

Saber popular y prácticas de embarazo, parto y puerperio en Yahuío, Sierra Norte de Oaxaca*

CARMEN FLORES CISNEROS^a

RESUMEN

Objetivo: Describir y analizar las representaciones y prácticas de salud en el proceso de embarazo-parto-puerperio, de tres generaciones de mujeres zapotecas de la Sierra Norte de Oaxaca, con el fin de comprender los sentidos y significados que forman parte de una cosmovisión de origen mesoamericano, con la cual se procesan relaciones transaccionales que provienen de distintos sistemas de salud, locales y microrregionales.

Material y métodos: El estudio estuvo orientado, básicamente, por la perspectiva de investigación cualitativa desde dos vertientes vinculadas: el punto de vista del actor: *emic*; y el punto de vista del autor: *etic*. El trabajo de campo se realizó en la comunidad de Santa Catarina, Yahuío, en Oaxaca. Se seleccionaron 42 mujeres con historia reproductiva biológica, incluyendo a una mujer por cada tres hogares. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas, con previo consentimiento libre e informado. Asimismo, se realizaron entrevistas a profundidad a seis mujeres pertenecientes a tres generaciones distintas.

Resultados: Se identificaron prácticas diferenciales, según la ubicación histórica de las mujeres, que sugieren transformaciones de los patrones ideológico-culturales. Se apreciaron cambios a partir de la segunda generación, con la introyección de prácticas biomédicas que representan una eficacia simbólica orientada hacia las más jóvenes. Se encontraron mayores desventajas y desigualdades sociales y de género en las mujeres de edad avanzada. Las prácticas y conocimientos expresados en el *capital cultural* de éstas, estuvieron cualitativamente más orientados al saber popular inscrito en la representación del cuerpo total (que debe mantener el equilibrio entre frío-caliente) y *transaccionar* con los matices propios de la medicina académica.

PALABRAS GUÍA: Antropología médica, saber popular, embarazo, parto, puerperio, relaciones de género, México.

* Parte de los datos fueron presentados en el "IV Congreso Internacional. El Proceso Salud/Enfermedad, de la Prehistoria al siglo XX", INAH. Esta investigación hace referencia a la tesis de maestría en antropología social de la línea de investigación en antropología médica, ENAH. Para el trabajo de campo se recibió apoyo temporal del PAPIIT de la UNAM.

^a Investigadora de la Subdirección de Investigación en Salud Pública del Instituto Nacional de Perinatología. Montes Urales 800, México, D.F., C.P. 11000.

Recibido: 16 de octubre de 2002.
Aceptado: 4 de diciembre de 2002.

ANTECEDENTES

En la actualidad, es importante estudiar la reproducción social de las representaciones y prácticas de atención a la salud en mujeres indígenas que pertenecen a distintos grupos étnicos mexicanos, los cuales, en general, se encuentran en una mayor desventaja social y de salud frente a otros sectores en toda

América.¹ La perspectiva de la antropología médica² nos plantea la posibilidad de poner en relieve los vínculos entre una serie de conceptos teóricos y categorías empíricas³ que muestran un panorama de la realidad en la que se desarrollan las condiciones de salud materno-infantil de los grupos indígenas en el siglo XXI. Esta visión compleja⁴ recupera la articulación de elementos de orden estructural y su relación con los de carácter microsocioal.^{2,5}

El abordaje de las cuestiones directamente vinculadas a la salud, la vida, el padecer, la enfermedad y la muerte de las mujeres y sus hijos(as) involucrados(as) en el proceso reproductivo biológico y social, están vinculados por las relaciones multidimensionales^{4,6} que se entretajan entre los ámbitos social, político-económico, geográfico e histórico, ubicando en el centro, la dimensión de lo ideológico-cultural.^{2,4}

Las interrelaciones entre prácticas y saberes tienden a redefinir e reinterpretar el *habitus*⁷ de las mujeres y de sus grupos domésticos de pertenencia, en las comunidades, de manera distinta; asimismo, de conceptos que describen la concepción del cuerpo a partir de la dualidad frío-caliente como parte de los conocimientos y del pensamiento indígena actual de México.⁸

En este sentido, es interesante recuperar el estudio de la dimensión sociocultural como un ámbito importante donde se construye socialmente la idea de padecer (*illness*) y malestar (*sickness*),⁹ ambos términos hacen referencia al modo subjetivo en que cada grupo humano construye sus propios padeceres o malestares. Sin embargo, el segundo concepto alude a las maneras de socializarlos en forma colectiva. En este sentido, los padecimientos como respuestas hacia los mismos, constituyen procesos estructurales en todo sistema social y, en consecuencia, dichos sistemas no sólo generan representaciones y prácticas, sino que estructuran un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos.¹⁰

La atención del embarazo, parto y puerperio, es un proceso en el que se anclan fenómenos sociales importantes de analizar y comprender.

Éstos tienen una influencia desde la práctica de las parteras^{10,11} como personajes sustantivos, curadores e integradores de conocimientos médicos, así como por la autoatención^{10,11} de las mujeres en sus hogares, ambas prácticas legitimadas por la cultura zapoteca. No obstante, la influencia de la medicina académica¹¹ está presente en la serranía, combinada con la idea imperante de desarrollo económico y político del país, en el que subyacen las desigualdades de salud y la discriminación del mundo indígena.

Esta última condición contribuye a la ruptura de la organización familiar en la división social del trabajo y estimula la emigración¹² a las ciudades, y a los campos de México y Estados Unidos. El capital cultural,⁷ simbólico y político del grupo étnico, se redimensiona y accede de un modo distinto e influye en la transformación de la práctica social y en la redefinición del saber popular^{10,11} en la atención del embarazo-parto y el puerperio.

Planteamiento del problema

Las prácticas sociales, entre las que se inscriben las de salud, se reproducen en los contextos caracterizados por un estilo de vida¹³ diferencial, a través de la práctica social, el saber popular y el micropoder,¹⁰ se conjugan por relaciones de poder, lo que sugiere influencias y transacciones² del contexto macroestructural, con la cultura propia de la etnia zapoteca, misma que nos muestra un importante proceso social de movilización y transformación de los patrones sociales reproductivos y de salud/atención, dentro de los sistemas locales que operan en una comunidad particular, como parte de las interrelaciones y complementariedades, pero que también generan contradicciones de los saberes procedentes de los distintos modelos médicos.¹¹ En este sentido, surge la siguiente interrogante: ¿cómo es que las relaciones de micropoder¹⁴ de los distintos actores del grupo doméstico-parental y de la comunidad se inscriben en un ámbito de relaciones de poder^{11,15} más amplio, sugiriendo ideas y prácticas diferenciales en la atención del embarazo, parto y puerperio de las mujeres



indígenas zapotecas de la Sierra Norte de Oaxaca?

Con base en lo anterior, el objetivo de este trabajo es describir y analizar las representaciones y prácticas de salud del proceso de embarazo-parto-puerperio en la cotidianidad de las mujeres zapotecas de Yahuío, Sierra Norte de Oaxaca; a fin de comprender los sentidos y significados que forman parte de una cosmovisión indígena, en la que se procesan relaciones *transaccionales* que provienen de distintos sistemas de salud locales y microrregionales.

METODOLOGÍA

Definiciones conceptuales

Entre los conceptos de esta investigación se incluyen el de *complejidad*.⁴ a primera vista es un tejido de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados, presenta la paradoja de lo uno y lo múltiple; *complexus*: que es lo que está tejido en conjunto. El de *saber* se refiere a la abstracción más amplia que involucra la vinculación compleja entre representaciones simbólicas y prácticas sociales. Por lo que el *saber popular*¹⁰ hace referencia a aquellas relaciones que permiten reproducir la atención al proceso reproductivo-gestacional en el que se conjugan los elementos de la cosmovisión indígena, que conciben al cuerpo humano como una totalidad interrelacionada con los centros anímicos, referentes al alma y a los que tienen que ver con el manejo de la energía espiritual (como la cabeza, el corazón e hígado).⁸ Otro concepto es el de *habitus*,⁷ que se refiere a que las personas posean motivaciones y elementos de tipo histórico interiorizados, desde su entorno parental y genérico¹⁴ de la cultura y del grupo étnico de pertenencia. Con ellos, producen y reproducen el proceso salud-enfermedad^{1,2} desde el campo en que se mueven, sin obviar las relaciones de poder que matizan los ámbitos de la vida cotidiana a nivel macro y microsocioal.

Los *procesos transaccionales*,² en el ámbito de los sistemas de salud operantes en Yahuío, son las bases que describen las relaciones de poder de este estudio, en el que los conocimientos y

racionalidades de las mujeres, como primeras curadoras del grupo doméstico (GD), son portadoras de los conceptos y experiencias que definen parte del saber popular¹⁰ y, por lo tanto, interactúan con los saberes ajenos a su cultura, intercambiando, articulando o excluyendo ideas y prácticas de salud.

Herramientas

Encuestas semiestructuradas. El acercamiento fue flexible de acuerdo a la actitud de las/los informantes y del investigador. Se realizó una entrevista abierta y semiestructurada sobre aspectos socio-culturales, demográficos y de la historia reproductiva, privilegiando la construcción del *rappor*⁶ en la interacción.

Encuestas a profundidad. Partiendo de la idea teórica de que la cultura del sujeto expresa la cultura del grupo,¹⁶ adicionalmente se recurrió a seleccionar a mujeres de diferentes generaciones. Las mujeres fueron seleccionadas como sujetos con características particulares de diversidad, semejanzas y distinciones, con las cuales se pudiese construir y reconstruir la diversidad, distinciones y, sobre todo, la complementariedad de la atención al embarazo-parto-puerperio en esa perspectiva ideológico-cultural. A esta idea se vinculó el supuesto que propone que la realidad se construye social y culturalmente a partir del abordaje teórico-metodológico vigente en el estudio de los sujetos sociales, que distingue la plasticidad del sujeto humano.¹⁷ De ellas se presentan datos que caracterizan los patrones ideológico-culturales, en términos históricos, con relación a las prácticas de salud y las ideas, conocimientos, creencias, sentimientos o racionalidades de las mujeres; matizadas sutilmente por la voz de sus compañeros y del conjunto social, así como por sus transformaciones.

Trabajo de campo

Se realizaron diferentes estancias de trabajo de campo de manera intermitente, en un tiempo que abarcó un periodo aproximado de cuatro años (1994-1998). Se optó por entrevistar, principalmente, a las mujeres de distintas edades dentro de la comunidad, en forma libre,

y con observación directa y participante de sus prácticas de la vida cotidiana. Asimismo, se entrevistó a hombres, esposos o padres de las mujeres e informantes clave, como ancianos y mujeres que ejercen la práctica de parteras o comadronas. Se incluyeron distintos curadores de los sistemas locales, incluidos los del saber biomédico.

Selección del grupo de estudio

Se consultó el censo comunitario de 1995, y de él se identificaron todas las mujeres con historia reproductiva: en total fueron 132 mujeres, entre 12 y 94 años de edad, pertenecientes a 115 grupos domésticos. Se invitó a participar a una mujer por cada tres grupos domésticos, dando un total de 42 mujeres de 19 a 83 años, ubicadas en los cuatro puntos cardinales y el centro de la comunidad. Las mujeres aceptaron participar en el estudio de forma libre e informada.

Para las entrevistas a profundidad se seleccionaron a seis mujeres de tres diferentes generaciones.

Análisis de la información

Se buscó construir una etnografía densa³ con la información obtenida a partir de las entrevistas en profundidad. En primera instancia, se complementó la información con las entrevistas semiestructuradas y libres de mujeres del grupo inicial. La construcción etnográfica se orientó a recuperar dos ejes epistemológicos de los textos: vinculando el punto de vista del actor y el punto de vista del autor, es decir, la relación *emic-etíc*.

Para el análisis de la información, las mujeres fueron agrupadas por generaciones:

- **Primera:** muy grandes o viejas de 65 años y más (grupo E), grandes de 50 a 64 años (grupo D).
- **Segunda:** adultas de 35 a 49 años (grupo C).
- **Tercera:** edad mediana de 20 a 34 años (grupo B), jóvenes o menores de 20 años (grupo A).

RESULTADOS

La comunidad, sus mujeres y sus hombres...

El pueblo de Santa Catarina, Yahuío, pertenece al municipio de Santiago, Laxopa, ubicado entre los tres municipios más lejanos de la Sierra Norte de Oaxaca. Está conformado por la cabecera y dos agencias municipales, siendo Yahuío la comunidad campo de estudio.

Yahuío significa en español "llano de los pájaros". Es un pueblo de gente inmigrada de la misma región: "*dicen que venían de San Pedro Cajonos... y de Ayutla Mixe*" del distrito Villalta. Se localiza en las faldas de las montañas más elevadas de la zona, a 2,500 metros sobre el nivel del mar, donde existen bosques de pinos jóvenes y áreas de usufructo, en las que cultivan maíz, chícharo, frijol y calabaza, bajo la técnica de "roza" y "picado". Los indígenas siembran con coas y azadones, recogen una cosecha al año y, en una gran mayoría de los grupos domésticos campesinos, ésta no cubre las necesidades de subsistencia. El temporal lluvioso predomina entre los meses de abril a noviembre; y la intensidad del clima frío-húmedo (con escasos tiempos cálidos) determina la cantidad y calidad del producto que obtienen del cultivo de las milpas, sembradas en los solares donde se asientan sus viviendas.*

Yahuío se ubica en un punto intermedio (entre San Sebastián, Guiloixi y Laxopa) cabecera del mismo nombre. Cuenta con 478 habitantes, según el censo local de 1995, la mitad son hombres y la mitad mujeres, su población es predominantemente joven y en la pirámide poblacional se observa un comportamiento que tiende a la asimetría entre los grupos de edad y sexo de jóvenes y adultos. Reflejo del proceso migratorio, característico de estas comunidades en la región serrana, en la que hombres y mujeres participan de manera semejante.¹⁸

Yahuío está conformado por 115 grupos domésticos campesinos (GDC), ubicados en la franja que conforman las cuatro o cinco

* Algunos hogares se complementan con el trabajo de la siembra de la "tierra caliente"; tierras ubicadas a dos horas del pueblo donde alcanzan a recoger hasta dos cosechas al año.



calles, que corren de oriente a poniente en las faldas montañosas más altas y frías de la zona, trazadas de manera transversal por las que suben hasta el camino de terracería para ir a la desviación que entronca con la carretera a Oaxaca-Zoogocho, o las que bajan por la salida a Laxopa.

- **Condiciones materiales de las viviendas.** Sus casas son de adobes, con techos de láminas de distinta calidad. La cocina, comúnmente aparte, está construida de techos de teja o láminas muy delgadas y fogón de leña que se ubica en el suelo o en un brasero en alto. Las casas, por regla general, comúnmente cuentan con un *temazcal*.* Desde hace algunos años se introdujo agua y luz eléctrica en casi todos los hogares. La letrina ecológica es un recurso incorporado recientemente. Las parejas cuentan en la mayoría de los casos con una parte de tierra del solar, donde siembran flores, frutas, hierbas curativas y milpa para la subsistencia.
- **Las mujeres y sus condiciones sociales y demográficas.** Las mujeres del estudio son bilingües (zapoteco/español) (93%) y las restantes son monolingües (las de la tercera generación: de español, y las de la primera generación: de zapoteco) y entienden la otra lengua (7%). La mayoría de las mujeres contaban con escolaridad de tres a seis años de primaria (98%) con una moda de seis años; existiendo una relación inversa entre escolaridad y edad. Por necesidades económicas en sus hogares, o por situaciones personales y de salud, antes de la unión marital poco menos de la mitad acumuló un proceso migratorio del medio rural al urbano (38%). Las mujeres más jóvenes tendieron a acumular y diversificar los procesos migratorios, incluyendo tanto

ciudades de México como de Estados Unidos. Las religiones que predominaron fue la católica (0.50 moda) y Testigos de Jehová; sin embargo, en la segunda y primera generaciones (35 a 49 y 50 a 64 años de edad) hubo mujeres que declararon como “sin religión” (Tabla 1).

- **Condiciones socioeconómicas.** Las mujeres participan activamente en actividades económicas complementarias, que se suman a la agricultura de temporal, a cargo de los hombres. Una de las actividades más importantes es el tejido del ixtle con el que elaboran mecapales[†] que venden generalmente a intermediarios en forma semanal. De este trabajo mensual no alcanzan a obtener un salario mínimo. La crianza de animales de traspatio o el pastoreo de yuntas son otras actividades complementarias al trabajo que proporciona recursos monetarios a sus hogares.
- **El ejercicio del cuerpo.** Las prácticas relacionadas con el ejercicio del cuerpo están vinculadas con el trabajo cotidiano de las mujeres de todos los grupos, de lo contrario, éste no quedaría justificado en la esfera pública. Al mismo tiempo, los trabajos productivos en que participan, o se ven obligadas a participar, son percibidos por ellas como “trabajos pesados”, mismos que requieren de una importante inversión energética corporal, y que durante el embarazo somete a las mujeres a un doble o triple desgaste.

Sin embargo, los grupos de mujeres expresan distinciones como parte de sus costumbres, valores y condición de género en la misma comunidad. La estructura parental, como material, las condiciona para ejercer, o no, determinados quehaceres. Así, en la medida

*Temazcalli.¹⁰ Es un baño diseñado en adobe (de tierra), asemeja una casa rectangular de un metro y medio de altura, por unos dos de largo. Cuenta con una puerta de entrada para el entrar en “cuatro pies” y un respirador en uno de sus extremos para hacer filtrar el vapor de agua con que se somete al cuerpo acompañado de “sobadas” y “hojeadas” con hojas seleccionadas por la costumbre de la partera principalmente.

[†] Fajillas de 12 centímetros de ancho por 40-50 de largo, diseñadas con figuras de colores y reatas delgadas de 3 metros, que sirven para cargar bultos en la espalda sostenidas de la frente. Se comercializan con otros grupos étnicos fuera de la comunidad.

Tabla 1
Características sociodemográficas de las mujeres zapotecas. Sierra Norte de Oaxaca

	3ª generación		2ª generación	1ª generación		Total
	< 20	20-34	35-49	50-64	65 y más	
Número de casos	1	18	10	7	6	42
Lengua						
Español o zapoteco	-	0.6*	-	-	0.33**	0.7
Bilingües	1.0	0.94	1.0	1.0	0.67	0.93
Escolaridad (años)						
£ 6	1.0	0.94	1.0	1.0	1.0	0.98
> 6	-	0.6	-	-	-	0.2
Religión						
Católica	1.0	0.44	0.70	0.43	0.33	0.50
T. de Jehová/Pentecostal	-	0.56	0.20	0.43	0.67	0.45
Ninguna	-	-	0.10	0.14	-	0.5
Migración (meses)						
£ 5	1.0	0.50	0.70	0.86	0.50	0.62
³ 6	-	0.50	0.30	0.14	0.50	0.38

* Español.

** Zapoteco.

Fuente: Entrevistas estructuradas a mujeres y hombres de Sta. Catarina, Yahuio, 1998.

que avanzan las generaciones, los elementos constitutivos de la modernidad han llevado hasta la comunidad y a los hogares diferentes artefactos que han venido a disminuir, hasta cierto punto, las cargas de trabajo que antes fueron motivo de pérdidas reproductivas y condiciones de salud materno-infantil de mayor desventaja.

Martajar el nixtamal en el metate, moler, ir a sembrar, pastorear, ir a recolectar leña, acarrear agua del pozo en cántaros, tejer el ixtle y todas las demás actividades de crianza y cuidado de los y las niñas, así como preparar los alimentos, lavar la ropa y otras más, fueron tareas experimentadas (para las mujeres de la primera y segunda generaciones) de un modo diferente. En el presente, tales actividades se han transformado, o van cambiando, simplemente porque las mismas mujeres cuentan

con la posibilidad de hacer trabajos remunerados fuera de la comunidad.

Las cargas de trabajo domésticas demandan tempranamente a las niñas de la casa a compartir las tareas asignadas a la madre según el esquema cultural e ideológico de la etnia. Pero no sólo son las actividades del campo las que le demandan la inversión de tiempo, vida y energía de las mujeres: el amamantamiento durante el embarazo, en algunas de ellas, es además otra práctica que la mujer madre procura al hijo "chípil"* cuando la costumbre de su grupo así lo impone.⁸

Historia reproductiva

La edad de la menarquia fue entre los 14 y 18 años, encontrándose casos en que la menstruación apareció después de la unión conyugal o al inicio de la vida sexual (0.45). La

* Se nombra así al hijo lactante cuando la madre se vuelve a embarazar. Los textos históricos⁷ explicaban en los antiguos Nahuas el desequilibrio del cuerpo de la mujer por el embarazo que expresa un estado de exceso de calor y se creía que la mujer producía uno de los males al hijo. Esta idea sigue vigente en las mujeres zapotecas serranas.



Tabla 2
Historia reproductiva de las mujeres zapotecas, Sierra Norte de Oaxaca

	3ª generación		2ª generación	1ª generación		Total
	< 20	20-34	35-49	50-64	65 y más	
Número de casos	1	18	10	7	6	42
Edad de inicio de la menarquia						
10-13	-	0.11	0.10	-	-	0.7
14-18	-	0.39	0.40	0.71	0.50	0.45
Se desconoce	1.0	0.50	0.50	0.29	0.50	0.48
Edad a la primera unión (años)						
£ 15	-	0.11	0.40	0.57	0.17	0.26
³ 16	1.0	0.89	0.6	0.43	0.83	0.74
Total de embarazos						
1-3	1.0	0.55	0.20	0.14	-	0.33
4-6	-	0.40	0.10	0.14	0.50	0.29
³ 7	-	0.5	0.70	0.72	0.50	0.38

Fuente: Entrevistas estructuradas a mujeres y hombres de Sta. Catarina, Yahuío, 1998.

edad a la primera unión fue a los 16 años o más (0.74). Aunque tres de cada diez mujeres, se unieron a los 15 años o antes (0.26). La moda a la primera unión es a los 16 años.

La mayoría de las mujeres estaban unidas con parejas de mayor edad que ellas, hasta por siete años. Sólo se encontró que dos mujeres se casaron con varones más jóvenes que ellas, en nueve o diez años. Estas parejas tenían pocos años de unión y ambos hombres nunca habían salido a trabajar fuera de la comunidad, en cambio las dos mujeres se caracterizan por pertenecer a grupos domésticos de estructura incompleta –pérdida de uno de los cónyuges– en que el ciclo vital estaba en fisión¹⁹ y poseer recursos materiales, como una casa y tierras de cultivo, que hicieron propicias las uniones con miras a la reproducción social de un nuevo ciclo familiar.

En relación con la edad de la primera unión, el 0.57 de las mujeres de la primera generación se casó antes de los quince años, mientras que

para el grupo de la tercera generación, sólo el 0.11 de las mujeres lo hizo antes de esa edad. En el grupo de mujeres de la primera generación el 0.72 tuvo más de siete embarazos, en contraste, con las mujeres de la tercera generación, sólo el 0.5 registró ese número de embarazos (Tabla 2).

Saber y prácticas de salud

- **Las representaciones y prácticas del embarazo.** Las prácticas de salud de las mujeres, de distintas edades y generaciones, dan cuenta de las pervivencias de patrones muy antiguos que guardan relación con la idea del cuerpo en Mesoamérica.⁸ Mantener la fuerza, a través de los cuidados y el equilibrio del cuerpo, desde el embarazo hasta el puerperio. Las mujeres jóvenes que se encuentran en los inicios de la vida reproductiva, como adultas jóvenes y las mayores, por lo general, hacen uso del ceñidor* como una de las prácticas primor-

*Es una fajilla tejida en hilo de algodón por las mujeres de Guiloixi; mide aproximadamente 2 m y es de unos 20 cm de ancho, por lo general, es de color blanco y de preferencia el tamaño se adapta a la complexión de la mujer que lo usa. Éste debe dar doble vuelta en la cintura y ellas deben saber usarlo para que sea eficaz.

diales que previenen “aflojaduras”, que permiten sostener la cintura y la espalda y son la fuerza para vivir y asumir el proceso de embarazo y puerperio.

Todas las mujeres usan el ceñidor, bajo la explicación de cuidar del cuerpo, de prevenir los dolores de espalda, así como de hacer de éste un aliado frente al trabajo: por ejemplo, ir por leña, pastorear a los animales o sembrar la tierra y las largas caminatas relacionadas con su necesidad de hacer ejercicio o en la utilización de su tiempo vital, en el que ellas tienen oportunidad de probar los espacios públicos en los que también logran tomar cierta distancia de los quehaceres y responsabilidades domésticas.

Una de las explicaciones más importantes que dan las mujeres y las parteras para el uso del ceñidor es la de evitar que el bebé no crezca demasiado durante la gestación, para que el momento del parto no se complique por tal motivo; las voces de las mujeres hablan de su representación simbólica:

“...para que no se complique el parto y el bebé puedan nacer más rápido, si no se puede morir la criatura o la mamá...” (Lucrecia, 66 años; María, 48 años y Agazania, 58 años).

- **El uso del soyate.** El uso del soyate durante el embarazo es una práctica residual en las mujeres de la primera generación, y éste empieza a desaparecer en la segunda generación de mujeres, y conforme se ubican los grupos más jóvenes, el uso de la faja de petatillo tiende a extinguirse. Asimismo, se puede notar que hay quienes han empezado a dejar de usar el ceñidor entre las mujeres de edad mediana, ellas son mujeres que han permanecido un tiempo considerable (promedio de 9 años) en procesos de migración y han vuelto al pueblo. En oposición a esta manera de manejar el cuerpo, hay mujeres ubicadas dentro del mismo grupo (o tercera generación) después de haber vivido toda una etapa de su vida, desde la niñez hasta la juventud, en la ciudad. Al volver al pueblo para casarse, el uso del ceñidor es adoptado

conforme la costumbre de las mujeres mayores del solar, así como por la manera de vivir de esa cultura, de trabajar, prevenir y cuidar del cuerpo en Yahuio.

Azalea: A los 33 años tiene ocho hijos, “...fui a vivir a México (D.F.), me llevaron desde los tres meses de edad hasta los catorce y al casarme regresé para acá; cuando me embaracé, me viene la necesidad de usar el ceñidor por recomendación de las mujeres grandes, como mis suegra y la tía Sofía, las más grandes del solar al que me trajeron a vivir; también las parteras no quieren que andemos sueltas de la cintura, porque nos podemos caer y tener aflojaduras de las cuerdas.”

Las parteras se encargan de vigilar que las mujeres a temprana edad empiecen a usar la faja de algodón y que la hagan una aliada de la femineidad en la salud, en la construcción del cuerpo y en el trabajo. Si no crecieron ahí, pero regresaron, las mujeres cumplen con la tarea de enseñar a la que por primera vez se embaraza y, si no está convencida, porque no está acostumbrada, para el segundo embarazo ya tendrá más idea de la importancia de esta fuerza que combinan con el cuerpo humano. Otra habla está en la memoria de Abril:

“Mi hermana Alel también vivió en el D.F., hasta la época de la secundaria y regresó a la jubilación de mi padre al pueblo. Cuando vino, no sabía amarrar su cintura, se embarazó y no quería, pero ahora ella ya se acostumbró a usar el ceñidor, pues le ayuda bastante con la carga de trabajo para atender a sus hijos que están chiquitos, a hacer el quehacer y cuando está embarazada.”

(Mujer de 33 años, Testigo de Jehová).

- **“...cuando está embarazada la mujer puede comer de todo”.** El libre consumo de alimentos en el embarazo incluye a las mujeres que dicen “como de todo”. No existen restricciones en el consumo de alimentos de consistencia fría o caliente durante el embarazo. Esta apertura muestra el concepto de “normalidad”, y de que no existe el riesgo de perder el equilibrio corporal por los alimentos. Sin embargo, en la práctica sí existe rechazo por algunos



alimentos, dependiendo de la presencia de síntomas que las mujeres identifican como expresión “normal”. En el proceso inicial de la gestación, tener asco, náuseas, vómito, mareos, “poquita hambre durante todo el embarazo”, dolor en el vientre, disentería, cansancio, mucho sufrimiento por picazón en la piel, dolor y pérdida de dientes y muelas, dolor de estómago, o tener diarrea, hacen que no todas las mujeres tengan la misma libertad en el consumo de alimentos. Su sistema ideológico, en cambio, explica que el embarazo es un estado de calor.⁸

Los conocimientos de las mujeres sobre los alimentos que las embarazadas refieren como “agradables” corresponden a una clasificación cotidiana en la que se encuentran los denominados “frescos”, como son las verduras y la fruta. Por lo general, hombres y mujeres adultos(as) dicen que no hay restricciones en las prácticas alimenticias de las embarazadas, pero las creencias de las mujeres católicas apuntan que quienes comen miel silvestre o carne de puerco, de venado o de ganado vacuno, si no la vuelven a comer, cuando se aproxime el parto, el bebé no podrá nacer a tiempo. Algunas mujeres convertidas a Testigos de Jehová comparten sus experiencias y su racionalidad es el no haber hecho caso a tales creencias.

“Cuando estoy embarazada, he comido la carne de ganado, y de puerco, y no, no me pasó nada.”

(Rosalía, 28 años, tres embarazos).

No obstante, Don Álvaro, un hombre de 45 años de edad hablando de sus creencias y de las costumbres de su grupo:

“...mi esposa Rosaura comió el antojito y se olvidó de volver a prepararlo y comerlo cerca de los nueve meses... porque así debe ser... cuando se acerca el tiempo, hay que comerlo otra vez; aunque no me lo crean, mi hijo Alvarito nació casi a los once meses, y ahí está, pero así se tardó.”

(42 años, Testigo de Jehová).

- **“Estar embarazada no es enfermedad, es como una...”** El embarazo ha sido concebido

en las ideas de las mujeres de acuerdo con sus representaciones simbólicas y experiencia, unas dicen que el embarazo es algo normal que pasa durante un tiempo y después se quita, por eso no es enfermedad, otras y otros dicen que *éste es como una enfermedad*, pues cuando se está así:

*“se tiene una que cuidar más, de repente se enferma...”;
“si ya les dió al lovizna tienen malestares, están de malas, hay que chiquiarlas, por todo lloran...”*

(Don Samuel de 65 años, Testigo de Jehová).

La aparición de ciertos síntomas y malestares de enfermedad, en esta etapa del proceso, está asociada a la existencia de mucho frío en la matriz, que según las ideas de las mujeres como de las parteras, es un reflejo de los desequilibrios corporales que las mujeres obtienen porque no se cuidan lo suficiente de no mojarse los pies, la espalda, el cuerpo, cuando éste se encuentra caliente por el trabajo, o por excesos como desveladas, exposición al clima extremoso y frío.

- **El diagnóstico del embarazo.** Las prácticas del diagnóstico del embarazo son otra categoría de conocimientos e ideas, cuyos saberes se inscriben en el sistema de autoatención,¹¹ constituido por las ideas y procedimientos que desde la misma mujer operan para explicarse ciertos hechos, como primer recurso posible de estructurar respuestas de atención y que involucra la respuesta del microgrupo en que participan otras mujeres. La presencia del embarazo está asociada con la desaparición de la “*costum*” o regla, que en el caso de las mujeres de edad mediana y joven, en su primer embarazo supusieron se trataba de éste, a diferencia de las mujeres de los grupos de segunda y primera generaciones, ellas avisaron inmediatamente a una mujer de mayor edad, como su suegra, madre o abuela. Las mujeres zapotecas serranas de 50 años y más, lamentan no haber conocido los cambios de sus cuerpos, pues algunas de ellas no sabían qué les estaba pasando.

Normalmente, las mujeres de mayor edad de la comunidad están pendientes de las más jóvenes, para acercarse a ellas y explicarles sobre el embarazo. Las parteras también corresponden en esta necesidad de confirmación, del hecho esperado por las mujeres y hombres del GDC, quienes a través del *temazcal*,²⁰ “soban” a las mujeres sospechosas de embarazo, cuya costumbre familiar así se decide por la suegra y el esposo y, en menos ocasiones, por la madre y la mujer, una vez que ésta les da a conocer de la ausencia de su menstruación.

La transformación de prácticas en algunas de las mujeres se ha registrado en quienes han tenido un mayor contacto con la medicina alopática, y en aquellas participantes de procesos migratorios que acudieron, en reiteradas ocasiones a la consulta o atención del personal de salud biomédico.

La asistencia al médico es diferencial, algunas lo hacen antes de los tres meses, otras en el tercer trimestre del embarazo. Ya sea que empiezan a acudir a la casa de salud de Yahuio, ya porque asisten con alguna frecuencia enfermeras de la cabecera distrital de Ixtlán o hay quien se desplaza hasta la ciudad de México.

Las vitaminas se han hecho presentes en la receta médica, procedimiento que contrapone la idea de que si el bebé crece más de lo esperado, por la experiencia médica popular, no podrá nacer y expondrá la vida de éste(a) y de la madre, como sucedió en el caso de Dalia, de 22 años, en su primer parto:

“El bebé de Dalia no pudo nacer porque estaba muy grande, pues ella tomó vitaminas que el doctor le dio en la casa de salud. Todo iba muy bien, pero eso le hizo daño... el bebé no aguantó y se murió.”

(Doña Flor, su partera de 48 años, Testigo de Jehová).

La interrelación entre autoatención y la práctica de parteras conforman el amplio

concepto de medicina popular^{10,11} cuyas transacciones de hegemonía y subalteridad entre saberes, predomina entre estos sistemas médicos y el de la medicina académica.¹¹

Durante los primeros meses de embarazo, las mujeres refieren una serie sintomatológica que da cuenta de sus malestares corporales y emotivos, además de los mencionados entre ellos se ha registrado una larga lista de éstos: dolor de pechos, dolor de cabeza, dolor en las sienas, dolor en la matriz, hinchazón de pies, ver estrellitas y lucecitas, movimientos a los tres meses del embarazo. Y entre los de carácter emocional que hizo que algunas mujeres de la segunda y primera generaciones se pusieran muy tristes por no saber qué les iba a pasar, tuvieron sentimientos de miedo, de rareza y asombro, no estaban contentas con el embarazo, temblores por “**susto**”, y otras manifestaciones por “**coraje**” o “**muina**”.*

- **...Ir al temazcal.**²⁰ Llevar al temazcal a las mujeres durante el embarazo es una práctica común que aparece en el sistema de medicina popular, ejercido a cargo de las parteras en las distintas generaciones de mujeres en estudio, igual acuden las más jóvenes por decisión de la suegra y del esposo, que las que representan a la primera generación de mujeres. Es a través de esta práctica milenaria que la curadora “soba” a la mujer con hierbas de consistencia caliente como “duraznal”, “cerezal”, “aguacatal” y otras, como la “hoja del cielo”, y a ellas deben complementar con manteca o alcohol, según la costumbre de la curadora y/o de la familia.

Hay mujeres mayores que no recibieron este baño por no ser de su agrado. Las que lo toman, lo hacen desde los dos o tres primeros meses o hasta el quinto o sexto, algunas reciben los beneficios del temazcal por tres, cuatro o cinco veces durante la gestación.

* Estos conceptos hacen referencia a los denominados síndromes de filiación cultural o culture bound, reconocidos por la antropología social y por la antropología médica.²⁹

La partera tradicional explica que este procedimiento es de tipo "preventivo":

"Para que se salga todo el frío que la matriz pudiera haber recogido y el parto se arápido, eso requiere de 'sobar' el vientre de la mujer, en el que se aprovecha para acomodar al bebé, para 'hojear' con golpecitos todo el cuerpo de la embarazada, así como sus partes."*

(Parteras de 46 años y 52 años; con seis y 14 años de experiencia).

Las mujeres explican que se liberan del cansancio y de los dolores de espalda por cargar pesado y la carga del embarazo, a pesar de que las recomendaciones de las mujeres mayores o iguales más cercanas del GDC recomiendan evitar grandes pesos.

Durante el embarazo, las prácticas sexuales no están restringidas, éstas son diferenciales, según las pertinencias de cada pareja: hay quienes recomiendan que pueden llevarse a cabo durante toda la gestación, hay quienes opinan que antes de tres meses del parto deben suspenderse.

La vida de las mujeres transcurre en la familiaridad de sus costumbres, ideas y racionalidades, enmarcadas en un bagaje ideológico, cultural y simbólico¹⁰ que se conjuga con aspectos materiales y se articulan de modos diferenciados según los tiempos sociales, individuales o biográficos, denominados así en el proceso del curso del ciclo de vida familiar de las mujeres y sus esposos, pero también de sus hijos.¹⁸

Con los movimientos, entradas y salidas de los miembros que conforman los grupos domésticos, los fenómenos sociales como el nacimiento del primer hijo(a), u otros nacimientos subsecuentes, se redefine la estructura familiar, los patrones de residencia, las modalidades migratorias o las nuevas prácticas religiosas en las que también el proceso de embarazo-parto y puerperio se va transformando con nuevas estrategias de atención. No obstante, están presentes de manera más aislada, pero como parte de las situaciones que caracterizan la

condición de salud y la discriminación de las mujeres. Lo que puede denominarse como "prácticas marginales", que muy probablemente son determinantes de las tasas de morbilidad y mortalidad materna e infantil en el medio rural oaxaqueño. De ahí la necesidad de describir y comprender las prácticas y procedimientos que realizan las mujeres indígenas serranas para atender sus partos.

- **"Llegado el momento del parto... el parto es un peligro, es la muerte..."** En cuanto la mujer empieza a sentir los dolores que anuncian el nacimiento, si se encuentra su esposo, le avisa. Él lo hace extensivo a la suegra; las primeras estrategias son planteadas como parte de una "carrera de atención",² dentro del sistema de saberes parentales en los que se ve movilizada la red social del GDC, del solar y la comunidad. O bien, las mujeres solas.

Algunas mujeres empiezan por encender la lumbre en la que debe calentarse el cuerpo la parturienta, hasta empezar a sudar, y así asumir la posición que le permitirá parir de manera gravitacional.

La llegada de la partera se apresura con la llamada del esposo y el padre de éste o algún otro pariente o vecino. Al hacer acto de presencia, la partera indicará las primeras infusiones de plantas calientes, como orégano, ruda y/o Santa María. En otros casos el agua de panela, la canela y el chocolate[†] no se hacen esperar; las mujeres más grandes conocen otro tipo de ingestiones "naturales" que utilizaron, como el cuerno de venado, o el "hieg" u *hollín*, que se encuentra comúnmente en los techos de las cocinas en dirección del fogón, el cual se desprendía y lo daban a tomar con huevos de guajolota a la mujer para estimular las contracciones y apurar el parto.

Una diversidad de medicinas conocidas por el conjunto étnico zapoteco se maneja en el

* Los genitales.

† Todas las infusiones y bebidas son de consistencia caliente según los conocimientos del grupo étnico.

momento de preparación; asimismo, existen GDC que disponen del *temazcal* en la cocina—donde frecuentemente se atienden los partos— o en el solar de parientes. La partera lleva hasta éste a la mujer, la “soba”, verifica si el bebé continúa moviéndose y “lo acomoda” para su nacimiento.

En otros casos, las mujeres se bañan de manera normal cuando se dan cuenta que su parto se aproxima, acuden a este momento: *“la partera, el esposo que ayuda a dar fuerzas y valor a la mujer, y otra mujer que puede ser la suegra o la madre que también ayuda a la partera a detener a la mujer”*. Generalmente, las mujeres paren hincadas o “sentadas”, como ellas lo mencionan refiriendo que es una posición que les da seguridad y les facilita el sacar la fuerza necesaria en el momento del parto.

En este contexto de atención, las mujeres reconocen los sentimientos de miedo y nerviosismo o llanto y dolor que les producen los momentos en que se juegan la vida y luchan con la muerte, ellas y los(as) hijas que esperan. Unas se sienten con la amenaza de poder perder a sus esposos, lo manifiestan las más jóvenes, otras sufren la preocupación porque podrían dejar a sus hijos y quién vería por ellos. Las que han afrontado este fenómeno solas o con maltratos de sus cónyuges, que las han violentado a golpes, reclaman con coraje el derecho y la necesidad de ser acompañadas y atendidas humanamente.

Entre las hablas de las mujeres, adquieren peso las voces que dijeron:

“Si me muero será mejor.” “No tengo a nadie...”

(Silvana, primera generación, primer parto, Testigo de Jehová; Natalia, 28 años, Testigo de Jehová).

Otra mujer de segunda generación recobra sus pensamientos:

Azalea: *“Tuve que pasar el parto yo sola, porque él prefirió ir a dejar a su papá a la desviación (del camino a Oaxaca) que yase iba para México. Encendí la lumbre, yo yase cómo hacer, pero por poco y la niña cae junto al fuego, tenía yo miedo de morir si no bajaba la placenta... cuando llegó la*

partera, ya había nacido mi hija. Ella sólo dijo, ‘el hombre primero debe de cumplir con su esposa;... tú papá y sabe el camino’...”

Inmediatamente de que se presente el nacimiento, la partera “amarras la cintura” de la mujer con un ceñidor tratando de evitar que se pueda venir una hemorragia de la madre, en cuanto “nace” la placenta, corta el ombligo y levanta al bebé para bañarlo.

Si hay *temazcal* suben a la mujer, la recuestan para que repose el tiempo “delicado” inmediato y después del parto, como ellas y ellos lo nombran.

A algunas mujeres, además del ceñidor les amarran un *soyate*, les procuran calor con brasas, adentro del *temazcal* o abajo de su cama, para prevenir que no tiemblen y su cuerpo caiga en estado de desequilibrio y pueda morir.

Actualmente, cuando el parto empieza a tardar, el esposo y la familia cercana a la pareja, empiezan a pedir “la inyección” que ayude a la mujer. En algunos casos, la adquiere en ese momento, en otros, las compran anticipadamente; dependiendo del criterio de la partera, en ocasiones ella decide si se aplica la inyección a la mujer, y, en otros, ella debe aceptar la decisión familiar sumándose a la necesidad de aplicarla. En diversos casos, y desde hace aproximadamente diez años, las oxitocinas han cobrado su “**eficacia simbólica**”²¹ en la representación de las mujeres, hombres y parteras de Yahuio, porque en muchas de ellas han tenido éxito. Sin embargo, hay a quienes no les han dado resultado, teniendo que buscar una alternativa, que en la resistencia cultural e ideológica dicen “*tienen que ir a la fuerza al doctor*”, a la casa de salud del pueblo (en la que no siempre existe la posibilidad de atender la necesidad o resolver la complicación del parto), el centro de salud hasta la cabecera municipal o a donde encuentren un servicio de salud institucional, que los hará peregrinar en ocasiones hasta la ciudad de Oaxaca, cinco o 10 horas después de encontrar los medios en los que se puedan movilizar, cruzan la

serranía. En escasas ocasiones, los embarazos complicados se atenderán oportunamente y la madre y su hijo(a) saldrán avantes; en otros casos, la vida de la madre llega a los límites de desafío a la muerte y casi no se logra salvar a su hijo(a); la mortalidad perinatal está presente en Yahuío.

- **“Es un momento de cuidado...” El puerperio.** El momento del alumbramiento, indica para los de Yahuío que la mujer se salvó (reto más grande frente a la muerte materna). Aunque se han registrado datos de la presencia de hemorragias, sobre todo en el caso de las mujeres ahora muy grandes, asimismo, desmayos, aunque éstos se han encontrado, en el presente, en el grupo de edad mediana, inflamación de las venas de las piernas (principalmente en las mujeres con una fecundidad muy alta, pero también se ha registrado en las que inician). Los datos de sangrados leves o como si fuera una regla de tres a 20 días, son características del posparto, que de acuerdo a sus conocimientos, está dentro de cierta “normalidad” de estas mujeres.

Entre las prácticas más frecuentes para dar atención al “*momento de cuidado*” como ellas lo definen, aparecen el uso del ceñidor y *soyate*, por lo menos los “*primeros veinte*” días en que “*la mujer debe reposar*”, aunque la realidad de los hechos es diferente. Algunas lo pueden o pudieron llevar a cabo, otras no, al tercer día o a la semana han vuelto a reiniciar con los mandados y quehaceres que, de acuerdo a sus explicaciones, no están en condiciones de hacer. También la entrada al *baño de temazcal* es el más acostumbrado, uno, dos, o tres días después del parto, o con agua caliente de hierbas, que es poco usual.

La entrada de tres a cuatro ocasiones los veinte días posparto, tiene como principal intención, según las parteras y las mujeres o sus esposos, “*cocer el cuerpo de la mujer, limpiar la matriz y fortalecer éste para mantener el equilibrio y alcanzar la recuperación*”.

El tipo de alimentación a seguir es una de las prácticas más importantes ya que, desde

el momento que concluye el parto, la mujer sólo podrá beber agua hervida tibia y comer alimentos de consistencia “*caliente*” para que no dañe su salud, ni la de su bebé.

La transformación de ideas y prácticas sigue su curso en la incorporación de nuevos conceptos al saber popular, las mujeres apegadas al modelo de medicina alopática empiezan a hablar de cuarentena, de métodos anticonceptivos y de una demanda de mejor atención por los trabajadores de salud oficial.

Las mujeres de la tercera generación empiezan a entrar en contacto con médicos académicos y al interactuar con ellos aprenden las percepciones de éstos:

“Como mi niña no podía nacer me tuvieron que llevar a un consultorio de una comunidad a dos horas o tres de aquí, yo ya tenía muchas horas tratando de que mi bebé naciera, el médico me vio, tenía temor.”

(Silvia, 26 años, un embarazo, un parto complicado, una pérdida, Testigo de Jehová).

El temor del médico que la atendió en un consultorio o en una pequeña clínica de la región, reflejaba la angustia de que la mujer sufriera de “*gangrena*” en la asistencia del parto que como parte de la carrera de atención² de esta mujer, él solo tuvo que afrontar la culminación de la complicación del parto sin poder salvar a la recién nacida.

Otros casos revelan las dificultades para que las mujeres zapotecas logren vincularse oportunamente al sistema de salud biomédico, en la estructura de los servicios de salud institucional y la ubicación geográfica de las comunidades serranas.

Don Álvaro, el padre de una mujer migrante a la ciudad de México, que habiendo estado en control prenatal en la ciudad, volvió en busca de su red parental para parir:

“Después de 23 horas de trabajo de parto en Yahuío, fue atendida mi hija de 34 años en su tercer parto en el hospital civil de Oaxaca y operada en forma definitiva para no tener más hijos, sin estar consciente del procedimiento.”

Los testimonios y la oralidad de las mujeres muestran que las prácticas sociales de las mujeres vinculadas al proceso del embarazo, parto y puerperio, dan cuenta no de un estilo, sino de varios “estilos de vida”, que están constituidos por una multidimensionalidad en la que se expresan condiciones sociales, políticas económicas, materiales, geográficas, e históricas, no sólo de la región, sino de los niveles microsociales. Y en un sentido muy particular, el de su capital simbólico cultural e ideológico que enmarca de manera diferencial los procesos transaccionales en los que las relaciones de poder entre modelos médicos se articulan en procesos de hegemonía/subalternidad, a partir de un consenso de los conjuntos de mujeres y hombres pertenecientes a una cultura e ideología zapotecas, no aisladas del pensamiento occidental.

DISCUSIÓN

En el estudio se siguen dos ejes principales, el de la construcción social¹⁷ e ideológico-cultural del padecer;^{9,16} es decir, al punto de vista subjetivo de las mujeres, vinculado a la salud y al estado de embarazo-parto-puerperio con el que estructuran la condición del cuerpo, y se producen representaciones simbólicas expresadas en ideas, creencias, racionalidades que explican el comportamiento humano del grupo étnico en términos de su salud y la percepción que tienen del proceso reproductivo.^{7,9} El segundo eje se refiere a las prácticas sociales y las estrategias que para ello emplean, como parte de un sistema de pensamiento más amplio;^{10,11} por ejemplo, el de origen mesoamericano.⁸ Con él se representan una cosmovisión y un cuerpo integrado en su totalidad, mediante la fluidez de energía y espiritualidad, organizando sus saberes con el ejercicio de prácticas diversas como: la alimentación, el trabajo, la práctica sexual, el ejercicio, los cuidados y terapéutica de atención al proceso gestacional y a su culminación, en los que queda expresada su visión preventiva de autocuidado y autoatención del grupo étnico.^{11,13}

Las lecturas del cuerpo pasan por distintas etapas que van cambiando a lo largo del

proceso reproductivo en la relación frío-calor. Primero, en el embarazo se habla de un cuerpo en estado de absoluto calor, por lo que las mujeres expresan su deseo de consumir alimentos frescos, necesidad de salir a caminar y tomar aire, y el deseo de cosas frías y ácidas, constatado con la libertad de consumir todo tipo de alimentos. En cambio, en el parto el cuerpo se abre, y éste debe cerrarse a través del uso de objetos que lo sostengan y de “sobadas” paralelas al uso del *temazcal*. En el puerperio, las mujeres son especialmente atendidas por los miembros del grupo doméstico que procuran el reposo, el calor y restringen los alimentos de consistencia fría, pues el puerperio es un estado “delicado” en que las mujeres deben prevenir todo tipo de padecimiento y recuperar el equilibrio del cuerpo para volver a la normalidad o equilibrio funcional.^{8,9} López Austin, en su estudio de la concepción del cuerpo en el mundo náhuatl, y en otros grupos étnicos mexicanos, explica que el proceso reproductivo biológico se caracteriza por ser un estado de calor, desde que inicia hasta que la mujer sale del peligro de muerte en que se encuentra después del parto y del puerperio, motivo por el que debe prevenirse cualquier desequilibrio que ponga en peligro la salud y la vida de la parturienta.⁸

En la atención del proceso reproductivo de las mujeres indígenas, atraviesan las relaciones de género,¹⁴ que emanan de la organización del parentesco en el mundo zapoteco. Éstas se expresan con el ejercicio de la autoridad de las mujeres de mayor edad frente a las más jóvenes, en cuanto a la toma de decisiones, cuidados y solidaridad en que se debe reproducir la salud durante el embarazo, el parto y el puerperio. Y las relaciones de dominación hacia las mujeres se manejan a través de la organización del grupo parental en varones, maridos o compañeros, y deben someter sus relaciones; particularmente, con su madre/padre, para cualquier cuestión que haya que manejar en el diagnóstico del embarazo y tipo de atención que deberá recibir la mujer gestante en el momento del parto y manejo del puerperio. El control del cuerpo de las mujeres zapotecas está presente a través del ejercicio de representaciones y



prácticas prescritas, y al margen de transacciones que las mujeres construyen en la relación con sus cónyuges, negociando la aceptación, asumiendo las disposiciones intergeneracionales y del saber popular; o bien, proponiendo nuevas necesidades y excluyendo algunas de las creencias, al no incluir procedimientos prescritos por las mujeres del solar o por las parteras. Condición, esta última, en que las mujeres en proceso reproductivo logran modificar el ejercicio del micropoder intergenérico e intergeneracional.¹⁴

Las respuestas a la salud y al proceso reproductivo, construidas ancestralmente por el grupo étnico, imperan por su legitimidad; no obstante, de manera pragmática son aceptadas algunas prácticas procedentes del saber médico que operan a través de una eficacia simbólica.²¹ Una de ellas es el uso de la inyección de oxitócicos requerida por las mujeres de segunda y, especialmente, de tercera generaciones. O por quienes autorizan, aceptan o rechazan, simbólicamente las decisiones; es decir, las autoridades del grupo doméstico, del solar y de la comunidad. Esporádicamente, las mujeres jóvenes requieren acudir con médicos académicos. En este contexto se expresa una transformación de las prácticas y conocimientos de la etnia zapoteca en un sentido histórico.

Las relaciones de poder entre los sistemas médicos,^{11,10} locales y microrregionales, están presentes con sentidos y significados contradictorios que emanan de la idea de cuerpo que cada uno concibe. Por otra parte, muestran complementariedades en la aceptación de grupos domésticos que operan procedimientos de la biomedicina y se articulan pragmáticamente a las trayectorias de atención prescritas por las parteras y las mujeres mismas o del solar.²

El *habitus*⁷ de las mujeres y sus grupos parentales, hace distinción en el estilo de vida,¹³ que representa la estructura invisible en la que cada mujer construye, social y culturalmente, sus necesidades y respuestas matizadas, por las relaciones de poder y micropoder, sugiriendo el que ellas realicen determinadas prácticas y no otras. En este sentido se traducen resultados diferentes. Es decir, si las mujeres

están bien, se sienten bien; o les hubiera gustado decidir algo distinto diferente en sus experiencias reproductivas, sin tener que asumir la prescripción ideológico-cultural. El resultado es un invisible que hay que describir para conocer las condiciones de gestación y nacimiento de sus hijos, y por reconocer y comprender la construcción de sus cuerpos mismos a través de distintos procesos implicados, entre los que destacan el de salud en el embarazo, el parto y puerperio, y en vivencia, el de la maternidad en estos grupos étnicos.

En otra aproximación del estudio abordamos la relación estructural en la que destacan transformaciones históricas en que se inscriben los cambios intergeneracionales que expresan mayores “desventajas” de género en las mujeres muy grandes y viejas del estudio, la condición que ubica a estas mujeres a través de la expresión de los grupos de edad vinculados a patrones y caracteres de la fecundidad, entre los que sobresalen las más jóvenes, cuyas posibilidades son potenciales del reflejo de altas tasas reproductivas, nos permiten reconstruir un dato interesante, en términos comparativos, para poder mirar parte del pasado histórico-social e ideológico-cultural, como económico y político de las generaciones de mujeres, en que ellas y sus compañeros dejaron registradas sus costumbres, pero también sus patrones reproductivos en la dimensión social y biológica. Esta historia microsociedad, referida a la situación de salud, enfermedad y muerte de mujeres y hombres, que en la década del cuarenta al cincuenta tenían una esperanza de vida de 32-39 años, ellas y ellos de 30-37 años.²²

En este sentido, las desventajas sociales y étnicas son de peso al ejemplificar con uno de los indicadores de la historia reproductiva que nos hablan de la condición histórica de estas mujeres indígenas; por ejemplo, la menstruación está asociada con importantes problemas de desnutrición que refieren una tardanza en la aparición de ésta.¹² No obstante, hay que subrayar la brecha tan grande que existe entre el promedio estatal oaxaqueño de vida respecto del promedio nacional (que es de nueve a once años, por debajo de este último); y en el presente, las mujeres oaxa-

queñas han alcanzado el promedio de vida obtenido desde hace tres décadas por las de Nuevo León y hace cuatro por los hombres.²²

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos a la Lic. María Eugenia Mendoza Flores, investiga-

dora de la Subdirección de Investigación en Salud Pública, INPer; al Dr. Alberto Isunza y a la Mtra. Silvia Diez-Urdanivia del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubirán, titulares del Programa del CECIPROC en el estado de Oaxaca, por facilitar su estancia en la Sierra Juárez.

ABSTRACT

Objective: To describe and analyze the representations and health practices in the pregnancy-childbirth-postpartum process of three generations of Zapotec women, from the Sierra Norte de Oaxaca. To comprehend the interpretation, value, meaning and significance given to these processes, within the framework of a Cosmivision of Mesoamerican origin, where different local and microregional health systems generate *transactional/swapping relationships*.

Methods and materials: The study was oriented basically from the perspective of qualitative research. That is to say, it was completed from two related angles: the actor's point of view, *emic*; and the author's point of view, *etic*. The fieldwork was done in the Santa Catarina, Yahuio, Oaxacan community. Forty-two women with bio-reproductive histories were selected, including one woman for every three homes. Interviews were conducted in a semi-structured manner with all participants' free and informed consent. *Interviews in depth* with six women from three distinct generations were also conducted.

Results: Differential practices were identified according to the historical placement of the women, which suggested transformations in cultural ideological patterns. Changes were noticed after the second generation with the introjections of biomedical practices that represent a symbolic efficiency oriented towards the younger women. Larger disadvantages and social and gender differences were found within the group of older women. Their knowledge and practices expressed in *cultural capital* were qualitatively more oriented towards (popular) knowledge inscribed in the representation of the whole body, which must maintain and equilibrium between cold and hot and make exchanges (or transactions) using information/ advice from biomedicine.

KEY WORDS: *Medical anthropology, popular knowledge, pregnancy-childbirth-puerperium, gender relations, Mexico.*

REFERENCIAS

1. Menéndez E. Reproducción social, mortalidad y antropología médica. En: *Prácticas populares, ideología médica y participación social*. México: Universidad de Guadalajara CIESAS; 1992, p. 13-36.
2. Menéndez E. *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: Cuadernos de la Casa Chata No. 179. 1990, p. 107-38, 165-203.
3. Taylor S, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. México: Paidós; 1998.
4. Morin E. *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa; 1984.
5. Geertz C. Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura. En: *La interpretación de las culturas*. México: Gedisa; 1987, p. 19-29.
6. Martínez-Verdugo A. *Los métodos: nuevas lecturas de viejos conceptos*. Morelia, Michoacán. Jitanjáfora; 2002, p. 1-249

7. Bourdieu P. Estructuras, *habitus*, prácticas. En: El sentido práctico. Madrid: Taurus; 1994, p. 91-135, 189-204.
8. López Austin A. Cuerpo Humano e Ideología. México: UNAM; 1989, p. 222-62, 286-310.
9. Kleinman AR, Hahn A. Biomedical practice and anthropological theory: frameworks and directions. *Ann Rev Anthropol* 1988; 12: 305-33.
10. Menéndez E. La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional? *Alteridades* 1994; 4: 7-83.
11. Menéndez E. Modelo médico hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. *Antologías Universitarias en Campos R.* 1992, p. 97-114.
12. Ysunza A. El proceso migratorio y su efecto sobre el estado de nutrición en población indígena oaxaqueña. En: *Prácticas populares, ideología médica y participación social.* Universidad de Guadalajara, Ciesas. Menéndez Editores; 1992, p. 167-97.
13. Dean K. Self-care components of lifestyles: the importance of gender, attitudes and the social situation. *Institute of Social Medicine, University of Copenhagen, Denmark.* 1989, p. 137-52.
14. De Barbieri T. Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica, *Revista Interamericana de Sociología* 1992; VI: 147-78.
15. Godelier M. La producción de grandes hombres. Poder y dominación masculina entre los Baruya de Nueva Guinea. Akal, Madrid, España. 1986, p. 89-293.
16. Menéndez E. El punto de vista del autor. Homogeneidad, diferencia e historicidad. En: *Relaciones y estudios de historia y sociedad.* El Colegio de Michoacán, México. 1997, p. 237-70.
17. Berger P, Luckman T. La construcción social de la realidad. Barcelona: Amorrortu editores; 1994, p. 66-9.
18. Ysunza A, Diez-Urdanivia S, Rueda F. Programa de investigación-acción comunitaria en migración y nutrición. *Salud Pública Mex* 1993; 35: 569-75.
19. Meyer Fortes. En: Ojeda de la Peña N. El ciclo de vida de los hogares en México: UNAM; 1988.
20. López Austin A. Textos de medicina náhuatl, México: UNAM; 1993, p. 182-4.
21. Strauss L. La eficacia simbólica. En: *Antropología estructural.* México: Siglo XXI; 1982.
22. Jiménez Ornelas R. Cincuenta años de mortalidad o el resultado de la desigualdad social. *Demos. Carta demográfica sobre México.* 1993; 6: 8-9.