

# Los segmentos del cuerpo y sus padecimientos: un análisis preliminar de los procesos salud/enfermedad ligados al VPH y CaCu entre las parteras y promotores de salud de Chiapas<sup>1</sup>

Mónica Luna Blanco

Georgina Sánchez Ramírez

El Colegio de la Frontera Sur-Unidad San Cristóbal de las Casas

**RESUMEN:** *Con la finalidad de ampliar algunos puntos de la investigación en torno a la prevención y el conocimiento de la infección de virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer cervical (CaCu), en el 2012 se realizó un taller con 17 parteras y tres promotores de salud de nueve municipios del estado de Chiapas. Se consideró el “cuerpo vivido” como punto de vista metodológico, no como un objeto de estudio en sí. Tanto parteras como promotores de salud reconocen el virus del papiloma humano desde el concepto biomédico y como enfermedad de transmisión sexual, sin embargo, el impacto que éste puede tener en la salud de las mujeres no lo tienen dimensionado dentro de sus prácticas cotidianas, lo cual reta una vez más a los sistemas de salud pública para que vayan más allá de la transmisión de conceptos biomédicos en sectores de atención directa de la salud comunitaria, como son las parteras y las y los promotores de salud.*

**PALABRAS CLAVE:** *parteras, corporización, virus del papiloma humano, cáncer cervicouterino, Chiapas.*

**ABSTRACT:** *In order to expand some points of the research on the prevention and awareness of the human papillomavirus infection and cervical cancer in March 2012; a workshop was held with 17 midwives and 3 community health workers in the area of Chiapas. It was considered the “lived body” as a methodological viewpoint, not as an object of study by itself. Both midwives and community health workers recognize the human papillomavirus (HPV) from its biomedical concept and as a sexually transmitted disease. However, they do not have measured in their daily activities the impact that the HPV may have in women’s health. Therefore, this is the challenge for the*

---

<sup>1</sup> Se agradece a la doctora Austreberta Nazar por su revisión y aportes a este documento.

*public health systems, to go beyond the transmission of biomedical concepts to the people involved in the health care at their communities, such as midwives and community health workers.*

**KEYWORDS:** *midwives, embodiment, human papillomavirus (HPV), cervical cancer, Chiapas.*

## INTRODUCCIÓN

El enfoque teórico a partir del cual se desarrolla este trabajo es el de la antropología médica, ya que ésta permite trabajar el “cuerpo vivido” como una perspectiva metodológica y no como un objeto de estudio en sí [Csordas, 2010]. Para aterrizar esta perspectiva fue necesario conocer la visión del proceso salud/enfermedad/atención a través de las imágenes corporales que parteras y promotores —con quienes trabajamos— elaboraron y explicaron, lo cual nos permitió acercarnos al padecimiento de la infección de VPH y CaCu a través de los conceptos, recursos y prácticas que manejan en torno a la salud sexual y reproductiva, así como su relación con el sistema médico oficial.

## PLANTEAMIENTO TEÓRICO-METODOLÓGICO

### ANTROPOLOGÍA MÉDICA

El enfoque teórico-metodológico de la antropología médica nos permite distinguir entre el estudio de la enfermedad desde el punto de vista biológico y la enfermedad analizada dentro de un sistema cultural específico. Las enfermedades son las entidades nosológicas denominadas tradicionalmente por la clínica. Los signos y síntomas de la enfermedad son clasificados en categorías taxonómicas, en las cuales hay una continuidad entre el agente causal, la lesión anatomopatológica y las manifestaciones clínicas.

Los conocimientos médicos de las culturas están organizados en sistemas de acuerdo con sus cosmovisiones, y a partir de ahí es que surgen definiciones de salud y enfermedad. Su estructura es identificable y más o menos generalizadora en los aspectos de tecnologías, actores sociales —entre los que reconocemos en este caso de estudio a las parteras y promotores de salud—, representaciones y prácticas sociales.

*Padecer* corresponde a la manera en que cada persona sufre las alteraciones de su salud, de acuerdo con su individualidad biológica, psicológica y sociocultural. Es una experiencia personal y subjetiva de un conjunto de molestias, inquietudes, dolores, sufrimientos, limitaciones, temores, inca-

pacidades y dudas por las cuales una persona consulta al personal médico [Huicochea, 2009].

Cada cultura cuenta con sus medicamentos y procedimientos, *healers* o curadores/especialistas, así como con sentidos y significados en concordancia, que dan sentido al sistema en sí y que además proveen al individuo de un marco de acción en pro de la sanción o aceptación de la enfermedad y eventos trágicos como la muerte.<sup>2</sup> Nos apoyamos en Menéndez, quien define como modelo médico aquellas construcciones que, a partir de determinados rasgos estructurales, suponen la construcción de los mismos, no sólo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de quienes curan, incluidos los médicos y médicas, sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento [Menéndez, 1983].

Los modelos de atención se centran en las representaciones y las prácticas que las personas y los grupos sociales utilizan para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud sin la intervención directa de un curador o curadora profesional [Menéndez, 2003].

La aproximación conceptual desde los modelos de atención reconoce que contraer una enfermedad infecciosa depende de la interacción entre lo biológico y lo socioeconómico, así como del hecho de que *padecer* la enfermedad tiene una base mucho más cultural. En el caso del cáncer cervical, se da una interacción entre la biología y las influencias sociales y culturales que exacerban la vulnerabilidad de enfermar entre la población.<sup>3</sup>

Así, aunque la prevención del CaCu sea una certeza biomédica (esto considerando que el tamizaje oportuno identifica lesiones precursoras de cáncer susceptibles de ser curadas), no es totalmente prevenible en la medida en que implica conformidad y adherencia de las personas a las deci-

<sup>2</sup> Dos de los marcos teóricos más importantes sobre los sistemas médicos y sus modelos de atención son los propuestos por Arthur Kleinman [1980] y Eduardo Menéndez [1983].

<sup>3</sup> La Secretaría de Salud, a través de la Norma oficial mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la Prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero en la atención primaria, indica que deben considerarse como factores de riesgo para el cáncer del cuello del útero las siguientes características en la población femenina: ser mayores de 25 años, inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 19 años), promiscuidad [*sic*] de la pareja, multiparidad (más de cuatro partos), embarazo temprano (antes de los 18 años), infección cervical por virus del papiloma humano, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, tabaquismo, factores nutricionales como la deficiencia de folatos y vitaminas A, C y E, y nunca haberse practicado un estudio citológico.

siones biomédicas —tanto de prevención como de atención— que se deben tomar. Esto apunta a una posible explicación de por qué se da la presencia diferenciada al considerar los determinantes sociales de la salud, para el caso del CaCu, en ambientes rurales, indígenas, marginales y urbanos. Esta situación nos remite a las diferencias culturales entre los grupos de población que implican modos de entender la salud, la enfermedad y su atención, en muchos casos con visiones alternas a la lógica de la biomedicina, respaldados en concepciones y sistemas culturales específicos sobre el origen de la enfermedad.

Para explicar las dinámicas culturales de la infección del VPH, y su correlación en el desarrollo del CaCu como enfermedad, nos apoyamos en la antropología médica, lugar desde donde se ha establecido que la salud/enfermedad de una persona no tiene una relación unívoca con las alteraciones biológicas, químicas o por agentes patógenos, ya que en ambas también influyen los factores culturales que la rodean.

#### SOBRE EL CUERPO

En los años treinta, con Mauss [1934] y su trabajo sobre las técnicas del cuerpo, comenzaron los estudios sobre el cuerpo como un objeto que es *moldeado* por la cultura. Es en las décadas de los setenta y ochenta cuando se fijó la atención en el cuerpo y se integró su análisis a los estudios antropológicos. Esta corriente se nutre de estudios culturales interdisciplinarios que problematizan el positivismo científico hegemónico que se ha instaurado sobre el cuerpo, el cual es visto y entendido como un objeto que pertenece al ámbito natural, separado de la razón o del alma. Se ha buscado su dominio y control, clasificando, justificando e incluso condenando algunos de sus impulsos y manifestaciones. Desde esta visión el cuerpo se integra a esa lista de dualismos: naturaleza/cultura, cuerpo/mente, pasión/razón, femenino/masculino; lo que ha traído como resultado, al menos en el ámbito de la salud, un enfoque cartesiano y mecánico del cuerpo, desconociendo o relegando otras posibilidades de integralidad de la persona consigo misma, con su cuerpo, con sus emociones, sensaciones y con los modos alternativos de vincularse con el mundo, incluyendo los procesos de salud y sanación. Desde esta perspectiva surgieron estudios en las ciencias sociales que se preocuparon por develar las diversas manifestaciones de los cuerpos en la vida sociocultural, de lo cual dan cuenta los estudios antropológicos del cuerpo y la corporización (*embodiment*).

Diversos autores —sociólogos y antropólogos—, como Foucault [1980 y 1986], Mary Douglas [1973], Leenhardt [1997], Schepher-Hughes y Margaret Locke [1987], Merleau-Ponty [quien escribió en los años 1962-1964 una obra inconclusa, que, más tarde, en 1970, incluyó en otra obra] Viveiros de Castro [2000] e Ingold [2000], entre otros, han analizado y demostrado las diversas representaciones que históricamente y en diversos lugares se han conformado en torno al cuerpo, o mejor dicho, a los cuerpos, evidenciando que no responden a un patrón biológico único, y que cada grupo cultural genera sus representaciones, significaciones y valoraciones de acuerdo con los sistemas de pensamiento y organización sociocultural en las cuales se construyen gestos, emociones, expresiones y modos de percepción sensorial.

También existen donde se elaboran técnicas de movimiento corporal, de sanación, de modificación y acción; o cuando se ejerce poder —el biopoder que señala Foucault— sobre los propios cuerpos y sobre los de los demás individuos. Surgen igualmente a partir de las diferencias sexuales y de las escalas en la organización social, política y económica que repercuten en las vidas de las personas.

En los estudios de antropología sobre el cuerpo, éste ha sido abordado desde dos perspectivas generales: por una parte, el cuerpo entendido como una entidad biológica material sobre la cual opera la cultura, como un objeto de estudio específico, con un análisis que continúa reforzando la visión dualista naturaleza (cuerpo)/cultura (mente); y, por otra parte, desde la fenomenología, que propone la categoría de *embodiment* (corporización), en el que el cuerpo es entendido como un sustrato existencial de la cultura, como un sujeto que es “necesario para ser”. La fenomenología del cuerpo reconoce el *embodiment* (corporización) como la condición existencial en la que se asientan la cultura y la persona, como ser-en-el-mundo. De tal forma que esta perspectiva considera al cuerpo como un campo metodológico indeterminado, definido por experiencias perceptuales y por el modo de presencia y compromiso con el mundo [Csordas, 2010: 83-84].

¿Por qué tomar esta perspectiva para el análisis de las imágenes corporales que elaboraron las parteras y los promotores de salud? ¿Qué aportes novedosos al problema de investigación pueden ser resueltos desde este campo metodológico? ¿Cuáles son los elementos culturales perceptibles sobre la sexualidad en esas figuras y qué tipo de experiencias de la salud/enfermedad se concretan en ellas?

Partimos de reconocer que los espacios en los que se asientan la salud, la enfermedad y los padecimientos son los cuerpos físicos, emocionales y espirituales de las personas. Para Csordas el *embodiment* es un campo me-

todológico definido por la experiencia perceptual —un ser en el mundo—, esto es, como un proceso que toma significado en el cuerpo [Csordas, 1994: 20]. Esta perspectiva reconoce a los cuerpos que nacen históricamente constituidos y comunitariamente ligados a otros. De tal forma que el cuerpo no puede ser estudiado como un objeto de la cultura, sino que es un sujeto de la misma, es decir, la raíz existencial de la misma [1994: 6].

Aguilar lo expone de la siguiente manera: “corporeizarse es una forma de conocimiento que surge de la experiencia, la cual siempre es intersubjetiva, construida en relación con otros y secundada por el lenguaje en un proceso societal” [Aguilar, 2009: 10].

Metodológica y teóricamente, reconocemos entonces que no hay cuerpos pasivos, ni los de las parteras y promotores o promotoras, ni tampoco los cuerpos que son objeto de su práctica médica, incluso aquellos cuerpos que representan en forma esquemática y que nos muestran señales, síntomas, comportamientos y sensaciones, todos ellos acordes a una realidad que es socialmente establecida.

Otro elemento metodológico que nos permite el *embodiment* es reconocer las capacidades de agencia que tienen las personas sobre sus cuerpos y los procesos que en ellos se manifiestan. En el caso de las parteras y promotores de salud, al dibujar esos esquemas corporales se hacen visibles procesos subjetivos que están actuando sobre la salud-enfermedad, y que al visibilizarlos se logra lo que Mora plantea como un proceso de objetivación conceptual:

[...] al entender el *embodiment* como la conjunción de la mente y el cuerpo podemos reconocer que las prácticas corporeizadas —*embodied*— se llevan a cabo por agentes que pueden producir una objetivación conceptual sobre esas prácticas [...] el *embodiment* siempre deja abierta la posibilidad para la autorreflexión y para comprender las implicaciones de las posibilidades de agencia (capacidad de acción) [...] [Mora, 2009: 20].

#### PARTERAS Y PROMOTORES DE SALUD

En Chiapas una de las figuras que se encarga en mayor medida de atender y mejorar la salud de las mujeres sigue siendo la de las parteras y las promotoras; otra es la de los promotores de salud comunitaria. Su trabajo abarca el cuidado oportuno y apropiado de los procesos reproductivos, y también la atención de las mujeres durante todo su ciclo vital [Moreno, Sánchez y Pérez, 2011].

Se considera que las parteras son especialistas en la medicina tradicional y que cumplen la función primordial a las mujeres durante el embarazo y el parto, así como a la mujer y a la criatura recién nacida durante el puerperio. Se ha establecido una distinción entre parteras empíricas (sin estudios formales) y las parteras capacitadas (quienes poseen el doble conocimiento: el tradicional y el médico-académico).

En la bibliografía revisada sobre la partería se enfatiza su rol preponderante en las etapas reproductivas de las mujeres. No obstante, los conocimientos y prácticas de las parteras han sido objeto del control de los médicos varones hasta el punto de que se ha buscado restar importancia al papel que ellas desempeñan alentándolas a atender sólo los partos sin complicaciones y dejar los complicados en manos de los médicos profesionales [véase Turner, 1995 y Carrillo, 1999].

Debido al papel que las parteras desempeñan en las comunidades, al acceso que tienen a las mujeres embarazadas y a que son ellas quienes pueden identificar tanto los posibles riesgos prenatales como las complicaciones en el parto y puerperio [Romero *et al.*, 1993; Hincapié y Valencia, 2000; Freyermuth y Argüello, 2010], se han realizado numerosos esfuerzos para incorporarlas a los programas del sistema de salud oficial como agentes primordiales a considerar en la disminución de la mortalidad materna.

Sin embargo, su rol terapéutico no sólo se circunscribe a la etapa del embarazo y puerperio. Como poseedoras de los conocimientos de salud y enfermedad de sus comunidades, son buscadas también para atender otros padecimientos vinculados a la salud sexual, así como otros problemas de salud de los demás integrantes de la familia. En muchas comunidades esta actividad les otorga un estatus específico, desde donde pueden, en ocasiones, incidir en las relaciones sociales comunitarias.

En su estudio sobre las parteras en la zona otomí del estado de Querétaro, Romero [2012] identifica a las parteras de esa zona como las encargadas de mantener el sistema de creencias y conceptos respecto de la salud/enfermedad; además, al ser ellas quienes fomentan los métodos anticonceptivos, resultan ser un elemento clave en el empoderamiento de las mujeres de sus comunidades. Otra acción que realizan estas parteras es la de la denuncia pública cuando observan que una mujer es víctima de violencia intrafamiliar.

En Chiapas muchas de las parteras tienen un amplio conocimiento sobre la reproducción humana y el manejo de técnicas de atención en el parto culturalmente significativas, así como sobre herbolaria, lo que hace que en sus pueblos y parajes tengan cierto poder; sin embargo, aún no cuentan con un reconocimiento amplio de su trabajo [Moreno, Sánchez y Pérez, 2011]. Ser mujer partera o promotora: “Significa tener un cargo comunitario, es

ser responsables de la salud de las mujeres y de luchar por mejorar la vida de éstas y las de sus hijas e hijos. También es conocer la situación de salud en nuestras comunidades” [2011: 15].

En cuanto a la función de promoción de la salud, en la entidad ésta ha sido desempeñada predominantemente por hombres, pero poco a poco se han ido integrando mujeres a pesar de que la relación entre promotores y parteras era escasa o nula. En el caso de la relación de los promotores que trabajan en los centros de salud con las parteras se puede decir que ha aumentado, aunque el proceso no ha estado exento de roces en torno a la capacitación que reciben unos y otras [2011].

En su estudio sobre el “Derecho a la salud en las comunidades indígenas del estado de Chiapas”, Amoroz [2011] señala que los promotores de salud que existen hoy en día en la región son los encargados de brindar la atención primaria de la salud en sus comunidades. En su mayoría fueron formados por instituciones como la Iglesia católica y organizaciones no gubernamentales. Rivas [1999] los define como “aquellas personas, casi siempre indígenas, las cuales han sido capacitadas en habilidades de diagnóstico, tratamiento y medidas preventivas desde la perspectiva de la medicina occidental”. El autor hace hincapié en que su existencia responde a la necesidad de contener los problemas de enfermedad comunes que pudiera presentar la población de sus comunidades para referirlos a los niveles de atención adecuados. Se espera de ellos la promoción y prevención de la salud ya que en sus comunidades los servicios de salud que debería proporcionar el estado son nulos, escasos o de baja calidad.

Chiapas tiene uno de los promedios más bajos en atención a partos por el personal médico [Nazar *et al.*, 2007], esto es atribuible, entre otras cosas, a que la infraestructura médica resulta aún ineficiente para parajes y comunidades alejadas, y a que prevalezca entre la población urbana la búsqueda de atención médica a través de la medicina tradicional. Por ejemplo, en la región frailesca del estado, quienes resuelven el mayor número de los procesos de parto son las parteras, ya que 7 de cada 10 partos ocurren en la casa de la mujer o de la partera, y sólo uno de cada 4 ocurre en una institución pública [Ochoa Díaz *et al.*, 1998]. También en las zonas rurales de la Sierra de Chiapas, donde no existen centros sanitarios especializados en la salud sexual y reproductiva, es frecuente que los partos sean atendidos por parteras, ellas suelen trabajar por cuenta propia, independientemente de las instituciones médicas [Bayona, 2011].

Cabe mencionar que el sector salud ha incorporado a cierto número de parteras para capacitarlas, pues considera que éstas pueden llegar a realizar prácticas inadecuadas en el manejo de los partos. El discurso médico



oficial impregnado de “medicina defensiva” ha traído como consecuencia que las parteras duden de sus propios conocimientos y experiencia, y que, en no pocos casos, tanto ellas como los promotores de salud reaccionen con miedo ante la atención de casos complicados. Esta situación se ha complicado por la hipervigilancia, por parte del sector salud, de las muertes maternas en la entidad.

A partir de reconocer las habilidades, los saberes y el lugar privilegiado que ocupan las parteras y promotores de salud en torno a la salud reproductiva y sexual de la población que atienden, nos abocamos a identificar, entre ese entramado de prácticas y conocimientos, aquellos que se relacionan con las infecciones de transmisión sexual —en este caso la infección por VPH y el CaCu.

#### METODOLOGÍA

Elegimos la modalidad de taller porque consideramos que éste ofrece un espacio de trabajo donde se genera el conocimiento colectivo, se intercambian ideas y se facilita la reflexión, por parte de todos los participantes, sobre la problemática analizada, de tal forma que el conocimiento se genera recíprocamente. En su desarrollo se buscó el diálogo, la participación, la cooperación y la búsqueda conjunta de soluciones o propuestas encaminadas a mejorar los problemas que ahí se identificaron.

Se realizó una carta descriptiva en la que se explica que los temas a trabajar son: la reflexión en torno a la construcción social de los géneros y su impacto diferencial en la salud de hombres y mujeres; el beneficio que da a la población la información médica sobre el VPH y la utilidad de la prueba del Papanicolaou; la recolección de los saberes de parteras y promotores y promotoras de salud en torno a las infecciones de transmisión sexual, poniendo énfasis en el virus del papiloma humano; la identificación de las situaciones de vulnerabilidad y de oportunidades para prevenir dicho padecimiento observando la accesibilidad de las y los participantes.

Los y las asistentes fueron convocados de manera personal, buscados en sus comunidades por un miembro del equipo de trabajo (personal técnico del Colegio de la Frontera Sur) y una integrante del grupo de promotoras de la Red de Parteras de la organización Marie Stopes Chiapas. Acudieron a la ciudad de Comitán, lugar que por su ubicación en la entidad se eligió para favorecer la llegada y reunión de los y las participantes, tres varones —promotores de salud— y 17 mujeres parteras. La elección de este grupo se debió a los lazos de cooperación y trabajo establecidos previamente con

la organización, ya que, además, las integrantes de la Red provenían de diversos municipios, lo cual aumentaba las posibilidades de obtener información en la entidad.

El taller de ocho horas de duración se llevó a cabo en el mes de febrero de 2012, en un salón del Museo Hermila Domínguez de Castellanos. Se construyeron y reunieron los materiales a utilizar, como modelos pélvicos, úteros de plastilina, cartulinas, hojas de colores, marcadores, tijeras y pegamento. Se desarrollaron actividades en grupos y de forma individual, y las y los participantes expusieron y explicaron sus trabajos en paleógrafos. La información se recabó, con previo consentimiento de las y los participantes, con los materiales del taller, un diario de campo y fotografías y grabaciones de audio.

Se pidió a los asistentes al taller que formaran cuatro equipos. A dos de ellos se les pidió que dibujaran el cuerpo de una mujer y a los otros dos que dibujaran el cuerpo de un hombre, y después se les animó a que escribieran sobre las figuras las enfermedades que son más frecuentes en sus comunidades.

Debido a la diversidad de los asistentes decidimos clasificarlos con base en el criterio de identificación que ellos y ellas mismas proporcionaron: parteras y promotores y promotoras de salud.

#### PARTERAS Y PROMOTORES: CUERPOS DIBUJANDO CUERPOS

Los participantes formaron un grupo heterogéneo, con edades desde los 26 hasta los 54 años. Dos de las parteras no asistieron a la escuela, en tanto que el resto tenía algún grado de primaria o carrera técnica en salud. Sus actividades cotidianas abarcan los trabajos domésticos y los trabajos de cultivo en el campo; en torno a sus prácticas de atención a la salud, algunas afirmaron ser hueseras además de parteras, y dar terapias a las personas que solicitan sus servicios. Proviene de municipios diversos del estado de Chiapas, como Villaflores, Ocozocuatla, Comitán, Frontera Comalapa, Tila, Trinitaria, Nuevo Huixtán, Las Margaritas y de una comunidad fronteriza guatemalteca. Habitan en lugares rurales y urbanos, son mestizas e indígenas.

Sobre el examen del Papanicolaou explicaron que éste sirve para detectar enfermedades que tiene la mujer, entre ellas el cáncer en la matriz, las infecciones de transmisión sexual, los cambios en el útero y las infecciones vaginales (según sus diferentes clases o tipos). Sólo dos de ellas saben realizar la citología, y sólo una de ellas, quien es técnica en salud y trabaja en

una clínica de salud en Frontera Comalapa, sabe interpretar los resultados del estudio.

Participaron de manera entusiasta y, en ocasiones, cuando se abordó el tema de la sexualidad, pidieron que se cerrara la puerta que daba al pasillo, ya que enfrente estaba el escritorio del vigilante del museo y no querían que éste escuchara sus opiniones y experiencias. Al abordar los temas de sexualidad y dibujar las figuras de cuerpos femeninos y masculinos, no faltaron las bromas, risas y comentarios pícaros entre los integrantes de los equipos.

Se les preguntó si saben o conocen lo que es el vph, a lo que unos respondieron que sí y otros que no, sólo un participante dijo que eran “infecciones”. Asimismo, se les preguntó si sabían cómo prevenir una infección de vph. Las respuestas fueron diversas, algunos dijeron que teniendo relaciones (sexuales) con una sola pareja, usar preservativo (masculino), hacerse “estudios” y escuchar pláticas de prevención.

¿Por qué su discurso en torno a la infección por el vph y el cáncer cervicouterino resulta tan escueto? Si nos adentrarnos en la conformación del cuerpo masculino y femenino tendremos más elementos para comprender el sistema salud/enfermedad que comparten las parteras y los promotores de salud de esta región de Chiapas.

En cuanto a los dibujos de los cuerpos que realizaron los asistentes observamos que tres mostraban cuerpos desnudos y uno un cuerpo masculino semidesnudo (vestido sólo con una camisa); otro mostraba un cuerpo de mujer sin identificación sexual (no se dibujaron genitales ni senos), y otro más un cuerpo femenino en el que sí se dibujaron senos, pezones y vulva. En las representaciones de los cuerpos masculinos el área genital está representada de manera clara, uno de los cuerpos muestra incluso órganos internos, como pulmones e intestinos. En las imágenes también resaltan otros elementos, como el dibujo de un reloj en la mano de un cuerpo masculino, el tipo de cabello y los colores usados, como el rojo para las uñas en un cuerpo masculino. Sólo uno de los dibujos muestra un rostro de manera detallada, tres de las imágenes tienen ombligo y sólo una imagen tiene los pies completos.

Cuando se les pidió que presentaran la información contenida en sus dibujos, los asistentes señalaron:

Éste es el dibujo de una mujer y dice: me duele el brazo por lavar mucha ropa, porque muchas veces nos quejamos que nos duele el brazo... y aquí dice, nos duelen las piernas porque estamos trabajando mucho tiempo en la cocina, nos cansamos de estar pa'[sic] arriba y pa'[sic] abajo todo el día... me duele

la cabeza por pensar mucho o cuando me enojo, muchas veces nos sentimos muy estresadas, nos sentimos tristes, cuando hay problemas con los papás o con los hijos, o con los papás, muchas razones... acá dice: me duele mi vientre cuando estoy en mis días de mi menstruación, también, muchas mujeres, no en todas, pero en algunas, se enojan mucho, otras tienen mucho dolor y esto es lo que ocasiona. Acá dice: estoy cansada por tener muchos hijos muy seguidos, muchas mujeres, cuando a cada año vamos teniendo hijos, ya nos vemos muy viejita, pero nuestra edad es una edad joven, pero por tener muchos hijos muy seguidos ya nos vemos toda agotada, toda cansada, ya no hay ganas de... de nada, hasta el esposo nos desprecia [grupo 1, dibujo femenino, febrero de 2012].

Se enferman los hombres por el alcohol, por el vicio, se enferman los hombres también por ser mujeriegos pue [*sic*] sí, es vicio ese también... se enferman por trabajar pesado, por levantar cosas pesadas se enferman los hombres, porque el hombre del campo es muy diferente sus enfermedades con los del pueblo, ellos son otro su trabajo, el hombre que trabaja en el campo no se estima, trabaja mucho pesado, por eso hay más enfermedad... acá pusimos lo más se enferma los hombres, dolor de columna por tanto cargar, también de cabeza por preocupaciones, y de infecciones por vías urinarias. Nos enfermamos también por transmisión sexual, las enfermedades venéreas, que son gonorrea, sífilis, papiloma humano, sífilis, cresta de gallo. Enferman también por cirrosis por consumir alcohol (grupo 2, dibujo masculino, febrero de 2012).

En el cuadro siguiente podemos observar las partes del cuerpo que se mencionaron en los cuatro equipos, con sus enfermedades y padecimientos.

## DISCUSIÓN

Las representaciones corporales que se obtuvieron con esta actividad nos muestran que no estamos ante cuerpos inertes, ni pasivos ni estáticos, ¿se puede hablar entonces de cuerpos segmentados?

Parteras y promotores de salud poseen una visión fragmentada del cuerpo, el cuerpo tiene segmentos internos y externos que enferman de acuerdo con la función sociocultural que realizan o que les está permitido o se fomenta llevar a cabo. Los síntomas, signos y causas de las enfermedades también se manifiestan mezclados. Por ejemplo, los varones tienen más dolor en cintura y brazos por las actividades de trabajo en el campo y que se considera “más pesado” que el trabajo de las mujeres; sin embargo, las mujeres tienen padecimientos por los roles establecidos para ellas,

## Cuadro 1

### Partes del cuerpo con sus padecimientos y enfermedades

Parte del cuerpo	Mujeres	Hombres
Cabeza	"nos da" dolor por los hijos, por lo económico, por pensar mucho, por enojo.	Dolor por preocupación del trabajo/estrés.
Brazos	Me duele por lavar mucha ropa.	Diabetes/hipertensión.
Manos		Heridas punzocortantes.
Pulmones		Tabaquismo.
Senos	Dolor, bolitas en el pecho, dolor por la caída de la menstruación.	
Estómago	Nervios, preocupaciones, estrés y depresión. Infección intestinal.	Alcoholismo, gastritis, colitis, cirrosis.
Intestinos		Parásitos.
Cintura		Dolor.
Genitales externos	Vagina, infecciones de transmisión sexual, por eso del VPH.	"Se enferman también" próstata VPH, ITS.  "Se enferman porque son viciosos por las mujeres".
Genitales internos	Ovarios: dolor por inflamación, por nuestra menstruación.  Matriz: las mujeres nos enfermamos de la matriz por alzar ( <i>sic</i> ) cosas pesadas, por un parto mal atendido.  Vientre: me duele por la menstruación, por tener muchos hijos muy seguido.	
Rodillas		Ácido úrico.
Articulaciones	[Y piernas] por exceso de trabajo, trabajo todo el día en la cocina. Se hinchan en cada embarazo, hay várices y mucho cansancio.	Dolor.
Columna		"Nos enfermamos por exceso de trabajo, dolor por tanto cargar".
Huesos		Dolor.
Vías urinarias		Infección.

Fuente: elaboración propia a partir de los esquemas corporales realizados en el taller, febrero de 2012.

como la maternidad y el cuidado de la casa, además del cuidado de los huertos de traspatio y la cría de animales para el autoconsumo.

Las enfermedades “pertenecen” al segmento corporal que lo manifiesta, más allá de que esa manifestación concuerde con una explicación biomédica. Señalan la enfermedad de la presión y diabetes en los brazos de los cuerpos masculinos que dibujaron, ya que es ahí donde se toma la presión. No está relacionada con cuestiones metabólicas o con consumo alimenticio.

Los padecimientos expresados en los dibujos tanto de cuerpos femeninos como masculinos reflejan estructuras de género, donde el lenguaje con el que los asistentes se describen es más explicativo cuando se trata de cuerpos femeninos, en cuyo caso incluyen frases de reconocimiento: “me duele”, “a nosotras las mujeres”; no así cuando se trata de cuerpos masculinos, donde enfermedades y padecimientos son descritos de forma más concreta; sólo un comentario atañe a un elemento cultural de permisión/control sobre la sexualidad masculina: “enferman [ellos] porque son viciosos con las mujeres”.

Estas representaciones nos aportan una visión general compartida sobre la etiología de la enfermedad, la cual se conjuga con tres cuestiones: biológico reproductivas —en el caso de las mujeres—; de índole emocional —para ambos sexos el estrés, las preocupaciones por lo económico y la familia—; y la social, de acuerdo con los trabajos y actividades que desempeñan conforme a sus roles de género. Aquí, además, se conjuga la dimensión socioeconómica, que lamentablemente conlleva una normalización de la presencia de enfermedades en los cuerpos masculinos y femeninos. En su trabajo en la Sierra de Chiapas, Bayona explica que las condiciones socioeconómicas adversas entre la población propician que:

[...] la socialización a través de la enfermedad implica que los padecimientos reiterativos terminan por convertirse en algo normal y cotidiano dentro de la dinámica familiar, y la enfermedad se naturaliza como una característica más de los riesgos que comporta la vida diaria [Bayona, 2011: 98].

En las figuras de los cuerpos podemos identificar, además, la presencia de sensaciones corporales que se asocian a la enfermedad. Alonso plantea que esta dimensión emocional de la enfermedad se revela como central en la experiencia del padecimiento, y también es un elemento clave desde la perspectiva del *embodiment*, ya que este abordaje permite cuestionar la forma en que la epistemología de la biomedicina categoriza y trata los padecimientos, reduciendo el fenómeno del sufrimiento a la interrogación sobre el cuerpo biológico [Alonso, 2009: 107].

## REFLEXIONES FINALES

Lo aquí presentado es aún de carácter preliminar, la sistematización de la información que se plasmó en los dibujos corporales y una primera interpretación de la enfermedad y los padecimientos que ahí se exponen son en realidad el inicio de un ejercicio de comprensión mucho más profunda, si se quiere explicar esos seres-en-el-mundo que dejan de ser anónimos y se vuelven notorios ante los hechos que tienen impacto en ellos [Schiavoni y Fretes, 2010], como la enfermedad y el padecimiento.

¿Cuál es la visión del cuerpo que subyace en estas parteras? Sin duda es un cuerpo fragmentado, sexuado, físico y emocional. Ahora bien, ¿esta visión del cuerpo nos permite comprender cuáles son los procesos a los que prestan atención somática [Csordas, 2010] y cómo éstos se objetivan en sus cuerpos? Para dar respuestas más profundas a estas interrogantes es preciso realizar una reflexión profunda sobre la metodología con la cual se obtuvieron los resultados, reconociendo que no se facilitó otra construcción o representación de los cuerpos y que tampoco se estableció una relación entre los cuerpos dibujados y la manera en que parteras y promotores se identifican con ellos: ¿esos cuerpos son suyos o son los cuerpos que ellos ven y atienden, o son los mismos? Se debe profundizar en las formas alternas que ellos y ellas tienen para representar el cuerpo.

Se obtuvieron datos sobre enfermedades de transmisión sexual que reconocen y atienden, pero el hecho de que en este texto no se mencionen o aparezcan otras menciones a la salud, la enfermedad y la atención que atañen a las fuerzas de la naturaleza que intervienen en este proceso, no implica que parteras y promotoras no los conozcan, sino que la metodología no se diseñó ex profeso para identificar la manifestación de esos conceptos propios del grupo de trabajo, como podrían ser la relación del cuerpo con el entorno natural en el cual habitan y desde donde se pueden originar tanto enfermedades como alternativas de curación.

Este análisis preliminar confirma que, ya que no hay experiencias uniformes y se tienen diferentes niveles de saberes y conocimientos en la relación enfermedad biomédica–padecimiento cultural, la falta de eficacia en el Programa de Detección oportuna del cáncer cervicouterino radica en parte en esa disyuntiva donde convergen sistemas de representación y concepción diferentes acerca de la salud, la enfermedad y la atención.

En los saberes populares de parteras y promotores el conocimiento sobre el cáncer cervicouterino, sus causas, evolución, prevención y tratamiento es incompleto y, por lo tanto, insuficiente para facilitar las prácticas de prevención que requiere el programa.

Está documentado cómo, en la ruta de atención a la salud/enfermedad, cuando las enfermedades y padecimientos son considerados leves, se recurre a la atención dentro de la colonia o comunidad, contrario a lo que sucede cuando una enfermedad se considera grave, en cuyo caso se busca acudir a servicios especializados, los cuales generalmente se localizan fuera del contexto comunitario [Tibaduiza, Sánchez y Eroza, 2011].

Reconocemos el rol que desempeñan las parteras en la atención y cuidado de la salud reproductiva y sexual de la población femenina, sobre todo en aquellos contextos donde el acceso a los servicios médicos institucionales es limitado. Sin embargo, el escaso conocimiento de las parteras sobre el cáncer cervicouterino ocasiona que el Programa de Prevención Oportuna no tenga el efecto suficiente en la prevención de la infección por VPH y del cáncer cervicouterino.

Una capacitación completa y adecuada sobre estos temas, dirigida a las parteras, promotores y promotoras de salud, podría, sin duda, contribuir a la prevención de la infección por el VPH y también a la detección oportuna y tratamiento del CaCu. El conocimiento biomédico es muy importante, pero el reto es ir más allá para disminuir las desigualdades, riesgos y vulnerabilidades de la población.

#### BIBLIOGRAFÍA

**Aguilar Ros, Alejandra**

2009 "Cuerpos múltiples: añoranzas naturalistas y dispersión de significados", *Desacatos*, núm. 30, mayo-agosto, pp. 7-12.

**Alonso, Juan Pedro**

2009 "El cuerpo hipervigilado: incertidumbre y corporalidad en la experiencia de la enfermedad en cuidados paliativos", *Cuadernos de Antropología Social*, núm. 29, pp. 103-120.

**Amoroz Solaegui, Iliana**

2011 "El derecho a la salud en comunidades indígenas del estado de Chiapas", *Revista Pueblos y Fronteras-Digital*, vol. 6, núm. 11, junio-noviembre, pp. 8-37.

**Bayona Escat, Eugenia**

2011 "Enfermedad y pobreza en la Sierra de Chiapas", *Liminar. Estudios Sociales y Humanísticos*, vol. 9, núm. 2, diciembre, pp. 93-115.

**Carrillo, Ana**

1999 "Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México", *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus*, núm. 19, pp. 167-190.

**Csordas, Thomas**

1994 *Embodiment and Experience: the Existential Ground of Culture and Self*, Nueva York, Cambridge University Press.



- 2010 "Modos somáticos de atención", en Silvia Citro, *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos*, Buenos Aires, Biblos Culturalia, pp. 83-104.
- Douglas, Mary**  
1973 *Pureza y peligro: un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*, Madrid, Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, Michel**  
1980 *The History of Sexuality*, vol. I, *An Introduction*, Nueva York, Vintage.  
1986 *The History of sexuality*, vol. III, *The Care of the Self*, Nueva York, Vintage.
- Freyermuth Enciso, Graciela e Hilda E. Argüello Avendaño**  
2010 "La muerte prematura de mujeres en los Altos de Chiapas. Un análisis desde la violencia", *Revista Pueblos y Fronteras-Digital*, vol. 6, núm. 10, diciembre-mayo, pp. 181-216.
- Hincapié, Elizabeth y Claudia P. Valencia**  
2000 "Capacitación de las parteras y su relación con la mortalidad perinatal en el municipio de Quinchía, Colombia", *Colombia Médica*, vol. 31, núm. 1, pp. 11-15.
- Huicochea, Laura**  
2009 *Cuerpo, percepción y enfermedad: un análisis sobre enfermedades músculo-esqueléticas en Maltrata, Veracruz*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Ecosur.
- Ingold, Tim**  
2000 *The Perception of the Environment: Essays on Livelihood, Dwelling and Skill*, Londres, Routledge.
- Kleinman, Arthur**  
1980 *Patients and Healers in the Context of Culture: an Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, Los Ángeles, California, University of California.
- Leenhardt, Maurice**  
1997 *Do Kamo: la persona y el mito en el mundo melanesio*, México, Paidós.
- Mauss, Marcel**  
1934 "Les techniques du corps", *Journal de Psychologie Normal et Pathologique*, núm. 32, pp. 271-293.  
1971 *Sociología y antropología*, Madrid, Tecnos.
- Menéndez, Eduardo**  
1983 "Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud", *Cuadernos de la Casa Chata*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.  
2003 "Modelos de atención a los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", *Ciencia y Saude Coletiva*, vol. 8, núm. 1, pp. 185-207.
- Merleau-Ponty, Maurice**  
1970 *Lo visible y lo invisible: seguido de notas de trabajo*, Barcelona, Seix Barral, 358 pp.
- Mora, Ana Sabrina**  
2009 "El cuerpo investigador, el cuerpo investigado. Una aproximación fenomenológica a la experiencia del puerperio", *Revista Colombiana de Antropología*, vol. 45, núm. 1, enero-junio, pp. 11-37.
- Moreno, Martha, Georgina Sánchez y Verónica Pérez**  
2011 *Parteras en Chiapas, un mar de conocimientos*, México, Ecosur.

- Nazar-Beutelspacher, Austreberta, Benito Salvatierra-Izaba et al.**  
2007 "Atención del parto, migración rural-urbana y políticas públicas de salud reproductiva en la población indígena de Chiapas", *Ra Ximhai*, núm. 3, septiembre-diciembre, pp. 763-779.
- Ochoa Díaz, Héctor, Albert Navarro, Miguel Martín et al.**  
1998 "La atención del parto en Chiapas, México: ¿dónde y quién los atiende?", *Salud Pública de México*, vol. 40, núm. 6, noviembre-diciembre, pp. 494-502.
- Romero, Xóchitl, Xóchitl Castañeda, Cecilia García et al.**  
1993 "Percepción de las parteras sobre factores de riesgo reproductivo", *Salud Pública de México*, vol. 35, núm. 1, enero-febrero, pp. 74-84.
- Rivas Bocanegra, María Georgina**  
1999 "Las organizaciones populares de salud en Las Margaritas, Chiapas. Sujeto Social en construcción", tesis de maestría, México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Romero Zepeda, Jorge Adán**  
2012 "Promoción del empoderamiento de género en la población indígena en Querétaro, México, a través de la difusión de la salud reproductiva por parte de las parteras", *Estudios Sociales*, núm. 8, julio-diciembre, pp. 292-312.
- Secretaría de Salud**  
2007 "Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvicouterino", *Diario Oficial*, 31 de mayo, México, <[http://www.generosaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/NOM014SSA2\\_31\\_de\\_mayo\\_2007.pdf](http://www.generosaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/NOM014SSA2_31_de_mayo_2007.pdf)>, consultado el 16 de abril de 2013.
- Scheper-Hughes, N. y Margaret Lock**  
1987 "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology", *Medical Anthropology Quarterly*, núm. 1, pp. 6-41.
- Schiavoni, Lidia y Lucía Fretes**  
2010 "Cuerpos innombrables y cuerpos nominados. Perspectivas de las usuarias y del equipo de salud en el programa de salud reproductiva y procreación responsable", en Silvia Citro (coord.), *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos*, Buenos Aires, Biblos Culturalia, pp. 171-187.
- Tibaduiza, Yudy, Georgina Sánchez y Enrique Eroza**  
2011 "¿Y a mí quién me cura? Los y las terapeutas de la salud en la zona norte de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México", *Boletín de Antropología*, vol. 25, núm. 42, pp. 84-101.
- Turner, Bryan S.**  
1995 *Medical Power and Social Knowledge*, Londres, Sage Publications, 273 pp.
- Viveiros de Castro, Eduardo**  
2010 *Metafísicas caníbales. Líneas de antropología postestructural*, Buenos Aires, Katz Editores.