



**Universidad de San Carlos de Guatemala**  
**Dirección General de Investigación**  
**DIGI**  
**Programa Universitario de Investigación en Estudios de Género**  
**PUIEG**  
**Instituto de Estudios Interétnicos**  
**IDEI**

**Mujer y comadrona: género y etnicidad**

**Coordinadora**

Ma. Teresa Mosquera Saravia

Guatemala, 2003





## INDICE

Resumen ejecutivo.....	1
Introducción.....	3
Antecedentes.....	5
Justificación.....	7
Objetivos.....	10
Capítulo I	
La caracterización de género y etnicidad: Marco Teórico y conceptual de la investigación.....	11
Capítulo II	
La relación entre género y etnicidad. Metodología.....	19
Capítulo III	
La percepción del cuerpo.....	27
Capítulo IV	
Terapeutas tradicionales.....	47
Capítulo V	
El rol de las mujeres: dar y recibir cuidados.	
La percepción de género.....	63
Capítulo VI	
La toma de decisiones entre mujeres.....	73
Reflexiones finales.....	82
Bibliografía.....	88
ANEXOS	
Anexo 1	
Taller sobre plantas medicinales	
Anexo 2	
Instrumentos	
Anexo 3	
Transcripciones	



## RESUMEN EJECUTIVO

En Guatemala el 50% de los partos es atendido por las comadronas, de tal manera que es indiscutible el valor que representan para las familias guatemaltecas, principalmente en las comunidades donde los servicios de la bio-medicina son insuficientes y escasos.

La antropología de la medicina, se interesa en profundizar sobre el proceso de salud/enfermedad/atención, dentro de los contextos socioculturales determinados y los sujetos que se ven involucrados en dicho proceso. Bajo ese contexto, se definió la presente investigación que aborda la temática en base a dos variables específicas, género y etnicidad. La cual buscaba evidenciar las diferencias y similitudes de las mujeres comadronas y usuarias respecto a su pertenencia étnica, realizándose en el municipio de Rabinal, Baja Verapaz, Guatemala.

Como objetivo general se planteó el análisis de la incidencia de género y etnicidad entre comadronas y usuarias, buscando evidenciar la importancia de la mujer frente a diferentes procesos biológicos, así como determinar diferencias y similitudes entre comadronas, entre mujeres usuarias y entre terapeutas tradicionales.

La investigación se dividió en tres grandes fases: la primera se enfocó en la recopilación de la información bibliográfica, con el fin de fundamentar el marco teórico-metodológico y elaborar los instrumentos de recolección de la información para el trabajo de campo. En esta misma fase se llevaron a cabo las jornadas de capacitación a las auxiliares de investigación para las técnicas de grupos focales y entrevistas a profundidad.

La segunda fase consistió básicamente en el trabajo de campo, el cual dio inicio en el mes de abril finalizando en el mes de septiembre. En cada mes se viajaba aproximadamente una o dos semanas, para aprovechar al máximo el tiempo y obtener la mejor información posible. Al mismo tiempo que se llevaba a cabo el trabajo de campo, se realizaban las transcripciones de las entrevistas



En total se realizaron: 2 grupos focales con madres y uno con comadronas, un taller sobre plantas medicinales con comadronas, 9 entrevistas a usuarias, 7 entrevistas a comadronas, 10 entrevistas con madres de diversos status y 9 entrevistas a terapeutas tradicionales: 5 mujeres y 4 varones. El trabajo de campo se realizó en el casco urbano de Rabinal y en algunas comunidades como Chiticoy, Pichec, Pacux, Palimonix, La Ceiba, Xococ, Chiac, Pachicá, Guachipil, Las Vegas El Volcán, entre otras.

En los meses de octubre y noviembre, el trabajo se enfocó en la ordenación y categorización de la información para dar paso al análisis propiamente dicho. En éste se privilegió la obtención de hallazgos, lo cual implica interpretar los hechos o situaciones observados, desde la visión de la lógica achí.

La estructura de la investigación se presenta de la siguiente manera: en el capítulo primero se presenta el marco teórico y conceptual de la investigación que se enfoca en la caracterización de género y etnicidad; en el capítulo 2 se explica y se fundamenta la metodología utilizada para el desarrollo de la investigación.

En los capítulos tercero, cuarto, quinto y sexto se presentan los hallazgos de la investigación. Finalmente se presenta un capítulo sobre las reflexiones finales en donde aparecen las diversas conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Es importante mencionar que junto al informe final de la investigación se presenta un segundo documento que contiene todos los anexos de la información. Se decidió entregar este segundo documento porque en él se refleja la cantidad de información que se recolectó durante el trabajo de campo. Ya que la parte de los anexos está conformada por: Los resultados del Taller sobre Plantas medicinales, el cual tiene una sección fotográfica, también se pueden localizar todos los instrumentos que se utilizaron para recolectar la información, o sea las guías de entrevista en profundidad y las guías de los grupos focales. Finalmente se presentan todas las transcripciones de todas las entrevistas y grupos focales que se realizaron.



## INTRODUCCIÓN

La presente investigación titulada Mujer y Comadrona, Género y Etnicidad, se desarrolló dentro del Programa Universitario de Investigación de Estudios de Género -PUIEG-, de la Dirección General de Investigación -DIGI- en la Universidad de San Carlos de Guatemala.

La investigación fue realizada en Rabinal, Baja Verapaz, en donde la metodología de recolección de información consistió en realizar entrevistas a profundidad con comadronas y usuarias, curanderos-as, guías espirituales y madres de familia.

El informe final de investigación consta de 6 capítulos desarrollados de la siguiente forma: En el capítulo primero se explica el marco teórico y conceptual de la investigación, éste se titula: La Caracterización de Género y Etnicidad. En él se expone parte de la teoría género, ésta concretamente se basa en la propuesta de Ivonne Szasz, mientras que la orientación teórico-metodológica para abordar la etnicidad, se basa en la propuesta de Jorge Solares, Santiago Bastos y Manuela Camus, que entienden la etnicidad como “una situación de interacción con alguna grado de asimetría, entre dos o mas grupos sociales, que remite simultáneamente a diferencias de orden cultural, socioeconómico y de acceso al poder”.

En el capítulo segundo se presenta la metodología tan particular y tan novedosa que se utilizó para la realización de la orientación teórica y de los instrumentos para la recolección de la información del trabajo de campo.

El Capítulo tercero, versa sobre las miradas etnológicas del cuerpo desde la racionalidad achí, o sea sobre la concepción del cuerpo en términos de referencia de la racionalidad achí. Concretamente trata sobre la movilidad de los órganos, centrándose en los temas: la



caída de la mollera, que es considerado como un padecimiento que sufren los niños menores de tres años; el alboroto de lombrices, animales que forman parte del cuerpo, y la caída o movida de la matriz, que se refiere al movimiento que se da en las mujeres al momento del parto, o por cualquier movimiento brusco que se realice. También se plantea el uso de la orina como medicina natural, y su relación con la percepción del cuerpo entre varones-mujeres, y niños-adultos.

En el Capítulo cuarto se habla sobre las desigualdades sociales, en relación al acceso y control de recursos materiales y simbólicos entre los terapeutas tradicionales, tomando en cuenta la opinión de: Guías Espirituales, Comadronas, Curanderas, hombres y mujeres. Básicamente se abarcan los temas del aprendizaje del oficio de terapeuta tradicional, la aplicación de la dualidad frío-caliente y su relación con el acceso a los recursos simbólicos de dicha teoría..

El Capítulo quinto, se enfoca en el rol que juegan las mujeres en el hogar para la atención de los padecimientos, así como la relación que existe entre comadronas y usuarias.

En el capítulo sexto se localiza toda la información sobre la diferencia existente entre mujeres de diferentes status, referidas a su acceso a medios de producción como lo son: la elaboración de artesanías, la crianza de pollos, patos, marranos para la venta y la administración del sueldo del esposo. Esta diferenciación entre mujeres se analiza en el capítulo principalmente en el tema sobre la toma de decisiones ( sobre gasto en el hogar, educación, trabajo, participar en grupos o reuniones, y salud.) y las relaciones de parentesco en una familia nuclear y extensa.

El último capítulo es una reflexión final que reúne las conclusiones y recomendaciones de la investigación.



## ANTECEDENTES

La actual investigación, *Mujer y Comadrona: Género y Etnicidad* surgió como una inquietud de la coordinadora del proyecto, luego de someterse a la defensa de su tesis doctoral titulada: *La articulación de los saberes bio-médicos y populares entre las comadronas de Rabinal, Baja Verapaz*, defensa de su tesis doctoral que hiciera en la Universidad Rovira y Virgili en Tarragona, España.

Una de las sugerencias dadas por el tribunal examinador fue precisar desde la óptica de la etnicidad y el género la condición de las comadronas como terapeutas tradicionales. A raíz de esta sugerencia se presentó a la Dirección General de Investigación el presente proyecto de investigación tomando en consideración los siguientes puntos.

Primero: El tipo de investigación a desarrollarse no es introductoria sobre el tema, si no al contrario es una investigación planteada a raíz de los hallazgos de la Tesis<sup>1</sup> doctoral para profundizar los temas de etnicidad y género que no eran premisas primordiales de la investigación de la tesis de doctorado.

Segundo: La investigación se basó en los hallazgos y resultados de la tesis doctoral entre los cuales se pueden mencionar:

A.- La percepción achí sobre el cuerpo, concretamente sobre “la movilidad” que tienen algunos de los órganos y su relación con el padecimiento o adquisición de una enfermedad. Por ejemplo los niños menores de 12 meses se enferman porque se les “cae la mollera”<sup>2</sup>, (atribuyéndole a éste órgano una movilidad que no tiene en la percepción bio-médica).

B.- La aproximación metodológica sobre los terapeutas tradicionales, entendida en base a la racionalidad maya como especialista pluralista, entiéndase ésta como el conjunto de habilidades que tienen los terapeutas tradicionales. Por ejemplo la mayoría de comadronas también son curanderas y hierberas. Los guías espirituales son sacerdotes mayas, curanderos capaces de hacer el bien y el mal.

---

<sup>1</sup>El título completo de la tesis se puede consultar en la bibliografía.

<sup>2</sup>En términos bio-médicos esta enfermedad se entiende como la depresión de la fontanela.



Tercero: La conceptualización de los referentes sobre Género y Etnicidad se tomaron en base al análisis de las desigualdades sociales que maneja la teoría del poder en las Ciencias Sociales.

Para poder entender la exclusión o diferencia entre terapeutas tradicionales respecto de ser varón o mujer, respecto de ser indígena o no indígena.

Cuarto: Finalmente la investigación se presentó ante el Programa de Investigación de Género de la Dirección General de Investigación porque se partió de la base de la teoría de género o del feminismo para poder analizar la “figura de la comadrona” en comparación con las otras mujeres. Premisa fundamental en la cual no se profundizó durante la investigación de la tesis doctoral.

En base a estos cuatro puntos se concretó el proyecto de investigación desarrollado durante un año en el Instituto de Estudios Interétnicos y en la Dirección General de Investigación. Aunque de éstos cuatro puntos se puede decir que básicamente dos de ellos son antecedentes de la investigación de la tesis doctoral (el primero y segundo), mientras que los otros dos puntos<sup>3</sup> se les puede entender de criterios conceptuales y teóricos para el desarrollo tan particular de ésta investigación.

En esta sesión del informe final se han presentado las bases medulares de la investigación que se explican en parte en los antecedentes de la investigación, pero también en el encausamiento teórico y metodológico que rigieron todo el desarrollo de la investigación actual.

---

<sup>3</sup>El tercero y el cuarto.





## JUSTIFICACIÓN

La importancia de ésta investigación se basa en dos hechos; el primero relacionada con el papel que en la actualidad tienen los terapeutas tradicionales y el segundo en señalar la importancia del rol de la mujer en la familia como cuidadora principal de los miembros de la familia y como administradora de los recursos terapéuticos de la familia.

La población que habita el área rural de Guatemala tiene poco acceso a los servicios de salud, razón por la cual busca una solución a sus problemas de salud con los terapeutas tradicionales (sacerdotes mayas, curanderos, curanderas, guía espirituales, comadronas, sobadores, etc.) No se tienen cifras sobre el porcentaje de atención que tienen los terapeutas tradicionales, sin embargo si hay cifras para el caso de las comadronas, como se explica en el siguiente párrafo.

Las comadronas en Guatemala atienden el 47.5% de los partos<sup>1</sup>, y si a ésta situación le sumamos los porcentajes de partos atendidos en casas de mujeres analfabetas 60.7<sup>2</sup> % y de partos atendidos en casas de madres indígenas 63.7%. Los cifras demuestran que un porcentaje muy alto de madres indígenas y analfabetas atienden sus partos en su propia casa y con la asistencia indudable de una comadrona.

El trabajo que realizan los terapeutas tradicionales se basa primordialmente en una concepción que va más allá de la concepción biológica de la salud y enfermedad, se caracteriza por ser una percepción holística del proceso salud/enfermedad/atención.

En este sentido, el trabajo de los terapeutas tradicionales en el área rural debe entenderse desde una óptica diferente de la formación que el sector médico hegemónico o medicina occidental tiene respecto de la salud y de la enfermedad.

---

<sup>1</sup>Según datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil del año 2,002, la atención recibida durante el parto esta a cargo de un 41.4% por médicos y enfermeras, el 47.5% por comadronas, el 10.2% por familiar o amigo y un 0.8% no recibe ningún tipo de atención.

<sup>2</sup>Datos de Acuerdo a la ESMI 2,002.



El trabajo de los terapeutas tradicionales (sacerdotes mayas, curanderos, curanderas, comadronas, etc) involucra todo un referente respecto de la salud y de la enfermedad, ésta forma de percibir los fenómenos aleópatas se asume como perteneciente de la población mayense, sin embargo no se han esclarecido los límites entre lo maya y lo ladino. Es de vital importancia visualizar la existencia o la no existencia de dichas fronteras para que la investigación pueda incidir en los programas de capacitación a comadronas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como también en los programas de la Ong's con programas de capacitación a comadronas.

Por otro lado, las investigaciones realizadas respecto del tema salud comunitaria o familiar, no se centran en estudiar y señalar el papel preponderante que juega la madre como cuidadora principal de la familia, como proveedora única de las dosis de remedios caseros, medicamentos, etc.

Sin embargo el papel o el rol de la mujer como cuidadora de la familia extensa o nuclear varía de acuerdo a diversos parámetros: edad, experiencia, número de hijos, número total de parientes miembros de la familia, etc. Se visualiza una fragmentación y diferenciación entre mujeres que responde a diversos elementos o características de entender el abordaje teórico-metodológico del feminismo que de acuerdo con Iyona Szasz en la construcción social de las identidades algunos elementos como; la percepción del cuerpo, el dar y recibir cuidados, la relación de poder es distinta entre las mujeres y entre los hogares.

En esta forma el presente informe de investigación proporciona algunos elementos indispensables sobre éstas dos problemáticas, pero a la vez intenta hacer toda una evaluación sobre el uso de teoría en ciencias sociales para abordar los problemas de desigualdad social como lo son: la etnicidad y el género.



## OBJETIVOS

### Objetivo General:

Analizar la incidencia de género y de etnicidad entre comadronas y usuarias.

### Objetivos Específicos:

-Evidenciar la importancia del papel femenino de la mujer respecto de determinados procesos biológicos como: el pre-parto, parto y post-parto, la atención de enfermedades en la familia y re-valorar el papel femenino de la mujer en el oficio de comadrona.

-Analizar los factores por los cuales se ha usurpado el papel femenino del oficio de comadrona, por la figura masculina.

-Determinar similitudes y diferencias de etnicidad entre comadronas respecto de: el aprendizaje de la profesión, la demanda de la población, los tratamientos y recursos utilizados, etc.

-Identificar similitudes y diferencias de etnicidad entre mujeres usuarias de comadronas.

-Analizar los elementos de diferencia étnica entre comadronas indígenas respecto de sus prácticas y tratamientos utilizados.



## CAPÍTULO I

### La caracterización de Género y Etnicidad: Marco Teórico y conceptual de la investigación

El referente teórico de la actual investigación en un principio partió de visualizar el problema del proceso salud/enfermedad/atención basándose en la escuela teórico-metodológica de Eduardo Menéndez, ésta plantea que la atención de los padecimientos y/o enfermedades se explica en la utilización de tres modelos llamados: Modelo Médico Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado y Modelo de auto-atención. Sin embargo, para una correcta interpretación de los fenómenos de género y etnicidad, dicha propuesta no era la más adecuada, razón por la cual durante los primeros meses de la investigación y a lo largo de la misma se trabajó en la propuesta teórico-metodológica como se puede corroborar en los informes mensuales entregados.

A partir de ese primer análisis de la problemática teórica se decidió abordar la investigación en base a dos propuestas: La primera aproximación teórica entiende los fenómenos de género y etnicidad desde el punto de vista de las desigualdades sociales que son base para entender la teoría del poder en las Ciencias Sociales. La segunda aproximación teórica se fundamentó en la teoría feminista o de género fundamentalmente en la propuesta de Ivonne Szasz quien analiza las diferencias entre mujeres en base a la construcción social de las identidades y las diferencias entre varones y mujeres en base a las asimetrías sociales de género.

A continuación se presentan algunas reflexiones teóricas para entender mejor el abordaje teórico de la investigación.

La evolución de dos términos conflictivos: Género y Etnicidad.

Quisiera comenzar con el uso de dos términos treinta años atrás; sexo y raza. El uso de la palabra sexo en cuestionarios y entrevistas para recolectar información social, tenía como fin último poder identificar físicamente a una persona en femenino o masculino. En Guatemala, de igual manera la aplicación que se hacía de la palabra raza utilizada en censos, encuestas, entrevistas se aplicaba para poder identificar a la persona como indígena o ladino. Ambos términos se aplicaban en las ciencias sociales basados en sus referencias estrictamente biológicas.



A lo largo de los años, las ciencias sociales han reflexionado sobre la utilización de terminología proveniente de otros campos ajenos a ésta, primordialmente han pensado sobre los errores en que se incurre, por ello constantemente proponen nuevas categorías sociales que expliquen mejor los fenómenos sociales.

De una referencia estrictamente biológica; sexo y raza, son palabras que han provocado mucha confrontación y discusión, resultado de ello ha surgido el uso de las categorías: Género y Etnicidad, éstas a la vez se han ido consolidando en tendencias, que a la vez sirven de base para la creación de nuevas corrientes teóricas dentro de las ciencias sociales.

Para fines de ésta propuesta es necesario definir lo que debe entenderse por género y por etnicidad, de acuerdo a las diferentes posturas dentro de las ciencias sociales.

Género es la categoría que se usa dentro de las ciencias sociales y me baso en la definición de Hardign: «una construcción social sistemática de lo que se asume como “lo masculino” y “lo femenino”» (Harding 1987, p.26), ello implica el estudio de las diferentes fuerzas que existen dentro de la familia y la sociedad que determinan, de manera crucial, las formas masculina y femenina de un periodo histórico determinado.

De esta forma la categoría género en las ciencias sociales: «Designa la construcción social y la simbolización cultural de las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres y se refiere a las relaciones entre ambos» (Szasz; 1997:1).

Por otro lado, etnicidad es una categoría que no es tan fácil de definir, en comparación con la de género, debido a las diversas posturas teóricas que sobre el término existen en la actualidad.

La etnicidad como enfoque en las ciencias sociales se ha transformado desde su inicio, en la década de los años sesentas, hasta la actualidad. La necesidad de introducir ésta nueva categoría se debe a que con el uso se explican elementos de la articulación social como: la identidad, relaciones sociales entre grupos, el poder, etc.

En Latinoamérica son varios los enfoques propuestos para su estudio<sup>1</sup>, éstos han ido

---

<sup>1</sup>Para más detalle sobre los enfoques consultar al tesis de Manuela Camus.



evolucionando desde el racismo e indigenismo que son enfoques que niegan la etnicidad, hasta propuestas como el Multiculturalismo que caracteriza a muchos Estados-naciones.

En Guatemala son tres los investigadores que han intentado abordar el problema de la etnicidad: Jorge Solares, Santiago Bastos y Manuela Camus, aunque los tres comparten metodológicamente la misma propuesta expondré tres definiciones, que a la vez se complementan entre ellas, para intentar explicar el fenómeno de la etnicidad.

Jorge Solares indica que: «es un fenómeno de organización de relaciones sociales de identidad y de control político.» (Solares, 1992, p.49).

Manuela Camus nos dice: «Hace referencia a una situación de interacción entre dos o más grupos sociales con algún grado de simetría, y remite simultáneamente a diferencias de orden cultural, de orden socioeconómico y de poder dentro de un “contenedor” político común -normalmente los Estados-nación-, donde “la cultura” es el lenguaje mediante el cual se codifican, justifican y simbolizan estas diferencias.» (Camus, 2,002, p.23).

Santiago Bastos opina que: «Hace referencia a un sistema relaciones sociales basadas en la pertenencia a un grupo y en la estima social que eso implica.» (Bastos, 2,003, p.40).

Como se puede observar las definiciones tienen varios elementos en común y ninguna de ellas da suficientes elementos para ubicar y entender el problema de la etnicidad. Propongo entender el fenómeno de la etnicidad en base a: las relaciones sociales que se dan entre los grupos para identificarse y diferenciarse de otros grupos de acuerdo a sus rasgos culturales (lenguaje, vestuario, artesanías, etc.) organización socia-política (familia, etnia, nación, comunidad) y elementos subjetivos (las emociones, identidades, solidaridades, reciprocidad, etc.)

En el debate actual de las ciencias sociales, género y etnicidad son dos enfoques que intentan abordar la realidad social con nuevos criterios. Sin embargo son teorías que están en discusión y por ello en la actualidad consolidan su marco teórico-metodológico. Pero ante todo estos dos enfoques han demostrado que tanto elementos cualitativos y cuantitativos pueden crear una amalgama que explica mejor la diversidad étnica de los muchos grupos que viven en Latinoamérica, de allí la importancia de su investigación.

Algunos fundamentos teóricos de género y su relación con etnicidad:



No es una coincidencia que los enfoques o las propuestas sobre género y etnicidad en la actualidad sean motivo de discusión entre los interesados y a la vez éstas también sean los puntos medulares en las agendas políticas a nivel nacional e internacional, ambos aspectos explican en el papel protagónico que tienen las mujeres y las minorías étnicas en la conformación de los estados-nación multi-étnicos y pluriculturales.

El desarrollo teórico de éstas no es el mismo, ni a nivel regional o latinoamericano, ni a nivel nacional. El desarrollo de los enfoques teóricos sobre género han tenido más esplendor en comparación con la etnicidad y la influencia para su desarrollo teórico ha repercutido más en los ámbitos académicos en comparación con el desarrollo que han tenido las corrientes sobre etnicidad.

Debido al desarrollo exitoso de los enfoques de género expondré a continuación algunos de sus lineamientos teóricos y se relación con la etnicidad.

En la teoría social feminista existen diversas corrientes entre ellas se pueden mencionar: el feminismo liberal, el feminismo socialista y el feminismo radical, sin embargo ante todo esta proposición debe entenderse como una teoría del poder porque su objetivo como lo señala Bart y Budinger : « es la explicación del origen de la opresión, supresión y represión» (Bart y Budinger, 1984:3). En éste sentido la etnicidad también busca un reconocimiento al poder en la organización socio-política que le ha sido negado por otros grupos dominantes.<sup>2</sup>

Tanto la teoría de género como la de etnicidad son construcciones sociales porque «constituyen una realidad objetiva y subjetiva que se impone a los individuos y grupos, realidad que ellos a su vez elaboran y re-elaboran continuamente en base a sus experiencias y los significados que provienen del lenguaje, la cultura y las relaciones sociales de las que forman parte.» (Szasz, 1997:1).

En este sentido y entendiendo que la teoría de género surge en un sistema social de correspondencia regido por las relaciones de poder, la autora Ivonne Szasz propone el estudio de:

---

<sup>2</sup>Para más detalle sobre el proceso histórico de negación del “indio” en la historia reciente de Guatemala consultar a Ramón Ponciano en la bibliografía.



- a) las desigualdades de género o asimetrías sociales de género.
- b) control social masculino de la sexualidad femenina o relaciones de poder entre hombres y mujeres.
- c) construcción social de las identidades de género.

Para el óptimo desarrollo de la investigación se escogió la propuesta de Szasz. Concretamente se trabajó el marco conceptual en base a:

1.- Las asimetrías de género:

De la propuesta original de la autora se trabajó: la identidad de género y la percepción del cuerpo, la identidad de género y dar o recibir cuidados.

2.- La construcción social de las identidades.

De la propuesta original de la autora se trabajó: La desigualdad en acceso y control de recursos materiales y simbólicos, la desigualdad en relaciones de parentesco y la desigualdad en autonomía y capacidad de toma de decisiones.

En base a la propuesta de Szasz, y en el entendido que su conceptualización se fundamenta en

las asimetrías sociales de otras desigualdades sociales como las de clase social y etnia. Se decidió conceptualizar un marco para la investigación, para aplicar al fenómeno de la etnicidad la propuesta de dicha autora. De ésta decisión se presenta a continuación el cuadro No.1 en el cual aparece la propuesta de género en la columna izquierda, mientras que en la columna derecha aparece la propuesta para el fenómeno de la etnicidad.





## Cuadro No.1

### Aplicación de asimetrías sociales al problema de género y etnicidad.

Asimetrías sociales de género, propuesta de Szasz.	Asimetrías sociales de etnicidad basada en la investigación Género y etnicidad.
Desigualdad entre varones y mujeres en el acceso y control de los recursos materiales y simbólicos.	Desigualdad entre indígenas y no indígenas en el acceso y control de los recursos materiales y simbólicos.
Desigualdad entre varones y mujeres en la división social del trabajo. (nivel micro: hogar y nivel de escolaridad)	Desigualdad entre indígenas y no indígenas en la división social del trabajo. (nivel macro)
Desigualdad entre varones y mujeres en las relaciones de parentesco.	NO es válido crear un indicador en este rubro para etnicidad.
Desigualdad entre varones y mujeres en autonomía y capacidad en la toma de decisiones.	Desigualdad entre indígenas y no indígenas en autonomía y capacidad en la toma de decisiones (diferencias en com. individualistas y corporativas)
Desigualdad entre varones y mujeres en la normatividad sobre la sexualidad y reproducción.	No es válido crear un indicador en este rubro para etnicidad.

Sin embargo, es importante mencionar que esta propuesta se realizó para analizar la información respecto a los terapeutas tradicionales exclusivamente. Ya que la información recolectada para usuarias de comadronas que basó en la construcción social de las identidades.

El implementar una propuesta como esta, no fue una tarea fácil, porque no existe una frontera real entre género y etnicidad.

Situación que la demostraré con un ejemplo: Una mujer adolescente indígena que vive en el área rural, que desea continuar con sus estudios de secundaria, pero debido a ser parte de una familia numerosa, sus padres piensan y deciden que en vez de asistir a la secundaria se quedará en casa ayudando en las tareas domésticas. Yo me pregunto hasta qué punto existen diferencias con una mujer adolescente no indígena que vive en el área rural que también es parte de una familia numerosa y que desea continuar con sus estudios de secundaria.

Las propuestas de análisis de la teoría de género facilitan aún más la identificación de vínculos teóricos con la realidad social, como se ha demostrado. Las posibilidades de trabajar con las propuestas de: la construcción social de las identidades y las relaciones de



poder entre hombres y mujeres, aún no han sido aplicadas al fenómeno de etnicidad, sin embargo éstas propuestas pueden dar luces para abordar el problema específico de la etnicidad en Guatemala. Dejo la inquietud a investigadores y a la creatividad de los mismos para intentar abordar ésta problemática partiendo de la base teórica de género.

En Guatemala y primordialmente dentro del espacio de investigadores sociales las posibilidades de originalidad y creación, son cualidades difíciles de encontrar, la piratería de ideas son hechos cotidianos. Pero ésta situación se debe primordialmente a que las instituciones formadoras de investigadores sociales se han desactualizado y algunos utilizan postulados teóricos de hace tres décadas.

En esta ocasión se ha demostrado la forma en que los paradigmas teóricos pueden aplicarse según los fenómenos sociales a determinadas características. En igual forma se intenta demostrar como la teoría de género o teoría social feminista intenta develar en el fondo la teoría del poder, fenómeno que no es ajeno al problema de la etnicidad y de otros muchos más.

La propuesta presentada para trabajar la desigualdad respecto del acceso y control de los recursos materiales y simbólicos entre los terapeutas tradicionales, nace por un lado del enfoque de género, pero a la vez se utiliza el enfoque de la etnicidad, la innovación metodológica de la investigación Género y etnicidad, quiere servir de base para el abordaje de la temática en futuras investigaciones y espera ante todo la creación de indicadores cualitativos para poder abordar temáticas poco exploradas respecto de dichos temas.



## CAPÍTULO II

### La relación entre Género y Etnicidad: Metodología

Tomando en cuenta la postura teórica y la propuesta de Ivonne Szasz se elaboraron preguntas para construir algunos indicadores cualitativos que intentaran recolectar información durante el trabajo de campo y también para que dichos indicadores sirvieran de temas para realizar las diversas preguntas de las guías de entrevistas en profundidad.

Las preguntas teóricas que se formularon para intentar definir indicadores cualitativos, para ser profundizados en las entrevistas fueron:

¿Cómo es la relación entre mujeres (comadronas y mujeres usuarias) respecto de la **construcción social de las identidades**<sup>1</sup>? Esta pregunta abarcó los vínculos referentes a:

1.- La percepción del cuerpo; Interesa profundizar en particular sobre la concepción achí sobre la “movilidad de los órganos<sup>2</sup>”, de acuerdo a esta percepción algunos órganos del cuerpo tienen movilidad y esa característica provoca la enfermedad. En este caso se profundizó sobre tres padecimientos diferentes: a) la matriz es un órgano que tiene esa característica en la racionalidad maya-achí, b) pero la mollera caída (fontanela de la cabeza) también es concebida como padecimiento y c) el alboroto de lombrices. Se escogieron estos tres padecimientos en particular porque éstos son tratados por madres de familia y comadronas.

También se decidió recolectar información sobre la orina, concretamente sobre la percepción curativa de esta<sup>3</sup>, para intentar visualizar las diferencias biológicas entre varones y mujeres reflejadas en el uso curativo de esta sustancia del cuerpo, se analizará la función “reproductora” del cuerpo femenino, al analizar el uso prohibitivo de orina proveniente de las mujeres con el uso de la orina de niños pequeños (varones) y orina de varones adultos para la curación de diversos padecimientos.

---

<sup>1</sup>Abordaje teórico-metodológico de la teoría de género en base a Ivonne Szasz.

<sup>2</sup>Uno de los hallazgos de la investigación pre-liminar de ésta investigación.

<sup>3</sup>Ibídem.



2.- Dar y recibir cuidados: para entender cómo se construye la identidad social entre varones y mujeres es necesario partir de la diferencias que hay entre la familia, para esta investigación en particular es primordial ver que diferencias hay entre comadronas y usuarias de comadronas respecto del dar y recibir cuidados. En este caso se intentará señalar el papel de la comadrona en la familia extensa y se señalarán también las diferencias entre usuarias-comadronas.

Tomando de base ésta construcción de indicadores cualitativos para la recolección de la información durante el trabajo de campo se elaboró una guía de discusión para la realización de grupos focales<sup>4</sup> y una guía de entrevista en profundidad<sup>5</sup>. Tanto la guía de discusión y la entrevista en profundidad se aplicó a comadronas y a usuarias de comadronas, ya que el fin primordial era visualizar diferencias entre mujeres, para evaluar si la especialidad de “comadrona” es condicionante para observar diferencias entre mujeres que no son comadronas.

En total se realizaron dos grupos focales con usuarias de comadronas y un grupo focal con comadronas<sup>6</sup>, mientras que el total de entrevistas en profundidad realizadas con comadronas fueron un total de 7 y con usuarias de comadronas fueron un total de 9<sup>7</sup>.

La otra pregunta de base teórica para formular indicadores cualitativos fue:

¿Cómo es la relación entre varones y mujeres (terapeutas tradicionales) respecto de las **asimetrías sociales de género?**

Un tema pendiente de investigar en la tesis doctoral fue la visualización de posibles

---

<sup>4</sup>Consultar en los anexos la guía de grupo focal para ver detalles sobre la misma.

<sup>5</sup>En los anexos se puede consultar el formulario utilizado para entrevistar a comadronas y usuarias respecto del tema.

<sup>6</sup>Las transcripciones de los tres grupos focales se pueden consultar en los anexos.

<sup>7</sup>En los anexos también pueden consultarse las transcripciones de las entrevistas realizadas a comadronas y usuarias.



diferencias entre: curanderos y curanderas (género), comadronas y guías espirituales (de acceso a recursos materiales y simbólicos), diferencias entre comadronas indígenas y comadronas no indígenas, (etnicidad) y entre curanderos/as indígenas y no indígenas (etnicidad).

Es así que una innovación metodológica de la investigación fue vincular en un solo formulario, la recolección sobre género y etnicidad referida a los terapeutas tradicionales, de ésta cuenta se formuló también la siguiente pregunta para crear indicadores cualitativos:

¿Existen diferencias entre indígenas y no indígenas respecto de prácticas, conocimientos e ideologías para la atención del proceso salud/enfermedad/atención?

En este caso tanto la teoría de género, como la etnicidad coinciden en estudiar las desigualdades de acceso y control a los recursos materiales y simbólicos, sin embargo la teoría de género se enfoca en la diferencia entre varones y mujeres y la teoría de etnicidad basa su análisis en las diferencias entre indígenas y no indígenas, razón por la cual se realizaron dos preguntas para analizar el mismo tipo de información.

La formulación de éstas dos preguntas intentaron recolectar información sobre la desigualdad en acceso y control de los recursos tanto materiales y simbólicos que manejan todos los terapeutas tradicionales. Sin embargo ésta entrevista en profundidad tuvo que dividirse en diferentes temas porque cada sección tiene un fin específico relacionado con el género y la etnicidad que se explican y se presentan en el cuadro que aparece a continuación:

#### Cuadro No.2

#### Temas de la entrevista para Terapeutas Tradicionales

Aparatado de la entrevista	Tipo de información a recolectar	Su aplicación en la teoría de género y etnicidad
----------------------------	----------------------------------	--



<p>Aprendizaje del oficio de terapeuta tradicional.</p>	<p>Antecedentes familiares sobre terapeutas y el proceso de transmisión de la memoria colectiva respecto de su oficio.</p> <p>Características particulares para ejercer el oficio.</p>	<p>Confirmación de acuerdo a genealogías del patrón hereditario en la línea matrilineal para los oficios de mujeres y en la línea patrilineal de los oficios para varones.</p> <p>Diferencias entre indígenas y no indígenas sobre el “don” para curar.</p>
<p>La atención de la nosotaxia popular<sup>8</sup> general y en particular la nosotaxia popular de Rabinal.</p>	<p>Identificación de las enfermedades, así como de los síntomas, diagnósticos y tratamientos.</p>	<p>Diferencias entre varones y mujeres respecto de enfermedad, sintomatología, diagnóstico y tratamiento.</p> <p>Diferencias entre indígenas y no indígenas respecto de enfermedad, sintomatología, diagnóstico y tratamiento.</p>
<p>Teoría de lo frío-caliente</p>	<p>Manejo de la teoría por parte del terapeuta, rompimiento del equilibrio debido a lo frío o caliente.</p> <p>Manejo de plantas medicinales frías, frescas y calientes.</p> <p>Manejo de remedios caseros y medicamentos populares en fríos, frescos o calientes.</p>	<p>Diferencias entre varones y mujeres respecto del manejo de la teoría para enfermedades, plantas medicinales, remedios caseros y medicamentos populares.</p> <p>Diferencias entre indígenas y no indígenas respecto del manejo de la teoría para enfermedades, plantas medicinales, remedios caseros y medicamentos populares.</p>
<p>Calendario maya<sup>9</sup></p>	<p>Manejo y uso de los nawales y días del calendario maya.</p>	<p>Diferencias entre hombres y mujeres del manejo del calendario maya.</p> <p>Diferencias entre indígenas y no indígenas del manejo del calendario maya.</p>

<sup>8</sup>Padecimientos o enfermedades de mayor demanda entre los terapeutas tradicionales, que no competen a las esferas de conocimiento de la bio-medicina, por ejemplo: mollera caída, mal de ojo, lombrices, etc. La información de éste apartado de la entrevista aún está en proceso de análisis.

<sup>9</sup>La información de éste apartado de la entrevista aún está en proceso de análisis.



La entrevista en profundidad que recolectó todos éstos temas se tituló: Entrevista para comadronas y curanderos<sup>10</sup> con un total de 64 preguntas, debido a lo extenso que fue la entrevista, generalmente la entrevista se cubrió en dos visitas diferentes para no cansar al entrevistado.

En total se pasaron 9 entrevistas a los siguientes terapeutas tradicionales: una comadrona, dos para mujeres que eran a la vez comadronas y curanderas, dos con curanderas, tres a guías espirituales varones y una a un partero. Cada una de las entrevistas tiene una duración aproximada de hora y media, con un total de 15 a 20 páginas<sup>11</sup>, el volumen de información generado por este tipo de entrevistas es muy voluminoso, razón por la que aún falta la interpretación de algunas temáticas.

La tercera pregunta que se realizó para proporcionar indicadores cualitativos respecto del marco teórico fue:

¿La **desigualdad entre mujeres** se verifica en las relaciones de parentesco, en la autonomía y capacidad para la toma de decisiones?

El tipo de información que recolectó ésta pregunta se basó en las relaciones de parentesco y en la toma de decisiones:

Relaciones de parentesco: Se analizará la familia extensa tanto de la usuaria o de la comadrona. Para poder ver también las diferencias internas que hay dentro de las familias respecto de la mujer cabeza de familia y su status con el esposo de la usuaria o la comadrona. Razón por la cual la selección de las mujeres entrevistadas se fundamentó en el acceso a fuentes de recursos: mujeres que elaboraran artesanías, que tuvieran animales para la venta versus mujeres que no tuvieran acceso monetario más que el proporcionado por el esposo.

---

<sup>10</sup>En el apartado de los anexos se puede consultar la guía con las 64 preguntas.

<sup>11</sup>En los anexos se pueden consultar las transcripciones de las 9 entrevistas.



Toma de decisiones: Se seleccionaron cinco tipos diferentes en los cuales la mujer pudiera actuar sola en la toma de decisiones, los temas seleccionados fueron: gasto familiar, viajes fuera de la comunidad, la edad en que los hijos comienzan con la educación, celebración de las actividades familiares y elección de comadrona o médico para el parto de los hijos.

El formulario de la entrevista a profundidad que trabajó estas dos temáticas se le nombró: Entrevista para madres de familia y madres con status diferenciado<sup>12</sup>. En total se entrevistaron 10 mujeres.<sup>13</sup>

El último instrumento que se evaluó durante el desarrollo de la investigación, fue una guía para la realización de un Taller sobre Plantas Medicinales<sup>14</sup>, que fue uno de los resultados de investigación que se propuso desde un inicio en la investigación, por razones de espacio en la redacción de éste informe final, toda la experiencia respecto del mismo corresponde a uno de los anexos de la investigación, razón por la cual el interesado puede remitirse a dicho anexo en particular.

Para finalizar este capítulo es importante esclarecer que los sujetos de la investigación fueron las comadronas, las usuarias de comadronas, los terapeutas tradicionales y las madres de familia del municipio de Rabinal, Baja Verapaz. Y para la recolección de la información o para la realización del trabajo de campo se efectuaron los siguientes instrumentos:

Un grupo focal dirigido a usuarias de comadronas y comadronas.

Tres guías diferentes de entrevistas a profundidad dirigidas y tituladas:

Entrevista para madres y comadronas (dirigida a comadronas y usuarias).

Entrevista para comadronas y curanderos (dirigida a terapeutas tradicionales).

Entrevista para madres de familia y madres con status diferenciado (dirigida a madres).

---

<sup>12</sup>En la parte de los anexos que se titula: Instrumentos o guías de trabajo de campo se puede consultar la guía de dicha entrevista.

<sup>13</sup>Las transcripciones de las entrevistas se pueden consultar en los anexos.

<sup>14</sup>En el anexo titulado “Taller” se puede consultar en detalle la guía de capacitación, la aplicación de la misma y una sección fotográfica.





Una guía para la realización de un Taller de Plantas Medicinales.

En los anexos se pueden consultar todos los instrumentos elaborados para la investigación, la transcripción textual de entrevistas y grupos focales, como también los resultados de la aplicación del Taller de Plantas Medicinales.



### CAPÍTULO III

#### La percepción del cuerpo

El presente capítulo proporciona un esbozo sobre la percepción achí del cuerpo de la mujer, concretamente analiza la percepción sobre la movilidad que tiene “la mollera”, “la matriz” y las “lombrices”, finalmente se hace una interpretación respecto de la diferenciación entre varones y mujeres respecto del uso curativo de la orina. Estos fueron los puntos medulares que en el desarrollo de la investigación se manejaron para intentar entender la construcción social de las identidades.

Los objetivos de la investigación que se cumplieron en el desarrollo del presente capítulo fueron:

Evidenciar la importancia del papel femenino de la mujer respecto de determinados procesos biológicos como: el pre-parto, parto y post-parto, la atención de enfermedades en la familia y re-validar el papel femenino de la mujer en el oficio de comadrona.

Determinar similitudes y diferencias de etnicidad entre comadronas respecto de: el aprendizaje de la profesión, la demanda de la población, los tratamientos y recursos utilizados, etc.

Identificar similitudes y diferencias de etnicidad entre mujeres usuarias de comadronas.

Analizar los elementos de diferencia étnica entre comadronas indígenas respecto de sus prácticas y tratamientos utilizados.

Para cada uno de los padecimientos llamados: “mollera caída”, “movida-caída de la matriz” y “alboroto de lombrices” se cubrieron los apartados siguientes: causa del padecimiento, sintomatología, terapeuta y tratamiento, relación con la bio-medicina y racionalidad maya, ello para proporcionar los elementos indispensables de la comprensión del padecimiento desde el punto de vista de las pacientes, curadores y cuidadores.

Mollera Caída:

Causa del padecimiento:

El padecimiento se origina de acuerdo a la racionalidad maya achí que postula un equilibrio mecánico del cuerpo, al quebrantarse el mismo es cuando se presenta una enfermedad o un



padecimiento. En este caso la transgresión es: “Cuando el niño a veces se cae así sentado y como es pequeño esta tierno todos sus huesitos entonces se baja con los golpes.”(comadrona), pero esa transgresión no se explica exclusivamente en términos de un equilibrio mecánico, sino también puede ser una transgresión de tipo moral “-Y otros dicen que por besarlo en la boca. Así hemos oído” (madre), o una transgresión relacionada con el desarrollo normal de los bebés: “Al pararlos bien tiernitos” (madre).

La racionalidad maya-achí sobre el origen de la enfermedad es la misma para madres y para comadronas. Los grupos focales se hicieron en comunidades tanto indígenas como no indígenas, en la comunidad en donde hubo más asistencia de madres no indígenas, una opinión minoritaria explicó

la relación entre deshidratación y la mollera caída, según el testimonio de las madres explican que ellas han recibido capacitaciones y por ello saben que a los niños con la mollera caída se les debe dar suero oral.

Desde la óptica de la bio-medicina se ha relacionado la mollera caída como un síntoma de deshidratación severa, sin embargo a la fecha no se ha podido demostrar esa relación porque las fichas médicas o los partes médicos no están adaptados para recolectar información sobre esa relación entre mollera caída y deshidratación, tampoco en las actas de defunción de los niños menores de 12 meses aparece una indicación de preguntar o relacionar la mollera caída con la deshidratación. En este sentido también los testimonios que dan tanto profesionales mayas o personas sobre su experiencia con dicho padecimiento, insisten en señalar que no hay una relación entre deshidratación y padecimiento. En los grupos focales realizados en Rabinal no se pudo observar una tendencia entre las madres de familia a defender la postura entre deshidratación y mollera caída. Al no existir una opinión o una tendencia contraria en los

grupos focales, se analiza que el razonamiento o tratamiento permite una articulación entre la práctica del suero oral y el tratamiento clásico de las comadronas.

#### Sintomatología:

Para madres y comadronas las señas para reconocer este tipo de padecimiento son diversas, hay consensos entre madres y comadronas respecto de que los niños “babea mucho” y “tienen asientos”, mientras que existen otras señales como: “hacen ruido al mamar”, “se



hinchán los cachetes”, “lloran mucho”. Las señas o los síntomas<sup>1</sup>, para este tipo de enfermedad no son generalizables, lo único que si es generalizable es el origen sobre el rompimiento del equilibrio, razón por la cual la lógica a la enfermedad es entendible en términos de racionalidad maya achi, no así de racionalidad bio-médica como la relación mollera caída-deshidratación.

La credibilidad o la transmisión de los conocimientos por medio de madres y personas respetables de la comunidad son fundamentales en esa racionalidad maya-achi que manejan tanto las madres como las comadronas.

#### Terapeuta y Tratamiento:

Al presentarse una enfermedad en la familia es determinante señalar la relación que existe entre el terapeuta y el cuidador principal de la familia, porque el terapeuta es quien se ocupa de diagnosticar y recetar, pero el cuidador principal en la familia es quien se encarga de continuar con ese tratamiento hasta encontrar el alivio.

Esta relación en Rabinal es evidente y son las madres de familia, por excelencia, el cuidador principal de la familia, como explica el comentario siguiente: “-Cada quién como madre, tiene que ver por la salud de su bebé, si porque cuando se descuidan a los hijos a uno le toca ver.” (Madre).

Por otro lado al presentarse una enfermedad en la familia es cuestionado el rol del cuidador principal porque comienza un proceso de jerarquización del conocimiento sobre la enfermedad, en donde el rol de una mujer joven es cuestionado por su inexperiencia en el tema. -“-Pero hay algunas que si no lo pueden arreglar, lo llevan con comadronas, porque ellas si pueden.

-Así nos dicen nuestros antepasados, de cómo hacerlo.

-Así nosotros como jóvenes que vamos hallar que hacer las viejitas son las que lo tienen porque ellas tienen más ideas.” (Madres).

No hay diferencias entre madres y comadronas<sup>2</sup> respecto de la terapia de la mollera caída, la

---

<sup>1</sup>Para los lectores con formación bio-médica.

<sup>2</sup>La información recolectada durante los años 2,000 y 2,001 con comadronas también se tomó en cuenta para hacer las comparaciones entre las opiniones de madres y comadronas, para más



lógica del tratamiento responde a la restauración del equilibrio del cuerpo, movimientos para que la mollera vuelva a su lugar: “ yo solo lo ponía boca abajo. O sea parado al revés, con los pies en la cabeza, y sobarlo”. (Madre)

Relación con la bio-medicina:

La racionalidad maya-achí no es ajena a la influencia de la bio-medicina, pero las lógicas aplicadas en las terapias responden a procesos diferentes. Esta es la razón por la que los padecimientos de racionalidad maya-achí solo pueden ser atendidos por terapeutas que manejan dicho pensamiento.

“El doctor no puede el doctor cura otras enfermedades esto de la mollera es como un secreto hay que hacer un secreto para que se cure el doctor no sabe.” (Comadrona).

Sin embargo en los comentarios tanto de madres como de comadronas se puede observar una tendencia mínima en la articulación de conocimientos, que intentar combinar las lógicas y así proveer de un sentido diferente a los padecimientos: “Sabe que de eso, no hay necesidad de hacer eso así, lo que les hace falta es alimentación de que la mollera esta hundido se les da atolito y todo eso.”(comadrona) “Ahora ya los curan de lombriz antes no lo curaban, de un empacho, de un ojo o de una caída de mollera no lo curaban porque no daban que era, decían que era una infección como va hacer una infección a un chiquito el problema de ellos es que se le cae, como al caerse la mollera a ellos les da asientos allí es cuando se da cuenta uno y se les baja mas, cuando tienen asiento se les baja mas.” (Madre)

Otros dos comentarios de las madres de familia resultan relevantes. Uno que hace alusión a la forma de transmitir las lógicas de la racionalidad achí, (formal verbal y generacional). “Sólo preguntando a nuestras mamás o a nuestras abuelitas o a la comadrona y hacerle este secreto y así somos nosotras las que nos encargamos de hacerlo.”(madre). Otra se refiere a la precariedad de la economía de los hogares, sumada ésta razón a la competencia de padecimientos de racionalidad achí son atendidos por terapeutas de dicha tendencia: “A veces nosotros llevamos a nuestros niños con el doctor, llorando y gritando y en cambio con un montecito se cura el niño, y nosotros lo llevamos con un doctor a gastar unos Q200.00 y por gusto, la medicina se queda allí. Y uno ya va a pasar el montecito, le da al niño, se cura el niño.” (Madre).

Racionalidad maya:

---

detalle de los testimonios de comadronas consúltese la tesis de Mosquera Saravia.



Para entender la racionalidad maya-achí del padecimiento “mollera caída” es necesario puntualizar la propuesta de los biorritmos físicos-mentales-espirituales de Erik Espinoza, en la cual explica que el cuerpo humano tiene 13 centros principales de energía, uno de ellos está ubicado en la coronilla de la cabeza y este se encarga de “la conexión con lo espiritual, la trascendencia con lo cósmico, el ir y venir sin estar allá o aquí. Es la energía en su más alto nivel de manejo.”(Espinoza:84).

Si se sigue esa lógica para entender el padecimiento de la mollera caída vemos que los niños recién nacidos y las mujeres en el momento de dar a luz tienen, ambos tienen una situación especial, que en términos de la racionalidad achí se puede interpretar como una conexión con lo espiritual, lo cósmico. En la lógica maya-achí el padecimiento es producto de una situación especial: a) tener una corta edad “son tiernitos por eso resolla (señala la parte de arriba de la cabeza) aquí se les hace un hoyito, porque son tiernitos nosotros ya estamos sazones ya no es igual que el ayote, si son tiernitos si.” (Madre) o b) empezar con el proceso de parto (mujeres) “Así también me dice a mi la comadrona, que ya cuando va dar a luz uno, la comadrona nos toca para ver si ya viene el bebé.”(madre). Ya que al pasar un tiempo y salvar esa situación especial se normaliza la mollera:

“-Tal vez porque ya van sazonando digo yo, porque cuando están tiernitos está muy aguada y conforme uno va creciendo, entonces tal vez se va sazonando.” (Madre).

Al comparar los dibujos hechos por la comadronas y la propuesta de Erik Espinoza, vemos que la mayoría de las comadronas localizaron en el mismo lugar “la coronilla”, donde se ubica la mollera.

Movida-caída de la Matriz:

Relación estómago-matriz

Algunas madres piensan que si existe relación entre los órganos principalmente cuando están embarazadas y también se denota una relación en términos lingüísticos entre los órganos:

“-Si se relacionan, porque cuando uno come. -Porque cuando nosotras estamos embarazadas, y deseamos algo, dicen que es el bebé el que lo pide, entonces si tiene que ver. -Si no está embarazada, no, no hay nada, porque está vacío.” (Madres).

“-Pero uchu qapa, quiere decir mamá del estómago.”(madre).

En igual forma en el momento a que las madres se les puso a dibujar el lugar en donde crece el bebé una minoría de ellas señalaron lugares diferentes a la matriz, útero, ovarios como el estómago, vientre y ombligo.



Para las comadronas está claro que el estómago y la matriz no tienen relación, sin embargo una minoría de ellas piensa que el mal de orín y la hinchazón del estómago, aunque sean órganos diferentes se ven afectados ambos. “algunos cuando se compone al terminar de dos meses un mes se comienza con mal de orín eso con eso se tiene que ir con el doctor” (comadrona)

“al estómago porque se sopla o se hincha y al sanarlo suena a embotado y nos da asedo o erupto shuco”. (comadrona)

Diferencia entre movida-caída de la matriz:

La diferencia entre movida y caída de la matriz a criterio de madres de familias y comadronas no es clara, como se manifiesta en los testimonios siguientes:

“-Cuando el niño está allí de todas formas se tiene que estar moviendo a parte es cuando se va a caer sale entonces no es igual.” (Madre)

“-Cuando es movida, se puede sobar, la persona se pone patas arriba, y se puede sobar, y se baja está bien, pero ya caída ya no se puede, tiene que ser operación, la sacan de una vez.” (Madre)

“-Lo que yo entiendo es que al moverse, es un poquito nada más, que cuando se cae.” (Madre)

Tanto madres como comadronas dijeron que para evitar que la matriz se caiga es necesario tomar ciertas medidas durante el período de post-parto.

“...va creciendo y al llegar el tiempo en que el niño nace por eso hay reposo o inyección para no después del parto estar en reposo para que no se vaya a salir y no uno en carrera eso se sale eso es peligroso muchas personas se han quedado sin matriz por motivo que no hubo cuidado después del parto.” (Comadrona)

Otro de los factores que diferencian este padecimiento de la movida de la matriz es la gravedad de la caída de la matriz ya que el dolor es más intenso y se tiene un contacto visual con la parte que sale, sin embargo a veces esta percepción es contradictoria porque según las madres a las niñas también se les puede caer la matriz, pero no se considera tan grave como a una señora recién parida o con edad avanzada.

“-A cualquiera se le cae la matriz, cualquiera que tenga matriz. -Hasta las niñas se les cae. -Ahí en la vecindad hubo una niña que se había caído de una silla y cayó sentada en una piedra, y se le cayó la matriz, y es una niña chiquita. Entonces la fajaron y la sobaron.” (Madres).



En ese mismo sentido la movida de la matriz es un mal o padecimiento que puede solucionarse con una comadrona y no hay necesidad de una intervención hospitalaria o de médico. Otro de los factores que diferencia un padecimiento del otro es la terminología lingüística.

“Tenía 6 meses y medio mi nena y el dolor como que una chibola se movía en mi estomago después me agarro cada quince miro yo mi menstruación no se calma con ese dolor ya no puedo caminar, no puedo sentarme me duele le dije yo a la comadrona que me fuera a ver me froto y me puso los pies para arriba y me empujo para abajo con sus manos y de allí me faje como tres meses allí sentí yo que esa chibola subió para tener dieta tuve que guardar dieta en tres meses así se me quito ese dolor ya no sentí esa chibola me agarraba dolor de cintura dolor de piernas y de las palmas de los pies.” (Madre)

“-Como la palabra en achí ixtzaqlo upa, se cayó su matriz, ixtzaqlo la upa koj cha che, se le cae la matriz le decimos. Es como tzaqlog, es cayó, cayó, como dice la señora pues de que cayó, eso ya tiene una diferencia ya no es movido si no que se cayó.” (Comadrona)

#### Sintomatología:

Respecto de la sintomatología las diferencias mencionadas por las madres y las comadronas para la caída de la matriz es que ante todo la madre siente que se cae y en algunos casos se ve físicamente.

“-Porque cuando se le cayó la matriz a una señora, lo siente ella misma de su parte y sale. - Se mira y se siente.” (Madres)

Sin embargo los síntomas suelen ser muy parecidos a criterio de madres y comadronas:

“-Cuando se les cae la matriz se les hincha la cara y se ponen amarillas, es cuando uno se da cuenta. - Dolor de pies” (Madres).

“- Ha porque se mueve les duele, - Les duele la parte de la matriz, - Les duele cuando caminan, no puede dar un paso sienten una cosa aquí y le arde. -Es que les duele al caminar, no pueden dar su paso porque les hace un estorbo. -Se siente cuando está hinchado. -Arde como chile.” (Comadronas).

#### Terapeuta y Tratamiento:

El único indicador de diferencia entre los padecimientos es el tratamiento aplicada por las comadronas, ya que solamente una madre dijo que la caída de la matriz la curaban las comadronas, mientras que la mayoría de las madres e incluso las comadronas explican que el tratamiento para la movida de la matriz es aplicado por comadronas, mientras que para la





caída de la matriz si es necesario un doctor o una operación.

“-O sea que las comadronas curar sólo los que están movidas, ahora el que de una vez está afuera, si no. -Si no lo logran pues se van con el doctor. -Solamente que ya este afuera la matriz lo operan, como ya no se puede hacer nada lo sacan. -Lo frotan con pomada así tiene que tomar un remedio caliente para que caliente la matriz. -Sobarlo con lienzo o con pomada, las cuelgan de los pies y las fajan. (Madres).

“- La vamos a sobar subimos para arriba los pies -Solo la sobada o le da un remedio - Les damos altamisa, pericón, con curarina (cura fiebre) es para que asienten la matriz, eso es lo que yo doy cuando me buscan, porque la enferma se seca o se pone delgada, pero con eso se levanta y le sale su color porque cuando esta así ya no se levanta.” (Comadronas).

Relación con la bio-medicina:

Al preguntarles a las madres y comadronas sobre la preferencia para tratar el padecimiento de la “movida de la matriz” ambas explicaron que el médico no es capaz de poder aliviar la movida de la matriz, este es otro criterio de diferenciación entre movida y caída de la matriz.

“-Lo que nos hace el doctor, es que sólo nos inyecta. -Es que el doctor sólo nos toca, en cambio la comadrona al tocar así, ella ya tiene experiencia y sabe si está en su lugar o no está en su lugar y hasta donde lo va ir a hallar. -El doctor no tiene experiencia como la comadrona, porque nos soba la comadrona en que parte debe ser, porque no es cualquier sobada nomás que no hago así a mi gusto, así no, porque la comadrona sabe.” (Madres).

“-Pues yendo con el doctor no cura, ellos de una vez lo cortan, eso es la operación, si sacan la matriz, sacan a la matriz, si ya no entra se va hasta Salamá.” (Comadrona).

Padecimiento llamado: “lombrices”:

¿Qué son las lombrices y qué hacen en el organismo?

En la lógica de la racionalidad maya-achí hablar de “lombrices” y de “alboroto de lombrices” es algo totalmente diferente, razón por la cual la información que se presenta a continuación se refiere al término “lombrices”.

Tanto madres como comadronas explican que todos los seres humanos tienen lombrices, es una parte del organismo con la que se nace y se muere. -“Todos tenemos lombrices, desde recién nacidos, porque el día que no tengamos nos morimos, entonces nos morimos todos.” (madre) “Desde que nacen que son niños se oyen que hay lombrices” (comadrona).

Las lombrices están relacionadas con algunas funciones vitales, como el hambre y la vida.



“-Se mueren las lombrices es cuando nos vamos a morir, ya no tenemos hambre.- Chillan cuando uno tiene hambre” (comadronas)

“- Si, porque por la lombriz comemos, si. Son las lombrices las que piden comida, chillan, (todas se ríen)

-Al chillar las lombrices, nos da hambre.” (Madres)

Las lombrices en términos de la racionalidad maya-achí se pueden interpretar como “seres acompañantes” durante todo el proceso de la vida los humanos. La idea de acompañamiento en la filosofía maya se ejemplifica en el nawual, con esto quiero demostrar que éste principio no es nuevo en la racionalidad maya-achí.

Esta idea de “acompañamiento” de las lombrices en el organismo durante toda la vida, ha ido evolucionando con los conocimientos de la bio-medicina, tanto madres y comadronas relacionan las lombrices con los parásitos intestinales: “-...donde corre mas peligro es con los niños, porque en esos cuando un niño recoge una cosa y tiene microbio, entonces es una bacteria la que va ir a dañar el estomago del niño, o a veces por el descuido de uno de madre que no se lava las manos cuando le va dar de comer, entonces esa alimentación que le damos va con microbios con bacterias, entonces ahí las lombrices se le alborotan al niño, por los parásitos.

-Existe la mera lombriz que si la tenemos todos. Pero con la mala alimentación que llevamos a la boca, nos da las otras, es a través de eso que la tenemos.” (Madres)

“Ha esos son microbios, son huevecillos” (comadrona)

Madres y comadronas manejan correctamente todo el ciclo bio-médico sobre los parásitos intestinales, (formas de transmisión, reproducción, tratamiento) y hacen una articulación entre los conocimientos de la racionalidad maya-achí y los bió-médicos, en el sentido que los desparasitantes matan a los parásitos que hacen daño, pero no a las lombrices.

“-Se puede desparasitar pero siempre quedan.

-Se desparasita pero el microbio, porque las lombrices salen todas nos morimos nosotros porque ya no tenemos el organismo como es.

-No porque depende de la medicina, si es la indicada para que no salgan todas, o aunque queden los huevecillos pues, entonces ya está uno con sus lombrices otra vez.” (Madres)

Para entender el padecimiento llamado “alboroto de lombrices”, es necesario entender primero la concepción sobre las lombrices, que se explicó anteriormente. En este sentido “la movilidad” de las lombrices es lo que provoca la enfermedad, el desequilibrio que crean



las lombrices al moverse.

Causa del padecimiento: Alboroto de lombrices

No hay un consenso entre las respuestas de madres y comadronas respecto al origen o la causa del alboroto de lombrices, sin embargo al analizar las tendencias en las respuestas se perfilan dos diferentes: Una relacionada con el proceso bio-médico de los parásitos:

“-Como volvemos a repetir pues, es por la higiene, si, peor en el tiempo de ahora, que mosquerío hay, y si uno dejó todo destapado sus trastes o lo que uno va a consumir para comer, entonces ya el niño lo agarra.

-Las moscas traen el microbio en las patitas y si nos descuidamos un poquito también a nosotros nos pasa.

-Si (todas), si no hay higiene.

-Si, porque si no hay higiene, o vamos a ir a traer un mango todo mosqueado y nosotros nos lo comemos sin lavarlo o pelarlo, entonces ahí ya tiene el microbio.

-Nosotros lo aguantamos, pero los niños no.”(Madres)

Y la otra tendencia se explica por un desequilibrio causado por múltiples factores:

“Por comer mucho un alimento: mango, chile, etc. (Alimentos con características frías o calientes)”, “comer un alimento en mal estado”, “cuando se pasa la hora de la comida y no se ingieren alimentos”, “Por andar descalzo en el lodo, al sentir olores muy penetrantes, por el cambio de estación de seca a lluviosa, por los rayos.”

Sintomatología:

Respecto de los padecimientos de racionalidad maya-achí como lo son la mollera caída y el alboroto de lombrices, no encontramos consensos entre madres y comadronas respecto de su sintomatología.

Para el caso del alboroto de lombrices son tres las tendencias que explican la sintomatología en los niños:

A. La presencia de asientos. “Sí usted, sí porque como tienen una gran envoltura con aquellos grandes asientos y el estómago así pura agua, es que son lombrices.” (Comadrona)

B. Picazón en la nariz y una panza anormal. “-O tienen picazón en la nariz, se mantienen con el dedo en la nariz. -Un niño que se ve muy panzoncito es porque carga el montón de lombrices.” (Madres)

C. Forma especial para dormir. “-Se duermen embrocados. -Si, boca abajo.” (Madres)

Terapeuta y Tratamiento:



Como lo indican testimonios de madres y comadronas, el alboroto de lombrices es un mal que puede ser curado y resuelto en casa, por la curadora principal de la familia cuando ésta es experimentada, es decir sabe y conoce el procedimiento de la cura. “Los primeros niños no lo saben curar lo llevan con nosotros porque como nosotros ya somos grandes sabemos que hacer y que buscar.” (Comadrona), “ Nosotras mismas, a veces preguntamos a la gente grande.” (Madre). Sin embargo, existen otras alternativas, “acudir al centro de salud”, pero ésta tendencia fue una opinión minoritaria.

Llama la atención el comentario hecho por una madre en donde explica que la primera acción siempre se da en la casa y dependiendo del proceso de la enfermedad o padecimiento se buscan otros recursos: “Si no se cura el niño, y no se cura y no se cura, entonces hay que acudir con un médico, pero primero voy yo hacer lo mío, pero si no se cura, no se cura tiene que llevar uno con el doctor, pero yo ya hice lo mío.” (Madre)

El tratamiento: Si relacionamos las dos tendencias discutidas respecto del “alboroto de lombrices”

Una relacionada con el proceso bio-médico de los parásitos y que explica un desequilibrio causado por múltiples factores. La lógica del tratamiento en la racionalidad achí debería entonces responder a estas dos posibles causas.

De acuerdo a los testimonios de madres y comadronas el tratamiento del alboroto de lombrices consiste en: proporcionarle al niño un remedio casero a base de apazote: “...así como el apasote, hay que molerlo primero, ...así paso con un niños mío fuimos a moler la horchata le damos un vasito así para que lo tome.” (Madre). Pero además es necesario hacer una cataplasma “parche”, con ajo y apazote en un pedazo de pan o masa de tortilla. “El ajo se utiliza para hacerle parchitos con apazote, si no hay masita se hace con francés, un parche aquí (estómago) y otro en la espalda.” (Madre).

Finalmente las comadronas explicaron más que las madres de familia que es necesario “sobar” al niño, poner el parche para “juntar las lombrices”. “...y les sobo bien pero bien sobado se le jalan los dedos y bien sobado y se juntan las lombrices y se le pone un parche de apasote y una cucharada de aceite.” (Comadrona). En este sentido es importante señalar que las comadronas son ante todo “sobadoras por excelencia” y que en la mayoría de sus terapias aplican esa técnica para la curación.

La lógica del tratamiento se puede interpretar de la siguiente forma: el remedio casero a



base de apazote sirve para aliviar los problemas que dan los parásitos intestinales y el alboroto de las lombrices, mientras que la aplicación de la cataplasma hecha a base de ajo y apazote contraresta los problemas de diarrea y vómitos. “...las lombrices no da lugar que tomen agua como tortilla lo saca lo vomita cada rato cada rato.” (Madre). Finalmente tanto la sobada como la aplicación del parche intentan “embolsar a las lombrices” o juntarlas para que se tranquilicen y no molesten más. “Yo cuando se alborotan las lombrices a mis nietos yo les doy apasote y les sobo bien pero bien sobado se le jalan los dedos y bien sobado y se juntan las lombrices y se le pone un parche de apasote y una cucharada de aceite.” (Comadrona).

Es importante hacer notar la importancia de los masajes en los niños pequeños, muchas revistas médicas dedicadas al tema de la “puericultura”, insisten en la terapia a base de masaje en el área abdominal a los niños para evitar las molestias gástricas. En este sentido las comadronas al tratar los padecimientos en niños pequeños siempre recurren a las “sobadas”, una terapia milenaria que han usado por siempre las comadronas en Guatemala.

Relación con la bio-medicina: Las respuestas de madres y comadronas difieren. Ya que algunos testimonios de las madres intentan explicar la importancia de la competencia de aplicación de la racionalidad maya a este padecimiento.

“A veces si se lleva con un doctor, hay riesgo de que si se muera, porque tal vez el niño está va de vomitar, va de diarrea, y ellos lo que ponen es inyectable, suero, entonces se hincha con el suero, y el niño como está deshidratado no está capacitado para un suero.” (Madre). Mientras que los testimonios de las comadronas explican la necesidad de buscar un alivio cuando el padecimiento es grave: “Eso es cierto lo que dicen las compañeras aquí, porque aquí en la aldea medicina natural es lo que se usa, para aquí pero lo que pasa es que si no se cura con eso lo tienen que llevar, porque si no, como dicen que les da calentura y se les enfría los pies entonces se les aparece una infección en la boca o en el estómago porque ya no pueden mamar.”. (Comadrona).

Racionalidad Maya:

Elementos para esclarecer la racionalidad maya-achí sobre las lombrices:

Las lombrices son parte fundamental del aparato digestivo ya que por medio de ellas los seres humanos pueden sentir hambre, como se explicó anteriormente.

Las comadronas en su mayoría localizaron a las lombrices en la región llamada “capá” o “cash” (torax), algunas especificaron que se localizan en el estómago, sin embargo la idea de “movilidad” de las lombrices en dicha región del cuerpo, es algo evidente: “-De por si se



mueven. -Cuando estamos dormidos, pues uno no lo siente, ya al despertar uno si lo siente.” (Madres). Pero es importante entender que aunque las lombrices en su estado natural se mueven, la enfermedad viene cuando existe un movimiento excesivo “el alboroto” y las lombrices comienzan hacer determinados ruidos y provocar dolor o incomodidad: “-...porque cuando los niños lloran es porque las lombrices le pican las paredes del estomago del niño, o sea están alborotadas, están regadas.”

“-Entre nosotras de mamás, cuando el niño está así con eso, uno le tiene que poner el oído si cómo chillan las lombrices pues, y si es cierto chillan las lombrices, entonces ya dice uno que son las lombrices.” (Madres). Es importante hacer ver que el alboroto de lombrices lo sufren grandes y pequeños. “Los grandes también se les alborotan (todas responden que si y se ríen).” (Madres) “Llega el día, cuando pican el estómago las lombrices, ...cuando uno toma un poco de medicina algo caliente es cuando uno siente como una chibola aquí ve y cuando toma uno cosas fuertes” (Comadrona).

Finalmente es importante reconocer la idea de “gravedad” en el padecimiento “alboroto de lombrices”. Y es que en la racionalidad maya-achí al utilizar el término “ojo” en los padecimientos es para identificar una complicación del mismo, por esta razón el “pujido se puede ojear”, o “las lombrices se ojean”. En este sentido cuando las lombrices se ojean la sintomatología de la enfermedad es más grave y generalmente esta gravedad del padecimiento es percibo más por las comadronas que por las madres de familia: “- Porque cuando las lombrices se ojean los niños tienen calentura y les da mucha fiebre. -Es que cuando se ojean las lombrices, arroja el niño. - A veces las lombrices salen de la boca o de la nariz y se mueren. Conclusión: Entonces cuando se ojean es mas grave que cuando se alborotan.” (Comadronas).

En los últimos dos comentarios de las comadronas se puede apreciar un sincretismo entre la racionalidad bio-médica de los parásitos, que en este caso sería “la solitaria” y la racionalidad maya-achí sobre la gravedad del alboroto de lombrices o cuando las lombrices se ojean. Se corre el peligro que las lombrices comiencen a salir por boca, nariz y ano. Esta hecho da elementos a la racionalidad maya-achí para demostrar certeramente que si existen las lombrices dentro del organismo. Pero es necesario entender todo ese proceso como algo sincrético entre una racionalidad bio-médica que da elementos lógicos aunados a una racionalidad maya-achí que da vida al ser acompañante de los cuerpos humanos; las lombrices.

Usos curativos de la orina:



Dentro de la racionalidad maya-achí, se concibe el origen de diferentes padecimientos como un rompimiento del equilibrio entre lo frío y lo caliente, de tal manera que demasiado frío o calor, provoca algún tipo de enfermedad. De esta cuenta, el uso de la orina como sustancia curativa corresponde a la lógica de contrarrestar el calor del cuerpo. En ese sentido, las personas encargadas de la curación (comadronas o madres), le lavan la cabeza al enfermo, ya que generalmente el calor se ubica en esa parte del cuerpo

“De grandes no, como ya es muy caliente, porque comen de todo, en cambio los chiquitos, porque es fría.” (usuaria)

“Sólo la orina de los niños chiquitos, porque es fresca.” (comadrona)

“De grandes no, como esa ya es muy caliente, porque comen de todo. En cambio los chiquitos no, porque es fresca”. (comadrona)

Uno de los padecimientos que forman parte de la cultura achí, es el mal de ojo, el cual se expresa con llanto y fiebre: “el llanto es acompañado con manos y pies fríos o helados, la cabeza está caliente y a veces el niño presenta temperatura.”<sup>3</sup> Es decir, que en este caso el equilibrio frío-caliente es quebrantado, dando lugar a la temperatura, controlándola a través de la orina. Es por ello que la mayoría de mujeres entrevistadas mencionó el mal de ojo como el padecimiento principal que cura la orina.

“La usan cuando están llorando, cuando tienen ojo, dicen, que con eso les quitan el ojo dicen, porque el ojo, con el asunto de la cabecita les duele, dicen que se les pone caliente, me han contado”. (comadrona)

“Por ejemplo el ojo. La orina sólo para curar el mal de ojo”. (comadrona)

“Para curar el ojo. Dicen que es buen para el dolor de estomago, no sé”. (usuaria)

“Si porque están diciendo que es para que no se ojeen, si para que no se ojeen los niños, dicen.” (usuaria)

Las formas en que se emplea la orina como medicina curativa, varían según los terapeutas o las personas encargadas de administrar el tratamiento. Ésta, generalmente se utiliza de dos maneras: la primera bañando al niño o lavando su cabeza, y la segunda, bebiendo el remedio elaborado con la orina y otros ingredientes.

“Se le echa un poco de Alka-Seltzer y un poco de calmante y cinco gotas de limón, se le da primero un poquito, primero en la boca unas cucharaditas, después se le pone en toda su cabeza, en todo su cuerpo, cuando sienta su cabeza bien caliente le saca el calor, después se

---

<sup>3</sup> María Teresa Mosquera *et al*, *Conociendo la Sabiduría Achí, Salud y Enfermedad en Rabinal*, p. 174



corta un poco de ruda, se le echa en todo el cuerpo, ya con eso que se duermen, se le corta la calentura”. (Comadrona)

“En la orina se le echa un poco de limón, y ahí se le echa aspirinita, bebetina y con eso que uno le da que tome, el va a sacar la flema que tienen, con eso queda tranquilo”. (usuaria)

“Yo lo he usado, pero sólo en lavarles la cabeza a los niños con orín”. (usuaria)

El remedio que se prepara para curar el mal de ojo, igualmente varía según el terapeuta. Sin embargo, existen algunos ingredientes que se repiten en los diferentes preparados como el limón, el Alka-Seltzer y la ruda o diferentes montes.

Cada uno de estos elementos (orina, limón, Alka-Seltzer, y ruda) poseen cualidades frescas, por lo tanto son utilizados para combatir el calor que produce la enfermedad. De esta manera el rompimiento del equilibrio causado por el mal de ojo, se normaliza con el preparado.

Un elemento fundamental en la preparación del remedio, como ya lo vimos, es la orina, pero ésta debe cumplir con ciertos requisitos: debe ser de niños y no de adultos. Sin embargo, la decisión de usar de niña o de niño, depende del sexo del enfermo, es decir si éste es varón o mujer.

“No utilizo orina de mujeres ni de varones, sólo de chiquitos, lo sé yo porque mi mamá la usaba”.(usuaria)

“Pedir orina, pero de patojo pequeño. De grande no, porque ya es más fuerte, en cambio de un niño pienso que no es tan fuerte, lo uso pero de niño”. (usuaria)

Para las comadronas y madres usuarias, la curación del mal de ojo, posee un “secreto”, el cual indica que debe curarse al enfermo con el contrario. De tal manera que en este caso en particular, si el enfermo es niño se utiliza orina de mujercita y si es mujer se emplea orina de un varón.

“Por ejemplo, así como al varón de nena, y si es nena de varón. Así dicen porque es secreto, no sé si es cierto, pero no se, así lo he tratado con él, no siempre, de vez en cuando”. (usuaria)

“Si es nena la que está mala es orina de varón, y si es varón sólo de niña chiquita, como es el secreto para el ojo”. (comadrona)

Según las personas de la comunidad, la orina de los adultos no se utiliza por estar contaminada y ser muy caliente. De esta cuenta, siguiendo la racionalidad achí del





equilibrio frío y caliente, el mal de ojo como uno de los padecimientos que calientan el cuerpo de las personas, se combate con la orina, pero de los niños, ya que ésta es considerada como fresca, cualidad que permite contrarrestar el calor provocado por la enfermedad.

“Pedir orina, pero de un patojo pequeño. De grande no, porque ya es más fuerte, en cambio de un niño pienso que no es tan fuerte, lo uso pero de niño”. (usuaria)

“De grandes no, como esa ya es muy caliente, porque comen de todo. En cambio los chiquitos no, porque es fresca”. (usuaria)

“Sólo la orina de los niños chiquitos, porque es fresca.” (comadrona)

En ese sentido, la percepción del cuerpo en términos de edad varía, ya que se considera que los menores de edad, es decir niños y niñas, no tienen el cuerpo contaminado, y que por ende, sustancias biológicas propias de su cuerpo como la orina, son frescas y “puras”, útiles para aliviar algunos padecimientos.

Dentro de la lógica achí, los adultos, varones o mujeres, poseen un cuerpo contaminado, por lo tanto, no es apto para curaciones. Esta condición de “contaminación”, se entiende en el sentido de que al momento de empezar a tener relaciones sexuales, que implica tener contacto con otros, se pierde esa purificación característica propia de los niños. Eso lo plantean las madres cuando afirman:

“De la gente grande no está buena, porque ya tienen enfermedad. “(usuaria)

“Porque a veces dice uno que ya grande tiene a veces enfermedades, si por eso es que ya no se usa.” (usuaria)

De tal manera que se perciben dos tipos de cuerpo uno puro y fresco, de los niños y niñas, y el otro “contaminado”. Esto se respalda con el hecho de que en Rabinal, los jóvenes y señoritas se están casando aproximadamente entre los 15 y 20 años, por lo tanto, en ese momento pierden su estado de infantes para entrar en el rol de personas mayores.

Una apreciación sobre la movilidad de los órganos:

En la lógica achí algunos de los órganos del cuerpo se enferman por su característica de “movilidad” pero veamos en cada uno de los casos las razones:

•Mollera caída:

Padecimiento sufrido por niños menores de 12 años y mujeres que están a punto de dar a luz.

Consiste en la depresión de la fontanela.



En la lógica achí el padecimiento es producto de una situación especial: a) tener una corta edad “son tiernitos” o b) empezar con el proceso de parto (mujeres).

Tanto A como B son situaciones especiales, que en términos de la racionalidad achí se interpretan como una conexión con lo espiritual, lo cósmico. Premisa por la cual la eficiencia del tratamiento responde a la restauración del equilibrio del cuerpo, como los movimientos y “los secretos”.

•Movida-caída de la matriz:

Padecimiento sufrido por niñas, señoras adultas o ancianas consiste en la percepción por el paciente de que la matriz se ha deslizado de su lugar.

Algunas madres piensan que existe una relación entre matriz-estómago, que se manifiesta en términos lingüísticos.

La diferencia entre movida y caída de la matriz a criterio de madres de familias y comadronas no es clara.

Para evitar el padecimiento se deben tener ciertas medidas preventivas durante el post-parto y determinadas prácticas.

Uno de los posibles parámetros de diferencia entre la movida y la caída es la intensidad del dolor, la gravedad y terapeuta que trata.

La movida de la matriz es aliviada por comadronas, no por doctores.

•Lombrices:

Las lombrices en términos de la racionalidad achí se pueden interpretar como “seres acompañantes” durante todo el proceso de la vida los humanos. La idea de acompañamiento en la filosofía maya se ejemplifica en el nawual. Las lombrices están relacionadas con algunas funciones vitales, como el hambre y la vida.

Esta idea, ha ido evolucionando con la influencia de la bio-medicina, tanto madres y comadronas relacionan las lombrices con los parásitos intestinales, hacen una articulación y entienden que los desparasitantes matan a los parásitos dañinos, pero NO a las lombrices.

En este sentido “la movilidad” de las lombrices provoca la enfermedad, “Alborto de lombrices” o sea el desequilibrio que crean las lombrices al movilizarse.

El desequilibrio es causado por múltiples factores: consumo de un alimento determinado, proximidad de la estación lluviosa, etc.

El remedio casero a base de apazote sirve para aliviar los problemas que dan los parásitos intestinales, mientras que la aplicación de la cataplasma hecha a base de ajo y apazote contraresta los problemas de diarrea y vómitos.

•Uso de la orina:

El uso como medicina natural, se encuentra íntimamente ligado a la percepción del cuerpo, dentro de la lógica achí. Ésta posee elementos curativos siempre y cuando provenga del



cuerpo de un niño o niña, quienes se encuentran en un estado de purificación, el cual les permite contrarrestar los efectos dañinos que ocasiona el excesivo calor en el cuerpo.

El cuerpo de los adultos se percibe como impuro, en la medida en que se da el inicio de las relaciones sexuales, de tal manera que no está calificado para curar ningún tipo de padecimientos. Esta situación se reafirma aún más en las mujeres, ya que en momentos determinados como el período de la menstruación o el parto y post-parto, su contacto con niños puede provocar padecimientos como el hijillo o pujido.



## CAPITULO IV

### Terapeutas tradicionales: Etnicidad y Género.

La intención del capítulo fue visualizar las diferencias probables o la ausencia de éstas respecto de una diferenciación muy importante entre los terapeutas tradicionales que concierne con ser varones o mujeres con ser indígenas o no indígenas.

De esta forma el presente capítulo responde a los siguientes objetivos de la investigación: Evidenciar la importancia del papel femenino de la mujer respecto de determinados procesos biológicos como: el pre-parto, parto y post-parto, la atención de enfermedades en la familia y re-valorar el papel femenino de la mujer en el oficio de comadrona. Analizar los factores por los cuales se ha usurpado el papel femenino del oficio de comadrona, por la figura masculina.

Determinar similitudes y diferencias de etnicidad entre comadronas respecto de: el aprendizaje de la profesión, la demanda de la población, los tratamientos y recursos utilizados, etc. Analizar los elementos de diferencia étnica entre comadronas indígenas respecto de sus prácticas y tratamientos utilizados.

Debido a que las entrevistas en profundidad que se realizaron con comadronas, curanderas, guías espirituales y parteros fueron muy extensas, la información que obtuvo es muy voluminosa y el tiempo para su interpretación fue corto, en este informe final se decidió encauzar los hallazgos de la investigación en dos rubros: la teoría frío-caliente y el aprendizaje del oficio. Se presentan a continuación la información analizada.

#### Manejo de la Teoría Frío-caliente:

La cosmogonía maya cuenta con diversos elementos que la caracterizan y la singularizan de otras culturas, como por ejemplo la percepción del espacio-tiempo que es cíclica, la espiritualidad del universo que se basa en la relación dueño-espíritu, etc. La percepción de la teoría frío-caliente como forma en que se manifiesta el equilibrio y la salud es otra de los elementos fundamentales que se les atribuye a la cosmovisión maya, sin embargo es importante señalar que esta teoría también tienen raíces mediterráneas, razón por la cual en América esta teoría debe entenderse como sincrética ya que tiene elementos históricos provenientes de dos orígenes diferentes.



Para la investigación que se desarrollo en Rabinal, la teoría frío-caliente vista por los terapeutas tradicionales se interpreta como ausencia de enfermedad, guardar un perfecto equilibrio entre lo frío y lo caliente, como se ilustra en el testimonio siguiente:

“Se enferma pues, porque entre caliente y frío. Porque a veces si está muy caliente está muy fuerte la temperatura, y va agua, y va agua y va de tomar agua, y nunca se llena, aunque se llene, pero no se le quita la sed, ¿por qué?, porque tiene fuego por dentro.

Y si le da frío, es porque talvez, la persona algún día estaba caliente, y tal vez tiene sus animales y está ahí corriendo aire o tal vez está lloviendo y salió al aire, se resfrió su cuerpo entonces comienza con frío.

Es como le cuento, salen de repente, tal vez están durmiendo y de repente salen al aire, entonces le pegó aire a su cuerpo. Resfrió.” Curandera.

Sin embargo también se pudo percibir que se prefiere que el cuerpo mantenga un estado caliente “normal” a un estado frío, que se ilustra mejor en los testimonios siguientes:

La enfermedad se adquiere por la exposición a lo frío, razón por la que se prefiere un estado caliente del cuerpo:

“Es que mire, muchas veces pasa que se mojan, tal vez van en un camino y les agarra el agua y ya de eso ya les previene, si eso les previene ya, y si uno es propenso. Como uno cuando se moja tiene que bañarse en ese momento para que no le haga daño a uno, para no enfermarse. Se baña en agua fría, porque usted recibió agua helada, entonces llega y se baña, se seca bien su cuerpo, se cambia y ya no se enferma, si porque se bañó y digamos que es como un baño.” (Comadrona).

“le dije a mi nuera calenta un poco el agua para lavar la boca que este caliente por el remedio para que no se acaba, la mitad algo fresquito y la mitad algo calentita y no helado de una vez porque sino se llena el estomago otra vez de los animales en cambio medio así entonces se sale.” (Curandera-comadrona)

“Bueno de que se puede enfermar, se puede enfermar, veamos el caso de la refri, uno no dice que la refri es buena,, pero si es muy mala porque vemos en el caso de ustedes las damas en el caso en que están en estado interesante toman cosas frías, el bebé va a nacer ya enfermo pues, va a nacer con la bronquitis o trae una su tosecita de nacimiento, culpa de quién de la madre. (Guía espiritual)



“Porque se van algunas células, algunas neuronas, se dejan activar, porque nuestra sangre es la que calienta el cuerpo, eso es fundamental, entonces al no correr mucho la sangre, ya se empieza a enfriar las manos, los pies, o el cuerpo.” (Guía espiritual)

“A si, de todos modos, es así es. Porque tal vez, no ya el cuerpo tal vez ya trae una su enfermedad y tal vez se echa un su baño, a veces el baño es el que le cae mal, como ya trae una enfermedad todavía fría, y tal vez uno se baña, ahora a ajustarle esa enfermedad.” (Partero)

Lo normal es que el cuerpo se mantenga caliente:

“¿Cuáles son las enfermedades que se dan cuando el cuerpo está caliente? No porque eso no es malo. Lo que es malo es sólo tomar helado, sólo tomar helado. Porque el cuerpo está caliente, si está todo el cuerpo normal caliente, es normal.” (Curandera-comadrona)

“Nosotros no tomamos helado, nosotros sólo hervido tomamos, desde que me levanto tengo un mi bote así en el fuego, porque por la emergencia de que viene un enfermo ya agarro el agua, que está tibia.” (Comadrona-curandera)

Partes del cuerpo que se afectan por la dualidad frío-caliente:

A partir del uso y de la aplicación de la teoría frío-caliente entre población indígena y no indígena se construye todo un proceso sobre la percepción de las enfermedades y el cuerpo. En este sentido los diferentes órganos del cuerpo se ven afectados por un calor excesivo, que en los testimonios es llamado fuego. “Hay remedio para calmar, la pomada ignacia es fresquita para sobarlo si es fuego el que tiene” (Comadrona-curandera) “Porque a veces si está muy caliente está muy fuerte la temperatura, y va agua, y va agua y va de tomar agua, y nunca se llena, aunque se llene, pero no se le quita la sed, ¿por qué?, porque tiene fuego por dentro.” (Curandera).

Entendiendo esta teoría como la manifestación del equilibrio, en este sentido también los órganos del cuerpo se ven afectados por un exceso de frío, que en los testimonios es llamado “aire frío”.

“Viene uno del sol, se quita la ropa y se pone una helada adentro, es malo, porque ya le agarró su pulmón, le pegó aire” (Comadrona-curandera). “Hay Dios, se enfría pues. Las mujeres que van al Centro de Salud, y salen del Centro de Salud, no se toman ese remedio, como es de natural. Se miran como que está embarazada todavía. En cambio cuando uno se lo toma y ya se compuso, se toma unos ocho días, hay Dios se puso el estómago así plano, porque ya no está grande su estómago, se seca la matriz, chiquitas se ponen, porque



no tienen aire. En cambio las que no toman eso tienen mucho aire, se les pone (grande), nunca se les baja, nunca se les queda entallado.” (Comadrona-curandera).

El manejo de todo este proceso que afecta los estados excesivos de frío y caliente en el cuerpo, es categorizado de acuerdo al órgano que afecta y el tipo de enfermedad que se trate, de esta forma se crea toda una construcción simbólica del proceso salud/enfermedad/atención que se entiende a partir de la teoría frío-caliente. Con ello quiero decir que se materializa toda una concepción respecto del cuerpo y los cuidados del mismo en base a lo frío-caliente.

Tomando de base esa construcción simbólica de la teoría frío-caliente los órganos del cuerpo que son afectados por el frío son: el estómago, los pulmones, la nariz tapada y la matriz, veáanse los testimonios siguientes:

“El consumo de bebidas frías es malo, con un poquito de una su agua cabal se enfría su cuerpo, pero uno ya de grande.” Comadrona

“Nosotros no tomamos, agua pura que le dicen, fría, pero hay alguno que lo toman, pero es pura enfermedad. Porque se ponen piedras adentro del estomago, pone una chibola adentro, si. Tengo dolo de estomago dice uno, porque hay unos que eh visto yo que toman caldo y después agarran el hielo encima, eso da enfermedad.” comadrona-curandera.

“Más es el estomago, más es el estomago. Si, se enfría mucho y ahí radica, vómitos, diarrea” Guía espiritual.

“La parte del cuerpo que se enfría son los pulmones. Cuando traga aire sí, porque como le digo la matriz está adentro, entonces al salir afuera, entonces ya, solo cuando se cae la matriz.” Curandera.

En el mismo sentido de percepción las enfermedades que se adquieren por un excesivo enfriamiento del cuerpo son: el paludismo o reumatismo, los dolores de huesos y músculos, el resfriado, los calambres y la bronquitis. Así lo demuestran los siguientes entrevistas:

“La mayoría es, aquí le llamamos reumatismo, porque si usted está caliente y se va a lo helado, los doctores le llaman artritis pero nosotros aquí en el monte le llamamos



reumatismo, eso es lo que a uno le afecta. Porque si usted se calienta hoy en la noche, y está tomando caliente y se va al agua, entonces lo primero que empieza a padecer es del reumatismo, del dolor en los gonces las rodillas, que le duele para caminar, eso es puro reumatismo. Pero los doctores dicen usted tiene pero artritis, pero es reumatismo, nosotros aquí le llamamos así.” Curandera.

“Le da frío a uno en la espalda, le da dolor de cintura, dolor de huesos, dolor de las canillas.” Comadrona.

“Fíjese, si usted, padece de muchos resfriados su cuerpo padece de muchos calambres, padece mucho de tapazón de nariz. En fin que su cuerpo está muy resfriado. Imagínese usted, si usted tiene esa gran tapazón de nariz y a penas usa un remedio caliente, en la frente, entonces se le destapa porque ya está muy resfriada. También la bronquitis, porque si usted está mala con tos, si usted está mala con tos y llega tal vez a alguna tienda o se toma una agua fría entonces ya comienza con dolor en el pecho y comienza ya... como que .. como la fatiga, como asma que le llaman. Que ya no alcanza uno el resuello pero es de lo mismo, el frío, o comienza que gran tos, que no se le quita, pero es porque ya está muy resfriado el cuerpo. Pero de puro desmando. Por tomar cosas frías, por tomar cosas calientes, nunca se va a enfermar usted. Porque digamos que usted esté mala con gripe, con tos o que tenga una gran calentura y usted esté tomando caliente, no” Curandera.

“Para el escalofrío también, si es escalofrío es igual como que la persona que da frío se puede aplicar con lo que le dio limón o café, para que se caliente el cuerpo”. Partero.

“y como que tuviera un reumatismo, debilidades en los huesos.” Guía espiritual.

Continuando con esa lógica los partes del cuerpo que se ven afectadas por un exceso de calor son el estómago y la cabeza, también mencionaron a las lombrices, como se explicó en otros capítulos del actual informe las lombrices que viven en el estómago son parte del cuerpo humano. Los siguientes testimonios ilustran mejor dicha situación:

“Es más de la cabeza, empieza con un dolor de cabeza, incluso un nuestro paciente, se empezó a calentar la cabeza y instantáneamente como que perdió el conocimiento, se cayó. Menos mal estaba en nuestra clínica, tuvimos que levantarlo, y se hizo mucha terapia y tuvimos que sostenerla. Bueno, hay una elevación, yo diría que empieza del corazón,





porque en el primer instante, a la gente le da sed, una sensación tremenda, verdad. Y luego cambia, mayormente los niños, eso si he detectado varias veces, cambia totalmente y ya solamente se calienta el estomago, la cabeza normal, los pies normal, únicamente el estomago.” Guía espiritual.

“Hay que poner un lavado para que se le baje el calor que hay, eso se hace cuando está caliente la cabeza y tiene dolor de cabeza, póngase un lavado. Y después hay que asar un limón y se pone un pedazo aquí y otro pedazo aquí y otro aquí (en la frente) y amarrado y con eso se le quita. Por si es fuego y se lo baja.” Curandera-comadrona.

Aprendizaje del oficio:

Presencia de enfermedades.

En la racionalidad de los terapeutas tradicionales existen determinadas “señas” o “marcas” que las personas tienen a lo largo de su vida y que determinan en última instancia su condición para poder ser terapeutas o no. Existen varios tipos de “señas” o de “marcas” las más comunes son: padecimiento de una enfermedad durante la infancia y adolescencia, la recurrencia de determinado sueño, la aceptación o reconocimiento del “don” para curar.

En la entrevista que se hizo a los terapeutas se incluyó una pregunta sobre el padecimiento de enfermedades durante la infancia o adolescencia. Es claro el caso de los guías espirituales varones ya que todos ellos explicaron haber padecido determinada enfermedad durante su adolescencia. “cuando tenía aproximadamente tenía 17 a 18 años cuando me agarró una calentura que se me fueron todas las uñas, es la enfermedad mas grande que he tenido que me tuvo en cama como ocho días hasta que me llevaron con las monjas allá me inyectaron me callo bien lo único era como era una alergia.

...y así que todas las uñas estas uñas son nuevitas tienen como 12 años son nuevitas no son de nacimiento se fueron completamente, todito desde las manos hasta los pies casi el cuero también se me fue todo esto salió se me salió todo la piel esta es la enfermedad mas dura que he tenido” (guía espiritual).

Sin embargo para el caso de las mujeres solo la curandera indígena mencionó enfermarse mucho de mal de ojo cuando era pequeña, las otras comadronas-curanderas indígenas no lo mencionaron, tampoco lo mencionó la curandera ladina.

A raíz de éstos hallazgos se puede interpretar que para el caso de Rabinal, la predestinación



para ser guía espiritual o curandera es marcada por la presencia y recurrencia de enfermedades durante la infancia y la adolescencia, sin embargo para el caso de las comadronas y las curanderas no indígenas esta recurrencia de enfermedades durante la infancia y la adolescencia no es determinante para ser terapeutas tradicionales.

Inicio del oficio:

El aprendizaje del oficio de Terapeuta Tradicional de acuerdo a los testimonios proporcionados por comadronas, curanderas, guías espirituales indígenas y no indígenas difiere de acuerdo a la especialidad.

Los procesos de predestinación de guías espirituales y curanderas se caracterizan porque se vinculan determinadas señas, por ello es necesario entender la predestinación como un proceso muy particular, que generalmente es único dependiendo de cada caso, es así que para algunos guías espirituales y curanderos “Los sueños” son la fuente de conocimiento e iniciación en el oficio, como el caso siguiente:

“Pues mire que fue de repente, cuando ya tenía yo como cuarenta y dos (42) años. Mire como una mi tía, una mía tía que es chiquitita así la viejita, ella murió, ella era curandera. Entonces cuando ella murió, como a los nueve años de haberse muerto, ella me dijo: yo estaba durmiendo y me dijo “mirá mijita, ahora que te quedaste viuda, no me gusta que vas a ir a hacer cosas que no lo es, que no tenés que hacer. No me gusta que vas a ir a hablar a las casa, te voy a dejar tu oficio “ me dijo. “Y cuál es mi oficio, tía” dice que le dije yo, “mira, el oficio que yo tenía, te lo voy a dejar a vos pero sólo a vos, porque a vos de elegí en este momento, en este oficio, a vos te voy a dejar mi oficio, sólo a vos, nada más. Porque vos te has portado bien conmigo, y todo eso verdad, para que no vayas a sufrir mucho con tus niños” que me quedaron siete niños “entonces luchá, no vayas a robar, no vayas a hacer esto portate bien” y entonces yo hice caso, y yo oí lo que ella me decía en el sueño. “Porque mirá, yo voy a venir cuantas veces a visitarte” “está bien tía” dice que le dije yo, verdad. Entonces cada viernes venía, vino como unos ocho o diez viernes, me buscaba los viernes. Entonces me decía “mirá, cuando alguien viene por alguna enfermedad que tenga y no sabe porque le duele los huesos o porque es eso, agarra dos candelas y las miras si la que está en la derecha le pega a la izquierda, se supone que es un hombre el que le está haciendo daño a esa pobre señora, ahora si las dos van iguales entonces no es daño de algún hechizo, sino que es cosa de Dios, es una enfermedad de Dios que ella está sufriendo” “esta bien tía”, pero mire todo me lo decía. “Está bien tía, gracias que me lo haya dicho” “y así salis, así salis con tus hijos, no vas a sentir crecer a tus hijos, ya al ver las personas que ya vos



empezas a curar y empezas a hacer eso, entonces ya te buscan” y ya ven si me buscan, si es cierto.

Todo me lo decía mi tía en el sueño, ya finada ella. Y a mí se me grabó todo lo que ella me dijo, todo, todo. En los últimos sueños ya venía un hombre y se sentaba en la orilla de la cama, yo me levantaba. “levantate, levantate pues que quiere hablar tu tía con vos” y “¿Quién es usted pues?” porque yo no podía levantarme, porque estaba concentrada; “¿Quién es usted?”, “vos levantate y punto, que aquí quiere hablar tu tía con vos” y cuando yo despertaba miraba la sombra que desaparecía de mi ventana, porque tiene balcón mi ventana, miraba que desaparecía, que se iba pero que era un sombrero grande. ¿quién era ese hombre que me hablaba a mí? Era San Simón, que venía junto con mi tía. Si yo no me levantaba él no se iba, se quedaba ahí sentado en la canía de mi cama, y él fue quien me orientó más. San Simón.” (Curandera).

Mientras que para otros guías espirituales y curanderas la iniciación en la profesión se da por medio de la celebración de determinadas ceremonias o por la iniciación de otro guía espiritual conocedor de la fecha de nacimiento y de los nawuales. Como lo ilustra el siguiente testimonio:

“Pero como en 4 o en 5 ceremonias me invitaron, Entonces cuando yo miraba a los ancianos con que respeto que les tengo. Que si nos fuimos a celebrar una ceremonia los huevecillos, entonces el sacerdote me llamó: -Mateo venga para acá, porque qué le pasa. Agarra el palo y ¡Hay Dios! se ríe,  
-no, no se haga el baboso, me dijo, usted ya estaba marcado desde hace rato y usted tiene que trabajar.

-Va muchas gracias, le dije yo.

Y después en otro lado me hicieron lo mismo. Hasta que al fin aquí en este cerrito Xibaltaj, entonces se celebró una ceremonia allí. Entonces vino el anciano, pero yo lo ví que estaba trabajando, no lo había visto así tomado, entonces solo me dijo:

-Mateo vengase para acá, se sienta acá. Así con aquella calma, pero yo dije que era para saturarme.

Entonces fue a buscar unos chiribiscones (plantas secas) ¡qué si era para aporearme!

-¡Ha este Mateo!, ¡Qué hace rato que Dios Padre Celestial te ha entregado! y vos por qué no lo quieres agarrar y que pasa con vos.

-Bueno hermano, le dije, porque toda la gente mirándome y me agarraba como que yo era muñeco, (se ríe) así me agarraba, saber cómo era que hacía el hombre.



Pero si fui tomado en ese ratito yo lo sentí pues, entonces yo le dije: ¡Mirá perdoname hermano pero la verdad no es que no quiera y no es que quiera jactarme lo que pasa yo siento que no.

-¿Pero como no, si vos estás preparado para eso?, y que no se qué. Si ya tus plantas de tus pies fueron limpiados y tus manos, tu puedes ayudar a muchos de nuestros hermanos.” (Guía espiritual).

De acuerdo a éstos testimonios y otros proporcionados durante la ejecución de la investigación se puede señalar que existe un “proceso de predestinación” que esta regulado por determinadas señas, como las enfermedades en la infancia, los sueños y la iniciación por otro guía espiritual. Este proceso de predestinación se presenta en los casos de ocupar o querer ser “guía espiritual” o “curandera”.

Existe otro proceso para optar a otras especialidades de los terapeutas tradicionales (comadrona, partero o comadrón, curandera no indígena) que requiere de un “don” heredado a uno o dos, pero no a todos los descendientes en una familia, este patrón de herencia del “don” se ubica generalmente en la línea matrilineal ( de abuela a nieta, de madre a hija, de tía a sobrina, etc.), pero a la vez este don facilita el aprendizaje de todos los conocimientos respecto de la especialidad (conocimiento de plantas medicinales, de remedios caseros, de terapias curativas, etc.) En la mayoría de éstos casos estos conocimientos “aptitud” o “don” para aprender el oficio se refuerzan al integrarse a un sistema de capacitación de origen bio-médico (capacitaciones a comadronas, a promotores de salud, etc) van complementando la formación en el oficio. Algunos de los siguientes testimonios ejemplifican la situación:

“Porque yo era como de 12 años cuando empecé a curar, si, soy patoja todavía. YO me quedaba con mis hermanitos chiquitos los cuido, los baño, les doy de comer y si se enferman mis hermanos los tengo que cuidar, en mi mente no sabía si ese era el remedio, pero se curaban mis hermanos.

Como mi mamá es comadrona, y mi abuelita también es comadrona, si, somos tres mujeres (hermanas), pero solo yo saqué a mi mamá, porque sólo yo soy comadrona y las demás no.” (Comadrona-curandera)

“Pues la verdad es que tres años estuve en el curso de aquí del CIF, - Centro de Integración Familiar - nos dieron la oportunidad para recibir unos cursos de promotor de salud. Eso es lo que dice el doctor. “¿y por qué no nos enseña doctor?”, “pues con mucho gusto, si



ustedes quieren, entonces yo les voy a enseñar”, en qué parte se encuentra el bebé, nos dio la enseñanza y nos dio el estetoscopio, entonces nos dijo a donde se encuentra el bebé, a donde se encuentra la función del corazón, bien si se encuentra el corazón abajo del ombligo, es normal, si se encuentra el latido del bebé arriba del ombligo, tiene problemas, será que está atravesado o está de pie, eso si que, ninguna puede decir.

Pero ya hay una seña, entonces la señora se tiene que preparar para hacerse la operación en el hospital , es así cuando uno aprende.

Entonces las mujeres vienen conmigo, me vienen a traer, y entonces la señora mía cuando hay problema, siempre vienen a traerme para examinar a la señora, para saber cómo se encuentra.” (Partero-promotor de salud)

“Bueno, fuí a recibir el curso, pero no me gustó, de una vez les dije a las enfermeras graduadas, que no me tomaran en cuenta (curso de comadrona), fuí a atender niños pero no me gustó. Soy curandera pero con mi propia medicina, por la misma necesidad de nuestros hijos, no es que hayamos ido a aprender a otro lado no, verdad. Pongámosle que los más ancianitos le dicen a uno, mire cuando tu hijo este así, así y asá, cosele algún montecido, eso es bueno, entonces ya uno después lo fue aprendiendo, y ya eso mismo ocupa uno, aunque no sea el mismo hijo, pero ya uno sabe que eso le cae bien.” (Curandera-promotora de salud)

El último testimonio ejemplifica como “el don” se ve reforzado por el interés y la voluntad de aprender sobre el tema, ya que se puede argumentar que los conocimientos permanecen para todos en la memoria histórica colectiva, pero se puede decir que no todos hacen un uso exhaustivo de ese don como las comadronas, promotores de salud, guardianes de salud, parteros, etc.

Obtención del Don para curar:

De acuerdo a los testimonios el don se adquiere con el nacimiento porque existe una predestinación para curar, que se singulariza por la facilidad en aprender todo lo relacionado con la profesión: “el atender partos” o “el atender enfermedades”

“Pues mire, muchas veces uno trae sus, como le dijera yo, lo que va a ser. Porque yo le decía a mi abuelita y no me quería llevar, porque me decía “hay una patoja conmigo no me gusta, yo sola voy a aprender”, “hay abuelita yo también quiero aprender”, y me iba con ella, por eso fue que yo aprendí. Entonces yo con ella aprendí, yo le decía yo lo voy a hacer y usted me dice, entonces yo lo hacía y ella me decía “mirá esto no está bien, así



hacelo, así se hace” (Comadrona).

“Pues tal vez que sí, yo no voy a decir que no, porque varias personas vienen aquí, y les digo miren es que uno no nace sabiendo, no que uno con su misma familia, con sus mismos hijos aprende a hacer las cosas, se los dice uno y al poquito tiempo vuelven a venir otra vez. Entonces pongámosle que no todas las personas tienen eso de curar.” (Curandera).

O también el don se revela en alguna seña: “lunares” “el llanto en el vientre”, “en los sueños”, etc.

“Bien, digo yo, bien tengo mi seña de aquí, en el mero lomo aquí lo tengo, no es para mentir de mi nación, para que voy a mentir eso es pecado no soy patoja, no voy a decir mentira, tengo una ruedita (muestra un lunar debajo de la nuca), es mi seña de mi nación de curandera y de poner devoción para salvar la vida. La devoción es otro trabajo para lograr la vida done se viene el mal, si es mal espíritu, si es mal cosa entonces Dios que lo acompañe Dios que le retire el mal”

(Comadrona-curandera)

“Yo digo que no, porque si yo hubiera traído de nacimiento, yo hubiera empezado de diez años. Pero en cambió yo empecé de casi cuarenta y dos años. Yo sólo aprendí con mis familiares (fallecidos)”. (Curandera)

Para los guías espirituales es determinante el nawual, no se puede ser guía espiritual si no se tiene la predestinación del nawual. Mientras que para el partero no existe una predestinación.

Lo que más se sueña:

Es claro en todos los testimonios que tanto comadronas como curanderas indígenas o ladinas sueñan y en los sueños se les revelan ciertos acontecimientos en donde la presencia de una “señal” es un elemento recurrente:

“Hay Dios, mamita, en veces sueño yo pero niños. Una vez soñé una plebe de niños en el cielo, pegado todos en una rueda y yo decía “hay estos muchachitos se van a caer” y les ponía la mano así mire (deteniéndolos), eso soñé. Más niños, sueño.” Curandera.

“Bueno, fíjese que mi sueño mío, dice que me subí, que me subí en un alto, y dice que vino un señor o una señora, entonces dice que saber qué cosas me dejó aquí, en el pelo dice, y yo



lo conté a un señor y me dijo, es su nawal, sólo eso me dijo.” Curandera-comadrona.

Sin embargo, solamente la curandera asegura aprender de su tía que se le presenta en sueños cómo tratar las enfermedades.

“Cuando era chiquita soñaba mucho, y decía mi papá “hay es que cenaste bastante, por eso es que estás soñando tonterías”. Que si no son tonterías, seño, son cosas que Dios le ilumina a uno, pero como uno no sabe, pero ahora si ya sé.” (Curandera).

Se puede decir que para los guías espirituales existen dos formas de aprender a revelar el destino y con él pueden curar los males o las enfermedades de las personas que los consultan. Una de esa forma uno es por medio de los nawuales., como explica el testimonio siguiente:

“Un día me dijo a mí; hipócrita, me dijo. Cuando te conviene estás con Dios y cuando te conviene estás conmigo (suelta una carcajada) miren esa situación y allí fue en donde yo me empecé a ver y después concluí en que los nawuales Tijaax es tremendo porque solo hay necesidad créanme, el Tijaax, eso tengalo ustedes muy en cuenta y por eso los ancianos dicen respetemonos mutuamente por qué yo no sé el nawual del hermano, yo no sé su nawual, de repente es Tijaax, eso no hay necesidad de que haga muchas cosas, solo con su pensamiento dijo ahora que se vaya a tronar la geta, ¡pun! dicho y hecho. Por eso la mente es tremenda, es tremenda, pero es su mismo nawual que es. Porque él es fuerte, porque él es un rayo.

Y allí está específicamente la otra hechicería porque es aprendida, que ellos lo han aprendido por otro sistema y que hacen, Hay enfermedades.” (Guía espiritual).

Pero también pueden curar por medio de la presencia de un familiar en los sueños:

“En el caso mío, yo más presiento y sueño más a mis abuelos, que ya están muertos. Ellos son los que me dan pauta, por cualquier cosa, si hablamos de un porcentaje, casi en un 90% que son los finados, si y otros difuntos que a veces pregunta la gente ¿conocen a tal fulano? ese ya está muerto, esto es lo que yo sueño.

Con base a ésto, hemos hecho varios estudios, mire la cuestión de la práctica, si uno sueña entonces ya puede decirle a la persona, un ejemplo, si usted sueña que está en el cementerio, seguramente se enferma o hay problemas para usted. O un ejemplo que se queda sin zapatos, por ejemplo, ese es un fracaso, entonces ya uno ya lo ha experimentado, y los



pacientes como que lo mismo lo están soñando también, y se les dice mire tenga mucho cuidado, porque usted en poco tiempo va a quedar sin dinero, y cabal.” (Guía espiritual).

En otro sentido el partero dice que puede llegar a interpretar los sueños, como lo pudiera hacer cualquier persona, pero no mencionó que él tuviera esa habilidad para poder interpretar señas respecto de curación o posibles pacientes futuros.

Algunas reflexiones en torno a los terapeutas tradicionales:

•Aprendizaje del oficio:

Existe un “proceso de predestinación” que esta regulado por determinadas señas, como las enfermedades en la infancia, los sueños y la iniciación por otro guía espiritual. Este proceso de predestinación se presenta en los casos de ocupar o querer ser “guía espiritual” o “curandera”.

Existe otro proceso para optar a otras especialidades de los terapeutas tradicionales (comadrona, partero o comadrón, curandera no indígena) que requiere de un “don” heredado a uno o dos, pero no a todos los descendientes en una familia, este patrón de herencia del “don” se ubica generalmente en la línea matrilineal ( de abuela a nieta, de madre a hija, de tía a sobrina, etc.), pero a la vez este don facilita el aprendizaje de todos los conocimientos respecto de la especialidad (conocimiento de plantas medicinales, de remedios caseros, de terapias curativas, etc.)

El “don” se adquiere con el nacimiento porque existe una predestinación para curar, que se singulariza por la facilidad en aprender todo lo relacionado con la profesión: “atender partos” o “atender enfermedades”. El “don” se revela en alguna seña: “lunares” “el llanto en el vientre”, “en los sueños”, etc.

•la teoría frío-caliente vista por los terapeutas tradicionales se interpreta como ausencia de enfermedad, guardar un perfecto equilibrio entre lo frío y lo caliente. Se percibe en este sentido que se existe una preferencia de que el cuerpo se mantenga un estado caliente “normal” a un estado frío, razón porque la enfermedad se adquiere por la exposición a lo frío, razón por la que se prefiere un estado caliente del cuerpo.

A partir del uso y de la aplicación de la teoría frío-caliente entre población indígena y no indígena se construye todo un proceso sobre la percepción de las enfermedades y el cuerpo. En este sentido los diferentes órganos del cuerpo se ven afectados por un calor excesivo, que en los testimonios es llamado fuego y cuando se ven afectados por un exceso de frío, se percibe como “aire frío”.

El manejo de todo este proceso que afecta los estados excesivos de frío y caliente en el cuerpo, es categorizado de acuerdo al órgano que afecta y el tipo de enfermedad que se





trate, de esta forma se crea toda una construcción simbólica del proceso salud/enfermedad/atención que se entiende a partir de la teoría frío-caliente. Con ello quiero decir que se materializa toda una concepción respecto del cuerpo y los cuidados del mismo en base a lo frío-caliente.

Tomando de base esa construcción simbólica de la teoría frío-caliente los órganos del cuerpo que son afectados por el frío son: el estómago, los pulmones, la nariz tapada y la matriz.

Continuando con esa lógica los partes del cuerpo que se ven afectadas por un exceso de calor son el estómago y la cabeza, también mencionaron a las lombrices.

En la misma lógica existen enfermedades que se originan por un calentamiento excesivo, entre las que se mencionaron en las entrevistas fueron las infecciones principalmente las infecciones urinarias, del estómago y en la garganta.



## CAPÍTULO V

### El rol de las mujeres: dar y recibir cuidados. La percepción de género.

El presente capítulo aborda la importancia del papel de las mujeres en la atención de las enfermedades, así como el momento en que asumen el rol de cuidadoras. Interesa la relación entre las mujeres respecto de la construcción social de las identidades, específicamente los vínculos entre ésta y la condición de dar y recibir cuidados, debido a que el papel de cuidadoras está estrechamente relacionado a su identidad de “ser mujer”, y cómo ésta se construye a partir de los roles que le son impuestos socialmente a las mujeres de la comunidad.

La información contenida en este capítulo, corresponde al objetivo específico de evidenciar el papel femenino de la mujer respecto a determinados procesos biológicos como: pre-parto, parto y post-parto, la atención de enfermedades en la familia y la revalidación del papel femenino de la mujer en el oficio de comadrona, a través de él se busca analizar las diferentes formas en que las mujeres de Rabinal – comadronas o no - van adquiriendo el rol de cuidadoras y cómo esto influye en la construcción de sus identidades, principalmente cuando poseen un status elevando dentro de la organización familiar y comunal.

Así mismo, el objetivo específico de determinar similitudes y diferencias de etnicidad entre mujeres usuarias de comadronas, encuentra cabida en este capítulo, en el sentido de buscar elementos distintivos entre usuarias achíes y usuarias no indígenas, con respecto al tema de dar y recibir cuidados.

La recopilación de la información se hizo por medio de entrevistas dirigidas a comadronas y usuarias, con el fin de encontrar alguna diferencia entre ellas. La selección de las comadronas se efectuó a través de un listado previo<sup>1</sup>. Como nos interesaba entrevistar a mujeres usuarias de comadronas, ellas mismas nos refirieron con sus pacientes, lo cual facilitó la apertura de las mismas. En total se entrevistaron 9 usuarias y 7 comadronas.

---

<sup>1</sup> Listado que elaboró la Dra. María Teresa Mosquera Saravia, durante el trabajo de campo para la realización de su tesis doctoral.



El instrumento utilizado en esta fase de la investigación, es una guía de entrevista para comadronas y usuarias, que se enfocaba en los temas de la atención de los padecimientos, en el status o condiciones para adquirir el rol de cuidador(a) principal, y en los usos curativos de la orina<sup>2</sup>.

### Rol y status del cuidador

#### Atención a los padecimientos

Con el objetivo de entender qué pasa y quiénes están involucrados en el proceso salud/enfermedad/atención, se entrevistaron a madres y usuarias para conocer el recorrido que hacen los miembros de una familia cuando se presenta un caso de enfermedad dentro del hogar. En total se logró obtener 16 itinerarios, dentro de los cuales se reconocen dos caminos a seguir:

Cuando alguien se enferma en una familia, se puede generalizar y decir que se aplica el mismo procedimiento: el enfermo se atiende en casa, utilizando ya sea remedios caseros elaborados con plantas medicinales, o medicinas populares como Alka-Seltzer, aspirina, bebetina, etc. Tanto las comadronas como las usuarias, coinciden en clasificar las enfermedades en grandes o graves como el paludismo y en sencillas, como diarrea, tos, temperatura; siendo estos últimos padecimientos los que si pueden ser atendidos dentro del hogar. Esto es referente a un primer itinerario en base a la gravedad de la enfermedad:

“Las enfermedades pequeñas si las atendemos, las enfermedades más grandes ya no las curamos nosotros, si las atendemos quién quita que pasa más grave en la casa”.  
(comadrona)

“Lo llevamos con un doctor, cuando está malo, malo, cuando está más grave, cuando sólo así despacito, pasajera le enfermedad, sólo le voy a comprar sus pastillas aquí en la farmacia”. (comadrona)

“Si es un niño pequeño consultarle al grande para ver que ideas le da a uno y si uno está grave acudir al médico”. (usuaria)

El segundo itinerario se basa en el total del tiempo expuesto a la enfermedad, es decir que, cuando los remedios preparados en casa no hacen efecto y por lo tanto, no se consigue aliviar la enfermedad, pasado varios días el enfermo en cama, se toma la decisión de salir de casa y llevarlos al Centro de Salud, con un médico, o en casos muy especiales al Hospital:

“Ha, sería, supongamos si hoy empezó o ya tiene 3 a 4 días, allí ya decidimos no tenerlo más, porque eso ya no se puede, decidimos...esperamos unos 3 a 4 días, les damos que sueritos, que pastillas, que remedios por ahí y no se puede, mejor lo decidimos...”(comadrona)

---

<sup>2</sup> Ver anexos.



De cualquier manera, lo primero que se hace al momento de aparecer alguna enfermedad, es atenderlo en casa:

“Lo atendemos, aunque sea una calentura, le damos alguna medicina, aspirina o remedio casero”.(comadrona)

“Los primeros auxilios se lo puedo dar yo aquí, a mis nietos, a mis hijos o a alguien de una persona”. (comadrona)

“Primero buscamos, o sea por ejemplo, así como buscamos montes así natural y le pasamos, casero, si, o sea medicinas caseras”. (usuaria)

Como parte del desarrollo normal de la vida familiar, la madre, es la designada a desenvolver dentro de la esfera doméstica todas las actividades, resultando ser la persona que reconoce cuando alguien de la familia se enferma. Según las propias madres, ellas reconocen a los enfermos por medio de síntomas específicos como: tristeza, desgano, fiebre, etc, incluso saben que si un niño llora o si una persona adulta está con desgano están enfermos.

“Cuando un niño llora, y también uno grande no hace nada de mandar, también es porque está enfermo, usando está alentado uno cualquier oficio, cuando uno está enfermo no hay gana de nada”. (comadrona)

“Uno de madre porque la madre es la que está más constante en la casa y se da cuenta con el hijo como está, porque cuando el hijo está sano se nota diferente y cuando el hijo está enfermo se nota diferente”. (usuaria)

“Yo de mamá, porque tal vez no estoy pensando nada yo oigo que están con jaug! Con arrojadera, y eso qué es? Ya me voy a ver quién es y ya empiezo a tratarlo, por ahí, aunque sea un su Alka-seltzer o algo así verdad, pero no se puede entonces si ya es mucho se les hace su suero. Al no poderse, entonces ya acude uno al centro de salud, o a un hospital o a donde uno pueda llevarlo más cerca. Yo soy, porque yo convivo con ellos”. (comadrona)

La decisión de salir de casa varía según los casos particulares de cada familia, ya sea que el padre de familia es quién decida, como se ejemplifica en el testimonio: “así como estoy yo tiene que decir mi esposo, porque él tiene que estar trabajando, él va a ver si tiene dinero para ir, porque para ir con un doctor se necesita dinero” (usuaria); o decide la pareja: “Nos ponemos de acuerdo los dos” (usuaria), “La mamá decide, si no tiene papá, si están los dos, los dos deciden”. (comadrona); o decide la madre: “Porque



ella está en la casa, si pues, ella se mantiene en la casa. Lo va a cuidar pues, porque si lo deja solo ahí, tal vez se muere”. (usuaria), “Sólo yo estoy aquí con este mi hijo, sólo yo, porque sólo yo soy mujer de aquí”. (comadrona).

Sin embargo, la constante es que la mamá, como encargada del hogar y cuidadora principal, toma la decisión de sacar al enfermo de casa y buscar ayuda:

“Cuando yo veo que es imposible, que ya están bastante venciditos por al enfermedad y que no se alivian, entonces yo ya busco la manera de cómo inmediatamente buscar un médico”. (comadrona)

“Decidirlo si es que está la pareja, y sino uno mismo decide”. (usuaria)

“Porque está bien mal, y sólo se mantiene llorando, llorando está y ya no duerme...ya con eso yo ya miro y tal vez mejor lo voy a llevar a otro lado”. (usuaria)

De tal manera que si la madre es la responsable del hogar y por lo tanto, es la que reconoce a los enfermos de la familia, también es la que se encarga de cuidarlos, de administrarles los medicamentos o remedios adecuados y en la mayoría de los casos, ella es la que decide cuándo sacar al enfermo de casa y a dónde llevarlo.

“Si porque yo soy la grande aquí en la casa, ya no hay otra persona que tenga experiencia solo yo soy de la experiencia. Esperamos unos 3 a 4 días... y no se puede, mejor lo decidimos por ahí pues...” (comadrona)

“Al mismo momento, cuando uno mira que no le hace efecto la medicina. Por ejemplo, hoy en la mañana, si lo curo hoy en la mañana, y si en la tarde no le da, no le hace nada, entonces a estas horas uno ya lo puede llevar, si”. (usuaria)

Esta situación responde a la condición de la mujer como la responsable de la esfera privada, ella se encarga de las tareas que garantizan el bienestar y la sobrevivencia de los miembros de la familia, lo cual implica la reproducción biológica y social. En ese sentido, las madres de familia asumen el rol de cuidadoras, pero éste depende del status que poseen dentro de la organización familiar, de tal manera que en los hogares nucleares la mamá se encarga de tal actividad, mientras que en las familias extensas la encargada resulta ser la abuela, aún más si ésta es comadrona.

“Sea mi hija, sea mi nuera, yo les tengo que decir, bueno, aquí no se puede, mejor saquémoslo, vamos a un examen a ver que nos dicen”. (comadrona)



“Porque como más que todo yo soy la más grande aquí, si es mi hija o es mi nuera, cuentan conmigo”. ( comadrona)

“Uno de madre, porque la madre es la que está más constante en la casa y se da cuenta...”(usuaria)

El lugar preferido para llevar a los enfermos, es el Centro de Salud, porque es más económico que consultar a un médico particular, sin embargo, existen otras opciones para la población como es El Dispensario, administrado por una congregación de monjas o llevarlos con las comadronas.

“Prefiero ir al Centro de Salud, porque es para pobres, es de pobres pues, y si yo no tengo la cantidad que me pide el doctor, porque una consulta son Q20.00 ó Q.30.00, en cambio en el Centro de Salud es regalada la consulta”.(usuaria)

“Me voy al Centro de Salud, porque es más económico, que en el caso que le regalan a uno la medicina...”(usuaria)

Las comadronas, generalmente viven dentro de las comunidades, por lo tanto son consultadas frecuentemente, ellas aconsejan a las madres de familia qué hacer en cada caso en particular dentro de la casa, por tal razón no aparecen como una opción de consulta fuera de la casa.

“Consulto a otra persona más grande, otra persona que tiene más edad. Como las comadronas, porque las comadronas son más grandes que uno. Voy a ir a preguntar como está y a dónde voy a llevar, porque ellas tienen tarjeta del centro de salud, si son reconocidas”. (usuaria)

“O sea más o menos como Doña Antonia - comadrona -, cuando mi patojo mayor como ese, como se me enfermo mucho de pequeño, entonces uno sabe que ellos son gente grande, entonces uno corre con ellos, fijese que esto, esto y esto, y ella dice hay que probar de darle remedio casero y si eso no va a resultar, llévelo con un médico”. (usuaria)

“Primero a la comadrona, porque tal vez se cura con una medicina que no cueste mucho, si porque ella siempre cura a los niños, a veces si el niño, tal vez sólo está ojeado no tiene más otra enfermedad más grave, tal vez sólo está ojeado, entonces ella lo cura. Si y de ahí se alivia, por eso primero tenemos que pasar con ella para saber qué es lo que tiene el niño, y si no se cura, no se cura llevamos con unos doctores, pero vaya que ya está curado con el ojo que tiene el niño”. (usuaria)



Status para adquirir el rol de cuidadoras

La edad de las mujeres para casarse en Rabinal, oscila entre los 15 años y los 20 años. Entre las principales razones, del por qué se casan a tan temprana edad, están la falta de información y conocimiento de lo que implica un matrimonio, acompañada de la condición de ser menores de edad, asumiendo falta de responsabilidad.

“De 15 años, de 14, de 16 años, hasta 20 años”. (usuaria)

“Hay veces de 15 a 20 años”. (comadrona)

“Aquí no tienen edad para casarse, aquí la edad que les da la nada se casa, patojas de 15, 16 años”. (usuarias)

“Tal vez no han tenido ninguna enseñanza, tal vez no les han dado clases sobre eso, pienso yo pues”. (comadrona)

“No sé si lo harán por ignorancia, no sé así sólo Dios sabrá por qué se casan a temprana edad, está muy menores de edad”. (usuaria)

“Me imagino que es por la juventud o algo así”. (comadrona)

“Lo hacen por tontería pienso yo, pues que a según ello están haciendo bien, pero ya uno que tiene la experiencia más o menos, yo pienso que no es bueno casarse uno de menor edad, porque no sabe a lo que se está metiendo, porque ya casarse uno es una responsabilidad, no es juguete”. (usuaria)

Debido a la edad en que se casan, las entrevistadas opinan que las muchachas en Rabinal, no están capacitadas para proporcionar los cuidados que necesitan los miembros de su familia, principalmente los hijos. Esta situación, es muy determinante dentro de la organización de la familia, ya que a pesar de que la mujer es la designada socialmente como la responsable de su familia, al momento de formarla y por la edad en que se casan, esto no les permite cumplir con tal papel. De ahí la importancia de preguntarse: si no están capacitadas para cuidar a su familia cuando se casan: ¿Por qué lo hacen a tan temprana edad? Entre las razones que las entrevistadas dieron sobresalen la ignorancia y falta de conocimientos de lo que significa el matrimonio y las responsabilidades que conlleva.

“No, todavía no están capacitadas, y menos sus sentidos. Porque todavía están chiquitas, no tienen el mismo sentido como ya uno de grande”. (usuaria).



“Mire señor, ellas no están preparadas ¿de qué forma estar preparadas? ¿de qué forma señor’, ellas no están preparadas, ellas se atienen de que estas cosas son juguetes, no son juguetes son cosas que uno sabe a se va a comprometer”. (comadrona)

“No, yo digo que no están capacitadas, están muy pequeñas, pues tal vez no tienen pena para cuidar a sus hijos”. (comadrona)

Según Ivonne Szasz, las razones que explican que las mujeres se casen a tan temprana edad y por supuesto tengan su primer hijo, están relacionadas a la idea de que la identidad de las mujeres está vinculada a la maternidad, la cual conlleva la capacidad de cuidar a los otros. De tal manera que, “ser mujer”, implica ser madres y por supuesto hacerse cargo de los miembros de su familia, lo cual significa asumir el rol de cuidadora.

Las madres recién casadas, no tienen la experiencia ni la preparación suficiente como para asumir el rol de cuidadora de su propia familia, por lo tanto acuden a diferentes mujeres, que si cumplan con esos requisitos – experiencia, preparación –. En el caso de Rabinal, estas mujeres pueden ser la madre, la suegra, hermanas mayores, la abuelita, la comadrona, de esta forma, ellas se encargan de cuidar y curar a los enfermos de la familia.

“Sí, alguien que sepa hacerles sus agüitas, su té. Bueno, solo nosotras por ejemplo, si están enfermos los niños de ella, nosotros los vamos a mirar, la mamá, la suegra o la abuelita”. (comadrona)

“A veces viven juntos en una casa, entonces la mayor de edad es la que ayuda para ver, alguien más grande, le ayuda a ella para que, y ya el mayor de edad, ella ya va aprendiendo. Las hermanas mayores, la suegra o la mamá”. (usuaria)

“Ha, tal vez acuden a una comadrona o al centro, pero como le digo, personas que piensan, pero que personas que no piensan saber que puede pasar”. (comadronas)

“La mamá de la patoja o la mamá del muchacho, si ellas son las que se encargan de cuidar”. (usuaria).

La presión a nivel familiar y social de desempeñar estos roles correctamente, es muy fuerte, de tal manera que en el momento de que las mujeres no se encuentren con la capacidad necesaria para tal cometido, las otras mujeres de su entorno se encargan de “enseñarles”, pues eso es parte de su “ser mujer”.





En Rabinal se concibe a una mujer madura a partir de que cumple la mayoría de edad, es decir a los 18 años, o a los 20 años.

“Yo pienso que de 22, de 25 años en adelante, porque uno ya está maduro. Y entonces uno ya piensa que es lo que hace”. (usuaria)

“Pienso yo que pasados los 18 años para arriba, ya su mente ya ha despertado. Pero así patojitas llevan a chanza todas las cosas”. (comadrona)

“Ya de unos 20 años, ya está preparada, si porque ya es una edad que razona, ya el sentido ya está más capaz y hasta el cuerpo ya está más capacitado para saber todo, porque ya a la edad ya tienen que darse cuenta de todo”. (usuaria)

Es por ello que, según usuarias y comadronas, esta es la edad en que las mujeres ya son capaces de encargarse de su propia familia y atender a sus miembros cuando estén enfermos. Sin embargo, si tomamos en cuenta que estas jovencitas se casaron entre los 15 y 20 años, al llegar a la “madurez” o mayoría de edad, generalmente, ya tienen uno o dos hijos, por lo tanto, esa madurez lleva consigo la experiencia de su primer hijo, adquirida o aprendida a partir de las enseñanzas de otras mujeres mayores de la familia, sean las abuelitas, madres, suegras o hermanas mayores. De esta cuenta, encontramos que el conocimiento en relación a la atención y cuidados del proceso salud-enfermedad-atención, es transmitido de generación en generación, por medio de la tradición oral.

Lo señalado anteriormente nos ayuda en el análisis de los elementos que influyen en la construcción social de las identidades, entendiendo particularmente el tema de la salud. De lo cual podemos inferir, que la posición de la mujer como cuidadora de los enfermos de su familia y tomar el mando en cuanto a decisiones sobre la atención de diversas enfermedades, forma parte fundamental de lo que se entiende socialmente que es se una mujer.

Sin embargo, si existen diferencias entre las mujeres que pertenecen a una misma familia. En el sentido de que se le adjudica cierto poder de decisión a la mujer mayor de la familia, sea la abuela, la madre o la tía, esto se reafirma si una de estas mujeres es comadrona o curandera, lo cual implica tener un reconocimiento no sólo familiar sino social.



“Si porque yo soy la grande aquí en la casa, ya no hay otra persona que tenga experiencia solo yo soy de la experiencia. Esperamos unos 3 a 4 días, les damos que sueritos, que pastillas, que remedios por allí y no se puede, mejor lo decidimos por ahí pues...” (comadrona)

De esta manera nos damos cuenta de la importancia de las mujeres dentro del proceso salud/enfermedad/atención, tanto de las comadronas como de las madres, que son las responsables de la reproducción social de los miembros de sus familias.

Los itinerarios analizados, sobre el recorrido del enfermo, nos demuestran que todos mantienen la misma estructura: la atención en casa con medicina natural o remedios caseros, la toma de decisión de salir del hogar en manos de la madre - dependiendo ésta de la gravedad o duración de la enfermedad-, y la visita al Centro de Salud.

En la organización familiar, la madre se constituye como la persona responsable de reconocer, atender y cuidar a los enfermos del hogar. Esta situación forma parte indiscutible de los marcadores identitarios de toda mujer, por ende se preocupan por “aprender” y desarrollar sus capacidades maternas.

Dentro de esta dinámica, las mujeres mayores de la familia, juegan un papel muy importante, pues ellas son las encargadas de transmitir todos los conocimientos relacionados a la atención de enfermedades.

En ese sentido las comadronas de la comunidad se consideran como las cabezas de toda esta estructura, pues a parte de contar con todos los conocimientos como terapeuta tradicional, cuentan con el status social que les da la experiencia y la edad. Por lo tanto se convierten en una fuente de consulta muy importante para las mujeres, principalmente dentro de las comunidades que se encuentran ubicadas lejos del casco urbano.





## CAPITULO VI

### La Toma de Decisiones entre Mujeres

El presente capítulo se desarrolla para mostrar las desigualdades sociales que existen en la autonomía y la toma de decisiones, que tienen las mujeres dependiendo el tipo de familia al que pertenece. Esto nos permite ver las diferentes percepciones que se tienen respecto de los roles de las mujeres, y cuando las madres de familia, desempeñan una actividad adicional de la que comúnmente realizan dentro del hogar.

Los objetivos específicos de la investigación que ocupa dicha temática fue; evidenciar el papel femenino de la mujer respecto de determinados procesos biológicos, la atención de enfermedades en la familia y re-validar el papel femenino del oficio de comadrona, y como este se relaciona en la toma de decisiones; Analizar los factores por lo cuales se ha usurpado el papel femenino del oficio de comadrona por la figura masculina; Identificar similitudes y diferencias de etnicidad entre mujeres usuarias de comadronas.

Para obtener la información, a este respecto se elaboró una guía de entrevista, con los temas siguientes:

- Relaciones de Parentesco, donde se evidencia como es la comunicación y la convivencia entre una familia extensa y una familia nuclear, (madre, hijos, nietos).
- Toma de decisiones en cuanto a diferentes aspectos: a) La distribución del gasto realizado por la esposa y el esposo, b) La decisión de salir a trabajar, y salir a pasear c) cuando empezar los estudios, d) Decisión del tiempo libre e) Así mismo la preferencia respecto de la atención entre un medico o una comadrona.

Se tomo en cuenta para ser entrevistadas a las madres que tuvieran una participación activa dentro de un grupo de mujeres, es decir mujeres independientes y lideresas, así como también a madres de familia que su actividad fundamental esta alrededor del hogar.

#### Relaciones de parentesco

Las entrevistas giraron alrededor de madres de familias que oscilan entre las edades de 18 a 55 años, en las cuales se lograron clasificar tres generaciones:



- La primera generación la conforman aquellas madres que ya no tiene viva a su madre, pero tiene a sus hermanos y tienen nietos, en esta generación una minoría.
- La segunda generación son madres que tienen viva a su madre, tiene hermanos, hijos y nietos, en este caso una minoría.
- La tercera generación que fue la mayoría de madres que tiene viva a su madre, hermanos y aun tienen hijos solteros.

Por medio de la anterior clasificación también nos permite tipificar 2 tipos de familia nuclear y extensa, la cual puede evidenciarse en la convivencia y la comunicación que existe entre las familias.

Las madres entrevistadas la mayoría vive cerca de sus familiares, porque viven en la misma comunidad, lo que les permite visitar a su mamá, hermanos, cuñadas y suegras frecuentemente. La cercanía les permite convivir y comunicarse. “Como vivo cerca de ella, la visito cada dos o tres días, o mas bien todos los días porque estoy cerca de ella” (entrevista a madre 3)

En las áreas rurales de nuestro país la mayoría de las familia son extensas, no solo por el numero de integrantes, sino por la convivencia y la comunicación que se manifiesta entre los abuelos, tíos, primos, hermanos, nietos, etc. en el momento de realizar algún trabajo o alguna celebración.

Las madres mencionan que las actividades que les permite compartir con su suegra, cuñadas y madres es en la elaboración de las artesanías, cuando elaboran los güipiles, fajas, servilletas, también cuando se cultiva, que se tiene que ayudar, cuando se realizan algunas celebraciones, día de la madre, cumpleaños, navidad, son días cuando se realizan grandes comidas en la que tienen que participar todas.

En Rabinal cuando en una familia hay un fallecido se tiene la costumbre de buscarle padrino al fallecido, que es la persona que se encarga de rezar, llamar el alma o el espíritu del fallecido, esta costumbre solo la realizan las personas católicas. El padrino debe ser una persona encargada de realizar el ritual del entierro, es una persona reconocida en la comunidad y que tenga mucha experiencia.

La decisión en una familia para elegir quien va a ser el padrino del fallecido es tomada por los padres de familia, en ausencia de los padres, son los hijos mayores quienes



deciden. Por lo general la decisión de buscar al padrino recae siempre a todas la personas de mayor edad dentro de una familia. (abuelo, padre e hijo mayor).

En una familia en Rabinal se realizan las siguientes celebraciones

1. Fiesta de cumpleaños
2. Casamientos
3. Bautizos
4. Velorios y entierros

Cuando se celebra un casamiento, bautizo, velorio y un entierro es una actividad en donde participan toda la familia, porque es una fiesta grande en donde todos deben de colaborar y participar, para la decisión de cómo se organiza la comida, es una decisión que por lo general la toman la madre o las suegras, porque son las mujeres mayores de la familia, en esta decisión también participa el padre porque el se encarga de dar el dinero para cubrir los gastos de la fiesta.

En el momento en que se ponen de acuerdo los papas buscan una persona encargada para dirigir y coordinar la fiesta puede ser un familiar (tía, tío, sobrina,) o una persona de confianza de la familia.

La celebración de un cumpleaños es una fiesta muy familiar pero no es una fiesta en donde participa toda la familia, por lo general solo se queda dentro de una familia nuclear.

Si se realiza una fiesta para los papas, como cumpleaños la organización de la celebración queda a cargo de los hijos quienes se reúnen y se ponen de acuerdo que hacer y quien dirige la actividad. Por lo general la persona responsable de la actividad es el hermano o hermana mayor.

Tipos de decisiones:

Dentro de las entrevistas realizadas encontramos diferentes decisiones que se toman en la familia entre ellas las siguientes:

a) En Rabinal una de las actividades importantes que realizan las mujeres es la elaboración de artesanías como güipiles, fajas, servilletas, manteles y cerámica. También se ocupan de criar animales domésticos como, gallinas, cerdos, patos, etc. para su venta. De esa misma forma el esposo dentro de las actividades en donde se



desempeña son: albañilería, agricultura o comerciante

Las Madres de Familia son las encargadas de vender las artesanías, y los animales en el mercado de Rabinal, o en alguna plaza cercana al pueblo. El dinero obtenido por la venta de las artesanías y de los animales, generalmente es empleado para cubrir alguna necesidad del hogar, sin embargo a pesar de que son las mujeres de la casa las que elaboran, cuidan y venden, no siempre pueden decidir que hacer con ese dinero.

La decisión pueden darse de dos maneras: Decidir entre la pareja que hacer con el dinero o que la misma mujer decida en que gastarlos. “Yo hago tejidos, hago manteles, si lo vendemos, entre los dos administramos el dinero porque el sale a ganar y a mi me da y así entre los dos, se aguarda y conforme se va gastando se va agarrando” (entrevista a madre 8) “ Uno decide que hacer porque mas bien en este caso, la mujer es la que mira mas la necesidad en la cocina” (entrevista a madre 9)

Con el dinero obtenido del sueldo del esposo y de la venta, siempre se piensa en comprar las cosas que se necesitan en el hogar. Cuando ellas deciden que comprar, lo utilizan para cosas de la cocina, esto sucede, porque ellas son las que se dan cuenta de lo que hace falta y lo que necesitan los hijos y el esposo. “Para comprar lo que usamos en la casa decidimos yo y mi esposo los dos nos ponemos de acuerdo que vamos hacer con el dinero” (entrevista a madre 5)

Para algunas madres el tejer güipiles, fajas y servilletas son solamente para uso en el hogar, de la misma forma los animales son criados solo para comer en la casa. Son vendidas las artesanías y los animales cuando se les presenta alguna necesidad muy urgente que resolver en el hogar. “Yo tejo pero solo para mi nada mas, tengo chuntos, pollos y patos, solo son para comer, hay veces que vendemos cuando hay necesidad” (entrevista a madre 6)

Los días jueves y domingos son días de mercado en Rabinal, por lo tanto son los días importantes para las madres porque, ellas pueden comprar, todo lo necesario para el hogar: Carne, verdura, ropa etc. Es en este momento son ellas quienes deciden que llevar al hogar para la alimentación de sus hijos y del esposo, ya que son las que se dan cuenta y están pendientes de que van a comer todos los días.

Esto responde a que socialmente las mujeres están designadas a desenvolverse dentro



del hogar, por lo tanto se podría afirmar que tienen autonomía hasta cierto punto, en las tareas propiamente domésticas, en este caso lo que se relaciona al gasto, por ejemplo: como administrar el dinero para la alimentación, que hacer con el dinero de la venta de los tejidos y animales, cuando irlos a vender y a que precio venderlos.

b) Cuando en la familia es necesario emigrar a otro lugar por trabajo, para realizar algún trámite, ir a visitar a un familiar o simplemente salir a pasear, la decisión la toma el padre porque es la persona que se encarga y tiene la responsabilidad de velar por el sustento en el hogar así como también es administrador de los recursos económicos obtenidos de su trabajo. Además que es considerado como la persona única dentro del hogar de ser el responsable de velar, cuidar a la familia, y cubrir los gastos económico. “El tiene que decidir por las necesidades de sus hijos” (entrevista a madre 8) “El es el que decide quien va para un paseo el decide porque él es el que manda, es el jefe de la casa” (entrevista a madre 4)

En Rabinal la mayoría de los jóvenes se casan entre los 15 a 20 años, por lo tanto empiezan a tomar sus propias decisiones, para emigrar a trabajar específicamente a la capital para mantener a su propia familia. “mi hijo el se fue porque como ya tiene mujer quiere pisto” (entrevista a madre 4)

c) En Rabinal se puede generalizar de que la edad para iniciar los estudios es a partir de los 7 años sin embargo algunas entrevistadas mencionaron que ahora era diferente porque ya existen otros grados antes de llegar a primero primaria, entre ellos: kinder, párvulos, pre-paratoria, por lo que los niños, inician ir a la escuela a los 3 años.

En la familia cuando los hijos inician sus estudios la decisión la toman el padre y la madre porque ellos quieren el bienestar de sus hijos y saben de la importancia de la educación, “Ahí si los dos tomamos la decisión, porque como es bien para nuestros hijos” (Entrevista a madre 9)

En algunos casos los esposos se dividen las responsabilidades para velar por los estudios de los hijos. El padre se encarga de pagar la colegiatura y la madre se encarga de ir a las reuniones. “El se encarga de inscribirlos y yo me encargo de las reuniones ir a verlos como van en sus clases”(entrevista a madre 3)

La oportunidad para entrar a la escuela es la misma para hombres y mujeres, porque es





importante para los dos en su vida, y porque los dos tienen los mismos derechos. “Los papas porque ellos tienen que ver que sus hijos salgan adelante, si es lo mismo para hombres y mujeres todos tenemos igual derecho” (Entrevista a madre 8)

d) Las mujeres realizan una diversidad de actividades en el hogar, además algunas tienen la oportunidad de participar en reuniones, capacitaciones y algunas son integrantes de grupos de mujeres, sin embargo están sujetas a los acuerdos que hayan dentro de la familia

Por lo anterior las madres mencionaban que la decisión de participar en grupos de mujeres, es personal, pero la decisión de salir de la casa para asistir a reuniones depende del esposo, esto significa que tienen que pedir permiso, porque consideran que el esposo debe saber en qué actividades participan y así evitar problemas y que ellas se sientan más seguras. “Yo antes le pedí permiso si yo podía colaborar o si no”, (entrevista a madre 9) “le avise si me daba permiso esta bien dijo él y me vine yo y como me gustaba participar en donde uno quiere, si me dice que no yo me animaría a venir también”. (Entrevista a madre 4)

Existen mujeres que por sus múltiples actividades no pueden asistir a las reuniones, aunque tengan el permiso del esposo y el deseo de participar, pero el trabajo es antes que ir a una reunión. “Yo decido cuando no está, porque uno tiene que ver si es tanta la necesidad y si uno no tiene nada que hacer puede salir y si no uno tiene necesidades en la casa” (Entrevista a madre 7) “Si estoy bien ocupada si no voy, porque con esto si cuando uno tiene un pedido tiene que estar allí sin descanso allí si no puedo” Entrevista a madre 3)

e) Como parte de las decisiones que se toman en la familia encontramos también algunas que se refieren a la salud de la mujer, por ejemplo: la elección de la comadrona, quien será la persona responsable de darle la atención y los cuidados correspondientes durante el proceso biológico: del Pre-Parto, Parto y post-parto.

Cuando se trata de tomar la decisión sobre quien va a ser la comadrona se toman de referencia los siguientes aspectos:

1. Ha atendido los partos dentro de la familia



2. Es una persona de la comunidad
3. Que sea una persona muy reconocida en la comunidad.

Por lo anterior las personas encargadas de buscar a la comadrona son: La suegra y la Madre, en algunas casos es el esposo el que busca a la comadrona, en ausencia de madre y suegra. Esto nos indica que la elección de la comadrona la realizan las mujeres en la familia. “Mi suegra, porque mi suegra me dijo que esa señora atiende bien y así fue” (entrevista a madre 1) “mi mama porque cuando me embarace yo pues me dijo que esta bueno con comadrona y así fue mis tres hijos los he tenido en la casa con comadrona”

Las mujeres en Rabinal consideran que componerse con una comadrona es una costumbre que dejaron los abuelos, por lo tanto la preferencia de con quien aliviarse era con una comadronas. “Ah mi mama la escogió porque así como los antepasados ellos dicen que o sea que ellos no llegaban a l centro de salud” (entrevista a madre 4)

La mayoría de las madres comentan que componerse con una comadrona se sienten mas seguras que ir al hospital, porque son atendidas en su casa , están con una persona que conocen, y porque además el cuerpo se acostumbra de ser atendidas en la casa. “Con comadrona porque se que uno ya se acostumbro, por ejemplo yo pues yo ya me acostumbre de que en la casa y con comadrona” (entrevista a madre 5)

Con las comadronas se recibe atención personalizada además de las visita durante un tiempo de ocho días, para sobarlas, darles medicina natural para el calentamiento del cuerpo y se les amarra el estomago para dejarlo en su lugar. “Porque a parte que ella lo atiende a uno en el momento, ella me atiende ocho días, me controla, me soba y me amarra para que uno quede bien”(entrevista a madre 3)

La mayoría de las madres, consideran que ser atendidas por un médico seria mejor, por la experiencia que los doctores tienen, por que estarían seguras de que nacerá bien el niño, porque los doctores tienen estudio y han sido preparados. Porque en el Centro de salud o en Hospital Nacional, tienen la atención de un médico por cualquier problema que se presente en el momento del parto, tienen auxilio de los médicos. “A un médico, porque yo pienso que el tiene mas experiencia, recibió estudios, él tiene mas material”



Las familias en las áreas rurales son conformadas por familias extensas, tomando en cuenta su relación, convivencia y comunicación, en el momento de realizar algún trabajo o alguna celebración.

El gasto en el hogar, es una responsabilidad del esposo y de la esposa, porque los dos contribuyen con su trabajo para el sustento de la familia.

Las decisiones en el hogar, para el momento de escoger con quien componerse, son tomadas por lo general por las personas mayores de la familia, la madre y suegra, son mujeres que llegan a tener una influencia en las hijas, en formas positiva.



## INTERPRETACIÓN FINAL (Conclusiones y Recomendaciones)

La interpretación final que se puede hacer de la investigación radica en dos hechos fundamentales uno referido al abordaje teórico-metodológico y el otro dirigido a la interpretación de los hallazgos de la investigación. En este sentido la interpretación final de la investigación abarcará estos dos puntos.

Respecto a la innovación metodológica que se realizó en esta investigación en particular, basada en la teoría del poder y en la desigualdades respecto de género y etnicidad, se puede decir que ésta es una tendencia dentro de las ciencias sociales que ha crecido durante los últimos años. Dicho crecimiento debe ubicarse a la par del desarrollo de la teoría feminista o de género. En donde sobresalen algunos trabajos como los de: Roberto Castro, Mario Bronfman, Juan G. Figueroa, etc.

Sin embargo la novedad teórica de la investigación fue combinar el punto de vista que se ha profundizado en la tendencia de género aplicada también a los parámetros de la etnicidad. Esa innovación se hizo pensando en el hecho de entender diferencias o similitudes entre terapeutas tradicionales, entre mujeres comadronas y usuarias.

Tomando de base la hipótesis de la investigación y los objetivos de la misma se puede decir que no existe una diferencia entre comadronas y usuarias, entre terapeutas tradicionales respecto a los fenómenos de etnicidad y género en los parámetros del proceso salud/enfermedad/atención.

En este sentido se debe interpretar que no hay límites o fronteras de conocimiento y manejo de padecimiento entre mujeres que son comadronas y entre mujeres que son madres de familia. Los resultados de la investigación demuestran que existe un conocimiento colectivo que no tiende a crear espacios de saber sobre las especializaciones, como existe en los parámetros de positivistas de las ciencias. Sino, que nos enfrentamos a un conocimiento adquirido por la experiencia, en este sentido mientras se es más viejo se es más sabio. La diferenciación que se encontró entre mujeres respecto de la atención de los padecimientos es precisamente esa, las mujeres más ancianas, con más experiencia, con más hijos son quienes saben cómo atender y tratar principalmente los padecimientos de racionalidad maya como la mollera caída, la movida-caída de la matriz, el alboroto de lombrices.



La importancia de la familia extensa en este sentido es relevante, ya que una familia nuclear que carece de la convivencia de la abuela, suegra, tía, etc. ignora el tratamiento y la cura a seguir, pero entiéndase que ésta, no está libre de la creencia o del sufrimiento de dichos males que fueron inculcados a los padres durante su más tierna infancia.

De esta forma la reflexión no debe ir en el sentido de que a mayor educación de los padres de familia, se ha demostrado que los hijos carecen en menor grado del mal de ojo, de la mollera caída, de la movida-caída de la matriz, etc. porque la historia nos ha demostrado que el famoso proceso de “ladinización” o de “aculturación” de los indígenas en Guatemala nunca se dio y que en la actualidad está lejos aún de cumplirse.

Lo que nos demuestra ésta investigación es la existencia de una racionalidad achí y en el sentido de su correcta interpretación, encontramos una amalgama y articulación de racionalidades provenientes de diverso orden, como podría ser la bio-médica y la maya. Situación tan particular en la cual no podemos dejar de usar la interpretación y lógica de ambas creando un nuevo espacio de entendimiento mutuo entre ambas, creando nuevos rumbos de investigación y entendimiento de los conjuntos sociales de Guatemala. Y es en este sentido que debe empezarse a entender una nueva Guatemala pluricultural, fusión de diversas etnicidades, no sólo de la maya, o de la no indígena.

En este mismo sentido los resultados de la investigación demuestran también que no hay diferencias entre terapeutas indígenas y no indígenas, que si bien es cierto que podemos puntualizar determinados rasgos provenientes de una cultura maya, como lo es el proceso de aprendizaje del oficio de terapeutas tradicionales como es la predestinación de la persona para dicha profesión a través de señas y sueños, el manejo de la teoría frío-caliente sobre los padecimientos, enfermedades, plantas medicinales, etc. En la actualidad no debemos interpretarlos como rasgos exclusivos y provenientes de los indígenas, sino como conocimientos adquiridos en un proceso históricos con presencia de elementos ajenos que se han acomodado en esos procesos tan cambiantes y adaptables a las realidades de los conjuntos sociales.

Para aclarar dicha interpretación quisiera exponer el siguiente ejemplo: Se sabe que el origen de la planta medicinal llamada ruda<sup>1</sup> es europeo, de igual forma el padecimiento

---

<sup>1</sup>Su nombre científico es: ruta chalepensis.



llamado “mal de ojo” se ha localizado en la cuenca del mediterraneo desde tiempos inmemoriales. En este sentido todo el conocimiento que se ha generado en la Guatemala de hoy, sea indígena o no indígena respecto de ésta padecimiento no puede explicarse exclusivamente en términos de lo maya, o sea que no se puede decir que los mayas padecen de ésta enfermedad o que sólo los mayas la pueden curar. Es un padecimiento sufrido por toda la población guatemalteca y que debe entenderse en la amalgama o articulación de conocimientos provenientes de varias racionalidades.

Sin embargo la investigación también brindó algunos hallazgos en los cuales es necesario hacer una interpretación sobre los mismos y en este sentido se presenta a continuación conclusiones respecto de la percepción del cuerpo y de los terapeutas tradicionales de Rabinal.

Queda claro que la etnicidad en Guatemala debe entenderse como una amalgama o articulación entre varios saberes, conocimientos, racionalidades, ideologías con raigambres diversas, pero para el caso de esta investigación llama la atención la posible articulación que los conjuntos sociales hacen de la racionalidad achí y de la racionalidad bio-médica, en este sentido los aportes de ésta investigación proporcionan algunas claves sobre la mirada etnológica que en esta caso los achí tienen de su concepción y percepción del cuerpo.

En este sentido la racionalidad achí atribuye funciones muy diversas de las partes del organismo humano, totalmente ajenas y diversas de las percepciones biológicas de la bio-medicina. Como es el caso de que algunos órganos del cuerpo al moverse provocan enfermedad. Esta concepción difiere mucho a la racionalidad bio-médica que entiende como “normales” los movimientos de determinados músculos, como el corazón, estómago, etc.

En parámetros de la racionalidad achí, y entendiendo la percepción de origen maya sobre el rompimiento del “equilibrio” lo que provoca enfermedades o padecimientos. Se racionalización la identificación-tratamiento de los tres padecimientos que se estudiaron en la investigación: “Mollera caída”, “movida-caída de la matriz” y “alboroto de lombrices”.

El capítulo tercero se ocupa de otorgar información respecto de las características de cada padecimiento, su sintomatología, su tratamiento y terapeuta, su relación con la bio-medicina. Sin embargo, la reflexión que sobre esa mirada etnológica tienen los achí respecto del cuerpo es necesaria para cualquier persona que está involucrada en el proceso



salud/enfermedad/atención porque el intentar abordar la problemática de salud desde la óptica exclusiva de la racionalidad bio-médica en conjuntos sociales del área rural guatemalteca que se explican mejor en términos de desigualdad social, etnicidad, acceso a poder, etc. Proporciona una visión sesgada de la realidad que incide de alguna forma en los altos índices de mortalidad materna e infantil, desnutrición, que caracterizan a la vez este tipo de población.

Uno de los puntos principales que se discutieron en los acuerdos de paz, fue la discriminación y marginación de los mayas en cuanto a salud, educación, acceso a la tierra, etc. Los acuerdos insisten en la necesidad de ampliar la cobertura de salud del estado y el involucramiento de los terapeutas tradicionales al sistema de salud, de ésta cuenta durante todo éste año se ha estado impulsando en el Ministerio de Salud y Asistencia Social el programa titulado: “Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa.” Como un paleativo que estaría dando respuesta al cumplimiento de los acuerdos de paz por parte del Ministerio de Salud. Sin embargo, al revisar la propuesta de éste programa se comprueba que la propuesta se plantea en términos puramente bio-médicos y que no toma en cuenta los elementos de la etnicidad, la desigualdad social, etc. Para éste tipo de propuestas que se realizan al Estado y que carecen de criterios multidisciplinarios es en donde quisiera encaminar el siguiente hallazgo de la investigación.

Uno de los aportes principales de la investigación respecto de los terapeutas tradicionales es la posible diferenciación que se localizó entre la especialidad de “comadronas” respecto de las otros terapeutas; guía espiritual o sacerdote maya, curandero-curandera.

Como se explica en el capítulo cuarto existe entre los terapeutas tradicionales un “proceso de predestinación” que esta regulado por determinadas señas, como las enfermedades en la infancia, los sueños y la iniciación por otro guía espiritual. Este proceso se cumple cuando se es “guía espiritual”(sacerdote maya) o “curandero-a”.

Sin embargo, se puede afirmar de acuerdo a los hallazgos de la investigación que existe otro proceso para optar a la especialidades de comadrona que requiere de la adquisición de un “don”. Este puede ser heredado a uno o dos, pero no a todos los descendientes en una familia, en un patrón de herencia que responde en una línea matrilineal ( de abuela a nieta, de madre a hija, de tía a sobrina, etc.).Pero la adquisición de éste “don” es un hecho que a la vez este facilita el aprendizaje de todos los conocimientos respecto de la especialidad (conocimiento de plantas medicinales, de remedios caseros, de terapias curativas, etc.)



El “don” se adquiere con el nacimiento porque existe una predestinación para curar, que se singulariza por la facilidad en aprender todo lo relacionado con la profesión: “atender partos” o “atender enfermedades”, pero ese “don” también en algunos casos se revela en alguna señal: “lunares” “el llanto en el vientre”, “en los sueños”, etc.

Esta forma de aprendizaje del oficio de las comadronas refleja un sincretismo en donde confluyen varios elementos que ya no se enmarcan en el mundo de exclusividad maya, sino que confluyen también el proceso de capacitación e incorporación de la bio-medicina que es proporcionado a las comadronas, proceso también que en el interior de las comunidades es evaluado por las usuarias en el momento de elegir a la comadrona.

Finalmente quisiera dirigir la última reflexión de la investigación en el sentido de entender la etnicidad en Guatemala. El debate teórico-metodológico sobre etnicidad ha superado la discusión del problema en el sentido de no abarcar la problemática como diferencia, o sea en pocas palabras se intenta delimitar si se es indígena o no se es indígena. El debate y el problema de la etnicidad busca romper esa discusión y centrar su análisis en otros fenómenos, sin embargo me ocupo de ésta diferenciación porque pienso que uno de los puntos de vista de mayor éxito entre el movimiento maya actual en Guatemala es la postura que tiene la Academia de Lenguas Mayas respecto a las reivindicaciones del pueblo maya.

La postura de la academia como se demuestra en el alto número de publicaciones que tiene, es un enfoque milenarista y purista, que intenta devolver a los mayas actuales su existencia **sin historia** de hace ya más de 500 años. Esta parte del movimiento maya insiste en aislar todos los factores de sincretismo producto de la historia y aislar los hechos para reivindicar exclusivamente el origen maya de las creencias y tradiciones indígenas.

El deber y la misión primordial del IDEI en este sentido es proporcionar elementos para el análisis de una Guatemala multicultural y plurilingüe y en este sentido los principales hallazgos de ésta investigación están orientados en demostrar que el proceso salud/enfermedad/atención la diferencias entre indígenas y no indígenas se pierde o no existe.

En este sentido la etnicidad debe entenderse como un fenómeno que se explica en la articulación de diversas racionalidades, ideologías, conocimientos que inciden en el proceso salud/enfermedad/atención, proporcionando entonces nuevas formas de interpretar la





realidad que son sentidas y vividas cotidianamente por los conjuntos sociales. Interpretaciones que deben ser tomadas en cuenta para poder abordar la problemática de salud en Guatemala.



## BIBLIOGRAFÍA

Balleste, Mercedes y Ana María Hernández. La salud sexual y reproductiva, reflexiones de SIPAM sobre una experiencia de atención a mujeres con perspectiva de género. México: GIMTRAP, 1996

Barabas, Alicia Coordinadora, Miguel Bartolomé. Etnicidad y pluralismo cultural: La dinámica étnica en Oaxaca. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia, Departamento de Investigaciones histórica, 1986.

Bastos, Santiago y Manuela Camus. 2,003. Entre el mecapal y el cielo: desarrollo del movimiento maya en Guatemala. Guatemala: FLACSO.

Bejar Navarro, Raúl y Héctor Capello. Teorías y metodologías en el estudio de la identidad y el carácter nacionales. Cuernavaca, México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. UNAM, 1990.

Bonfil Batalla, Guillermo. Identidad y pluralismo cultural en América Latina. Buenos Aires, Argentina: Centro de Estudios Antropológicos y Sociales Sudamericanos, 1992.

Camus, Manuela. Ser indígena en la ciudad de Guatemala. México, CIESAS, 2000.

Cardoso de Oliveira, Roberto. Etnicidad y estructura social. México, CIESAS, 1992.

Castro, Roberto y Mario Bronfman. Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión. En La condición de la mujer en el espacio de la salud. México, El Colegio de México, Centro de estudios demográficos y de desarrollo Humano, 1998.

Eder, Karin et. al. 2,002. Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala. Guatemala: Asociación de Servicios Comunitarios, ASECSA.

Espinoza Villatoro, Erik. 1,999. Rejqalem ri Wa'ix; dimensión cero, filosofía maya, etnomedicina y física moderna. Guatemala: Cholsamaj.



Figuroa Perea, Juan Guillermo. El enfoque de género y la representación de la sexualidad: algunas reflexiones. México: SSA Subsecretarías de Servicios de Salud; Dirección General de Planificación Familiar, 1993.

Figuroa Perea, Juan Guillermo Coordinador. La incorporación de la perspectiva de género en la investigación social sobre reproducción: algunas experiencias en América Latina y Asia. México, El Colegio de México, programa de salud reproductiva y sociedad: Católicas por el derecho a decidir, A.C., 2002.

Freyermuth Enciso, María Graciela. Morir en Chenalho: género, etnia y generación. Factores constitutivos de riesgo durante la maternidad. México, UNAM, Facultad de filosofía y Letras, Instituto de Investigaciones Antropológicas, 2000.

Gros, Christian. Políticas de etnicidad: identidad, estado y modernidad. Bogotá, Colombia: Instituto Colombiano de Antropología e Historia, 2000.

Hurtado, Juan José. 1979. "Algunas ideas para un modelo estructural de las creencias en relación con la enfermedad en el altiplano de Guatemala". En Guatemala indígena, 1:1-12, pp. 7-22.

Méndez Domínguez, Alfredo. 1983 "La enfermedad y la teoría médica entre los indios de Guatemala" En Carl Kdendall et. al. La herencia de la conquista; treinta años después. México: Fondo de Cultura Económico. pp.273-304.

Menéndez, Eduardo. 1987 "Medicina tradicional o sistemas prácticos-ideológicos de los conjuntos sociales, como primer nivel de atención" EN: el futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los países latinoamericanos. México; Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS) pp.39-62.

----- 1,990 Antropología médica: Orientaciones, desigualdades y transacciones. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Cuadernos de la casa chata. No.179.

----- 1,996, "El saber popular como proceso de transformación: tipos de articulación entre biomedicina y la medicina popular" EN: Creer y curar; la medicina popular. Granada: Diputación provincial de Granada, pp. 31-61.



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (MSPAS) s.f. Medicina popular tradicional y alternativa: programa nacional. Guatemala:MSPAS.

\_\_\_\_. 2,002 Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil 2,002. Guatemala: MSPAS.

Mosquera S. Ma. Teresa. 2,002 La articulación entre conocimientos populares y bio-médicos entre las comadronas de Rabinal, Baja Verapaz. Tesis de doctorado. Guatemala.

Leona Rosales, Adriana y cristina herrera. Memorias del seminario de sexualidad y género 1997-1999: aportes a la Investigación antropológica. México, El Colegio de México, Programa de salud reproductiva y sociedad, 2002.

Ojeda, Norma coord.. género, familia y conceptualización de la salud reproductiva en México. Baja California, México: El Colegio de la Frontera Norte, departamento de estudios de población, programa de salud reproductiva y población, 1999.

Pérez-Gil Romo, Sara Elena y Patricia Ravelo Blancas. Coordinadoras. Género y salud femenina: experiencias de investigación en México. México, CIESAS, Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de Nutrición “Salvador Subirán”, 1995.

Ramírez Rodríguez, Juan Carlos. Género un espacio para la creatividad en salud: taller sobre género y salud, Memoria. Jalisco, México: Universidad de Guadalajara, Programa mujer, salud y desarrollo, 1995.

Reina Aoyama, Leticia Coordinadora. Los retos de la etnicidad en los Estados-Nación del siglo XXI. México, CIESAS, Instituto Nacional Indigenista, 2000.

Rodríguez-Shadow, María. Identidad femenina, etnicidad y culturas de trabajo en una comunidad mexicana de los Estados Unidos de Norteamérica. Santa Catarina, México: Universidad de las Américas de Puebla, Escuela de Ciencias Sociales, departamento de relaciones Internacionales e Historia, 1995.

Silva, David. Mujeres, saberes médicos e institucionalización. En La condición de la mujer en el espacio de la salud. México, El Colegio de México, Centro de estudios demográficos y



de desarrollo Humano, 1998.

Solares, Jorge Coordinador, Rachel Sieder, Miguel Angel Reyes. Pluralidad jurídica en el umbral del siglo. Guatemala, FLACSO, sede Guatemala, 2000.

Stavenhagen, Rodolfo. La cuestión étnica. México, El Colegio de México, Centro de estudios sociológicos, 2001.

Sucuquí M., Isabel. 2,000. Concepción religiosa de la medicina practicada por los guías espirituales entre los achí de Rabinal, Baja Verapaz. Tesis de licenciatura. Guatemala.

Tuñon Pablos, Esperanza, coordinadora. Género y salud en el sureste de México. Chiapas, México: el Colegio de la Frontera Sur: Consejo estatal de población de Chiapas: Fondo de Población de la Organización de las Naciones Unidas, 1999.

Verdugo, Juan Carlos et. al. 2,002. Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente: bases y lineamientos. Guatemala: Instancia Nacional de Salud. INS.

Zolla, Carlos, et. al. 1,988, Medicina tradicional y enfermedad. México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social CIESS

Revistas:

Instancia Nacional de Salud (INS). Revista Portadores de sueños: Pensamiento y acción en salud.

Año 1, Número: 0, 1, 2, 4. Año 2, Número 5.



## INDICE

Resumen ejecutivo.....	1
Introducción.....	3
Antecedentes.....	5
Justificación.....	7
Objetivos.....	10
Capítulo I	
La caracterización de género y etnicidad: Marco Teórico y conceptual de la investigación.....	11
Capítulo II	
La relación entre género y etnicidad. Metodología.....	19
Capítulo III	
La percepción del cuerpo.....	27
Capítulo IV	
Terapeutas tradicionales.....	47
Capítulo V	
El rol de las mujeres: dar y recibir cuidados.	
La percepción de género.....	63
Capítulo VI	
La toma de decisiones entre mujeres.....	73
Reflexiones finales.....	82
Bibliografía.....	88
ANEXOS	
Anexo 1	
Taller sobre plantas medicinales	
Anexo 2	
Instrumentos	
Anexo 3	
Transcripciones	



## RESUMEN EJECUTIVO

En Guatemala el 50% de los partos es atendido por las comadronas, de tal manera que es indiscutible el valor que representan para las familias guatemaltecas, principalmente en las comunidades donde los servicios de la bio-medicina son insuficientes y escasos.

La antropología de la medicina, se interesa en profundizar sobre el proceso de salud/enfermedad/atención, dentro de los contextos socioculturales determinados y los sujetos que se ven involucrados en dicho proceso. Bajo ese contexto, se definió la presente investigación que aborda la temática en base a dos variables específicas, género y etnicidad. La cual buscaba evidenciar las diferencias y similitudes de las mujeres comadronas y usuarias respecto a su pertenencia étnica, realizándose en el municipio de Rabinal, Baja Verapaz, Guatemala.

Como objetivo general se planteó el análisis de la incidencia de género y etnicidad entre comadronas y usuarias, buscando evidenciar la importancia de la mujer frente a diferentes procesos biológicos, así como determinar diferencias y similitudes entre comadronas, entre mujeres usuarias y entre terapeutas tradicionales.

La investigación se dividió en tres grandes fases: la primera se enfocó en la recopilación de la información bibliográfica, con el fin de fundamentar el marco teórico-metodológico y elaborar los instrumentos de recolección de la información para el trabajo de campo. En esta misma fase se llevaron a cabo las jornadas de capacitación a las auxiliares de investigación para las técnicas de grupos focales y entrevistas a profundidad.

La segunda fase consistió básicamente en el trabajo de campo, el cual dio inicio en el mes de abril finalizando en el mes de septiembre. En cada mes se viajaba aproximadamente una o dos semanas, para aprovechar al máximo el tiempo y obtener la mejor información posible. Al mismo tiempo que se llevaba a cabo el trabajo de campo, se realizaban las transcripciones de las entrevistas



En total se realizaron: 2 grupos focales con madres y uno con comadronas, un taller sobre plantas medicinales con comadronas, 9 entrevistas a usuarias, 7 entrevistas a comadronas, 10 entrevistas con madres de diversos status y 9 entrevistas a terapeutas tradicionales: 5 mujeres y 4 varones. El trabajo de campo se realizó en el casco urbano de Rabinal y en algunas comunidades como Chiticoy, Pichec, Pacux, Palimonix, La Ceiba, Xococ, Chiac, Pachicá, Guachipil, Las Vegas El Volcán, entre otras.

En los meses de octubre y noviembre, el trabajo se enfocó en la ordenación y categorización de la información para dar paso al análisis propiamente dicho. En éste se privilegió la obtención de hallazgos, lo cual implica interpretar los hechos o situaciones observados, desde la visión de la lógica achí.

La estructura de la investigación se presenta de la siguiente manera: en el capítulo primero se presenta el marco teórico y conceptual de la investigación que se enfoca en la caracterización de género y etnicidad; en el capítulo 2 se explica y se fundamenta la metodología utilizada para el desarrollo de la investigación.

En los capítulos tercero, cuarto, quinto y sexto se presentan los hallazgos de la investigación. Finalmente se presenta un capítulo sobre las reflexiones finales en donde aparecen las diversas conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Es importante mencionar que junto al informe final de la investigación se presenta un segundo documento que contiene todos los anexos de la información. Se decidió entregar este segundo documento porque en él se refleja la cantidad de información que se recolectó durante el trabajo de campo. Ya que la parte de los anexos está conformada por: Los resultados del Taller sobre Plantas medicinales, el cual tiene una sección fotográfica, también se pueden localizar todos los instrumentos que se utilizaron para recolectar la información, o sea las guías de entrevista en profundidad y las guías de los grupos focales. Finalmente se presentan todas las transcripciones de todas las entrevistas y grupos focales que se realizaron.





## INTRODUCCIÓN

La presente investigación titulada *Mujer y Comadrona, Género y Etnicidad*, se desarrolló dentro del Programa Universitario de Investigación de Estudios de Género -PUIEG-, de la Dirección General de Investigación -DIGI- en la Universidad de San Carlos de Guatemala.

La investigación fue realizada en Rabinal, Baja Verapaz, en donde la metodología de recolección de información consistió en realizar entrevistas a profundidad con comadronas y usuarias, curanderos-as, guías espirituales y madres de familia.

El informe final de investigación consta de 6 capítulos desarrollados de la siguiente forma: En el capítulo primero se explica el marco teórico y conceptual de la investigación, éste se titula: *La Caracterización de Género y Etnicidad*. En él se expone parte de la teoría género, ésta concretamente se basa en la propuesta de Ivonne Szasz, mientras que la orientación teórico-metodológica para abordar la etnicidad, se basa en la propuesta de Jorge Solares, Santiago Bastos y Manuela Camus, que entienden la etnicidad como “una situación de interacción con alguna grado de asimetría, entre dos o mas grupos sociales, que remite simultáneamente a diferencias de orden cultural, socioeconómico y de acceso al poder”.

En el capítulo segundo se presenta la metodología tan particular y tan novedosa que se utilizó para la realización de la orientación teórica y de los instrumentos para la recolección de la información del trabajo de campo.

El Capítulo tercero, versa sobre las miradas etnológicas del cuerpo desde la racionalidad achí, o sea sobre la concepción del cuerpo en términos de referencia de la racionalidad achí. Concretamente trata sobre la movilidad de los órganos, centrándose en los temas: la



caída de la mollera, que es considerado como un padecimiento que sufren los niños menores de tres años; el alboroto de lombrices, animales que forman parte del cuerpo, y la caída o movida de la matriz, que se refiere al movimiento que se da en las mujeres al momento del parto, o por cualquier movimiento brusco que se realice. También se plantea el uso de la orina como medicina natural, y su relación con la percepción del cuerpo entre varones-mujeres, y niños-adultos.

En el Capítulo cuarto se habla sobre las desigualdades sociales, en relación al acceso y control de recursos materiales y simbólicos entre los terapeutas tradicionales, tomando en cuenta la opinión de: Guías Espirituales, Comadronas, Curanderas, hombres y mujeres. Básicamente se abarcan los temas del aprendizaje del oficio de terapeuta tradicional, la aplicación de la dualidad frío-caliente y su relación con el acceso a los recursos simbólicos de dicha teoría..

El Capítulo quinto, se enfoca en el rol que juegan las mujeres en el hogar para la atención de los padecimientos, así como la relación que existe entre comadronas y usuarias.

En el capítulo sexto se localiza toda la información sobre la diferencia existente entre mujeres de diferentes status, referidas a su acceso a medios de producción como lo son: la elaboración de artesanías, la crianza de pollos, patos, marranos para la venta y la administración del sueldo del esposo. Esta diferenciación entre mujeres se analiza en el capítulo principalmente en el tema sobre la toma de decisiones ( sobre gasto en el hogar, educación, trabajo, participar en grupos o reuniones, y salud.) y las relaciones de parentesco en una familia nuclear y extensa.

El último capítulo es una reflexión final que reúne las conclusiones y recomendaciones de la investigación.



## ANTECEDENTES

La actual investigación, *Mujer y Comadrona: Género y Etnicidad* surgió como una inquietud de la coordinadora del proyecto, luego de someterse a la defensa de su tesis doctoral titulada: *La articulación de los saberes bio-médicos y populares entre las comadronas de Rabinal, Baja Verapaz*, defensa de su tesis doctoral que hiciera en la Universidad Rovira y Virgili en Tarragona, España.

Una de las sugerencias dadas por el tribunal examinador fue precisar desde la óptica de la etnicidad y el género la condición de las comadronas como terapeutas tradicionales. A raíz de esta sugerencia se presentó a la Dirección General de Investigación el presente proyecto de investigación tomando en consideración los siguientes puntos.

Primero: El tipo de investigación a desarrollarse no es introductoria sobre el tema, si no al contrario es una investigación planteada a raíz de los hallazgos de la Tesis<sup>1</sup> doctoral para profundizar los temas de etnicidad y género que no eran premisas primordiales de la investigación de la tesis de doctorado.

Segundo: La investigación se basó en los hallazgos y resultados de la tesis doctoral entre los cuales se pueden mencionar:

A.- La percepción achí sobre el cuerpo, concretamente sobre “la movilidad” que tienen algunos de los órganos y su relación con el padecimiento o adquisición de una enfermedad. Por ejemplo los niños menores de 12 meses se enferman porque se les “cae la mollera”<sup>2</sup>, (atribuyéndole a éste órgano una movilidad que no tiene en la percepción bio-médica).

B.- La aproximación metodológica sobre los terapeutas tradicionales, entendida en base a la racionalidad maya como especialista pluralista, entiéndase ésta como el conjunto de habilidades que tienen los terapeutas tradicionales. Por ejemplo la mayoría de comadronas también son curanderas y hierberas. Los guías espirituales son sacerdotes mayas, curanderos capaces de hacer el bien y el mal.

---

<sup>1</sup>El título completo de la tesis se puede consultar en la bibliografía.

<sup>2</sup>En términos bio-médicos esta enfermedad se entiende como la depresión de la fontanela.



Tercero: La conceptualización de los referentes sobre Género y Etnicidad se tomaron en base al análisis de las desigualdades sociales que maneja la teoría del poder en las Ciencias Sociales.

Para poder entender la exclusión o diferencia entre terapeutas tradicionales respecto de ser varón o mujer, respecto de ser indígena o no indígena.

Cuarto: Finalmente la investigación se presentó ante el Programa de Investigación de Género de la Dirección General de Investigación porque se partió de la base de la teoría de género o del feminismo para poder analizar la “figura de la comadrona” en comparación con las otras mujeres. Premisa fundamental en la cual no se profundizó durante la investigación de la tesis doctoral.

En base a estos cuatro puntos se concretó el proyecto de investigación desarrollado durante un año en el Instituto de Estudios Interétnicos y en la Dirección General de Investigación. Aunque de éstos cuatro puntos se puede decir que básicamente dos de ellos son antecedentes de la investigación de la tesis doctoral (el primero y segundo), mientras que los otros dos puntos<sup>3</sup> se les puede entender de criterios conceptuales y teóricos para el desarrollo tan particular de ésta investigación.

En esta sesión del informe final se han presentado las bases medulares de la investigación que se explican en parte en los antecedentes de la investigación, pero también en el encausamiento teórico y metodológico que rigieron todo el desarrollo de la investigación actual.

---

<sup>3</sup>El tercero y el cuarto.



## JUSTIFICACIÓN

La importancia de ésta investigación se basa en dos hechos; el primero relacionada con el papel que en la actualidad tienen los terapeutas tradicionales y el segundo en señalar la importancia del rol de la mujer en la familia como cuidadora principal de los miembros de la familia y como administradora de los recursos terapéuticos de la familia.

La población que habita el área rural de Guatemala tiene poco acceso a los servicios de salud, razón por la cual busca una solución a sus problemas de salud con los terapeutas tradicionales (sacerdotes mayas, curanderos, curanderas, guía espirituales, comadronas, sobadores, etc.) No se tienen cifras sobre el porcentaje de atención que tienen los terapeutas tradicionales, sin embargo si hay cifras para el caso de las comadronas, como se explica en el siguiente párrafo.

Las comadronas en Guatemala atienden el 47.5% de los partos<sup>1</sup>, y si a ésta situación le sumamos los porcentajes de partos atendidos en casas de mujeres analfabetas 60.7<sup>2</sup> % y de partos atendidos en casas de madres indígenas 63.7%. Los cifras demuestran que un porcentaje muy alto de madres indígenas y analfabetas atienden sus partos en su propia casa y con la asistencia indudable de una comadrona.

El trabajo que realizan los terapeutas tradicionales se basa primordialmente en una concepción que va más allá de la concepción biológica de la salud y enfermedad, se caracteriza por ser una percepción holística del proceso salud/enfermedad/atención.

En este sentido, el trabajo de los terapeutas tradicionales en el área rural debe entenderse desde una óptica diferente de la formación que el sector médico hegemónico o medicina occidental tiene respecto de la salud y de la enfermedad.

---

<sup>1</sup>Según datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil del año 2,002, la atención recibida durante el parto esta a cargo de un 41.4% por médicos y enfermeras, el 47.5% por comadronas, el 10.2% por familiar o amigo y un 0.8% no recibe ningún tipo de atención.

<sup>2</sup>Datos de Acuerdo a la ESMI 2,002.



El trabajo de los terapeutas tradicionales (sacerdotes mayas, curanderos, curanderas, comadronas, etc) involucra todo un referente respecto de la salud y de la enfermedad, ésta forma de percibir los fenómenos aleópatas se asume como perteneciente de la población mayense, sin embargo no se han esclarecido los límites entre lo maya y lo ladino. Es de vital importancia visualizar la existencia o la no existencia de dichas fronteras para que la investigación pueda incidir en los programas de capacitación a comadronas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como también en los programas de la Ong's con programas de capacitación a comadronas.

Por otro lado, las investigaciones realizadas respecto del tema salud comunitaria o familiar, no se centran en estudiar y señalar el papel preponderante que juega la madre como cuidadora principal de la familia, como proveedora única de las dosis de remedios caseros, medicamentos, etc.

Sin embargo el papel o el rol de la mujer como cuidadora de la familia extensa o nuclear varía de acuerdo a diversos parámetros: edad, experiencia, número de hijos, número total de parientes miembros de la familia, etc. Se visualiza una fragmentación y diferenciación entre mujeres que responde a diversos elementos o características de entender el abordaje teórico-metodológico del feminismo que de acuerdo con Iyonne Szasz en la construcción social de las identidades algunos elementos como; la percepción del cuerpo, el dar y recibir cuidados, la relación de poder es distinta entre las mujeres y entre los hogares.

En esta forma el presente informe de investigación proporciona algunos elementos indispensables sobre éstas dos problemáticas, pero a la vez intenta hacer toda una evaluación sobre el uso de teoría en ciencias sociales para abordar los problemas de desigualdad social como lo son: la etnicidad y el género.



## OBJETIVOS

### Objetivo General:

Analizar la incidencia de género y de etnicidad entre comadronas y usuarias.

### Objetivos Específicos:

-Evidenciar la importancia del papel femenino de la mujer respecto de determinados procesos biológicos como: el pre-parto, parto y post-parto, la atención de enfermedades en la familia y re-valorar el papel femenino de la mujer en el oficio de comadrona.

-Analizar los factores por los cuales se ha usurpado el papel femenino del oficio de comadrona, por la figura masculina.

-Determinar similitudes y diferencias de etnicidad entre comadronas respecto de: el aprendizaje de la profesión, la demanda de la población, los tratamientos y recursos utilizados, etc.

-Identificar similitudes y diferencias de etnicidad entre mujeres usuarias de comadronas.

-Analizar los elementos de diferencia étnica entre comadronas indígenas respecto de sus prácticas y tratamientos utilizados.



## CAPÍTULO I

### La caracterización de Género y Etnicidad: Marco Teórico y conceptual de la investigación

El referente teórico de la actual investigación en un principio partió de visualizar el problema del proceso salud/enfermedad/atención basándose en la escuela teórico-metodológica de Eduardo Menéndez, ésta plantea que la atención de los padecimientos y/o enfermedades se explica en la utilización de tres modelos llamados: Modelo Médico Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado y Modelo de auto-atención. Sin embargo, para una correcta interpretación de los fenómenos de género y etnicidad, dicha propuesta no era la más adecuada, razón por la cual durante los primeros meses de la investigación y a lo largo de la misma se trabajó en la propuesta teórico-metodológica como se puede corroborar en los informes mensuales entregados.

A partir de ese primer análisis de la problemática teórica se decidió abordar la investigación en base a dos propuestas: La primera aproximación teórica entiende los fenómenos de género y etnicidad desde el punto de vista de las desigualdades sociales que son base para entender la teoría del poder en las Ciencias Sociales. La segunda aproximación teórica se fundamentó en la teoría feminista o de género fundamentalmente en la propuesta de Ivonne Szasz quien analiza las diferencias entre mujeres en base a la construcción social de las identidades y las diferencias entre varones y mujeres en base a las asimetrías sociales de género.

A continuación se presentan algunas reflexiones teóricas para entender mejor el abordaje teórico de la investigación.

La evolución de dos términos conflictivos: Género y Etnicidad.

Quisiera comenzar con el uso de dos términos treinta años atrás; sexo y raza. El uso de la palabra sexo en cuestionarios y entrevistas para recolectar información social, tenía como fin último poder identificar físicamente a una persona en femenino o masculino. En Guatemala, de igual manera la aplicación que se hacía de la palabra raza utilizada en censos, encuestas, entrevistas se aplicaba para poder identificar a la persona como indígena o ladino. Ambos términos se aplicaban en las ciencias sociales basados en sus referencias estrictamente biológicas.





A lo largo de los años, las ciencias sociales han reflexionado sobre la utilización de terminología proveniente de otros campos ajenos a ésta, primordialmente han pensado sobre los errores en que se incurre, por ello constantemente proponen nuevas categorías sociales que expliquen mejor los fenómenos sociales.

De una referencia estrictamente biológica; sexo y raza, son palabras que han provocado mucha confrontación y discusión, resultado de ello ha surgido el uso de las categorías: Género y Etnicidad, éstas a la vez se han ido consolidando en tendencias, que a la vez sirven de base para la creación de nuevas corrientes teóricas dentro de las ciencias sociales.

Para fines de ésta propuesta es necesario definir lo que debe entenderse por género y por etnicidad, de acuerdo a las diferentes posturas dentro de las ciencias sociales.

Género es la categoría que se usa dentro de las ciencias sociales y me baso en la definición de Hardign: «una construcción social sistemática de lo que se asume como “lo masculino” y “lo femenino”» (Harding 1987, p.26), ello implica el estudio de las diferentes fuerzas que existen dentro de la familia y la sociedad que determinan, de manera crucial, las formas masculina y femenina de un periodo histórico determinado.

De esta forma la categoría género en las ciencias sociales: «Designa la construcción social y la simbolización cultural de las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres y se refiere a las relaciones entre ambos» (Szasz; 1997:1).

Por otro lado, etnicidad es una categoría que no es tan fácil de definir, en comparación con la de género, debido a las diversas posturas teóricas que sobre el término existen en la actualidad.

La etnicidad como enfoque en las ciencias sociales se ha transformado desde su inicio, en la década de los años sesentas, hasta la actualidad. La necesidad de introducir ésta nueva categoría se debe a que con el uso se explican elementos de la articulación social como: la identidad, relaciones sociales entre grupos, el poder, etc.

En Latinoamérica son varios los enfoques propuestos para su estudio<sup>1</sup>, éstos han ido

---

<sup>1</sup>Para más detalle sobre los enfoques consultar al tesis de Manuela Camus.



evolucionando desde el racismo e indigenismo que son enfoques que niegan la etnicidad, hasta propuestas como el Multiculturalismo que caracteriza a muchos Estados-naciones.

En Guatemala son tres los investigadores que han intentado abordar el problema de la etnicidad: Jorge Solares, Santiago Bastos y Manuela Camus, aunque los tres comparten metodológicamente la misma propuesta expondré tres definiciones, que a la vez se complementan entre ellas, para intentar explicar el fenómeno de la etnicidad.

Jorge Solares indica que: «es un fenómeno de organización de relaciones sociales de identidad y de control político.» (Solares, 1992, p.49).

Manuela Camus nos dice: «Hace referencia a una situación de interacción entre dos o más grupos sociales con algún grado de simetría, y remite simultáneamente a diferencias de orden cultural, de orden socioeconómico y de poder dentro de un “contenedor” político común -normalmente los Estados-nación-, donde “la cultura” es el lenguaje mediante el cual se codifican, justifican y simbolizan estas diferencias.» (Camus, 2,002, p.23).

Santiago Bastos opina que: «Hace referencia a un sistema relaciones sociales basadas en la pertenencia a un grupo y en la estima social que eso implica.» (Bastos, 2,003, p.40).

Como se puede observar las definiciones tienen varios elementos en común y ninguna de ellas da suficientes elementos para ubicar y entender el problema de la etnicidad. Propongo entender el fenómeno de la etnicidad en base a: las relaciones sociales que se dan entre los grupos para identificarse y diferenciarse de otros grupos de acuerdo a sus rasgos culturales (lenguaje, vestuario, artesanías, etc.) organización socio-política (familia, etnia, nación, comunidad) y elementos subjetivos (las emociones, identidades, solidaridades, reciprocidad, etc.)

En el debate actual de las ciencias sociales, género y etnicidad son dos enfoques que intentan abordar la realidad social con nuevos criterios. Sin embargo son teorías que están en discusión y por ello en la actualidad consolidan su marco teórico-metodológico. Pero ante todo estos dos enfoques han demostrado que tanto elementos cualitativos y cuantitativos pueden crear una amalgama que explica mejor la diversidad étnica de los muchos grupos que viven en Latinoamérica, de allí la importancia de su investigación.

Algunos fundamentos teóricos de género y su relación con etnicidad:



No es una coincidencia que los enfoques o las propuestas sobre género y etnicidad en la actualidad sean motivo de discusión entre los interesados y a la vez éstas también sean los puntos medulares en las agendas políticas a nivel nacional e internacional, ambos aspectos explican en el papel protagónico que tienen las mujeres y las minorías étnicas en la conformación de los estados-nación multi-étnicos y pluriculturales.

El desarrollo teórico de éstas no es el mismo, ni a nivel regional o latinoamericano, ni a nivel nacional. El desarrollo de los enfoques teóricos sobre género han tenido más esplendor en comparación con la etnicidad y la influencia para su desarrollo teórico ha repercutido más en los ámbitos académicos en comparación con el desarrollo que han tenido las corrientes sobre etnicidad.

Debido al desarrollo exitoso de los enfoques de género expondré a continuación algunos de sus lineamientos teóricos y se relación con la etnicidad.

En la teoría social feminista existen diversas corrientes entre ellas se pueden mencionar: el feminismo liberal, el feminismo socialista y el feminismo radical, sin embargo ante todo esta proposición debe entenderse como una teoría del poder porque su objetivo como lo señala Bart y Budinger : « es la explicación del origen de la opresión, supresión y represión» (Bart y Budinger, 1984:3). En éste sentido la etnicidad también busca un reconocimiento al poder en la organización socio-política que le ha sido negado por otros grupos dominantes.<sup>2</sup>

Tanto la teoría de género como la de etnicidad son construcciones sociales porque «constituyen una realidad objetiva y subjetiva que se impone a los individuos y grupos, realidad que ellos a su vez elaboran y re-elaboran continuamente en base a sus experiencias y los significados que provienen del lenguaje, la cultura y las relaciones sociales de las que forman parte.» (Szasz, 1997:1).

En este sentido y entendiendo que la teoría de género surge en un sistema social de correspondencia regido por las relaciones de poder, la autora Ivonne Szasz propone el estudio de:

---

<sup>2</sup>Para más detalle sobre el proceso histórico de negación del “indio” en la historia reciente de Guatemala consultar a Ramón Ponciano en la bibliografía.



- a) las desigualdades de género o asimetrías sociales de género.
- b) control social masculino de la sexualidad femenina o relaciones de poder entre hombres y mujeres.
- c) construcción social de las identidades de género.

Para el óptimo desarrollo de la investigación se escogió la propuesta de Szasz. Concretamente se trabajó el marco conceptual en base a:

1.- Las asimetrías de género:

De la propuesta original de la autora se trabajó: la identidad de género y la percepción del cuerpo, la identidad de género y dar o recibir cuidados.

2.- La construcción social de las identidades.

De la propuesta original de la autora se trabajó: La desigualdad en acceso y control de recursos materiales y simbólicos, la desigualdad en relaciones de parentesco y la desigualdad en autonomía y capacidad de toma de decisiones.

En base a la propuesta de Szasz, y en el entendido que su conceptualización se fundamenta en

las asimetrías sociales de otras desigualdades sociales como las de clase social y etnia. Se decidió conceptualizar un marco para la investigación, para aplicar al fenómeno de la etnicidad la propuesta de dicha autora. De ésta decisión se presenta a continuación el cuadro No.1 en el cual aparece la propuesta de género en la columna izquierda, mientras que en la columna derecha aparece la propuesta para el fenómeno de la etnicidad.



## Cuadro No.1

### Aplicación de asimetrías sociales al problema de género y etnicidad.

Asimetrías sociales de género, propuesta de Szasz.	Asimetrías sociales de etnicidad basada en la investigación Género y etnicidad.
Desigualdad entre varones y mujeres en el acceso y control de los recursos materiales y simbólicos.	Desigualdad entre indígenas y no indígenas en el acceso y control de los recursos materiales y simbólicos.
Desigualdad entre varones y mujeres en la división social del trabajo. (nivel micro: hogar y nivel de escolaridad)	Desigualdad entre indígenas y no indígenas en la división social del trabajo. (nivel macro)
Desigualdad entre varones y mujeres en las relaciones de parentesco.	NO es válido crear un indicador en este rubro para etnicidad.
Desigualdad entre varones y mujeres en autonomía y capacidad en la toma de decisiones.	Desigualdad entre indígenas y no indígenas en autonomía y capacidad en la toma de decisiones (diferencias en com. individualistas y corporativas)
Desigualdad entre varones y mujeres en la normatividad sobre la sexualidad y reproducción.	No es válido crear un indicador en este rubro para etnicidad.

Sin embargo, es importante mencionar que esta propuesta se realizó para analizar la información respecto a los terapeutas tradicionales exclusivamente. Ya que la información recolectada para usuarias de comadronas que basó en la construcción social de las identidades.

El implementar una propuesta como esta, no fue una tarea fácil, porque no existe una frontera real entre género y etnicidad.

Situación que la demostraré con un ejemplo: Una mujer adolescente indígena que vive en el área rural, que desea continuar con sus estudios de secundaria, pero debido a ser parte de una familia numerosa, sus padres piensan y deciden que en vez de asistir a la secundaria se quedará en casa ayudando en las tareas domésticas. Yo me pregunto hasta qué punto existen diferencias con una mujer adolescente no indígena que vive en el área rural que también es parte de una familia numerosa y que desea continuar con sus estudios de secundaria.

Las propuestas de análisis de la teoría de género facilitan aún más la identificación de vínculos teóricos con la realidad social, como se ha demostrado. Las posibilidades de trabajar con las propuestas de: la construcción social de las identidades y las relaciones de



poder entre hombres y mujeres, aún no han sido aplicadas al fenómeno de etnicidad, sin embargo éstas propuestas pueden dar luces para abordar el problema específico de la etnicidad en Guatemala. Dejo la inquietud a investigadores y a la creatividad de los mismos para intentar abordar ésta problemática partiendo de la base teórica de género.

En Guatemala y primordialmente dentro del espacio de investigadores sociales las posibilidades de originalidad y creación, son cualidades difíciles de encontrar, la piratería de ideas son hechos cotidianos. Pero ésta situación se debe primordialmente a que las instituciones formadoras de investigadores sociales se han desactualizado y algunos utilizan postulados teóricos de hace tres décadas.

En esta ocasión se ha demostrado la forma en que los paradigmas teóricos pueden aplicarse según los fenómenos sociales a determinadas características. En igual forma se intenta demostrar como la teoría de género o teoría social feminista intenta develar en el fondo la teoría del poder, fenómeno que no es ajeno al problema de la etnicidad y de otros muchos más.

La propuesta presentada para trabajar la desigualdad respecto del acceso y control de los recursos materiales y simbólicos entre los terapeutas tradicionales, nace por un lado del enfoque de género, pero a la vez se utiliza el enfoque de la etnicidad, la innovación metodológica de la investigación Género y etnicidad, quiere servir de base para el abordaje de la temática en futuras investigaciones y espera ante todo la creación de indicadores cualitativos para poder abordar temáticas poco exploradas respecto de dichos temas.



## CAPÍTULO II

### La relación entre Género y Etnicidad: Metodología

Tomando en cuenta la postura teórica y la propuesta de Ivonne Szasz se elaboraron preguntas para construir algunos indicadores cualitativos que intentaran recolectar información durante el trabajo de campo y también para que dichos indicadores sirvieran de temas para realizar las diversas preguntas de las guías de entrevistas en profundidad.

Las preguntas teóricas que se formularon para intentar definir indicadores cualitativos, para ser profundizados en las entrevistas fueron:

¿Cómo es la relación entre mujeres (comadronas y mujeres usuarias) respecto de la **construcción social de las identidades**? Esta pregunta abarcó los vínculos referentes a:

1.- La percepción del cuerpo; Interesa profundizar en particular sobre la concepción achí sobre la “movilidad de los órganos<sup>2</sup>”, de acuerdo a esta percepción algunos órganos del cuerpo tienen movilidad y esa característica provoca la enfermedad. En este caso se profundizó sobre tres padecimientos diferentes: a) la matriz es un órgano que tiene esa característica en la racionalidad maya-achí, b) pero la mollera caída (fontanela de la cabeza) también es concebida como padecimiento y c) el alboroto de lombrices. Se escogieron estos tres padecimientos en particular porque éstos son tratados por madres de familia y comadronas.

También se decidió recolectar información sobre la orina, concretamente sobre la percepción curativa de esta<sup>3</sup>, para intentar visualizar las diferencias biológicas entre varones y mujeres reflejadas en el uso curativo de esta sustancia del cuerpo, se analizará la función “reproductora” del cuerpo femenino, al analizar el uso prohibitivo de orina proveniente de las mujeres con el uso de la orina de niños pequeños (varones) y orina de varones adultos para la curación de diversos padecimientos.

---

<sup>1</sup>Abordaje teórico-metodológico de la teoría de género en base a Ivonne Szasz.

<sup>2</sup>Uno de los hallazgos de la investigación pre-liminar de ésta investigación.

<sup>3</sup>Ibídem.



2.- Dar y recibir cuidados: para entender cómo se construye la identidad social entre varones y mujeres es necesario partir de la diferencias que hay entre la familia, para esta investigación en particular es primordial ver que diferencias hay entre comadronas y usuarias de comadronas respecto del dar y recibir cuidados. En este caso se intentará señalar el papel de la comadrona en la familia extensa y se señalarán también las diferencias entre usuarias-comadronas.

Tomando de base ésta construcción de indicadores cualitativos para la recolección de la información durante el trabajo de campo se elaboró una guía de discusión para la realización de grupos focales<sup>4</sup> y una guía de entrevista en profundidad<sup>5</sup>. Tanto la guía de discusión y la entrevista en profundidad se aplicó a comadronas y a usuarias de comadronas, ya que el fin primordial era visualizar diferencias entre mujeres, para evaluar si la especialidad de “comadrona” es condicionante para observar diferencias entre mujeres que no son comadronas.

En total se realizaron dos grupos focales con usuarias de comadronas y un grupo focal con comadronas<sup>6</sup>, mientras que el total de entrevistas en profundidad realizadas con comadronas fueron un total de 7 y con usuarias de comadronas fueron un total de 9<sup>7</sup>.

La otra pregunta de base teórica para formular indicadores cualitativos fue:

¿Cómo es la relación entre varones y mujeres (terapeutas tradicionales) respecto de las **asimetrías sociales de género?**

Un tema pendiente de investigar en la tesis doctoral fue la visualización de posibles

---

<sup>4</sup>Consultar en los anexos la guía de grupo focal para ver detalles sobre la misma.

<sup>5</sup>En los anexos se puede consultar el formulario utilizado para entrevistar a comadronas y usuarias respecto del tema.

<sup>6</sup>Las transcripciones de los tres grupos focales se pueden consultar en los anexos.

<sup>7</sup>En los anexos también pueden consultarse las transcripciones de las entrevistas realizadas a comadronas y usuarias.





diferencias entre: curanderos y curanderas (género), comadronas y guías espirituales (de acceso a recursos materiales y simbólicos), diferencias entre comadronas indígenas y comadronas no indígenas, (etnicidad) y entre curanderos/as indígenas y no indígenas (etnicidad).

Es así que una innovación metodológica de la investigación fue vincular en un solo formulario, la recolección sobre género y etnicidad referida a los terapeutas tradicionales, de ésta cuenta se formuló también la siguiente pregunta para crear indicadores cualitativos:

¿Existen diferencias entre indígenas y no indígenas respecto de prácticas, conocimientos e ideologías para la atención del proceso salud/enfermedad/atención?

En este caso tanto la teoría de género, como la etnicidad coinciden en estudiar las desigualdades de acceso y control a los recursos materiales y simbólicos, sin embargo la teoría de género se enfoca en la diferencia entre varones y mujeres y la teoría de etnicidad basa su análisis en las diferencias entre indígenas y no indígenas, razón por la cual se realizaron dos preguntas para analizar el mismo tipo de información.

La formulación de éstas dos preguntas intentaron recolectar información sobre la desigualdad en acceso y control de los recursos tanto materiales y simbólicos que manejan todos los terapeutas tradicionales. Sin embargo ésta entrevista en profundidad tuvo que dividirse en diferentes temas porque cada sección tiene un fin específico relacionado con el género y la etnicidad que se explican y se presentan en el cuadro que aparece a continuación:

#### Cuadro No.2

#### Temas de la entrevista para Terapeutas Tradicionales

Aparatado de la entrevista	Tipo de información a recolectar	Su aplicación en la teoría de género y etnicidad
----------------------------	----------------------------------	--



<p>Aprendizaje del oficio de terapeuta tradicional.</p>	<p>Antecedentes familiares sobre terapeutas y el proceso de transmisión de la memoria colectiva respecto de su oficio.</p> <p>Características particulares para ejercer el oficio.</p>	<p>Confirmación de acuerdo a genealogías del patrón hereditario en la línea matrilineal para los oficios de mujeres y en la línea patrilineal de los oficios para varones.</p> <p>Diferencias entre indígenas y no indígenas sobre el “don” para curar.</p>
<p>La atención de la nosotaxia popular<sup>8</sup> general y en particular la nosotaxia popular de Rabinal.</p>	<p>Identificación de las enfermedades, así como de los síntomas, diagnósticos y tratamientos.</p>	<p>Diferencias entre varones y mujeres respecto de enfermedad, sintomatología, diagnóstico y tratamiento.</p> <p>Diferencias entre indígenas y no indígenas respecto de enfermedad, sintomatología, diagnóstico y tratamiento.</p>
<p>Teoría de lo frío-caliente</p>	<p>Manejo de la teoría por parte del terapeuta, rompimiento del equilibrio debido a lo frío o caliente.</p> <p>Manejo de plantas medicinales frías, frescas y calientes.</p> <p>Manejo de remedios caseros y medicamentos populares en fríos, frescos o calientes.</p>	<p>Diferencias entre varones y mujeres respecto del manejo de la teoría para enfermedades, plantas medicinales, remedios caseros y medicamentos populares.</p> <p>Diferencias entre indígenas y no indígenas respecto del manejo de la teoría para enfermedades, plantas medicinales, remedios caseros y medicamentos populares.</p>
<p>Calendario maya<sup>9</sup></p>	<p>Manejo y uso de los nawales y días del calendario maya.</p>	<p>Diferencias entre hombres y mujeres del manejo del calendario maya.</p> <p>Diferencias entre indígenas y no indígenas del manejo del calendario maya.</p>

<sup>8</sup>Padecimientos o enfermedades de mayor demanda entre los terapeutas tradicionales, que no competen a las esferas de conocimiento de la bio-medicina, por ejemplo: mollera caída, mal de ojo, lombrices, etc. La información de éste apartado de la entrevista aún está en proceso de análisis.

<sup>9</sup>La información de éste apartado de la entrevista aún está en proceso de análisis.



La entrevista en profundidad que recolectó todos éstos temas se tituló: Entrevista para comadronas y curanderos<sup>10</sup> con un total de 64 preguntas, debido a lo extenso que fue la entrevista, generalmente la entrevista se cubrió en dos visitas diferentes para no cansar al entrevistado.

En total se pasaron 9 entrevistas a los siguientes terapeutas tradicionales: una comadrona, dos para mujeres que eran a la vez comadronas y curanderas, dos con curanderas, tres a guías espirituales varones y una a un partero. Cada una de las entrevistas tiene una duración aproximada de hora y media, con un total de 15 a 20 páginas<sup>11</sup>, el volumen de información generado por este tipo de entrevistas es muy voluminoso, razón por la que aún falta la interpretación de algunas temáticas.

La tercera pregunta que se realizó para proporcionar indicadores cualitativos respecto del marco teórico fue:

¿La **desigualdad entre mujeres** se verifica en las relaciones de parentesco, en la autonomía y capacidad para la toma de decisiones?

El tipo de información que recolectó ésta pregunta se basó en las relaciones de parentesco y en la toma de decisiones:

Relaciones de parentesco: Se analizará la familia extensa tanto de la usuaria o de la comadrona. Para poder ver también las diferencias internas que hay dentro de las familias respecto de la mujer cabeza de familia y su status con el esposo de la usuaria o la comadrona. Razón por la cual la selección de las mujeres entrevistadas se fundamentó en el acceso a fuentes de recursos: mujeres que elaboraran artesanías, que tuvieran animales para la venta versus mujeres que no tuvieran acceso monetario más que el proporcionado por el esposo.

---

<sup>10</sup>En el apartado de los anexos se puede consultar la guía con las 64 preguntas.

<sup>11</sup>En los anexos se pueden consultar las transcripciones de las 9 entrevistas.



Toma de decisiones: Se seleccionaron cinco tipos diferentes en los cuales la mujer pudiera actuar sola en la toma de decisiones, los temas seleccionados fueron: gasto familiar, viajes fuera de la comunidad, la edad en que los hijos comienzan con la educación, celebración de las actividades familiares y elección de comadrona o médico para el parto de los hijos.

El formulario de la entrevista a profundidad que trabajó estas dos temáticas se le nombró: Entrevista para madres de familia y madres con status diferenciado<sup>12</sup>. En total se entrevistaron 10 mujeres.<sup>13</sup>

El último instrumento que se evaluó durante el desarrollo de la investigación, fue una guía para la realización de un Taller sobre Plantas Medicinales<sup>14</sup>, que fue uno de los resultados de investigación que se propuso desde un inicio en la investigación, por razones de espacio en la redacción de éste informe final, toda la experiencia respecto del mismo corresponde a uno de los anexos de la investigación, razón por la cual el interesado puede remitirse a dicho anexo en particular.

Para finalizar este capítulo es importante esclarecer que los sujetos de la investigación fueron las comadronas, las usuarias de comadronas, los terapeutas tradicionales y las madres de familia del municipio de Rabinal, Baja Verapaz. Y para la recolección de la información o para la realización del trabajo de campo se efectuaron los siguientes instrumentos:

Un grupo focal dirigido a usuarias de comadronas y comadronas.

Tres guías diferentes de entrevistas a profundidad dirigidas y tituladas:

Entrevista para madres y comadronas (dirigida a comadronas y usuarias).

Entrevista para comadronas y curanderos (dirigida a terapeutas tradicionales).

Entrevista para madres de familia y madres con status diferenciado (dirigida a madres).

---

<sup>12</sup>En la parte de los anexos que se titula: Instrumentos o guías de trabajo de campo se puede consultar la guía de dicha entrevista.

<sup>13</sup>Las transcripciones de las entrevistas se pueden consultar en los anexos.

<sup>14</sup>En el anexo titulado “Taller” se puede consultar en detalle la guía de capacitación, la aplicación de la misma y una sección fotográfica.



Una guía para la realización de un Taller de Plantas Medicinales.

En los anexos se pueden consultar todos los instrumentos elaborados para la investigación, la transcripción textual de entrevistas y grupos focales, como también los resultados de la aplicación del Taller de Plantas Medicinales.



### CAPÍTULO III

#### La percepción del cuerpo

El presente capítulo proporciona un esbozo sobre la percepción achí del cuerpo de la mujer, concretamente analiza la percepción sobre la movilidad que tiene “la mollera”, “la matriz” y las “lombrices”, finalmente se hace una interpretación respecto de la diferenciación entre varones y mujeres respecto del uso curativo de la orina. Estos fueron los puntos medulares que en el desarrollo de la investigación se manejaron para intentar entender la construcción social de las identidades.

Los objetivos de la investigación que se cumplieron en el desarrollo del presente capítulo fueron:

Evidenciar la importancia del papel femenino de la mujer respecto de determinados procesos biológicos como: el pre-parto, parto y post-parto, la atención de enfermedades en la familia y re-validar el papel femenino de la mujer en el oficio de comadrona.

Determinar similitudes y diferencias de etnicidad entre comadronas respecto de: el aprendizaje de la profesión, la demanda de la población, los tratamientos y recursos utilizados, etc.

Identificar similitudes y diferencias de etnicidad entre mujeres usuarias de comadronas.

Analizar los elementos de diferencia étnica entre comadronas indígenas respecto de sus prácticas y tratamientos utilizados.

Para cada uno de los padecimientos llamados: “mollera caída”, “movida-caída de la matriz” y “alboroto de lombrices” se cubrieron los apartados siguientes: causa del padecimiento, sintomatología, terapeuta y tratamiento, relación con la bio-medicina y racionalidad maya, ello para proporcionar los elementos indispensables de la comprensión del padecimiento desde el punto de vista de las pacientes, curadores y cuidadores.

Mollera Caída:

Causa del padecimiento:

El padecimiento se origina de acuerdo a la racionalidad maya achí que postula un equilibrio mecánico del cuerpo, al quebrantarse el mismo es cuando se presenta una enfermedad o un



padecimiento. En este caso la transgresión es: “Cuando el niño a veces se cae así sentado y como es pequeño esta tierno todos sus huesitos entonces se baja con los golpes.”(comadrona), pero esa transgresión no se explica exclusivamente en términos de un equilibrio mecánico, sino también puede ser una transgresión de tipo moral “-Y otros dicen que por besarlo en la boca. Así hemos oído” (madre), o una transgresión relacionada con el desarrollo normal de los bebés: “Al pararlos bien tiernitos” (madre).

La racionalidad maya-achí sobre el origen de la enfermedad es la misma para madres y para comadronas. Los grupos focales se hicieron en comunidades tanto indígenas como no indígenas, en la comunidad en donde hubo más asistencia de madres no indígenas, una opinión minoritaria explicó

la relación entre deshidratación y la mollera caída, según el testimonio de las madres explican que ellas han recibido capacitaciones y por ello saben que a los niños con la mollera caída se les debe dar suero oral.

Desde la óptica de la bio-medicina se ha relacionado la mollera caída como un síntoma de deshidratación severa, sin embargo a la fecha no se ha podido demostrar esa relación porque las fichas médicas o los partes médicos no están adaptados para recolectar información sobre esa relación entre mollera caída y deshidratación, tampoco en las actas de defunción de los niños menores de 12 meses aparece una indicación de preguntar o relacionar la mollera caída con la deshidratación. En este sentido también los testimonios que dan tanto profesionales mayas o personas sobre su experiencia con dicho padecimiento, insisten en señalar que no hay una relación entre deshidratación y padecimiento. En los grupos focales realizados en Rabinal no se pudo observar una tendencia entre las madres de familia a defender la postura entre deshidratación y mollera caída. Al no existir una opinión o una tendencia contraria en los

grupos focales, se analiza que el razonamiento o tratamiento permite una articulación entre la práctica del suero oral y el tratamiento clásico de las comadronas.

#### Sintomatología:

Para madres y comadronas las señas para reconocer este tipo de padecimiento son diversas, hay consensos entre madres y comadronas respecto de que los niños “babea mucho” y “tienen asientos”, mientras que existen otras señales como: “hacen ruido al mamar”, “se



hinchán los cachetes”, “lloran mucho”. Las señas o los síntomas<sup>1</sup>, para este tipo de enfermedad no son generalizables, lo único que si es generalizable es el origen sobre el rompimiento del equilibrio, razón por la cual la lógica a la enfermedad es entendible en términos de racionalidad maya achi, no así de racionalidad bio-médica como la relación mollera caída-deshidratación.

La credibilidad o la transmisión de los conocimientos por medio de madres y personas respetables de la comunidad son fundamentales en esa racionalidad maya-achi que manejan tanto las madres como las comadronas.

#### Terapeuta y Tratamiento:

Al presentarse una enfermedad en la familia es determinante señalar la relación que existe entre el terapeuta y el cuidador principal de la familia, porque el terapeuta es quien se ocupa de diagnosticar y recetar, pero el cuidador principal en la familia es quien se encarga de continuar con ese tratamiento hasta encontrar el alivio.

Esta relación en Rabinal es evidente y son las madres de familia, por excelencia, el cuidador principal de la familia, como explica el comentario siguiente: “-Cada quién como madre, tiene que ver por la salud de su bebé, si porque cuando se descuidan a los hijos a uno le toca ver.” (Madre).

Por otro lado al presentarse una enfermedad en la familia es cuestionado el rol del cuidador principal porque comienza un proceso de jerarquización del conocimiento sobre la enfermedad, en donde el rol de una mujer joven es cuestionado por su inexperiencia en el tema. -“-Pero hay algunas que si no lo pueden arreglar, lo llevan con comadronas, porque ellas si pueden.

-Así nos dicen nuestros antepasados, de cómo hacerlo.

-Así nosotros como jóvenes que vamos hallar que hacer las viejitas son las que lo tienen porque ellas tienen mas ideas.” (Madres).

No hay diferencias entre madres y comadronas<sup>2</sup> respecto de la terapia de la mollera caída, la

---

<sup>1</sup>Para los lectores con formación bio-médica.

<sup>2</sup>La información recolectada durante los años 2,000 y 2,001 con comadronas también se tomó en cuenta para hacer las comparaciones entre las opiniones de madres y comadronas, para más





lógica del tratamiento responde a la restauración del equilibrio del cuerpo, movimientos para que la mollera vuelva a su lugar: “ yo solo lo ponía boca abajo. O sea parado al revés, con los pies en la cabeza, y sobarlo”. (Madre)

Relación con la bio-medicina:

La racionalidad maya-achí no es ajena a la influencia de la bio-medicina, pero las lógicas aplicadas en las terapias responden a procesos diferentes. Esta es la razón por la que los padecimientos de racionalidad maya-achí solo pueden ser atendidos por terapeutas que manejan dicho pensamiento.

“El doctor no puede el doctor cura otras enfermedades esto de la mollera es como un secreto hay que hacer un secreto para que se cure el doctor no sabe.” (Comadrona).

Sin embargo en los comentarios tanto de madres como de comadronas se puede observar una tendencia mínima en la articulación de conocimientos, que intentar combinar las lógicas y así proveer de un sentido diferente a los padecimientos: “Sabe que de eso, no hay necesidad de hacer eso así, lo que les hace falta es alimentación de que la mollera esta hundido se les da atolito y todo eso.”(comadrona) “Ahora ya los curan de lombriz antes no lo curaban, de un empacho, de un ojo o de una caída de mollera no lo curaban porque no daban que era, decían que era una infección como va hacer una infección a un chiquito el problema de ellos es que se le cae, como al caerse la mollera a ellos les da asientos allí es cuando se da cuenta uno y se les baja mas, cuando tienen asiento se les baja mas.” (Madre)

Otros dos comentarios de las madres de familia resultan relevantes. Uno que hace alusión a la forma de transmitir las lógicas de la racionalidad achí, (formal verbal y generacional). “Sólo preguntando a nuestras mamás o a nuestras abuelitas o a la comadrona y hacerle este secreto y así somos nosotras las que nos encargamos de hacerlo.”(madre). Otra se refiere a la precariedad de la economía de los hogares, sumada ésta razón a la competencia de padecimientos de racionalidad achí son atendidos por terapeutas de dicha tendencia: “A veces nosotros llevamos a nuestros niños con el doctor, llorando y gritando y en cambio con un montecito se cura el niño, y nosotros lo llevamos con un doctor a gastar unos Q200.00 y por gusto, la medicina se queda allí. Y uno ya va a pasar el montecito, le da al niño, se cura el niño.” (Madre).

Racionalidad maya:

---

detalle de los testimonios de comadronas consúltese la tesis de Mosquera Saravia.



Para entender la racionalidad maya-achí del padecimiento “mollera caída” es necesario puntualizar la propuesta de los biorritmos físicos-mentales-espirituales de Erik Espinoza, en la cual explica que el cuerpo humano tiene 13 centros principales de energía, uno de ellos está ubicado en la coronilla de la cabeza y este se encarga de “la conexión con lo espiritual, la trascendencia con lo cósmico, el ir y venir sin estar allá o aquí. Es la energía en su más alto nivel de manejo.”(Espinoza:84).

Si se sigue esa lógica para entender el padecimiento de la mollera caída vemos que los niños recién nacidos y las mujeres en el momento de dar a luz tienen, ambos tienen una situación especial, que en términos de la racionalidad achí se puede interpretar como una conexión con lo espiritual, lo cósmico. En la lógica maya-achí el padecimiento es producto de una situación especial: a) tener una corta edad “son tiernitos por eso resolla (señala la parte de arriba de la cabeza) aquí se les hace un hoyito, porque son tiernitos nosotros ya estamos sazones ya no es igual que el ayote, si son tiernitos si.” (Madre) o b) empezar con el proceso de parto (mujeres) “Así también me dice a mi la comadrona, que ya cuando va dar a luz uno, la comadrona nos toca para ver si ya viene el bebé.”(madre). Ya que al pasar un tiempo y salvar esa situación especial se normaliza la mollera:

“-Tal vez porque ya van sazonando digo yo, porque cuando están tiernitos está muy aguada y conforme uno va creciendo, entonces tal vez se va sazonando.” (Madre).

Al comparar los dibujos hechos por la comadronas y la propuesta de Erik Espinoza, vemos que la mayoría de las comadronas localizaron en el mismo lugar “la coronilla”, donde se ubica la mollera.

Movida-caída de la Matriz:

Relación estómago-matriz

Algunas madres piensan que si existe relación entre los órganos principalmente cuando están embarazadas y también se denota una relación en términos lingüísticos entre los órganos:

“-Si se relacionan, porque cuando uno come. -Porque cuando nosotras estamos embarazadas, y deseamos algo, dicen que es el bebé el que lo pide, entonces si tiene que ver. -Si no está embarazada, no, no hay nada, porque está vacío.” (Madres).

“-Pero uchu qapa, quiere decir mamá del estómago.”(madre).

En igual forma en el momento a que las madres se les puso a dibujar el lugar en donde crece el bebé una minoría de ellas señalaron lugares diferentes a la matriz, útero, ovarios como el estómago, vientre y ombligo.



Para las comadronas está claro que el estómago y la matriz no tienen relación, sin embargo una minoría de ellas piensa que el mal de orín y la hinchazón del estómago, aunque sean órganos diferentes se ven afectados ambos. “algunos cuando se compone al terminar de dos meses un mes se comienza con mal de orín eso con eso se tiene que ir con el doctor” (comadrona)

“al estómago porque se sopla o se hincha y al sanarlo suena a embotado y nos da asedo o erupción shuco”. (comadrona)

Diferencia entre movida-caída de la matriz:

La diferencia entre movida y caída de la matriz a criterio de madres de familias y comadronas no es clara, como se manifiesta en los testimonios siguientes:

“-Cuando el niño está allí de todas formas se tiene que estar moviendo a parte es cuando se va a caer sale entonces no es igual.” (Madre)

“-Cuando es movida, se puede sobar, la persona se pone patas arriba, y se puede sobar, y se baja está bien, pero ya caída ya no se puede, tiene que ser operación, la sacan de una vez.” (Madre)

“-Lo que yo entiendo es que al moverse, es un poquito nada más, que cuando se cae.” (Madre)

Tanto madres como comadronas dijeron que para evitar que la matriz se caiga es necesario tomar ciertas medidas durante el período de post-parto.

“...va creciendo y al llegar el tiempo en que el niño nace por eso hay reposo o inyección para no después del parto estar en reposo para que no se vaya a salir y no uno en carrera eso se sale eso es peligroso muchas personas se han quedado sin matriz por motivo que no hubo cuidado después del parto.” (Comadrona)

Otro de los factores que diferencian este padecimiento de la movida de la matriz es la gravedad de la caída de la matriz ya que el dolor es más intenso y se tiene un contacto visual con la parte que sale, sin embargo a veces esta percepción es contradictoria porque según las madres a las niñas también se les puede caer la matriz, pero no se considera tan grave como a una señora recién parida o con edad avanzada.

“-A cualquiera se le cae la matriz, cualquiera que tenga matriz. -Hasta las niñas se les cae. -Ahí en la vecindad hubo una niña que se había caído de una silla y cayó sentada en una piedra, y se le cayó la matriz, y es una niña chiquita. Entonces la fajaron y la sobaron.” (Madres).



En ese mismo sentido la movida de la matriz es un mal o padecimiento que puede solucionarse con una comadrona y no hay necesidad de una intervención hospitalaria o de médico. Otro de los factores que diferencia un padecimiento del otro es la terminología lingüística.

“Tenía 6 meses y medio mi nena y el dolor como que una chibola se movía en mi estomago después me agarro cada quince miro yo mi menstruación no se calma con ese dolor ya no puedo caminar, no puedo sentarme me duele le dije yo a la comadrona que me fuera a ver me froto y me puso los pies para arriba y me empujo para abajo con sus manos y de allí me faje como tres meses allí sentí yo que esa chibola subió para tener dieta tuve que guardar dieta en tres meses así se me quito ese dolor ya no sentí esa chibola me agarraba dolor de cintura dolor de piernas y de las palmas de los pies.” (Madre)

“-Como la palabra en achí ixtzaqlo upa, se cayó su matriz, ixtzaqlo la upa koj cha che, se le cae la matriz le decimos. Es como tzaqlog, es cayó, cayó, como dice la señora pues de que cayó, eso ya tiene una diferencia ya no es movido si no que se cayó.” (Comadrona)

#### Sintomatología:

Respecto de la sintomatología las diferencias mencionadas por las madres y las comadronas para la caída de la matriz es que ante todo la madre siente que se cae y en algunos casos se ve físicamente.

“-Porque cuando se le cayó la matriz a una señora, lo siente ella misma de su parte y sale. - Se mira y se siente.” (Madres)

Sin embargo los síntomas suelen ser muy parecidos a criterio de madres y comadronas:

“-Cuando se les cae la matriz se les hincha la cara y se ponen amarillas, es cuando uno se da cuenta. - Dolor de pies” (Madres).

“- Ha porque se mueve les duele, - Les duele la parte de la matriz, - Les duele cuando caminan, no puede dar un paso sienten una cosa aquí y le arde. -Es que les duele al caminar, no pueden dar su paso porque les hace un estorbo. -Se siente cuando está hinchado. -Arde como chile.” (Comadronas).

#### Terapeuta y Tratamiento:

El único indicador de diferencia entre los padecimientos es el tratamiento aplicada por las comadronas, ya que solamente una madre dijo que la caída de la matriz la curaban las comadronas, mientras que la mayoría de las madres e incluso las comadronas explican que el tratamiento para la movida de la matriz es aplicado por comadronas, mientras que para la



caída de la matriz si es necesario un doctor o una operación.

“-O sea que las comadronas curar sólo los que están movidas, ahora el que de una vez está afuera, si no. -Si no lo logran pues se van con el doctor. -Solamente que ya este afuera la matriz lo operan, como ya no se puede hacer nada lo sacan. -Lo frotan con pomada así tiene que tomar un remedio caliente para que caliente la matriz. -Sobarlo con lienzo o con pomada, las cuelgan de los pies y las fajan. (Madres).

“- La vamos a sobar subimos para arriba los pies -Solo la sobada o le da un remedio - Les damos altamisa, pericón, con curarina (cura fiebre) es para que asienten la matriz, eso es lo que yo doy cuando me buscan, porque la enferma se seca o se pone delgada, pero con eso se levanta y le sale su color porque cuando esta así ya no se levanta.” (Comadronas).

Relación con la bio-medicina:

Al preguntarles a las madres y comadronas sobre la preferencia para tratar el padecimiento de la “movida de la matriz” ambas explicaron que el médico no es capaz de poder aliviar la movida de la matriz, este es otro criterio de diferenciación entre movida y caída de la matriz.

“-Lo que nos hace el doctor, es que sólo nos inyecta. -Es que el doctor sólo nos toca, en cambio la comadrona al tocar así, ella ya tiene experiencia y sabe si está en su lugar o no está en su lugar y hasta donde lo va ir a hallar. -El doctor no tiene experiencia como la comadrona, porque nos soba la comadrona en que parte debe ser, porque no es cualquier sobada nomás que no hago así a mi gusto, así no, porque la comadrona sabe.” (Madres).

“-Pues yendo con el doctor no cura, ellos de una vez lo cortan, eso es la operación, si sacan la matriz, sacan a la matriz, si ya no entra se va hasta Salamá.” (Comadrona).

Padecimiento llamado: “lombrices”:

¿Qué son las lombrices y qué hacen en el organismo?

En la lógica de la racionalidad maya-achí hablar de “lombrices” y de “alboroto de lombrices” es algo totalmente diferente, razón por la cual la información que se presenta a continuación se refiere al término “lombrices”.

Tanto madres como comadronas explican que todos los seres humanos tienen lombrices, es una parte del organismo con la que se nace y se muere. -“Todos tenemos lombrices, desde recién nacidos, porque el día que no tengamos nos morimos, entonces nos morimos todos.” (madre) “Desde que nacen que son niños se oyen que hay lombrices” (comadrona).

Las lombrices están relacionadas con algunas funciones vitales, como el hambre y la vida.



“-Se mueren las lombrices es cuando nos vamos a morir, ya no tenemos hambre.- Chillan cuando uno tiene hambre” (comadronas)

“- Si, porque por la lombriz comemos, si. Son las lombrices las que piden comida, chillan, (todas se ríen)

-Al chillar las lombrices, nos da hambre.” (Madres)

Las lombrices en términos de la racionalidad maya-achí se pueden interpretar como “seres acompañantes” durante todo el proceso de la vida los humanos. La idea de acompañamiento en la filosofía maya se ejemplifica en el nawual, con esto quiero demostrar que éste principio no es nuevo en la racionalidad maya-achí.

Esta idea de “acompañamiento” de las lombrices en el organismo durante toda la vida, ha ido evolucionando con los conocimientos de la bio-medicina, tanto madres y comadronas relacionan las lombrices con los parásitos intestinales: “-...donde corre mas peligro es con los niños, porque en esos cuando un niño recoge una cosa y tiene microbio, entonces es una bacteria la que va ir a dañar el estomago del niño, o a veces por el descuido de uno de madre que no se lava las manos cuando le va dar de comer, entonces esa alimentación que le damos va con microbios con bacterias, entonces ahí las lombrices se le alborotan al niño, por los parásitos.

-Existe la mera lombriz que si la tenemos todos. Pero con la mala alimentación que llevamos a la boca, nos da las otras, es a través de eso que la tenemos.” (Madres)

“Ha esos son microbios, son huevecillos” (comadrona)

Madres y comadronas manejan correctamente todo el ciclo bio-médico sobre los parásitos intestinales, (formas de transmisión, reproducción, tratamiento) y hacen una articulación entre los conocimientos de la racionalidad maya-achí y los bió-médicos, en el sentido que los desparasitantes matan a los parásitos que hacen daño, pero no a las lombrices.

“-Se puede desparasitar pero siempre quedan.

-Se desparasita pero el microbio, porque las lombrices salen todas nos morimos nosotros porque ya no tenemos el organismo como es.

-No porque depende de la medicina, si es la indicada para que no salgan todas, o aunque queden los huevecillos pues, entonces ya está uno con sus lombrices otra vez.” (Madres)

Para entender el padecimiento llamado “alboroto de lombrices”, es necesario entender primero la concepción sobre las lombrices, que se explicó anteriormente. En este sentido “la movilidad” de las lombrices es lo que provoca la enfermedad, el desequilibrio que crean



las lombrices al moverse.

Causa del padecimiento: Alboroto de lombrices

No hay un consenso entre las respuestas de madres y comadronas respecto al origen o la causa del alboroto de lombrices, sin embargo al analizar las tendencias en las respuestas se perfilan dos diferentes: Una relacionada con el proceso bio-médico de los parásitos:

“-Como volvemos a repetir pues, es por la higiene, si, peor en el tiempo de ahora, que mosquerío hay, y si uno dejó todo destapado sus trastes o lo que uno va a consumir para comer, entonces ya el niño lo agarra.

-Las moscas traen el microbio en las patitas y si nos descuidamos un poquito también a nosotros nos pasa.

-Si (todas), si no hay higiene.

-Si, porque si no hay higiene, o vamos a ir a traer un mango todo mosqueado y nosotros nos lo comemos sin lavarlo o pelarlo, entonces ahí ya tiene el microbio.

-Nosotros lo aguantamos, pero los niños no.”(Madres)

Y la otra tendencia se explica por un desequilibrio causado por múltiples factores:

“Por comer mucho un alimento: mango, chile, etc. (Alimentos con características frías o calientes)”, “comer un alimento en mal estado”, “cuando se pasa la hora de la comida y no se ingieren alimentos”, “Por andar descalzo en el lodo, al sentir olores muy penetrantes, por el cambio de estación de seca a lluviosa, por los rayos.”

Sintomatología:

Respecto de los padecimientos de racionalidad maya-achí como lo son la mollera caída y el alboroto de lombrices, no encontramos consensos entre madres y comadronas respecto de su sintomatología.

Para el caso del alboroto de lombrices son tres las tendencias que explican la sintomatología en los niños:

A. La presencia de asientos. “Sí usted, sí porque como tienen una gran envoltura con aquellos grandes asientos y el estómago así pura agua, es que son lombrices.” (Comadrona)

B. Picazón en la nariz y una panza anormal. “-O tienen picazón en la nariz, se mantienen con el dedo en la nariz. -Un niño que se ve muy panzoncito es porque carga el montón de lombrices.” (Madres)

C. Forma especial para dormir. “-Se duermen embrocados. -Si, boca abajo.” (Madres)

Terapeuta y Tratamiento:



Como lo indican testimonios de madres y comadronas, el alboroto de lombrices es un mal que puede ser curado y resuelto en casa, por la curadora principal de la familia cuando ésta es experimentada, es decir sabe y conoce el procedimiento de la cura. “Los primeros niños no lo saben curar lo llevan con nosotros porque como nosotros ya somos grandes sabemos que hacer y que buscar.” (Comadrona), “ Nosotras mismas, a veces preguntamos a la gente grande.” (Madre). Sin embargo, existen otras alternativas, “acudir al centro de salud”, pero ésta tendencia fue una opinión minoritaria.

Llama la atención el comentario hecho por una madre en donde explica que la primera acción siempre se da en la casa y dependiendo del proceso de la enfermedad o padecimiento se buscan otros recursos: “Si no se cura el niño, y no se cura y no se cura, entonces hay que acudir con un médico, pero primero voy yo hacer lo mío, pero si no se cura, no se cura tiene que llevar uno con el doctor, pero yo ya hice lo mío.” (Madre)

El tratamiento: Si relacionamos las dos tendencias discutidas respecto del “alboroto de lombrices”

Una relacionada con el proceso bio-médico de los parásitos y que explica un desequilibrio causado por múltiples factores. La lógica del tratamiento en la racionalidad achí debería entonces responder a estas dos posibles causas.

De acuerdo a los testimonios de madres y comadronas el tratamiento del alboroto de lombrices consiste en: proporcionarle al niño un remedio casero a base de apazote: “...así como el apasote, hay que molerlo primero, ...así paso con un niños mío fuimos a moler la horchata le damos un vasito así para que lo tome.” (Madre). Pero además es necesario hacer una cataplasma “parche”, con ajo y apazote en un pedazo de pan o masa de tortilla. “El ajo se utiliza para hacerle parchitos con apazote, si no hay masita se hace con francés, un parche aquí (estómago) y otro en la espalda.” (Madre).

Finalmente las comadronas explicaron más que las madres de familia que es necesario “sobar” al niño, poner el parche para “juntar las lombrices”. “...y les sobo bien pero bien sobado se le jalan los dedos y bien sobado y se juntan las lombrices y se le pone un parche de apasote y una cucharada de aceite.” (Comadrona). En este sentido es importante señalar que las comadronas son ante todo “sobadoras por excelencia” y que en la mayoría de sus terapias aplican esa técnica para la curación.

La lógica del tratamiento se puede interpretar de la siguiente forma: el remedio casero a





base de apazote sirve para aliviar los problemas que dan los parásitos intestinales y el alboroto de las lombrices, mientras que la aplicación de la cataplasma hecha a base de ajo y apazote contraresta los problemas de diarrea y vómitos. “...las lombrices no da lugar que tomen agua como tortilla lo saca lo vomita cada rato cada rato.” (Madre). Finalmente tanto la sobada como la aplicación del parche intentan “embolsar a las lombrices” o juntarlas para que se tranquilicen y no molesten más. “Yo cuando se alborotan las lombrices a mis nietos yo les doy apasote y les sobo bien pero bien sobado se le jalan los dedos y bien sobado y se juntan las lombrices y se le pone un parche de apasote y una cucharada de aceite.” (Comadrona).

Es importante hacer notar la importancia de los masajes en los niños pequeños, muchas revistas médicas dedicadas al tema de la “puericultura”, insisten en la terapia a base de masaje en el área abdominal a los niños para evitar las molestias gástricas. En este sentido las comadronas al tratar los padecimientos en niños pequeños siempre recurren a las “sobadas”, una terapia milenaria que han usado por siempre las comadronas en Guatemala.

Relación con la bio-medicina: Las respuestas de madres y comadronas difieren. Ya que algunos testimonios de las madres intentan explicar la importancia de la competencia de aplicación de la racionalidad maya a este padecimiento.

“A veces si se lleva con un doctor, hay riesgo de que si se muera, porque tal vez el niño está va de vomitar, va de diarrea, y ellos lo que ponen es inyectable, suero, entonces se hincha con el suero, y el niño como está deshidratado no está capacitado para un suero.” (Madre). Mientras que los testimonios de las comadronas explican la necesidad de buscar un alivio cuando el padecimiento es grave: “Eso es cierto lo que dicen las compañeras aquí, porque aquí en la aldea medicina natural es lo que se usa, para aquí pero lo que pasa es que si no se cura con eso lo tienen que llevar, porque si no, como dicen que les da calentura y se les enfría los pies entonces se les aparece una infección en la boca o en el estómago porque ya no pueden mamar.”. (Comadrona).

Racionalidad Maya:

Elementos para esclarecer la racionalidad maya-achí sobre las lombrices:

Las lombrices son parte fundamental del aparato digestivo ya que por medio de ellas los seres humanos pueden sentir hambre, como se explicó anteriormente.

Las comadronas en su mayoría localizaron a las lombrices en la región llamada “capá” o “cash” (torax), algunas especificaron que se localizan en el estómago, sin embargo la idea de “movilidad” de las lombrices en dicha región del cuerpo, es algo evidente: “-De por si se



mueven. -Cuando estamos dormidos, pues uno no lo siente, ya al despertar uno si lo siente.” (Madres). Pero es importante entender que aunque las lombrices en su estado natural se mueven, la enfermedad viene cuando existe un movimiento excesivo “el alboroto” y las lombrices comienzan hacer determinados ruidos y provocar dolor o incomodidad: “-...porque cuando los niños lloran es porque las lombrices le pican las paredes del estomago del niño, o sea están alborotadas, están regadas.”

“-Entre nosotras de mamás, cuando el niño está así con eso, uno le tiene que poner el oído si cómo chillan las lombrices pues, y si es cierto chillan las lombrices, entonces ya dice uno que son las lombrices.” (Madres). Es importante hacer ver que el alboroto de lombrices lo sufren grandes y pequeños. “Los grandes también se les alborotan (todas responden que si y se ríen).” (Madres) “Llega el día, cuando pican el estómago las lombrices, ...cuando uno toma un poco de medicina algo caliente es cuando uno siente como una chibola aquí ve y cuando toma uno cosas fuertes” (Comadrona).

Finalmente es importante reconocer la idea de “gravedad” en el padecimiento “alboroto de lombrices”. Y es que en la racionalidad maya-achí al utilizar el término “ojo” en los padecimientos es para identificar una complicación del mismo, por esta razón el “pujido se puede ojear”, o “las lombrices se ojean”. En este sentido cuando las lombrices se ojean la sintomatología de la enfermedad es más grave y generalmente esta gravedad del padecimiento es percibo más por las comadronas que por las madres de familia: “- Porque cuando las lombrices se ojean los niños tienen calentura y les da mucha fiebre. -Es que cuando se ojean las lombrices, arroja el niño. - A veces las lombrices salen de la boca o de la nariz y se mueren. Conclusión: Entonces cuando se ojean es mas grave que cuando se alborotan.” (Comadronas).

En los últimos dos comentarios de las comadronas se puede apreciar un sincretismo entre la racionalidad bio-médica de los parásitos, que en este caso sería “la solitaria” y la racionalidad maya-achí sobre la gravedad del alboroto de lombrices o cuando las lombrices se ojean. Se corre el peligro que las lombrices comiencen a salir por boca, nariz y ano. Esta hecho da elementos a la racionalidad maya-achí para demostrar certeramente que si existen las lombrices dentro del organismo. Pero es necesario entender todo ese proceso como algo sincrético entre una racionalidad bio-médica que da elementos lógicos aunados a una racionalidad maya-achí que da vida al ser acompañante de los cuerpos humanos; las lombrices.

Usos curativos de la orina:



Dentro de la racionalidad maya-achí, se concibe el origen de diferentes padecimientos como un rompimiento del equilibrio entre lo frío y lo caliente, de tal manera que demasiado frío o calor, provoca algún tipo de enfermedad. De esta cuenta, el uso de la orina como sustancia curativa corresponde a la lógica de contrarrestar el calor del cuerpo. En ese sentido, las personas encargadas de la curación (comadronas o madres), le lavan la cabeza al enfermo, ya que generalmente el calor se ubica en esa parte del cuerpo

“De grandes no, como ya es muy caliente, porque comen de todo, en cambio los chiquitos, porque es fría.” (usuaria)

“Sólo la orina de los niños chiquitos, porque es fresca.” (comadrona)

“De grandes no, como esa ya es muy caliente, porque comen de todo. En cambio los chiquitos no, porque es fresca”. (comadrona)

Uno de los padecimientos que forman parte de la cultura achí, es el mal de ojo, el cual se expresa con llanto y fiebre: “el llanto es acompañado con manos y pies fríos o helados, la cabeza está caliente y a veces el niño presenta temperatura.”<sup>3</sup> Es decir, que en este caso el equilibrio frío-caliente es quebrantado, dando lugar a la temperatura, controlándola a través de la orina. Es por ello que la mayoría de mujeres entrevistadas mencionó el mal de ojo como el padecimiento principal que cura la orina.

“La usan cuando están llorando, cuando tienen ojo, dicen, que con eso les quitan el ojo dicen, porque el ojo, con el asunto de la cabecita les duele, dicen que se les pone caliente, me han contado”. (comadrona)

“Por ejemplo el ojo. La orina sólo para curar el mal de ojo”. (comadrona)

“Para curar el ojo. Dicen que es buen para el dolor de estomago, no sé”. (usuaria)

“Si porque están diciendo que es para que no se ojeen, si para que no se ojeen los niños, dicen.” (usuaria)

Las formas en que se emplea la orina como medicina curativa, varían según los terapeutas o las personas encargadas de administrar el tratamiento. Ésta, generalmente se utiliza de dos maneras: la primera bañando al niño o lavando su cabeza, y la segunda, bebiendo el remedio elaborado con la orina y otros ingredientes.

“Se le echa un poco de Alka-Seltzer y un poco de calmante y cinco gotas de limón, se le da primero un poquito, primero en la boca unas cucharaditas, después se le pone en toda su cabeza, en todo su cuerpo, cuando sienta su cabeza bien caliente le saca el calor, después se

---

<sup>3</sup> María Teresa Mosquera *et al*, *Conociendo la Sabiduría Achí, Salud y Enfermedad en Rabinal*, p. 174



corta un poco de ruda, se le echa en todo el cuerpo, ya con eso que se duermen, se le corta la calentura”. (Comadrona)

“En la orina se le echa un poco de limón, y ahí se le echa aspirinita, bebetina y con eso que uno le da que tome, el va a sacar la flema que tienen, con eso queda tranquilo”. (usuaria)

“Yo lo he usado, pero sólo en lavarles la cabeza a los niños con orín”. (usuaria)

El remedio que se prepara para curar el mal de ojo, igualmente varía según el terapeuta. Sin embargo, existen algunos ingredientes que se repiten en los diferentes preparados como el limón, el Alka-Seltzer y la ruda o diferentes montes.

Cada uno de estos elementos (orina, limón, Alka-Seltzer, y ruda) poseen cualidades frescas, por lo tanto son utilizados para combatir el calor que produce la enfermedad. De esta manera el rompimiento del equilibrio causado por el mal de ojo, se normaliza con el preparado.

Un elemento fundamental en la preparación del remedio, como ya lo vimos, es la orina, pero ésta debe cumplir con ciertos requisitos: debe ser de niños y no de adultos. Sin embargo, la decisión de usar de niña o de niño, depende del sexo del enfermo, es decir si éste es varón o mujer.

“No utilizo orina de mujeres ni de varones, sólo de chiquitos, lo sé yo porque mi mamá la usaba”.(usuaria)

“Pedir orina, pero de patojo pequeño. De grande no, porque ya es más fuerte, en cambio de un niño pienso que no es tan fuerte, lo uso pero de niño”. (usuaria)

Para las comadronas y madres usuarias, la curación del mal de ojo, posee un “secreto”, el cual indica que debe curarse al enfermo con el contrario. De tal manera que en este caso en particular, si el enfermo es niño se utiliza orina de mujercita y si es mujer se emplea orina de un varón.

“Por ejemplo, así como al varón de nena, y si es nena de varón. Así dicen porque es secreto, no sé si es cierto, pero no se, así lo he tratado con él, no siempre, de vez en cuando”. (usuaria)

“Si es nena la que está mala es orina de varón, y si es varón sólo de niña chiquita, como es el secreto para el ojo”. (comadrona)

Según las personas de la comunidad, la orina de los adultos no se utiliza por estar contaminada y ser muy caliente. De esta cuenta, siguiendo la racionalidad achí del



equilibrio frío y caliente, el mal de ojo como uno de los padecimientos que calientan el cuerpo de las personas, se combate con la orina, pero de los niños, ya que ésta es considerada como fresca, cualidad que permite contrarrestar el calor provocado por la enfermedad.

“Pedir orina, pero de un patojo pequeño. De grande no, porque ya es más fuerte, en cambio de un niño pienso que no es tan fuerte, lo uso pero de niño”. (usuaria)

“De grandes no, como esa ya es muy caliente, porque comen de todo. En cambio los chiquitos no, porque es fresca”. (usuaria)

“Sólo la orina de los niños chiquitos, porque es fresca.” (comadrona)

En ese sentido, la percepción del cuerpo en términos de edad varía, ya que se considera que los menores de edad, es decir niños y niñas, no tienen el cuerpo contaminado, y que por ende, sustancias biológicas propias de su cuerpo como la orina, son frescas y “puras”, útiles para aliviar algunos padecimientos.

Dentro de la lógica achí, los adultos, varones o mujeres, poseen un cuerpo contaminado, por lo tanto, no es apto para curaciones. Esta condición de “contaminación”, se entiende en el sentido de que al momento de empezar a tener relaciones sexuales, que implica tener contacto con otros, se pierde esa purificación característica propia de los niños. Eso lo plantean las madres cuando afirman:

“De la gente grande no está buena, porque ya tienen enfermedad. “(usuaria)

“Porque a veces dice uno que ya grande tiene a veces enfermedades, si por eso es que ya no se usa.” (usuaria)

De tal manera que se perciben dos tipos de cuerpo uno puro y fresco, de los niños y niñas, y el otro “contaminado”. Esto se respalda con el hecho de que en Rabinal, los jóvenes y señoritas se están casando aproximadamente entre los 15 y 20 años, por lo tanto, en ese momento pierden su estado de infantes para entrar en el rol de personas mayores.

Una apreciación sobre la movilidad de los órganos:

En la lógica achí algunos de los órganos del cuerpo se enferman por su característica de “movilidad” pero veamos en cada uno de los casos las razones:

•Mollera caída:

Padecimiento sufrido por niños menores de 12 años y mujeres que están a punto de dar a luz.

Consiste en la depresión de la fontanela.



En la lógica achí el padecimiento es producto de una situación especial: a) tener una corta edad “son tiernitos” o b) empezar con el proceso de parto (mujeres).

Tanto A como B son situaciones especiales, que en términos de la racionalidad achí se interpretan como una conexión con lo espiritual, lo cósmico. Premisa por la cual la eficiencia del tratamiento responde a la restauración del equilibrio del cuerpo, como los movimientos y “los secretos”.

•Movida-caída de la matriz:

Padecimiento sufrido por niñas, señoras adultas o ancianas consiste en la percepción por el paciente de que la matriz se ha deslizado de su lugar.

Algunas madres piensan que existe una relación entre matriz-estómago, que se manifiesta en términos lingüísticos.

La diferencia entre movida y caída de la matriz a criterio de madres de familias y comadronas no es clara.

Para evitar el padecimiento se deben tener ciertas medidas preventivas durante el post-parto y determinadas prácticas.

Uno de los posibles parámetros de diferencia entre la movida y la caída es la intensidad del dolor, la gravedad y terapeuta que trata.

La movida de la matriz es aliviada por comadronas, no por doctores.

•Lombrices:

Las lombrices en términos de la racionalidad achí se pueden interpretar como “seres acompañantes” durante todo el proceso de la vida los humanos. La idea de acompañamiento en la filosofía maya se ejemplifica en el nawual. Las lombrices están relacionadas con algunas funciones vitales, como el hambre y la vida.

Esta idea, ha ido evolucionando con la influencia de la bio-medicina, tanto madres y comadronas relacionan las lombrices con los parásitos intestinales, hacen una articulación y entienden que los desparasitantes matan a los parásitos dañinos, pero NO a las lombrices.

En este sentido “la movilidad” de las lombrices provoca la enfermedad, “Alborto de lombrices” o sea el desequilibrio que crean las lombrices al movilizarse.

El desequilibrio es causado por múltiples factores: consumo de un alimento determinado, proximidad de la estación lluviosa, etc.

El remedio casero a base de apazote sirve para aliviar los problemas que dan los parásitos intestinales, mientras que la aplicación de la cataplasma hecha a base de ajo y apazote contraresta los problemas de diarrea y vómitos.

•Uso de la orina:

El uso como medicina natural, se encuentra íntimamente ligado a la percepción del cuerpo, dentro de la lógica achí. Ésta posee elementos curativos siempre y cuando provenga del



cuerpo de un niño o niña, quienes se encuentran en un estado de purificación, el cual les permite contrarrestar los efectos dañinos que ocasiona el excesivo calor en el cuerpo.

El cuerpo de los adultos se percibe como impuro, en la medida en que se da el inicio de las relaciones sexuales, de tal manera que no está calificado para curar ningún tipo de padecimientos. Esta situación se reafirma aún más en las mujeres, ya que en momentos determinados como el período de la menstruación o el parto y post-parto, su contacto con niños puede provocar padecimientos como el hijillo o pujido.



## CAPITULO IV

### Terapeutas tradicionales: Etnicidad y Género.

La intención del capítulo fue visualizar las diferencias probables o la ausencia de éstas respecto de una diferenciación muy importante entre los terapeutas tradicionales que concierne con ser varones o mujeres con ser indígenas o no indígenas.

De esta forma el presente capítulo responde a los siguientes objetivos de la investigación: Evidenciar la importancia del papel femenino de la mujer respecto de determinados procesos biológicos como: el pre-parto, parto y post-parto, la atención de enfermedades en la familia y re-validar el papel femenino de la mujer en el oficio de comadrona. Analizar los factores por los cuales se ha usurpado el papel femenino del oficio de comadrona, por la figura masculina.

Determinar similitudes y diferencias de etnicidad entre comadronas respecto de: el aprendizaje de la profesión, la demanda de la población, los tratamientos y recursos utilizados, etc. Analizar los elementos de diferencia étnica entre comadronas indígenas respecto de sus prácticas y tratamientos utilizados.

Debido a que las entrevistas en profundidad que se realizaron con comadronas, curanderas, guías espirituales y parteros fueron muy extensas, la información que obtuvo es muy voluminosa y el tiempo para su interpretación fue corto, en este informe final se decidió encauzar los hallazgos de la investigación en dos rubros: la teoría frío-caliente y el aprendizaje del oficio. Se presentan a continuación la información analizada.

#### Manejo de la Teoría Frío-caliente:

La cosmogonía maya cuenta con diversos elementos que la caracterizan y la singularizan de otras culturas, como por ejemplo la percepción del espacio-tiempo que es cíclica, la espiritualidad del universo que se basa en la relación dueño-espíritu, etc. La percepción de la teoría frío-caliente como forma en que se manifiesta el equilibrio y la salud es otra de los elementos fundamentales que se les atribuye a la cosmovisión maya, sin embargo es importante señalar que esta teoría también tienen raíces mediterráneas, razón por la cual en América esta teoría debe entenderse como sincrética ya que tiene elementos históricos provenientes de dos orígenes diferentes.





Para la investigación que se desarrollo en Rabinal, la teoría frío-caliente vista por los terapeutas tradicionales se interpreta como ausencia de enfermedad, guardar un perfecto equilibrio entre lo frío y lo caliente, como se ilustra en el testimonio siguiente:

“Se enferma pues, porque entre caliente y frío. Porque a veces si está muy caliente está muy fuerte la temperatura, y va agua, y va agua y va de tomar agua, y nunca se llena, aunque se llene, pero no se le quita la sed, ¿por qué?, porque tiene fuego por dentro.

Y si le da frío, es porque talvez, la persona algún día estaba caliente, y tal vez tiene sus animales y está ahí corriendo aire o tal vez está lloviendo y salió al aire, se resfrió su cuerpo entonces comienza con frío.

Es como le cuento, salen de repente, tal vez están durmiendo y de repente salen al aire, entonces le pegó aire a su cuerpo. Resfrió.” Curandera.

Sin embargo también se pudo percibir que se prefiere que el cuerpo mantenga un estado caliente “normal” a un estado frío, que se ilustra mejor en los testimonios siguientes:

La enfermedad se adquiere por la exposición a lo frío, razón por la que se prefiere un estado caliente del cuerpo:

“Es que mire, muchas veces pasa que se mojan, tal vez van en un camino y les agarra el agua y ya de eso ya les previene, si eso les previene ya, y si uno es propenso. Como uno cuando se moja tiene que bañarse en ese momento para que no le haga daño a uno, para no enfermarse. Se baña en agua fría, porque usted recibió agua helada, entonces llega y se baña, se seca bien su cuerpo, se cambia y ya no se enferma, si porque se bañó y digamos que es como un baño.” (Comadrona).

“le dije a mi nuera calenta un poco el agua para lavar la boca que este caliente por el remedio para que no se acaba, la mitad algo fresquito y la mitad algo calentita y no helado de una vez porque sino se llena el estomago otra vez de los animales en cambio medio así entonces se sale.” (Curandera-comadrona)

“Bueno de que se puede enfermar, se puede enfermar, veamos el caso de la refri, uno no dice que la refri es buena,, pero si es muy mala porque vemos en el caso de ustedes las damas en el caso en que están en estado interesante toman cosas frías, el bebé va a nacer ya enfermo pues, va a nacer con la bronquitis o trae una su tosecita de nacimiento, culpa de quién de la madre. (Guía espiritual)



“Porque se van algunas células, algunas neuronas, se dejan activar, porque nuestra sangre es la que calienta el cuerpo, eso es fundamental, entonces al no correr mucho la sangre, ya se empieza a enfriar las manos, los pies, o el cuerpo.” (Guía espiritual)

“A sí, de todos modos, es así es. Porque tal vez, no ya el cuerpo tal vez ya trae una su enfermedad y tal vez se echa un su baño, a veces el baño es el que le cae mal, como ya trae una enfermedad todavía fría, y tal vez uno se baña, ahora a ajustarle esa enfermedad.” (Partero)

Lo normal es que el cuerpo se mantenga caliente:

“¿Cuáles son las enfermedades que se dan cuando el cuerpo está caliente? No porque eso no es malo. Lo que es malo es sólo tomar helado, sólo tomar helado. Porque el cuerpo está caliente, si está todo el cuerpo normal caliente, es normal.” (Curandera-comadrona)

“Nosotros no tomamos helado, nosotros sólo hervido tomamos, desde que me levanto tengo un mi bote así en el fuego, porque por la emergencia de que viene un enfermo ya agarro el agua, que está tibia.” (Comadrona-curandera)

Partes del cuerpo que se afectan por la dualidad frío-caliente:

A partir del uso y de la aplicación de la teoría frío-caliente entre población indígena y no indígena se construye todo un proceso sobre la percepción de las enfermedades y el cuerpo. En este sentido los diferentes órganos del cuerpo se ven afectados por un calor excesivo, que en los testimonios es llamado fuego. “Hay remedio para calmar, la pomada ignacia es fresquita para sobarlo si es fuego el que tiene” (Comadrona-curandera) “Porque a veces si está muy caliente está muy fuerte la temperatura, y va agua, y va agua y va de tomar agua, y nunca se llena, aunque se llene, pero no se le quita la sed, ¿por qué?, porque tiene fuego por dentro.” (Curandera).

Entendiendo esta teoría como la manifestación del equilibrio, en este sentido también los órganos del cuerpo se ven afectados por un exceso de frío, que en los testimonios es llamado “aire frío”.

“Viene uno del sol, se quita la ropa y se pone una helada adentro, es malo, porque ya le agarró su pulmón, le pegó aire” (Comadrona-curandera). “Hay Dios, se enfría pues. Las mujeres que van al Centro de Salud, y salen del Centro de Salud, no se toman ese remedio, como es de natural. Se miran como que está embarazada todavía. En cambio cuando uno se lo toma y ya se compuso, se toma unos ocho días, hay Dios se puso el estómago así plano, porque ya no está grande su estómago, se seca la matriz, chiquitas se ponen, porque



no tienen aire. En cambio las que no toman eso tienen mucho aire, se les pone (grande), nunca se les baja, nunca se les queda entallado.” (Comadrona-curandera).

El manejo de todo este proceso que afecta los estados excesivos de frío y caliente en el cuerpo, es categorizado de acuerdo al órgano que afecta y el tipo de enfermedad que se trate, de esta forma se crea toda una construcción simbólica del proceso salud/enfermedad/atención que se entiende a partir de la teoría frío-caliente. Con ello quiero decir que se materializa toda una concepción respecto del cuerpo y los cuidados del mismo en base a lo frío-caliente.

Tomando de base esa construcción simbólica de la teoría frío-caliente los órganos del cuerpo que son afectados por el frío son: el estómago, los pulmones, la nariz tapada y la matriz, veáanse los testimonios siguientes:

“El consumo de bebidas frías es malo, con un poquito de una su agua cabal se enfría su cuerpo, pero uno ya de grande.” Comadrona

“Nosotros no tomamos, agua pura que le dicen, fría, pero hay alguno que lo toman, pero es pura enfermedad. Porque se ponen piedras adentro del estomago, pone una chibola adentro, si. Tengo dolo de estomago dice uno, porque hay unos que eh visto yo que toman caldo y después agarran el hielo encima, eso da enfermedad.” comadrona-curandera.

“Más es el estomago, más es el estomago. Si, se enfría mucho y ahí radica, vómitos, diarrea” Guía espiritual.

“La parte del cuerpo que se enfría son los pulmones. Cuando traga aire sí, porque como le digo la matriz está adentro, entonces al salir afuera, entonces ya, solo cuando se cae la matriz.” Curandera.

En el mismo sentido de percepción las enfermedades que se adquieren por un excesivo enfriamiento del cuerpo son: el paludismo o reumatismo, los dolores de huesos y músculos, el resfriado, los calambres y la bronquitis. Así lo demuestran los siguientes entrevistas:

“La mayoría es, aquí le llamamos reumatismo, porque si usted está caliente y se va a lo helado, los doctores le llaman artritis pero nosotros aquí en el monte le llamamos



reumatismo, eso es lo que a uno le afecta. Porque si usted se calienta hoy en la noche, y está tomando caliente y se va al agua, entonces lo primero que empieza a padecer es del reumatismo, del dolor en los gonces las rodillas, que le duele para caminar, eso es puro reumatismo. Pero los doctores dicen usted tiene pero artritis, pero es reumatismo, nosotros aquí le llamamos así.” Curandera.

“Le da frío a uno en la espalda, le da dolor de cintura, dolor de huesos, dolor de las canillas.” Comadrona.

“Fíjese, si usted, padece de muchos resfriados su cuerpo padece de muchos calambres, padece mucho de tapazón de nariz. En fin que su cuerpo está muy resfriado. Imagínese usted, si usted tiene esa gran tapazón de nariz y a penas usa un remedio caliente, en la frente, entonces se le destapa porque ya está muy resfriada. También la bronquitis, porque si usted está mala con tos, si usted está mala con tos y llega tal vez a alguna tienda o se toma una agua fría entonces ya comienza con dolor en el pecho y comienza ya... como que .. como la fatiga, como asma que le llaman. Que ya no alcanza uno el resuello pero es de lo mismo, el frío, o comienza que gran tos, que no se le quita, pero es porque ya está muy resfriado el cuerpo. Pero de puro desmando. Por tomar cosas frías, por tomar cosas calientes, nunca se va a enfermar usted. Porque digamos que usted esté mala con gripe, con tos o que tenga una gran calentura y usted esté tomando caliente, no” Curandera.

“Para el escalofrío también, si es escalofrío es igual como que la persona que da frío se puede aplicar con lo que le dio limón o café, para que se caliente el cuerpo”. Partero.

“y como que tuviera un reumatismo, debilidades en los huesos.” Guía espiritual.

Continuando con esa lógica los partes del cuerpo que se ven afectadas por un exceso de calor son el estómago y la cabeza, también mencionaron a las lombrices, como se explicó en otros capítulos del actual informe las lombrices que viven en el estómago son parte del cuerpo humano. Los siguientes testimonios ilustran mejor dicha situación:

“Es más de la cabeza, empieza con un dolor de cabeza, incluso un nuestro paciente, se empezó a calentar la cabeza y instantáneamente como que perdió el conocimiento, se cayó. Menos mal estaba en nuestra clínica, tuvimos que levantarlo, y se hizo mucha terapia y tuvimos que sostenerla. Bueno, hay una elevación, yo diría que empieza del corazón,



porque en el primer instante, a la gente le da sed, una sensación tremenda, verdad. Y luego cambia, mayormente los niños, eso si he detectado varias veces, cambia totalmente y ya solamente se calienta el estomago, la cabeza normal, los pies normal, únicamente el estomago.” Guía espiritual.

“Hay que poner un lavado para que se le baje el calor que hay, eso se hace cuando está caliente la cabeza y tiene dolor de cabeza, póngase un lavado. Y después hay que asar un limón y se pone un pedazo aquí y otro pedazo aquí y otro aquí (en la frente) y amarrado y con eso se le quita. Por si es fuego y se lo baja.” Curandera-comadrona.

Aprendizaje del oficio:

Presencia de enfermedades.

En la racionalidad de los terapeutas tradicionales existen determinadas “señas” o “marcas” que las personas tienen a lo largo de su vida y que determinan en última instancia su condición para poder ser terapeutas o no. Existen varios tipos de “señas” o de “marcas” las más comunes son: padecimiento de una enfermedad durante la infancia y adolescencia, la recurrencia de determinado sueño, la aceptación o reconocimiento del “don” para curar.

En la entrevista que se hizo a los terapeutas se incluyó una pregunta sobre el padecimiento de enfermedades durante la infancia o adolescencia. Es claro el caso de los guías espirituales varones ya que todos ellos explicaron haber padecido determinada enfermedad durante su adolescencia. “cuando tenía aproximadamente tenía 17 a 18 años cuando me agarró una calentura que se me fueron todas las uñas, es la enfermedad mas grande que he tenido que me tuvo en cama como ocho días hasta que me llevaron con las monjas allá me inyectaron me callo bien lo único era como era una alergia.

...y así que todas las uñas estas uñas son nuevitas tienen como 12 años son nuevitas no son de nacimiento se fueron completamente, todito desde las manos hasta los pies casi el cuero también se me fue todo esto salió se me salió todo la piel esta es la enfermedad mas dura que he tenido” (guía espiritual).

Sin embargo para el caso de las mujeres solo la curandera indígena mencionó enfermarse mucho de mal de ojo cuando era pequeña, las otras comadronas-curanderas indígenas no lo mencionaron, tampoco lo mencionó la curandera ladina.

A raíz de éstos hallazgos se puede interpretar que para el caso de Rabinal, la predestinación



para ser guía espiritual o curandera es marcada por la presencia y recurrencia de enfermedades durante la infancia y la adolescencia, sin embargo para el caso de las comadronas y las curanderas no indígenas esta recurrencia de enfermedades durante la infancia y la adolescencia no es determinante para ser terapeutas tradicionales.

Inicio del oficio:

El aprendizaje del oficio de Terapeuta Tradicional de acuerdo a los testimonios proporcionados por comadronas, curanderas, guías espirituales indígenas y no indígenas difiere de acuerdo a la especialidad.

Los procesos de predestinación de guías espirituales y curanderas se caracterizan porque se vinculan determinadas señas, por ello es necesario entender la predestinación como un proceso muy particular, que generalmente es único dependiendo de cada caso, es así que para algunos guías espirituales y curanderos “Los sueños” son la fuente de conocimiento e iniciación en el oficio, como el caso siguiente:

“Pues mire que fue de repente, cuando ya tenía yo como cuarenta y dos (42) años. Mire como una mi tía, una mía tía que es chiquitita así la viejita, ella murió, ella era curandera. Entonces cuando ella murió, como a los nueve años de haberse muerto, ella me dijo: yo estaba durmiendo y me dijo “mirá mijita, ahora que te quedaste viuda, no me gusta que vas a ir a hacer cosas que no lo es, que no tenés que hacer. No me gusta que vas a ir a hablar a las casa, te voy a dejar tu oficio “ me dijo. “Y cuál es mi oficio, tía” dice que le dije yo, “mira, el oficio que yo tenía, te lo voy a dejar a vos pero sólo a vos, porque a vos de elegí en este momento, en este oficio, a vos te voy a dejar mi oficio, sólo a vos, nada más. Porque vos te has portado bien conmigo, y todo eso verdad, para que no vayas a sufrir mucho con tus niños” que me quedaron siete niños “entonces luchá, no vayas a robar, no vayas a hacer esto portate bien” y entonces yo hice caso, y yo oí lo que ella me decía en el sueño. “Porque mirá, yo voy a venir cuantas veces a visitarte” “está bien tía” dice que le dije yo, verdad. Entonces cada viernes venía, vino como unos ocho o diez viernes, me buscaba los viernes. Entonces me decía “mirá, cuando alguien viene por alguna enfermedad que tenga y no sabe porque le duele los huesos o porque es eso, agarra dos candelas y las miras si la que está en la derecha le pega a la izquierda, se supone que es un hombre el que le está haciendo daño a esa pobre señora, ahora si las dos van iguales entonces no es daño de algún hechizo, sino que es cosa de Dios, es una enfermedad de Dios que ella está sufriendo” “esta bien tía”, pero mire todo me lo decía. “Está bien tía, gracias que me lo haya dicho” “y así salis, así salis con tus hijos, no vas a sentir crecer a tus hijos, ya al ver las personas que ya vos



empezas a curar y empezas a hacer eso, entonces ya te buscan” y ya ven si me buscan, si es cierto.

Todo me lo decía mi tía en el sueño, ya finada ella. Y a mí se me grabó todo lo que ella me dijo, todo, todo. En los últimos sueños ya venía un hombre y se sentaba en la orilla de la cama, yo me levantaba. “levantate, levantate pues que quiere hablar tu tía con vos” y “¿Quién es usted pues?” porque yo no podía levantarme, porque estaba concentrada; “¿Quién es usted?”, “vos levantate y punto, que aquí quiere hablar tu tía con vos” y cuando yo despertaba miraba la sombra que desaparecía de mi ventana, porque tiene balcón mi ventana, miraba que desaparecía, que se iba pero que era un sombrero grande. ¿quién era ese hombre que me hablaba a mí? Era San Simón, que venía junto con mi tía. Si yo no me levantaba él no se iba, se quedaba ahí sentado en la canía de mi cama, y él fue quien me orientó más. San Simón.” (Curandera).

Mientras que para otros guías espirituales y curanderas la iniciación en la profesión se da por medio de la celebración de determinadas ceremonias o por la iniciación de otro guía espiritual conocedor de la fecha de nacimiento y de los nawuales. Como lo ilustra el siguiente testimonio:

“Pero como en 4 o en 5 ceremonias me invitaron, Entonces cuando yo miraba a los ancianos con que respeto que les tengo. Que si nos fuimos a celebrar una ceremonia los huevecillos, entonces el sacerdote me llamó: -Mateo venga para acá, porque qué le pasa. Agarra el palo y ¡Hay Dios! se ríe,  
-no, no se haga el baboso, me dijo, usted ya estaba marcado desde hace rato y usted tiene que trabajar.

-Va muchas gracias, le dije yo.

Y después en otro lado me hicieron lo mismo. Hasta que al fin aquí en este cerrito Xibaltaj, entonces se celebró una ceremonia allí. Entonces vino el anciano, pero yo lo ví que estaba trabajando, no lo había visto así tomado, entonces solo me dijo:

-Mateo vengase para acá, se sienta acá. Así con aquella calma, pero yo dije que era para saturarme.

Entonces fue a buscar unos chiribiscones (plantas secas) ¡qué si era para aporearme!

-¡Ha este Mateo!, ¡Qué hace rato que Dios Padre Celestial te ha entregado! y vos por qué no lo quieres agarrar y que pasa con vos.

-Bueno hermano, le dije, porque toda la gente mirándome y me agarraba como que yo era muñeco, (se ríe) así me agarraba, saber cómo era que hacía el hombre.



Pero si fui tomado en ese ratito yo lo sentí pues, entonces yo le dije: ¡Mirá perdoname hermano pero la verdad no es que no quiera y no es que quiera jactarme lo que pasa yo siento que no.

-¿Pero como no, si vos estás preparado para eso?, y que no se qué. Si ya tus plantas de tus pies fueron limpiados y tus manos, tu puedes ayudar a muchos de nuestros hermanos.” (Guía espiritual).

De acuerdo a éstos testimonios y otros proporcionados durante la ejecución de la investigación se puede señalar que existe un “proceso de predestinación” que esta regulado por determinadas señas, como las enfermedades en la infancia, los sueños y la iniciación por otro guía espiritual. Este proceso de predestinación se presenta en los casos de ocupar o querer ser “guía espiritual” o “curandera”.

Existe otro proceso para optar a otras especialidades de los terapeutas tradicionales (comadrona, partero o comadrón, curandera no indígena) que requiere de un “don” heredado a uno o dos, pero no a todos los descendientes en una familia, este patrón de herencia del “don” se ubica generalmente en la línea matrilineal ( de abuela a nieta, de madre a hija, de tía a sobrina, etc.), pero a la vez este don facilita el aprendizaje de todos los conocimientos respecto de la especialidad (conocimiento de plantas medicinales, de remedios caseros, de terapias curativas, etc.) En la mayoría de éstos casos estos conocimientos “aptitud” o “don” para aprender el oficio se refuerzan al integrarse a un sistema de capacitación de origen bio-médico (capacitaciones a comadronas, a promotores de salud, etc) van complementando la formación en el oficio. Algunos de los siguientes testimonios ejemplifican la situación:

“Porque yo era como de 12 años cuando empecé a curar, si, soy patoja todavía. YO me quedaba con mis hermanitos chiquitos los cuido, los baño, les doy de comer y si se enferman mis hermanos los tengo que cuidar, en mi mente no sabía si ese era el remedio, pero se curaban mis hermanos.

Como mi mamá es comadrona, y mi abuelita también es comadrona, si, somos tres mujeres (hermanas), pero solo yo saqué a mi mamá, porque sólo yo soy comadrona y las demás no.” (Comadrona-curandera)

“Pues la verdad es que tres años estuve en el curso de aquí del CIF, - Centro de Integración Familiar - nos dieron la oportunidad para recibir unos cursos de promotor de salud. Eso es lo que dice el doctor. “¿y por qué no nos enseña doctor?”, “pues con mucho gusto, si





ustedes quieren, entonces yo les voy a enseñar”, en qué parte se encuentra el bebé, nos dio la enseñanza y nos dio el estetoscopio, entonces nos dijo a donde se encuentra el bebé, a donde se encuentra la función del corazón, bien si se encuentra el corazón abajo del ombligo, es normal, si se encuentra el latido del bebé arriba del ombligo, tiene problemas, será que está atravesado o está de pie, eso si que, ninguna puede decir.

Pero ya hay una seña, entonces la señora se tiene que preparar para hacerse la operación en el hospital , es así cuando uno aprende.

Entonces las mujeres vienen conmigo, me vienen a traer, y entonces la señora mía cuando hay problema, siempre vienen a traerme para examinar a la señora, para saber cómo se encuentra.” (Partero-promotor de salud)

“Bueno, fuí a recibir el curso, pero no me gustó, de una vez les dije a las enfermeras graduadas, que no me tomaran en cuenta (curso de comadrona), fuí a atender niños pero no me gustó. Soy curandera pero con mi propia medicina, por la misma necesidad de nuestros hijos, no es que hayamos ido a aprender a otro lado no, verdad. Pongámosle que los más ancianitos le dicen a uno, mire cuando tu hijo este así, así y asá, cosele algún montecido, eso es bueno, entonces ya uno después lo fue aprendiendo, y ya eso mismo ocupa uno, aunque no sea el mismo hijo, pero ya uno sabe que eso le cae bien.” (Curandera-promotora de salud)

El último testimonio ejemplifica como “el don” se ve reforzado por el interés y la voluntad de aprender sobre el tema, ya que se puede argumentar que los conocimientos permanecen para todos en la memoria histórica colectiva, pero se puede decir que no todos hacen un uso exhaustivo de ese don como las comadronas, promotores de salud, guardianes de salud, parteros, etc.

Obtención del Don para curar:

De acuerdo a los testimonios el don se adquiere con el nacimiento porque existe una predestinación para curar, que se singulariza por la facilidad en aprender todo lo relacionado con la profesión: “el atender partos” o “el atender enfermedades”

“Pues mire, muchas veces uno trae sus, como le dijera yo, lo que va a ser. Porque yo le decía a mi abuelita y no me quería llevar, porque me decía “hay una patoja conmigo no me gusta, yo sola voy a aprender”, “hay abuelita yo también quiero aprender”, y me iba con ella, por eso fue que yo aprendí. Entonces yo con ella aprendí, yo le decía yo lo voy a hacer y usted me dice, entonces yo lo hacía y ella me decía “mirá esto no está bien, así



hacelo, así se hace” (Comadrona).

“Pues tal vez que sí, yo no voy a decir que no, porque varias personas vienen aquí, y les digo miren es que uno no nace sabiendo, no que uno con su misma familia, con sus mismos hijos aprende a hacer las cosas, se los dice uno y al poquito tiempo vuelven a venir otra vez. Entonces pongámosle que no todas las personas tienen eso de curar.” (Curandera).

O también el don se revela en alguna seña: “lunares” “el llanto en el vientre”, “en los sueños”, etc.

“Bien, digo yo, bien tengo mi seña de aquí, en el mero lomo aquí lo tengo, no es para mentir de mi nación, para que voy a mentir eso es pecado no soy patoja, no voy a decir mentira, tengo una ruedita (muestra un lunar debajo de la nuca), es mi seña de mi nación de curandera y de poner devoción para salvar la vida. La devoción es otro trabajo para lograr la vida done se viene el mal, si es mal espíritu, si es mal cosa entonces Dios que lo acompañe Dios que le retire el mal”

(Comadrona-curandera)

“Yo digo que no, porque si yo hubiera traído de nacimiento, yo hubiera empezado de diez años. Pero en cambió yo empecé de casi cuarenta y dos años. Yo sólo aprendí con mis familiares (fallecidos)”. (Curandera)

Para los guías espirituales es determinante el nawual, no se puede ser guía espiritual si no se tiene la predestinación del nawual. Mientras que para el partero no existe una predestinación.

Lo que más se sueña:

Es claro en todos los testimonios que tanto comadronas como curanderas indígenas o ladinas sueñan y en los sueños se les revelan ciertos acontecimientos en donde la presencia de una “señal” es un elemento recurrente:

“Hay Dios, mamita, en veces sueño yo pero niños. Una vez soñé una plebe de niños en el cielo, pegado todos en una rueda y yo decía “hay estos muchachitos se van a caer” y les ponía la mano así mire (deteniéndolos), eso soñé. Más niños, sueño.” Curandera.

“Bueno, fíjese que mi sueño mío, dice que me subí, que me subí en un alto, y dice que vino un señor o una señora, entonces dice que saber qué cosas me dejó aquí, en el pelo dice, y yo



lo conté a un señor y me dijo, es su nawal, sólo eso me dijo.” Curandera-comadrona.

Sin embargo, solamente la curandera asegura aprender de su tía que se le presenta en sueños cómo tratar las enfermedades.

“Cuando era chiquita soñaba mucho, y decía mi papá “hay es que cenaste bastante, por eso es que estás soñando tonterías”. Que si no son tonterías, seño, son cosas que Dios le ilumina a uno, pero como uno no sabe, pero ahora si ya sé.” (Curandera).

Se puede decir que para los guías espirituales existen dos formas de aprender a revelar el destino y con él pueden curar los males o las enfermedades de las personas que los consultan. Una de esa forma uno es por medio de los nawuales., como explica el testimonio siguiente:

“Un día me dijo a mí; hipócrita, me dijo. Cuando te conviene estás con Dios y cuando te conviene estás conmigo (suelta una carcajada) miren esa situación y allí fue en donde yo me empecé a ver y después concluí en que los nawuales Tijaax es tremendo porque solo hay necesidad créanme, el Tijaax, eso tengalo ustedes muy en cuenta y por eso los ancianos dicen respetemonos mutuamente por qué yo no sé el nawual del hermano, yo no sé su nawual, de repente es Tijaax, eso no hay necesidad de que haga muchas cosas, solo con su pensamiento dijo ahora que se vaya a tronar la geta, ¡pun! dicho y hecho. Por eso la mente es tremenda, es tremenda, pero es su mismo nawual que es. Porque él es fuerte, porque él es un rayo.

Y allí está específicamente la otra hechicería porque es aprendida, que ellos lo han aprendido por otro sistema y que hacen, Hay enfermedades.” (Guía espiritual).

Pero también pueden curar por medio de la presencia de un familiar en los sueños:

“En el caso mío, yo más presiento y sueño más a mis abuelos, que ya están muertos. Ellos son los que me dan pauta, por cualquier cosa, si hablamos de un porcentaje, casi en un 90% que son los finados, si y otros difuntos que a veces pregunta la gente ¿conocen a tal fulano? ese ya está muerto, esto es lo que yo sueño.

Con base a ésto, hemos hecho varios estudios, mire la cuestión de la práctica, si uno sueña entonces ya puede decirle a la persona, un ejemplo, si usted sueña que está en el cementerio, seguramente se enferma o hay problemas para usted. O un ejemplo que se queda sin zapatos, por ejemplo, ese es un fracaso, entonces ya uno ya lo ha experimentado, y los



pacientes como que lo mismo lo están soñando también, y se les dice mire tenga mucho cuidado, porque usted en poco tiempo va a quedar sin dinero, y cabal.” (Guía espiritual).

En otro sentido el partero dice que puede llegar a interpretar los sueños, como lo pudiera hacer cualquier persona, pero no mencionó que él tuviera esa habilidad para poder interpretar señas respecto de curación o posibles pacientes futuros.

Algunas reflexiones en torno a los terapeutas tradicionales:

•Aprendizaje del oficio:

Existe un “proceso de predestinación” que esta regulado por determinadas señas, como las enfermedades en la infancia, los sueños y la iniciación por otro guía espiritual. Este proceso de predestinación se presenta en los casos de ocupar o querer ser “guía espiritual” o “curandera”.

Existe otro proceso para optar a otras especialidades de los terapeutas tradicionales (comadrona, partero o comadrón, curandera no indígena) que requiere de un “don” heredado a uno o dos, pero no a todos los descendientes en una familia, este patrón de herencia del “don” se ubica generalmente en la línea matrilineal ( de abuela a nieta, de madre a hija, de tía a sobrina, etc.), pero a la vez este don facilita el aprendizaje de todos los conocimientos respecto de la especialidad (conocimiento de plantas medicinales, de remedios caseros, de terapias curativas, etc.)

El “don” se adquiere con el nacimiento porque existe una predestinación para curar, que se singulariza por la facilidad en aprender todo lo relacionado con la profesión: “atender partos” o “atender enfermedades”. El “don” se revela en alguna seña: “lunares” “el llanto en el vientre”, “en los sueños”, etc.

•la teoría frío-caliente vista por los terapeutas tradicionales se interpreta como ausencia de enfermedad, guardar un perfecto equilibrio entre lo frío y lo caliente. Se percibe en este sentido que se existe una preferencia de que el cuerpo se mantenga un estado caliente “normal” a un estado frío, razón porque la enfermedad se adquiere por la exposición a lo frío, razón por la que se prefiere un estado caliente del cuerpo.

A partir del uso y de la aplicación de la teoría frío-caliente entre población indígena y no indígena se construye todo un proceso sobre la percepción de las enfermedades y el cuerpo. En este sentido los diferentes órganos del cuerpo se ven afectados por un calor excesivo, que en los testimonios es llamado fuego y cuando se ven afectados por un exceso de frío, se percibe como “aire frío”.

El manejo de todo este proceso que afecta los estados excesivos de frío y caliente en el cuerpo, es categorizado de acuerdo al órgano que afecta y el tipo de enfermedad que se



trate, de esta forma se crea toda una construcción simbólica del proceso salud/enfermedad/atención que se entiende a partir de la teoría frío-caliente. Con ello quiero decir que se materializa toda una concepción respecto del cuerpo y los cuidados del mismo en base a lo frío-caliente.

Tomando de base esa construcción simbólica de la teoría frío-caliente los órganos del cuerpo que son afectados por el frío son: el estómago, los pulmones, la nariz tapada y la matriz.

Continuando con esa lógica los partes del cuerpo que se ven afectadas por un exceso de calor son el estómago y la cabeza, también mencionaron a las lombrices.

En la misma lógica existen enfermedades que se originan por un calentamiento excesivo, entre las que se mencionaron en las entrevistas fueron las infecciones principalmente las infecciones urinarias, del estómago y en la garganta.



## CAPÍTULO V

### El rol de las mujeres: dar y recibir cuidados. La percepción de género.

El presente capítulo aborda la importancia del papel de las mujeres en la atención de las enfermedades, así como el momento en que asumen el rol de cuidadoras. Interesa la relación entre las mujeres respecto de la construcción social de las identidades, específicamente los vínculos entre ésta y la condición de dar y recibir cuidados, debido a que el papel de cuidadoras está estrechamente relacionado a su identidad de “ser mujer”, y cómo ésta se construye a partir de los roles que le son impuestos socialmente a las mujeres de la comunidad.

La información contenida en este capítulo, corresponde al objetivo específico de evidenciar el papel femenino de la mujer respecto a determinados procesos biológicos como: pre-parto, parto y post-parto, la atención de enfermedades en la familia y la revalidación del papel femenino de la mujer en el oficio de comadrona, a través de él se busca analizar las diferentes formas en que las mujeres de Rabinal – comadronas o no - van adquiriendo el rol de cuidadoras y cómo esto influye en la construcción de sus identidades, principalmente cuando poseen un status elevando dentro de la organización familiar y comunal.

Así mismo, el objetivo específico de determinar similitudes y diferencias de etnicidad entre mujeres usuarias de comadronas, encuentra cabida en este capítulo, en el sentido de buscar elementos distintivos entre usuarias achíes y usuarias no indígenas, con respecto al tema de dar y recibir cuidados.

La recopilación de la información se hizo por medio de entrevistas dirigidas a comadronas y usuarias, con el fin de encontrar alguna diferencia entre ellas. La selección de las comadronas se efectuó a través de un listado previo<sup>1</sup>. Como nos interesaba entrevistar a mujeres usuarias de comadronas, ellas mismas nos refirieron con sus pacientes, lo cual facilitó la apertura de las mismas. En total se entrevistaron 9 usuarias y 7 comadronas.

---

<sup>1</sup> Listado que elaboró la Dra. María Teresa Mosquera Saravia, durante el trabajo de campo para la realización de su tesis doctoral.



El instrumento utilizado en esta fase de la investigación, es una guía de entrevista para comadronas y usuarias, que se enfocaba en los temas de la atención de los padecimientos, en el status o condiciones para adquirir el rol de cuidador(a) principal, y en los usos curativos de la orina<sup>2</sup>.

### Rol y status del cuidador

#### Atención a los padecimientos

Con el objetivo de entender qué pasa y quiénes están involucrados en el proceso salud/enfermedad/atención, se entrevistaron a madres y usuarias para conocer el recorrido que hacen los miembros de una familia cuando se presenta un caso de enfermedad dentro del hogar. En total se logró obtener 16 itinerarios, dentro de los cuales se reconocen dos caminos a seguir:

Cuando alguien se enferma en una familia, se puede generalizar y decir que se aplica el mismo procedimiento: el enfermo se atiende en casa, utilizando ya sea remedios caseros elaborados con plantas medicinales, o medicinas populares como Alka-Seltzer, aspirina, bebetina, etc. Tanto las comadronas como las usuarias, coinciden en clasificar las enfermedades en grandes o graves como el paludismo y en sencillas, como diarrea, tos, temperatura; siendo estos últimos padecimientos los que si pueden ser atendidos dentro del hogar. Esto es referente a un primer itinerario en base a la gravedad de la enfermedad:

“Las enfermedades pequeñas si las atendemos, las enfermedades más grandes ya no las curamos nosotros, si las atendemos quién quita que pasa más grave en la casa”.  
(comadrona)

“Lo llevamos con un doctor, cuando está malo, malo, cuando está más grave, cuando sólo así despacito, pasajera le enfermedad, sólo le voy a comprar sus pastillas aquí en la farmacia”. (comadrona)

“Si es un niño pequeño consultarle al grande para ver que ideas le da a uno y si uno está grave acudir al médico”. (usuaria)

El segundo itinerario se basa en el total del tiempo expuesto a la enfermedad, es decir que, cuando los remedios preparados en casa no hacen efecto y por lo tanto, no se consigue aliviar la enfermedad, pasado varios días el enfermo en cama, se toma la decisión de salir de casa y llevarlos al Centro de Salud, con un médico, o en casos muy especiales al Hospital:

“Ha, sería, supongamos si hoy empezó o ya tiene 3 a 4 días, allí ya decidimos no tenerlo más, porque eso ya no se puede, decidimos...esperamos unos 3 a 4 días, les damos que sueritos, que pastillas, que remedios por ahí y no se puede, mejor lo decidimos...”(comadrona)

---

<sup>2</sup> Ver anexos.



De cualquier manera, lo primero que se hace al momento de aparecer alguna enfermedad, es atenderlo en casa:

“Lo atendemos, aunque sea una calentura, le damos alguna medicina, aspirina o remedio casero”.(comadrona)

“Los primeros auxilios se lo puedo dar yo aquí, a mis nietos, a mis hijos o a alguien de una persona”. (comadrona)

“Primero buscamos, o sea por ejemplo, así como buscamos montes así natural y le pasamos, casero, si, o sea medicinas caseras”. (usuaria)

Como parte del desarrollo normal de la vida familiar, la madre, es la designada a desenvolver dentro de la esfera doméstica todas las actividades, resultando ser la persona que reconoce cuando alguien de la familia se enferma. Según las propias madres, ellas reconocen a los enfermos por medio de síntomas específicos como: tristeza, desgano, fiebre, etc, incluso saben que si un niño llora o si una persona adulta está con desgano están enfermos.

“Cuando un niño llora, y también uno grande no hace nada de mandar, también es porque está enfermo, usando está alentado uno cualquier oficio, cuando uno está enfermo no hay gana de nada”. (comadrona)

“Uno de madre porque la madre es la que está más constante en la casa y se da cuenta con el hijo como está, porque cuando el hijo está sano se nota diferente y cuando el hijo está enfermo se nota diferente”. (usuaria)

“Yo de mamá, porque tal vez no estoy pensando nada yo oigo que están con jaug! Con arrojadera, y eso qué es? Ya me voy a ver quién es y ya empiezo a tratarlo, por ahí, aunque sea un su Alka-seltzer o algo así verdad, pero no se puede entonces si ya es mucho se les hace su suero. Al no poderse, entonces ya acude uno al centro de salud, o a un hospital o a donde uno pueda llevarlo más cerca. Yo soy, porque yo convivo con ellos”. (comadrona)

La decisión de salir de casa varía según los casos particulares de cada familia, ya sea que el padre de familia es quién decida, como se ejemplifica en el testimonio: “así como estoy yo tiene que decir mi esposo, porque él tiene que estar trabajando, él va a ver si tiene dinero para ir, porque para ir con un doctor se necesita dinero” (usuaria); o decide la pareja: “Nos ponemos de acuerdo los dos” (usuaria), “La mamá decide, si no tiene papá, si están los dos, los dos deciden”. (comadrona); o decide la madre: “Porque





ella está en la casa, si pues, ella se mantiene en la casa. Lo va a cuidar pues, porque si lo deja solo ahí, tal vez se muere”. (usuaria), “Sólo yo estoy aquí con este mi hijo, sólo yo, porque sólo yo soy mujer de aquí”. (comadrona).

Sin embargo, la constante es que la mamá, como encargada del hogar y cuidadora principal, toma la decisión de sacar al enfermo de casa y buscar ayuda:

“Cuando yo veo que es imposible, que ya están bastante venciditos por al enfermedad y que no se alivian, entonces yo ya busco la manera de cómo inmediatamente buscar un médico”. (comadrona)

“Decidirlo si es que está la pareja, y sino uno mismo decide”. (usuaria)

“Porque está bien mal, y sólo se mantiene llorando, llorando está y ya no duerme...ya con eso yo ya miro y tal vez mejor lo voy a llevar a otro lado”. (usuaria)

De tal manera que si la madre es la responsable del hogar y por lo tanto, es la que reconoce a los enfermos de la familia, también es la que se encarga de cuidarlos, de administrarles los medicamentos o remedios adecuados y en la mayoría de los casos, ella es la que decide cuándo sacar al enfermo de casa y a dónde llevarlo.

“Si porque yo soy la grande aquí en la casa, ya no hay otra persona que tenga experiencia solo yo soy de la experiencia. Esperamos unos 3 a 4 días... y no se puede, mejor lo decidimos por ahí pues...” (comadrona)

“Al mismo momento, cuando uno mira que no le hace efecto la medicina. Por ejemplo, hoy en la mañana, si lo curo hoy en la mañana, y si en la tarde no le da, no le hace nada, entonces a estas horas uno ya lo puede llevar, si”. (usuaria)

Esta situación responde a la condición de la mujer como la responsable de la esfera privada, ella se encarga de las tareas que garantizan el bienestar y la sobrevivencia de los miembros de la familia, lo cual implica la reproducción biológica y social. En ese sentido, las madres de familia asumen el rol de cuidadoras, pero éste depende del status que poseen dentro de la organización familiar, de tal manera que en los hogares nucleares la mamá se encarga de tal actividad, mientras que en las familias extensas la encargada resulta ser la abuela, aún más si ésta es comadrona.

“Sea mi hija, sea mi nuera, yo les tengo que decir, bueno, aquí no se puede, mejor saquémoslo, vamos a un examen a ver que nos dicen”. (comadrona)



“Porque como más que todo yo soy la más grande aquí, si es mi hija o es mi nuera, cuentan conmigo”. ( comadrona)

“Uno de madre, porque la madre es la que está más constante en la casa y se da cuenta...”(usuaria)

El lugar preferido para llevar a los enfermos, es el Centro de Salud, porque es más económico que consultar a un médico particular, sin embargo, existen otras opciones para la población como es El Dispensario, administrado por una congregación de monjas o llevarlos con las comadronas.

“Prefiero ir al Centro de Salud, porque es para pobres, es de pobres pues, y si yo no tengo la cantidad que me pide el doctor, porque una consulta son Q20.00 ó Q.30.00, en cambio en el Centro de Salud es regalada la consulta”.(usuaria)

“Me voy al Centro de Salud, porque es más económico, que en el caso que le regalan a uno la medicina...”(usuaria)

Las comadronas, generalmente viven dentro de las comunidades, por lo tanto son consultadas frecuentemente, ellas aconsejan a las madres de familia qué hacer en cada caso en particular dentro de la casa, por tal razón no aparecen como una opción de consulta fuera de la casa.

“Consulto a otra persona más grande, otra persona que tiene más edad. Como las comadronas, porque las comadronas son más grandes que uno. Voy a ir a preguntar como está y a dónde voy a llevar, porque ellas tienen tarjeta del centro de salud, si son reconocidas”. (usuaria)

“O sea más o menos como Doña Antonia - comadrona -, cuando mi patojo mayor como ese, como se me enfermo mucho de pequeño, entonces uno sabe que ellos son gente grande, entonces uno corre con ellos, fijese que esto, esto y esto, y ella dice hay que probar de darle remedio casero y si eso no va a resultar, llévelo con un médico”. (usuaria)

“Primero a la comadrona, porque tal vez se cura con una medicina que no cueste mucho, si porque ella siempre cura a los niños, a veces si el niño, tal vez sólo está ojeado no tiene más otra enfermedad más grave, tal vez sólo está ojeado, entonces ella lo cura. Si y de ahí se alivia, por eso primero tenemos que pasar con ella para saber qué es lo que tiene el niño, y si no se cura, no se cura llevamos con unos doctores, pero vaya que ya está curado con el ojo que tiene el niño”. (usuaria)



Status para adquirir el rol de cuidadoras

La edad de las mujeres para casarse en Rabinal, oscila entre los 15 años y los 20 años. Entre las principales razones, del por qué se casan a tan temprana edad, están la falta de información y conocimiento de lo que implica un matrimonio, acompañada de la condición de ser menores de edad, asumiendo falta de responsabilidad.

“De 15 años, de 14, de 16 años, hasta 20 años”. (usuaria)

“Hay veces de 15 a 20 años”. (comadrona)

“Aquí no tienen edad para casarse, aquí la edad que les da la nada se casa, patojas de 15, 16 años”. (usuarias)

“Tal vez no han tenido ninguna enseñanza, tal vez no les han dado clases sobre eso, pienso yo pues”. (comadrona)

“No sé si lo harán por ignorancia, no sé así sólo Dios sabrá por qué se casan a temprana edad, está muy menores de edad”. (usuaria)

“Me imagino que es por la juventud o algo así”. (comadrona)

“Lo hacen por tontería pienso yo, pues que a según ello están haciendo bien, pero ya uno que tiene la experiencia más o menos, yo pienso que no es bueno casarse uno de menor edad, porque no sabe a lo que se está metiendo, porque ya casarse uno es una responsabilidad, no es juguete”. (usuaria)

Debido a la edad en que se casan, las entrevistadas opinan que las muchachas en Rabinal, no están capacitadas para proporcionar los cuidados que necesitan los miembros de su familia, principalmente los hijos. Esta situación, es muy determinante dentro de la organización de la familia, ya que a pesar de que la mujer es la designada socialmente como la responsable de su familia, al momento de formarla y por la edad en que se casan, esto no les permite cumplir con tal papel. De ahí la importancia de preguntarse: si no están capacitadas para cuidar a su familia cuando se casan: ¿Por qué lo hacen a tan temprana edad? Entre las razones que las entrevistadas dieron sobresalen la ignorancia y falta de conocimientos de lo que significa el matrimonio y las responsabilidades que conlleva.

“No, todavía no están capacitadas, y menos sus sentidos. Porque todavía están chiquitas, no tienen el mismo sentido como ya uno de grande”. (usuaria).



“Mire señor, ellas no están preparadas ¿de qué forma estar preparadas? ¿de qué forma señor’, ellas no están preparadas, ellas se atienen de que estas cosas son juguetes, no son juguetes son cosas que uno sabe a se va a comprometer”. (comadrona)

“No, yo digo que no están capacitadas, están muy pequeñas, pues tal vez no tienen pena para cuidar a sus hijos”. (comadrona)

Según Ivonne Szasz, las razones que explican que las mujeres se casen a tan temprana edad y por supuesto tengan su primer hijo, están relacionadas a la idea de que la identidad de las mujeres está vinculada a la maternidad, la cual conlleva la capacidad de cuidar a los otros. De tal manera que, “ser mujer”, implica ser madres y por supuesto hacerse cargo de los miembros de su familia, lo cual significa asumir el rol de cuidadora.

Las madres recién casadas, no tienen la experiencia ni la preparación suficiente como para asumir el rol de cuidadora de su propia familia, por lo tanto acuden a diferentes mujeres, que si cumplan con esos requisitos – experiencia, preparación –. En el caso de Rabinal, estas mujeres pueden ser la madre, la suegra, hermanas mayores, la abuelita, la comadrona, de esta forma, ellas se encargan de cuidar y curar a los enfermos de la familia.

“Sí, alguien que sepa hacerles sus agüitas, su té. Bueno, solo nosotras por ejemplo, si están enfermos los niños de ella, nosotros los vamos a mirar, la mamá, la suegra o la abuelita”. (comadrona)

“A veces viven juntos en una casa, entonces la mayor de edad es la que ayuda para ver, alguien más grande, le ayuda a ella para que, y ya el mayor de edad, ella ya va aprendiendo. Las hermanas mayores, la suegra o la mamá”. (usuaria)

“Ha, tal vez acuden a una comadrona o al centro, pero como le digo, personas que piensan, pero que personas que no piensan saber que puede pasar”. (comadronas)

“La mamá de la patoja o la mamá del muchacho, si ellas son las que se encargan de cuidar”. (usuaria).

La presión a nivel familiar y social de desempeñar estos roles correctamente, es muy fuerte, de tal manera que en el momento de que las mujeres no se encuentren con la capacidad necesaria para tal cometido, las otras mujeres de su entorno se encargan de “enseñarles”, pues eso es parte de su “ser mujer”.



En Rabinal se concibe a una mujer madura a partir de que cumple la mayoría de edad, es decir a los 18 años, o a los 20 años.

“Yo pienso que de 22, de 25 años en adelante, porque uno ya está maduro. Y entonces uno ya piensa que es lo que hace”. (usuaria)

“Pienso yo que pasados los 18 años para arriba, ya su mente ya ha despertado. Pero así patojitas llevan a chanza todas las cosas”. (comadrona)

“Ya de unos 20 años, ya está preparada, si porque ya es una edad que razona, ya el sentido ya está más capaz y hasta el cuerpo ya está más capacitado para saber todo, porque ya a la edad ya tienen que darse cuenta de todo”. (usuaria)

Es por ello que, según usuarias y comadronas, esta es la edad en que las mujeres ya son capaces de encargarse de su propia familia y atender a sus miembros cuando estén enfermos. Sin embargo, si tomamos en cuenta que estas jovencitas se casaron entre los 15 y 20 años, al llegar a la “madurez” o mayoría de edad, generalmente, ya tienen uno o dos hijos, por lo tanto, esa madurez lleva consigo la experiencia de su primer hijo, adquirida o aprendida a partir de las enseñanzas de otras mujeres mayores de la familia, sean las abuelitas, madres, suegras o hermanas mayores. De esta cuenta, encontramos que el conocimiento en relación a la atención y cuidados del proceso salud-enfermedad-atención, es transmitido de generación en generación, por medio de la tradición oral.

Lo señalado anteriormente nos ayuda en el análisis de los elementos que influyen en la construcción social de las identidades, entendiendo particularmente el tema de la salud. De lo cual podemos inferir, que la posición de la mujer como cuidadora de los enfermos de su familia y tomar el mando en cuanto a decisiones sobre la atención de diversas enfermedades, forma parte fundamental de lo que se entiende socialmente que es se una mujer.

Sin embargo, si existen diferencias entre las mujeres que pertenecen a una misma familia. En el sentido de que se le adjudica cierto poder de decisión a la mujer mayor de la familia, sea la abuela, la madre o la tía, esto se reafirma si una de estas mujeres es comadrona o curandera, lo cual implica tener un reconocimiento no sólo familiar sino social.



“Si porque yo soy la grande aquí en la casa, ya no hay otra persona que tenga experiencia solo yo soy de la experiencia. Esperamos unos 3 a 4 días, les damos que sueritos, que pastillas, que remedios por allí y no se puede, mejor lo decidimos por ahí pues...” (comadrona)

De esta manera nos damos cuenta de la importancia de las mujeres dentro del proceso salud/enfermedad/atención, tanto de las comadronas como de las madres, que son las responsables de la reproducción social de los miembros de sus familias.

Los itinerarios analizados, sobre el recorrido del enfermo, nos demuestran que todos mantienen la misma estructura: la atención en casa con medicina natural o remedios caseros, la toma de decisión de salir del hogar en manos de la madre - dependiendo ésta de la gravedad o duración de la enfermedad-, y la visita al Centro de Salud.

En la organización familiar, la madre se constituye como la persona responsable de reconocer, atender y cuidar a los enfermos del hogar. Esta situación forma parte indiscutible de los marcadores identitarios de toda mujer, por ende se preocupan por “aprender” y desarrollar sus capacidades maternas.

Dentro de esta dinámica, las mujeres mayores de la familia, juegan un papel muy importante, pues ellas son las encargadas de transmitir todos los conocimientos relacionados a la atención de enfermedades.

En ese sentido las comadronas de la comunidad se consideran como las cabezas de toda esta estructura, pues a parte de contar con todos los conocimientos como terapeuta tradicional, cuentan con el status social que les da la experiencia y la edad. Por lo tanto se convierten en una fuente de consulta muy importante para las mujeres, principalmente dentro de las comunidades que se encuentran ubicadas lejos del casco urbano.





## CAPITULO VI

### La Toma de Decisiones entre Mujeres

El presente capítulo se desarrolla para mostrar las desigualdades sociales que existen en la autonomía y la toma de decisiones, que tienen las mujeres dependiendo el tipo de familia al que pertenece. Esto nos permite ver las diferentes percepciones que se tienen respecto de los roles de las mujeres, y cuando las madres de familia, desempeñan una actividad adicional de la que comúnmente realizan dentro del hogar.

Los objetivos específicos de la investigación que ocupa dicha temática fue; evidenciar el papel femenino de la mujer respecto de determinados procesos biológicos, la atención de enfermedades en la familia y re-validar el papel femenino del oficio de comadrona, y como este se relaciona en la toma de decisiones; Analizar los factores por lo cuales se ha usurpado el papel femenino del oficio de comadrona por la figura masculina; Identificar similitudes y diferencias de etnicidad entre mujeres usuarias de comadronas.

Para obtener la información, a este respecto se elaboró una guía de entrevista, con los temas siguientes:

- Relaciones de Parentesco, donde se evidencia como es la comunicación y la convivencia entre una familia extensa y una familia nuclear, (madre, hijos, nietos).
- Toma de decisiones en cuanto a diferentes aspectos: a) La distribución del gasto realizado por la esposa y el esposo, b) La decisión de salir a trabajar, y salir a pasear c) cuando empezar los estudios, d) Decisión del tiempo libre e) Así mismo la preferencia respecto de la atención entre un medico o una comadrona.

Se tomo en cuenta para ser entrevistadas a las madres que tuvieran una participación activa dentro de un grupo de mujeres, es decir mujeres independientes y lideresas, así como también a madres de familia que su actividad fundamental esta alrededor del hogar.

#### Relaciones de parentesco

Las entrevistas giraron alrededor de madres de familias que oscilan entre las edades de 18 a 55 años, en las cuales se lograron clasificar tres generaciones:





- La primera generación la conforman aquellas madres que ya no tiene viva a su madre, pero tiene a sus hermanos y tienen nietos, en esta generación una minoría.
- La segunda generación son madres que tienen viva a su madre, tiene hermanos, hijos y nietos, en este caso una minoría.
- La tercera generación que fue la mayoría de madres que tiene viva a su madre, hermanos y aun tienen hijos solteros.

Por medio de la anterior clasificación también nos permite tipificar 2 tipos de familia nuclear y extensa, la cual puede evidenciarse en la convivencia y la comunicación que existe entre las familias.

Las madres entrevistadas la mayoría vive cerca de sus familiares, porque viven en la misma comunidad, lo que les permite visitar a su mama, hermanos, cuñadas y suegras frecuentemente. La cercanía les permite convivir y comunicarse. “Como vivo cerca de ella, la visito cada dos o tres días, o mas bien todos los días porque estoy cerca de ella” (entrevista a madre 3)

En las áreas rurales de nuestro país la mayoría de las familia son extensas, no solo por el numero de integrantes, sino por la convivencia y la comunicación que se manifiesta entre los abuelos, tíos, primos, hermanos, nietos, etc. en el momento de realizar algún trabajo o alguna celebración.

Las madres mencionan que las actividades que les permite compartir con su suegra, cuñadas y madres es en la elaboración de las artesanías, cuando elaboran los güipiles, fajas, servilletas, también cuando se cultiva, que se tiene que ayudar, cuando se realizan algunas celebraciones, día de la madre, cumpleaños, navidad, son días cuando se realizan grandes comidas en la que tienen que participar todas.

En Rabinal cuando en una familia hay un fallecido se tiene la costumbre de buscarle padrino al fallecido, que es la persona que se encarga de rezar, llamar el alma o el espíritu del fallecido, esta costumbre solo la realizan las personas católicas. El padrino debe ser una persona encargada de realizar el ritual del entierro, es una persona reconocida en la comunidad y que tenga mucha experiencia.

La decisión en una familia para elegir quien va a ser el padrino del fallecido es tomada por los padres de familia, en ausencia delos padres, son los hijos mayores quienes



deciden. Por lo general la decisión de buscar al padrino recae siempre a todas la personas de mayor edad dentro de una familia. (abuelo, padre e hijo mayor).

En una familia en Rabinal se realizan las siguientes celebraciones

1. Fiesta de cumpleaños
2. Casamientos
3. Bautizos
4. Velorios y entierros

Cuando se celebra un casamiento, bautizo, velorio y un entierro es una actividad en donde participan toda la familia, porque es una fiesta grande en donde todos deben de colaborar y participar, para la decisión de cómo se organiza la comida, es una decisión que por lo general la toman la madre o las suegras, porque son las mujeres mayores de la familia, en esta decisión también participa el padre porque el se encarga de dar el dinero para cubrir los gastos de la fiesta.

En el momento en que se ponen de acuerdo los papas buscan una persona encargada para dirigir y coordinar la fiesta puede ser un familiar (tía, tío, sobrina,) o una persona de confianza de la familia.

La celebración de un cumpleaños es una fiesta muy familiar pero no es una fiesta en donde participa toda la familia, por lo general solo se queda dentro de una familia nuclear.

Si se realiza una fiesta para los papas, como cumpleaños la organización de la celebración queda a cargo de los hijos quienes se reúnen y se ponen de acuerdo que hacer y quien dirige la actividad. Por lo general la persona responsable de la actividad es el hermano o hermana mayor.

Tipos de decisiones:

Dentro de las entrevistas realizadas encontramos diferentes decisiones que se toman en la familia entre ellas las siguientes:

a) En Rabinal una de las actividades importantes que realizan las mujeres es la elaboración de artesanías como güipiles, fajas, servilletas, manteles y cerámica. También se ocupan de criar animales domésticos como, gallinas, cerdos, patos, etc. para su venta. De esa misma forma el esposo dentro de las actividades en donde se



desempeña son: albañilería, agricultura o comerciante

Las Madres de Familia son las encargadas de vender las artesanías, y los animales en el mercado de Rabinal, o en alguna plaza cercana al pueblo. El dinero obtenido por la venta de las artesanías y de los animales, generalmente es empleado para cubrir alguna necesidad del hogar, sin embargo a pesar de que son las mujeres de la casa las que elaboran, cuidan y venden, no siempre pueden decidir que hacer con ese dinero.

La decisión pueden darse de dos maneras: Decidir entre la pareja que hacer con el dinero o que la misma mujer decida en que gastarlos. “Yo hago tejidos, hago manteles, si lo vendemos, entre los dos administramos el dinero porque el sale a ganar y a mi me da y así entre los dos, se aguarda y conforme se va gastando se va agarrando” (entrevista a madre 8) “ Uno decide que hacer porque mas bien en este caso, la mujer es la que mira mas la necesidad en la cocina” (entrevista a madre 9)

Con el dinero obtenido del sueldo del esposo y de la venta, siempre se piensa en comprar las cosas que se necesitan en el hogar. Cuando ellas deciden que comprar, lo utilizan para cosas de la cocina, esto sucede, porque ellas son las que se dan cuenta de lo que hace falta y lo que necesitan los hijos y el esposo. “Para comprar lo que usamos en la casa decidimos yo y mi esposo los dos nos ponemos de acuerdo que vamos hacer con el dinero” (entrevista a madre 5)

Para algunas madres el tejer güipiles, fajas y servilletas son solamente para uso en el hogar, de la misma forma los animales son criados solo para comer en la casa. Son vendidas las artesanías y los animales cuando se les presenta alguna necesidad muy urgente que resolver en el hogar. “Yo tejo pero solo para mi nada mas, tengo chuntos, pollos y patos, solo son para comer, hay veces que vendemos cuando hay necesidad” (entrevista a madre 6)

Los días jueves y domingos son días de mercado en Rabinal, por lo tanto son los días importantes para las madres porque, ellas pueden comprar, todo lo necesario para el hogar: Carne, verdura, ropa etc. Es en este momento son ellas quienes deciden que llevar al hogar para la alimentación de sus hijos y del esposo, ya que son las que se dan cuenta y están pendientes de que van a comer todos los días.

Esto responde a que socialmente las mujeres están designadas a desenvolverse dentro



del hogar, por lo tanto se podría afirmar que tienen autonomía hasta cierto punto, en las tareas propiamente domésticas, en este caso lo que se relaciona al gasto, por ejemplo: como administrar el dinero para la alimentación, que hacer con el dinero de la venta de los tejidos y animales, cuando irlos a vender y a que precio venderlos.

b) Cuando en la familia es necesario emigrar a otro lugar por trabajo, para realizar algún trámite, ir a visitar a un familiar o simplemente salir a pasear, la decisión la toma el padre porque es la persona que se encarga y tiene la responsabilidad de velar por el sustento en el hogar así como también es administrador de los recursos económicos obtenidos de su trabajo. Además que es considerado como la persona única dentro del hogar de ser el responsable de velar, cuidar a la familia, y cubrir los gastos económico. “El tiene que decidir por las necesidades de sus hijos” (entrevista a madre 8) “El es el que decide quien va para un paseo el decide porque él es el que manda, es el jefe de la casa” (entrevista a madre 4)

En Rabinal la mayoría de los jóvenes se casan entre los 15 a 20 años, por lo tanto empiezan a tomar sus propias decisiones, para emigrar a trabajar específicamente a la capital para mantener a su propia familia. “mi hijo el se fue porque como ya tiene mujer quiere pisto” (entrevista a madre 4)

c) En Rabinal se puede generalizar de que la edad para iniciar los estudios es a partir de los 7 años sin embargo algunas entrevistadas mencionaron que ahora era diferente porque ya existen otros grados antes de llegar a primero primaria, entre ellos: kinder, párvulos, pre-paratoria, por lo que los niños, inician ir a la escuela a los 3 años.

En la familia cuando los hijos inician sus estudios la decisión la toman el padre y la madre porque ellos quieren el bienestar de sus hijos y saben de la importancia de la educación, “Ahí si los dos tomamos la decisión, porque como es bien para nuestros hijos” (Entrevista a madre 9)

En algunos casos los esposos se dividen las responsabilidades para velar por los estudios de los hijos. El padre se encarga de pagar la colegiatura y la madre se encarga de ir a las reuniones. “El se encarga de inscribirlos y yo me encargo de las reuniones ir a verlos como van en sus clases”(entrevista a madre 3)

La oportunidad para entrar a la escuela es la misma para hombres y mujeres, porque es



importante para los dos en su vida, y porque los dos tienen los mismos derechos. “Los papas porque ellos tienen que ver que sus hijos salgan adelante, si es lo mismo para hombres y mujeres todos tenemos igual derecho” (Entrevista a madre 8)

d) Las mujeres realizan una diversidad de actividades en el hogar, además algunas tienen la oportunidad de participar en reuniones, capacitaciones y algunas son integrantes de grupos de mujeres, sin embargo están sujetas a los acuerdos que hayan dentro de la familia

Por lo anterior las madres mencionaban que la decisión de participar en grupos de mujeres, es personal, pero la decisión de salir de la casa para asistir a reuniones depende del esposo, esto significa que tienen que pedir permiso, porque consideran que el esposo debe saber en qué actividades participan y así evitar problemas y que ellas se sientan más seguras. “Yo antes le pedí permiso si yo podía colaborar o si no”, (entrevista a madre 9) “le avise si me daba permiso esta bien dijo él y me vine yo y como me gustaba participar en donde uno quiere, si me dice que no yo me animaría a venir también”. (Entrevista a madre 4)

Existen mujeres que por sus múltiples actividades no pueden asistir a las reuniones, aunque tengan el permiso del esposo y el deseo de participar, pero el trabajo es antes que ir a una reunión. “Yo decido cuando no está, porque uno tiene que ver si es tanta la necesidad y si uno no tiene nada que hacer puede salir y si no uno tiene necesidades en la casa” (Entrevista a madre 7) “Si estoy bien ocupada si no voy, porque con esto si cuando uno tiene un pedido tiene que estar allí sin descanso allí si no puedo” Entrevista a madre 3)

e) Como parte de las decisiones que se toman en la familia encontramos también algunas que se refieren a la salud de la mujer, por ejemplo: la elección de la comadrona, quien será la persona responsable de darle la atención y los cuidados correspondientes durante el proceso biológico: del Pre-Parto, Parto y post-parto.

Cuando se trata de tomar la decisión sobre quien va a ser la comadrona se toman de referencia los siguientes aspectos:

1. Ha atendido los partos dentro de la familia



2. Es una persona de la comunidad
3. Que sea una persona muy reconocida en la comunidad.

Por lo anterior las personas encargadas de buscar a la comadrona son: La suegra y la Madre, en algunas casos es el esposo el que busca a la comadrona, en ausencia de madre y suegra. Esto nos indica que la elección de la comadrona la realizan las mujeres en la familia. “Mi suegra, porque mi suegra me dijo que esa señora atiende bien y así fue” (entrevista a madre 1) “mi mama porque cuando me embarace yo pues me dijo que esta bueno con comadrona y así fue mis tres hijos los he tenido en la casa con comadrona”

Las mujeres en Rabinal consideran que componerse con una comadrona es una costumbre que dejaron los abuelos, por lo tanto la preferencia de con quien aliviarse era con una comadronas. “Ah mi mama la escogió porque así como los antepasados ellos dicen que o sea que ellos no llegaban a l centro de salud” (entrevista a madre 4)

La mayoría de las madres comentan que componerse con una comadrona se sienten mas seguras que ir al hospital, porque son atendidas en su casa , están con una persona que conocen, y porque además el cuerpo se acostumbra de ser atendidas en la casa. “Con comadrona porque se que uno ya se acostumbro, por ejemplo yo pues yo ya me acostumbre de que en la casa y con comadrona” (entrevista a madre 5)

Con las comadronas se recibe atención personalizada además de las visita durante un tiempo de ocho días, para sobarlas, darles medicina natural para el calentamiento del cuerpo y se les amarra el estomago para dejarlo en su lugar. “Porque a parte que ella lo atiende a uno en el momento, ella me atiende ocho días, me controla, me soba y me amarra para que uno quede bien”(entrevista a madre 3)

La mayoría de las madres, consideran que ser atendidas por un médico seria mejor, por la experiencia que los doctores tienen, por que estarían seguras de que nacerá bien el niño, porque los doctores tienen estudio y han sido preparados. Porque en el Centro de salud o en Hospital Nacional, tienen la atención de un médico por cualquier problema que se presente en el momento del parto, tienen auxilio de los médicos. “A un médico, porque yo pienso que el tiene mas experiencia, recibió estudios, él tiene mas material”



Las familias en las áreas rurales son conformadas por familias extensas, tomando en cuenta su relación, convivencia y comunicación, en el momento de realizar algún trabajo o alguna celebración.

El gasto en el hogar, es una responsabilidad del esposo y de la esposa, porque los dos contribuyen con su trabajo para el sustento de la familia.

Las decisiones en el hogar, para el momento de escoger con quien componerse, son tomadas por lo general por las personas mayores de la familia, la madre y suegra, son mujeres que llegan a tener una influencia en las hijas, en formas positiva.



## INTERPRETACIÓN FINAL (Conclusiones y Recomendaciones)

La interpretación final que se puede hacer de la investigación radica en dos hechos fundamentales uno referido al abordaje teórico-metodológico y el otro dirigido a la interpretación de los hallazgos de la investigación. En este sentido la interpretación final de la investigación abarcará estos dos puntos.

Respecto a la innovación metodológica que se realizó en esta investigación en particular, basada en la teoría del poder y en la desigualdades respecto de género y etnicidad, se puede decir que ésta es una tendencia dentro de las ciencias sociales que ha crecido durante los últimos años. Dicho crecimiento debe ubicarse a la par del desarrollo de la teoría feminista o de género. En donde sobresalen algunos trabajos como los de: Roberto Castro, Mario Bronfman, Juan G. Figueroa, etc.

Sin embargo la novedad teórica de la investigación fue combinar el punto de vista que se ha profundizado en la tendencia de género aplicada también a los parámetros de la etnicidad. Esa innovación se hizo pensando en el hecho de entender diferencias o similitudes entre terapeutas tradicionales, entre mujeres comadronas y usuarias.

Tomando de base la hipótesis de la investigación y los objetivos de la misma se puede decir que no existe una diferencia entre comadronas y usuarias, entre terapeutas tradicionales respecto a los fenómenos de etnicidad y género en los parámetros del proceso salud/enfermedad/atención.

En este sentido se debe interpretar que no hay límites o fronteras de conocimiento y manejo de padecimiento entre mujeres que son comadronas y entre mujeres que son madres de familia. Los resultados de la investigación demuestran que existe un conocimiento colectivo que no tiende a crear espacios de saber sobre las especializaciones, como existe en los parámetros de positivistas de las ciencias. Sino, que nos enfrentamos a un conocimiento adquirido por la experiencia, en este sentido mientras se es más viejo se es más sabio. La diferenciación que se encontró entre mujeres respecto de la atención de los padecimientos es precisamente esa, las mujeres más ancianas, con más experiencia, con más hijos son quienes saben cómo atender y tratar principalmente los padecimientos de racionalidad maya como la mollera caída, la movida-caída de la matriz, el alboroto de lombrices.





La importancia de la familia extensa en este sentido es relevante, ya que una familia nuclear que carece de la convivencia de la abuela, suegra, tía, etc. ignora el tratamiento y la cura a seguir, pero entiéndase que ésta, no está libre de la creencia o del sufrimiento de dichos males que fueron inculcados a los padres durante su más tierna infancia.

De esta forma la reflexión no debe ir en el sentido de que a mayor educación de los padres de familia, se ha demostrado que los hijos carecen en menor grado del mal de ojo, de la mollera caída, de la movida-caída de la matriz, etc. porque la historia nos ha demostrado que el famoso proceso de “ladinización” o de “aculturación” de los indígenas en Guatemala nunca se dio y que en la actualidad está lejos aún de cumplirse.

Lo que nos demuestra ésta investigación es la existencia de una racionalidad achí y en el sentido de su correcta interpretación, encontramos una amalgama y articulación de racionalidades provenientes de diverso orden, como podría ser la bio-médica y la maya. Situación tan particular en la cual no podemos dejar de usar la interpretación y lógica de ambas creando un nuevo espacio de entendimiento mutuo entre ambas, creando nuevos rumbos de investigación y entendimiento de los conjuntos sociales de Guatemala. Y es en este sentido que debe empezarse a entender una nueva Guatemala pluricultural, fusión de diversas etnicidades, no sólo de la maya, o de la no indígena.

En este mismo sentido los resultados de la investigación demuestran también que no hay diferencias entre terapeutas indígenas y no indígenas, que si bien es cierto que podemos puntualizar determinados rasgos provenientes de una cultura maya, como lo es el proceso de aprendizaje del oficio de terapeutas tradicionales como es la predestinación de la persona para dicha profesión a través de señas y sueños, el manejo de la teoría frío-caliente sobre los padecimientos, enfermedades, plantas medicinales, etc. En la actualidad no debemos interpretarlos como rasgos exclusivos y provenientes de los indígenas, sino como conocimientos adquiridos en un proceso históricos con presencia de elementos ajenos que se han acomodado en esos procesos tan cambiantes y adaptables a las realidades de los conjuntos sociales.

Para aclarar dicha interpretación quisiera exponer el siguiente ejemplo: Se sabe que el origen de la planta medicinal llamada ruda<sup>1</sup> es europeo, de igual forma el padecimiento

---

<sup>1</sup>Su nombre científico es: ruta chalepensis.



llamado “mal de ojo” se ha localizado en la cuenca del mediterraneo desde tiempos inmemoriales. En este sentido todo el conocimiento que se ha generado en la Guatemala de hoy, sea indígena o no indígena respecto de ésta padecimiento no puede explicarse exclusivamente en términos de lo maya, o sea que no se puede decir que los mayas padecen de ésta enfermedad o que sólo los mayas la pueden curar. Es un padecimiento sufrido por toda la población guatemalteca y que debe entenderse en la amalgama o articulación de conocimientos provenientes de varias racionalidades.

Sin embargo la investigación también brindó algunos hallazgos en los cuales es necesario hacer una interpretación sobre los mismos y en este sentido se presenta a continuación conclusiones respecto de la percepción del cuerpo y de los terapeutas tradicionales de Rabinal.

Queda claro que la etnicidad en Guatemala debe entenderse como una amalgama o articulación entre varios saberes, conocimientos, racionalidades, ideologías con raigambres diversas, pero para el caso de esta investigación llama la atención la posible articulación que los conjuntos sociales hacen de la racionalidad achí y de la racionalidad bio-médica, en este sentido los aportes de ésta investigación proporcionan algunas claves sobre la mirada etnológica que en esta caso los achí tienen de su concepción y percepción del cuerpo.

En este sentido la racionalidad achí atribuye funciones muy diversas de las partes del organismo humano, totalmente ajenas y diversas de las percepciones biológicas de la bio-medicina. Como es el caso de que algunos órganos del cuerpo al moverse provocan enfermedad. Esta concepción difiere mucho a la racionalidad bio-médica que entiende como “normales” los movimientos de determinados músculos, como el corazón, estómago, etc.

En parámetros de la racionalidad achí, y entendiendo la percepción de origen maya sobre el rompimiento del “equilibrio” lo que provoca enfermedades o padecimientos. Se racionalización la identificación-tratamiento de los tres padecimientos que se estudiaron en la investigación: “Mollera caída”, “movida-caída de la matriz” y “alboroto de lombrices”.

El capítulo tercero se ocupa de otorgar información respecto de las características de cada padecimiento, su sintomatología, su tratamiento y terapeuta, su relación con la bio-medicina. Sin embargo, la reflexión que sobre esa mirada etnológica tienen los achí respecto del cuerpo es necesaria para cualquier persona que está involucrada en el proceso



salud/enfermedad/atención porque el intentar abordar la problemática de salud desde la óptica exclusiva de la racionalidad bio-médica en conjuntos sociales del área rural guatemalteca que se explican mejor en términos de desigualdad social, etnicidad, acceso a poder, etc. Proporciona una visión sesgada de la realidad que incide de alguna forma en los altos índices de mortalidad materna e infantil, desnutrición, que caracterizan a la vez este tipo de población.

Uno de los puntos principales que se discutieron en los acuerdos de paz, fue la discriminación y marginación de los mayas en cuanto a salud, educación, acceso a la tierra, etc. Los acuerdos insisten en la necesidad de ampliar la cobertura de salud del estado y el involucramiento de los terapeutas tradicionales al sistema de salud, de ésta cuenta durante todo éste año se ha estado impulsando en el Ministerio de Salud y Asistencia Social el programa titulado: “Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa.” Como un paleativo que estaría dando respuesta al cumplimiento de los acuerdos de paz por parte del Ministerio de Salud. Sin embargo, al revisar la propuesta de éste programa se comprueba que la propuesta se plantea en términos puramente bio-médicos y que no toma en cuenta los elementos de la etnicidad, la desigualdad social, etc. Para éste tipo de propuestas que se realizan al Estado y que carecen de criterios multidisciplinarios es en donde quisiera encaminar el siguiente hallazgo de la investigación.

Uno de los aportes principales de la investigación respecto de los terapeutas tradicionales es la posible diferenciación que se localizó entre la especialidad de “comadronas” respecto de las otros terapeutas; guía espiritual o sacerdote maya, curandero-curandera.

Como se explica en el capítulo cuarto existe entre los terapeutas tradicionales un “proceso de predestinación” que esta regulado por determinadas señas, como las enfermedades en la infancia, los sueños y la iniciación por otro guía espiritual. Este proceso se cumple cuando se es “guía espiritual”(sacerdote maya) o “curandero-a”.

Sin embargo, se puede afirmar de acuerdo a los hallazgos de la investigación que existe otro proceso para optar a la especialidades de comadrona que requiere de la adquisición de un “don”. Este puede ser heredado a uno o dos, pero no a todos los descendientes en una familia, en un patrón de herencia que responde en una línea matrilineal ( de abuela a nieta, de madre a hija, de tía a sobrina, etc.).Pero la adquisición de éste “don” es un hecho que a la vez este facilita el aprendizaje de todos los conocimientos respecto de la especialidad (conocimiento de plantas medicinales, de remedios caseros, de terapias curativas, etc.)



El “don” se adquiere con el nacimiento porque existe una predestinación para curar, que se singulariza por la facilidad en aprender todo lo relacionado con la profesión: “atender partos” o “atender enfermedades”, pero ese “don” también en algunos casos se revela en alguna señal: “lunares” “el llanto en el vientre”, “en los sueños”, etc.

Esta forma de aprendizaje del oficio de las comadronas refleja un sincretismo en donde confluyen varios elementos que ya no se enmarcan en el mundo de exclusividad maya, sino que confluyen también el proceso de capacitación e incorporación de la bio-medicina que es proporcionado a las comadronas, proceso también que en el interior de las comunidades es evaluado por las usuarias en el momento de elegir a la comadrona.

Finalmente quisiera dirigir la última reflexión de la investigación en el sentido de entender la etnicidad en Guatemala. El debate teórico-metodológico sobre etnicidad ha superado la discusión del problema en el sentido de no abarcar la problemática como diferencia, o sea en pocas palabras se intenta delimitar si se es indígena o no se es indígena. El debate y el problema de la etnicidad busca romper esa discusión y centrar su análisis en otros fenómenos, sin embargo me ocupo de ésta diferenciación porque pienso que uno de los puntos de vista de mayor éxito entre el movimiento maya actual en Guatemala es la postura que tiene la Academia de Lenguas Mayas respecto a las reivindicaciones del pueblo maya.

La postura de la academia como se demuestra en el alto número de publicaciones que tiene, es un enfoque milenarista y purista, que intenta devolver a los mayas actuales su existencia **sin historia** de hace ya más de 500 años. Esta parte del movimiento maya insiste en aislar todos los factores de sincretismo producto de la historia y aislar los hechos para reivindicar exclusivamente el origen maya de las creencias y tradiciones indígenas.

El deber y la misión primordial del IDEI en este sentido es proporcionar elementos para el análisis de una Guatemala multicultural y plurilingüe y en este sentido los principales hallazgos de ésta investigación están orientados en demostrar que el proceso salud/enfermedad/atención la diferencias entre indígenas y no indígenas se pierde o no existe.

En este sentido la etnicidad debe entenderse como un fenómeno que se explica en la articulación de diversas racionalidades, ideologías, conocimientos que inciden en el proceso salud/enfermedad/atención, proporcionando entonces nuevas formas de interpretar la



realidad que son sentidas y vividas cotidianamente por los conjuntos sociales. Interpretaciones que deben ser tomadas en cuenta para poder abordar la problemática de salud en Guatemala.



## BIBLIOGRAFÍA

Balleste, Mercedes y Ana María Hernández. La salud sexual y reproductiva, reflexiones de SIPAM sobre una experiencia de atención a mujeres con perspectiva de género. México: GIMTRAP, 1996

Barabas, Alicia Coordinadora, Miguel Bartolomé. Etnicidad y pluralismo cultural: La dinámica étnica en Oaxaca. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia, Departamento de Investigaciones histórica, 1986.

Bastos, Santiago y Manuela Camus. 2,003. Entre el mecapal y el cielo: desarrollo del movimiento maya en Guatemala. Guatemala: FLACSO.

Bejar Navarro, Raúl y Héctor Capello. Teorías y metodologías en el estudio de la identidad y el carácter nacionales. Cuernavaca, México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. UNAM, 1990.

Bonfil Batalla, Guillermo. Identidad y pluralismo cultural en América Latina. Buenos Aires, Argentina: Centro de Estudios Antropológicos y Sociales Sudamericanos, 1992.

Camus, Manuela. Ser indígena en la ciudad de Guatemala. México, CIESAS, 2000.

Cardoso de Oliveira, Roberto. Etnicidad y estructura social. México, CIESAS, 1992.

Castro, Roberto y Mario Bronfman. Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión. En La condición de la mujer en el espacio de la salud. México, El Colegio de México, Centro de estudios demográficos y de desarrollo Humano, 1998.

Eder, Karin et. al. 2,002. Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala. Guatemala: Asociación de Servicios Comunitarios, ASECSA.

Espinoza Villatoro, Erik. 1,999. Rejqalem ri Wa'ix; dimensión cero, filosofía maya, etnomedicina y física moderna. Guatemala: Cholsamaj.



Figuroa Perea, Juan Guillermo. El enfoque de género y la representación de la sexualidad: algunas reflexiones. México: SSA Subsecretarías de Servicios de Salud; Dirección General de Planificación Familiar, 1993.

Figuroa Perea, Juan Guillermo Coordinador. La incorporación de la perspectiva de género en la investigación social sobre reproducción: algunas experiencias en América Latina y Asia. México, El Colegio de México, programa de salud reproductiva y sociedad: Católicas por el derecho a decidir, A.C., 2002.

Freyermuth Enciso, María Graciela. Morir en Chenalho: género, etnia y generación. Factores constitutivos de riesgo durante la maternidad. México, UNAM, Facultad de filosofía y Letras, Instituto de Investigaciones Antropológicas, 2000.

Gros, Christian. Políticas de etnicidad: identidad, estado y modernidad. Bogotá, Colombia: Instituto Colombiano de Antropología e Historia, 2000.

Hurtado, Juan José. 1979. "Algunas ideas para un modelo estructural de las creencias en relación con la enfermedad en el altiplano de Guatemala". En Guatemala indígena, 1:1-12, pp. 7-22.

Méndez Domínguez, Alfredo. 1983 "La enfermedad y la teoría médica entre los indios de Guatemala" En Carl Kdendall et. al. La herencia de la conquista; treinta años después. México: Fondo de Cultura Económico. pp.273-304.

Menéndez, Eduardo. 1987 "Medicina tradicional o sistemas prácticos-ideológicos de los conjuntos sociales, como primer nivel de atención" EN: el futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los países latinoamericanos. México; Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS) pp.39-62.

----- 1,990 Antropología médica: Orientaciones, desigualdades y transacciones. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Cuadernos de la casa chata. No.179.

----- 1,996, "El saber popular como proceso de transformación: tipos de articulación entre biomedicina y la medicina popular" EN: Creer y curar; la medicina popular. Granada: Diputación provincial de Granada, pp. 31-61.



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (MSPAS) s.f. Medicina popular tradicional y alternativa: programa nacional. Guatemala:MSPAS.

\_\_\_\_. 2,002 Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil 2,002. Guatemala: MSPAS.

Mosquera S. Ma. Teresa. 2,002 La articulación entre conocimientos populares y bio-médicos entre las comadronas de Rabinal, Baja Verapaz. Tesis de doctorado. Guatemala.

Leona Rosales, Adriana y cristina herrera. Memorias del seminario de sexualidad y género 1997-1999: aportes a la Investigación antropológica. México, El Colegio de México, Programa de salud reproductiva y sociedad, 2002.

Ojeda, Norma coord.. género, familia y conceptualización de la salud reproductiva en México. Baja California, México: El Colegio de la Frontera Norte, departamento de estudios de población, programa de salud reproductiva y población, 1999.

Pérez-Gil Romo, Sara Elena y Patricia Ravelo Blancas. Coordinadoras. Género y salud femenina: experiencias de investigación en México. México, CIESAS, Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de Nutrición “Salvador Subirán”, 1995.

Ramírez Rodríguez, Juan Carlos. Género un espacio para la creatividad en salud: taller sobre género y salud, Memoria. Jalisco, México: Universidad de Guadalajara, Programa mujer, salud y desarrollo, 1995.

Reina Aoyama, Leticia Coordinadora. Los retos de la etnicidad en los Estados-Nación del siglo XXI. México, CIESAS, Instituto Nacional Indigenista, 2000.

Rodríguez-Shadow, María. Identidad femenina, etnicidad y culturas de trabajo en una comunidad mexicana de los Estados Unidos de Norteamérica. Santa Catarina, México: Universidad de las Américas de Puebla, Escuela de Ciencias Sociales, departamento de relaciones Internacionales e Historia, 1995.

Silva, David. Mujeres, saberes médicos e institucionalización. En La condición de la mujer en el espacio de la salud. México, El Colegio de México, Centro de estudios demográficos y





de desarrollo Humano, 1998.

Solares, Jorge Coordinador, Rachel Sieder, Miguel Angel Reyes. Pluralidad jurídica en el umbral del siglo. Guatemala, FLACSO, sede Guatemala, 2000.

Stavenhagen, Rodolfo. La cuestión étnica. México, El Colegio de México, Centro de estudios sociológicos, 2001.

Sucuquí M., Isabel. 2,000. Concepción religiosa de la medicina practicada por los guías espirituales entre los achí de Rabinal, Baja Verapaz. Tesis de licenciatura. Guatemala.

Tuñón Pablos, Esperanza, coordinadora. Género y salud en el sureste de México. Chiapas, México: el Colegio de la Frontera Sur: Consejo estatal de población de Chiapas: Fondo de Población de la Organización de las Naciones Unidas, 1999.

Verdugo, Juan Carlos et. al. 2,002. Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente: bases y lineamientos. Guatemala: Instancia Nacional de Salud. INS.

Zolla, Carlos, et. al. 1,988, Medicina tradicional y enfermedad. México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social CIESS

Revistas:

Instancia Nacional de Salud (INS). Revista Portadores de sueños: Pensamiento y acción en salud.

Año 1, Número: 0, 1, 2, 4. Año 2, Número 5.