tocado una estrecha. ¡¿Será que en esta época Dios mande todas estrechas?! ¡No lo creo!” (Doña Anita)

Al contrario, ellas creen que los médicos prefieren cortar por motivos de tiempo, pues la espera de un parto natural es más larga; de dinero, ya que el parto por cesárea cuesta más; y, en el caso de los jóvenes médicos practicantes o pasantes, por el miedo o la incapacidad para afrontar el evento:

“Con las parteras el parto es normal, hay sólo partos normales; en cambio, en el hospital te cortan y duele. Las parteras no hacen nada, no cortan, y uno sabe que se alivia bien. En el hospital también si se alivian normales tienes que cortar. El doctor corta también si la señora está bien, para que salga más rápido el bebé. ¡Aunque sea parto normal les hacen la picadura! No, no es sin nada, tienen que llevar su picadura. Aquí muchas, muchas prefieren las parteras. A eso le tienen miedo, sí. En cambio con nosotras no. Nosotras componemos el bebé, las visitamos todos los meses y si el bebé está descompuesto los componemos, una vez y otra vez. Así es”. (Doña Lupe)

Más allá de las opiniones contrastantes de los diversos terapeutas, lo que parece importante destacar es que actualmente “cortar” o “no cortar” representa el límite, real y simbólico, en el que los diferentes saberes referidos al parto dejan de comunicarse. Y donde lo que está en juego no es sólo un modo diferente de venir al mundo o de ejercer una profesión, sino la supervivencia ideológica de la propia visión de las cosas.

La convicción común es que el parto en hospital está estrictamente asociado con una intervención “externa” (los instrumentos quirúrgicos) que incide sobre el desarrollo natural del proceso del nacimiento. Los términos usados para la cesárea y la episiotomía son emblemáticos de esta actitud: “cortar” y “picar” presuponen instrumentos que intervienen sobre el cuerpo de la mujer. Por el contrario, en un parto en la casa, la partera interviene sólo con la “naturalidad” de sus manos. En este sentido, componer, es decir “poner en su lugar”, “recomponer”, es justamente la acción inversa a cortar, o sea a “separar” y a “dividir”.

La verdadera elección que emerge escuchando las narraciones de las parteras y de sus pacientes no es, entonces, tanto entre dar a luz en la propia hamaca o en la camilla de un hospital, sino entre decidir por un parto “natural” o uno “ayudado quirúrgicamente”, con todas las implicaciones ideológicas y culturales que dos modos tan distintos de actuar sobre el cuerpo implican.

En lo concreto tales discursos obran a través de relatos en los que se subraya la capacidad de las parteras de actuar sin necesidad de “cortar” o “picar”, como hacen los médicos, sino que obran sólo con sus manos y poniendo en práctica conocimientos transmitidos a través de generaciones. No sólo durante el parto, sino durante todo el curso del embarazo, al parto normal se llega –como hemos visto– sometiéndose a sobadas regulares que controlan constantemente la posición del bebé.

La manualidad de la sobada es puesta en estrecha relación con la manualidad del parto, en el que no se utilizan instrumentos extraños que puedan “incidir” – metafóricamente, pero también físicamente– en el curso natural de las cosas. Entendiendo el dar a luz como un “evento natural” de la vida femenina y no un “evento

¹³ IMSS Yucatán 38,5%, media nacional 30% (SSY, 2004).

médico”, en el que el cuerpo está integrado en una vivencia social y cultural expresada por los saberes locales sobre la reproducción, la intervención “externa” (y extraña) no parece necesaria en la modalidad de afrontar el parto, sino en casos de emergencia.

Es en el espíritu de esta diversidad, entonces, que la práctica de la sobada encuentra los motivos de su función actual, como práctica física y como discurso ideológico. La manipulación “innatural” que la cesárea provoca no está prevista dentro de una relación con el cuerpo que aún no ha elaborado completamente el proceso de medicalización y que tal vez rechaza sus aspectos extremos, que por otra parte han emergido fuertemente y han sido criticados en las sociedades occidentales. Al contrario, la manipulación “natural” del cuerpo, identificada con la sobada, sigue siendo fundamental, dado que cuadra con una concepción general del organismo que subraya otros aspectos, como el equilibrio de sus partes, el orden interno y la normalidad (entendida no como patología) de procesos fisiológicos complejos, como el parto.

Se trata de un discurso coherente, en el que las parteras se proponen ante sus pacientes y su comunidad no tanto como alternativa al parto hospitalario, sino como una alternativa a la cesárea. El primer caso significaría tal vez tener que competir con demasiados elementos, como la mayor seguridad en caso de riesgo o complicaciones, un menor costo si la pareja posee un seguro médico y, en general, un modelo de vida “urbano” que se está difundiendo rápidamente, sobre todo entre las jóvenes generaciones. El haber centrado la atención en un miedo difundido a nivel de sentido común (la cesárea) ha sido, por el contrario, una estrategia ganadora que ha llevado a la refuncionalización de una práctica antigua en el contexto de la creciente medicalización del proceso reproductivo y a una posibilidad para las parteras de no sucumbir ante las presiones de la práctica médica.

Es en esta compleja intersección de discursos, estrategias y concepciones que debe ser comprendida y contextualizada la práctica de la sobada y su importancia para las mujeres de Kaua. Como decíamos al inicio, la sobada no es sólo una técnica de masaje es, sobre todo, un saber sobre el cuerpo que está relacionado directamente con las ideas de la movilidad de los órganos y de las partes del cuerpo, con el orden, la temperatura, la apertura, etcétera. También es una modalidad de acción a través de la cual ese saber, incorporado en las manos de las parteras, es transmitido generacionalmente de mujer a mujer. Es, además, un discurso político sobre el control del cuerpo como posibilidad de las mujeres de crearse un espacio propio (que consiste en el tiempo y el lugar de las sobadas), en el cual expresan sus propios punto de vista fuera del poder hegemónico (médico, pero también masculino). Es, asimismo, un instrumento de defensa del saber de las parteras en materia reproductiva y una afirmación del saber local en sentido lato con respecto a un saber cada vez más globalizado. Y es, finalmente, un discurso más amplio sobre el tratamiento del cuerpo y de la reproducción.

La oposición entre operación quirúrgica de la cesárea y manualidad de la sobada nos permite de hecho reflexionar sobre una concepción más amplia del ser humano, y tal vez poner en discusión algunos paradigmas del discurso médico-científico. Las parteras sostienen que la sobada debe ser completa, es decir extenderse también a los miembros inferiores y superiores, a la cabeza, a los hombros y a la espalda. Lo que interesa es restituir el equilibrio a todo el organismo y no sólo reposicionar el órgano descompuesto. Al contrario, la operación quirúrgica se produce en una zona circunscrita del cuerpo y remite a una concepción organicista del mismo, que a veces no considera la dimensión sociocultural de la enfermedad o la totalidad de la persona como unión de mente y cuerpo. Discurso interesante y estimulante, que seguramente no nos esperamos de una “simple creencia”.

Imaginamos que otras prácticas “tradicionales”, “indígenas”, no convencionales, etcétera, en el caso de que fueran mejor conocidas y comprendidas, podrían mostrar igual riqueza de significados y también invitarnos a una reflexión sobre las diversas modalidades de concebir la salud y la enfermedad y sobre la necesidad de modelos de

salud alternativos y pluralistas que no excluyan *a priori* prácticas y saberes sólo porque no corresponden a los paradigmas compartidos por la comunidad científica.

Si con este breve trabajo lográramos, aunque sea mínimamente, estimular el interés de los que obran o se preparan para obrar en el sector sanitario a acercarse a los conocimientos y a los saberes médicos diferentes con una perspectiva que permita considerarlos igualmente eficaces, legítimos, coherentes, válidos y significativos que los que pertenecen al sistema biomédico institucional, podremos decir que hemos alcanzado nuestro cometido.

BIBLIOGRAFÍA

Appel Kunow, Marianna (2003) *Maya Medicine. Traditional Healing in Yucatan*, University Press of New Mexico, Albuquerque.

Bastarrachea, Juan y Jorge Canto, Coords. (2003) *Diccionario maya popular*. Maya-Español, Español-Maya. Gobierno del Estado de Yucatán, INAH, Academia de la Lengua Maya, UADY, Mérida, Yucatán, México.

Barrera Vásquez, Alfredo (Ed.) (1980) *Diccionario Maya-Cordemex: Maya-Español*.

Campos Navarro, Roberto (Ed.) (2000) *El empacho en la medicina mexicana. Antología (Siglos XVI-XX)*, Instituto Nacional Indigenista.

Cooper, M. L. (1993) *The role of massage healing in Cenotillo*, M.A. Thesis, Latin American Studies, University of Florida, Miami.

Cosminsky, Sheila (1982a) *Knowledge and body Concepts of guatemalan Midwives*, en Mary Artschwager Kay (Coord), *Anthropology of human birth*, F.A. Davis Company, Philadelphia: 233-252.

____ (1982b) *Childbirth and Change: a Guatemalan Study*, en P. C. Mac Cormack (Coord.) *The Ethnography of Fertility and Birth*, London Academic Press, London: 205-229.

Elmendorf, Mary (1973) *La mujer maya y el cambio*, SepSetentas, México.

Favier, Anelisse. (1984) "Parto y tradición", en F. Anda Vela (Ed.) *Capitalismo y Vida Rural en Yucatán*, Centro de Investigaciones Regionales, Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida: 245-252.

Good, Marcia (1994) "The Midwife or the Knife: The Discourse of Childbirth by Cesarean in Mérida, Yucatán", en *Latinamericanist*, Vol. 30, núm. 1, University of Florida Press, Gainesville: 6-11.

____ (1995) *Childbirth and Conversation in Merida, Yucatan*, University of Florida Press, Gainesville.

Güémez Pineda, Miguel (1989) "Las parteras empíricas: agentes tradicionales en la atención materno-infantil", en *Boletín de la Escuela de Ciencias Antropológicas de la Universidad de Yucatán*, año 16, número 91, julio-agosto, Mérida: 3-14.

____ (1997) "De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar: el proceso de incorporación de las parteras empíricas yucatecas al sistema institucional de salud", en Krotz (Ed) *Cambio cultural y resocialización en Yucatán*, Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida: 117-147.

Jordan, Brigitte (1983) *Birth in four cultures. A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United State*, Prospect Heights, Waveland Press. Illinois.

____ (1989) "Cosmopolitan Obstetrics: some Insights from the Training of Traditional Midwives" en *Social Science and Medicine*, Vol. 28, núm. 9: 925-944.

López Austin, Alfredo (1996) (1980) *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2 vol I.

Lupo, Alessandro (1998) "Apostillas sobre las transformaciones de la medicina tradicional en México", en A. Lupo & A. López Austin (eds.) *La cultura plural. Reflexiones sobre diálogo y silencios en Mesoamérica*. (Homenaje a Italo Signorini), Universidad Nacional Autónoma de México, México: pp. 221-255.

____ (2001) "Somiglianze che ingannano e malintesi che curano. Medicina europea e amerindiana in Messico", en *Archivio Antropologico Mediterraneo*: 129-139.

Mellado, Virginia, Carlos Zolla y Xochitl Castañeda (1989) *La atención al embarazo y al parto en el medio rural mexicano*, CIESS, México.

Módena, María Eugenia (1990) *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*, Ediciones de la Casa Chata, México.

Quattrocchi, Patrizia (2004) "L'ombelico del mondo. Rappresentazioni e pratiche relative al *tip'te'* in un villaggio maya dello Yucatán, Messico", en *La Ricerca Folklorica*, n. 50, Grafo, Brescia: 35-43.

____ (2006) "Confini del corpo e pratiche puerperali. "Apertura" e "chiusura" del corpo femminile *tra* i Lenca di La Campa (Honduras) e i Maya yucatechi del villaggio di Kaua (Messico)", en *La Ricerca Folklorica*, n. 53, Grafo, Brescia, pp. 23-40.

Real Academia Española, (1992) *Diccionario de la Lengua Española*, Madrid.

Redfield, Robert y Alfonso Villa Rojas (1962) (1934), *Chan Kom. A Maya Village*, The University of Chicago Press, Chicago.

Villa Rojas, Alfonso (1980) "La imagen del cuerpo humano según los mayas de Yucatán", en *Anales de Antropología*, vol. XVII: 31- 46.

____ (1981) "Terapéutica tradicional y medicina moderna entre los mayas de Yucatán" en *Anales de Antropología*, vol. XVIII: 13- 28.



La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud

Roberto Campos Navarro

INTRODUCCIÓN

Cuando me preguntan ¿porqué un trabajador de salud debe de saber de interculturalidad? Me surgen una serie de imágenes y experiencias. Una primera imagen que tengo es la de Winicton, un pueblo indígena de los Altos de Chiapas, donde docenas de personas tzeltales esperan su turno para pasar a consulta conmigo para que les interrogué, los explore y les recete algún medicamento. Y que todo esto sería imposible sin la presencia de un traductor porque el doctor sabe poco del idioma de los enfermos.

Es la experiencia de una nutricionista que regaña a las mujeres mayas hospitalizadas que acaban de tener sus bebés y no toman el agua de sandía que ésta les ofrece porque consideran que es una bebida demasiado fría que se contrapone su estado corporal aún caliente y que puede provocar frialdad en el útero y hacerlas infértiles.

Es la vivencia de una mujer tzotzil monolingüe en un hospital público de la Ciudad de México, que cuando le van a sacar una placa radiográfica no le permiten ser acompañada por su hermano traductor. Y la sesión se convierte en una tortura para la paciente y para los técnicos que nunca pudieron darse a entender. No fue sino hasta el día siguiente que por fortuna fue una doctora hablante de tzotzil y facilitó el procedimiento y la radiografía estuvo en un rato.

Es el éxito de un médico pasante en servicio social en un pueblo maya de Campeche cuando decide atender los partos de las mujeres en una hamaca, tal y como lo han hecho las parturientas locales y sus parteras durante cientos de años. El médico se adaptó y se ganó la confianza del pueblo, que le suplicaron se quedara a trabajar ya como médico definitivo.

Cuando analizamos y reflexionamos sobre las relaciones que se establecen entre el personal de salud y los pacientes que tienen una cultura diferente, estamos hablando del proceso de interculturalidad en el terreno de la salud. En las siguientes líneas exploraremos algunos puntos relativos a la salud y la medicina en contextos interculturales.

ALGUNOS CONCEPTOS Y DEFINICIONES SOBRE LA INTERCULTURALIDAD

Definimos la *interculturalidad* como el “proceso relacional que se establece entre dos o más culturas al interior de una sociedad, que de por sí es heterogénea en cuanto a sus orígenes y características económicas, políticas y sociales” (Campos, 2004), de modo, que las relaciones que se construyen están signadas por el intercambio (la mayoría de las veces desigual), la reciprocidad y, en ocasiones, la solidaridad.

En el campo de la salud, la interculturalidad significa la incorporación explícita de la carga cultural colectiva del paciente en la relación que se establece con el trabajador de salud. En otras palabras, la interculturalidad no sólo atañe la relación médico-paciente, sino que está presente en la relación total que establece el enfermo con el servicio de salud, sea público o privado. El proceso intercultural incluye desde el portero del hospital, al chofer de ambulancia, el auxiliar de intendencia que limpia las salas hasta la enfermera, el dentista y el médico tratante, sin olvidar a los planificadores de salud, los ingenieros y arquitectos que diseñan las unidades médicas, hasta los administradores del centro de salud u hospital.

La interculturalidad en salud es definida como: “la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso hasta contrapuestas”. (Oyarce e Ibacache, 1996).

De hecho, todo trabajador de salud con experiencia en zonas rurales, en especial con pueblos indígenas, ha tenido contactos, relaciones y experiencias directas de interculturalidad espontánea, de interculturalidad forzada y muy pocas veces, de interculturalidad adecuada en términos de una preparación y capacitación previa.

¿ES NECESARIA LA CAPACITACIÓN INTERCULTURAL DE LOS TRABAJADORES DE SALUD?

No solamente es necesaria sino que debería ser obligatoria. Vivimos en un país con más de sesenta pueblos indígenas que constituyen el 10 al 12% de la población total, una mayoría mestiza (con múltiples raíces culturales donde destaca lo español, indígena y en menor medida, lo africano) y multitud de minorías que se han integrado lentamente a la vida nacional (chinos, libaneses, judíos, etc.). Como mexicanos nos reconocemos como un país multiétnico y pluricultural. Por lo que también nuestra formación profesional y no profesional debe ser en ese mismo sentido.

Pensemos en Oaxaca. Es uno de los estados más extensos del país. Existen 18 grupos indígenas que representan una tercera parte del total de indígenas que viven en el país. Sus condiciones de pobreza y marginalidad son extremas por lo que la expulsión migracional es obligada a otras partes del país e incluso cada vez más hacia Estados Unidos. Y los que se quedan viven con índices elevados de morbilidad y mortalidad, especialmente materno-infantil. En los últimos años, se han implementado cientos de unidades médicas rurales, centros de salud y hospitales. Y la gente asiste con restricciones, con reservas o de plano ni siquiera asiste. ¿Por qué?

Uno de los motivos es el escaso o nulo manejo de la interculturalidad en salud. Se diseñan y construyen unidades médicas y hospitalarias sin consultar con los pueblos a los que se pretende servir. Centrados en el enfoque biológico/orgánico de la enfermedad, no se enseña antropología médica a los estudiantes de enfermería, estomatología y medicina en las escuelas y facultades respectivas. En las instituciones públicas de salud (concentradas en aspectos financieros y administrativos) no les interesa la capacitación de su personal, y menos, en un tema desconocido como es la interculturalidad.

No obstante, señalamos que el ejercicio de la medicina intercultural entendida como: “la práctica y el proceso relacional que se establece entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sea satisfactorio para las dos partes” (Campos-Navarro en Duarte *et al*, 2004), es un

imperativo ético personal que no únicamente depende de las instituciones donde el personal de salud se encuentra adscrito sino también del propio trabajador.

El ejercicio de una medicina intercultural la consideramos como un compromiso primero personal, y luego institucional. Es el convencimiento propio del respeto, la tolerancia y la comprensión que debo tener hacia la persona que sufre, y esto no depende de horarios, contratos y demás aspectos institucionales. Sirviendo al paciente es que sirvo a la institución. Si mi trabajo me resulta satisfactorio es porque la gente que atiendo me lo señala, y es independiente de los premios y sanciones que establece mi institución.



En este sentido, la interculturalidad es un puente, un enlace o una estrategia que toma en cuenta las variables étnico-culturales de la población indígena en el proceso de atención de salud (Citarella et al, 2000) y por ello, las acciones emprendidas deben responder a un proceso de comunicación intercultural donde la validación y negociación culturales hayan sido desarrolladas. Por validación cultural se entiende “aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del paciente, considerando el contexto cultural del cual este modelo emerge, el cual a su vez es congruente con las explicaciones aprendidas en su grupo social” (Alarcón *et al*, 2003) y esto no implica que el trabajador de salud comparta el sistema de creencias y prácticas del paciente, pero sí lo respete, tolere y comprenda. Por “negociación cultural” se quiere expresar el conjunto de interacciones que surgen entre los usuarios y el personal de salud para llegar a mutuos acuerdos relativos al servicio que se brinda, o al tratamiento que se requiere (lo que se ha denominado ahora como adherencia terapéutica).

Una vez definidos los términos de interculturalidad, de salud y medicina interculturales, pasemos a revisar algunos aspectos prácticos en relación a las creencias y prácticas de los enfermos en México.

LAS PRÁCTICAS MÉDICAS POPULARES

Durante mi formación profesional como médico en la Facultad de Medicina de la UNAM (pero podría ser cualquiera de las existentes en toda América Latina) no se nos brindó ningún elemento de conocimiento y comprensión de la cultura médica popular. Por el contrario, los profesores despreciaban y ridiculizaban cualquier creencia y práctica proveniente de los grupos sociales indígenas y populares equiparándolas con “tonterías”, “supersticiones”, y en el mejor de los casos, como saberes empíricos carentes de todo sustento científico.

Al paso de los años, y con la experiencia adquirida con grupos mestizos e indígenas del centro y sureste del país, empecé a comprender que nuestra gente poseía una inmensa riqueza en los recursos humanos, materiales y simbólicos de sus medicinas locales.

He aprendido que las razones por las cuales las personas campesinas y de los sectores populares asisten a las instituciones médicas, sean en su modalidad privada, o bien, corporativa pública, es por el reconocimiento de problemas de salud que rebasan sus estrategias de autoatención y de sus curanderos. En las zonas rurales e incluso urbanas de América Latina, la automedicación, es decir, el consumo de medicamentos sin receta médica, es elevada. Las tiendas de abarrotes, los comercios de autoservicio ofrecen docenas de productos farmacéuticos que no requieren control de las autoridades sanitarias competentes. Los encargados de las farmacias o boticas ofrecen –sobre todo en fines de semana– consulta gratuita recomendando “x” o “y” medicina, sin control ni supervisión alguna. La venta de hierbas medicinales se realiza en cualquier local de los miles de mercados fijos y móviles a todo lo largo y ancho de México. [FOTO]

Pero, ¿Cuáles son los motivos por los que la gente busca a sus médicos indígenas tradicionales? ¿Por qué recorren distancias a veces considerables para consultarlos? ¿Qué son y qué significado tienen los llamados síndromes culturalmente delimitados (SCD) en la medicina tradicional mexicana?

En primer lugar, debemos aclarar que la gente no asiste con los curanderos o médicos tradicionales por ignorancia, oscurantismo, superstición o fanatismo. En muchos lugares rurales de México asisten por que ellos son los únicos terapeutas que viven cotidianamente en la región, pues a pesar de las estrategias gubernamentales de extender la cobertura de servicios médicos modernos, no se logra cubrir todo el territorio. Por otro lado, aunque hubiera disponibilidad de centros de salud, unidades médicas y hospitales rurales, éstos no lograrían satisfacer la demanda completa de los usuarios. Sí constituyen un recurso importante para la resolución de problemas de salud pero no deben entenderse como si fueran la solución única y total.

Existen enfermedades (*disease*) o padecimientos (*illness*) que únicamente tienen salida resolutive a través de los terapeutas tradicionales. Aquí deben mencionarse los denominados síndromes culturalmente delimitados, también llamados de filiación cultural o dependientes de la cultura. Constituyen un conjunto de signos y síntomas de diversa etiología que sólo pueden ser entendidos, comprendidos y

tratados integralmente dentro de la cultura particular en que se desarrollan, pues cuentan con la clave o el código cultural que permite desentrañar su contenido simbólico y la profundidad de significados específicos.

Según la clasificación norteamericana de enfermedades mentales (DMS-IV), estos síndromes dependientes de la cultura que se hallan en América Latina y los migrantes de origen hispano en Estados Unidos son los siguientes: ataque de nervios, muina o bilis, locura, mal de ojo, nervios, brujería o mal puesto y susto o espanto. Existen otras entidades patológicas frecuentes no relacionables con los trastornos mentales como son el empacho, la caída de mollera, aires, y otras.

Una investigación con terapeutas tradicionales efectuada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1984 encontró que las diez principales causas de demanda de atención de la medicina tradicional mexicana en las áreas atendidas por el IMSS en zonas rurales corresponde en orden decreciente a mal de ojo, empacho, susto-espanto, caída de mollera, disentería, aires, diarrea, torceduras, brujería y anginas (Zolla *et al*, 1988:12).

Además no hay que olvidar que un elevado número de partos en regiones indígenas de Chiapas, Oaxaca, Veracruz, Campeche y Yucatán todavía son resueltos por las parteras y comadronas.

LOS ESPECIALISTAS

En función de las actividades desarrolladas por los terapeutas tradicionales encontramos tres variedades principales: curanderos, adivinos y hechiceros.

En la categoría de curanderos o médicos tradicionales se incluyen todos aquellos que realizan ceremonias y rituales con un alto contenido de simbolismos curativos. En las regiones indígenas ocupan un elevado rango de la jerarquía social e incluso pueden considerárseles como sacerdotes: es el marakame entre los huicholes, el jit'eberi de los yaquis y mayosyoremes, el jmeen en la Península de Yucatán. Existen otros que curan de maleficio (y neutralizan la hechicería), los que curan con hierbas o yerbateros, los que atienden los partos (especialmente mujeres), los que arreglan

el cuerpo mediante masajes y maniobras físicas (sobadores, masajistas, fregadores y hueseros), los espiritualistas que “ceden su materia corporal” para que penetre un “espíritu sanador” y diversos terapeutas para afecciones como “aires”, mordeduras de víboras, empacho, caída de mollera, mala suerte, nervios y muchas otras enfermedades.



En la categoría de adivinos se abarca a todos aquellos terapeutas que utilizan recursos y procedimientos excepcionales para lograr un diagnóstico, un tratamiento o el pronóstico de una determinada enfermedad. Aquí aparecen los que usan los granos de maíz, los naipes, los hongos, el tabaco y otros elementos. La clarividencia y la cartomancia entrarían en este rubro.

Finalmente, aparecen los hechiceros cuyas actividades malévolas son temidas por la mayoría de la población campesina y en especial indígena. Estos practicantes no son exclusivos del medio rural pues la hechicería y sus operadores actúan también con cierta frecuencia en los medios urbanos.

Aparte de la anterior clasificación de terapeutas tradicionales en base a su funcionalidad, también los podemos establecer considerando el grado de influencia social: el curador que sólo ejerce dentro de los límites del círculo familiar (hermana, madre o abuela) o sea, a nivel doméstico; aquel que realiza curaciones a vecinos de una determinada población (experto de vecindad); el curandero que es conocido y consultado en una región delimitada; el curandero urbano, luego el curandero que brinda atención a gente de un estado, departamento o provincia y finalmente el curandero “internacional” que tiene demanda de enfermos procedentes de diversos países.

Otra clasificación tiene que ver con la ubicación rural-urbana de los curanderos. La mayoría de estudios antropológicos se han enfocado en el curanderismo rural e indígena, no obstante las investigaciones urbanas se han incrementado en los últimos años. El antropólogo norteamericano Irwin Press reconoce la existencia de un denominado “complejo curanderil urbano” que se caracteriza por la heterogeneidad de estilos que despliegan los curanderos urbanos en cuanto el lenguaje, la indumentaria, el trato con los pacientes, el ambiente del consultorio, etc., por la creciente tendencia hacia la mercantilización, por la brevedad de la consulta y la constante apelación a la confianza o fe que solicita el curandero a sus enfermos.

Otra manera de categorizar a los curanderos es de acuerdo al grado de tecnología empleada. En este sentido para el antropólogo Eduardo Menéndez existen curanderos con un mayor despliegue de recursos técnicos como los realizados por las parteras, los hueseros y los sobadores, en

cambio otros apelan a la utilización de recursos simbólicos que sería el caso de las rezanderas, ensalmadores, marakames y otros que utilizan más los rituales y los procedimientos ceremoniales por encima de las técnicas físicas.

RECURSOS HERBOLARIOS

Por la gran variedad de regiones ecológicas, compleja topografía, diversidad de suelos, climas y heterogeneidad geográfica que permite una gran riqueza biológica, después de la India, China e Indonesia, México ocupa el cuarto lugar mundial en cuanto a la biodiversidad de especies vegetales y ello se refleja en la utilización de las plantas medicinales en los hogares mexicanos. Por supuesto, los curanderos tienen en la herbolaria medicinal un relevante recurso terapéutico.

En el *Atlas de las plantas de la medicina tradicional mexicana* (Argueta y Cano, 1994) se captaron 3103 especies, distribuidas en 1000 especies, 482 géneros y 154 familias. Casi una tercera parte son originarias de Mesoamérica, un 17% del resto de América, 16% son foráneas y un 38.5% su origen es impreciso. De las 1000 especies, un 27,7% son árboles, 28.2% arbustos, 45.2% hierbas y 5.7% son plantas trepadoras.

Los estudios etnobotánicos de Lozoya, Aguilar y Camacho (1987) permiten vislumbrar, de acuerdo a su acopio y consumo, un “cuadro básico” de medicamentos herbolarios.

Para los trastornos digestivos se emplean como espasmolíticos la manzanilla (*Matricaria recutita*) y la hierbabuena (*Mentha piperita*), como laxantes el ricino (*Ricinus communis*) y el tamarindo (*Tamarindus indica*), como antidiarréicos la guayaba (*Psidium guajava*) y aguacate (*Persea americana*) y como desparasitantes el epazote (*Chenopodium ambrosioides* L.) y estafiate (*Artemisa ludoviciana*).



Para los problemas respiratorios se utiliza como antitusígenos el sauco (*Sambucus mexicana*) y el gordolobo (*Gnaphalium semiamplexicaule*), como broncodilatadores el eucalipto (*Eucalyptus globulus*) y tomillo (*Thymus vulgaris*).

Para el tratamiento de las afecciones de la piel y traumatismos, como agentes antimicrobianos la malva (*Malva parviflora*) y la verbena (*Verbena carolina*), como antiinflamatorios la hierba del golpe (*Oenothera rosea*) y el árnica (*Hetherotheca inuloides*) y como cicatrizantes la zábila (*Aloe barbadensis*) y el maguey (*Agave mexicana*).

Para el alivio de enfermedades cardiovasculares se tienen como hipotensores al zapote blanco (*Casimiroa Edulis*) y al chayote (*Sechium edule*) y como cardiotónicos al yoloxóchitl

(*Talauma mexicana*) y la flor de manita (*Chirantodendron pentadactylon*).

Para el tratamiento de los síntomas de la diabetes y trastornos metabólicos, como hipoglucemiantes el nopal (*Opuntia sp*) y la tronadora (*Tecoma stans*) y para disminuir el colesterol el yumel (*Guatteria gaumeri*) y el tejocote (*Grataegus pubescens*).

Para la curación de padecimientos urinarios, como diuréticos los pelos de elote (*Zea mays*) y cola de caballo (*Equisetum hyemale*) y para los cálculos renales la gobernadora (*Larrea tridentata*) y hierba del sapo (*Eryngium comosum*). Finalmente, para el tratamiento de disfunciones del aparato reproductor femenino, el zoapatle (*Montanoa tomentosa*) y la ruda (*Ruta chalapensis*).

RECURSOS SIMBÓLICOS

Si bien las plantas medicinales ocupan un espacio muy amplio y valioso de los recursos de la medicina tradicional mexicana, ésta no se reduce a la herbolaria. También deben considerarse los recursos animales (ya sean empleados directamente o a través de productos secundarios como los huevos de gallina, la miel o la leche) y todos aquellos importantísimos recursos no materiales que se emplean para lograr la curación del enfermo y aliviar sus malestares: las palabras, las actitudes y movimientos estereotipados del curandero.

El proceso de secularización que caracteriza a la medicina occidental o biomedicina en función de la terapia farmacológica y las prácticas quirúrgicas, ha subordinado la relevancia de la palabra que cura, las oraciones que confortan, las “limpias” que purifican, las maniobras corporales, entre otros elementos curativos fundamentales.

Los recursos simbólicos apelan en lo ideológico al cambio de la persona, estimula procesos psicológicos, endócrinos y neurológicos escasamente conocidos por la medicina occidental pues rebasan su orientación reduccionista de tipo biológico.

La mayoría de los terapeutas tradicionales –sino es que todos– emplean oraciones, conjuros, bendiciones, señales religiosas, movimientos estereotipados e indumentaria especial.

Cabe mencionar que algunos recursos herbolarios, animales y minerales tienen un empleo simbólico que rebasa sus características naturales. Así el ramo de pirul (*Schinus molle* L.), el chamiso (*Casearia nitida* L.), el geranio o malvón (*Pelargonium domesticus* L.H. Bailey), los huevos de gallina, los sapos, las veladoras, el alumbre, entre otros muchos productos, son frecuentemente utilizados en todo el país para la realización de “limpias”.

COMPROMISOS

Con todo lo escrito hasta aquí sobre interculturalidad y prácticas médicas populares, ¿Qué podemos hacer cuando nuestras escuelas y nuestras instituciones no se han interesado por estos temas?

Existen dos respuestas, una a nivel individual y otra colectiva. En la primera se trata de un compromiso personal de capacitarse mediante la lectura de artículos, folletos y libros que traten sobre el pueblo o pueblos indígenas en los que trabajo o voy a trabajar. Saber lo más posible de los aspectos demográficos, epidemiológicos, botánicos y etnográficos de la región. Desde 1994 se publicó la Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana con 14 tomos, algunos de los cuales abordan los saberes médicos tradicionales de cada pueblo indígena del país. Por lo general, se encuentran en las bibliotecas de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) ubicados en varias partes de Oaxaca y del país.

Por otra parte, conocer de primera mano, las creencias y prácticas de las gentes con las cuales estoy conviviendo, y eso significa compartir mi tiempo con los pacientes y amigos indígenas. Con respeto y sin burla, indagar y escuchar, preguntar y observar. Reconocer y aceptar la cultura del otro que está frente a mí. No imponer mis formas de pensamiento, mis prejuicios ni tampoco satanizar. Escuchar y comprender, validar y negociar. En todo caso, si hay tiempo, escribir y sistematizar. Pasar de una interculturalidad pasiva, espontánea o forzada, a un proceso intercultural asumido en forma activa y adecuada, lo que llamamos una interculturalidad apropiada.

En la segunda respuesta de tipo colectivo, se trata de la capacitación institucional. Lograr que el tema sea visible en las escuelas formadoras de personal de salud, que se incluya la antropología médica en la currícula como materia obligatoria.

Lograr que la institución de salud para la que trabajo (Secretaría de Salud, IMSS u otra) incluya la salud intercultural como una válida estrategia operativa en los diversos programas del sector, sobre todo, en aquellos que permitan una reducción de los índices de mortalidad materna e infantil,

en los programas para abatir las enfermedades transmisibles como la tuberculosis, el paludismo, y en la prevención de enfermedades de contacto sexual, en especial, el SIDA.

Además, si estamos comprometidos con la interculturalidad, debemos luchar porque los centros de salud, las unidades médicas rurales y los hospitales (rurales, regionales, integrales, de concentración, etc.) se realicen adecuaciones particularizadas a cada cultura local y regional y se introduzcan modificaciones que beneficien a los enfermos y sus familiares. Se trata de hospedaje a los familiares (y que no duerman en el suelo), alimentación propia de la región (sin introducir elementos foráneos como los refrescos o pan industrializado), temazcales para el tratamiento posparto de la mujeres, algunas hamacas en lugar de camas en las regiones donde se utilizan en forma cotidiana, utilización de plantas medicinales y empleo de médicos tradicionales cuando se requiera, uso de horarios congruentes con la vida campesina, etc.

Si enlazamos nuestro compromiso personal con el compromiso colectivo, podremos tener la enorme satisfacción –como trabajadores de salud–, de que nuestras acciones tengan calidad y calidez en términos interculturales.

BIBLIOGRAFÍA

Argueta, Arturo y Cano, Leticia (Coords.) (1994) *Atlas de las plantas de la medicina tradicional mexicana*. Instituto Nacional Indigenista, México.

Alarcón *et al* (2003) “Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales”. *Revista Médica. Chile* 131(9):1061-1065.

Campos Navarro, Roberto (2004) “La interculturalidad en la práctica del doctor Albert Schweitzer”. *Gaceta Médica, México*. 140(6):643-652.

Citarella, Luca *et al* (2000) *Medicinas y cultura en la Araucanía*. Editorial Sudamericana. Santiago de Chile.

Duarte-Gómez; Brachet-Márquez; Campos-Navarro y Nigenda, G. (2004) “Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla”. *Salud Pública, México*. 46(5):388-398.

Lozoya, X; Aguilar, A. y Camacho, R. (1987) “Encuesta sobre el uso actual de plantas en la Medicina Tradicional Mexicana”. *Revista Médica. IMSS* 25(4):283-291.

Oyarce, Ana e Ibacache, Jaime (1996) Reflexiones para una política intercultural en salud. Primer encuentro nacional de salud y pueblos indígenas. Puerto Saavedra, Chile.

Zolla, C., Del Bosque, S, Tascón, A., Mellado, V. y Maqueo, C. (1988) *Medicina tradicional y enfermedad*. Centro Interamericanos de Estudios de Seguridad Social, México.

Zolla, Carlos y Argueta, Arturo (Coords.) (1994) *Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana*. Instituto Nacional Indigenista, México.



24 Consejos útiles para desarrollar programas con Diversidad Cultural

Fondo de Población de las Naciones Unidas

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) ha elaborado una pequeña guía para el trabajo interno y que contiene 24 consejos para la elaboración de programas que tengan en cuenta la diversidad cultural. Estos consejos están basados en las investigaciones llevadas a cabo por el UNFPA sobre la integración de las perspectivas culturales en su programación y por su sencillez, brevedad e importancia la reproducimos para nuestros lectores.

1. Invierta tiempo en conocer la cultura en que usted está desempeñando sus funciones

Comprender cómo los valores, las prácticas y las convicciones afectan al comportamiento humano es fundamental para elaborar programas eficaces. En ninguna otra parte es más importante esta comprensión que en el campo de las relaciones de poder entre los hombres y las mujeres y sus efectos sobre la salud reproductiva y los derechos reproductivos.

2. Escuche lo que la comunidad tiene que decir

Antes de elaborar un proyecto, averigüe qué esperan lograr los miembros de la comunidad. Solicitar sus opiniones sobre diferentes aspectos de un proyecto, desde la estrategia general hasta mensajes concretos de promoción, puede fomentar la aceptación local y crear un sentido de pertenencia con el proyecto.

3. Demuestre respeto

Esfuércese por mostrar que usted entiende y respeta los papeles y las funciones de los líderes y grupos comunitarios, y evite las actitudes o formulaciones que puedan percibirse como paternalistas.

4. Sea paciente

Tal vez sea necesario dialogar mucho y fomentar la toma de conciencia para persuadir a los demás para que acepten nuevas formas de pensamiento, especialmente las que ponen en entredicho las convicciones estrechamente vinculadas a la identidad individual y social. Dedique todo el tiempo que sea necesario a aclarar las cuestiones y abordar cualesquiera dudas. Si no se resuelven las dudas, es posible que vuelvan a surgir más tarde y afecten el progreso.

5. Logre el apoyo de las estructuras de poder a escala local

Convencer a los que ejercen el poder en una comunidad, trátense de organizaciones no gubernamentales (ONG), grupos de mujeres, líderes religiosos o ancianos, puede ser un primer paso fundamental para ganarse la aceptación a nivel de las comunidades. Asegúrese de que su primer encuentro transmita un mensaje positivo.

6. Fomente la inclusión

La mejor manera de disipar la desconfianza es mediante un proceso transparente de consultas y negociaciones con todas las partes.

7. Proporcione evidencias sólidas

Utilizando datos basados en evidencias, muestre lo que pueden lograr las intervenciones programáticas, como salvar la vida de mujeres. Además de la promoción, esa información puede utilizarse para aclarar concepciones erróneas y obtener apoyo de los encargados de formular las políticas y de aquellos que hacen parte de las estructuras de poder local, incluidos los

líderes religiosos. La credibilidad de las pruebas es particularmente importante cuando las cuestiones que se debaten son controvertidas.

8. Confíe en la objetividad de la ciencia

Abordar las cuestiones que tengan en cuenta la diversidad cultural en el contexto de la salud reproductiva puede ayudar a calmar las tensiones que pueden estar asociadas con ellas. Una perspectiva técnica o científica puede facilitar los debates y la aceptación de esas cuestiones.

9. Evite emitir juicios de valor

No emita juicios sobre el comportamiento o las convicciones de la gente. En lugar de ello, ponga a un lado sus propios valores cuando esté estudiando los pensamientos y sueños de otras personas, y la forma que consideran mejor para lograrlos.

10. Mida sus expresiones

Sea cuidadoso en el uso de palabras o conceptos que puedan ofender. La expresión “planificación de la familia” puede tener connotaciones negativas en algunas sociedades. En lugar de ello, enmarque las cuestiones en el contexto más general de la salud reproductiva y el mejoramiento de la salud de las familias.

11. Trabaje con aliados locales

Confíe en asociados locales que tengan la legitimidad y la capacidad de influir en la comunidad y movilizarla. Esos asociados tienen la ventaja añ-

dida de saber qué resulta más aceptable para la población local. La importancia de los grupos de mujeres no debe ser subestimada.

12. Asuma el papel de facilitador

No suponga que tiene todas las respuestas. Renuncie al control y escuche a otras personas cuando expresen sus puntos de vista, compartan su experiencia y formen sus propias ideas y planes. En un entorno cargado de diferencias étnicas y religiosas, asumir el papel de facilitador envía un mensaje de neutralidad.

13. Cumpla sus promesas

Hacer lo que dice que hará es una forma poderosa de fomentar la confianza.

14. Conozca a sus adversarios

Comprender la forma de pensar de quienes se oponen a sus puntos de vista puede ser la clave para el éxito de las negociaciones. Analice la forma de razonar en que basan sus argumentos y dispóngase a entablar un diálogo permanente y constructivo.

15. Encuentre un terreno común

Incluso en el seno de instituciones aparentemente monolíticas hay diferentes escuelas de pensamiento. Busque los campos de interés común –la reducción de la mortalidad materna e infantil, por ejemplo– que pueden proporcionar puntos de entrada para trabajar con asociados no tradicionales.

16. Destaque lo positivo

Cuando aborde las prácticas tradicionales perjudiciales, destaque que en todas las sociedades existen prácticas perjudiciales y prácticas positivas. De esta manera se pueden reducir las tensiones en torno a cuestiones especialmente espinosas, como la mutilación genital femenina.

17. Utilice la promoción para producir cambios

Las medidas jurídicas por sí solas no son suficientes por lo general para producir cambios. Aunque esencial, la legislación debe ser apoyada por una amplia campaña de promoción, en que participen personalidades que influyen en la opinión pública y estructuras de poder a escala local. Las campañas de promoción bien planificadas son particularmente importantes cuando los objetivos de los proyectos puedan provocar controversias religiosas o culturales.

18. Cree oportunidades para la mujer

Brinde a las mujeres la oportunidad de demostrar su capacidad mediante diversos programas de desarrollo. Esto puede contribuir a debilitar las falsas creencias basadas en aspectos culturales acerca de los estereotipos de género.

19. Fomente la capacidad de la comunidad

Refuerce el sentido de identificación con los proyectos y garantice la sostenibilidad mediante el fortalecimiento de las habilidades de los miembros de la comunidad, incluidos los proveedores de servicios de salud y los grupos de pares que actúan como educadores.

20. Difunda su mensaje por conducto de la cultura popular

En muchas partes del mundo, la música y la danza son expresiones culturales de gran popularidad. Utilícelas para comunicar nuevas ideas, y asegúrese de incluir a los jóvenes en el proceso creativo.

21. Deje que las personas hagan lo mejor que hacen

A menudo, una función apropiada de los líderes tradicionales o religiosos consiste en movilizar a las comunidades o ayudar a modificar la opinión pública. Busque su participación en esos campos, mientras que los aspectos técnicos de los programas de salud reproductiva se reservan para los trabajadores de la salud.

22. Cultive las asociaciones

Para cultivar las relaciones se necesita una inversión de energía, paciencia y tiempo. No permita que desaparezcan sólo porque un proyecto ha terminado. Mantener las asociaciones más allá de un ciclo de programación permite que se fortalezca la confianza y maduren las relaciones, con lo que aumentan las posibilidades de obtener resultados positivos a largo plazo.

23. Celebre los logros

Señalar los logros a la atención de los demás y dar a conocer los resultados satisfactorios puede crear un sentimiento de orgullo y fortalecer la participación de las comunidades.

24. Nunca se desaliente

Lograr cambiar las actitudes y los comportamientos puede ser un proceso lento y desesperante, especialmente en sociedades cerradas. No espere lograrlo todo de una vez. Incluso los pequeños cambios son importantes y pueden perdurar más a largo plazo.

Nota: Los interesados en obtener más información pueden consultar las siguientes publicaciones, Culture matters y Working from Within en el sitio del UNFPA en la Red: www.unfpa.org. También puede consultarse la página del Fondo Indígena <http://www.fondoindigena.org>.

BIBLIOGRAFÍA DE APOYO

Parteras/capacitación de parteras

Akrich, Madeleine (2000) “¿Un modelo único de desarrollo para la obstetricia mexicana?”, en *Estudios Demográficos y Urbanos*, núm. 2, El Colegio de México, México: 455-464.

Cosminsky, Sheila (1992) “La atención del parto y la antropología médica” en Campos, R. (Ed.). *La antropología médica en México*, Tomo II. Instituto Mora-UAM, México.

Galante, C., Sesia, P., Alejandre, V. (1988) “Mujeres y parteras: protagonistas activas en la relación entre medicina moderna y medicina tradicional”, en J. Aranda Bezauri (coord.) *Las Mujeres en el Campo*, Universidad Autónoma Benito Juárez, Oaxaca: 345-369.

Good, Marcia (1997) “Parteras en Mérida. Una alternativa a la cesárea innecesaria” en Revista *Salud Problema* 2:2: 21-33.

Güémez Pineda, Miguel (1997) “De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar: el proceso de incorporación de las parteras empíricas yucatecas al sistema institucional de salud”, en Krotz (Ed) *Cambio cultural y resocialización en Yucatán*, Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida: 117-147.

____ (2002) “De la hegemonía a la subordinación obligatoria: visiones del pasado y el futuro de la partería en Yucatán, México”. *Temas Antropológicos* Revista Científica de Estudios Regionales, Facultad de Ciencias Antropológicas de la Universidad Autónoma de Yucatán. Septiembre de 2003. vol 24, núm. 2: 117-143.

Klein, Susan (2000) *Un libro para parteras*. De la serie “Donde no hay doctor”. Editorial Pax, México.

Antropología del parto y prácticas del embarazo/parto/puerperio

Bernardo, Analía (2004) “Parir como las diosas: recuperando el parto vertical”. Triple Jornada, Suplemento Cultural de *La Jornada*, 3 de mayo de 2004, México.

Favier, Annelise (1984) “Parto y tradición”, en F. Anda Vela (editor) *Capitalismo y vida rural en Yucatán*, Centro de Investigaciones Regionales, Universidad Autónoma de Yucatán: 245-252;

Good, Marcia (1994) “The Midwife or the Knife: The Discourse of Childbirth by Cesarean in Mérida, Yucatán”, en *Latinamericanist*, vol. 30, num. 1, University of Florida Press, Gainesville: 6-11.

Jordan, Brigitte (1983) *Birth in four cultures. A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United State*, Prospect Heights, Waveland Press. Illinois.

Langer, Ana y Romero, M. (1996) “El embarazo el parto y el puerperio” en A. Langer y K. Tolber K. (compiladores) *Mujer, sexualidad y salud reproductiva en México*, Edamex, The Population Council, México:12-37.

Mellado, Virginia, Carlos Zolla y Xóchitl Castañeda (1989) *La atención al embarazo y al parto en el medio rural mexicano*, CIESS, México.

Méndez, Rosa María y María Dolores Cervera (2002) “Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional” *Salud Pública de México*, Marzo-Abril, Vol 44 No. 2. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México: 129-136.

Quattrocchi, Patrizia (2006) “Confini del corpo e pratiche puerperali. “Apertura” e “chiusura” del corpo femminile *tra* i Lenca di La Campa (Honduras) e i Maya yucatechi del villaggio di Kaua (Messico)”, en *La Ricerca Folklorica*, n. 52, Grafo.

Richardson, Mary R. (1995) “Concebir, alumbrar, educar: algunos aspectos de la vida reproductiva de las mujeres del Yucatán rural” en *Género y cambio social en Yucatán*, Ramírez Carrillo, Luis (editor). Universidad Autónoma de Yucatán: 183-234.

Mujer y salud

Freyermuth Graciela (1997) “Mortalidad materna: Género, familia y etnia en Chenalhó, en *Nueva Antropología* Revista de Ciencias Sociales. No. 52-53. CONACYT, El Colegio de México.

González Montes, Soledad. (coord.) (1995) *Las mujeres y la salud*, El Colegio de México, México.

Langer, Ana y Tolbert, Kathryn (coords.) (1996) *Mujer, sexualidad y salud reproductiva en México*, Edamex - The Population Council, México.

Ortega Canto Judith (2006) “Géneros y Generaciones: Conducta Reproductiva de los Mayas de Yucatán, México” *Revista Salud Colectiva* Volumen II, Número 1, Enero-Abril.

Osorio Carranza, Rosa María (2001) *Entender y atender la enfermedad: Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. CIESAS, Instituto Nacional Indigenista, CONACULTA, México.

Zolla, Carlos y Ana María Carrillo (1998) “Mujeres, saberes médicos e institucionalización”, en Figueroa Perea, Juan G. (Comp.) *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. El Colegio de México, México: 167-199.

Prácticas médicas tradicionales

Appel Kunow, M. (2003) *Maya Medicine. Traditional Healing in Yucatan*, University Press of New Mexico, Albuquerque.

Campos Navarro, Roberto (1996) “Legitimidad social y proceso de legalización de la medicina indígena en América Latina, estudio de México y Bolivia”. Tesis de Doctorado en Antropología. Facultad de Filosofía y Letras, UNAM.

Campos Navarro, Roberto (editor) (2000) *El empacho en la medicina mexicana. Antología (Siglos XVI-XX)*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Cooper, M. L. (1993) *The role of massage healing in Cenotillo*, M.A. Thesis, Latin American Studies, University of Florida, Miami.

Güémez Pineda, Miguel (2005) “Entre la duda y la esperanza: La Situación de la Organización de Médicos Indígenas Mayas de la Península de Yucatán”. *Temas Antropológicos* Revista Científica de Estudios Regionales. No. 1-2, Vol. 27 marzo-septiembre: 31-66.

Guzmán Medina, María Guadalupe (1997) “Dinámica social, salud y poder: un análisis antropológico de las concepciones ideológicas de la salud y enfermedad en una comunidad maya de Yucatán”, en L. Cebada *Identidades sociales en Yucatán*, Facultad de Ciencias Antropológicas, Mérida: 133-157.

Lupo, Alessandro (1998). “Apostillas sobre las transformaciones de la medicina tradicional en México”, en A. Lupo y A. López Austin (eds.) *La cultura plural. Reflexiones sobre diálogo y silencios en Mesoamérica*. (Homenaje a Italo Signorini), Universidad Nacional Autónoma de México, México: 221-255.

_____ (1999) "Aire, viento, espíritu. Reflexiones a partir del pensamiento nahua", en José A. González Alcantud - Carmelo Lisón Tolosana (a cura di) *El aire. Mitos, ritos y realidades*. Anthropos-Diputación Provincial de Granada, Barcelona: 229-261.

Menéndez Eduardo L. (1994) "La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional?" en *Alteridades*, 4 (1): 71-83.

Módena, Maria Eugenia (1990) *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*, Ediciones de la Casa Chata, México.

Signorini, Italo y Alessandro Lupo (1989) *Los tres ejes de la vida. Almas, cuerpo, enfermedad entre los nahuas de la Sierra de Puebla*. Universidad Veracruzana, Xalapa.

Signorini, Italo (1989) "Sobre algunos aspectos sincréticos de la medicina popular mexicana", en *L'Uomo*, vol. 2, núm.: 125-144.

Villa Rojas, Alfonso (1981) "Terapéutica tradicional y medicina moderna entre los mayas de Yucatán" en *Anales de Antropología*, vol. XVIII: 13- 28.

Zolla, Carlos, S. del Bosque, V. Mellado, A. Tascón y C. Maqueo (1992) "Medicina tradicional y enfermedad", en R. Campos Navarro (editor) (1988) *La antropología médica en México*, vol. I, CIESS, México: 71-104.

Zolla, Carlos y Virginia Mellado (1995) "La función de la medicina domestica en el medio rural mexicano", en S. Gonzáles Montes (editora) *Las mujeres y la salud*, El Colegio de México, México: 71-92.

Antropología médica e interculturalidad

Aguirre Beltrán, Gonzalo (1980) *Programas de salud en la situación intercultural*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Campos Navarro, Roberto (coord.) (1988) *La antropología médica en México*, CIESS, México, II tomos.

Campos Navarro, Roberto. (1997) "La satisfacción del enfermo hospitalizado: empleo de la hamaca en un hospital rural del sureste de México", *Revista Med. IMSS*, 35 (4), pp. 265-272.

Güémez Pineda, Miguel (1994) "La antropología médica y la etnobotánica en Yucatán (una bibliografía comentada 1900-1992)", en *Boletín de la Escuela de Ciencias Antropológicas de la Universidad de Yucatán*, vol. 19, núm. 113, pp. 21-39.

Laplantine, Froincois (1980) *Antropología de la enfermedad. Estudio etnológico de las representaciones etiológicas y terapéuticas en la sociedad occidental contemporáneas*, Editorial del Sol, Buenos Aires.

Lerín P., Sergio (2004) "Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta" en *Desacatos*, núm. 15-16, Otoño-Invierno: 111-125.

Menéndez, Eduardo (1990) *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, México, Ediciones de la Casa Chata, México.

Zolla, Carlos (1992) "Antropología, práctica médica y enfermedad en el medio rural", en *Prácticas populares, ideología médica y participación social*, Universidad de Guadalajara-CIESAS, México.

Etnoanatomía

Arnold, Denise y Juan de Dios Yapita (1999) *Vocabulario aymara del parto y la vida reproductiva de la mujer*, Bolivia: Instituto de Lengua y Cultura Aymara y Family Care International.

Güémez Pineda, Miguel (2000) “La concepción del cuerpo humano, la maternidad y el dolor entre mujeres mayas yucatecas” *Mesoamérica* 39: 305-332.

López Austin, Alfredo (1980) (1996) *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2 vols.

Quattrocchi Patrizia (2004) “L’ombelico del mondo. Rappresentazioni e pratiche relative al *ti’pté* in un villaggio maya dello Yucatán, Messico”, en “La Ricerca Folklorica”, n. 50, Grafo, Brescia: 35-43.

Ruz, Mario Humberto (1996) “El cuerpo: mirada etnológicas”, en I. Sasz y S. Lerner (Coords.) *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, El Colegio de México, México: 89-136.

Villa Rojas, Alfonso (1980) “La imagen del cuerpo humano según los mayas de Yucatán”, en *Anales de Antropología*, vol. XVII: 31- 46.