



La antropología interpelada: nuevas configuraciones político-culturales en América latina
Buenos Aires, 29 de noviembre al 02 de diciembre de 2011, Facultad de Filosofía y Letras - UBA

X Congreso Argentino de Antropología Social

Buenos Aires, 29 de Noviembre al 02 de Diciembre del 2011

Grupo de Trabajo:

GT 51-La interdisciplina interpelada. Antropología: conocimiento y transformación y el abordaje de las trayectorias vitales (objetos, métodos y textos).

Título de la Trabajo:

Experiencias compartidas, trayectorias singulares. Embarazo, parto y puerperio en Molinos (Salta)

Analía Jacob. FCNyM, UNLP.

María Laura Palermo. FCNyM, UNLP.

Carolina Remorini. FCNyM, UNLP.

Experiencias compartidas, trayectorias singulares. Embarazo, parto y puerperio en Molinos (Salta)

Autores: Jacob Analía, Palermo María Laura y Remorini Carolina

I. Introducción

La información presentada en esta ponencia surge de una investigación en curso en el Departamento de Molinos cuyo objetivo general es caracterizar etnográficamente los factores ecológicos que inciden en los procesos de desarrollo y salud-enfermedad de los niños. En este marco, se realizaron entrevistas a cuidadoras de niños menores de 3 años que enfocaron en aspectos vinculados a su trayectoria vital. La narrativa acerca de eventos y experiencias vitales destacadas por las informantes, nos permite dar cuenta de sus actividades cotidianas, sus vínculos actuales y pasados, el acceso a diferentes servicios de salud y educación y demás aspectos relevantes para contextualizar las prácticas de crianza y cuidado de la salud desarrolladas por ellas y los integrantes de su unidad doméstica. En este contexto, obtuvimos ricas referencias a sus experiencias durante el embarazo, parto y puerperio.

El tema de esta ponencia representa una continuidad respecto de la reflexión iniciada en trabajos anteriores (Remorini et al, 2010) y retoma preocupaciones ya planteadas en investigaciones previas en el área, si bien desde diferentes objetivos y metodología. Durante las décadas del 70 a 90, las experiencias vinculadas al embarazo, parto y puerperio fueron estudiadas desde un enfoque basado en la delimitación del dominio de la medicina tradicional, focalizando en los especialistas locales y los recursos del medio ambiente natural involucrados en la prevención y tratamiento de dolencias vinculadas a estos eventos del ciclo de vida (Crivos y Martínez 1996; Crivos, 2004; Martínez y Pochettino, 1992; Martínez, Pochettino, y Cortella, 1996; Pochettino y Martínez, 1998; entre otros trabajos). Ello nos permitió reconocer, por un lado, que el corpus de conocimientos y prácticas tradicionales en los Valles Calchaquíes han recibido aportes de distintas fuentes: saberes aborígenes, conocimientos de raigambre europea incorporados a lo largo de siglos de conquista y colonización, y más recientemente, de la medicina oficial. Por otro lado, identificamos continuidades y transformaciones a través del tiempo en los saberes y prácticas vinculados al cuidado de la salud durante estos momentos críticos en la trayectoria vital. En un trabajo anterior (Remorini et al, 2010) se analizaron comparativamente las

experiencias de mujeres que fueron madres en diferentes décadas a lo largo de los últimos 40 años y se identificaron los principales eventos y procesos a escala local y regional que introdujeron cambios en las representaciones, vivencias y valores de las mujeres en relación con la maternidad y crianza de los hijos. Al respecto, las mujeres destacan en sus discursos el mayor acceso a recursos biomédicos dentro y fuera de la región, así como a conocimientos nuevos en torno a la salud y la crianza de los hijos –derivados del contacto más sistemático con personal sanitario, de sus trayectorias en instituciones educativas y del mayor acceso a los medios de comunicación- que son manejados y evaluados junto con aquellos derivados de la tradición local al momento de tomar decisiones sobre su salud o la de sus hijos.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, en este escrito nos interesa profundizar en la diversidad de saberes, recursos y actores sociales significativos a los que apelan en la actualidad las mujeres vallistas. A efectos de caracterizar las convergencias y divergencias en sus experiencias analizamos 16 relatos de mujeres de entre 17 y 73 años, obtenidos a partir de entrevistas semiestructuradas realizadas entre 2009 y 2011. Esta selección pretende dar cuenta de diversas oportunidades y de modos de articulación con diferentes actores e instituciones a nivel local y regional. En este sentido, nos interesa remarcar la importancia de la agencia de los sujetos en la construcción de sus propias trayectorias más allá de compartir un contexto ecológico particular.

II. Trayectorias de vida en perspectiva antropológica

Podemos definir la trayectoria de vida de una persona como una sucesión de eventos y relaciones sociales que se vinculan con contextos en los que los individuos participan en diferente grado (Teves et al, 2007). Tales contextos a su vez son resultado de factores y procesos biológicos, culturales, económicos, políticos y sociohistóricos que se articulan a diferentes niveles y delimitan un conjunto de escenarios o condiciones que inciden en las trayectorias de desarrollo de los sujetos (Bronfenbrenner (1987), Whiting y Whiting (1975), Whiting y Edwards (1997), Weisner (1984, 1996, 1998); Greenfield et al (2003), Remorini (2010). Un aspecto interesante que plantea Bronfenbrenner (1987) en su propuesta de abordaje ecológico del desarrollo humano es que, según esta perspectiva, ni las trayectorias ni los resultados del desarrollo están predeterminados; por el contrario, intervienen en su configuración una variedad de factores que interactúan a distintos niveles. Por lo tanto, el desarrollo dependerá de las experiencias que el individuo tenga en cada contexto ecológico,

las transformaciones en ambos a través del tiempo, así como de las oportunidades que esos contextos ofrecen.

Si bien en cada sociedad existen modelos de trayectoria vital de carácter “normativo” que actúan como organizadores del desarrollo individual, éstos son a la vez objeto de una permanente construcción y crítica como consecuencia del cambio sociocultural (Lalivé d’Epinay, 2005). Esta consideración establece una ruptura con las tradiciones más clásicas en Sociología y Etnografía que se interesaban casi exclusivamente en la manera en que el desarrollo de la vida individual es codificado, modelado y organizado socialmente, introduciendo la cuestión de la variabilidad intra-cultural (Remorini, 2009). En palabras de Settersten: *“the life patterns of successive cohorts are different because the social world changes and new life patterns, in turn, prompt change in the social world. This reciprocity, in which people are both shaped by and actively shape their environments, is a key element in frameworks that emphasizes the ecology of human development”* (Settersten, 2002: 21). En este sentido, no debe excluirse la consideración del anclaje histórico de las trayectorias de vida. Al respecto Elder (1998 en Lalivé d’Epinay, 2005) ha propuesto el concepto de “historicidad del sujeto”, que implica la consideración de las trayectorias de vida en cuatro dimensiones: su ubicación temporo-espacial en la historia de esa sociedad (*space-time location*), el impacto de los hechos históricos de acuerdo al momento de la trayectoria de vida (*timing*), la estrecha interdependencia que se observa entre los miembros de diferentes cohortes (*linked lives*), y finalmente, la capacidad de los individuos de elegir y construir su propia trayectoria de vida en el marco de los límites que impone la historia y las circunstancias sociales (*human agency*). Esta propuesta enfatiza en la imposibilidad de abordar el curso de la vida de un individuo aislado, ya que las vidas individuales están en mayor o menor medida conectadas y el desarrollo individual también es modelado por esas relaciones.

III. Actores, saberes y recursos involucrados en el embarazo, parto y puerperio

Si asumimos que *“... todo conocimiento relacionado con el cuerpo, la salud y la enfermedad es culturalmente construido, negociado y renegociado en un proceso dinámico a través del tiempo y el espacio”* (Chamorro y Tocornal, 2005: 118) resulta necesario situar los saberes y criterios que guían la toma de decisiones sobre los cuidados pre y postnatales en el marco de las relaciones sociales que las mujeres sostienen con diferentes individuos e instituciones dentro y fuera de la comunidad. Describir el contexto relacional nos permite

visualizar los actores que adquieren relevancia en estas etapas y sus características, y a través de ello, los saberes y recursos implicados en las acciones y estrategias de cuidado de las mujeres según estas relaciones.

Desde enfoques centrados en el análisis de redes sociales implicadas en las trayectorias de salud, se destaca el valor adaptativo del sistema de relaciones interpersonales frente a determinadas situaciones relacionadas con los procesos de salud-enfermedad, al tiempo que se lo considera como un sistema contenedor de elementos estresantes y/o amortiguadores del mismo. (Fernández Peña, 2005 Pasarin, 2009).

En este contexto, el concepto de “apoyo social”¹ por ejemplo, intenta dar cuenta de aquellos vínculos con personas/instituciones a quienes el individuo puede recurrir, o de los cuales recibe contención y ayuda, en aspectos relacionados directa o indirectamente con el cuidado de la salud y /o la crianza de los niños. En relación a ello, Saranson et al (1983) distinguen en el apoyo social dos elementos: la cantidad de otros disponibles a los cuales las personas piensan que pueden dirigirse en momentos de necesidad y el grado de satisfacción que los sujetos anticipan del apoyo que perciben disponible. En este sentido, los vínculos pueden ser considerados como recursos. Asimismo, diversos autores hacen notar que la cantidad de vínculos disponible no necesariamente garantiza mayor eficacia en la resolución o afrontamiento de un problema. Es decir, muchas veces redes de tamaño pequeño son altamente eficaces dependiendo de su composición y los atributos de los nodos que la integran (actores), en particular, el grado de implicación emocional que se encuentra asociado con la relación (Hanneman, 2000).

Pero no es únicamente contención y sostén emocional lo que proveen los actores que conforman la red. Como señala Pasarin (2009) la ayuda proporcionada por los actores sociales involucrados en una red comprende aspectos emocionales, instrumentales, informativos y de acompañamiento. Además de la provisión de consejos, recomendaciones o información sobre la resolución de dificultades, incluye también la transmisión horizontal o intergeneracional de las experiencias propias y su anclaje en valores y pautas culturales de la comunidad, algunos de gran profundidad histórica, lo que provee elementos importantes para la construcción identitaria en estas etapas de la vida.

Asimismo, los individuos obtienen de la red vincular ayuda de carácter instrumental, por ejemplo, dinero para cubrir gastos de transporte, compra de medicamentos o pago de consultas al médico, adquisición de objetos materiales para el futuro niño, entre otros.

También la colaboración en tareas como el cuidado de otros hijos de la mujer, o el desarrollo de tareas domésticas para alivianar su trabajo cotidiano o permitir la asistencia a controles prenatales en las instituciones de salud o la consulta con expertos tradicionales. En este sentido “la red social actúa como monitor de la salud y activador de las consultas a idóneos” (Sluzki, 2002:119).

En relación con estas consideraciones, y teniendo en cuenta la heterogeneidad presente en los contextos sociales, los actores con quienes se vinculan estas mujeres suponen, además, el aporte de saberes y recursos de diferente origen y con diferente grado de legitimación sociocultural. Por lo tanto, cada mujer selecciona, prioriza y descarta, en función de las particularidades de cada situación, de preferencias personales, de la información de que disponga sobre cada alternativa, de oportunidades de acceso específicas y de la valoración del componente afectivo ligado a una u otra alternativa. En este sentido, es importante destacar la flexibilidad de los esquemas cognitivos y de práctica que articulan estratégicamente saberes y recursos heterogéneos (Tola 2001).

IV. Acerca de Molinos

Molinos es una localidad ubicada a 2020 m s.n.m en los Valles Calchaquíes Septentrionales del Noroeste argentino. Su fundación data de mediados del siglo XVII, y en la actualidad cuenta con una población aproximada de 1000 habitantes, mientras que la población total del Área Operativa XXVI² alcanza los 2474 habitantes. De ellos, 1265 son varones y 1209 son mujeres (Gonza, 2008). En lo que respecta a la distribución por edad, los mayores porcentajes corresponden a las franjas etarias entre 0 y 19 años (52, 5%) mientras que la población adulta mayor (60 años y más) alcanza el 9,66%, representada mayormente por mujeres.

Los Valles Calchaquíes registran un poblamiento humano continuo a lo largo de, al menos, dos mil quinientos años. Sobre el área habitada por población indígena denominada “diaguita” o “calchaquí” de lengua “kakan” se asentaron en el siglo XV grupos de habla quechua, producto de la expansión incaica, dando como resultado cierta homogeneidad en las pautas y prácticas culturales, comunes a toda la región andina. La conquista española se inicia en el siglo XVI, y se establece plenamente hacia la segunda mitad del siglo XVII.

¹ Kornblit y Méndez Díaz (1987) definen apoyo social como “el grado en que las necesidades de ayuda, aprobación, pertenencia y seguridad de un individuo son cubiertas por otros significativos”. Es lo que Stern (1999) llama “matriz de sostén”.

² El Área Operativa XXVI está conformada por las localidades de Molinos, Colomé, Tacuil, Churcal, Amaicha, Aguaditas y Gualfín. (Hernández, 2009).

Como resultado de esos procesos históricos, la población actual es producto del mestizaje que combina elementos indígenas e hispánicos (Crivos, 2004).

La economía vallista actual, se caracteriza por la actividad agrícola ganadera en las fincas y alrededores del pueblo. Si bien mujeres y hombres adultos continúan realizando estas actividades, la dedicación a ello de los jóvenes es menor, por la incorporación de otras tareas como el comercio, el trabajo asalariado dentro y fuera de Molinos, o los empleos administrativos, y, en menor proporción, de la práctica profesional y/o técnica en el hospital o la docencia escolar.

Actualmente, la actividad vitivinícola se destaca por su calidad, la cual es apreciada tanto a nivel nacional como internacional, dando como resultado que un número considerable de fincas con bodegas de tradición artesanal han sido adquiridas por industriales extranjeros y argentinos quienes les han dado un perfil diferente, conjugando la industria del vino con la hotelería de primer nivel. Asimismo el textil, de carácter artesanal y de larga data continúa como una de las actividades económicas complementarias desarrolladas por algunos pobladores en sus unidades domésticas (Martínez y Crivos, 2010).

La mayoría de los pobladores de Molinos se autodefinen como católicos, siendo la iglesia una institución altamente significativa para la vida comunitaria. La Iglesia, cuya fundación data del siglo XVII, cuenta con un albergue para adolescentes y un jardín de infantes con comedor a cargo de una congregación de religiosas.

Existen escuelas de nivel inicial, primario y secundario. A través del tiempo se registra un aumento y composición diferente del alumnado -particularmente un mayor número de mujeres-, adolescentes y jóvenes que hoy buscan completar sus estudios. No obstante aun hoy existen personas analfabetas (Martínez y Crivos, 2010).

En cuanto a los medios de comunicación masiva y telefonía se han ido incorporando a partir de la década del 90 telefonía de línea (pública y particular) celular, televisión e Internet, además de seguir vigente el sistema de comunicación por radio (Martínez y Crivos, 2010).

Respecto de los servicios de salud, el Departamento cuenta con un establecimiento sanitario principal, el Hospital Abraham Fernández, en la localidad de Molinos, y seis puestos sanitarios en los cerros (ver nota 2). En el hospital se atienden patologías de primer nivel de complejidad y partos y cuenta con sala de internación. Se reciben pacientes provenientes de los puestos sanitarios de las distintas localidades del Departamento y se derivan las patologías más severas a centros de mayor complejidad. Por su parte, cada uno

de los puestos sanitarios cuenta con un enfermero y un agente sanitario en forma permanente. Una vez por semana los profesionales del hospital realizan visitas a los puestos sanitarios. La función principal de los Agentes Sanitarios es actuar como nexo entre el centro de salud y los habitantes del Departamento, a partir de las visitas periódicas a las familias que habitan en el sector a su cargo. La frecuencia de estas visitas está en función de la identificación de ciertos “factores de riesgo”³ en el grupo familiar.

No obstante las mejoras en la infraestructura y atención sanitaria, aún hoy encontramos enclaves habitados por pocas familias, que muestran el acceso limitado a la medicina oficial (Remorini, et al, 2010). Asimismo, la mayor parte de la población no tiene cobertura social, recayendo la atención de la salud exclusivamente sobre las instituciones públicas (Martínez y Crivos, 2010).

La presencia sistemática de personal médico ha resultado en una ampliación de las estrategias terapéuticas de los pobladores de la región, que en el pasado contaban exclusivamente con el recurso a los conocimientos y prácticas tradicionales de miembros del grupo doméstico o a través de la consulta a “médicos campesinos” (Martínez y Pochettino, 1992; Crivos y Martínez, 2010). Si bien actualmente se registra una elevada concurrencia al hospital, algunos padecimientos continúan siendo atendidos por estos expertos locales debido a que son desconocidos por los profesionales de la medicina oficial.

V. Acerca de las entrevistadas

En el siguiente cuadro se presentan algunos datos que nos permiten caracterizar a las entrevistadas. De ellas, 13 viven en el pueblo de Molinos (“centro” y “orillas”: Entre Ríos, Tomuco y Santa Rosa) y 4 en el paraje rural Churkal (distante 15km de Molinos). En cuanto al nivel de escolaridad alcanzado, 6 de ellas completaron la escuela primaria y 2 la secundaria; 4 interrumpieron sus estudios secundarios y 2 se encuentran completando los últimos años en la actualidad. Todas las informantes tuvieron partos en instituciones de salud, y solo tres de ellas (A, SC y DF) además de partos hospitalarios tuvieron hijos en su casa (“en el campo”) con ayuda de parteras empíricas.

³ Ellos son: 1)Grupo familiar integrado por menores de 6 años, 2)Desempeño y/o ingreso económico inestable (trabajo irregular, jornalero), 3)Ausencia del padre o madre soltera/o-viuda/o, 4)Hacinamiento, 5)Enfermedades crónicas en la familia, 6)Violencia Familiar- alcoholismo- drogadicción, 7)Niños menores de 6 años con déficit nutricional, 8)Embarazada en riesgo, 9)Tratamiento inadecuado de: agua y/o DSE y/o TSB y/o vivienda inadecuada, 10)Analfabetismo de la persona a cargo de los menores, 11)Mortalidad infantil/materna, 12)Recién nacido/ puérpera (Indicadores de riesgo. Planilla de Ronda Sanitaria. Atención primaria de la salud. Ministerio de Salud Pública de Salta).

| Informante | Edad | Residencia | Escolaridad | Cant. de hijos | Estado civil |
|------------|---------|------------|-----------------------|----------------|----------------|
| 1. MT | 40 años | Molinos | Secundario incompleto | 3 (*) | Casada |
| 2. NR | 26 años | Molinos | Primaria completa | 3 | Soltera |
| 3. SR | 38 años | Molinos | Primaria completa | 4 | Casada |
| 4. MS | 18 años | Molinos | Secundario en curso | 1 | En concubinato |
| 5. GR | 32 años | Molinos | Secundario completo | 5 | Casada |
| 6. EL | 39 años | Molinos | Secundario incompleto | 7 | Casada |
| 7. DF | 47 años | Santa Rosa | Primaria completa | 11 | Casada |
| 8. NY | 32 años | Molinos | Secundario completo | 6 | Casada |
| 9. SC | 57 años | Tomuco | Primaria incompleta | 10 | Casada |
| 10. PR | 36 años | Tomuco | Primaria incompleta | 7 | Casada |
| 11. IC | 26 años | Churkal | Secundario incompleto | 2 | En concubinato |
| 12. PC | 24 años | Churkal | Primaria completa | 4 | Soltera |
| 13. APR | 17 años | Tomuco | Secundario en curso | 1 | En concubinato |
| 14. PV | 17 años | Tomuco | Secundario incompleto | 1(+) | En concubinato |
| 15. A | 73 años | Molinos | Sin datos | 2 | Casada |
| 16. RCh | 34 años | Churkal | Primaria completa | 8 | En concubinato |
| 17. CH | 37 años | Churkal | Primaria completa | 7 | Soltera |

(*) Dos hijos propios y uno "criado", es decir, adoptado. (+) Embarazada de 4 meses de su segundo hijo.

VI. Lo que nos dicen las mujeres acerca de sus trayectorias, vínculos y experiencias

En función de los objetivos planteados para este trabajo, en una primera etapa, analizamos cada uno de los relatos (17) obtenidos mediante entrevistas semiestructuradas en diferentes trabajos de campo⁴, las que estuvieron orientadas por un protocolo de preguntas-guía común, si bien el diálogo que se generó durante las entrevistas (cuya duración fue de una hora y media a dos promedio) posibilitó a las narradoras extenderse sobre algunos temas de su interés. Ello hizo que ninguna de las entrevistas fuera igual en el sentido de incluir exactamente las mismas preguntas, ya que optamos por "seguir la pista" de las expresiones que surgían espontáneamente de sus respuestas y formular nuevas

⁴ Para cada informante se completó una ficha con datos personales y vinculares referidos a: nombre, sexo, edad, lugar de nacimiento, escolaridad, estado civil, residencias anteriores, datos del cónyuge y de los hijos, composición de la UD y ocupación de los miembros de la UD. Asimismo, se completaron datos vinculares a través del relevamiento de genealogías de las entrevistadas.

En las entrevistas se enfocó además en aspectos tales como: aspectos de la trayectoria vital de las informantes relevantes para caracterizar las creencias y prácticas de crianza (escolaridad, trayectoria reproductiva, migración, etc); acceso y utilización de servicios educativos, sanitarios u otros; experiencias vinculadas al embarazo, parto y puerperio; actividades cotidianas durante esos períodos, cuidados, consejos y apoyo/sostén recibidos; prácticas de crianza (lactancia, alimentación,

preguntas que ampliaran el alcance de lo dicho. La combinación con el relevamiento genealógico, nos dio acceso a las relaciones parentales y con ello a eventos significativos de la trayectoria vital, ya que recordar personas implica también evocar lugares, situaciones y momentos en los cuales la entrevistada se relaciona con estas personas. Las trayectorias vitales proveen entonces rica información acerca de vínculos sociales, experiencias laborales, migraciones, enclaves o lugares transitados, las transformaciones en el modo de vida y en el paisaje de los valles, en una trama donde se entrelazan el nivel individual, familiar y grupal (Crivos y Martínez, 2006). Al respecto, si bien los relatos biográficos informan sobre eventos del pasado, tratan en realidad del presente de quien narra (Freidenberg, 2000). Es decir, en el relato se recuperan y resignifican aquellos aspectos que tienen relevancia para el narrador en función de su situación presente (y en esto incluimos la reflexión que se genera a partir de las preguntas del entrevistador), omitiendo u olvidando otros.

Para cada relato, y en base a los ítems incluidos en el protocolo de entrevista, identificamos temas y asociados a éstos, expresiones utilizadas por cada informante para referir a sus experiencias durante el embarazo, parto y puerperio. Luego, volcamos el análisis en un cuadro –uno por cada informante- donde consignamos los actores, saberes y recursos mencionados para cada etapa, a fin de identificar las recurrencias y diferencias entre ellas. En el apartado siguiente, exponemos en forma sintética los aspectos más relevantes resultantes de este análisis comparativo que nos permiten caracterizar las experiencias compartidas al tiempo que reconocer aspectos que hacen a la singularidad de las trayectorias vitales de estas mujeres vallistas.

VI.1. **Experiencias compartidas**

Los relatos ponen en evidencia algunos aspectos del modo de vida actual en los Valles que representan continuidades respecto de las generaciones previas (referidas en el discurso como “el tiempo de antes”/“el tiempo de las *mamis*”⁵) y otros que configuran nuevas oportunidades en virtud de mayor oferta de servicios e información así como también de estudio y/o empleo dentro o fuera de Molinos -lo que posibilita a estas mujeres a tener nuevas expectativas y proyectos-. No obstante, la maternidad y la crianza de los hijos continúan definiendo los roles y estatus de las mujeres en la comunidad, lo que retrasa o a

higiene, juego, entrenamiento en la marcha, etc.); problemas de salud que afectan/ron a sus hijos (etiología, sintomatología y tratamiento).

veces imposibilita la realización de otras actividades, sobre todo si no se cuenta con el apoyo social necesario (Remorini et al, 2010). Cuando se trata de mujeres que han tenido su primer hijo durante la adolescencia, esto supuso el abandono de la escuela y sólo en dos casos, el estudio fue continuado simultáneamente al embarazo. Ante la pregunta por la posibilidad futura de retomar los estudios secundarios o iniciar una carrera terciaria y/o universitaria, la mayoría expresa que les gustaría hacerlo aunque no pueden anticipar si tendrán los recursos económicos y/o el apoyo familiar para ello.

“... me gustaría volverme a Salta, pero yo pienso por mis chicos, que crezcan un poco...(CR-¿y te gustaría volver a trabajar de lo mismo u otro trabajo?) NR-si, de eso me gustaría, pero bueno, ya voy a ver con el tiempo que pasa (...) yo estuve estudiando de secretaria administrativa y dejé también porque ya estaba embarazada de J (su hija mayor), en Salta vivía...y bueno, quede embarazada, y sola, me faltaban dos meses y ya terminaba...” (NR, Molinos)

Si bien el acceso y uso efectivo de servicios de salud –dentro y fuera de Molinos- se ha visto favorecido por el mejoramiento de caminos y la mayor disponibilidad de transporte, la ampliación de oferta sanitaria, el mejoramiento de la infraestructura y la proliferación de programas y planes materno-infantiles en la última década, aún continúa siendo problemática la resolución de complicaciones durante el parto, lo que en ocasiones obliga a traslados de emergencia a hospitales de mayor complejidad (Remorini et al 2010). Al respecto, una experiencia frecuentemente referida por nuestras entrevistadas se relaciona con su derivación a Salta en momentos previos al parto (días a semanas) o bien desde los parajes o fincas en el cerro hacia el Hospital de Molinos para evitar la ocurrencia de partos domiciliarios, lo cual constituye uno de los objetivos centrales de los profesionales médicos⁶. Esto supone el traslado de la mujer, muchas veces sin la compañía de sus familiares o pareja. Cuando la derivación se realiza a Salta, las mujeres apelan a la ayuda de familiares que residen allí, quienes brindan alojamiento, comida y acompañamiento, y muchas veces las personas con las que convive (madre, pareja) sólo se hacen presentes después del parto si pueden afrontar el viaje. Cuando la derivación se hace desde las fincas, las mujeres suelen recibir visitas pero lo más frecuente es que transcurran los días previos al parto en soledad, si sus familiares no pueden alojarse en el pueblo, costear al traslado o abandonar sus labores. Asimismo, si bien destacan la mayor seguridad que supone atenderse en un centro de alta complejidad, al mismo tiempo remarcan que el trato impersonal en los hospitales de la ciudad comparado con la relación afectiva entablada con el profesional local

⁵ Término de carácter afectuoso que se utiliza para referir a la madre y se extiende a aquellas abuelas que asumen o comparten la crianza de los niños.

genera desconcierto y preocupación, a lo que se suma la soledad experimentada (Remorini et al 2010).

Es frecuente tanto en las más jóvenes como en las mujeres mayores que gran parte de su etapa reproductiva transcurra sin contar con la compañía de sus parejas, lo que es coherente con un modelo de familia que se sostiene a lo largo de varias generaciones, en el que los hombres están temporal o permanentemente ausentes, resultando en una unidad doméstica matrifocal. Ello se traduce en que los principios de autoridad siguen un patrón matriarcal en cuanto a la búsqueda de asistencia y respaldo en las mujeres mayores (Remorini et al 2010). En este contexto, los saberes de estas mujeres (madres, abuelas, tías, “mediquitas”) son valorados a pesar de la multiplicación de fuentes de información y de las nuevas tecnologías de cuidado de la salud. Los consejos de estas mujeres se hallan avalados por sus conocimientos sobre medicina tradicional y sus experiencias particulares, lo cual otorga autoridad a sus discursos y funda el respeto de sus hijas/nietas.

No obstante ello, en las entrevistas las mujeres plantean que, en principio, prestan mayor atención a los consejos del personal médico, cuando éste difiere o contradice lo dicho por las “*mamis*”. Fundamentan esta posición en la base “científica” que tienen los conocimientos y prácticas médicas –a diferencia del saber empírico de las otras- y en la “seguridad” que brinda el estar bajo control y seguimiento médico. En este sentido, cuando refieren a los saberes “tradicionales” utilizan expresiones tales como “*dicen*”, “*eso dice mi mamá*”, “*dicen los más viejos*” o “*según sus creencias*”, lo que les permite tomar cierta distancia y no identificarse directamente con esas creencias. Ello pone de relieve la intención de reproducir el discurso de otras personas, sin necesariamente asumirlo como propio (Crivos, 2004).

“... el doctor (biomédico) ya me ha dicho que le comience a dar papilla, porque ya cumplió los 6 meses y hay que comenzar a dar papilla, zapallo, papa, la manzana ... esas cosas, no carne todavía (CR: y a tu primer hijo también le diste de comer a los 6 meses papillitas?) No, antes, de mas chiquito le dimos, porque según ellos (se refiere a su abuela y la gente de su edad) era su creencia que ni bien pudieran ya había que meterles algo en la boca... mientras que el chiquito ya pueda recibir algo, ellas (las abuelas) ya le ponían sopitas, zapallito... así ha sido antes (pero ahora) por precaución yo hago lo que el médico te dice...” (MT, Molinos)

El recurso al saber de las *mamis* o los médicos campesinos se justifica sobre todo cuando se padecen dolencias que no son identificadas ni tratadas por la biomedicina (como el “*susto*” durante el embarazo⁶ o la “*recaída*” en el puerperio), pero también cuando se trata

⁶ Esta decisión tomada por los profesionales busca evitar posibles riesgos para la madre y el niño, que se consideran inherentes al parto domiciliario sin asistencia médica, y que podría resultar en la imposibilidad de prestar asistencia debido a la distancia respecto del Hospital.

⁷ El *aique*, (término del kechua aykkey = huir, disparar, escapar) es una enfermedad padecida por los niños y se origina en el “susto” padecido durante el embarazo de la madre, debido a su exposición a situaciones o espacios relacionados con la

de prácticas que se consideran eficaces y complementarias a las prácticas biomédicas (por ejemplo la “*manteada*” para acomodar el feto)⁸, aunque no siempre son “declaradas” al personal biomédico.

El recurso a consejos de terceros también difiere si se trata de madres primerizas o multíparas, siendo mayor en el caso de las primeras. En las últimas, se torna más relevante la propia experiencia previa como criterio para la toma de decisiones.

Además de actuar como referentes para la toma de decisiones y ser de algún modo quienes —a través de ello— propician la continuidad de algunas “tradiciones”, el rol de las madres y abuelas (y menos frecuentemente de los pares masculinos) de la mujer alcanza también otros aspectos tales como sostén económico (colaboran con dinero o compra de bienes necesarios para la mujer y el futuro niño), apoyo a través de consejos y/o realización de actividades concretas en forma frecuente para “alivianar” las tareas de la mujer y acompañamiento en las instituciones de salud.

Al indagar por las relaciones extra-familiares hallamos que las mujeres no recurren a personas fuera de la familia para pedir consejo o ayuda, excepto los profesionales médicos o enfermeros, y eventualmente algún “médico campesino”, pero sólo ante un problema de salud específico. Ninguna planteó tener amigas de la misma edad con quienes confiar asuntos personales o ligados a la crianza, pedir ayuda ni tampoco a quienes visitar y/o compartir momentos de esparcimiento. Las relaciones parecen circunscribirse a las definidas por el parentesco consanguíneo y afinal.

Si bien una de las metas del personal de salud de la zona es la captación temprana u oportuna de las embarazadas, son pocas las mujeres que han realizado todos los controles obligatorios, ya que el diagnóstico médico del embarazo ocurre entre el tercer y cuarto mes, y en algunos casos, luego del sexto mes. Esto es más frecuente en las adolescentes, quienes no informan inmediatamente esta condición por temor a ser “sancionadas” en el hogar o en la escuela. Al respecto, existe un gran énfasis en el discurso de los profesionales de salud acerca de la necesidad de evitar el embarazo adolescente, el que es considerado uno de los mayores “problemas sanitarios” que enfrentan en la zona. Asimismo, muchas

muerte o el contacto con personas fallecidas. El transitar cementerios o “antigales”, asistir a velatorios o estar cerca de un muerto hace pasible a las mujeres de exponer a su hijo al “susto”. Ello resulta en la pérdida del espíritu del niño que nacerá “aicado”, ocasionando trastornos nutricionales y retraso en el crecimiento (Remorini et al, 2010)

⁸La *Manteada o poncheada* consiste en colocar a la mujer con dificultades de parto en decúbito supino sobre una manta o poncho apoyada en el suelo, que dos personas, tomando cada una dos de sus extremos, levantan alternativamente, para producir en la mujer tratada movimientos de semirrodillo, hacia uno y otro lado (Massaccesi y Massaccesi, 2008). Se emplea para conseguir una acomodación favorable o normal del feto en el canal de parto y evitar complicaciones durante el alumbramiento. Sólo dos entrevistadas experimentaron la “*manteada*”, el resto alude conocerla a través del relato de otras personas.

mujeres actualmente expresan preocupación por los embarazos durante la adolescencia, señalándolo como uno de los “problemas” del presente. Al respecto, una situación que era habitual y naturalizada hasta hace algunos años –el hecho de que las mujeres comiencen a tener hijos a temprana edad- hoy es evaluada por las mujeres adultas desde otra perspectiva que combina por un lado, la visión de los agentes de salud y por otro, una valoración diferente de las capacidades y actitudes de las adolescentes en relación con la maternidad. En este sentido, los cambios en el estilo de vida, las diversas experiencias y expectativas de las jóvenes, las oportunidades de educación, diversión y trabajo, conducen a transformaciones en las representaciones acerca del ciclo de vida, la adultez, la maternidad y también la paternidad (Remorini et al, 2010).

“EL: ... porque ya se ponen de novio y bueno, están dos, tres años, o sea es que no toman las cosas en serio, ya se quedan con uno, después ya viene el segundo, el tercero, y bueno, o sea que ellos no ponen cosas firmes, porque si ellos fueran a decir bueno, trato de casarme, juntarme o buscar trabajo, pero vivir de otra manera ya no traer muchos hijos (...)” (EL, Molinos)

En lo que concierne al sostén y apoyo de sus parejas durante estos momentos, algunas informantes experimentaron alguno de sus embarazos sin la compañía de sus esposos, sea por abandono, trabajo fuera de la zona o desconocimiento de la paternidad del niño. En algunos casos, atribuyen estas actitudes a la “juventud” e “inexperiencia” de los hombres. Frente a ello, se valora la ayuda y compañía de las mujeres de la familia (*“la mamá tiene que estar... Y más la mamá es la que me ha ayudado”*). En muchos casos, las referencias a la participación del esposo en circunstancias del embarazo y parto son mínimas y se relacionan fundamentalmente con el sostén económico.

Una vez captadas por el sistema de salud, la trayectoria de las mujeres comienza a estar regida por las intervenciones y consejos médicos, lo que se convierte además en una “oportunidad” para el personal sanitario de plantear recomendaciones en torno a la anticoncepción⁹ y a la responsabilidad materna en garantizar los controles y los cuidados necesarios, incluyendo la lactancia materna exclusiva.

CR: *te pregunta por ejemplo (LA MÉDICA) cómo estás vos, cómo está el nene?* MS: sí, sí, y a mí (ME DICE) que me cuide, que, por ejemplo, me ve que soy todavía chica, y que me cuide, que no tenga más hijos... (MS, Molinos)

EL: siempre me decían,(LOS MEDICOS) más cuando lo tuve a Fabio, me decían: “unito nomás encarga, no encargues muchos (HIJOS)”, y a mí me gustaban los chicos (...)por ahí iba al hospital, por ahí sí me daba cosa, porque me decían: “ya el segundo, ya el tercero” (SE RIE) ellos (LOS MEDICOS) me decían

⁹ Usualmente estos consejos brindados por los profesionales se basan en argumentos tales como la probabilidad de mayores riesgos para la salud de la madre y/o el niño durante cada nuevo embarazo, pero también, en la idea de que un número elevado de hijos dificulta la crianza y necesariamente pone “en riesgo” a los niños. Por otro lado, estas consideraciones de los profesionales conllevan implícito un modo de crianza, familia y relaciones de pareja que no siempre se corresponde con el de estas mujeres.

por ahí cuidate, dice, no tengas tantos chicos, y a mí me gustan le digo, bueno, yo me case joven y no tengo un trabajo, nada, estoy pendiente de mi marido, el me da todo, no me hace falta nada, y bueno, los encargue a los hijos para no aburrirme (...) (EL, Molinos)

Respecto de los cuidados durante el embarazo, las mujeres plantean que el personal de salud hace hincapié en la asistencia a los controles, el consumo de sulfato ferroso y vitaminas que ellos proveen¹⁰, la alimentación “saludable” (especialmente el consumo de frutas y verduras) y a la importancia de la LME hasta los 6 meses, pero no aconsejan sobre otras cuestiones vinculadas con el cuidado de la mujer o el feto. Las madres, las “*mamis*” o las suegras son quienes brindan consejos vinculados con evitar “comidas pesadas”, evitar o disminuir esfuerzos físicos (“trabajo pesado”) y caminar diariamente para evitar complicaciones en el parto. Sólo 4 mujeres plantean también otros consejos que han recibido en el pasado de sus “*mamis*” o suegras (Ver siguiente acápite). En ningún caso las mujeres plantearon que realizan o evitan ciertas actividades o alimentos en función de proteger al niño por nacer, ni durante el embarazo ni luego del parto.

Salvo en 4 casos (SC, MT, DF, SR), las mujeres entrevistadas no refieren al puerperio como una instancia significativa en la cual deban seguirse cuidados específicos. Aquellas que muestran mayor adhesión a los saberes y prácticas tradicionales se extienden sobre cuidados y tabúes afectan a la mujer en este período, que se considera de alto riesgo, y que se siguen o seguían en otros tiempos bajo la supervisión de las mujeres mayores de la familia. Al respecto, todas las mujeres plantean como una “ventaja” del parto institucionalizado la “rápida recuperación” de la mujer y su retorno a las actividades y comidas cotidianas, algo que antes era diferente, en base a las “*creencias de las mamis*” quienes obligaban a la mujer a respetar una serie de cuidados.

“... Antes te cuidaban mucho (las mamis), después de parto, ahora vos te tenes levantar a la tarde o al otro día a más tardar (cuando el parto ocurre en el hospital) ... en ese tiempo (primer parto) me acuerdo que la mami me tenía en cama, que no entre en una recaída, esas cosas decía ... según sus creencias, de antes, no? (decía) que si vos te levantás te da el aire y te puede dar dolor de cabeza, o algo... a eso llaman ellos la recaída. (CR: ¿y cómo te sentís cuando te agarra recaída?) no sé, yo nunca tuve eso...” (MT, Molinos)

“...ahí nos tenía más o menos quince días sin bañarnos... la mami no quería que nosotros salgamos, teníamos que estar encerrados quince días, de agua fría, nos cuidábamos de eso... en la pieza, y no levantarse... nos daban comida no pesada... le hace una dieta digamos, y ahora no... ahora ya al otro día ya te dan las salsas, te dan todo, distinto de antes es ahora todo... antes era el mes, y a bañarse y recién hacer otras cosas... después del mes recién te arrimabas al fuego... (CR: ¿por qué?) porque dicen que es de recaído... ya venía, te dolía los pechos... ya la cabeza... y esa recaída siempre la cura un médico campesino, no saben curarla médicos...” (DF, Molinos)

¹⁰ La prescripción de sulfato ferroso se hace en términos preventivos, no sólo terapéuticos. Muchas mujeres afirman no consumirlo, por diversas razones, aunque no lo plantean al personal de salud.

En relación con ello, excepto en las mujeres mayores de la muestra (DF, MT, SR, MT) el resto no utiliza expresiones tales como “*desarreglos*”, “*matriz*” o “*decaída/recaída*”, “ *echar la guagua*”, “*ponerse gruesa*” u otras frecuentes en el discurso de las mujeres en décadas pasadas (Remorini et al, 2010). Del mismo modo, tampoco refieren para la actualidad la continuidad de prácticas tales como la “*manteada*”, el “*sobado*” y los “*sahumados*” (al menos no de modo generalizado) las que han perdido vigencia en virtud del nuevo escenario y actores intervinientes en el parto y atención de la salud. Por el contrario, notamos una creciente apropiación del vocabulario biomédico.

VI.2. *Trayectorias singulares*

En este apartado, nos interesa plantear algunas singularidades que aparecen en los relatos de las entrevistadas. Seleccionamos algunos, a modo de ejemplo, para dar cuenta de diversos aspectos que han tenido incidencia en el modo en que han experimentado estas etapas de su trayectoria y dan lugar a diferente valoración respecto de las oportunidades y recursos disponibles para afrontar estos momentos.

*Diana*¹¹

DF tiene 46 años, nació en Amaicha y completó la escuela primaria. Vive actualmente en Santa Rosa, en las afueras del pueblo de Molinos con su marido, nueve de sus once hijos de entre 27 años y 1 año de edad, y una de sus cinco nietas. Antes del primer parto, se mudó a Colomé y allí nacieron sus primeros seis hijos. En todos los casos, los partos fueron en la casa de DF, donde fue asistida por una vecina quien también se encargó de su cuidado durante el puerperio, así como del recién nacido.

“CR: *y cuando los nenes nacieron en el campo ¿quién te ayudó?* DF: por ahí había una vecina que se llamaba Salustiana, y ella me ayudó ahí (...) después, como vivía mi mamá, me atendió la mamá (...) CR: *¿me querés contar entonces como es tener los chicos en el campo?* DF: cuando sentía dolores que ya iban a nacer recién mandaba a buscar a la vecina que venga (...) Para que le corte el cordón CR: *¿y dónde lo tenías el bebé?* DF: así en el piso, me han tirado una cosa en el piso y ahí me he sentado y ahí (...) por ahí me ayudaba ella como ya sabe ella me sostenía (...) un poco de atrás” (Diana, Santa Rosa)

También refiere que en algunos de estos primeros partos estuvo presente su madre, y en cambio, su marido sólo la acompañó en el último. Los partos de su séptimo y octavo hijo se dieron en circunstancias especiales, ya que en ambos casos estaba siendo trasladada hacia el centro de salud cuando ocurrieron los nacimientos. De sus tres hijos más pequeños, dos nacieron en el hospital de Molinos y su última hija en un hospital de la ciudad de Salta, al

que fue derivada ya que por su edad avanzada (45 años) se consideraba un parto “de riesgo” y podía presentar complicaciones que en el centro de salud de Molinos no podían resolverse.

En la trayectoria vital de DF pueden marcarse ciertos eventos que muestran singularidades con respecto a las experiencias de otras mujeres. Particularmente, el hecho de que varios de sus hijos hayan nacido “en el campo” con la ayuda de una vecina que la aconsejó, e indicó ciertas restricciones que DF debía seguir durante el período posterior al nacimiento. Estas incluían no bañarse por algunos días, hacer reposo, no hacer fuerza ni acercarse al fuego. Ninguna de estas recomendaciones fueron seguidas por las mujeres que tuvieron partos hospitalarios, ni por DF en sus tres últimos partos. Esto plantea en su discurso diferencias entre sus partos domiciliarios -“en el campo”- y los últimos, en instituciones de salud con atención biomédica. En especial, estas diferencias se encuentran en la manera en que transitó el período de postparto. A este respecto, DF plantea que la atención y cuidados médicos durante y después de los partos hospitalarios lograron que se recuperara más rápidamente que “antes”. Esto le conduce a plantear cierta inadecuación de algunas pautas de cuidado tradicional durante el puerperio, cuando el parto ocurre en las instituciones biomédicas:

“DF: ahí nos tenía más o menos quince días sin bañarnos [POR CONSEJO DE LA VECINA QUE LA AYUDÓ EN SUS PARTOS EN EL CAMPO] en la pieza, y no levantarse, nos daban comida no pesada...(CR: *¿qué es la comida no pesada?*) DF: la comida no pesada es cuando usted le hace una dieta digamos, (...) y ahora no, ahora ya al otro día ya te dan las salsas, te dan todo (...) (CR: *¿y vos sentís que tu cuerpo... reacciona diferente?*) DF: y no... (CR: *¿esa comida pesada no le hace mal?*) DF: mal no porque, digo yo debe ser por las inyecciones que le puenen... me imagino... nunca me he sentío mal cuando ellos [EN EL HOSPITAL] me han dado la comida (...) digo yo que debe ser por las inyecciones, las vacunas que le puenen ahora, y antes no teníamos de eso (Diana, Santa Rosa).

Tal como se desprende del relato anterior la importancia otorgada a ciertos cuidados y recursos -“tradicionales” o biomédicos- están en estrecha relación con el contexto en que ocurre cada parto que incluye actores y saberes diversos. Es decir, la pertinencia y eficacia de los saberes y recursos se valora en función de las particularidades de estas experiencias y en referencia a su ubicación en diferentes momentos de la trayectoria de las mujeres. En relación a ello, tanto en el caso de Diana como de otras mujeres de su generación la importancia otorgada por las “mamis” al puerperio como instancia clave o liminal en la trayectoria reproductiva, en la que las mujeres quedan exceptuadas de ciertas tareas, separadas espacialmente del resto de la familia y se las percibe como particularmente

¹¹ Los nombres reales fueron cambiados para preservar la identidad de las entrevistadas.

vulnerables, se pone en cuestión en función de los cambios en el escenario y en la red de actores involucrados en la atención del parto.

Gloria

GR tiene 32 años, está casada, tiene cinco hijos, de entre 2 y 10 años, y vive en el “centro” de Molinos. De las 17 mujeres entrevistadas es una de las únicas dos que completó la escuela secundaria. Durante gran parte de su período de escolaridad vivió en Córdoba con una tía, y una vez terminados sus estudios regresó a Molinos y se casó. Sus hermanos también tienen títulos secundarios o universitarios, a diferencia de las familias de la mayor parte de las entrevistadas. GR también menciona su deseo de continuar sus estudios, aunque el hecho de tener que cuidar a sus hijos pequeños se plantea en su relato como un impedimento para poder concretarlo.

Los cinco hijos de GR nacieron en el Hospital de Molinos, y durante su primer parto rescata la ayuda y contención de una de las enfermeras del hospital que estuvo con ella en ese momento.

“(CR: y en cuanto a la atención que recibiste al momento de tener a los chicos, ¿vos ves que hay diferencias en los distintos partos?) GR: no, todo fue...creo que pasé por lo mismo, no hubo muchos cambios (...) pero cuando yo tuve el primer nene tenía una enfermera que siempre le decía “cuando yo tenga mi nene, más vale que este usted” y bueno, ella estuvo conmigo desde que llegué al hospital y hasta que tuve a mi hijo (...) el doctor estaba más parece con un partido de futbol (...) ella se quedó conmigo, porque encima era un fin de semana, un día domingo y prefería el partido de futbol (EL DOCTOR) que estar parado ahí atendíendote (CR: y esta enfermera fue la que te ayudo con el parto) GR: si, me ayudo, si, muchísimo (Gloria, Molinos).

Durante todos los embarazos realizó los controles médicos correspondientes, aunque reconoce no haber seguido todas las indicaciones médicas, privilegiando en ciertos casos sus propios criterios acerca de la manera más conveniente de cuidarse durante el embarazo.

“(CR: ¿y en cuanto a los cuidados que te recomendaban en el hospital (DE MOLINOS)? ¿te dan algún tipo de consejo cuando estas embarazada?) GR: si te aconsejan, por ejemplo, tenés que tomar mucho...para que tengas calcio, después te dan el hierro y...por ejemplo a mí me dieron muchas veces hierro, nunca lo tomé (...) me hacía re mal, así que opté por no tomarlo nunca, con ninguno (...) lo que si tomaba muchísimo era leche, leche, comía queso, cosas así, y después las comidas lo más sano que podía (...)” (Gloria, Molinos).

En su relato Gloria destaca el apoyo y ayuda que su marido le brinda en las tareas domésticas y el cuidado de sus hijos, particularmente durante sus embarazos. Esto plantea una diferencia, según ella misma refiere, con la forma de actuar de otros hombres, ya sea de la misma edad de su marido o de generaciones anteriores, como su propio padre.

(CR: *¿y cuando nacieron tus chicos? Por ahí viste cuando una está embarazada hay cosas que ya no hace tanto*) GR: sí, me ha cuidado un montón (SU MARIDO), yo le decía: “hay que lindo que tengo niño en mi casa que me cuida y todo” (...) él se dividía el tiempo, porque venía, les hacía dormir (A SUS HIJOS), y se iba y se quedaba conmigo en el hospital el mayor tiempo posible (CR: *cuando vos estabas internada por los nenes*) GR: exactamente, así que después cuando venía yo veía mi casa limpia, es como que asumía la responsabilidad el también acá (...) mis hermanos por ahí si son más machistas (Gloria, Molinos).

Las referencias a la participación de la pareja o marido en las tareas del hogar son escasas en los relatos del resto de las entrevistadas. En muchos casos los hombres realizan trabajos temporales fuera del pueblo, por lo que pasan períodos de tiempo fuera de sus casas, en los que el cuidado del hogar y los hijos recae exclusivamente sobre las mujeres.

Sonia

SR nació en Tacuil, pero hace seis años que vive en el “centro” de Molinos. Nació en su casa, al igual que sus hermanos, pues en esa época no había centros de salud cerca, y a los pobladores del lugar les era dificultoso llegar hasta ellos.

“SR: así dice la mamá... cuenta, en esa época que era difícil (LLEGAR AL HOSPITAL) y daba el caso donde a veces moría también la que daba a luz (...) hay chicas de mi edad que habían quedado así sin mamá, nada, porque dice que se desangraban y ya morían (CR: *en el mismo parto*) SR: en el mismo o a veces lo sacaban de la finca pero en un tractor (...) los tractores lerdos, ¿ha visto? (...) ella te cuenta casos donde los pacientes ya no llegaban más...” (Sonia, Molinos)

Ella, sin embargo, no vivió sus partos de ese modo. Tuvo a sus cuatro hijos en instituciones de salud: a su primera hija en el hospital de Salta cuando tenía veintiún años. A los demás, en Molinos, Cachi y Salta sucesivamente. Llegó a esos centros por derivaciones preventivas, ya que sufre hipertensión, dolencia que se agravó durante sus embarazos.

En su relato cuenta las complicaciones que sufrió durante el parto de su tercera hija. Cuando estaba cerca de la fecha del parto comenzó a tener hemorragias, y su tío la llevó en camioneta desde Tacuil hasta el hospital de Molinos, desde donde fue derivada al hospital de Cachi. Allí estuvo internada por quince días, junto a su bebé. Durante este periodo estuvo sola, lejos de su familia y sus otras hijas. Su marido era el único que la iba a visitar, cuando su trabajo se lo permitía. Una vez que le dieron el alta en Cachi, estuvo quince días más en Molinos, hasta que su hija pasara la situación de riesgo.

“SR: (...) y yo me vine... de aquí (MOLINOS) ya no me han dejado ir a Tacuil porque era muy chiquitita, tenía que pasar los dos kilos para ir (...) estaba aquí en mi casa e iba todos los días, y además ella no succionaba ni para agarrar los pechos ni nada (...) después con tanto intentar, tanto ir al hospital y volver, ha agarrado (CR: *¿y ahí en el hospital te ayudaban?*) SR: (...) me ayudaban los enfermeros, me decían cómo le tenía hacer para que ella chupara, porque era tan flaquita que no tenía fuerza (...) ya una vez que ha agarrado, aumentó de peso, me he ido...” (Sonia, Molinos)”

En el caso de SR, el saber “de antes” fue importante en los cuidados durante sus embarazos. Ella rescata los consejos de su madre como conocimiento positivo, eficaz y de apoyo, tanto instrumental como emocional, en esos momentos.

“(CR: *¿y tu mamá te daba algún consejo sobre los cuidados durante el embarazo?*) SR: sí, sí, sí, sí, siempre la mamá, siempre estaba diciéndome que no haga fuerza (...), que camine...la mamá siempre ha sido de cuidarme...” (Sonia, Molinos).

La transmisión intergeneracional de este tipo de saberes, incluye prácticas del tipo del “manteado” que se utilizan para acomodar dentro del vientre el bebé por nacer y, así, evitar complicaciones durante el parto.

“SR: entonces ella (SU MAMÁ) dice que más antes se hacían curar que... la mamá también me decía, cuando yo había estado embarazada... dice, “para que el bebé se ponga en un lugar vos tenés que hacerte mantear”, sabían decir... (...) (CR: *¿y a vos te mantearon alguna vez?*) SR: sí, mi abuelito me ha hecho acostar, y (...) entonces ha agarrado, ha puesto un poncho, me ha hecho acostar y me hacía así (MOVIÉNDOLA DE UN LADO AL OTRO)” (Sonia, Molinos).

Inés y Paula

IC y PC son hermanas y viven en Churkal, un paraje de las afueras de Molinos. Ambas residen en la misma casa: IC, de 25 años, junto a su pareja y sus dos hijos, de 3 y 11 años de edad; y PC, de 24 años, con sus cuatro hijos, de entre 3 meses y 8 años de edad. Con ellos también viven sus padres y cinco de sus doce hermanos, dos de los cuales tienen hijos. Si bien son hermanas y conforman una misma unidad doméstica se pueden apreciar ciertas diferencias respecto experiencias.

Inés completó sus estudios sólo hasta el primer año del Polimodal, y luego realizó un curso de formación como agente sanitario. Durante la entrevista, refiere que le gustaría terminar sus estudios secundarios -los que abandonó al nacer su primera hija- y empezar la carrera de enfermería. Actualmente trabaja como agente sanitario realizando visitas domiciliarias durante las cuales controla el peso, talla y otras cuestiones relacionadas con el crecimiento y desarrollo de los niños menores de seis años. Paula posee sólo primaria completa y es ama de casa.

Inés tuvo a sus dos hijos en el hospital de Cachi. La derivaron hasta allí porque tenía problemas de hipertensión, y existía la posibilidad de que sus partos fueran por cesárea. Debido a su complejidad, este tipo de partos no pueden realizarse en el hospital de Molinos

“(CR: *¿por qué te fuiste para allá (A CACHI)?*) IC: me derivaron a Cachi (CR: *¿por qué?*) IC: porque tengo este... soy de la presión alta y es más riesgoso el parto, en Cachi si no podía tener parto normal me iban a hacer cesárea (CR: *¿y allá hacen cesárea?*) IC: sí, en Cachi hacían, ahora ya no hacen ya, no hay anestesista, (...) ya hacen parto directamente, o en Cafayate (Inés, Churkal)”

En el caso de Paula, todos sus partos fueron en el hospital de Molinos, excepto el de su segunda hija que nació en el hospital de Seclantás. En relación a estas experiencias, en su relato destaca que antes del parto de su primer hijo, estuvo internada durante una semana a pesar de no presentar ninguna patología que pusiera en riesgo su embarazo, de acuerdo con el procedimiento que se sigue en el caso de mujeres primerizas que viven fuera del pueblo de Molinos.

“PC: al primero me fui a internar porque era el primero y no sabía cómo iba a ser (CR: *¿cuando empezaste a sentir contracciones ya te fuiste?*) PC: no, no, me llevaron días antes, porque antes había una enfermera que era...ya más a los que tenían primero los llevaban mas antes y la internaban cuando eran los primer hijos (...) (CR: *¿y te acordás cuanto tiempo estuviste?*) PC: como una semana y media (...) sola estaba ahí (CR: *¿y que hacías?*) PC: y nada, me sacaban a caminar (CR-*¿y con los otros nenes fue igual?*) PC: no, con ellos cuando sentí las contracciones ahí recién fui” (Paula, Churkal)

En su relato, IC comenta que su madre la aconsejó durante los embarazos, tanto a ella como a su hermana. Estas recomendaciones son valoradas y destacadas en su relato, pero considera que algunos saberes de la gente “de antes” ya no tienen vigencia. En su caso, aunque estos saberes estuvieron presentes durante sus embarazos a través del discurso de su madre, se privilegian otro tipo de conocimientos.

“IC: bueno, mi mama ella siempre está recomendando, ¿has visto? Por ejemplo que no tenemos que levantar tachos pesados, que por ahí haces una mala fuerza y podes tener una hemorragia (...) después no podes salir mucho al sol, que como que de la gente de antes viste tiene otras ideas (...) (CR: *¿porque el sol que puede hacer?*) IC: porque dice que puede ser que se pega la placenta contra no se qué de la espalda, no sé qué parte, no sé (CR: *¿y vos le haces caso o lo tomabas a veces y...?*) IC: a veces le hacía caso y a veces no, decía no, vamos a dejar con esas ideas de la gente de antes porque...antes no se, tenían otra ideas ¿viste? las madres, en cambio como ahora no, es muy diferente (Inés, Molinos).

En ambos relatos son la madre y los médicos quienes se mencionan como apoyo principal en estas instancias, a diferencia de las figuras familiares masculinas (pareja, padre, hermanos) quienes no son referidos como actores relevantes. El papel de éstos se relaciona más bien con el soporte económico de la unidad doméstica. Esta situación se da en la mayoría de los casos tratados, apareciendo como excepciones los casos donde, además de contribuir a la economía familiar, los hombres ayudan con las tareas del hogar, cuidado de los niños y aconsejan sobre los cuidados que deben tenerse en el embarazo, parto y puerperio (GR, MS).

VII. Palabras finales

En este trabajo nos hemos propuesto caracterizar experiencias y prácticas asociadas a la maternidad, en particular, las etapas pre y postnatales, identificar convergencias y divergencias entre las mujeres vallistas, así como continuidades y cambios ocurridos

respecto de las generaciones previas. Del análisis de tales aspectos resultan una serie de consideraciones generales que se presentan a continuación.

La información presentada aquí nos muestra cómo a través del estudio de las vivencias en torno a estas etapas de la trayectoria reproductiva podemos asimismo acceder a diversos aspectos del modo de vida de las mujeres vallistas, tales como la organización doméstica, las relaciones intergeneracionales, las identidades de género, los saberes sobre el cuerpo y las nociones acerca del trayecto vital. Asimismo, debemos considerar las diversas expresiones acerca del cuidado de la salud, la maternidad y la crianza de los hijos como resultado de una amalgama compuesta de concepciones “tradicionales” y otras resultantes del contacto interétnico, del acceso a información y tecnología de diversa índole y de la articulación con actores e instituciones a diversos niveles, que configuran un escenario complejo que da cuenta de la identidad y trayectoria de vida de estas mujeres como productos de un momento histórico determinado.

Los actores que resultan significativos en tanto proveedores de consejo y apoyo para las mujeres en estos momentos, provienen fundamentalmente del contexto doméstico, más precisamente las mujeres de la familia de mayor edad. Es decir, se privilegian las relaciones verticales por sobre las horizontales. En segundo término se mencionan como referentes a profesionales de salud locales. Raramente se incluyen otros actores (incluyendo el esposo de la mujer) lo que da como resultado una red vincular pequeña pero que parece resultar eficaz desde la perspectiva de las mujeres entrevistadas para brindar ayuda, sostén y orientación en estas instancias de la trayectoria vital.

Los testimonios de las mujeres mayores dan cuenta de que si bien el embarazo es una condición que no afecta profundamente las labores cotidianas de la mujer, existe un modelo de cuidado cultural específico para la mujer que denota su grado de “fragilidad” que se extiende hasta el puerperio y justifica un conjunto de pautas de cuidado transmitidas por las “*mamis*”. Respecto del parto y puerperio, se aprecian cambios en las prácticas culturales dado en parte por la profesionalización de la atención a la embarazada. No obstante, en el discurso de las mujeres aún está presente el contenido de los relatos de madres y abuelas quienes tenían sus hijos en casa, ayudadas por matronas empíricas. Al respecto, en los relatos de las entrevistadas estuvo siempre presente un discurso sobre el antes y el ahora, de lo que hacían y creían las abuelas o antiguas y lo que hoy se piensa y practica (Alarcón y Nahuelcheo, 2008; Remorini et al, 2010). De este modo, los saberes que se ponen en juego durante embarazo, parto y puerperio adquieren sentido y se revelan pertinentes o

adecuados, según el contexto en el cual se encuadran esas experiencias y su ubicación en el trayecto vital.

Al igual que señala Drovetta (2009) para la Puna “... *el parto constituía antaño un momento privado, donde la familia extensa desarrollaba un rol fundamental en la preparación del hogar y la atención y cuidado de la parturienta y su hijo. Posteriormente y en tanto el sistema sanitario se extendió, la medicalización del parto fue excluyendo de escena a todos los actores que no fueran biomédicos, en función de determinar la ‘patologización’ del embarazo y la institución de la categoría de ‘riesgo’ como concepto de exclusión de los legos. Así, las normas médicas proponen que sólo quien posea los conocimientos de la racionalidad obstétrica y biomédica y se encuentre legitimado por esa institución, puede desenvolverse en tales circunstancias. (...)*”. Desde estas acciones se marginaliza a otros actores: no sólo los hombres (esposos y padres del niño por nacer) sino también a otras mujeres y hombres del entorno doméstico que cumplen roles importantes en el sostén y apoyo a la mujer durante estos momentos y en la crianza de los hijos, como vimos anteriormente.

Observamos también que la disponibilidad y la preferencia por algunos recursos están en función de las trayectorias personales y de cada situación particular. En sus discursos y prácticas estas mujeres apelan a la “tradicción”, al discurso de “los de antes”, a sus experiencias previas y a la efectiva disponibilidad de un recurso en un momento dado para justificar sus decisiones y estrategias. En este sentido, la toma de decisiones actualmente se basa en el acceso, selección y combinación de informaciones de diverso origen, muchas veces contradictorias y cuya legitimación social no es compartida en forma homogénea. En este sentido, coincidimos con Castilla (2008) cuando señala que “... *Las decisiones, los peligros, las ambivalencias de la maternidad que antes estaban definidas en gran medida por el grupo familiar o la comunidad, y que se erigían sobre unas reglas claras, ahora se ven sujetas a una mayor ambigüedad e incertidumbre: las madres tienen mayor margen para cuestionar, y al mismo tiempo una mayor oferta para escoger*”. Así, se registra un cambio en las representaciones de las mujeres acerca de lo que es más conveniente a su salud y la de su hijo, como resultado de continuas transacciones ideológicas y simbólicas con los agentes de salud biomédicos (Drovetta, 2009).

De este modo, no obstante el reconocimiento de su valor –simbólico, moral y práctico- la “tradicción” comienza a ser cuestionada, se pone en duda la “eficacia” de algunas prácticas por referencia a los nuevos conocimientos y tecnología biomédica. En tal sentido,

actualmente la maternidad comienza a ser vista como una actividad que requiere del consejo experto proveniente del profesional médico, lo que es reforzado en la interacción diaria con el personal de salud. En relación con ello, se observa adhesión pero también resistencia hacia las intervenciones biomédicas, algunas mujeres prefieren mantener cierta “independencia” respecto de las opiniones de los profesionales, aunque a veces no expresen confrontación o hagan explícita su resistencia en la interacción con ellos.

En este sentido, reducir las decisiones y estrategias de cuidado a la oposición entre lo “tradicional” y lo “moderno”, o entre el “saber popular” y los “conocimientos biomédicos”, constituye una simplificación excesiva y resulta insuficiente para dar cuenta de la compleja articulación de los diferentes saberes que confluyen en los contextos locales (Remorini, 2009).

Con este trabajo esperamos aportar a una primera caracterización de aquellos aspectos que dan cuenta de transformaciones en las trayectorias de vida, oportunidades y expectativas de las mujeres que habitan los valles calchaquíes, tema escasamente explorado hasta el momento y que nos abre un conjunto de interrogantes que continuarán orientando futuras aproximaciones al modo de vida en esta región de nuestro país.

Bibliografía

Alarcón, A. M. y Y. Nahuelcheo (2008) “Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas” En: *Revista Chungará* (Arica) [online] V. 40, N°2.

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Paidós.

Chamorro, A. y C. Tocornal (2005) *Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama: hacia una etnografía médica contemporánea*. En: *Estudios Atacameños*, Chile, Universidad Católica del Norte, San Pedro de Atacama, número 30. p. 117-134, 2005.

Crivos, M. (1978) *Algunos aspectos de la medicina popular en Molinos* (Provincia de Salta). En: *Revista Sapiens del Museo Arqueológico Dr. Osvaldo F. A. Menghin*, N°2, pags 15 a 27. Casa de la Cultura, Municipalidad de Chivilcoy, Chivilcoy.

— (2004) “Contribución al estudio antropológico de la medicina tradicional de los Valles calchaquíes (Provincia de Salta)” Tesis Doctoral. Facultad de Ciencias Naturales y Museo. Universidad Nacional de La Plata. Available in: <<http://sedici.unlp.edu.ar?id=arg-unlp-tpg-0000000083>>

Crivos, M. y A. Eguía (1981). "Dos estudios antropológicos sobre medicina tradicional de los Valles Calchaquíes, Argentina". En: *Folklore Americano*, 31. Publicación del Instituto Panamericano de Geografía e Historia, OEA.

Crivos, M.; A. Eguía y G. Pis Diez (1982) *Tendencias en las investigaciones sobre Antropología y Medicina*. En: *Revista Quirón*, 13 (1). Fundación Dr. José María Mainetti para el progreso de la medicina.

Crivos, M. y M. R. Martínez (1996) "La narrativa oral de los "médicos campesinos" como fuente para el estudio del cambio y continuidad en las concepciones y vivencias acerca de la enfermedad en Molinos(Salta, Argentina)". *Actas de la IX International Oral History Conference*. Göteborg, Sweden: *Communicating Experience*. Pp. 764-773.

— (1999) "Categorización de las enfermedades en una población de los valles calchaquíes (Salta, República Argentina)". En: *Incontri Tra Medicine. Meeting between Medicines*. 3º Colloquio Europeo di Etnofarmacologia, Pp. 116-123. Erga edizioni. Genova Italia.

— (2006) "Los valles según Nicasia: gente, lugares e historias en la narrativa de una médica campesina del Valle Calchaquí (Salta, Argentina)" Ponencia al Décimocuarto Congreso Internacional de Historia Oral. Sidney, Australia.

Crivos, M.; M. R. Martínez y M. L. Pochettino (2000) "Interdisciplinary approach for the study of medicinal plants among two rural communities in Argentina". En: *Proceedings II International Symposium of Ethnobotany (Medicinal plants: folk tradition, history and pharmacology)*. Publicacion en CD.

— (2003) "¿Las plantas son el recurso terapéutico más importante para las "enfermedades del espíritu"?" La etnomedicina del Valle Calchaquí, Salta, Argentina. En: *Proceedings II International Symposium of Ethnobotany Disciplines*. La Paz, Bolivia.

Drovetta, R. I. (2008) "Morbimortalidad femenina en la Puna jujeña: potencialidad de la técnica autopsia verbal". En: *História, Ciências, Saúde*, v.15, suplemento, p.257-268. Rio de Janeiro, Manguinhos.

—(2009) "Biomedicina y políticas de salud reproductiva en un contexto rural indígena de la puna jujeña, Argentina". En: *Revista Barbarói*. Universidad de Santa Cruz do Sul, N° 31, Agosto-Diciembre 2009.

Fernández Peña, R. (2005) "Redes sociales, apoyo social y salud". En: *Periferia*. N°3. Barcelona: UAB. Pp. 1-15.

Freidenberg, J. (2000) *Vidas Privadas/Políticas Públicas; Historias de Vida Como Etnografía Aplicada*. Cuadernos del Instituto Nacional de Antropología 147-166.

Gonza, N. (2009) Informe interno. Evaluación Epidemiológica Pre-ronda 61. (Abril-Junio 2009). Hospital "Abraham J. Fernández". Molinos. MS.

Hanneman, R. A. (2000) "Introducción a los métodos de análisis de redes sociales" (Versión en castellano). Recuperado en diciembre de 2007, de: <http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos>

Hernández, N. (2009) "Diagnóstico de situación de salud del Área Operativa N° XXVI". Trabajo final de la Especialización en Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Salta. M S.

Kornblit, A.N y A.M. Mendez Díaz (1987) "Actualización sobre el concepto de estrés ambiental". En: *Medicina y Sociedad*, 10 (4).

Lalive d'Epina, C.; Bickel, J. F.; Cavalli, S; Spini, D. (2005) "Le parcours de vie: émergence d'un paradigme interdisciplinaire". En: Guillaume, J. F. (ed.), *Parcours de vie. Regards croisés sur la construction des biographies contemporaines*. Liège, Les éditions de l'Université de Liège.

Martínez, M. R. y C. Crivos (2010) El hospital como alternativa médica en una población rural del Valle calchaquí, provincia de Salta, Argentina. Aceptado para su publicación en *Revista Memories*, Universidad de Padua. En prensa.

Martínez, M. R. y M. L. Pochettino (1992) The "Farmacia casera" (household pharmacy): a source of ethnopharmacobotanical information. En: *Fitoterapia*, Vol LXIII, n° 3

Martínez, M. R.; M. L. Pochettino y A. R. Cortella (1996) "Unidad doméstica y medicina: recursos vegetales empleados en la terapia de diferentes enfermedades por los pobladores de Molinos (Salta Noroeste de Argentina)". En: *Actas del III Coloquio Europeo de Etnofarmacología. I Conferencia Internacional de Antropología e Historia de la Salud y la Enfermedad*.

Massaccesi, H y L. Massaccesi (2008) Ejercicio de la medicina en el NOA, su desafío. *Revista Hospital Italiano Buenos Aires*, 28 (1). Available in: <http://revista.hospitalitaliano.org.ar>

Pasarín, L. (2009) "Estudio antropológico de redes sociales de madres adolescentes durante el embarazo". En: *Revista Avá [online]*, N° 14.

Pochettino, M. L. y M. R. Martínez (1998) "Aporte al conocimiento actual de las plantas medicinales en Argentina: estudio etnobotánico en el Departamento de Molinos, Provincia Salta, Argentina" En: A.G Arnat (Ed). *Farmacobotánica y Farmacognosia en Argentina (1980-1999)*. La Plata: Ediciones Científicas Americanas.

Remorini, C. (2009) "Aporte a la Caracterización Etnográfica de los Procesos de Salud-Enfermedad en las Primeras Etapas del Ciclo Vital, en Comunidades Mbya-Guaraní de Misiones, República Argentina". Tesis Doctoral. La Plata: Universidad Nacional de La Plata, Edulp, 1ra ed. Available in:

<http://sedici.unlp.edu.ar/search/request.php?id_document=ARG-UNLP-TDG-

—(2010) "Contribuciones y proyecciones de la Etnografía en el estudio interdisciplinario del desarrollo infantil". En: Revista Perspectivas en Psicología. N° 13. Enero-Diciembre de 2010. Pp. 73-102. Universidad de Manizales, Colombia.

Remorini, C.; M. G. **Morgante** y M. L. **Palermo** (2010) "Mamis" y "guaguas": algunas consideraciones acerca de la maternidad y la crianza a través de las generaciones en Molinos (Salta, Argentina). Disponible en:

<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/GTF/remorini.pdf>

Saranson et al. (1983) "Assesing social support: The Social Support Questionnaire". En: Journal of personality and social psychology, 44.

Settersten (2002) "Proposition and controversies in Life-course Scholarship". En: Settersten, Richard (Ed.) Invitation to the Life- course. Towards new understanding of later life. Amit ville. New York.

Sluzki, C. (2002) "De como la red social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta la red social". En: Dabas, E. y D. Najmanovich (comp.). Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil. Ed. Paidós, Argentina

Stern, D. N. (1999) Diario de un bebé. Ed. Paidos, Barcelona

Teves, L.; **Sy, A.;** **Remorini, C.;** **Crivos, M.** y M. R. **Martínez** (2007) "Redes personales y contextos sociales estructurantes en las trayectorias de vida". Ponencia en la V Mesa Hispana para el análisis de redes sociales. [Methodology of social networks within social research](#). 2007- XXVII International Sunbelt Social Network Conference. Corfú, Grecia. Resumen publicado en: http://revista-redes.rediris.es/webredes/vmesahispana/Resumen_Sunbelt_07_TEVES.htm

Tola, F. (2001) "Ser madre en un cuerpo nuevo: transformaciones en las representaciones toba de la gestación". En: Relaciones de la Sociedad Argentina de Antropología XXVI. 2001. Buenos Aires. 57-71.

Weisner, T. (1984) "Ecocultural Niches of Middle Childhood. A cross-cultural perspective". En: Collins, A: *Development during middle childhood*. Washington: National Academy Press.

— (1998) "Human development, child well-being and the cultural project of development". En: Sharma, D y Fischer, K. *Socioemotional development across cultures*. San Francisco: JosseyBass Publishers.

— (1996) "Why Ethnography Should Be the Most Important Method in the Study of Human Development?". En: Jessor, R, A. Colby y R. Shweder (Eds) *Ethnography and Human Development*. University of Chicago Press

Whiting, B; Edwards, C. (1997) *Children of Different Worlds. The formation of social behavior*. Cambridge: Harvard University Press.

Whiting, B; Whiting, J. (1975) *Children of six cultures. A psico-cultural analysis*. Harvard: Harvard University Press.