

Corporalidad mbya guaraní en la consulta médica durante la gestación

Alfonsina Cantore

 <https://orcid.org/0000-0001-8837-8435>

Universidad de Buenos Aires / Universidad Federal da Bahía

alfonsinacantore@gmail.com

RESUMEN

Este trabajo se propone abordar las nociones de cuerpo durante las consultas biomédicas de mujeres mbya guaraní al norte de Misiones (Argentina). Desde un enfoque etnográfico, se propone repensar aspectos de las corporalidades mbya en la consulta médica que no se tienen en cuenta desde la perspectiva biomédica. Las nociones biomédicas se extrapolan a contextos interétnicos donde no siempre coinciden con las indígenas, pero las mujeres tampoco las desechan en su totalidad, a veces le dan nuevos sentidos. Pensar el cuerpo embarazo desde el enfoque de la biomedicina limita otros aspectos a considerar en estos escenarios como puede ser la timidez que aparece es una expresión de las relaciones interétnicas y de género que se manifiesta de forma particular en el embarazo y parto.

Palabras clave: Embarazo, Mujeres indígenas, Salud, Biomedicina

Mbya Guaraní Corporeality in Medical Consultations During Pregnancy

ABSTRACT

This work aims to address the notions of the body during biomedical consultations of Mbya Guaraní women in northern Misiones (Argentina). Through an ethnographic approach, it seeks to rethink aspects of Mbya corporealities in medical consultations that are not considered from the biomedical perspective. Biomedical notions are extrapolated to interethnic contexts, where they do not always align with Indigenous ones, yet the women do not completely reject them; sometimes, they give them new meanings. Thinking about the pregnant body from a biomedical perspective limits other aspects to be considered in these settings, such as shyness, which emerges as an expression of interethnic and gender relations, manifesting in particular ways during pregnancy and childbirth.

Keywords: Pregnancy, Indigenous women, Health, Biomedicine



INTRODUCCIÓN

Las poblaciones indígenas no construyen sus nociones sobre la corporalidad y la sexualidad de manera aislada, por ello, abordar las «perspectivas indígenas» lejos de suponer un corpus aislado u homogéneo implica un avance sobre la complejidad de imágenes solapadas al respecto. Es decir, elementos como el ámbito cosmológico, o la búsqueda de «lo tradicional» no nos lleva a comprender lo que las personas hacen desde y con sus cuerpos, sino que puede reforzar descripciones que den lugar a estereotipos. Este texto forma parte de una investigación más amplia que se focaliza en las experiencias de gestación y parto de mujeres mbya guaraní y sus vínculos constantes con el sistema público de salud durante esta etapa.

Las representaciones del cuerpo y la corporalidad se tensionan en los escenarios interétnicos. Retomando la pregunta del dossier, «¿qué nociones de salud, cuerpo, poder y persona emergen y se negocian en estos procesos?», presentaré aquí algunas dimensiones de análisis que fueron registradas durante mis trabajos de campo en contextos de salud interétnicos al norte de Misiones, en Argentina. El interés en este artículo es reconocer dimensiones de la corporalidad que aparecen en esos encuentros y que no necesariamente son referenciadas como parte del proceso de embarazo y parto. Específicamente, me centraré en la timidez como una expresión que aparece fuertemente en contextos interétnicos, pero que no necesariamente es ligada a la reproducción y, por tanto, se sale del marco de referencia de las/os profesionales biomédicas/os.

El punto de discusión es que la biomedicina extrapola sus representaciones del cuerpo a contextos muy diferentes. En la primera parte de este texto, presentaré algunas de esas descripciones porque nos ayudan a pensar desde dónde las/os profesionales se ubican al momento de la consulta de las mujeres mbya guaraní, cuáles son sus supuestos y concepciones previas. Y, en la segunda parte, retomaré

una dimensión que tiene que ver con la disposición y expresiones de los cuerpos de las mujeres para profundizar lo que sucede en esa consulta médica, es decir, un encuentro que es mucho más que una imagen de cuerpos para la reproducción. La hipótesis que sostiene este trabajo es que las representaciones corporales que tiene la biomedicina desconocen otros aspectos de la corporalidad que podrían ser tenidos en cuenta al momento de la consulta con mujeres mbya guaraní. De aquí que busco dar cuenta de las diferentes representaciones del cuerpo embarazado para la biomedicina y la corporalidad de las mujeres mbya en la consulta biomédica, incorporando en este último punto una dimensión situacional de análisis que es la timidez.

En el apartado «Más que cuerpos, órganos reproductivos» veremos que en la obstetricia se trabaja mayormente a partir de una idea biologicista que piensa el cuerpo como un objeto, una herramienta manipulable. A continuación, propongo pensar la «timidez» como categoría de encuentro interétnico porque permite problematizar el lugar de la interculturalidad y el género en la consulta médica. Comenzar con este punto es una invitación a pensar los cuerpos de manera situada, cómo dialogan las representaciones y generan nuevas experiencias en el proceso de embarazo y parto. Antes de iniciar el análisis presentaré algunas coordenadas metodológicas que permiten comprender el referente empírico.

METODOLOGÍA

Este trabajo es parte de una investigación etnográfica llevada a cabo en Iguazú (norte de Misiones, Argentina) con mujeres mbya guaraní. Se trata de un grupo indígena en el que sus formas de vida y prácticas cotidianas están fuertemente vinculadas a la religiosidad, de lo que el proceso de embarazo y parto no escapa. Las investigaciones antropológicas apuntan que para que un embarazo se dé tiene que haber una intencionalidad de los dioses. En este texto no retomaré las dimensiones cosmológicas del embarazo porque ha sido debatido en otros espacios (Enriz, 2010) y mi interés es dar cuenta de las corporalidades que presentan estas mujeres en las consultas médicas.

En la provincia de Misiones (Argentina), los vínculos entre las comunidades indígenas y el sistema público de salud se está fortaleciendo desde los inicios del siglo XXI hasta la actualidad. Especialmente en Iguazú, donde realizo trabajo de campo, zona de mayor densidad poblacional indígena de la provincia y donde se destinan mayores recursos materiales y humanos para este grupo. En los

alrededores a la ciudad hay seis comunidades indígenas que cuentan con centros de atención primaria a la salud y la distancia al hospital es corta y accesible. La salud reproductiva y de la niñez son los principales objetivos del Ministerio de Salud provincial. Esta zona registra los vínculos más cotidianos con el sistema de salud público, las visitas de las/os médicas/os a las comunidades son semanales, el hospital está muy cerca de las comunidades, etc., lo que permite que los intereses de sistema estatal en la atención biomédica a la etapa reproductiva puedan ser llevada a la práctica.

El contexto es fundamental para comprender los datos presentados en este trabajo. El espacio sociotemporal llevó a que mis preguntas etnográficas tengan una perspectiva situacional que atiende a aspectos que no siempre son relacionados a la gestación. Este texto es resultado de mi tesis doctoral que tiene nueve años de trabajo de campo con mujeres mbya. Durante ese tiempo compartí incontables charlas con innumerables mujeres y otras personas de las comunidades como con profesionales de salud, realicé observación participante en ámbitos comunitarios y sanitarios, participé en talleres sobre educación sexual y actividades cotidianas en las comunidades. Los datos que sustentan esta investigación fueron recopilados principalmente por observación participante, donde gran parte de ese trabajo implicó una observación directa y atenta a las corporalidades no mediadas por la palabra, más bien se trató de un esfuerzo etnográfico por describir lo que podía ver en el campo, cómo se expresaban las mujeres, cuáles eran sus vínculos cotidianos, etc. Ingresé al campo queriendo analizar específicamente temáticas de parto y nacimiento y me focalicé en múltiples dimensiones. La observación participante con estas mujeres y las entrevistas con profesionales exhibieron tensiones y encuentros en la forma en que el cuerpo es pensado y la corporalidad expresada.

MÁS QUE CUERPOS, ÓRGANOS REPRODUCTIVOS

En la biomedicina encontramos un discurso institucional hegemónico sobre el cuerpo de las mujeres y, aunque haya voces disonantes, se sostiene una idea biologicista sobre este. Los abordajes feministas, en cambio, ofrecen nuevas perspectivas que debaten el abordaje del cuerpo de las mujeres desde un modelo médico hegemónico.¹ Emily Martin (1987) ha analizado cómo la metáfora

¹ Por modelo médico hegemónico se entiende un modelo explicativo que hace referencia a un conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por la medicina científica. Como tal es dinámico y está en transformación permanente (Menéndez, 1992).

industrial es corrientemente utilizada para describir el cuerpo de las mujeres en relación con la reproducción. Siguiendo a esta autora, la medicina considera que un cuerpo está sano cuando tiene la capacidad de producir bebés y, cuando no lo puede hacer, puede ser manipulado mecánicamente por la biomedicina.

Desde la antropología de la salud y la reproducción, Fabiola Rohden (2001) explica que a partir del siglo pasado la medicina se preocupa fundamentalmente por la sexualidad y la reproducción creando sus propias especialidades, la ginecología y la obstetricia. Mientras la ginecología se ocupa específicamente de las diferencias sexuales, los órganos sexuales y la fisiología, la obstetricia se vincula específicamente con el embarazo y parto. Pero, para la autora, esta diferencia se pierde porque en ningún caso la medicina disocia a la mujer de la reproducción como sí lo hace con los varones. Incluso, cuando se trata del cuerpo femenino este alcanza «su perfección» luego de la pubertad cuando aparece la posibilidad biológica de embarazarse. Así, se construyen dos especialidades médicas que tienen como objeto al cuerpo femenino, pero leído desde la posibilidad de reproducirse.

En esta línea, para Alejandra Roca (2010) la división de la medicina en especialidades hace que el cuerpo sea leído por sus partes: óvulos, hormonas, vagina, útero, etc. Esos órganos son comprendidos cada uno como una realidad biológica autónoma que forman parte del todo, a la vez que pueden ser diferenciadas de este. Cada una de estas partes es estudiada como si el sistema reproductivo fuese una separación material de otros sistemas corporales. Esa fragmentación es alentada por tecnologías que permiten observar, calcular y analizar milimétricamente cada uno de sus elementos (Rapp, 2001; Martin, 1987; Chazan, 2008). La mayoría de las investigaciones coinciden en que, a su vez, la observación detallada que permite la tecnología aumenta la separación entre dos cuerpos: la madre y el feto.

Siguiendo a Rayna Rapp (2001), la ecografía es una tecnología que permite imaginar al feto como una entidad independiente que puede ser medicalizado y controlado, en otras palabras, un objeto de intervención. Con esta herramienta se enfatiza la idea de que el cuerpo gestante está ahí para dar lugar y hacer crecer a otro cuerpo. En otras palabras, es un empaquetado que debe actuar a disposición del feto. Esta es la base sobre la cual la medicina interpreta el cuerpo de la madre (Imaz, 2010) y la lleva a considerar que si hay un mal crecimiento o dificultad en el desarrollo de la gestación se entiende que hay una falla en la mujer y su cuerpo.

De esta manera, el discurso médico presenta a las mujeres como portadoras de cuerpos imperfectos (Blázquez Rodríguez, 2005) que tienden a fallar, que no tienen la misma eficiencia que las máquinas (Martin, 1987). Esta forma de concebirlo tiene como resultado un tratamiento del embarazo similar al de una

enfermedad, aunque no esté catalogado de esta manera. Siguiendo a Lorena Pollock (2009), las ideas biomédicas sobre el cuerpo se corporizan en las mujeres, van creando nuevas ansiedades y miedos en ellas que hace que busquen soluciones en la misma biomedicina, es decir, estos enfoques no quedan solo en el circuito médico, sino que se esparcen en diferentes ámbitos sociales.

Como anticipa Thomas Laquer (1987), las interpretaciones médicas y de los cuerpos deben ser contextuales y situadas porque detrás tienen configuraciones e imaginarios de género de las/os actores. En su trabajo encontramos que las mismas responden a una mirada anatómica que responde a un sesgo sexo-genérico dando como resultado una lectura heteronormada de los cuerpos. Obviamente, la medicina no es una unidad coherente, ha ido cambiando y modificando con ella sus lecturas sobre el cuerpo (Mol & Berg, 1998). Sin embargo, las ideas biologicistas no han sido completamente desechadas y son un punto de tensión entre las/os profesionales (Roca, 2010). Aunque se lo sigue leyendo como objeto manipulable, no es un ente fijo, por el contrario, envuelve un conjunto de prácticas y discursos concretos.

La obstetricia piensa el cuerpo reproductivo como un objeto médico, sin tener en cuenta las percepciones de las mujeres y las dimensiones de lo que para ellas significa estar embarazadas, sus deseos y subjetividades. El cuerpo, al ser pensado como un objeto de uso, puede «desgastarse» y es lo que para la biomedicina ocurre con el cuerpo de las mujeres con numerosos embarazos. Siguiendo la idea de cuerpo femenino como un ente útil para la reproducción, para hablar de «desgaste» podríamos utilizar como metáfora que la máquina se pone vieja, ya no resiste a la (re)producción.

Estas nociones son puestas en juego en los contextos de interculturalidad de la provincia de Misiones. Es necesario decir que las familias mbya guaraní están compuestas por varias/os hijas/os que pueden ser de una misma pareja o no. Algunas veces, tías/os y sobrinas/s pueden ser de una misma generación, lo que da cuenta de que los años reproductivos de las mujeres son extensos. Pero ello no necesariamente conduce a una representación del cuerpo desgastado como sí lo hace la obstetricia. El registro de una obstétrica es bastante iluminador para dar cuenta de cómo esta metáfora reproduce imágenes de cuerpos defectuosos y descuidados, a la vez que los fragmenta enfatizando en uno u otro órgano. El segmento que cito a continuación sucede durante una guardia en el hospital de la ciudad de Iguazú (Misiones, Argentina). Mientras conversamos, una paciente (no-indígena) esperaba en sala de parto, pero la profesional conversaba tranquila porque «aún no había dilatado demasiado»:

Le consulté si sabía de partos en la comunidad y ella respondió que no, que actualmente todos los nacimientos eran en el hospital. Según su parecer, si algún parto sucedía en la «aldea» se trataba de mujeres que ya habían tenido muchas/os hijas/os «y no se daban cuenta que están dilatando». Serían mujeres que pasaron por siete u ocho partos y sus úteros «ya estaban demasiado grandes». Mencionó que había atendido a una mujer de 29 años con siete hijas/os que «estaba destruida». Ante estas situaciones apuntaba a la anticoncepción porque «sus úteros están muy abiertos y es posible que se generen hemorragias u otras complicaciones de muerte materna» aludiendo a una generalización (Conversación con obstétrica, registro de campo, 23 de agosto de 2021).

La obstétrica pone en escena sus propias ideas de los cuerpos en la producción, ella misma menciona la dilatación de la vagina y el agrandamiento del útero como situaciones físicas que degradan a las mujeres. Las ideas de ensanchamiento vaginal y uterino se homogeneizan y se hace una generalización de los cuerpos que se representan en palabras como «estaba destruida». Un efecto colindante de estas ideas es que conllevan a un peligro latente, es decir, la posibilidad de que una hemorragia resulte en una muerte materna, lo que justifica la intervención médica. Ante esta amenaza, se recomienda la anticoncepción que llevará al fin de la etapa reproductiva y, posiblemente, con ello se marque el cese de la circulación de esa mujer en el sistema público de salud. Se trata de un efecto no considerado por la obstétrica, pero que advertimos con los años de trabajo de campo. El pueblo mbya cuenta con amplios conocimientos de medicina de monte y una espiritualidad muy fuerte con la que enfrentan cotidianamente sus dolencias y enfermedades y, si bien los itinerarios terapéuticos no se limitan a uno u otro sistema de salud, es durante la etapa reproductiva cuando mayor vínculo tienen con el sistema público de salud porque, en la provincia de Misiones, la mayoría de los programas y planes sanitarios se enfocan en este periodo.

Las ideas sobre el desgaste no son completamente contradictorias en la población mbya. Carolina Remorini registra frases como «las mujeres se gastan con tantos hijos» o «pierde fuerza si tiene muchos hijos» (2009, p. 215) haciendo las primeras referencias al cuerpo de las mujeres que han pasado por procesos de embarazo y parto, especialmente en torno a su desgaste. En los voluminosos trabajos de León Cadogan apenas encontramos una oración que habla sobre la utilización de métodos anticonceptivos de plantas para evitar que la mujer tenga muchos/as hijos/as y el control de la natalidad a fin de no perjudicar la salud de la mujer. Sin embargo, estas referencias están directamente orientadas a justificar

que el rol de las mujeres en la comunidad es el de la maternidad, en palabras del autor: «más grave que la numerosa prole es la esterilidad» (1997, p. 187).

Los motivos por los cuales las mujeres tienen muchas/os o pocas/os hijas/os no se limitan a cosmologías indígenas o a conceptualizaciones biomédicas, sino que están relacionadas con proyecciones personales, vínculos maritales y/o comunitarios, situaciones de salud y una amplia gama de situaciones que no pueden reducirse a la fisiología, o más aún a las consideraciones sobre las funciones y mecanismos de los órganos. Seguramente, la gran cantidad de embarazos y los cambios que se producen en el cuerpo tengan efectos sobre la subjetividad de las mujeres que no se traducen en términos útero, vagina, canal de parto, dilatación, hemorragia, prole, esterilidad, etc. Esto abre una línea de análisis futuras que es la percepción de mujeres multíparas sobre sus propios cuerpos y corporalidades, sobre lo que pueden hacer con y percibir a través de ellos. Una observación más profunda permitiría ver que la percepción de las mujeres no necesariamente es la de un cuerpo desgastado, sino un cuerpo activo que está cocinando, carpiendo, persiguiendo niñas/os, pescando, etc. Si bien el trabajo de campo no me permitió reconstruir la subjetividad de una multípara, sí fue posible ver cuerpos diversos de mujeres que pasaron por más de un parto y que no necesariamente se vinculan con el desgaste.

A veces el fin de la vida reproductiva se marca a través de intervenciones quirúrgicas. Como veíamos en el registro anterior, ante la gran cantidad de embarazos se recomiendan métodos anticonceptivos que están clasificados como intervención, principalmente, la ligadura de trompas. Conocí varias mujeres que estaban ligadas por distintos motivos. Solo una de ellas, Lucía, había decidido la anticoncepción quirúrgica por considerar que tener dos hijas/os era suficiente. Esta conversación comenzó cuando me dijo «yo no puedo tener más hijos» (Lucía, comunicación personal, 19 de marzo de 2019). Las palabras escogidas para referirse a la ligadura hablan sobre la imposibilidad de su cuerpo para embarazarse. Para mí es interesante esta definición en comparación a las otras mujeres que siempre acceden a la ligadura por recomendaciones médicas.

Por ejemplo, Inés estaba embarazada de su cuarta/o hija/o cuando se ligó, pero sería su tercera cesárea (solo el primero fue parto vaginal). Las ecografías de su tercer embarazo mostraron que su bebé no estaba en posición cefálica por lo cual el médico que la atendía había decidido la cirugía. Sabemos que la práctica de parto vaginal después de dos cesáreas (PVD2C) no es una práctica aún muy difundida entre obstetras, de aquí que nuevamente la recomendación es una cirugía para el nacimiento de su nueva bebé. Con estos antecedentes, las/os

profesionales le recomiendan ligarse las trompas bajo el justificativo de que «es peligroso» volver a quedar embarazada (registro de campo conjunto Cantore & Lorenzetti, 8 de setiembre de 2021).

Vemos que para la biomedicina el cuerpo es considerado una máquina para gestar y parir. Como tal, se transforma en un instrumento manipulable por conocimientos médicos que organizan ese cuerpo en esquemas, partes/órganos, funciones, etc. Pero mi intención fue comenzar a poner en contexto algunas de estas ideas que circulan en la biomedicina con pequeños registros de campo. Las mujeres van tejiendo sus propios puentes con las distintas representaciones y con las posibilidades que tienen al alcance. En esos diálogos, no libres de tensiones, se visualizan los imaginarios biomédicos de las limitaciones de los cuerpos femeninos que no tienen en cuenta ni reconocen otras formas de sentir y pensar las corporalidades.

Como punto principal, el marco normativo biomédico de los cuerpos femeninos, junto con su uso y representaciones, no es modificado en las consultas interculturales y se encaja en esos otros contextos sin tener en cuenta otras expresiones y corporalidades. Sin embargo, considero importante resaltar que la interacción con el sistema biomédico está generando nuevas opciones y agencias para las mujeres indígenas porque van modificando sus cuerpos, concretando deseos (como no tener más hijas/os), habilitando nuevos cuidados (sexuales, por ejemplo), etc.. a través de métodos como la ligadura tubaria que a ellas les permite dar por finalizado su periodo reproductivo.

Como explicité, solo una mujer me comentó que por propia decisión utilizó el método anticonceptivo quirúrgico. Es importante reconocer las dificultades para acceder a información tan íntima para las personas como la maternidad, ya que las interlocutoras marcaron límites y, para obtener datos, observamos las acciones de las mujeres, lo que sucede en la privacidad de sus relaciones, etc. Por eso, considero que este análisis sobre la intervención debe ser situacional, que permita ver cuándo una práctica médica puede tener un uso pragmático para estas mujeres, más que una representación genérica —sin negar, ni desmerecer las situaciones de violencia—. Intentando pensar el cuerpo como un punto de partida para el análisis sobre embarazo y parto de mbya guaraní, intentaré dar cuenta de cómo juega la «timidez» con la que se describe a las mujeres en contextos interculturales. Comenzaré con una reflexión teórica sobre la vergüenza y timidez que me permitirán, luego, reflexionar sobre el cruce entre interculturalidad y género.

LA TIMIDEZ COMO CATEGORÍA DE ENCUENTRO INTERÉTNICO

Las mujeres guaraníes suelen ser definidas como «tímidas». La timidez aparece como un fenómeno que engloba al grupo. Esta es la forma en que las/los mbya se expresan e, incluso, hablan de sí mismas/os cuando deben interactuar con *jurua*s (extranjeros). Un joven mbya me decía: «cuando tienen que hablar con alguien que no es de la comunidad se ponen rojos o se ríen, se ponen duros. O cuando [las/os niñas/o] tienen que hablar en la escuela se les hace como una sandía en la garganta» (Luciano, comunicación personal, 19 de febrero de 2015). Como vemos, es una forma generalizada en que se habla sobre el grupo, sin embargo, es un rasgo aún más característico en las mujeres jóvenes (*kuña tai*) que suelen sonrojarse al hablar con personas que no conocen, aunque menos notorio en las ancianas (*kuña karai*) que hablan con tiempos lentos y tonos suaves (Brosky, 2022). Estas expresiones son las que mayormente se expresan en las consultas biomédicas y, por lo tanto, es fundamental comprenderlas y reflexionar sobre ellas para comprender esos espacios de interacción entre las mujeres mbya y los espacios sanitarios.

Utilizaré las palabras timidez y vergüenza como sinónimos porque no encontré diferencias en su uso cotidiano, aunque podría ser un debate de categorías teóricas a futuro. La vergüenza ya ha sido un tema de análisis feminista y *queer*, principalmente por Eve Kosofsky Sedgwick (1999) y Sara Ahmed (2015). Para ambas autoras se trata de sentimientos individuales y sin lógica. En otras palabras, están discutiendo la supuesta jerarquía entre la emoción y la razón, sin perder de vista que las sensaciones no tienen el mismo piso de igualdad entre ellas. La vergüenza no necesariamente está en el podio de las más elevadas, sin que ello signifique que sea negativa (Ahmed, 2015). Pero tampoco caen en pensarla como un patrón cultural que moldea a los individuos de una cultura.

Su análisis está basado en la performatividad de Judith Butler (1990) en donde la repetición permite la reproducción y, a su vez, el cambio. Esto las lleva a considerar que «la vergüenza funciona como una narrativa de la reproducción» (Ahmed, 2015, p. 172). Si bien Eve Kosofsky Sedgwick (1999) está pensando la vergüenza como en el activismo performativo *queer* y Sara Ahmed (2015) se interesa en ella como modo de reivindicación del sentimiento de nacionalidad australiano, sus puntos en común nos sirven para pensar en la timidez de las jóvenes mbya. El ítem del cual partir es que asocian la vergüenza con la comunicación. En segundo lugar, existe en tanto un otro real o imaginado. El tercer punto de análisis es que se trata de una expresión contagiosa, lo que ya anticipa

su carácter social. Y, por último, que es un afecto corporizado, se expresa, siente, construye subjetividad, etc.

En cuanto al primer punto, la vergüenza es entendida como una forma de comunicación. Es fácil darse cuenta de cuando una persona la está manifestando porque se expresa a partir de una serie de gestos entre los que se destacan sonrojarse o bajar la cabeza, como veremos en el último de estos puntos. Inmediatamente, la comunicación puede ser interrumpida o repensada porque esas expresiones están diciendo algo (Kosofsky Sedgwick, 1999). Y, si hablamos de formas de comunicación, siempre es necesario que se implique más de una persona, la vergüenza se expresa ante otra/o real o imaginada/o. Esto nos lleva al segundo punto que trata sobre el carácter intersubjetivo de la timidez.

En su carácter intersubjetivo, es una expresión relacionada con otra persona, incluso cuando pueda ser imaginada en la intimidad o recordando algún episodio de nuestras vidas. Lo social está proyectado y constituido en la vergüenza, como dice Eve Kosofsky Sedgwick (1999), irrumpe en las relaciones obligando a la otra/al otro a reconocernos (ampliaré este punto en relación con las disposiciones de género y étnicas). Hasta aquí seguimos hablando de un efecto individualizante de la vergüenza. Sin embargo, ambas autoras exploran su carácter social como constructora de identidad (Kosofsky Sedgwick, 1999) y su proyección colectiva (Ahmed, 2015).

Eve Kosofsky Sedgwick (1999) entiende que la vergüenza es constitutiva de algunos grupos sociales (la performativa *queer* en su caso), pero no la cristaliza. Como forma de expresión de la identidad crea una relación fluida con la vergüenza, le da posibilidad de acción y cambio. En esta línea, Sara Ahmed (2015) propone que puede ser una forma de construcción de lo colectivo. De aquí surge lo que definen como el aspecto contagioso de la vergüenza. Esta tiene efectos de repugnancia o empatía cuando produce sentimientos de «vergüenza ajena» o al sonrojarnos. Como generadora de afectos o sentimientos plantea un punto de debate para las autoras porque mientras Eve Kosofsky Sedgwick (1999) la considera un efecto negativo, no lo es para Sara Ahmed (2015).

La vergüenza es definida como una forma negativa que surge ante la mirada de la/el otra/o, generando la necesidad de ocultarse. Por ende, es definida por Kosofsky Sedgwick (1999) como un rechazo hacia o con una misma. Pero en su carácter contagioso es posible compartir la vergüenza sentida cuando sucede algo bochornoso o una persona queda expuesta. Lo propio y ajeno se entrelazan en ese sentimiento. En cambio, para Ahmed (2015) la vergüenza puede ser una respuesta hacia otro a quien valoro. Las personas pueden desviar la mirada

como una respuesta a un sentimiento de amor, placer o gusto. En este sentido, la considera ambivalente.

Lo contagioso de la timidez nos acerca al último punto, que no existe sin el cuerpo. Son sensaciones que se expresan corporalmente: agachar la cabeza, querer desaparecer, hablar bajo o no responder, acalorarse, reírse, desviar la mirada, dar la espalda, etc. Acciones que pueden replicarse en aquellas personas que empatizan con nuestra vergüenza o marcar una distancia con quienes no lo hacen. Cada una de esas acciones y efectos del cuerpo están vinculadas a las formas en que circula el poder (Kosofsky Sedgwick, 1999) porque crean efectos sobre estos. En otras palabras, podemos pensar a la timidez como una forma de percibir las relaciones sociales. Como veremos, en las comunidades guaraní la timidez muchas veces surge frente a varones o no-indígenas.

La timidez es un rasgo con el que se describe a la población guaraní en general, principalmente a las mujeres. Siguiendo el desarrollo anterior, podemos pensar en el carácter identitario de la vergüenza, construido en la historia de las relaciones interétnicas. El joven citado anteriormente decía «cuando tienen que hablar con alguien que no es de la comunidad», de esta forma describe a las/os mbya en relación con un afuera, con un/a no-indígena, que es el primer «otro» ante el que se manifiesta la vergüenza. La timidez es, entonces, una expresión de la subjetividad que se construye a través de los años de conquista y civilización (Chirix García, 2014). Esa historia tiene su expresión corporal, como la metáfora de «la sandía en la garganta» que utilizó el joven mbya.

Siguiendo a Emma Chirix García (2014), este tipo de actitudes expresan la internalización colectiva de la opresión étnico racial y es una manera en que las mujeres indígenas la perpetúan. Analizar este tipo de expresiones invita entonces a repensar y no naturalizar contactos históricamente desiguales donde las miradas hacia ellas y las percepciones de esas miradas se combinan y se van internalizando en el cuerpo de mujeres desde muy pequeñas. Como analiza la autora, históricamente a las mujeres indígenas se las ha invisibilizado, coartado su participación, descalificado, han recibido gestos de rechazo, entre muchas otras acciones de negación. En continuidad a este planteo, la timidez puede expresar una de esas formas de interiorización en una relación desigual de contacto.

Esta idea de que la timidez encarna formas históricas de relación es la que me interesa problematizar para ver qué sucede en el ámbito médico. Acá el «otro» asume también sus características de género. La vergüenza, estar calladas, no preguntar o no asentir con la cabeza suelen ser las formas en que se referencia a las mujeres mbya en las consultas médicas. Las/os médicas/os me manifestaron

que, a veces, no logran diferenciar si comprenden lo que se les está diciendo y creen que esas personas no hablan español porque muchas veces las muchachas no respondían. En estas situaciones, las/os agentes sanitarias/os funcionan como intermediarias/os para traducir en guaraní lo que la/el profesional está hablando; pero no necesariamente se trata de no comprender el idioma.

Las/os médicas/os más interesadas/os en el trabajo con indígenas buscan estrategias para entablar un buen diálogo: explican qué medicamentos o estudios les están recetando, cómo deben administrar los medicamentos, a cuánto equivalen los miligramos, muestran cómo es el jarabe que tienen que pedir en la farmacia, preguntan una y otra vez si quedaron dudas, hacen dibujos, marcan en calendarios, etc. Por ejemplo, ante el silencio de las madres, una médica tomaba la evolución de las/os pacientes como una clave para confirmar que habían comprendido lo dicho en las consultas. En estas situaciones podemos dar cuenta de que no se trata necesariamente de no entender español.

Las/os profesionales toman diferentes actitudes e incluso cuentan sucesos que van desde llantos en las consultas a anécdotas divertidas. Por ejemplo, se acercan dos jóvenes a una consulta por unas manchas de leishmaniasis, aún sin diagnóstico. El médico hizo preguntas y una de ellas respondía. Entonces se dirigió siempre a ella diciendo «bueno Juana vamos a hacer tal o cual cosa». Las jóvenes cada vez se reían un poco más, hasta que la muchacha que no había emitido palabra dijo «yo soy Juana» (Médico del hospital, registro de campo, 22 de octubre de 2015). Este tipo de actitudes desconcierta a las/os médicas/os, modifica la comunicación (Kosofsky Sedgwick, 1999) y obliga a repensar las situaciones.

Pero me interesa analizar la timidez en especial durante el parto. Sabemos que este es un momento de gran vulnerabilidad para algunas mujeres. Ellas pueden sentirse violentadas o juzgadas, llevando a describir sus propios partos como una mala experiencia.² Las mujeres guaraníes no me relataron sus partos en términos de violencia obstétrica, lo cual no quiere decir que no haya ocurrido porque, como otras formas de violencia de género, se naturaliza y justifica a punto tal que traducirlo en estos términos implica procesos subjetivos muy largos, cuidados y sostenidos. Si bien estas categorizaciones no aparecen en sus narraciones, otros datos como la timidez o la vergüenza sirven para pensar qué sensaciones acontecen al momento del parto. En este sentido, son manifestaciones que se expresan aún más cuando el profesional es un varón.

² Para este tipo de análisis en Argentina ver: Fornes (2009), Jerez (2015) y Castrillo (2015).

El varón como profesional de salud marca cómo el género modifica la consulta médica (Rohden, 2009). Cuando la ginecología surge como especialidad, la mayoría de los especialistas eran varones y en las consultas las mujeres sentían que se entrometían en su intimidad. La autora realizó una reconstrucción histórica de las especialidades médicas que tienen como objeto de estudio a la mujer y algunas cuestiones son interesantes de rescatar. Por un lado, el miedo al comportamiento médico continúa como un punto por el cual muchas mujeres esquivan la consulta médica y, por otro, el pudor de que los varones miren y toquen sus genitales. Esto último es lo que me interesa retomar.

Escuché en diferentes oportunidades sobre el pudor que les da a las mujeres ser atendidas por médicos varones. Cuando pregunté sobre este punto encontré posiciones variadas: algunas no tienen problema, les da lo mismo, pero otras preferirían atenderse con mujeres. Algunas veces, las respuestas desde el sistema público de salud aluden a la trayectoria de ese médico, a su rol como «un especialista» sobre ese tema, «es médico» o «es ginecólogo»; pero para las mujeres no basta. Hay ocasiones en las que el personal médico advierte estas situaciones. Recuerdo a una obstétrica mencionar en una charla que podían encontrarla a ella en un centro de atención primaria a la salud (CAPS) de un barrio cercano para hacerse un estudio de Papanicolau si preferían no realizarlo en la salita de la comunidad con el médico que asistía. En la misma charla contaba que había mujeres indígenas que ya eran sus pacientes (registro de campo, 23 de agosto de 2021).

Obviamente, es necesario leer las diferentes situaciones con un lente más profundo. Se debe tener en cuenta que la falta de recursos económicos y humanos del hospital tampoco permite ampliar sus posibilidades. Por otro lado, ir a un CAPS de un barrio cercano implica dejar a niñas/os al cuidado de otras personas, contar a sus maridos sobre el estudio médico, caminar varios kilómetros para hacer una consulta y otras cuestiones que varían en la vida de cada mujer. Cuando estos elementos no pueden ser sorteados, las mujeres aceptan atenderse por médicos varones, pero su sexualidad se pone en juego. «Es vergonzoso tener a tus hijos en el hospital» es una frase que resume a lo que me estoy refiriendo. Estas palabras fueron dichas por una agente sanitaria indígena, Rosa. En nuestra conversación amplió la frase diciendo: «en el hospital no se puede elegir quien te atiende, un hombre o una mujer, te atiende el que te toca. Y, sobre todo, cuando las mujeres son tímidas, les da vergüenza que las atienda un varón en el parto» (Rosa, *comunicación personal*, 27 de febrero de 2018). Le pregunté cómo había sido su experiencia y me dijo que ella no tuvo problema.

Su experiencia de parto hospitalaria no está relacionada a la vergüenza, pero es importante señalar que ella se desempeña como personal de salud. Conoce al personal médico, la he visto desenvolverse en el hospital, saludar y hablar con médicas, enfermeras, ambulancieros, entre otros (registro de campo, 15 de noviembre de 2019). Este relato nos hace pensar en que la identidad indígena no siempre está relacionada a la timidez, pero para ello hay que dar cuenta de las diferentes trayectorias. Son los diferentes elementos de su historia personal los que la alejan de la vergüenza. Como representante de salud indígena empuja a otras mujeres a la atención hospitalaria. Pero ¿qué pasa con esas mujeres para las que es vergonzoso parir en el hospital?

Cuando un varón atiende el parto modifica esa experiencia. La timidez se pone en escena y la transforma. Posiblemente, la parturienta tendrá dificultades para el pujo, no responderá las preguntas que el médico hace, se sonrojará, no mirará y no dirá cuando se siente incómoda. Esos fenómenos corporales son indicadores de los estados emocionales que comunican más allá del habla (Kosofsky Sedgwick, 1999). En ese sentido, la timidez vuelve a expresar una relación con un «otro» que está atravesada por condiciones de género. La vergüenza no solo se expresa corporalmente, también se asocia con la imagen del cuerpo (Lupton, 2005). Durante el parto la vulva, la vagina y el ano se exponen, y la desnudez puede ser interpretada en términos de vulnerabilidad.

En resumen, en las situaciones de parto o de consulta obstétrica la timidez habla más sobre relaciones de género que interétnicas. Es decir, proyectar un parto en el hospital encuentra su limitación más en la posibilidad de que lo atienda un varón, más que otros temores a malas prácticas hospitalarias. No niego la circulación de relatos de peligrosidad en el hospital (Cantore & Bertoni, 2021), pero no son los que abundan. La frase «te atiende el que te toca» agrega un elemento para tener en cuenta cuando las mujeres proyectan sus partos. Aquí focalicé en la timidez como una dimensión para atender en ese encuentro interétnico. No se trata de una forma de describir a las mujeres indígenas como un patrón compartido, sino de prestar atención a que esa forma de expresión corporal es la que guía la consulta médica y expresa la historia compartida de las mujeres indígenas, aunque —obviamente— muchas estén muy lejos de ser tímidas.

CONCLUSIÓN

Aquí abordé algunas dimensiones del análisis sobre el cuerpo y las corporalidades en la biomedicina. Inicié con un recorrido sobre las representaciones del cuerpo

femenino para la ginecología y obstetricia, incorporando registros de campo que se ponen en diálogo con estas interpretaciones. En el segundo punto, anclé las discusiones de la corporalidad a través de la timidez de las mujeres guaraní. La propuesta fue reflexionar sobre un aspecto que se pone en juego en las consultas médicas y que no pasa desapercibido, ni como categoría de uso cotidiano ni en la reflexión de las/os agentes. Pero es una dimensión que, muchas veces, pierde atención en los estudios antropológicos orientados a las representaciones de los cuerpos o los patrones culturales del embarazo y parto.

La pregunta por cuáles son las nociones de cuerpo en la consulta médica interétnica cuando las mujeres mbya guaraní están embarazadas me lleva a sostener que el embarazo y el parto son experiencias corpóreas que tienen dimensiones que van mucho más allá de las representaciones biomédicas. El cuerpo embarazado es más que un cuerpo que aloja a otro cuerpo. Por el contrario, el mismo proceso de gestación pasa por el cuerpo, que se transita, que cambia la percepción del mundo en ese momento (sentirse cansada, emocionada, angustiada, alegre, tímida, etc.) e, incluso, es una experiencia corporal que se incorpora a la vida de las personas. Intentando encontrar puntos de diálogo o de distancia entre las maneras de pensar el cuerpo, parto de un abordaje sobre el cuerpo desde la concepción biomédica. Allí el análisis fue dividido en dos orientaciones, por un lado, las representaciones del cuerpo de la reproducción en la biomedicina y, por otro, la timidez como una praxis corporal que se pone a jugar en la consulta médica.

En el primero de estos puntos me focalicé en que las/os profesionales de la salud representan los cuerpos desde la reproducción, mientras que las mujeres no necesariamente consideran que estos son máquinas reproductivas. Aparece claramente la idea de que el desgaste es el ejemplo máximo de la imagen corporal, y no se considera lo que las mujeres hacen con y desde sus cuerpos. Esta visión no tiene en cuenta los diferentes motivos, proyecciones y trayectorias por las cuales las personas tienen varias/os o pocas/os hijas/os. Un enfoque atento a la subjetividad y las percepciones del mundo no responderían necesariamente a un cuerpo desgastado, sino a las heterogeneidades de esas mujeres, como se ve en las descripciones posteriores. Pero también propongo que las mujeres escogen métodos quirúrgicos que habilitan otros procesos como el deseo de cerrar su etapa reproductiva.

En el segundo punto, la timidez es tomada como una disposición del cuerpo para la consulta médica. Reitero que hay corporeizaciones de feminidad que escapan de ser vergonzosas, de no preguntar, de enojarse, etc.; pero muchas veces en el encuentro con el sistema público de salud —como en otros espacios— la

timidez es una de las manifestaciones de las mujeres. Consideré la timidez como expresión del encuentro interétnico y de género, más que una representación del cuerpo de las mujeres. Es decir, desde la timidez se puede ver la percepción del mundo de esas personas en tanto «indígenas» y «mujeres», expresión que condensa ambas. La vergüenza con la/el «otro» enuncia la historia de las poblaciones indígenas ante los procesos de conquista y colonización, ante las desigualdades de género, como también las dificultades ante la falta de recursos (del hospital y de las mujeres mbya) para ampliar sus opciones.

REFERENCIAS

- Ahmed, S. (2015). La política cultural de las emociones. Programa Universitario de Estudios de Género.
- Blázquez Rodríguez, I. (2005). Aproximaciones a la antropología de la reproducción. AIBR Revista de antropología iberoamericana, (42). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62304208>
- Butler, J. (1990). Variaciones sobre sexo y género. Beauvoir, Wittig y Foucault. En S. Benhabib y D. Cornell (Eds.), Teoría feminista y teoría crítica (pp. 193-211). Ediciones Alfons el Magnanim.
- Brosky, J. (2022). Procesos de patrimonialización de prácticas musicales mbya guaraní en contextos turísticos de Misiones [Tesis de maestría, Universidad de Buenos Aires].
- Cadogan, L. (1997). Ayvu Rapyta. Textos Míticos de los Mbya-Guaraní del Guairá. Biblioteca Paraguaya de Antropología.
- Cantore, A., & Bertoni, M. B. (2021). Mujeres indígenas mbyá guaraní y migrantes bolivianas en Argentina: Comparaciones etnográficas sobre sus partos y atenciones sanitarias. *Antropología Experimental*, (21), 469-484. <https://doi.org/10.17561/rae.v21.6292>
- Castrillo, B. (13-17 de julio de 2015). *Intervenciones médicas en los procesos de embarazo y parto. Reflexiones conceptuales y análisis de relatos de partos de la ciudad de La Plata* [Conferencia]. XI Jornadas de Sociología, Buenos Aires, Argentina. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/111866>
- Chazan, L. (2008). ‘É... tá grávida mesmo! E ele é lindo!’ A construção de ‘verdades’ na ultrasonografía obstétrica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 15(1), 99-116. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000100006>
- Chirix García, E. D. (2014) Subjetividad y racismo: la mirada de las/los otras/os y sus efectos. En Y. Espinosa Miñoso, D. Gómez Correal & K. Ochoa Muñoz (Eds.),

- Tejiendo de otro modo: Feminismo, Epistemología y Apuestas decoloniales en Abya Yala* (pp. 211-221). Editora Universidad del Cauca.
- Enriz, N. (2010) Tomar asiento. La concepción y el nacimiento mbya guaraní. *Anthropologica*, 28(28),115-136. <https://doi.org/10.18800/anthropologica.201001.006>
- Fornes, V. (2009). Cuerpos, cicatrices y poder: Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto. Actas 1º Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad. Debates y prácticas en torno a las Violencias de género. Universidad Nacional de Córdoba. <https://www.aacademica.org/valeria.fornes/2>
- Imaz, E. (2010). Convertirse en madre: etnografía del tiempo de gestación. Ediciones Cátedra.
- Jerez, C. (2015). *Partos 'humanizados', clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos* [Tesis de licenciatura, Universidad de Buenos Aires]. <http://antropologia.filo.uba.ar/sites/antropologia.filo.uba.ar/files/documentos/Jerez%20-%20Tesis.pdf>
- Kosofsky Sedgwick, E. (1999). Performatividad queer. The art of the novel de Henry James. *Nómadas*, 10, 198-214. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105114274017>
- Lupton, D. (2005). Going With the Flow: Some Central Discourses in Conceptualising and Articulating the Embodiment of Emotional States. En S. Nettleton & J. Watson (Eds.), *The Body in Everyday Life* (pp. 83-101). Routledge.
- Laquer, T. (1987). *Making Sex. Body and Gender from the Greeks to Freud*. Harvard University Press.
- Martin, E. (1987). *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*. Beacon Press.
- Menéndez, E. (1992). Modelo Médico Hegemónico. Modelo Alternativo Subordinado. Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales. En R. Campos Navarro (Comp.), *La antropología médica en México* (pp. 97-114). Instituto Mora / Universidad Autónoma Metropolitana.
- Mol, A. M., & Berg, M. (1998). *Differences in Medicine: Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*. Duke University Press.
- Pollock, L. (2009). Rituales de nacimiento: subjetividades en transformación. Elegir cómo parir, elegir cómo vivir. [Monografía]. Seminario de doctorado, Antropología de la Subjetividad: un Estudio desde las Alquimias Corporales, los Rituales y el Habitus, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires.
- Rapp, R. (2001). Gender, Body, Biomedicine: How Some Feminist Concerns Dragged Reproduction to the Center of Social Theory. *Medical Anthropology Quarterly*, 15(4), 466-477. <https://www.jstor.org/stable/649670>

- 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 de doctorado, Universidad Nacional de la Plata].
- Rohden, F. (2001). *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Editora FIOCRUZ.
- Rohden, F. (2009). Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais. *Revista Estudos Feministas*, 17(1), 89-109. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2009000100006>
- Roca, A. (2010). *Fragments, fronteras y cuerpos incógnitos Una mirada antropológica sobre la producción y criopreservación de vida en el laboratorio* [Tesis de doctorado, Universidad de Buenos Aires]. <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/12259>