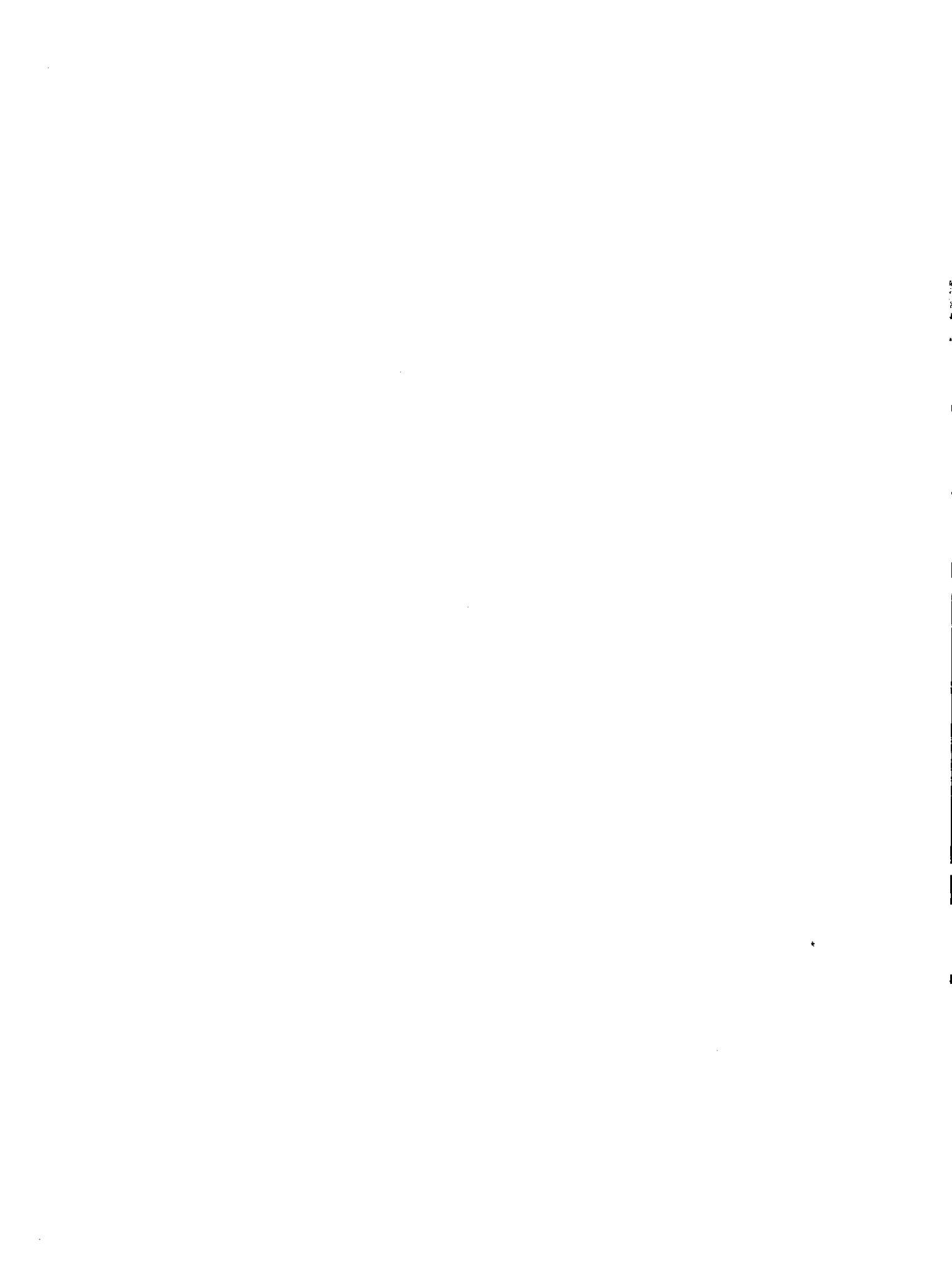


¿CUAL ES EL EXITO DE LAS COMADRONAS?  
ESTUDIO EN COMALAPA, UNA COMUNIDAD INDIGENA



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

¿CUAL ES EL EXITO DE LAS COMADRONAS?  
ESTUDIO EN COMALAPA, UNA COMUNIDAD INDIGENA

MARIA ANGELA LEAL PINEDA

Trabajo de investigación presentado para  
optar al grado académico de Licenciado  
en Antropología

Guatemala

1989



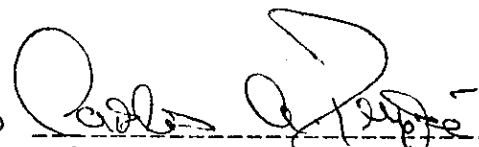
Vo. Bo. :

(f)  -----  
Licenciado Carlos Peyré  
Asesor

Tribunal:

(f)  -----  
Licenciada Elba Villatoro

(f) -----  
Doctor Didier Boremanse

(f)  -----  
Licenciado Carlos Peyré

Fecha de aprobación: 6 de octubre de 1989.



A mi Madre, y a  
Quienes me hicieron  
Madre: mi Esposo y  
mis Hijos



## AGRADECIMIENTO

Deseo expresar mi agradecimiento a todas aquellas personas, instituciones y a la población de Comalapa, que hicieron posible la realización de este trabajo de graduación. GRACIAS A:

San Juan de Comalapa

población que no sólo me acogió, si no que acoge a toda persona que quiere conocer a su gente, tradiciones y creencias.

Familia Chirix García

con quienes viví y a quienes debo una bella amistad y cariño con quienes inicié las entrevistas y me fueron presentando a más personas.

Familia Cali

Comadronas

por su paciencia y comprensión, por la forma en que comparten por su compañía y ayuda en la recopilación de información y transcripción de grabaciones.

Margarita Velásquez

Marta Ordóñez y

Narciso Cojtí

Pro Desarrollo S.A.

Stephen Stewart

por su ayuda en el cakchiquel.

por el tiempo que me brindó.

quien me ha enseñado el campo de la investigación y consultoría en Guatemala.

Claudia Quinto y

Erwin Garzona

quienes revisaron y formatearon el presente trabajo.

Elba Villatoro

profesional que me animó y proporcionó bibliografía y orientación.

Carlos Peyré

quien me asesoró y confió en mí.



## RESUMEN

El estudio de la etnomedicina ha cobrado un gran auge, sobre todo en países en los que la diversidad cultural manifiesta patrones tradicionales para el tratamiento de enfermedades. Según dichos patrones, el embarazo está clasificado como una enfermedad, para la cual la comadrona es la persona encargada de atenderla. El papel de la comadrona sigue siendo importante, no obstante el avance de la medicina occidental.

El presente trabajo de investigación a partir de literatura sobre el tema y del trabajo de campo realizado, quiere ser un marco teórico desde el cual se pueda explicar y comprender esta situación. Durante la investigación se llevaron a cabo entrevistas en Comalapa, teniendo cierta dificultad de comunicación debido al idioma con las comadronas y otras personas. Sin embargo, se obtuvo información gracias a la ayuda de intérpretes e informantes que corroboraban los datos recabados. Como resultado más importante se verificó que la comadrona comparte el mismo sistema cognoscitivo con sus pacientes, por lo cual le es posible actuar dentro de un margen de confiabilidad y mayor respecto que otros agentes de salud. El hecho que la comadrona siga ocupando un lugar primordial dentro de la comunidad, para el tratamiento del embarazo y el parto, se debe a que forma parte del mismo contexto cultural. En este trabajo se muestra este aspecto concreto, que forma parte del campo de la medicina tradicional,



## CONTENIDO

	Páginas
RESUMEN	
I. INTRODUCCION	1
II. MARCO TEORICO	7
A. Medicina Indigena y Medicina Occidental	7
1. Importancia de la Medicina Indigena	13
2. El Concepto de Enfermedad	16
3. Servicios Médicos	24
4. La Relación Médico-Paciente	26
5. Estructura Teórica del Curanderismo	30
6. Clasificación de los Curanderos	33
B. La Comadrona	38
1. Medicina o Tradición	38
2. Función de la Comadrona	44
3. La Atención del Parto	46
4. Importancia de la Familia	47
5. Tratamiento Usado por la Comadrona	48
6. El Valor del Pudor	50
III. METODOLOGIA	52
A. Objetivo de la Investigación	52
B. Plan de Trabajo de la Investigación	52

	Páginas
C. El Trabajo de Campo	54
1. Selección de la comunidad y selección de la muestra	54
2. Técnicas, Instrumentos y Procedimientos Utilizados	57
IV. RESULTADOS	63
A. Contexto de la Investigación	63
1. Características Sociales	63
2. Características Económicas	65
3. Educación y comunicación	67
4. Salud	67
B. Categorías de Curanderos en Comalapa	70
C. Las Comadronas en Comalapa	75
1. Características Generales	76
2. Características Específicas	77
3. La Atención de las Comadronas	80
a. La Mujer y su Embarazo	81
b. La Comadrona y la Paciente	82
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	85
VI. BIBLIOGRAFIA	90
APENDICES	93

## I. INTRODUCCION

Dentro del campo de estudio de la antropología nos encontramos con distintas disciplinas. En los últimos años se ha desarrollado la que se conoce con el nombre de etnomedicina. Esta disciplina surgió como respuesta a la necesidad de introducir, en forma efectiva, programas de salud en diversas culturas. Existen países en los que la medicina tradicional juega un papel muy importante, como lo es el caso de Guatemala, sobre todo si se toma en cuenta su diversidad cultural.

Cuando se estudia la forma en que las distintas culturas guatemaltecas solucionan sus problemas de salud, nos damos cuenta de lo inagotable que resulta el estudio del curanderismo como recurso humano dentro de la medicina tradicional. Llama la atención que en una población como la de San Juan Comalapa, en donde existen instalaciones hospitalarias, centro de salud y clínicas particulares, éstas en términos generales se vean casi vacías. En Comalapa la gente suele acudir a estos lugares sólo como una medida extrema.

En dicho contexto surgió la pregunta del por qué teniendo instalaciones médicas del sistema oficial de salud, los pobladores no acuden a las mismas. En el caso específico de las mujeres, para la atención del embarazo, parto y post-parto el por qué continúan utilizando los

servicios de las comadronas. Por qué razón en las poblaciones indígenas, como es el caso de Comalapa, las comadronas gozan de prestigio y siguen ejerciendo como practicantes de la medicina sin poseer grado académico alguno.

Ante el planteamiento anterior nació la idea de realizar un trabajo en el cual se empezara a dar la explicación de la actitud de las mujeres respecto de la persona que las atiende durante el período del embarazo. De ahí que el presente trabajo pretende mostrar un marco teórico desde el cual pueda explicarse dicha situación tomando como base de información la bibliografía que se tubo al alcance, así como los datos que se recabaron durante la investigación etnográfica.

En este trabajo se encontrarán las diferenciaciones básicas entre lo que es la medicina occidental y la tradicional indígena; el concepto de enfermedad, el servicio médico, las categorías de curanderos y dentro de éstos las comadronas. Todo lo anterior sirvió de base para procesar los datos generales de Comalapa, la clasificación que de los curanderos se hace y la descripción de las comadronas en esta población.

No se pretende realizar un estudio exhaustivo del tema sino mas bien proporcionar un instrumento mediante el cual se puedan llevar a cabo estudios sobre comadronas. Además

se desea que sirva como una referencia no sólo a nivel antropológico sino que pueda ser utilizado por personas que trabajan en el campo de la salud. Es importante que los practicantes de la medicina occidental tomen en consideración la forma de ser de los pacientes a los que tratan, así como su conceptualización de enfermedad.

En el mundo moderno el avance científico y tecnológico ha revolucionado a las diferentes ramas de las ciencias de la salud. Pero al avance de la técnica y del conocimiento no le ha correspondido un desarrollo paralelo de eficacia y eficiencia. Buena parte del desfase se debe a lo que en fórmula sencilla se ha expresado como una atención a la enfermedad que hace que se pierda de vista al enfermo. Y en efecto, si pensamos que los enfermos son seres humanos, y que los seres humanos no son sólo entes biológicos, sino el producto de todas sus relaciones sociales, caemos en la cuenta de que el camino seguido hasta ahora por la medicina en su meteórico desarrollo ha sido unilateral y por ello, incompleto y cargado de ineficiencia (López Austin, 1978: 49-55). Por ello, resulta difícil que una población con concepciones y prácticas muy diferentes de las que aconseja la medicina científica, pueda comprender y utilizar los programas de salud que son instituidos por ésta.

Dentro del campo de la medicina, a nivel antropológico se cree que en los sistemas tradicionales hay muchos

elementos que podrían ser muy útiles para la atención primaria de salud, puesto que los sistemas indígenas han evitado muchos de los errores en que ha caído la medicina moderna (ver pg. 28). Es por ello que desde el punto de vista antropológico se debe tomar en cuenta que la mayoría de las enfermedades se desarrollan de acuerdo con el medio (ecológico y sociocultural) que rodea al individuo. Razón por la que una persona en el área rural indígena cuando está enferma, decide a quién debe recurrir para ser curado. Puede decirse que es su cultura y la posibilidad de acceso a los servicios médicos modernos los que influyen en esa decisión.

Debe considerarse que toda cultura ha asignado y jerarquizado ciertos valores a las enfermedades, y así algunas son debidas a mala suerte, al tipo de ocupación o a la voluntad divina. Una mujer está dispuesta a hablar dos horas seguidas sobre los padecimientos de sus bronquios, pero será incapaz de mencionar las úlceras que tiene en la matriz. Si así lo hiciera iría en contra del tradicional pudor latinoamericano. La concepción de la enfermedad en la doctrina judeocristiana está ligada al pudor y al castigo divino, contrastando ampliamente con las ideas que tiene al respecto la cultura anglosajona, en este caso la enfermedad, su origen y valoración determinan quién debe curar y qué métodos seguir (Holasco, 1978: 56-67).

En el caso específico del parto, éste no sólo constituye un proceso biológico sino que también se ajusta a ciertas normas socioculturales. Cada sociedad tiene sus maneras de tratar y organizar la crisis biológica del nacimiento, tanto para la madre como para el hijo. En ella se incluyen las creencias y prácticas relativas a la atención del embarazo, parto, postparto, dieta, medicinas y hierbas; restricciones del comportamiento; mecanismos de apoyo psicológico y social, y especialistas que asisten a los partos.

Dentro de este contexto, resulta necesario contemplar otros aspectos. Dentro de ellos encontramos, por ejemplo, que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha enfocado su atención en los practicantes indígenas de la salud en Norte, Centro y Sudamérica. Su intención ha sido la de analizar la función que estas personas podrían desempeñar en la prestación de atención primaria de salud.

Tomando en cuenta la medida prioritaria asumida por la OPS, así como el hecho de que la educación y los servicios de salud deben concentrarse en los beneficios que se pueden obtener de las creencias y prácticas de la medicina tradicional indígena, resulta importante estudiar algún aspecto de dicha medicina.

Al revisar la literatura pertinente al tema puede notarse la existencia de varias descripciones etnográficas sobre las prácticas y creencias respecto del parto

(Velimirovic, 1978: 195), pero son escasos los estudios sobre la función de la partera indígena o comadrona. Una explicación de esta falta de información es la dificultad con que tropiezan diversos investigadores para obtenerla, en especial los antropólogos del sexo masculino que se sirven para ello de informantes de su mismo sexo. Sin embargo, algunos estudios recientes sobre el tema de la atención a partos reflejan un interés creciente, que surgió a causa de una serie de factores, como lo son:

- a) La difusión de los programas de atención de la salud materno-infantil y las tentativas para reducir las tasas de morbi-mortalidad de la madre y el niño.
- b) El empleo o la incorporación de parteras tradicionales en los programas de planificación familiar.
- c) El interés creciente en el estudio de las funciones de la mujer.
- d) Las dudas que suscitan ciertas prácticas obstétricas y ginecológicas occidentales.

A lo anterior agregamos que los científicos sociales deben reconocer que sus datos y conclusiones deben ser más accesibles a las poblaciones sujetas a estudio. El trabajo que se presenta aporta datos y opiniones que tratan de facilitar la formulación de políticas sobre la prestación de atención médica que satisfagan de manera más completa las necesidades de los habitantes de las zonas indígenas.

## II. MARCO TEORICO

### A. Medicina Indígena y Medicina Occidental

En la evolución de la humanidad desde sus orígenes, la preocupación por las enfermedades ha formado parte de la lucha del hombre para satisfacer sus necesidades esenciales. De este esfuerzo por ganar la batalla ha nacido la práctica de la medicina. La medicina tradicional indígena, en sus innumerables manifestaciones, tiene una historia milenaria, mientras que la vida de la medicina occidental o científica es relativamente reciente. A pesar del predominio actual de la medicina occidental, la medicina tradicional indígena sigue siendo de importancia primordial para las poblaciones rurales.

El término "medicina tradicional indígena" se refiere a prácticas y sistemas médicos no occidentales de acuerdo con la connotación "de la cultura" o "dentro de la cultura". Esto enmarcado dentro de lo que se conoce como etnomedicina. Se tiende a confundir lo que es antropología médica con lo que es la etnomedicina. La primera constituye el cuerpo teórico-metodológico que estudia a la segunda, interesándose en la problemática biocultural de creencias y prácticas terapéuticas de los sistemas socioculturales no occidentales. La etnomedicina se refiere a las creencias y prácticas que se encuentran relacionadas con la enfermedad que son productos del desarrollo cultural indígena y que no se derivan del campo conceptual de la medicina moderna (De

León, 1980: 15). Términos como "primitivo" y "nativo" han sido rechazados en la OPS porque con frecuencia se emplean peyorativamente para significar "no ser tan buenos como", comparados en general con la cultura occidental. Si bien la medicina occidental en los últimos cuatro siglos no siempre ha sido totalmente científica (es decir dentro del marco de la metodología científica), ha tratado de encontrar respuestas a los problemas de salud dentro del contexto de los adelantos científicos, específicamente occidentales.

Se tiende a olvidar que la medicina occidental se desarrolló en el contexto de la cultura occidental, que confiere una gran importancia a la ciencia y tecnología, en contraste con la estabilidad social, las relaciones familiares y las necesidades individuales psicosociales. Hay que considerar que, a la luz de los sistemas médicos indígenas, la medicina occidental resulta muy útil para resolver ciertos problemas de salud y muy poco útil para otros (Scrimshaw, 1978: 35). La medicina occidental tiende a adoptar una visión restringida del hombre: a menudo, un médico está más familiarizado con un organismo celular que con el paciente dentro de su marco sociopolítico y cultural. Como resultado, el ser humano que se encuentra detrás de la enfermedad puede resultar fragmentado, es decir que resulta ser sólo un ente biológico, sin un pensamiento concreto, sin

una psicología específica, no se contempla como un todo, sino sólo una parte, la parte física.

La medicina occidental es en gran parte producto de una sola evolución histórica, es un sistema unitario razonablemente coherente donde quiera que se encuentre. Por el contrario, la medicina tradicional indígena representa un gran número de trayectorias de desarrollo independientes, y entre los que la practican se encuentran diferencias de opinión mucho mayores acerca de las etiologías y tratamientos que las de los médicos occidentales. Mientras el sistema médico occidental es uno solo, abundan distintos sistemas indígenas (Velmirovick, 1978: 4). Así, los patrones de conducta de los médicos occidentales se fundan en creencias que entran en conflicto con las expectativas de sus pacientes indígenas.

La medicina tradicional indígena es un conjunto de tradiciones sobre el arte de curar que se transmiten de una generación a otra. Este tipo de medicina es el resultado de una observación prolongada y cuidadosa: se compone de innumerables fragmentos de información y de experiencias que se han obtenido a lo largo del tiempo (Clerisme, 1983: 5). Por el otro lado, la medicina y filosofía occidentales valoran altamente la eficiencia. El médico rehuye las consultas prolongadas con el paciente y llega rápidamente al motivo central de la visita. En la medicina tradicional

indígena la enfermedad es algo demasiado serio y alarmante como para andar con prisas. Para la población indígena, el médico "correcto" es aquel que entabla primero una conversación informal antes de tocar el tema central. La ausencia de conversaciones preliminares o de preocupación por la opinión del paciente mismo acerca de su enfermedad, se considera descortés y no hace nada por aplacar los temores y prejuicios del paciente. Es decir, que regresamos al problema citado con anterioridad en el que el médico occidental no toma en cuenta el contexto sociopolítico del paciente.

Una fuente común de malentendidos entre paciente y médico es la actitud frente a la autoridad. El médico occidental espera que su paciente reconozca su autoridad y siente que el paciente es responsable de buscar y seguir su consejo profesional. Sin embargo, el curandero no dicta órdenes a sus pacientes, sino que simplemente hace sugerencias. Para el indígena la actitud del médico occidental resulta autoritaria y presuntuosa.

En la filosofía médica occidental se subraya la responsabilidad individual por la propia enfermedad. Los ladinos se consideran culpables de contraer una enfermedad. En cuanto a las enfermedades el sistema médico indígena adopta una visión del individuo como la víctima de fuerzas externas, por lo que el individuo no es libre de tomar

decisiones sobre la aceptación del tratamiento de su enfermedad, cualquiera que sea ese tratamiento (occidental o indígena). El personal médico occidental espera que el paciente adopte decisiones rápidas y acepte el consejo del médico. Sin embargo, dentro del sistema indígena la opinión de un practicante de la medicina puede influir en sus decisiones, pero no constituirá la autoridad final. Las personas no actúan solas en situaciones tan importantes como una enfermedad. La ratificación y el apoyo, tanto económico como social, hacia el enfermo deben provenir de la familia del paciente. El diagnóstico y el tratamiento sugeridos por el practicante serán analizados, evaluados, aceptados o rechazados por la familia del paciente en conjunto. Reprender o recriminar al paciente por su negligencia, o exigir decisiones médicas instantáneas, sólo contribuirá a acentuar la ansiedad del paciente (Scrimshaw, 1978: 40).

Las distintas actitudes hacia la prevención y tratamiento de enfermedades pueden constituir una fuente de frustración para el profesional y para el paciente. Los pacientes pueden sentir desconfianza hacia las medidas preventivas sugeridas por los médicos occidentales. Los programas médicos pueden no tener un valor definido o promover pautas de comportamiento que son contrarias a las creencias indígenas. En tal dirección es también de gran utilidad tener en cuenta, por ejemplo, la importancia de la

fe en la curación. El médico occidental, quien no da importancia a la voluntad divina, constituye una amenaza para la estructura religiosa y moral de sus pacientes. No se puede confiar en una persona que pretende ser capaz de prevenir o curar una enfermedad con o sin la voluntad de un ser omnipotente.

Las actitudes y los consejos de la atención médica occidental, como parte integrante de un sistema cultural definido, se encuentran frecuentemente en conflicto directo y violan las normas sociales del paciente. Las ideologías occidentales, que se encuentran incluidas de forma implícita en el sistema de atención de salud, ejercen presión sobre los pacientes para que acepten ideales derivados, esencialmente, de la clase media europea y norteamericana (Ibid: 45). Se considera al paciente individual responsable de no cumplir con la "norma" occidental. El resultado para ambos es incomprensión, enfermedad, desconfianza y frustración. En consecuencia puede considerarse que para algunos individuos la subutilización de la atención médica occidental puede constituir un comportamiento cultural saludable y un uso elevado puede representar una ruptura enfermiza con elementos esenciales de equilibrio cultural.

El sistema occidental de atención de salud no puede imponerse en el vacío. Debe aprender a trabajar con el sistema tradicional de salud indígena y servir para

respetarlo y enriquecerlo en lugar de reemplazarlo. Debe concentrar más la atención en el paciente dentro de su propio marco cultural y social, y menos en la espera de una adhesión indiscriminada al método y pensamiento occidentales.

### **1. Importancia de la Medicina Indígena**

Desde la perspectiva de la medicina occidental las creencias y prácticas preventivas y curativas indígenas y populares se conciben y califican como simples supersticiones o prácticas en vano, indignas de que ningún médico titulado las tenga en cuenta. Tanto al practicante de la medicina tradicional indígena como al de la popular, se les conoce con la designación despectiva de curandero o comadrona, y sus actividades reciben el nombre de medicina empírica, palabra que ha adquirido un significado peyorativo que aún perdura.

La investigación antropológica y el contacto con los patrones de la cultura indígena han hecho descubrir las conexiones importantes que tiene la medicina con las normas que regulan el trato con lo sobrenatural y, sobre todo, su valor práctico como instrumento de control social, como factor básico para el mantenimiento de la cohesión y supervivencia de un grupo humano. La continuidad de la cultura y la identidad étnica dependen, en gran medida, del

papel eminente del curandero, cuyos conocimientos y poderes místicos le capacitan para castigar o gratificar a quienes se aparten o no de las normas del grupo.

En la sociedad indígena como un todo, los diferentes niveles de la cultura se encuentran entrelazados tan íntimamente que constituyen un todo coherente; en tales circunstancias las innovaciones introducidas en uno de esos niveles repercuten en los otros y modifican el todo. No pueden inducirse cambios en la medicina sin provocar transformaciones en el conjunto de las normas de conducta en el sistema total de las relaciones sociales (Aguirre, 1978: 12-16).

En el proceso de aculturación que se inicia con el contacto de la medicina occidental con la medicina tradicional indígena, resulta evidente que no consiste en una fusión de los conceptos en los que las dos medicinas opuestas basan su ejercicio, sino en la superposición de esos conceptos, lo que facilita la sustitución de una u otra medicina. No obstante, la medicina occidental tiende a desplazar, lenta e inexorablemente, a la medicina tradicional indígena, aún cuando tenga que tolerar su práctica paralela o sincretizada en el tratamiento de aquellas enfermedades que provocan una mayor angustia en los enfermos y sus familiares, o simplemente permanezca en

reserva opcional para acudir a ella en estos casos, es decir que pasa a ser algo opcional (Ibid.: 16).

El avance de la aceptación de la medicina occidental modifica la concepción del universo y de la vida, las creencias mágico-religiosas y los valores que prevalecen en las comunidades indias. El proceso de modernización implica una intervención abierta en las formas de vida sancionadas por la tradición; conlleva la desorganización y reorganización de la cultura indígena inducidas por factores exógenos.

Ahora bien, otro de los elementos importantes que entra en juego dentro de los patrones culturales bien establecidos es la relación humana. Sigue siendo válida la comparación hecha por Jack Brown en 1963 (Young: 4) acerca de las diferencias en el trato a los pacientes por parte de los médicos occidentales y los curanderos. Los primeros tienden a interpretar la enfermedad - obedeciendo a un sistema biomédico - como un fenómeno puramente biológico, casi siempre debido a una sola causa. No así los curanderos, que pertenecen y participan en el mismo sistema cultural de vida del paciente y comparten sus creencias sobre la causa y el tratamiento de sus males. Aunque no ha sido suficientemente evaluada la efectividad biomédica de los curanderos, es evidente que su terapéutica comprende aspectos diferentes que la del médico occidental; logran que el paciente se

sienta apoyado y aliviado, independientemente de que exista una verdadera eficacia biomédica.

## 2. El Concepto de Enfermedad

En estudios que se han realizado (Aguirre, 1979: 68-75), en relación a la naturaleza de las creencias populares con respecto al concepto de enfermedad, se ha encontrado que:

- a. La persona física y la espiritual se consideran como una sola.
- b. No hay distinción entre las enfermedades físicas y las mentales, pero se reconoce que se manifiestan en sintomatologías diferentes como parte de un todo.
- c. Ciertos síntomas indígenas de enfermedad mental (esto en términos occidentales), como las alucinaciones, pueden implicar un estado de salud en lugar de uno de enfermedad para un gran número de personas de estas culturas.

Sin embargo, a pesar de que todos los sistemas culturales incluyen cierto conocimiento sobre las enfermedades, su clasificación y su etiología, toda respuesta cultural efectiva requiere patrones de discriminación y categorización de los síntomas. Casi todos los sistemas médicos incluyen una serie de causas de enfermedades: naturales, sobrenaturales, rompimiento de una

norma social, espíritus de antepasados, hechiceros, dioses benignos o malignos, magia o pérdida del alma (De León, 1988: 15).

Ahora bien, para las sociedades no occidentales, el pensamiento tradicional sobre la enfermedad no tiene la base racionalista del pensamiento occidental. Las prácticas terapéuticas de la etnomedicina encuentran su concreción en hechos sobrenaturales y empíricos de la enfermedad (Ibid: 17).

La resistencia de la medicina tradicional hacia la occidentalización de sus prácticas se debe a que en general es más que un simple sistema de creencias pues se encuentra relacionado a los sistemas mágicos y religiosos, así como a reglas morales del grupo que los practica. De ahí que debido a la orientación mágico-religiosa de los curanderos, éstos conceden importancia primordial a la fe en el proceso de curación y consideran que la mente y el cuerpo constituyen un todo, no una dicotomía. Sin dejar de reconocer la relación de causa y efecto con entidades sobrenaturales y enfermedades orgánicas, generalmente consideran que la causa de las enfermedades mentales y corporales tienen implicaciones espirituales, y que las afecciones tienen un origen externo y ejercen una acción intrusa sobre los individuos. Se fomentan las discusiones de problemas emocionales y dificultades interpersonales, y

los curanderos y sus clientes dan fe de su capacidad para dominar estados de agitación y abatimiento: escuchando con benevolencia, ofreciendo consejos, rezando en voz alta y recetando infusiones de hierbas (Cheney, 1978: 95). La fe, tanto en el poder medicinal como en la voluntad divina, constituye un factor de curación importante. El hombre puede tratar de curarse a sí mismo, pero en última instancia la decisión está en las manos de Dios. Sin embargo, es importante advertir que la fe no implica fatalismo o pasividad ante la enfermedad.

Puede notarse que la orientación cultural hacia la ciencia influye sobre las concepciones sobre la enfermedad. En contraste con la medicina occidental, la mayor parte de los sistemas médicos indígenas no distinguen drásticamente entre las desviaciones que pueden medirse del funcionamiento biológico esperado y el hecho de no sentirse bien. A menudo la medicina tradicional indígena define la enfermedad (por oposición a la dolencia) en un sentido social, como interferencia con el comportamiento social normal y la capacidad de funcionar del individuo (Ibid). Así, la definición de enfermedad es más completa, más total, que la de la dolencia, que representa solamente cambios que pueden ser medidos dentro de un estrecho marco biofísico. Con frecuencia las creencias sobre las causas de la enfermedad constituyen controles sociales eficaces cuando la enfermedad

es supuestamente consecuencia de un comportamiento desviado. Por lo tanto la enfermedad, la preservación de la salud, la religión y las relaciones sociales son fenómenos íntimamente vinculados.

La medicina tradicional indígena incluye dentro de las posibles causas de enfermedad, problemas o desequilibrios de naturaleza sobrenatural, desequilibrios corporales, emociones fuertes, etc. (De León, 1988: 15-18). Ahora bien, las categorías conceptuales de las enfermedades en la cultura indígena guatemalteca en general son seis, a saber:

- a.1 Enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio mecánico del cuerpo (Hurtado, 1973: 19-25):  
producidas por alteración en la mecánica del cuerpo y en consecuencia el tratamiento se hace por medios mecánicos, por ejemplo la mollera caída, cachetes caídos, etc.
- a.2 Enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio emocional (Ibid.): categoría cognitiva que muchas veces atribuye causas emocionales a desórdenes fisisicos, por ejemplo las enfermedades semiemocionales de la madre después del parto y enfermedades que los psicólogos occidentales considerarían parte de su campo.
- a.3 Enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio calor-frío (Ibid.): cuando se pierde el ajuste

particular en relación a conceptos de frío y calor, no sólo orgánicos sino extraorgánicos, por ejemplo ingerir alimentos que son de efecto frío sin tener la debida precaución de contrarrestar su efecto con algún alimento caliente.

- a.4 Enfermedades producidas por la pérdida del alma (Ibid.): para los indígenas la unión alma-cuerpo no es indisoluble durante la vida de un individuo, por lo que una persona en un momento de pánico o temor intenso puede perder el alma, enfermándose de "susto".
- a.5 Enfermedades causadas por la influencia de otros seres naturales o sobrenaturales (Ibid.): cuando personas que no se encuentran en equilibrio como los borrachos, embarazadas o mujeres menstruando, pueden provocar enfermedad en seres más débiles como los niños. Se incluyen en esta categoría las enfermedades producidas por seres o medios sobrenaturales, desde las consideradas "castigos de Dios" hasta las producidas por brujos y medios mágicos.
- a.6 Enfermedades causadas por parásitos intestinales (Ibid.): la presencia de parásitos se considera "normal" y se la trata sólo cuando se producen transtornos demasiado molestos, como por ejemplo, si

se considera que se salen de la "bolsa" en la que se supone viven y se alborotan. No se trata de eliminarlas sino tan solo de "embolsarlas" de nuevo.

Aunque el indígena puede solicitar los servicios médicos occidentales, la atención que pueden recibir es siempre parcial. Al no tener la cura una connotación mágico-religiosa no pueden extraer el mal a un nivel metafísico significativo, ni existe una explicación del procedimiento curativo que sea totalmente aceptada e interiorizada por la cultura mesoamericana tradicional.

En la medicina tradicional indígena, desde la misma causa de la enfermedad, se hace una maniobra de reintegración a los valores médicos del grupo, y de esta forma se contribuye a dar alguna consistencia y solidez a la propia sociedad (Scrimshaw, 1978: 40). Por su parte el individuo restablece una armonía, un equilibrio emocional con su grupo, lo que también contribuye a su curación. La ideología médica indígena enfoca su atención en las relaciones sociales, en la imagen que el grupo tiene de sí mismo y en la explicación conceptual de las interacciones que sus miembros deben tener. Cuando surgen discrepancias con lo que el grupo piensa acerca de sí y con lo que hace, la probabilidad de las enfermedades es mayor.

Desde otro punto de vista, puede notarse que la enfermedad en el medio rural tiene una connotación diferente que en el medio urbano. En el campo la enfermedad se atiende con menos frecuencia e intensidad; el hombre sólo busca atención médica cuando la enfermedad le impide trabajar, y retorna al trabajo no cuando está curado, sino cuando la enfermedad se lo permite. Con relación a este aspecto puede ampliarse un poco más la teoría indígena de las enfermedades (Ibid.: 38). La vida en general es vista como un proceso lleno de dolores y traumas de los cuales la enfermedad es sólo una parte que debe ser soportada con dignidad. Las personas deben continuar con sus actividades normales y mostrarse fuertes frente a la enfermedad. Las mujeres que trabajan deben seguirlo haciendo cuando están enfermas, puesto que sus ganancias tienen una gran importancia económica para toda la familia. Las personas no son responsables de su enfermedad; se las considera como víctimas inocentes de fuerzas tales como la pobreza, las bacterias y los espíritus, que son en última instancia los factores causales. La normalidad constituye un delicado y complejo equilibrio entre el individuo y su ambiente físico y emocional. Cualquier ruptura de este equilibrio producirá una enfermedad. La susceptibilidad a las enfermedades está determinada, en consecuencia, por la condición mental y física del individuo y varía según el tipo de enfermedad.

Todo esto en cuanto a la enfermedad orgánica. Con toda probabilidad no se puede decir lo mismo respecto de la enfermedad psicoemocional. Si se analiza la enfermedad psicoemocional puede notarse que es más evidente la ineptitud de la atención médica occidental para atender a la población rural en este aspecto de su patología. El hombre de la ciudad no entiende y hasta desprecia la vida interior del indígena. Supone que los problemas de la vida diaria son tan grandes para el hombre rural que no le queda tiempo para tener problemas filosóficos y psicológicos. Y cuando estos problemas se presentan, difícilmente se interesa en ellos como elementos de salud mental y emocional; los atribuye a "pensamiento mágico", a deficiencias educativas e incluso hasta a deficiencias culturales. Pobre esperanza puede tener un hombre rural que padece problemas emocionales, si pretende que un médico urbano le ayude.

La esencia del hombre, su pensamiento, su vida anímica, sus afectos, su sufrimiento, preocupaciones y esperanzas quedan fuera del campo médico occidental. Si el médico es incapaz de comprender que el paciente considera haber perdido el alma debido a un "susto", necesariamente será incapaz de entender la totalidad del hombre. El médico puede aplicar unguentos, inyecciones y sueros; puede recetar pastillas, modificar lo orgánico, pero al hombre no lo cura.

Incluso no lo alivia de sus principales sufrimientos y al no entenderlo no lo puede consolar. Es decir que el médico urbano que practica la medicina occidental no representa una solución para los problemas de las enfermedades rurales (Collado Ardón, 1978: 26-32).

### 3. Servicios Médicos

En los sistemas médicos indígenas es posible observar una tendencia importante: cuando los servicios médicos modernos occidentales se introducen en su dominio, sus conceptos se ponen en tela de juicio y su existencia queda amenazada. Cuando las poblaciones indígenas pueden disponer de servicios modernos de salud a un costo y en condiciones que se juzguen aceptables, la medicina occidental suele salir adelante (Velimirovic, 1978: 7). Es decir que en forma lenta pero segura, la medicina occidental va desplazando a la medicina tradicional indígena. Aquellas personas que podrían estar interesadas en ejercer como practicantes de dicha medicina se ven desanimados ante las restricciones, puesto que para poder ejercer deben contar con la autorización y preparación que les proporciona la medicina occidental. Por ello, la gente se desanima y va cediendo terreno al otro sistema.

Aunque el crecimiento de la comunicación social entre grupos culturales indígenas indica una tendencia hacia la uniformidad

material y tecnológica, no implica necesariamente la aceptación emocional y el entendimiento. Los elementos materiales y tecnológicos son más fáciles de transferir y de asimilar que los elementos simbólicos generales de una cultura, por ejemplo de su religión o costumbres; la medicina pertenece a esos últimos si, como parte de la cultura general, se considera un arte y no una técnica.

Cuando se introducen en una comunidad valores individualistas y reciben más importancia que los valores colectivos tradicionales, la identidad social sufre una pérdida; los conflictos morales y psicológicos aumentan (tensión y stress), y el dominio del individuo sobre sí mismo y sobre su medio social y ecológico se reduce (Ibid: 2-3). El acceso a los servicios de salud se dificulta debido a su alto costo, a la dificultad de comunicarse en un idioma extraño y a la falta de un pensamiento común acerca de la salud y la enfermedad (Casillas, 1978: 89).

Los antropólogos dedicados al área de salud concuerdan en que el personal de salud debe poseer un mayor conocimiento, comprensión y apreciación de los aportes de la medicina tradicional indígena para con la atención de la salud. Los enfermos hospitalizados esperan la compañía y la atención de la familia lo que perturbaría el curso normal de las actividades habituales de la mayoría de los hospitales. Las reglas de esos hospitales se formulan para la

conveniencia de los médicos, enfermeras y otro personal, y no para satisfacer en primer lugar las exigencias del paciente (Velimirovic 1978: 8-10).

La mayoría de personas intenta curarse por sí misma (automedicación) antes de acudir al curandero y luego a la medicina occidental. Esto indica la confianza que tiene la población en la medicina tradicional indígena aún cuando tenga acceso a la medicina occidental y reconozca su eficacia (Clerisme, 1977: 18).

#### 4. La Relación Médico-Paciente

Existen problemas que se presentan cuando se enfrentan las técnicas de sistemas médicos diferentes. La consulta médica es la forma especial de la relación médico-paciente que se establece entre una persona que presenta un problema de salud y otra que, real o supuestamente, se encuentra capacitada para resolverlo y además, cuenta con el respaldo social y cultural para desempeñar esa función. El objetivo manifiesto de la relación es la solución del problema de salud. Independientemente del sistema al que pertenezcan, se llamará médico y paciente a los que entablan dicha relación.

Por regla general la consulta médica comprende tres fases (Vargas, 1978: 17-18):

- a. La preconsulta, es decir, cuando la persona analiza su problema de salud, adopta el papel de paciente, decide que debe consultar al médico, estudia cuál le parece mejor y se pone en contacto con él.
- b. La consulta propiamente dicha que, al menos en la medicina llamada "científica", es decir la occidental, consiste en la entrevista clínica y exploración física del paciente a fin de que el médico pueda hacer el diagnóstico y planear un tratamiento, después de lo cual discute con el paciente sus hallazgos y lo orienta sobre la conducta y tratamiento que debe seguir, y obtiene su consentimiento para acciones futuras.
- c. La posconsulta es la etapa en que el paciente recapitula sobre lo sucedido, lo que el médico le dijo, interpreta y valora las instrucciones y actúa de acuerdo a sus propias decisiones y posibilidades.

La importancia de la primera consulta radica en que a partir de ella pueden surgir nuevas relaciones médico-paciente, como otras consultas, cirugía, sesiones de tratamiento u otras.

Es interesante analizar cómo se desarrolla la aceptación por un determinado sistema médico de las técnicas que utiliza otro. Este proceso está íntimamente relacionado con lo que se puede llamar el conjunto teórico de conocimientos

o la doctrina de cada sistema médico. Así, vemos que se acepta lo que está de acuerdo o se puede adaptar al sistema médico que valora al otro y cuando no es ese el caso se rechaza. Para no citar más que un ejemplo, una vez que el electrocardiograma (en la medicina occidental) mostró que los fetos cuyas madres parían en cuclillas (postura vertical) sufrían menos daño, se inició una campaña para volver a esta postura durante el parto; postura que había sido abandonada por considerarla "primitiva".

Una de las características actuales de la medicina occidental es el uso de recursos técnicos cada día más complicados. Ahora bien, el rechazo de las técnicas que utiliza dicha medicina por parte de otras medicinas puede deberse a una multitud de factores. En México, por ejemplo, es común que se rechace la venopunción para obtener sangre, en vista de que se considera como un líquido no renovable o con propiedades anímicas (Ibid.: 17-20). Además, la asistencia médica occidental, que se da a través de los puestos y centros de salud, incrementa la dependencia psicológica de la población a la farmacología, y sin dejar de reconocer la importancia de la medicina occidental, se expone a la población a algunos inconvenientes inherentes al ejercicio profesional occidental (Balam, 1982: 17), como son:

- a. dependencia farmacológica,
- b. alergias e intoxicaciones medicamentosas,
- c. angustias intrahospitalarias,
- d. técnicas incorrectas,
- e. infecciones secundarias intrahospitalarias,
- f. medicamentos equivocados o caducados,
- g. dosis incorrectas,
- h. equipos contaminados,
- i. secuelas mutilantes o irreversibles,
- j. alteración de la flora bacteriana normal, e implantación de gérmenes oportunistas, y
- k. resistencias a medicamentos.

Puede deducirse de lo anterior que las acciones para la salud en áreas rurales indígenas se enmarcan dentro de una concepción urbana occidental. Es decir, que para analizar los problemas indígenas, y especialmente su solución, se sigue el mismo proceso que se aplica a los problemas urbanos. De esta manera encontramos, por ejemplo, que se pretende dar atención médica en instalaciones físicas (hospitales y centros de salud) que son una imitación a pequeña escala de las instalaciones occidentales, cuando la configuración de la población es diferente. Hasta ahora no se han encontrado soluciones en función de la realidad local.

En lugar de buscar soluciones dentro del contexto indígena, se acepta que la localidad debe "urbanizarse" o sea que el futuro de la localidad indígena se encuentra en adoptar parcial o totalmente la forma de vida occidental. Esto constituye una falta de respeto humano, científico e histórico. Humano porque se evalúa la inferioridad en comparación con la vida urbana, y se impulsa por múltiples medios a la población rural a cambiar la una por la otra. Es falta de respeto científico porque la ciencia y la técnica se ponen al servicio de un prejuicio y no se sigue el método científico para evaluar integralmente la situación de cada medio. ¿Se puede acaso demostrar científicamente que la salud de la población indígena, con su desnutrición, parasitismo y enfermedades infecciosas, es inferior en términos de calidad de vida que la salud occidental con sus enfermedades degenerativas, úlceras, hipertensión, farmacodependencia, suicidio y otras? Habría que preguntarse si el indígena se beneficiaría cambiando unas enfermedades por otras (Collado, 1978: 32).

##### 5. Estructura Teórica del Curanderismo

A nivel general, la estructura teórica del curanderismo se divide en tres campos o niveles de actividad, dependiendo de la forma en que se maneje el medio en que se desenvuelve el paciente. Los niveles son los siguientes:

- a. Nivel Material: Es el primero y el más común, en él se emplean objetos físicos para manipular el ambiente del paciente.
- b. Nivel Espiritual: Es menos común, en él se entra en contacto con seres espirituales mediante los poderes de un médium en trance.
- c. Nivel Mental: Es el más raro, aquí se canaliza la energía mental desde la mente del sanador a la parte afectada del paciente.

Cada uno de los tres niveles supone la existencia de ciertas fuentes de poder sobrenatural con las que el curandero está familiarizado. El sistema entero está basado en dos fuentes de poder que corresponden a dos polos opuestos que se establecen de diversas maneras, es decir, luz y tinieblas, positivo y negativo, blanco y negro, bien y mal. El curandero "llega" a estos dos dominios, con arreglo a las normas de uno de los tres niveles, y usa el poder de curación para modificar el medio social del paciente o para cambiar su estado mental.

El nivel material puede dividirse en dos subsistemas. Los curanderos del primer subsistema (entre los que figuran las comadronas, yerberos, sobaderos) usan conocimientos y

experiencias prácticas sobre el organismo, curas herbarias y manipulaciones físicas para alcanzar la finalidad deseada. El segundo subsistema encierra el empleo de objetos materiales para manejar las dos fuentes sobrenaturales de poder. Por ejemplo los hueseros o componehuesos, quienes se dedican al tratamiento de fracturas, lujaciones y golpes, creen haber nacido predestinados o haber recibido o encontrado el "secreto" (el hueso u objeto mágico que les sirve para localizar los huesos afectados). Antes del tratamiento los componehuesos suelen efectuar algunas prácticas religiosas y otros sólo besan o soplan el "secreto". El ritual más importante del nivel material es la "barrida" de las vibraciones negativas que afectan al paciente, durante la cual el curandero pasa o frota un objeto especial por todo el cuerpo del paciente, desde la cabeza a los pies, mientras recita una o varias oraciones. Además, muchos de los actos de los curanderos del nivel material son semejantes a los rituales cristianos y se consideran eficaces por la misma razón.

La explicación que dan algunos curanderos de las dotes que poseen es que son portadores del poder de curación de Dios. A menudo para la misma cura se emplean los dos subsistemas combinados, el físico y el sobrenatural.

Durante la sesión de tratamiento el curandero asume una función activa e incluso agresiva. No se requiere que el

paciente estructure el tratamiento o siga los procesos de autoanálisis o autorrealización de sus propios problemas, porque se considera que el curandero posee los conocimientos y capacidad necesarios para abordar el problema.

Refiriéndose al tratamiento occidental un curandero se expresó de los médicos occidentales en los siguientes términos: "se limitan a tratar al paciente sólo en el consultorio, tropiezan con muchos problemas porque examinan al paciente al que tratan sin tener en cuenta el medio en que se desenvuelve, lo que constituye un error y un problema. Tampoco toman en cuenta a la familia ni los problemas que puedan existir" (Trotter, 1978: 184-192).

## 6. Clasificación de los Curanderos

La resistencia al cambio social está relacionada con la incompatibilidad de los valores tradicionales con aspectos tales como la importancia que el sistema occidental concede a la educación -la capacitación técnica, industrial y el igualitarismo.

La existencia de la medicina tradicional indígena se debe a que satisface necesidades de la comunidad que no son atendidas por el sistema médico occidental. Se usa la medicina tradicional indígena por falta de medios económicos para costear los servicios de un médico. Se recurre al tratamiento indígena en caso de padecimientos específicos

que no están reconocidos como enfermedades por el sistema occidental. Algunas personas acuden al curandero porque así no se enfrentan con problemas de comunicación con el que los va a atender.

Con relación al aspecto de salud existe una amplia variedad de practicantes indígenas entre ellos: parteras, curanderos, brujos, hueseros y botánicos. Algunos no son simplemente curanderos, sino que también pueden estar en contacto con lo sobrenatural y usan este poder en el proceso de curación, puesto que la enfermedad se considera frecuentemente como el resultado de un desequilibrio causado por fuerzas sobrenaturales. La función del curandero es la de un restaurador de la homeostasis. Generalmente, la comunicación con lo sobrenatural consiste en la tarea de discernir dichos desequilibrios y corregirlos. Por ejemplo, el espiritista puede proporcionar, en parte, servicios análogos a los de los psiquiatras, trabajadores sociales y consejeros matrimoniales en la comunidad no indígena (Scrimshaw, 1978: 38).

Si bien es cierto que los curanderos, como maestros de la restauración del equilibrio social, son de importancia primordial para las poblaciones que sirven, y se distinguen por su alto grado de éxito, encontramos dificultades para su definición. La ambigüedad con que se definen las funciones actuales de los practicantes de la medicina popular y la

discrepancia en cuanto a lo que estas funciones deberían ser, en relación con el sistema oficial de atención médica, reflejan la escasez de información acerca de esas personas. Por ejemplo, los términos curandero y curanderismo se han empleado en su sentido más amplio para identificar a todas las clases de sanadores y de prácticas populares y en un sentido más estricto para especificar "psiquiatras" populares y sus métodos; y no se sabe nunca a ciencia cierta si los términos reflejan la orientación del sujeto o la del autor (Cheney, 1978: 93).

Con el fin de eliminar las ambigüedades a que da lugar la costumbre de englobar a todas las personas que curan en un solo grupo encontramos diversas clasificaciones que van desde las muy generales a las muy específicas, lo que va a depender del estudio que pueda realizarse dentro de distintas poblaciones. Por ejemplo, parece ser que en la cultura mexicano-norteamericana (Kay, 1978: 105) hay cuatro clases de sanadores: el sobador, que da masajes; el curandero, que no sólo conoce el masaje sino también los procedimientos de cura herbaria y ritual; el brujo, que emplea artes de hechicería y, en los lugares apartados, la partera, que asiste a partos a domicilio.

También encontramos series en las que se distinguen los yerberos, que prescriben remedios herbarios; las parteras o comadronas; las sobadoras o masajistas; las señoras que

echan las cartas; los espiritistas, médiums, y los que aplican la cura psíquica (Águirre Beltrán, 1978: 68-75).

Cheney y Adams (Op. cit.: 92-98) proponen que las personas que atienden la salud pueden clasificarse en seis categorías, de acuerdo con las fuentes de referencia y los sanadores de la medicina tradicional: la señora, una mujer de mediana edad o anciana que presta asistencia, principalmente para padecimientos de la niñez, a familiares, vecinos y amigos; el yerbero, que cultiva o compra hierbas medicinales y las receta como remedios; la partera, una mujer de mediana edad o anciana que se especializa en obstetricia y atención materno-infantil; el sobador o masajista, que trata los esguinces musculares y dislocaciones articulares; el adivinador, que puede ser espiritista o espiritualista -empleando el trance, la baraja, la bola de cristal, etc. para adivinar lo desconocido- y aconseja sobre cuestiones interpersonales, de salud y financieras; y el curandero, que reúne las características de las demás categorías, trata trastornos emocionales y del comportamiento y se considera poseedor de un don sobrenatural para curar.

Englobando a todas las categorías arriba mencionadas, las características básicas del curanderismo según Kearney (pg 79) son:

a. Principios etiológicos:

Como influencia maligna de fuerzas humanas y extrahumanas, perturbación en el equilibrio "frío-caliente" del cuerpo, desplazamiento de órganos y malestares debido a emociones intensas.

b. Síndromes etnoespecíficos:

Susto, mal de ojo, empacho y nervios.

c. Prácticas terapéuticas:

Depuración mágica del cuerpo, dietas especiales, medicinas herbarias, masajes y eliminación ritual de causas de morbilidad.

La actitud empírica que tienen los curanderos frente al tratamiento médico, teniendo en cuenta los costos relativos, es la de utilizar todos los métodos que producen resultados, incluso cuando el resultado es sólo una disminución de la ansiedad y el temor. El verdadero curandero debe manifestar un concepto del mundo profundamente religioso. Puesto que se considera que han recibido un don o la gracia milagrosa de curar, les corresponde estar al servicio del prójimo. De manera característica, estos individuos mencionan experiencias milagrosas en la infancia que denotaban su predestinación a recibir la gracia de curar (Ibid.).

## B. La Comadrona

Hemos visto anteriormente cómo dentro de las categorías de curanderos se encuentra a la comadrona. A continuación ampliaremos en cierta medida lo que encierra esta categoría.

### 1. Medicina o Tradición

El parto no sólo constituye un proceso biológico sino que también se ajusta a ciertas normas socioculturales. Cada sociedad tiene sus maneras de tratar y organizar la crisis biológica del nacimiento, tanto para la madre como para el hijo. En ella se incluyen las creencias y prácticas relativas a la atención del embarazo, parto, postparto, dieta, medicinas y hierbas; restricciones del comportamiento, mecanismos de apoyo psicológico y social, y especialistas que asisten a los partos (Cosminsky, 1978: 132-143).

Cuando se hace referencia a la atención de las mujeres embarazadas por las comadronas, generalmente se tiende a pensar que es una forma primitiva, poco higiénica, sin fundamentos científicos y otras ideas similares. Sin embargo, se afirma (Villacorta, 1976: 15) que la obstetricia nació en América, como en cualquier otro lugar, con el primer parto, siendo por lo tanto la primera ciencia médica cultivada por los habitantes de la región. En la época Prehispánica los conocimientos que adquirieron no se

limitaron a la atención del parto, sino que resolvieron algunas complicaciones, aunque la mayoría de ellas quedaban en manos de las divinidades. Ixchel, diosa de la luna y del parto, recibía con benevolencia las plegarias que le dirigían las mujeres mayas durante el embarazo ayudándolas a parir o curando su esterilidad. En la sociedad maya parece haber existido un grupo especial dedicado a esta ciencia, formado por los chilanes o viejos adivinos y las parteras o comadronas. Los chilanes ensalmaban (curaban con oraciones) a las mujeres de parto y las confesaban. Además, calculaban la fecha probable del parto por medio de la astronomía:

"El número fundamental del maya en el sistema religioso era el 260, pero hasta ahora no se sabía por qué era precisamente este número. El enigma se resuelve si lo explicamos con las ideas de los viejos adivinos sobre el cuerpo humano. El punto de partida lo constituyen las siguientes observaciones sobre la naturaleza: la luna, para pasar por todas sus fases, invierte 29 días y algunas horas, minutos y segundos; el maya contaba sólo días y noches completas y por consiguiente tomaba como base de su cuenta el 29. A la luna contraponía el indio a la mujer. La experiencia le enseñaba que el período de menstruación duraba cabalmente lo que una revolución sinódica de la luna: la luna da la menstruación a la mujer. La experiencia le enseñaba también que en la duración de la preñez entran nueve períodos menstruales enteros. La luna suprime la menstruación de la mujer. La preñez y la revolución de la luna están por consiguiente, relacionados por el número  $29 \times 9$  o sea 260, más uno sobrante.

Este número 260 lo santificaban, diciendo: el mismo número de las lunaciones completas y de sus días de plenilunio, que entran en el tiempo que media entre la concepción y el nacimiento del hombre. Su calendario sagrado tenía 260 días (Schutze-Jena, 1936; citado en Villacorta, 1976: 98-102)".

Las comadronas no pertenecían al clan sacerdotal que practicaba la medicina ni a la nobleza, sino al pueblo, pero gozaban de distinciones que las colocaban por sobre la generalidad. Su oficio era examinar a la embarazada durante los últimos meses, prescribir la dieta e higiene convenientes y por último atender el parto.

La dieta de la mujer embarazada era objeto de atención especial. Se le prescribían bebidas hechas de maíz y coccciones de la planta conocida con su nombre indígena de "ixbut", y se le prohibía comer barro o mascar chicle, para que el niño no naciera enfermo o con las encías duras. Se le mandaba que no durmiera durante el día y que durante la noche durmiera hasta el amanecer. Se le recomendaba efectuar el coito con moderación durante los primeros meses del embarazo, para evitar el aborto. Por lo demás, continuaba realizando todos sus quehaceres diarios evitando ciertas faenas pesadas, especialmente el trabajo en el campo. La preparación de la comida seguía siendo su principal ocupación, y en sus ratos de ocio tejía las cobijas para cubrir a su futuro hijo (Villacorta, 1976:105).

Las comadronas observaron que la hemorragia vaginal durante los primeros meses del embarazo cedía con el reposo, y éste era el tratamiento que prescribían. Consideraban como causas del aborto el coito excesivo, el abuso de los baños de vapor, el exceso de trabajo, los sustos y los

hechizos. Distinguieron el aborto espontáneo del provocado, el cual era severamente castigado (Ibid).

Durante los últimos meses del embarazo y los primeros que siguen al parto, la comadrona recomendaba los baños de vapor. Después que la embarazada había tomado el baño de vapor, la comadrona palpaba el útero, y si encontraba que la presentación era transversa, por medio de maniobras externas (masajes) trataba de colocarlo en posición cefálica. Cuando se iniciaba el trabajo de parto, se llamaba a la comadrona, quien era asistida por el esposo y la madre. El esposo sostenía a la parturienta tomándola por debajo de los brazos mientras ella se acuclillaba o se abrazaba a la cintura del marido. La comadrona daba masaje sobre el abdomen de la embarazada (Villacorta, 1976: 108). Una vez nacido el niño y tras haber cortado el cordón umbilical, se enterraba la placenta en un lugar cercano a donde se había efectuado el parto. Echaban suertes para ver qué día ponían la tripilla sobre una mazorca de maíz cortándola con un cuchillo de obsidiana que luego era lanzado a la fuente o al río. La mazorca de maíz la desgranaban y la cultivaban como cosa sagrada, sirviendo la primera cosecha para alimentar al niño.

Después del parto la madre era aislada durante 20 días, siendo visitada sólo por la comadrona que le daba masajes y

le acompañaba a los baños de vapor. Durante todo este período no debía tener relaciones sexuales.

Así como en la época Prehispánica, en la actualidad las comadronas ocupan actualmente un lugar especial e importante. Siguen realizando una labor que no es sólo tradicional sino tiene importancia médica. Las comadronas ejercen como perinatólogas, médicas, curanderas, sobadoras o especialistas en rituales.

Un requisito para las comadronas es el deseo de desempeñar esta función y que la comunidad les reconozca el carácter, dotes, aptitudes y conocimientos para ello. Las comadronas a menudo gozan de gran respeto y prestigio por parte de la comunidad, como lo indica por ejemplo el tratamiento honorífico de "Doña" que reciben en Comalapa.

La práctica de las comadronas refleja el ambiente cultural. El antagonismo entre las actitudes culturales y las prácticas reales de las comadronas han creado una serie de problemas: el principal parece residir en la experiencia de la comadrona como madre y abuela en la prescripción de hierbas y en los tratamientos de masaje a sus familiares inmediatos y amigos. Es decir que la madre llega a tener otras obligaciones, entre ellas la de servir de comadrona a sus hijas, nueras y otras parientes. Además, como la familia puede ser muy extensa, la ampliación de estos servicios médicos privados podría incluir a toda la

comunidad y a numerosas personas de las aldeas circunvecinas (Schreiber, 1982: 25). Tomando en cuenta las subfunciones y conocimientos prácticos especiales de la comadrona como madre, abuela, pariente, vecina y amiga, es fácil comprender por qué se esperan de ellas servicios consultivos sobre la salud. La legislación estatal puede prohibirles ejercer la medicina, pero tal y como se desenvuelve la vida cotidiana, les resulta muy difícil negar la ayuda a sus familiares y amigos. Si no ofreciera estos servicios acostumbrados, pese a que la ley se lo pudiera prohibir, sería víctima de duras críticas y perdería la amistad de su grupo.

El conflicto es el resultado de la falta de acuerdo entre los habitantes de una población y los médicos o profesionales occidentales sobre lo que se espera de la función de la comadrona. Su función como madre, abuela, y anciana de la comunidad, y por ende como persona enterada de las artes de curación y tratamiento de enfermedades, se opone a la que establece el sistema occidental. En realidad, los médicos del sistema occidental dan validez solamente a una parte de dicha función (el hecho de atender el parto), al mismo tiempo que imponen restricciones a otra parte (a la forma de atender el parto) sin tener en cuenta la artificiosidad de las sanciones jurídicas frente al carácter integral de la medicina tradicional indígena en su conjunto (Ibid.: 30).

En las comunidades indígenas la comadrona, en virtud de una reputación que se transmite por la tradición oral, puede mantener un papel discreto. No necesita hacerse conocer, pues quienes necesitan sus servicios saben quién es (Ibid). Una mujer se convierte de manera paulatina en comadrona en un largo período de tiempo en la comunidad en la que ha nacido (Kearney, 1978: 76-82). Heredan la profesión de sus madres o de alguna pariente, a las que han observado durante años y quienes les han transmitido sus remedios secretos o las técnicas que usan para asistir un parto. Algunas afirman que han recibido, mientras dormían, intrucciones de familiares fallecidos o de espíritus (Clerisme, 1977: 19). La comadrona atiende los partos y la mayoría de las veces tiene conocimientos sobre el uso de plantas medicinales.

## 2. Función de la Comadrona

La comadrona asiste a la mujer durante la gestación, el parto y el período puerperal<sup>1</sup>. Suele ser una mujer de cierta edad (40 años o mayor) que goza de gran respeto por sus conocimientos obstétricos y rituales. Tales conocimientos los adquiere mediante el aprendizaje con otra

<sup>1</sup> En Guatemala el 80% de los partos son domiciliarios y son atendidos por comadronas. El programa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social está autorizada su participación como asistentes de salud a partir del año de 1935.

partera o por experiencia propia y en respuesta a un llamamiento sobrenatural, sueños o visiones. Su formación difiere considerablemente de la enseñanza médica oficial de tipo occidental (Cosminsky, 1978: 134).

Los conocimientos que posee forman parte de su ambiente sociocultural, de la misma manera que las prácticas obstétricas occidentales corresponden a una estructura cultural más amplia, basada en otros valores y organizada de diferente manera (ver sección 1, Medicina Indígena y Medicina Occidental). La comadrona comparte con su paciente el mismo idioma, conceptos corporales y valores culturales, y goza de su confianza y la de sus familiares. Como normalmente la comadrona es una mujer, la parturienta se siente con más libertad para explicarle cualquier problema cuando la examina, que si la atendiera un ginecólogo. También se recurre con frecuencia a la partera para que aconseje con respecto a los abortos.

La comadrona examina externamente la posición del niño, da masajes a la madre, ofrece consejos e instrucciones y, a veces, todo va acompañado de un ritual de curación. La continuidad de la atención y el apoyo durante la gestación, el parto y el puerperio contribuyen también a mitigar las angustias de la mujer.

### 3. La Atención del Parto

Los nacimientos en el hogar, atendidos por una comadrona, siguen siendo comunes y preferidos en muchos lugares. En contraste con la posición horizontal o supina durante el parto, posición que es utilizada en los centros de medicina occidental, se emplea la posición de rodillas o en cuclillas. Aunque la posición supina permite al ginecólogo o a la comadrona ver más fácilmente al niño, puede resultar más difícil para la madre, ya que contrarresta la fuerza de gravedad, obligándola a ejercer un esfuerzo mayor para expulsar al niño.

Otra ventaja de la posición vertical la representa el que generalmente esta posición va acompañada de una distensión progresiva de los tejidos que puede facilitar el parto. El Dr. Caldeyro-Barcia (Director del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, y Presidente de la Federación Internacional de Ginecólogos y Tocólogos), considera que "La posición supina es la peor posición concebible para la mujer en todo el proceso del parto, salvo la de estar colgada por los pies" (citado por Cosminsky de S. Arms en *Inmaculate Deception*, 1975: 83).

A pesar de lo dicho anteriormente, los programas de adiestramiento obstétrico continúan fomentando la práctica

de la posición supina y eliminando la posición tradicional. La actitud de negar la atención si la parturienta no se coloca en posición supina podría intensificar la tensión emocional y la ansiedad de la madre dando como resultado un parto más difícil.

El esfuerzo mayor que debe hacerse para expulsar al niño aumenta a su vez la necesidad de interferencias químicas e instrumentales y episiotomías. El personal médico occidental debe darse cuenta de que esta práctica refleja un complejo cultural, desarrollado en un contexto occidental relacionado con la tecnología médica, la "medicalización" del parto, interferencia química en todo el proceso del parto, el valor atribuido a la eficacia, la relación jerárquica paciente-médico y la conveniencia del ginecólogo.

En las familias indígenas la posición horizontal puede dificultar el parto y crear ansiedad a la parturienta. Así pues, se elimina una práctica tradicional beneficiosa en favor de otras cuyas ventajas no han sido demostradas.

#### 4. Importancia de la Familia

En la práctica médica occidental se ignora a menudo la importancia que reviste la participación familiar en el proceso del parto\*. El niño ejerce un efecto evidente

\* Aunque en la práctica médica privada se permite la presencia del esposo en partos normales, esto no está del todo generalizado en la práctica obstétrica estatal.

sobre la estructura familiar, no solamente en los lugares en los que el parto en el hogar es lo común, sino en cualquier comunidad. La familia normalmente participa en todas las fases de la gestación. En el período prenatal, la embarazada -especialmente si es primeriza- pide consejo a su madre o a otro familiar de cierta edad, como parte del sistema tradicional de referencia. Cuando acude al médico suele ir acompañada de un familiar o una amiga (Cosminsky, 1978: 135).

En la medicina tradicional indígena se conservan elementos prehispánicos ya que la comadrona, por lo común, atiende a domicilio. El esposo y familiares del sexo femenino presencian y asisten al parto, lo que contrasta marcadamente con el acostumbrado aislamiento de los partos hospitalarios. Durante el puerperio, generalmente los niños mayores han de ayudar a su madre, los parientes y padrinos que acuden a la casa llevan caldo de pollo y ayudan en los quehaceres domésticos.

##### **5. Tratamiento Usado por la Comadrona**

Además de prescribir y favorecer la posición vertical, la comadrona emplea otra serie de métodos en el tratamiento del embarazo y del parto. La comadrona puede administrar masajes en cualquier fase de la gestación y si éstos se aplican con suavidad y firmeza resultan beneficiosos. El

simple contacto físico, suave, de la comadrona ayuda a tranquilizar a la madre. Casserly (cit. en Cosminsky, pp 135), quien es un partero, señala que "los masajes durante el parto mantienen la circulación de la sangre, permiten la relajación de la musculatura pélvica y evitan las rasgaduras externas e internas; así mismo promueven la secreción de la hormona relaxina que da flexibilidad a los ligamentos y músculos, con la consecuente reducción de las posibilidades de que se rasgue el peritoneo" (Cosminsky, 1978: 135-136).

El baño en el período puerperal, tanto el simple como el de vapor con agua de hierbas, es una práctica común en el área mesoamericana. Además se la considera parte de una serie de restricciones y actividades dietéticas y del comportamiento que constituyen lo que se denomina la dieta. Constituye también un rito. Se usa el baño de sudor después del parto en numerosos lugares de México y Guatemala. El baño tiene las ventajas no sólo de la higiene física sino también de la limpieza ritual, así como de apoyo y atención emocional y psicológica. Las comadronas alegan que el baño aumenta la lactación, evita el "enfriamiento", protege a la mujer de un aire, mitiga los dolores posnatales y promueve la curación. El número de baños posnatales suministrados por la comadrona varía de uno a varios hasta el final del período puerperal (que puede ser de una semana a 40 días). Las comadronas con frecuencia administran a las embarazadas

hierbas e infusiones especiales, tanto en el caso de un parto prolongado y laborioso como para calmar los dolores puerperales. Las comadronas usan hoy en día, cada vez más, medicinas occidentales (fármacos) que les son dadas a conocer en los programas de capacitación para la salud.

#### 6. El Valor del Pudor

El valor que se da al pudor constituye un factor importante que puede afectar el estado de ánimo de la paciente y su comunicación con el médico durante todas las fases del proceso del parto. La sociedad tradicional indígena enseña a las jóvenes a ser pudorosas, y éstas sienten vergüenza o turbación cuando no se siguen las normas de la modestia. El examen que realiza un médico occidental, especialmente el reconocimiento ginecológico-obstétrico, y las preguntas acerca de la gestación y las relaciones sexuales, crean situaciones sumamente embarazosas para las pacientes. Además, podemos agregar que la falta de intimidad y la desnudez durante esos exámenes les provocan angustia. El personal de la medicina occidental debe saber percibir la importancia del pudor entre las pacientes indígenas. De esta forma, debería permitirse cierta intimidad a la mujer cuando se desviste y facilitarle alguna prenda con la cual cubrirse. En la medida de lo posible

podría usarse, durante los reconocimientos, enfermeras, comadronas y auxiliares femeninos (Ibid.: 136).

En contraste con lo que se realiza en la medicina occidental, las comadronas atienden a sus pacientes en un ambiente familiar, en la casa de la paciente o bien en cuartos similares en la casa de la comadrona. Se toma en consideración los aspectos de pudor ya que no se obliga a la mujer a desnudarse sino tan solo aflojarse un poco el corte o falda típica.

Llegados a este punto de desarrollo, en el que contamos con el Marco Teórico necesario, damos paso a la Metodología, a la forma en la cual se realizó la investigación.

### III. METODOLOGIA

#### A. Objetivo de la Investigación

El interés fundamental de la investigación acerca de "Cuál es el éxito de las comadronas? Estudio en Comalapa, una comunidad indígena", se estableció en base a las observaciones llevadas a cabo durante uno de los trabajos de campo que se realizan dentro del programa de estudios de la carrera de Licenciatura en Antropología de la Universidad del Valle de Guatemala.

El objetivo principal consiste en establecer por qué las mujeres embarazadas acuden a las comadronas y no a los centros asistenciales de salud disponibles en la población. Se quiere comprender en cierta medida el hecho de que la mujer elija a una comadrona para que sea ella quien le acompañe en todo el proceso de la gestación y parto. Se pretende el lograr proporcionar lineamientos que guíen futuras investigaciones en este campo.

#### B. Plan de Trabajo de la Investigación

Con el fin de facilitar y ordenar el desarrollo de la investigación se estructuró un plan de trabajo que puede detallarse según las distintas fases en las que se dividió:

**FASE I**

Selección y aprobación del tema y de la comunidad a estudiar. Selección de instrumentos a utilizar.

**FASE II**

Elaboración del plan de trabajo de la investigación, revisión y readecuación.

**FASE III**

Revisión bibliográfica sobre el tema de las comadronas.

**FASE IV**

Realización del trabajo de campo.

**FASE V**

Análisis e interpretación de datos. Elaboración del trabajo escrito.

**Cronograma de la Investigación**

MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>FASE</b>												
<b>I</b>	*****											
<b>II</b>		##	###					#####				
<b>III</b>			#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####
<b>IV</b>		+	+	+	+	+++++	+	+	+			
<b>V</b>										#####	#####	#####

Los numerales 1 al 12 indican los meses comprendidos entre septiembre de 1986 a septiembre de 1987 en orden sucesivo.

### C. El Trabajo de Campo

#### 1. Selección de la comunidad y selección de la muestra

##### Comunidad

El área etnolingüística elegida para este estudio fue la cakchiquel, y dentro de ésta se decidió trabajar en el municipio de Comalapa, Departamento de Chimaltenango. El motivo de dicha elección lo constituyó la ventaja que representaba el hecho de que la investigadora ya había trabajado en ese lugar con anterioridad. Esto facilitó la aceptación, por parte de la comunidad, de una persona ajena que llegaba a hacer preguntas de un aspecto considerado como algo que corresponde sólo a las mujeres.

El trabajo realizado en los meses de junio y julio de 1985 estuvo bajo la supervisión de los antropólogos, doctores Stephen O. Stewart y Didier Boremanse, responsables del trabajo de campo que se realizó como parte del plan de estudios de la carrera de Antropología en la Universidad del Valle de Guatemala. El trabajo de campo de la presente investigación se realizó de octubre de 1986 a abril de 1987.

Comalapa es uno de los 16 municipios que componen el departamento de Chimaltenango. Se encuentra ubicado en la zona central a una altura de 2,150 metros sobre el nivel del mar y tiene un área aproximada de 76 kilómetros cuadrados. Limita al norte con el municipio de San José Poaquil y San Martín Jilotepeque, al sur con los municipios de Santa Cruz

Balanyá, Zaragoza y Chimaltenango; al este con San Martín Jilotepeque y Zaragoza, y al oeste con Santa Apolonia y Tecpán, todos del departamento de Chimaltenango (Diccionario Geográfico, 1976: 471-476).

Este municipio dista 28 kms. de la cabecera departamental y 82 kms. de la capital. El tiempo de traslado en transporte público a la capital es de dos horas y media a través de una carretera de terracería que va desde el cruce que se toma de la carretera Interamericana hacia Zaragoza.

El municipio cuenta con 8 aldeas y 22 caseríos. Comalapa, la cabecera municipal, cuenta con los caseríos Chubixac, Paraxiquín y Paxán. Las aldeas son: Cojoljuyú, Panabajal, Paquixic, Paraxaj, Patzaj, Simaluleu, Xenimaquín y Xiquín Senaj (Ibid.).

El nombre geográfico oficial es el de Comalapa. Sin embargo, durante el período indígena preconquista se conoció con el nombre cakchiquel de Chixot (Ibid.). Dicho nombre viene de las raíces chi=locativo y xot=comal, es decir que significa en o sobre el comal. Sin embargo, este nombre no hace referencia a su ubicación actual.

Según los datos consultados en la Municipalidad de Comalapa, el municipio cuenta con una población de 20,422 habitantes, de los cuales un 96.37% son cakchiqueles que hablan ese idioma y el 3.63% restante son ladinos que

hablan español. Según los datos de la composición etaria (Proyecto Medalla Milagrosa, 1985), el grupo más numeroso es el mayor de 21 años (29.72%); le siguen el grupo de 13 a 20 años (27.5%), el de 2 a 6 años (20%), el de 7 a 12 años (17.94%) y el de 0 a 1 años (5.08%) .

La religión predominante es la católica, pero también se encuentra representada la protestante con un número bastante alto de templos que funcionan dentro de las comunidades. En la cabecera municipal hay tres edificios de la iglesia católica y quince templos protestantes.

#### Muestra

Con relación a la muestra de comadronas, antes de seleccionarla se eligió de manera intencional informantes de ambos sexos, originarios de la población, completamente bilingües, que tuvieran conocimiento de las comadronas y de la labor desempeñada por ellas. También estas personas por un lado darían su opinión con respecto al tema y por otro a la forma de trabajo de la comadrona. De esta forma se estaría corroborando lo que dijese las comadronas. La forma de selección de las personas se realizó de la siguiente manera: por medio de la señora de la casa en donde vivía la investigadora se conocía a más mujeres, no sólo familiares sino amistades; ampliando poco a poco la cantidad de personas conocidas; luego se elegían a personas

que tuvieran varios hijos (un mínimo de 3 y un máximo de 6) con el objetivo de ver su experiencia en cada parto. De esta forma se trabajó con 25 personas.

En relación a las comadronas se acudió al Centro de Salud donde tienen un listado de las mujeres que ejercen ese oficio, tanto las que han recibido algún curso de adiestramiento con ellos como de aquellas que no lo han recibido. Dicho listado lo tienen en relación a todo el municipio, sin embargo sólo se tomó en cuenta las que residen en la cabecera municipal siendo en este caso un total de 18 comadronas. De las 18 se hizo una selección de 6 comadronas para trabajar con ellas. Dicha selección se efectuó tomando en cuenta el grado de relación entre las comadronas y los informantes, quienes a su vez presentaron a la investigadora con cada comadrona.

## 2. Técnicas, Instrumentos y Procedimientos Utilizados

Los contactos con la comunidad se iniciaron con visitas periódicas durante los meses de septiembre, octubre y noviembre de 1986. Estas visitas se realizaron con el fin de buscar alojamiento en una casa de familia indígena, a la cual la investigadora llegaría a vivir durante los meses de diciembre de 1986 y enero de 1987. Además se hizo una presentación ante las autoridades del lugar y se iniciaron los contactos necesarios con informantes y con comadronas.

Desde los primeros contactos con la población y tras el traslado de la investigadora para vivir en la comunidad, se empezó a estudiar las palabras y expresiones que debían usarse para poder hablar con mayor facilidad y confianza con las personas. En general las personas veían con agrado la presencia de la investigadora, sobre todo cuando se enteraban que se encontraba en el proceso de aprendizaje del idioma, que vivía con una familia indígena y que se interesaba por distintos aspectos de su cultura.

Uno de los objetivos que la investigadora tenía en el momento de realizar el trabajo de campo, era el de tratar de establecer una mejor relación entre las comadronas y la comunidad médica. Para ello se realizaron entrevistas a comadronas y médicos del lugar. Se pretendía hacer observaciones de la atención que presta la comadrona en el momento del parto, así como de la organización de las sesiones de adiestramiento que imparte el Centro de Salud. Sin embargo, debido a la escasez de tiempo y a que se deseaba sobre todo observar cuál era la relación comadrona-paciente, se dedicó todo el esfuerzo a la observación de la atención de la mujer durante las consultas.

Dentro de los procedimientos que se siguieron a lo largo de los dos meses de estancia en el campo, estuvo el seleccionar la forma más adecuada para comunicarse con la gente, es decir, de llevar a cabo las entrevistas dirigidas.

El hecho de que la investigadora fuese mujer facilitaba el tener cierto tipo de conversación con las mujeres, de temas que giran en torno a las actividades que le son propias. Sin embargo, el no estar casada impedía que algunos aspectos concernientes a la sexualidad fuesen tratados abiertamente con todas las personas entrevistadas.

El tema de la atención que prestan las comadronas, permite que se hable de ciertos aspectos sexuales con las mujeres y también con los hombres. Sobre todo es con la mujer con la que se puede obtener mayor información, pues en torno a ella giran muchos aspectos de la vida familiar (ver datos de Comalapa, sección IV A.1). Es la mujer la persona a la que debe acudir para poder determinar cuáles son los patrones actitudinales que se dan en la familia. Atendiendo a esta consideración y tomando en cuenta los aspectos relacionados con el sexo de la investigadora, puede decirse que en general hubo una muy buena aceptación por parte de las mujeres de la comunidad hacia la investigación realizada.

Habiéndose instalado en el campo, la investigadora inició las entrevistas dirigidas con distintas personas de la comunidad. Estas entrevistas se realizaban por lo general en las casas de los entrevistados. Las entrevistas con mujeres generalmente se llevaban a cabo en la cocina, que es uno de los lugares en el que pasan la mayor parte de

su tiempo. En el caso de jóvenes (mujeres no casadas comprendidas entre los 14 y 20 años) no había un lugar determinado. La entrevista se hacía en forma de conversación informal. La investigadora le decía a cada una de las personas a las que entrevistaba que estaba conociendo un poco más sobre sus costumbres y su forma de vivir. Se les preguntaba si les molestaba el que se tomaran apuntes de aquello que se considerara interesante. Con esta explicación, tanto las personas entrevistadas como la investigadora hablaban con mayor tranquilidad y sin el temor -por parte del entrevistado- de que se escribiera algo que pudiera comprometerlos. En cuanto al investigador, el dar la explicación le daba una mejor oportunidad de profundizar en el tema sin temor a ser rechazado. En general las entrevistas se realizaron en un clima familiar, sin hostilidades y con mucha confianza.

El patrón que se siguió para proceder con las entrevistas es el siguiente: se buscó a una familia con la cual trabajar. Una vez que ésta aceptó participar, se hizo una visita a la familia para saludarlos, conocer a todos sus miembros, interesarse por las novedades en torno a sus actividades cotidianas o temas de interés general (siembra, comercio, costo de la vida, festividades locales, etcétera). Luego se realizaron una o más visitas con el fin de ingresar de modo paulatino en temas tales como la menarquia, el

desarrollo en los varones, problemas en el periodo menstrual, el embarazo, el parto y el control de nacimientos. Es decir que en las últimas visitas la investigadora conseguía hablar con mayor facilidad de estos temas siempre y cuando hubiese realizado varias visitas previas a la familia.

Por otro lado se llevó a cabo otro tipo de entrevista informal. Puesto que a veces se conseguía ver a la persona sólo una o dos veces debido a distintas circunstancias, en estas entrevistas no se siguió otro patrón que no fuera la oportunidad. Una casa, tienda, camioneta, calle o parque fueron lugares apropiados para las mismas. Por ejemplo, si se encontraba a una mujer comprando hilo se entablaba conversación con ella, luego se le acompañaba a su casa y en el camino se le hacían algunas preguntas que reforzaban y confirmaban o no, los datos que se iban obteniendo a través de las entrevistas dirigidas. Esto permitió el ir corroborando datos y al mismo tiempo se cubrió a un mayor número de personas. Lo anterior no implicó necesariamente el que se tuviera que volver a visitar a estas personas.

Algunas de las entrevistas dirigidas que se realizaron pudieron ser grabadas, con la previa autorización de los entrevistados y parte de este material pasó por un proceso de transcripción. Algunas no pudieron ser transcritas por completo debido a que algunas partes se encuentran en

cakchiquel. En el Anexo 2 puede encontrarse un listado con las preguntas básicas que se formulaban en las entrevistas dirigidas y un ejemplo de las respuestas que eran dadas.

## IV. RESULTADOS

### A. Contexto de la Investigación

#### 1. Características Sociales

Con la información recabada y lo observado durante el trabajo de campo puede decirse que la vida de una familia indígena transcurre dentro de un marco de actividades bien definido y en el que puede notarse la división del trabajo por diferenciación sexual.

Si tomamos como modelo una pareja en la que el principal ingreso provenga de la agricultura podemos notar que la mujer debe levantarse aproximadamente a las cuatro de la mañana para encender el fuego. Mientras éste arde, va a lavar su nixtamal (maíz ya cocido con cal) y lo lleva a moler, o bien, si son demasiado pobres, debe molerlo en la piedra. Cuando regresa de moler, coloca el comal y comienza a tortear. Tienen que hacer las tortillas del desayuno y tortillas más pequeñas y gruesas para que el marido las lleve al campo como almuerzo. Alrededor de las cinco de la mañana tiene lista la comida para que la lleve su marido. Esta comida consiste en tortillas y jocón (una especie de rerado hecho de tomates y chile, previamente asados y luego molidos en la piedra). También sirve café, tortillas y jocón, o bien frijoles. Después de que se va el marido se queda comiendo y al terminar se va a limpiar la casa. Si

es día de plaza va a comprar alrededor de las diez o once de la mañana, aprovechando el espacio de tiempo entre el desayuno y esta actividad para lavar platos y ropa. Al regresar de la plaza coloca las compras en la cocina y si tiene niños les da de comer algo muy sencillo, como tortillas y café. Luego se pone a tejer y cuando son las cuatro o cinco de la tarde prepara la cena. Para ésta puede preparar frijoles o alguna hierba cocida a la que añade jocón al momento de comer. Alrededor de las seis de la tarde regresa el marido y cenan. Después de la cena la mujer se pone a cocer su maíz y ordena su cocina. Alrededor de las siete u ocho de la noche se acuesta a dormir.

Los hombres por su lado, se levantan también a las cuatro de la mañana, y mientras las mujeres cocinan, ellos preparan los instrumentos de labranza que se llevarán al campo. Después del desayuno se encaminan al terreno donde tienen sus cultivos. Por lo general deben caminar de tres a cinco kilómetros para llegar a los terrenos, así que salen temprano en la mañana. Trabajan durante toda la mañana resebrando, deshierbando, abonando o cosechando. Alrededor de las doce del mediodía juntan un fuego pequeño y ponen a calentar las tortillas que les han hecho sus mujeres. Después de descansar un poco continúan trabajando. Cuando son las cuatro de la tarde recogen los instrumentos y regresan a su casa. Al llegar a la casa cenan y parten

leña para el uso de la mujer, arreglan algo en la casa y se van a dormir.

## 2. Características Económicas

La economía del departamento de Chimaltenango se caracteriza por ser dependiente del sector agrícola, en donde gran parte de la producción alimenticia se destina al autoconsumo. El sector secundario está representado básicamente por la artesanía y la industria casera. En el sector terciario la principal actividad es el comercio que representa una actividad constante y de gran importancia para la vida del comalapense, porque a diario se realizan transacciones de los productos agrícolas con personas de otras comunidades.

En Comalapa existe un mercado municipal que abre todos los días, pero cuya plaza se realiza principalmente los días martes, viernes y domingo. El día de plaza es aquel en el que se da un mayor movimiento de las transacciones comerciales. Se le llama mercado al lugar físico donde se realizan dichas transacciones. En los días de plaza llegan comerciantes de diversos lugares de Chimaltenango, Guatemala, Sololá, etc., para vender sus productos y para comprar otros que a su vez son llevados a la ciudad de Guatemala para su venta. Los productos que llevan a la ciudad de Guatemala varían dependiendo de la época de

cosecha; se venden frutas de la temporada, maíz, frijol de distintos tipos (negro, colorado, blanco), palomas, patos, cerdos y otros. También hay algunos comerciantes ambulantes que venden en otras poblaciones dulces típicos, rosquitas de feria, pan y juguetes.

Los productos que se compran de otras aldeas, pues no se producen en el área, son: plátanos, piñas, tomates, bananos, sandías, trastos de peltre, china y aluminio, zapatos, pantalones, telas, toallas y otros. Estos productos también pueden encontrarse en los seis comercios relativamente importantes del pueblo, donde también se venden útiles escolares, aparatos eléctricos, bicicletas, herramientas y prendas que completan el vestuario, como perrajes, bufandas, botas, etc.

El uso de la mano de obra en labores agrícolas está limitado por la disponibilidad de tierra y capital. Como en el resto del altiplano central de Guatemala, Comalapa se caracteriza por ser una zona de minifundismo extremo, en donde la mayoría de terrenos son menores de dos manzanas. Según datos del CATIE (Centro Agronómico Topical de Investigación y Enseñanza, 1984), el minifundismo en esta región es un proceso continuo y acelerado que agrava cada día la situación social y económica de sus habitantes.

En base a las observaciones y las consultas realizadas con profesores de la cabecera municipal, puede hacerse la

siguiente estimación: la mayoría de las personas (90%) son propietarios de sus viviendas, un 5% las alquila y otro 5% las tiene en calidad de préstamo. De estas viviendas, el 94.44% cuenta con agua potable, el 72.16% con letrinas, el 40% con drenajes y el 31.16% con energía eléctrica (según datos de 1985 del Proyecto Medalla Milagrosa, que es financiado por Christian Children's Fund). Las casas son de block, ladrillo, adobe o madera; los techos son de lámina o teja y los pisos de tierra, cemento o ladrillo. El material con que se construyen las casas está determinado por el nivel económico de la familia. En Comalapa el promedio mensual de ingreso bruto por familia es de Q 35.00, que deben ser distribuidos entre las distintas necesidades del hogar (Ibid.).

### 3. Educación y comunicación

Las instituciones educativas que funcionan en el municipio son: 16 escuelas oficiales, 2 colegios privados, 1 instituto de nivel básico, una escuela urbana de varones y una de niñas. Existe además una oficina de correos y telégrafos (Ibid.) y no hay servicio telefónico.

### 4. Salud

Conforme los datos obtenidos durante la investigación de campo, en el municipio funcionan 6 puestos de salud, un

centro de salud, un hospital privado y cuatro clínicas privadas. El centro de salud, que funciona en la cabecera, cuenta con dos médicos, una enfermera profesional, un estudiante de EPS (Ejercicio Profesional Supervisado, de la Universidad de San Carlos de Guatemala) y dos enfermeras auxiliares. Cada tres meses reciben la cuota asignada de medicamentos que provienen del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, aunque por lo general las medicinas alcanzan sólo para un mes. El médico a cargo del centro, como algo muy particular, trabaja sobre todo con la visión de la medicina preventiva, sin embargo, la gente suele acudir a dicho centro cuando las enfermedades ya están bastante avanzadas, pues prefieren consultar primero con los curanderos tradicionales.

Lo mismo sucede con el hospital privado, que fue construido después del terremoto con ayuda extranjera. A pesar de que este hospital tiene establecidas cuotas que se ajustan a las posibilidades económicas de la población y buenas instalaciones, el mismo parecería no cubrir a un porcentaje razonable de la población porque la gente no acude. Sin embargo la gente prefiere ir al centro de salud antes que al hospital, que es la última alternativa. Cuando la gente llega al hospital, después de haber agotado los recursos tradicionales y visitado el centro de salud, muere en el hospital debido al estado de gravedad que han

alcanzado; como consecuencia, la gente piensa que al hospital sólo se llega a morir.

Las cuatro clínicas privadas funcionan en la cabecera. Dos de ellas pertenecen a médicos que además trabajan en el hospital; las otras dos sólo funcionan los fines de semana y pertenecen a médicos que entre semana trabajan en la ciudad de Guatemala. Por las mismas razones ya apuntadas con relación al hospital, es poca la gente que acude a las clínicas. Además, en el pueblo existen tres farmacias, una de las cuales funciona a través del Proyecto Medalla Milagrosa. De las dos restantes una, que es la mayor, pertenece a una familia indígena y la más pequeña pertenece a un ladino.

Otros recursos con los que se cuenta en el municipio y la cabecera son los curanderos tradicionales. En cada aldea se encuentra generalmente una comadrona y un sobador. En la cabecera podemos encontrar 18 comadronas, 3 sobadores de huesos, 8 sobadoras de estómago, unos 5 saturadores, unos 7 llamadores, unos 5 brujos y varios yerberos, cuya función será descrita en la próxima sección. Todas estas personas son las que atienden la mayoría de casos de enfermedades en Comalapa y pueden también ser consultadas por personas de otras aldeas y municipios.

## B. Categorías de Curanderos en Comalapa

En Comalapa encontramos la siguiente clasificación de curanderos que atienden las diversas enfermedades que pueden estar presentes en las personas.

### 1. Aq'omanel:

es la categoría general con la que son conocidas todas las personas que curan. Es decir, que es el nombre con el que se agrupa a todos los curanderos.

### 2. Aq'omanel ri k'in q'ayis:

se llama así a todos aquellos que utilizan hierbas para realizar sus curaciones.

### 3. Ajq'ij:

dentro de esta categoría se encuentra a los que curan a personas que han sido dañadas o brujeadas por otra persona, o bien por el alma de algún muerto. Mediante el proceso de adivinación pronostica quién ha causado la enfermedad, pero no realiza una curación de tipo orgánico. La forma que utiliza para curar es que fuma cigarrillos por medio de los cuales establece comunicación con el espíritu de los muertos. Estos curanderos dicen que la cura consiste en "ofrecer un sacrificio para los muertos". Este sacrificio consiste en llevar un gallo o gallina, unas 12 candelas, carne de marrano, vino, cervezas, incienso, pos y una olla para

colocar la ofrenda; todo se lleva al muerto, dueño o señorío de un lugar. El sacrificio se hace el día apropiado: día miércoles para el señorío o dueño del terreno, el día viernes es para el muerto o difunto.

Al llegar el día señalado, el paciente tiene que llegar a la casa del adivino para realizar la ofrenda, tras la cual se empieza a sentir el alivio si cayó bien. Si no hay señal de mejoría, vuelven a hacer la ofrenda otro día en la casa del mismo adivino. Si no, van a un lugar apropiado.

Fanixin che' (lugar de muchos palos): lugar apropiado, es un monte, la casa del dueño de la vida o la salud, también da la enfermedad. Es el lugar o casa del señorío. Ahí se hace la ofrenda si el paciente no se cura, pero es un poco más amplio, un poco más de ofrendas, más de cantidad y calidad porque no han sido oídas sus peticiones, que les consideren para que le devuelvan la salud, que le perdonen, que no lo vuelven a hacer.

#### 4. Aj'utz --> brujo:

es el que cura los malos hechizos que le han hecho a una persona. Los malos hechizos son hechos por otro brujo. La persona afectada puede ser curada para lo cual debe ser devuelta la forma en la que se ha dado

la enfermedad. Primero se debe ver cuál ha sido la forma de la enfermedad y se sigue dicha forma para hacer que la persona que ha hecho el mal lo reciba en sí misma. Es decir, que se devuelve la misma condición de la persona que ha recibido el mal. Sin embargo, a veces el mal no recae en la persona que ha hecho el mal sino en uno de sus hijos o algún familiar.

El brujo es una persona que puede sembrar el mal, así como buscar un licenciado o un defensor. Por regla general no es sino hasta que muere alguno que deja de haber peleas entre los brujos y sus pacientes.

5. Ajuquj q'ab'aj --> sobadores:

en esta categoría se encuentra a los que componen los huesos; se dedican especialmente a tratar quebraduras, zafaduras o bien golpes en alguna parte del cuerpo. La cura la realiza durante varias sesiones, cada 3 ó 4 días ve como va la quebradura para notar la mejoría; la que efectúa mediante el uso de plantas con las cuales soba la parte afectada para arreglar el hueso quebrado.

Si es sólo zafadura es un poco más fácil para el sobador, trata de componerla usando alcohol o aguardiente, 3 ó 4 días ve a la persona para saber

si esta mejor. A veces una sola vez basta para curar la zafadura.

Si es sólo un golpe en una parte del cuerpo soba con alcohol o aguardiente y es curado en poco tiempo.

6. Aj jek'oy pamaj --> sobador de estómago:

si una persona esta padeciendo de una enfermedad digestiva de cualquier tipo, acude a un sobador de estómago. Este curandero (mujer u hombre, dependiendo del sexo del paciente), ve la enfermedad que hay, aplica algunas pomadas y trata de ver las partes afectadas. Las pomadas son usadas para suavizar el estómago. Si hay enfermedad, cólico o dolor de estómago, el(la) sobador(a) le dice al enfermo(a) que le va a ver 2 ó 3 veces hasta dejarlo(a) normal. Receta plantas medicinales para cada clase de enfermedad.

Para sobar el estómago usa: pomada valencia en verano pues se tiene la concepción de que su efecto es fresco, pomada alcanforada en invierno pues su efecto es caliente, pomada azucena para averiguar si se está embarazada. La pomada azucena se le aplica a una mujer que consulta al sobador de estómago cuando ha dejado de ver la menstruación por un mes. Los sobadores de estómago usan pomada o aceite y

recetan medicinas dependiendo del tiempo de la enfermedad.

### 7. Aj rowinaq

Aj b'anuy pa rowinaq --> saturadores:

generalmente son mujeres que se dedican a tratar a los niños que padecen de "mal de ojo" (mágico). Para curar usan huevo de gallina, aceite de oliva o de cocina y ruda (ruta chalepensis). Frotan el huevo por todo el cuerpo, la ruda la machacan con un poco de aceite y con ella frotan al niño acompañando esta saturación de una pequeña oración. Los síntomas por medio de los cuales reconocen que el niño padece de mal de ojo son: el niño no deja de llorar y puede o no tener "cheles" (secreciones en los ojos).

El "mal de ojo" puede ser ocasionado por las mujeres embarazadas, por personas de carácter enojado o muy débiles, por hombres que estén en estado de embriaguez o bien por aquellos que se encuentren "engomados" (es decir, en estado post-alechólico).

El saturador ve la señal del mal de ojo, aplica la saturación de un huevo y tiene cerca una palangana de agua. Al terminar de saturar parte el huevo y lo echa al agua en donde ve luz o el ojo le

la persona que hizo el mal. Si el mal de ojo es provocado por una mujer embarazada el huevo sale con sangre.

Tras aplicar 1 o 2 veces la saturación el niño queda curado. Sin embargo, sólo la saturadora puede hacer la cura, no la puede hacer la mamá ni cualquier otra persona. La saturadora tiene una forma especial de expresarse al aplicar la saturación.

#### A. Oyonel --> llamador:

es el especialista masculino que cura el susto. Los síntomas de esta enfermedad son: la persona se pone pálida, las orejas se ponen delgadas, la persona pierde el apetito, se duerme de día, por la noche cuando está durmiendo se levanta gritando; si se asolea se le hincha la cara o los pies, y el pelo lo tiene parado. La persona se pone cabizbaja y no pone atención a nada. Para curarse acude al llamador, quien la ve y pregunta en dónde se ha asustado, y decide cuál es el procedimiento a seguir.

#### C. Las Comadronas en Comalapa

A continuación se hará una descripción detallada de la categoría correspondiente a las comadronas. Definidas por

personas de la comunidad, las comadronas son señoras de edad que tienen experiencias en las enfermedades de las mujeres. Estas mujeres han adquirido sus conocimientos a través del don que han recibido, pero antes debieron pasar por ciertas dificultades en la vida. A algunas mujeres se les revela el don de ser comadronas a través de sueños en los que se les predice el destino.

#### 1. Características Generales

La gran mayoría de las comadronas son mujeres cuyo rango de edad va desde aproximadamente los 20 años - edad en que generalmente se inician -, hasta los 80, aunque la mayoría tiene más de 40 años y la población prefiere consultar a las de mayor edad. Cuando se habla de "mayor edad" se hace referencia a mujeres que estén comprendidas entre los 40 a 60 años.

La gran mayoría de las comadronas son analfabetas, generalmente pertenecen a un nivel socioeconómico bajo, siendo su extracción de los grupos menos privilegiados. Las casas donde viven reflejan esta situación.

Entre las comadronas entrevistadas, Doña Tina, por ejemplo, vive en uno de los cantones más apartados del centro de la población. Para llegar a su casa debe subirse una pequeña cuesta y luego uno se encuentra con una pequeña casa que tiene dos cuartos, uno de los cuales se usa como

cocina y el otro como dormitorio; este último es además el lugar donde la comadrona atiende a sus pacientes.

En las familias indígenas de Comalapa se tiene aproximadamente un promedio de 6 hijos, sin embargo, un hecho curioso es que la mayoría de las comadronas no tienen tantos niños, llegan a tener 2 ó 3. Posiblemente ello se deba a la forma en la que llegan a hacerse comadronas (que será descrito más adelante).

En cuanto a la ocupación, el ser comadronas es lo más importante, aunque ello no implica el que dejen a un lado las tareas propias de la mujer que son las de atender el hogar.

## 2. Características Específicas

La edad en la que se inicia la práctica (que no es la misma en la que se empieza el aprendizaje del oficio, 20 años) de la atención de partos oscila entre los 30 a 40 años. Esto se debe a que, según la información obtenida en la comunidad, todas las comadronas son casadas y han tenido dos o tres hijos, es decir, que ya tienen experiencia propia en relación a lo que es un embarazo, la atención del mismo, del parto y postparto. También han tenido ya la oportunidad de presenciar o ayudar en partos de familiares ó vecinas. Además es llegada esta edad cuando una serie de

44

entos les indican que su trabajo debe ser el de comadronas.

Por lo general una comadrona llega a tener un tiempo de ejercicio de entre 20 y 30 años, desde el momento en que empieza a realizar todas las tareas propias de su oficio. Antes de ejercer como comadrona, la mujer que va a prestar este servicio a la comunidad tuvo que haber recibido las señales pertinentes. No todas las mujeres tienen el "don" de ser comadronas, se considera que son pocas las que reciben las señales para tener este trabajo específico. Las comadronas no reciben clases para poder atender los partos, se dice que ellas ya tienen este oficio como destino. Este destino se ve mediante distintos hechos que le suceden. Por ejemplo una mujer puede sufrir de cierto tipo de enfermedades en forma continua sin que nada ni nadie pueda curarla, también puede padecer mucho sueño, así como tener pocos hijos, y toman en cuenta que dentro de su familia haya habido algún caso de que una mujer haya sido comadrona.

En relación a los hijos que tienen, cuando se dan los partos se consideran que son señales indicando el oficio: que la placenta sea muy pequeña y el cordón umbilical sumamente pequeño. El cordón umbilical siempre es visto por la comadrona ya que es en éste donde se puede encontrar la indicación de cuántos hijos va a tener una mujer. Es por ello que el hecho de que un cuñán sea muy pequeño y a ello

se sume que la mujer ya ha tenido 1 ó 2 embarazos anteriores, sea considerado como una señal de que la mujer tiene que llegar a realizar una tarea específica: el atender partos. Por ejemplo, el tercer hijo de una de las mujeres entrevistadas nació con una placenta muy pequeña y la comadrona dijo que no había podido dejar los cuatro dedos de cordón al niño porque era demasiado pequeño. Cuando el esposo de la parturienta le preguntó a que se debía, ella respondió que era porque ella ya no iba a tener más hijos, que en todo caso podía tener un aborto pero, no un niño. La razón que dió fue el que "ella traía trabajo, porque tiene menos niños que las demás mujeres y sólo con seña". Es decir que debido a ello la mujer iba a llegar a ser comadrona.

Otros signos que pueden ser frecuentes son dolores de cabeza, susto, dolor de cuerpo, y el que la mujer se mantenga en general con malestares. Además la mujer, a pesar de los dolores, duerme muy bien durante la noche. Se dice que esto sucede ya que "le dan libertad a la mujer para que duerma puesto que cuando le llegue el día que empiece su trabajo se le quitarán tanto el sueño como las enfermedades".

Cuando la mujer presenta los síntomas anteriores, también puede notársele una especie de cruz formada a la altura de la muñeca en la mano derecha, algo así como una

cicatriz de quemadura. Sin embargo, la mujer asegura no haberse quemado. Además presenta otra de estas cruces, pero no tan prominente, en la palma de la mano derecha. Las mujeres dicen que la señal de la cruz es propia de las comadronas. Es en el momento en el que aparece la cruz cuando la mujer se considera en condiciones para poder ejercer como comadrona.

Como se menciona con anterioridad, las comadronas aprenden a atender partos debido a la experiencia con sus propios partos y a que empiezan a ayudar en la atención de partos de familiares y vecinas. Resulta raro el que una comadrona tenga aprendizas, aunque algunas de las comadronas entrevistadas dijeron que les gustaría enseñar a otras el oficio para que así no se pierda lo que saben. Algunas veces, muy pocas, las mujeres tienen oportunidad de aprender con otra comadrona.

### **3. La Atención de las Comadronas**

Habiendo visto cuáles son las características que hacen de una mujer el ser comadrona, proporcionaremos a continuación cuál es la atención que las comadronas ofrecen a sus pacientes.

#### a. La Mujer y su Embarazo

Cuando una mujer ha tenido embarazos previos y ha sido atendida con anterioridad por una comadrona en los partos, esta mujer ya sabe lo que es un embarazo. Estando en esta situación, teniendo 3 ó 4 meses de embarazo, acude a la comadrona para darle a conocer su situación y para llevarle un "encargo". El encargo consiste en algunos regalos (sobre todo alimentos) y solicitarle que la atienda durante todo el proceso. La comadrona acepta la invitación a ser la que atiende el parto y desde ese momento se crea un lazo muy fuerte entre paciente y comadrona. La mujer sigue todas las indicaciones que le da la comadrona para que ésta no se enfade y para conseguir un feliz término del embarazo.

El primer embarazo es un poco diferente, ya que por un lado la mujer no sabe qué es lo que le está pasando, por otro tiene vergüenza de comunicarlo a alguien, ya que piensa que tiene una enfermedad grave, y por último muchas veces no tiene la suficiente confianza como para decírselo a la suegra. Recordemos que el patrón de residencia en Comalapa es patrilocal, por lo que la mujer a quien tiene que acudir es a la suegra. Al tener unos tres meses de embarazo se lo dice a la suegra, quien la lleva a ver a una comadrona, diciéndole que visitarán a una señora para ver qué enfermedad tiene. Es la suegra la que habla con la comadrona y si es embarazo le pide que se haga cargo de la

atención. A la mujer la suegra le indica que tiene que hacer todo lo que la comadrona le diga.

#### b. La Comadrona y la Paciente

Las comadronas atienden a todas aquellas personas que resulten con alguna "enfermedad de estómago" y además atienden a las mujeres que específicamente tengan la "enfermedad" del embarazo. Es necesario aclarar que a lo largo de las entrevistas durante la realización de este estudio, todas las personas coincidieron en categorizar el proceso del embarazo como una enfermedad. De ahí que haya una especialista para tratar las enfermedades relacionadas con el estómago. Sin embargo, el embarazo es una enfermedad distinta a las demás enfermedades estomacales y es atendido en forma diferente por la comadrona.

Al hacerse cargo de la atención de la paciente, la comadrona asume una responsabilidad, no sólo ante ella, sino ante la familia. Desde el momento de aceptar la atención, la comadrona inicia una relación estrecha tanto con la paciente como con la familia. Las visitas prenatales las realiza la comadrona en la casa de la paciente y se da a la inversa solamente cuando hay algún problema y la paciente debe ir a la casa de la comadrona. Sin embargo, esto último se da muy pocas veces, ya que la comadrona amonesta a la

paciente si ésta no manda a avisar de lo que le sucede para que sea ella quien vaya a verla a la casa.

La comadrona realiza las visitas prenatales cada quince (15) días o cada mes, dependiendo de cómo encuentre a la paciente. Si ve que existe algún peligro, que el embarazo no se desenvuelve normalmente, utiliza todos los medios a su alcance para resolver la dificultad. Por regla general la comadrona usa los masajes abdominales y el temascal (el baño de vapor utilizado desde tiempos prehispánicos), y da las prescripciones que ya han sido detalladas en la información general sobre comadronas. Consideran que gracias al temascal pueden remediarse muchos males y evitarse otros con relación al embarazo. Por ejemplo, si a la paciente se le hinchan los pies por retención de líquidos, la comadrona le aplica un baño de temascal ya que considera que la hinchazón puede darle calambres y afectar el parto. El baño en temascal lo puede hacer varias veces hasta que la paciente se normaliza.

Además de las prácticas médicas propiamente dichas, la comadrona cumple otra función. Es el vínculo que une a la paciente con los acontecimientos de la comunidad. Aunque la mujer sigue realizando las tareas propias de su sexo, la comadrona llega a tener un vínculo afectivo con su paciente. Ello se debe a que la comadrona es quien comenta con la paciente las tareas y los acontecimientos de la comunidad.

Durante el período de gestación, en el que la comadrona atiende a la mujer, le proporciona además de la atención física, atención psicológica. La atención consiste en darle seguridad en relación a su embarazo, manteniendo comunicación sobre las tareas que realiza diariamente. De esta forma le presta atención y ayuda en la resolución de los problemas hogareños. También conversan de los sucesos que se dan diariamente en la comunidad, con aquellas personas que conocen. Es decir, que la comadrona mantiene integrada a la mujer dentro de la comunidad durante el período de embarazo y en la etapa puerperal.

En resumen puede decirse que la comadrona es consultada no sólo por el tratamiento del embarazo en sí, sino que usualmente también este tratamiento implica la consulta de asuntos personales y de la comunidad. Además parece ser que la cercanía, el poder atender su hogar, costumbre, comodidad y economía son las razones más importantes por las cuales la mujer decide ser atendida por una comadrona. Es por ello que el tratar de hacer que una mujer indígena embarazada lleve su control prenatal con un médico occidental que no toma en cuenta las características propias del medio, sólo consigue el crear ansiedad en la paciente. Por un lado no siente confianza y además pierde una fuente de información en relación con su comunidad.

## V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Comalapa es una población con una relación comercial más o menos estrecha tanto con las poblaciones vecinas como con la ciudad capital, lo cual repercute en una rápida transformación comercial y social. Concluida la investigación, tanto documental como de campo, y tras haber convivido un poco más de dos meses con la gente de Comalapa, es posible verificar determinadas actitudes que las personas tienen ante ciertos aspectos de la vida. Así mismo se puede ver que algunas de estas actitudes pueden considerarse tradicionales, no obstante el cambio social arriba apuntado. Dentro de estas posturas tradicionales se encuentran las actitudes que tienen ante aspectos tales como la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Consideramos que es conveniente y necesario realizar estudios con un enfoque actitudinal de esta problemática. Es decir, que pueda llevarse a cabo una medición de actitudes tanto entre los habitantes y comadronas, así como de los médicos occidentales, y se llegue a formar un modelo para trabajar eficientemente con las comadronas dentro del área de salud pública.

B. Las comadronas no son personas que practiquen su oficio por el simple hecho de hacerlo, sino porque se ha dado así desde antaño y por no existir razones para hacer algo

distinto. Con todo, las funciones que cumplen no han variado, siguen siendo las de examinar a la embarazada durante el período de gestación, prescribir la dieta e higiene, y atender el parto. Todo lo hacen manteniendo un vínculo afectivo muy fuerte con sus pacientes.

Es necesario tomar en cuenta las características de las comadronas para poder implementar distintos tipos de atención de la salud. La tarea de comadrona lleva tanto tiempo de ser realizada en las comunidades indígenas, que lejos de que se la considere una forma obsoleta de atención del embarazo, está arraigada en una tradición secular que hace que la comadrona sea la persona más confiable para la población indígena.

C. Una mujer se convierte en comadrona paulatinamente, tras un largo período de tiempo de servir como tal en la comunidad en la que ha nacido. Por ello, al ser requeridos sus servicios las personas ya saben quién es, ya goza de prestigio. Es decir que no es una persona ajena a la forma de ser de los pobladores, a su forma de vida y a sus concepciones con respecto al embarazo. Es una persona que forma parte de la misma comunidad de donde son requeridos sus servicios, donde es conocida y conoce a los habitantes. Por lo tanto no resulta alguien ajeno que no sabe como llevar la relación entre la paciente y sus conocimientos.

Sería conveniente que se realizara un estudio más intenso en cuanto a los niveles de prestigio que se dan dentro de la comunidad. Ello con el fin de poder proporcionar con mayor exactitud las actitudes hacia personas que ejercen el servicio dentro de la comunidad, y así prestar un mejor servicio a los pobladores de comunidades indígenas.

D. Los conocimientos y la comprensión que posee una comadrona, forman parte de su ambiente sociocultural. La comadrona comparte con su paciente el mismo idioma, conceptos corporales y valores, y goza de la confianza de ella y de sus familiares.

Las comadronas seguirán gozando de prestigio, de éxito (en cuanto a los niveles de aceptación) dentro de las comunidades indígenas, como lo muestra el caso de Comalapa, porque dicho éxito radica precisamente en el hecho de ser parte de un contexto cultural. Ello les permite tener una mejor comprensión de lo que las pacientes (mujeres embarazadas) sienten con respecto a su situación y a la forma en que desean ser atendidas; así como el hecho de conocer su historial familiar les facilita la relación con sus parientes.

Si tratáramos de hacer que una mujer indígena de la ciudad, de clase media, se dejara atender durante el

embarazo y parto por una comadrona, fracasaríamos ya que habría mucha resistencia. Dicha resistencia es comprensible si pensamos que la mujer ladina proviene de un contexto sociocultural en el que la atención prenatal y del parto es proporcionada por médicos especializados en estas tareas. Pues bien, lo mismo ocurre con la mujer indígena, quien por tradición y por efectos de mantener los patrones culturalmente aceptados permite ser atendida por aquella persona que dentro de su comunidad tiene esa función, es decir la comadrona, que es la que realmente está capacitada según el contexto y patrones culturales de la comunidad.

Sería recomendable que aquellas personas que tienen a su cargo la atención de la salud desde un enfoque biomédico para áreas indígenas tomaran en cuenta que existen aspectos culturales relevantes que son importantes para las personas; y que por ello es conveniente tener presente dichos aspectos para poder llevar a cabo programas efectivos en cuanto a la atención de la salud de las mujeres embarazadas.

E. Por lo anterior notamos que existen aspectos reales que motivan a la mujer embarazada para que acuda preferentemente a la comadrona, discriminando otro tipo de posibilidad. Así es como la comadrona sigue teniendo un papel importante y primordial como la persona idónea para hacerse cargo del proceso de gestación, parto y post-parto de una mujer.

No podemos obviar la función que desempeñan las comadronas, que si bien es cierto no se ajusta a la visión occidental de la medicina, resulta ser una forma eficiente y eficaz por medio de la cual se realiza una tarea primordial dentro de cualquier población, la de ayudar en el nacimiento de una persona.

Los aspectos que motivan la preferencia y escogencia que tiene la mujer embarazada por la comadrona, y no por la medicina occidental para su atención, los podemos resumir en que hay una funcionalidad cultural, es decir: se ajusta a patrones culturales como la concepción de la intimidad corporal y pudor personales, la visión del aspecto sexual, además la comadrona es una persona "sabia" y con un "don especial" dentro de la comunidad; por otro lado favorece la relación que se da que es de mujer a mujer, y que sirve de enlace entre la mujer embarazada y la comunidad.



## VI. BIBLIOGRAFIA

- AGUIRRE, LYDIA. "Opciones en las prácticas de salud en la  
1973 frontera occidental de Texas", en Velimirovic. pp  
68-75.
- AGUIRRE BELTRAN, G. "La capacitación para la medicina  
1978 intercultural", en Velimirovic. pp 12-16.
- ALVARADO, ANITA L. "Utilización de agentes y conceptos  
1978 etnomédicos en el marco de referencia de la  
medicina occidental", en Velimirovic. pp 21-25.
- BALAM PEREIRA, GILBERTO. "Acerca de la medicina  
1982 tradicional", en Nueva Antropología, Año VI, No.  
19. México.
- CASILLAS CUERVO, LETICIA. "La salud y la cultura en las  
1978 zonas urbanas marginales", en Velimirovic. pp 88-  
91.
- CATIE (Centro Agronómico Tropical de Investigación y Enseñanza).  
Caracterización Ambiental y de los Principales  
1984 Sistemas de Cultivo en Fincas Pequeñas.  
Chimaltenango, Guatemala. Informe Técnico No. 37.  
Departamento de Producción Vegetal. Costa Rica.
- CATÚ OTZOY, C. & ICU PEREN, H. "San Juan Comalapa", en  
1983 Seminario: La Familia Indígena y la Conservación  
de la Cultura Popular Tradicional. El Cuento y la  
Música. Instituto Indígena Santiago. Sexto  
Magisterio. XVII Promoción. Supercopias.  
Guatemala. pp 54-64.
- ✓ CHENEY, CH. & ADAMS, G.L. "La cura popular y la salud  
1978 mental en el barrio mexicano norteamericano", en  
Velimirovic. pp 92-98.
- CLERISME, CALIXTE. Medicina Tradicional y Medicina Moderna  
1977 en Haití. Versión condensada de Traditional  
Medicine and Modern Medicine. Publicaciones  
Científicas de la OPS. Washington, D.C.

- COLLADO ARDON, R. "¿Atención médica rural, u organización rural para la salud?", en Velimirovic. pp 26-34.  
1978
- COSMINSKY, SHEILA. "La atención del parto y la antropología médica", en Velimirovic. pp 132-143.  
1978
- \* DE LEON, SERGIO R. Creencias Acerca de la Reproducción Humana en el Área Kekchi. El Caso de San Juan Chamelco. Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Historia, Área de Antropología. 113 páginas.  
1968
- DEL VALLE, MA. EUGENIA. "Parto y aborto en algunas 'Ciudades Perdidas' de México", en Anales de Antropología. Universidad Nacional Autónoma de México, México. Vol. XVIII pp 197-222.  
1980
- GALL, FRANCIS. Diccionario Geográfico de Guatemala. Instituto Geográfico Militar, Guatemala. 2a. Edición.  
1976
- HURTADO, JUAN JOSE. "Algunas ideas para un modelo estructural de las ciencias en relación con la enfermedad en el Altiplano de Guatemala", en Guatemala Indígena. Vol. III, Nos. 1-2, Enero-Junio. Instituto Indigenista Nacional, Guatemala.  
1973
- 1975 Versión condensada de Cultural determinants of Food Selection, en Lozoya. pp 21-26.
- KOY, MARGARITA. "El curanderismo en Tucson, Arizona, como sistema paralelo, optativo o colaborador", en Velimirovic. pp 99-108.  
1978
- KEARNEY, MICHAEL. "EL espiritismo como una alternativa en la tradición médica de la frontera", en Velimirovic. pp 76-82.  
1978
- LAGARRIGA ATTÍAS, ISABEL. "Bases ideológicas de la medicina tradicional de los grupos marginados en México", en Simposio Internazionale sulla Medicina & Popolare dell'America Latina. Roma 12-16 diciembre 1977. I.I.L.A. pp 645-648.  
1979
- LOPEZ AUSTIN, A. "La antropología médica en situación de frontera", en Velimirovic. pp 49-55.  
1978
- LOZOYA, X. & ZULLA, C. Instituto Mexicano del Seguro Social, México. Versión condensada del documento presentado en el Seminario Taller Regional sobre Salud y Culturas Médicas Tradicionales en América  
1985

Latina y el Caribe. Celebrado el 28 de noviembre de 1985 en la sede de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.

MELVILLE, MARGARITA. "Dos puntos de vista de las cuestiones  
1978 médicas de las minorías", en Velimirovic. pp 83- 87.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Estudio Operacional sobre la  
1986 Partera Tradicional en el Area de Salud de Santa  
Bárbara. Región de Salud No. 3, 1985. República  
de Honduras, Tegucigalpa.

NEWMAN, LUCILE F. Medical Anthropology, Cross-cultural  
1981 Studies in Health and Illness. Special Issue:  
Midwives and Modernization. Volume 5, Number 1,  
Winter 1981.

NOLASCO, MARGARITA. "Salud y enfermedad en la frontera  
1978 norte", en Velimirovic. pp 56-67.

PERSONAL DEL PROYECTO MEDALLA MILAGROSA. Investigación de  
1985 la Comunidad. San Juan Comalapa. 12 pp.

SCHREIBER, J. & PHILPOTT, L. "¿Quiénes son los  
1982 profesionales legítimos de la atención de la  
salud? Cambios en la práctica obstétrica en la  
cuenca inferior del Río Grande", en Publicaciones  
Científicas, de la OPS. 32 pp.

SCRIMSHAW, S.C.M. & BURLEIGH, E. "Posibilidades de  
1978 integración de la medicina indígena y occidental  
en América Latina y en las poblaciones hispánicas  
de los Estados Unidos de América", en Velimirovic.  
pp 35-47.

STEWART, S. et. al. Actitudes Hacia la Planificación  
1987 Familiar en Cuatro Areas Indígenas de Guatemala.  
Informe Final. Realizado para IPROFASA de  
Guatemala.

SUMMERS, GENE F. Medición de Actitudes. Editorial Trillas.  
1976 México. pp 40-45.

TROTTER, R. & CHAVIRA, J.A. "Identificación de nuevos  
1978 modelos para ofrecer consejos sobre el alcoholismo  
en grupos minoritarios", en Velimirovic. pp 184-  
192.

- VARGAS, LUIS A. "Aceptación y rechazo de técnicas médicas de culturas diferentes", en Velimirovic. pp 17- 20.  
1978
- VELIMIROVIC, BORIS. La Medicina Moderna y la Antropología Médica en la Población Fronteriza Mexicano-estadounidense. Publicación Científica No. 359. Organización Panamericana de la Salud. Washington.  
1978
- VELIMIROVIC, B. & VELIMIROVIC, H. "Examen global de la medicina tradicional y las personas que la ejercen en los servicios de salud", en Velimirovic. pp 193-207.  
1978
- VILLACORTA C., JOSE LUIS. Historia de la Medicina, Cirugía y Obstetricia Prehispánicas. Universidad de San Carlos de Guatemala.  
1976
- VILLATORO, ELBA M. (compiladora) Etnomedicina en Guatemala. Centro de Estudios Folklóricos, Colección Monografías, Vol. I. Universidad de San Carlos de Guatemala, 316 pp.  
1984
- WHITTAKER, JAMES O. La Psicología Social en el Mundo de Hoy. Editorial Trillas. México. pp 237-264.  
1984
- YOUNG GARRO, LINDA Y JAMES. Atención de Salud en Minorías Étnicas Rurales. Algunas Observaciones Antropológicas. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 95.  
1983

APENDICES



## ENTREVISTAS

A continuación se enumeran las preguntas básicas que eran utilizadas durante las entrevistas realizadas.

### Preguntas

1. ¿Quiénes son las comadronas?
2. ¿A quién atiende la comadrona?
3. ¿Cómo atiende la comadrona?
4. ¿Cuándo sabe una mujer que está embarazada? (en qué mes se da cuenta)
5. ¿Cómo sabe la mujer que está embarazada?
6. ¿Quién atiende a la mujer cuando esta embarazada?
7. ¿Cuándo empieza a ir la mujer a donde la comadrona?
8. ¿Cada cuánto va la mujer a donde la comadrona?
9. ¿Visita la mujer a la comadrona sólo cuando está embarazada?
10. ¿Quién le dice a la mujer con qué comadrona va a ir?
11. ¿Qué le dice la comadrona a la mujer cuando llega la primera vez?
12. ¿Qué dolores se presentan en el parto?
13. ¿Qué atención se le da a una embarazada cuando no resulta bien el embarazo o que viene anormal el niño?
14. ¿Porqué se manda a una mujer al Hospital?
15. ¿Qué cosas recomienda la comadrona para el parto?

A continuación proporcionamos una transcripción de una entrevista como ejemplo de las respuestas que eran proporcionadas.

### Respuestas

#### 1. ¿QUIENES SON LAS COMADRONAS?

"Son señoras mayores de edad, que tienen experiencia en las enfermedades de las mujeres. Han adquirido sus conocimientos a través de un don que han recibido, pero para el cual primero han pasado ciertas dificultades.

Las dificultades que han pasado en la vida son las enfermedades que ellas han tenido que les han servido como señal del trabajo que tienen que realizar. Las señales se manifiestan en la palma de la mano; y otras por ejemplo se les han presentado ciertos sueños, sueños que si predicen el destino de la persona de ser comadrona."

## 2. ¿A QUIEN ATIENDE LA COMADRONA?

"Una comadrona atiende a todas las personas que resulte alguna enfermedad. Por ejemplo no sólo, bueno, las mujeres, también a los hombres que resulten tener alguna enfermedad de estómago; pero si una mujer también resulte alguna eh, mal, pues ella le dirá qué enfermedad tiene. Si es una enfermedad simple o si es una enfermedad pues así algún parto verdad. Y si una mujer así ya resulte con unos 2-3 meses de embarazo, entonces ya ella le dice que "usted ya esta en una condición critica". Bueno aunque tal vez no le dice directamente sino que es un poco así de otra forma. Entonces mas que todo a las mujeres embarazadas y que resulte ya de esa enfermedad. Entonces ella le dice a su paciente que se venga alguna encargada sea la mamá o la suegra de la paciente; o si es posible el esposo."

## 3. ¿COMO ATIENDE LA COMADRONA?

"La suegra o la mamá, entre ellas se tiene que consultar de ir con la comadrona, ir a saber porqué las mandaron a llamar y llegan a preguntar: "Disculpe venimos nosotros, eso nos fueron a decir". La comadrona va diciendo (dice la comadrona): que "yo las mande a llamar porque yo no le puedo decir a ella sólo a usted o a ustedes les puedo decir, y ahora su hija o su nuera ya esta esperando o ya está embarazado, de 2 o 3 meses". Y ahí quedan ellos, van, se regresan y agradecen y se regresan a su casa. Y llegan a su casa entre ellas se consultan "qué hacemos ahora, si vamos con esa comadrona donde ella fue a decir el dolor de estómago o con otra comadrona. Ahí se quedan ellas, si van con el mismo con que fue el enfermo, allí ya le llegan a dar un encargo a la comadrona."

## 4. ¿CUANDO SABE UNA MUJER QUE ESTA EMBARAZADA? (EN QUE MES SE DA CUENTA)

"Bueno en esos casos pues hay 2 formas. Primero mas que todo con una mujer recién casada, pues la primera vez que se le presenta unos dolores de parto, pero ella sin embargo no lo sabe. Entonces ella pues está sufriendo algunos dolores, tanto eh no tiene gana de comer, eh con mucha pereza y muy enojada; así pues no sabe, pero hasta que le resulte un poco más difícil y a eso cuando acude a su mamá o a su suegra o a su propio esposo. Entonces eso

cuando ellas pues se dan la necesidad de consultar con una señora de este oficio. Entonces así pues hacen pero ya

tienen 3 o 4 o hasta 5 meses de esta enfermedad de embarazo. Hasta ahí les dan la respuesta que es lo que está ocasionando los dolores. Bueno, en el caso de una mujer que ya ha tenido ciertos embarazos, pues ella ya conoce que son dolores de parto. Entonces desde los primeros meses ella pues ya acude mas que a esta señora comadrona. Bueno depende también porque a veces esta señora, la que resulta ya enferma, no hace en los primeros meses, a veces hasta los últimos meses; entonces cuando le es un poco difícil; porque a veces resultan ciertos anormales, porque ya fuera de tiempo y así la comadrona no atiende en una forma pues buena porque tal vez el niño pues que esté por venir no está en buena condición porque a veces el niño viene atravesado o de una forma, pues no viene de una forma normal. Entonces la pobre señora ésta, o sea la embarazada o la que este esperando acude a otra; pero tampoco este le hace mejor atención porque es en realidad la consulta es bastante tardada."

5. ¿COMO SABE LA MUJER QUE ESTA EMBARAZADA?

"Bueno, cuando una mujer ya ha tenido ciertos partos pues ella ya sabe mayores cosas de un embarazo; entonces ella va con la comadrona a dar a conocer y al mismo tiempo lleva regalitos para la comadrona para que se le atiendiere mejor a ella, y lleva, bueno, mas que todo así pan, aguas, chocolate; bueno el gusto de ella y así otras cosas y así pues la comadrona muy satisfecha la comadrona y espera en otras atenciones más que todo; y así el día que se acerque el parto y le presta mejor atención."

6. ¿QUIEN ATIENDE A LA MUJER CUANDO ESTA EMBARAZADA?

"La comadrona lo atiende a su paciente cada 15 días o cada mes a como va su paciente. Porque si ella no ve la cosa seria pues no acude a médico; pues si ella todavía ya va acercando los meses o días y ve a ella que transcurre mucho peligro lo manda a su paciente con un médico, a que acuda a un médico porque en veces, o si no también lo entemascalean porque dice que se pone muy frío y también tomar remedios así calientes. Así remedios que no sean fríos, como caseros que se les dicen; más que eso."

Las preguntas 7 y 8 no fueron respondidas en esta entrevista

9. ¿VISITA LA MUJER A LA COMADRONA SOLO CUANDO ESTA EMBARAZADA?

"Si, llega la mujer cuando todavía esta esperando de 6 a

7 meses. Ya de 4 meses ya la señora embarazada ya no se puede ir; ya que tendría que ser la comadrona, iría a visitarla a ver como está; si va bien o no va bien. Si no va bien es porque ella tiene que ver como hacer con la señora enferma, como lo va atender, si lo lleva al hospital, o si lo manda por el Centro de Salud; ellos lo tratan de hacerlo así como dije allí por anteriormente. Que buscan ellas la manera como hacerlos, usan jabones de coches cuando lo entemascalean, con ese se ensuavelizan mucho los bebé cuando todavía no han nacido dicen ellas pues. Buscan la manera para no irse al Hospital o por el Centro de Salud, casi ellas no utilizan médico."

10. ¿QUIEN LE DICE A LA MUJER CON QUE COMADRONA VA A IR?

"Con el primer parto pues siempre mas que alguien los dice porque es con la primera, si sea la mamá o la suegra. Bueno, mas que hay alguien que les dirige; pero ya con la 2a., 3a y demás partos pues les quedan entre ellos porque ya supieron con la primera. Entonces son las que ellos deciden."

11. ¿QUE LE DICE LA COMADRONA A LA MUJER CUANDO LLEGA LA 1a. VEZ?

"Buen, al llegar la comadrona la primera vez ella como se ha encargado de su paciente y ella lo que dice: "porque no has llegado, qué tienes porque yo estoy esperando allí"; pues dice la enferma "disculpe no he llegado, se me hincharon los pies y me siento muy mala" dice ella. La comadrona dice "porque no me mandó avisar" dice ella. Pues dice la enferma "ay si muchas gracias, digo yo a ver como voy hacer", dicen ellas. "No mija por eso me encargue de usted y tengo que salir de mi responsabilidad" dice la comadrona. Pues ahora, mañana o hoy mismo hacemos un su temascal y con este te curás, porque con ese de hinchazón te puede afectar muy malo o te puede dar un calambre y mejor con eso te curás y nos quedamos bien", así dice la comadrona cuando llega la primera vez; y llega a visitar cada poco hasta que se normaliza y va llegando el día que llega el día del parto y que ya esté bien."

12. ¿QUE DOLOROS SE PRESENTAN EN EL PARTO?

"El dolor en el parto, al llegar una semana ya da coño que la mujer va, le empieza a dar el flujo vaginal y teniendo dolor de cintura y frío y dolores de cabeza, y con

eso ya la hinchazón de los pies ya casi ni los puede levantar; ya en esas semanas y el orina ya con esos días ya va saliendo, así ya a la hora del parto ya nace bien el niño cuando esta normal. Cuando no esta normal es que porque no sucede en este caso también; pero cuando esta normal el niño ya la semana cuando llega a contar a la comadrona que ya le dió este flujo y recomienda sus medicinas a la señora. Recomiende pomada, recomienda alcohol, recomienda alucema con comines, recomienda también trapitos para envolver para amarrar el ombligo del bebé, se puede vestir; y también otros que se puede decir que se prepara un poco chocolate para darle a cualquier hora que pueda nacer el niño y allí teniendo ya sus cosas no puede suceder nada."

Juana: "les quiero contar el caso mío con el primer parto. Mi suegra no me contaba ni mi mamá tampoco, ninguna me decía, de ellas de las dos no me contaba que es lo que yo tenía; pero otras señoras si me contaban. Una de las maestras donde yo trabajaba me recomendaban pericón, me recomendaron el pericón y me recomendaron también la pastilla prenatal y campolón fuerte es inyectado también. Es también. Yo no lo sabía y también cuando fue esa recomendación no me contaron en ese caso también. Otra de las enfermeras también me dijo que te pasa, (siempre yo comía bien), que te pasa me decía y yo le dije "que no tengo ganas de comer" y ella me atendió y me vió. "Mija cuente a tu esposo que vayan conmigo a la noche, y yo les voy a esperar en la noche", me dijo. "Esta bien, muchas gracias" le dije a la señora. Pues la señora al llegar los dos nos fuimos a la casa de ella, nos estaba esperando; cuando le dijeron a mi esposo pues su esposa ya está esperando ahora ya no son dos, que ya estan ustedes los tres, porque ella esta esperando un niño. Y así, ella no tiene ganas de comer, y cómprele medicina para que así vaya comiendo bien y pueda nacer bien el niño. Le recomendaron mucho, mucho eso; y la misma señora me compró la medicina y me inyectó, y también me recetó la medicina que es prenatal. Y otra de las señoras me dijeron "a usted mija nosotros te vamos a contar porque usted no lo sabe", "si gracias" les dije. "Mire no te vayas sólo así en la luna y en el puro sol, a veces hay eclipses; a veces también la luna hay efecto de

la luna; y así póngase siempre gancho ó siempre llévese un puñito de sal para que no le vaya a suceder algo" me dijeron. Y yo les dije "y qué me va a suceder?". "Mire si usted no hace eso, a veces cuando uno desea comer una cosa y no tiene dinero, en veces por no poder la cosa que usted deseó de comer y por ese caso en veces traye aborto" me dijeron. "Y ese aborto, por qué?" les preguntaba y ellas me contestaban "Mire, cómo usted no sabe todavía cuando ya lo

vaya sabiendo ese hasta la muerte se le presenta a uno" me dijeron, me asustaron. Pero la maestra que me recomendó el pericón me dijo "no te vayas a asustar, porque eso no trae nada, que si sólo me estaba contemplando para que yo no me asustara; y era un bien que me hicieron ellas; que me recomendaron también medicinas y mi niño si nació normal normal."

13. ¿QUE ATENCION SE LE DA A UNA EMBARAZADA CUANDO NO RESULTA BIEN EL EMBARAZO O QUE VIENE ANORMAL EL NIÑO?

"Pues, mas que en ese caso si la comadrona no puede en eso; la comadrona es ese cuando ya se dio el caso allí también que también es ese caso cuando se incomodan las comadronas. Es en ese caso cuando acude a un médico o las manda para el Hospital."

14. ¿POR QUE SE MANDA A UNA MUJER AL HOSPITAL?

"Las manda al Hospital porque no consulta a tiempo y no queda otro medio para ellas."

15. ¿QUE COSAS RECOMIENDA LA COMADRONA PARA EL PARTO?

"Bueno, una comadrona mas que todo recomienda unas medicinas. Bueno en la hora del parto o antes verdad, pero mas que todo estos; pero, no bastaría con esta porque todos los requisitos o con que envolverse al niño, pues, no hay ningún consejo, o no hay ninguna recomendación de parte de los papás o de parte de ella; pues mas que todo es hasta la hora del alumbramiento ella exige bastantes cosas; y porqué esto y porque si porque no tienen con que tapanlo al niño. Pero en realidad bueno tal vez mas que los papás son los responsables de esto, pero ya en los segundo, tercero y demás partos. En el primer parto ahí si pues uno fracasa porque no sabe y tampoco, bueno, hay papás que son irresponsables pues no se preparan y hasta la última hora pues se

somaten; pero en realidad deberían que las parteras o las comadronas que digamos eh, que recomendaran ciertas cosas para el uso que se necesitan en ese momento. Porque muchas veces estas señoras son muy enojadas y bueno tal vez por un caso tienen la razón y por otro no porque eso mas que todo sólo ragañan y nada predicen. Entonces es una de las cosas pues y además que después del parto ellas pues se dan el compromiso o la tarea hasta que estos resulten bien y después de esto se les den 1-2-3 lavadas a la madre y al

niño para que no resulte otras cosas o no resulte ninguna hinchazón a la madre; porque a veces la madre se enfría y así resulta con hinchazón a los pocos días de haberse aliviado y por eso la comadrona mas tiene que salirse de sus necesidades hasta dejarlas bien aliviada o bien normal."

"Otra de las cosas que no mencioné bastante el primeros momentos de ser aliviada la mujer entonces la comadrona lo tiene que ve al niño así tocando la palma de los pies y así para que el niño grite y resulte que esté normal y cuando este grite el niño pues ya es cosa bastante normal y entonces mas que al niño se le de una lavada, un bañito y se le envuelve en una manta para que se le pese a cuántas libras pesa; y a veces lleva hasta 6-7-8 a lo mejor hasta los 12 libras y es tremendo si es así."

"Bueno y la madre pues a ella se le de las cosas que se le puede comer verdad, tomar también para que ella pues se recupere de su salud o de lo que se agotó en eso (el parto)."

## ENTREVISTA INFORMAL CON CARMEN

Ahora presentaremos la transcripción de una de las entrevistas informales que se llevaron a cabo.

"... pero no se baña un poco en temascal. Por eso necesita el temascal también porque no necesita el temascal por esa mala enfermedad; necesita el temascal cuando no viene normal el niño; porque las comadronas, porque más que las comadronas no recomiendan médicos."

Y POR QUE NO: "es que porque ellas, ellas no reciben clases, ellas ya tienen destino. Así como me han dicho ahora, no sé cómo va ser entre más años porque me dijeron que "usted va a tener un trabajo de su futuro, por eso te está sucediendo mucho de esas clases de enfermedades", porque su abuelita de mi papá es comadrona dicen, por eso ahora cuando nació Tonito la placenta ya era chiquita y el corto del cordón se le dejaban 4 dedos y ya no se le podían dejar porque ya no había para donde. Entonces, Tomas le preguntó a la comadrona que por que es eso, por qué fue eso, por que Tomas no estaba cuando nació Tonito, "porque ella ya no tenía nada más que tiene uno todavía, pero ya sólo es aborto" dijo ella. "Si ella va a pensar que ella ya va a sentir otra vez embarazada, pero no es embarazo no que es un aborto" dice. "Va a llegar a dos o tres meses" dice. Así le dijeron a Tomas, porque ella trae trabajo, así le dijeron. Y por qué le dicen eso, - porque tiene menos niños y sólo con esa los niños vienen dice.

Y TODOS SUS NIÑOS NACIERON ASI CON SENA, O SOLO TONITO? "No, más que nació es desde el primero; viene así bien cubrido así con velo le dicen ellas, bien cubrido venía, así como una tela, pero una bolsóna bien grande, como era grande el niño nació así. Porque su mamá tiene un trabajo en su futuro dijo la comadrona. Con Juan recibí otra comadrona porque se murió la comadrona que había recibido. Entonces me atendió otra comadrona; pasó otra vez con Juan, es que ella tiene trabajo, no trae suficientes niños, tal vez ella va a tener unos dos tal vez, pero ella para más no, dijo. Con Tonito porque vivía lejos la señora yo dije pero si me va dar labor del parto y si es de noche y como voy hacer y si ahí está Doña Goya mejor a ella la voy a llamar. Pasé con otra comadrona con Tonito y también pasó con Tonito; pero con Juan como que si traía una cosa de él como que se fuera candela bien agarradito así

venía. Es que ella tiene trabajo en su futuro dice. Y porque es eso y entonces hasta con Tonito me preguntó la comadrona "Bueno usted no tiene enfermedad" me decía, "qué enfermedad voy a tener" le dije. -"Bueno así cosas". -"Ah, yo siempre, pero si así me pasa, si no tengo dolor de cabeza, que dolor de cuerpo, siempre con dolor, nunca estoy buena y así son dice. Y cuando me duele pero di una vez hasta digo que me'maten. Pero ni siquiera aunque entra alguien no siento, yo no siento". Y dicen que cuando uno es así porque le dan libertad a que se duerme dicen cuando le llegue el día que agarre de su trabajo dicen se le va el sueño y se le va la enfermedad, tranquila la vida dicen."

Y ENTONCES QUE TRABAJO ES EL QUE TIENE, DE COMADRONA TAMBIEN?

"Si dicen, porque ya me vieron las señas, esa es (muestra una especie de cruz a la altura de la muñeca del brazo derecho) porque esa no se ve de cortada. La señal de la cruz dicen, la seña de la comadrona. Y también de la mano, mire (se señala en la palma de la mano otra cruz). Yo traigo otra señal de la mera mano, mire. Y de usted (le dice a la investigadora) usted trae transparente mire, en la mano derecha también. Eso me han dicho a mí y saber, y no me da miedo cuando nace un niño, lo recibo y hasta me dicide de que se saber y ya lo sé."

"La señora para ella no era nada el temascal. Hablaba casi del temascal y decía es droga y sólo así me compongo decía ella. Sólo con brasa se bañaba día a día y mas pero se uso, con agua caliente. Y dice que se llevaba un poco de brasa así en el baño y que se sentía un poco caliente adentro; entonces en lugar de hacer eso mejor hubiera hechado un poco de su fuego de una vez encendido, tal vez sería más mejor. Y que sí como ya hizo un poco como la raza de nosotros; y es que la raza de nosotros se llegan, hasta ya estan esperando a los seis meses se llegan la primera visita a la comagrora."

## FICHA DE POBLACION

La siguiente ficha básica fue utilizada para obtener los datos tanto de Chimaltenango como de Comalapa. Se adjunta la ficha llena de Chimaltenango; los datos de Comalapa ya han sido adecuados dentro de la tesis.

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

ALDEA: \_\_\_\_\_

1. Geografía Física

- 1.1 Localización:
- 1.2 Límites:
- 1.3 Extensión:
- 1.4 Vías de Comunicación:
- 1.5 Clima:
- 1.6 Topografía:
- 1.7 Hidrografía:
- 1.8 Flora y Fauna:
- 1.9 División Política:

2. DEMOGRAFIA

- 2.1 Población Total:
- 2.2 Población Urbana \_\_\_\_\_ Rural \_\_\_\_\_
- 2.3 Población Indígena \_\_\_\_\_ No Indig. \_\_\_\_\_
- 2.4 Población Docente \_\_\_\_\_ Escolar \_\_\_\_\_

3. ECONOMIA

- 3.1 Agropecuaria
  - 3.1.1 Principales cultivos:
  - 3.1.2 Técnicas de producción:
  - 3.1.3 Asistencia crediticia:
  - 3.1.4 Animales:

3.2 Comercio

3.2.1 Tipos de comercio:

3.2.2 Productos que se comercian:

3.2.3 Lugares con los que se comercia:

3.3 Industria

3.3.1 Producción artesanal:

3.3.2 Producción textil:

3.3.3 Industria manufacturera:

3.3.4 Obtención de materias primas:

3.3.5 Mercadeo:

4. ORGANIZACION SOCIAL (forma de organización)

4.1 Cooperativas:

4.2 Gremios:

4.3 Asociaciones:

4.4 Comités:

5. MEDIOS DE COMUNICACION

5.1 Correos y Telégrafos:

5.2 Radio, prensa, teléfono:

5.3 Otros:

6. OBSERVACIONES:

## FICHA DE POBLACION: CHIMALTENANGO

A continuación presentamos los datos recabados para llenar la ficha de Chimaltenango.

DEPARTAMENTO: CHIMALTENANGO

MUNICIPIO: CHIMALTENANGO

## A. GEOGRAFIA FISICA:

1. Localización: A 1,800.17 m SNM  
 Latitud 14o 39' 20"  
 Longitud 90o 49' 20"

"La distancia de la cabecera departamental de Chimaltenango a la ciudad capital es de 54 Kms. de carretera asfaltada."/1

## 2. Límites:

Limita al norte con los departamentos de Quiché y Baja Verapaz; al este con Guatemala y Sacatepequez; al oeste con Sololá; al sur con Escuintla y Suchitepequez./2

3. Extensión: Aproximada 1379 kilómetros cuadrados./3

## 4. Vías de Comunicación:

La cabecera departamental cuenta con transporte extraurbano y además por su ubicación se estacionan por espacio de 15 minutos todas las camionetas que van hacia Occidente.

## 5. Clima:

El departamento de Chimaltenango registra altura máxima de 7,495 pies ingleses sobre el nivel del mar y mínima de 2,800 metros que hace variar su clima en algunas zonas. Generalmente el clima es frío, con sus variantes de acuerdo a los meses del año./4

## 6. Topografía:

La cabecera la rodean pequeñas colinas y profundos barrancos, ocupando gran parte de las llanuras del renombrado Valle Tianguesillo o mercado de los indios./5

## 7. Hidrografía:

Los principales ríos que riegan Chimaltenango son el Coyolate, el Madre Vieja, el Pixcayá, el Río Grande o Motagua./6

## 8. Flora y Fauna:

Ganado: Vacuno, lanar, caballar y de cerda. Maderas preciosas, plantas medicinales, tintoreas, textiles y frutas apetitosas./7

## 9. División Política:

Distancias de la cabecera departamental a sus municipios son:

Acatenango	30 Kms.
Comalapa	24 "
El Tejar	5 "
Parramos	10 "
Patzicía	15 "
Patzún	28 "
Pochuta	77 "
San Andrés Itzapa	5 "
San José Poaquil	47 "
San Martín Jilotepeque	21 "
Yepocapa	56 "
Santa Apolonia	38 "
Santa Cruz Balanyá	23 "
Teopán Guatemala	34 "
Zaragoza	9 " .78

## B. DEMOGRAFIA:

1. Población Total:	230,059
2. Población Urbana:	85,877
3. Población Rural:	144,182

4.	Población Indígena:	183,718
5.	Población No Indígena:	46,283
6.	Escolaridad:	
		Hombres
	Alfabeto:	89,846
	Analfabeto:	82,412
	Alfabetismo	
	Ignorado	1.130
		496 /9

### C. ECONOMIA:

#### 1. Principales Cultivos:

La economía de los habitantes de los municipios de estudio se asienta principalmente en la agricultura y en menor escala en el comercio y pequeña industria. Los principales cultivos agrícolas son: maíz, trigo, café, frijol, luego están la papa, el repollo, chile guaque, habas, arvejas y frutales./10

#### 2. Técnicas de Producción:

Generalmente la agricultura es practicada en pequeñas extensiones de tierra con la ayuda del grupo familiar, en la mayoría son cultivos de autoconsumo, utilizando tecnología atrasada rudimentaria, como machete, azadón, macana, etc./11

#### 3. Industria:

En cuanto a las pequeñas industrias las hay en el área de estudio, se encuentran instalados telares primitivos para la elaboración de hilados y telas típicas, elaboración de artículos jarcia, patates, sopladores, tejidos de hilo y lana, elaboración de teja y ladrillo de barro, pequeñas fábricas de café molido, de jabón ordinario y de velas de cera y de cebo./12

### D. ORGANIZACION SOCIAL:

El 81% de las personas que se entrevistó manifestó la existencia de diferentes comités, estas organizaciones funcionan de acuerdo al objetivo que persiguen alcanzar, y entre las mismas se encuentran organizaciones

temporales, porque se constituyen para resolver problemas determinados y cuando éstos se solucionan tienden a desaparecer, por ejemplo: los comités pro-letrización, pro-construcción escuela. Además existen comités permanentes como los de mejoramiento comunal y los de salud, el período de trabajo de las Juntas Directivas es de uno a dos años, la función primordial de los primeros es velar por el mejoramiento de la comunidad en general, los segundos se concretan más a participar en actividades de salud como: promocionar las campañas de letrización, vacunación, desparasitación, etc., que los Centros de Salud organizan. /13

El 50% de entrevistados informó de la existencia de los gremios, estas asociaciones las forman principalmente los maestros, asociándose para tratar asuntos que competen a la superación de quienes laboran en el ramo educativo. También forman parte los trigueros, organizados en la mayoría de los casos bajo la Dirección de Gremial de Trigueros de Quezaltenango; sus socios reciben principalmente orientación técnica para el mejor rendimiento en sus cultivos de trigo. /14

---

#### Referencias

1. DICCIONARIO GEOGRAFICO DE GUATEMALA. TOMO I GUATEMALA C.A. 1,961 p. 150
2. Op. cit. p. 150
3. Op. cit. p. 150
4. Recinos Alfaro, Elba Dianet. Tesis: CONTRIBUCION DEL TRABAJO SOCIAL EN EL PROGRAMA DE SALUD Y COMUNIDAD DE CHIMALTENANGO. Quezaltenango, noviembre de 1976. USAC CUNOC Pág. 2
5. DICCIONARIO GEOGRAFICO DE GUATEMALA 1,961. p. 150
6. Op. cit. p. 150
7. Op. cit. p. 150
8. Prado Ponce, Eduardo. Comunidades de Guatemala: Recopilación Guatemala, C.A., 1984. p. 76
9. Dirección General de Estadística IV Censo Nacional de Habitación y IX de Población, marzo de 1981.
10. Tesis Citada. p. 7
11. Tesis Citada. p. 7
12. Tesis Citada. p. 8
13. Tesis Citada. pp. 10, 11
14. Tesis Citada. pp. 11, 13

