

CONOCIMIENTO Y USO DE ANTICONCEPTIVOS HERBALES EN UNA COMUNIDAD SHIPIBO

Warren M. Hern

Una encuesta de salud hecha en 1964 en una comunidad shipibo, reveló el conocimiento y uso de preparaciones herbales a las que se atribuyen propiedades anticonceptivas. Una siguiente encuesta, en 1969, documentó el conocimiento, uso y efectividad de dichas preparaciones; sin embargo se notó que la comunidad tenía la fecundidad más alta de cualquier agrupación humana. Así, a pesar del uso de los anticonceptivos herbales, la fecundidad de las mujeres que lo habían usado y las que no, no brindó mayor apoyo a la hipótesis de la eficacia de dichos anticonceptivos. Como explicación al origen de tal teoría, se postula una correlación previa existente en la comunidad estudiada entre el período post-partum y la práctica de abstinencia sexual asociada con el uso de este tipo de anticonceptivos.

A 1964 health study of a Shipibo village revealed the knowledge and use of herbal preparations alleged to have contraceptive properties. A 1969 follow-up study documented the extent of the knowledge, use and effectiveness of these preparations. However it was found that the village had a fertility rate higher than of any other human group. So, in spite of the use of herbal contraceptives, the fertility of the women who had used them and those who did not offer much support for the hypothesis of the efficacy of these contraceptives. As an explanation of this correlation is postulated between earlier practices of post-partum sexual abstinence and the use of this type of contraceptives.

INTRODUCCION

La preocupación por el crecimiento desenfrenado de la población humana y los cambios culturales concurrentes en los países tercermundistas han producido su propia "explosión demográfica" de literatura sobre estos fenómenos. Se han logrado muchos comentarios y teorías, pero existen pocos estudios empíricos.

Algunos ensayos se han concentrado en especulaciones sobre los métodos utilizados por sociedades pre-industriales para controlar la fecundidad. Birdsell (1957:52, 1968:236, 239) ha mostrado evidencia que sociedades pleistocenas y contemporáneas prelitteratas han limitado la fecundidad tanto para adaptarse mejor a la capacidad ambiental como por razones logísticas de una sobrevivencia basada en caza y la recolección. De Firth (1957:375) proviene un ejemplo lúcido de una sociedad que reguló la fecundidad con un reconocimiento consciente de las limitaciones ambientales. De tal manera, hay poca duda que se han usado varios métodos de control de fecundidad y crecimiento demográfico, incluyendo el aborto, por parte de sociedades pre-industriales en todas partes del mundo (Himes 1970:3-56; Devereaux 1955; Omran 1971:48; Polgar 1968:233; Stott 1962:364). La pérdida de estas costumbres ha sido vinculada simultáneamente con cambios en la estructura social y otras tradiciones culturales que siguieron la ola de colonización por sociedades occidentales (Polgar 1971:6; Davis y Blake 1956:234; Firth 1957:375). Por consiguiente, el fenómeno de crecimiento rápido de población en estas sociedades ha estimulado estudios sobre la relación entre el cambio cultural y la "transición demográfica" (Lorimer 1954:205) y deducciones como las hechas por Polgar (1971) que han concluido en que la alta fecundidad experimentada por sociedades pre-industriales hoy en día, no es necesariamente debida a un deseo repentino de tener más hijos, sino la consecuencia inevitable de la expansión colonial occidental y la adopción de sistemas económicos occidentales.

Según estos datos, sería interesante examinar los objetivos y prácticas anticonceptivas de una sociedad tribal bajo la influencia de una transición demográfica y cultural. La sociedad comunal delineada aquí tiene tres características apropiadas con este objetivo: 1) fecundidad altísima; 2) cambio cultural rápido; 3) empleo tradicional de uso de anticonceptivos en contraste de características socio-estructurales que afectan la fecundidad.

El presente estudio se inició en 1964, como parte de un estudio general de los conceptos tradicionales de etiología de las enfermedades y métodos de

curación de los Shipibo, de la cuenca amazónica peruana. La comunidad escogida para el estudio fue la aldea Shipibo de Paococha, que se ubica en la orilla del Río Ucayali, afluente mayor del río Amazonas, aproximadamente 150 kilómetros río abajo (norte) de Pucallpa, Perú.

Los pobladores de la comunidad son miembros de la tribu Shipibo-Conibo que se encuentra a unos 400 Km. a lo largo del río Ucayali (Weisbard, 1957). Los Shipibo-Conibo constituyen una parte de la agrupación ribereña Pano (Lathrap 1970:181). Han tenido un extenso contacto significativo con la cultura occidental por más de 200 años, pero su contacto cultural ha sido más intenso durante los últimos diez años, pues ha sido un contacto cada vez más íntimo entre la comunidad estudiada y el Hospital Amazónico "Albert Schweitzer" que está ubicado cerca de Pucallpa.

Este contacto ha incluido la permanencia de un voluntario del Cuerpo de Paz de los Estados Unidos en la comunidad durante un año y medio. El joven voluntario fue a la comunidad por invitación del Hospital Amazónico, para brindar apoyo a una cooperativa agropecuaria y para capacitar un paramédico o promotor de salud comunitaria. El autor, como estudiante de medicina y colaborador del Hospital, apoyó este proceso de capacitación y brindó atención médica básica durante algunas semanas de 1964. Desde entonces, ha habido innumerables visitas al pueblo por parte de personal del Hospital, y los moradores han solicitado varios tipos de ayuda médica del Hospital. En 1969, el autor hizo otra visita a la comunidad durante seis semanas, con el propósito de estudiar el estado de salud, cambio cultural y fecundidad de la población para comparar con las observaciones de 1964.

La estructura social y los rasgos culturales parecían haber cambiado rápidamente. La mayoría de las familias eran monógamas, pero esto parece presentar un contraste con las familias muy tradicionales de la comunidad. Las familias más tradicionales exhiben poliginia sororal con una familia más numerosa que la típica familia extensa. Las herramientas de la tecnología industrial, como escopetas y máquinas de coser, son más visibles y usadas que antes y existe una escuela primaria establecida por los misioneros adventistas la cual brinda instrucción bilingüe.

Las enfermedades gastrointestinales matan a la mayoría de los infantes y niños, y los adultos sufren de tuberculosis y enfermedades neoplásicas. La morbilidad y mortalidad maternas parecen ser altas, pero han disminuido recientemente debido a la disponibilidad de cirugía cesárea, transfusiones de sangre, y antibióticos en el Hospital Amazónico y otros.

Una tradición cultural de curación existe y está personificada por varios médicos indígenas de la comunidad. Entre los cuales hay uno que sobresale y es más activo que los demás. Una encuesta durante la jornada de campo de 1964 reveló la existencia de varias preparaciones herbales utilizadas para el tratamiento y control de la fecundidad. Un censo durante 1964 también reveló una rasgo de fecundidad altísimo.

La existencia de preparaciones herbales asociadas con la fecundidad llamó la atención del autor después del tratamiento exitoso a una mujer que sufría de hemorragia postpartum. Su esposo, quien solicitó el apoyo médico del autor, preguntó qué podía hacer para reciprocitar por el tratamiento médico de su mujer. Le dije que quería saber qué medicamentos tenían las mujeres para el embarazo, parto y fecundidad. El me reveló que las mujeres conocían plantas con efectos atribuidos a tales procesos.

Después de esta conversación, una mujer conocedora de estos asuntos me llevó a una excursión al campo para mostrarme las plantas en su ambiente natural. La primera hierba, o *piripiri*, con nombre Shipibo *totimahuaste*, era una determinada hierba larga (pienso *Carex spp.*) que crecía en tierra húmeda a lo largo del lago. Se aplasta la raíz dentro de una cápsula de algodón y se exprime el jugo en una tasa de agua caliente. Esta decocción se toma durante el primer día de la menstruación solamente durante dos menstruaciones seguidas. Se dice que después del tratamiento la mujer nunca jamás concibe otra vez. Se dice que no hay síntomas de consecuencia. El tratamiento se acompaña con una dieta restringida y un plazo de abstinencia sexual. La droga de efecto opuesta era *totihuaste*, una planta que crece a la sombra de la chacra de plátano. También la raíz se aplasta en algodón y se mezcla el jugo con agua caliente.

Según las informantes, el *totihuaste* hace la *vacun nanuti* (matríz) suave, mojada, y deseable para el semen del hombre. Se dice que el medicamento de antifecundidad, *totimahuaste*, tiene el efecto opuesto en la *vacun nanuti*. Existía una variedad de otras preparaciones que afectan la fecundidad. Uno, se llama *navashuaste*, y se supone que permite a la mujer adolescente tener la oportunidad de experimentar sexualmente antes de escoger un esposo con quien tener familia. De cualquier modo, *navashuaste*, como los otros, necesita un plazo de abstinencia sexual y dieta para que sea eficaz. Se dice que *navashuaste* tiene la propiedad de retardar la fecundidad precisamente tres años y es útil tanto para prolongar intervalos entre niños como para postergar el primer parto. Otros medicamentos anticonceptivos con identidades menos definidas incluyen hierbas de todo uso llamadas *chuchuhuashe* (también utilizada para reumatismo,

leishmaniasis y cáncer) y *sachamanga*. Esta última es una extracción corrosiva de una raíz que se aplica en forma intravaginal en plazos breves especificados. Se aplica mojando una cápsula de algodón en esta sustancia e introduciéndola en la vagina.

El propósito de este artículo es describir los resultados del estudio de 1969 con respecto al conocimiento, uso, y efectividad de las preparaciones herbales asociadas con el control de la fecundidad.

Aunque se reconoce la importancia de descripciones botánicas que acompañan los datos etnográficos, el investigador no contaba con el conocimiento necesario para hacer una observación definitiva de este tipo.

METODOLOGIA

Los dos censos realizados en 1964 y 1969 fueron logrados por medio de entrevistas a cada familia, en sus hogares. Se hizo una entrevista en castellano al hombre activo más viejo o a otro líder de la familia. Alguna información se consiguió directamente en idioma Shipibo cuando fue posible y por traducción, cuando fue necesario. Se recogió una variedad de datos demográficos y socioeconómicos sobre edad, duración de domicilio, parentesco, educación, historia marital, experiencia de trabajo, y alfabetismo. Las edades de los pobladores fueron determinadas tanto como fue posible por medio de documentación, cuando había disponible, o por medio de conversación, cuando no había documentación. Las respuestas en relación con la edad parecían ser muy válidas y confiables en los menores de 15 años y esta precisión disminuía con los otros, especialmente las mujeres. Las edades de gente de 45 años y mayores parecían ser aproximaciones de validez dudosa.

Eventos vitales durante el año previo se fijaron en base a las fechas de las fiestas patrias que ocurren anualmente el día 28 de Julio. Ambos censos (1964 y 1969) ocurrieron cerca de esta fecha, permitiendo la oportunidad de que hubiese precisión por lo menos en los años anteriores a los censos y el intervalo entre ellos.

Se solicitó una historia reproductiva muy precisa a cada mujer, incluyendo una descripción de conocimiento y uso de anticonceptivos herbales y modernos si es que los hubo. Durante la encuesta de 1969, se hicieron exámenes físicos a todos los pobladores, con atención especial a la detección de patología obvia. Las observaciones clínicas incluyeron peso, estatura, tensión arterial y hemoglobina.

RESULTADOS

El censo *de jure*, logrado durante el mes de Julio de 1969, reveló una población permanente de 549 individuos. Con la finalidad de calcular las tasas vitales, la familia de un hombre que murió en abril del año del censo (del 1 Agosto 1968 a 31 Julio de 1969) estaba incluido, aunque ya habían salido de la comunidad, dando un total de 552. La esposa del fallecido, de 30 años de edad, se incluyó con las mujeres de 15 a 49 años, con el propósito de calcular las tasas de fecundidad, pero ella no fue incluida en los otros cálculos. Todos los cálculos, a excepción de las tasas vitales fueron hechos en base a 549 individuos, porque los sobrevivientes del difunto no estaban presentes para la entrevista.

La edad promedio de la población fue 18.3 años y la edad mediana fue 12.7 años. Hubo 111 mujeres de edades entre 15 y 49 años y 127 de 15 años y mayores (Tabla 1). De las mujeres en edad reproductiva (N=115), 13.5% estaban en estado de embarazo a la fecha de la entrevista.

TABLA I
Población por edad y sexo, Paococha, 1969

Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
0-4	63	11.5	58	10.6	121	22.1
5-9	47	8.6	61	11.1	108	19.7
10-14	31	5.6	34	6.2	65	11.8
15-19	24	4.4	21	3.8	45	8.2
20-24	16	2.9	23	4.2	39	7.1
25-29	22	4.0	20	3.6	42	7.6
30-34	13	2.4	15	2.7	28	5.1
35-39	16	2.9	15	2.7	31	5.6
40-44	8	1.5	12	2.2	20	3.7
45-49	7	1.3	5	.9	12	2.2
50-54	5	.9	7	1.3	12	2.2
55-59	8	1.5	4	.7	12	2.2
60-64	3	.5	3	.5	6	1.1
65+	6	1.1	2	.4	8	1.5
Total	269	49.0	280	51.0	549	100.0

Ocurrieron 41 nacimientos y 14 muertes durante el año del censo del primero de agosto de 1968 al 31 de julio de 1969. La tasa bruta de mortalidad fue 26 por 1,000 y la tasa bruta de natalidad fue 76.1 por 1,000, dando una tasa bruta de incremento natural de 5.01% por año. Como lo señalé en otro informe (Hern, 1971), la fecundidad documentada en esta comunidad parece ser más alta de la documentada en cualquier otra agrupación humana. La edad mediana de primer parto fue 15.9 años, con 15 años la edad modal. Entre las mujeres de 15 años y mayores, se averiguó que 95.3% han tenido al menos un embarazo, y entre las de 20 años y mayores 98.1% señalaron que han tenido al menos un embarazo. El porcentaje de niños vivos se calculó por cada mujer, y el valor promedio fue 68.3%.

Todas las mujeres de 15 años o mayores han experimentado un promedio de 5.5 embarazos y 4.9 partos. La esterilidad es rara; se observaron dos casos, y solamente cinco mujeres podían ser consideradas subfecundas.

CONOCIMIENTO Y USO DE ANTICONCEPTIVOS

La Grafica 1 y la Tabla 2 muestran la proporción de las mujeres en edad 15-80 que han tratado de evitar el embarazo por medio de varios métodos. Un total de 43, o sea el 34.4% de las 125 mujeres contadas en esta porción del estudio, ha probado uno o más métodos de control de la fecundidad. La proporción aumenta a 37% cuando las observaciones están restringidas a las mujeres en edades de 15 a 54, y el 43.1% de las mujeres entre las edades de 20 a 54 han tratado de evitar el embarazo.

La Grafica 1 y la Tabla 3 indican la proporción de las mujeres en las varias agrupaciones de edad que conocen de la *totimahuaste* u otros anticonceptivos herbales. Un total de 63 mujeres, o el 50.8% del grupo, indicaron que conocen las medicinas herbales. El 12.7% conocen de los anticonceptivos modernos y 10 (8%) de las mujeres estaban utilizando un aparato intrauterino (DIU) u otro anticonceptivo moderno. Estos incluyen una mujer que estaba utilizando un anticonceptivo oral (píldora) y se estaba preparando para recibir un DIU.

El diecinueve punto cuatro por ciento de todas las mujeres adultas han utilizado anticonceptivos herbales en algún momento antes de su último parto, o el 20.9% de todas las parturientas. 21.2% de las parturientas han usados anticonceptivos herbales desde el nacimiento del último niño.

TABLA II
Proporción de todas mujeres de edades 15-80 (N=125)
quien ha tentado evitar embarazo por cual quier metodo

Edad	Sí		No		Desconocido	
	N	%	N	%	N	%
15-19	2	1.6	17	13.6	2	1.6
20-24	5	4.0	15	12.0	2	1.6
25-29	9	7.2	11	8.8	-	-
30-34	6	4.8	9	7.2	-	-
35-39	6	4.8	8	6.4	1	0.8
40-44	5	4.0	6	4.8	1	0.8
45-49	3	2.4	1	0.8	-	-
50-54	5	4.0	2	1.6	-	-
55-59	-	-	3	2.4	1	0.8
60-64	-	-	2	1.6	1	0.8
65+	2	1.6	-	-	-	-

TABLA III
Proporción de mujeres adultos (N=124) con conocimiento de totimahuaste
o otros anticonceptivos herbales.

Edad	Sí		No	
	N	%	N	%
15-19	4	3.2	17	13.7
20-24	10	8.1	12	9.7
25-29	13	10.5	7	5.6
30-34	8	6.5	7	5.6
35-39	9	7.3	6	4.8
40-44	5	4.0	6	4.8
45-49	3	2.4	1	0.8
50-54	5	4.0	2	1.6
55-59	2	1.6	2	1.6
60-64	2	1.6	1	0.8
65+	2	1.6	-	-
	63	50.8	61	49.2

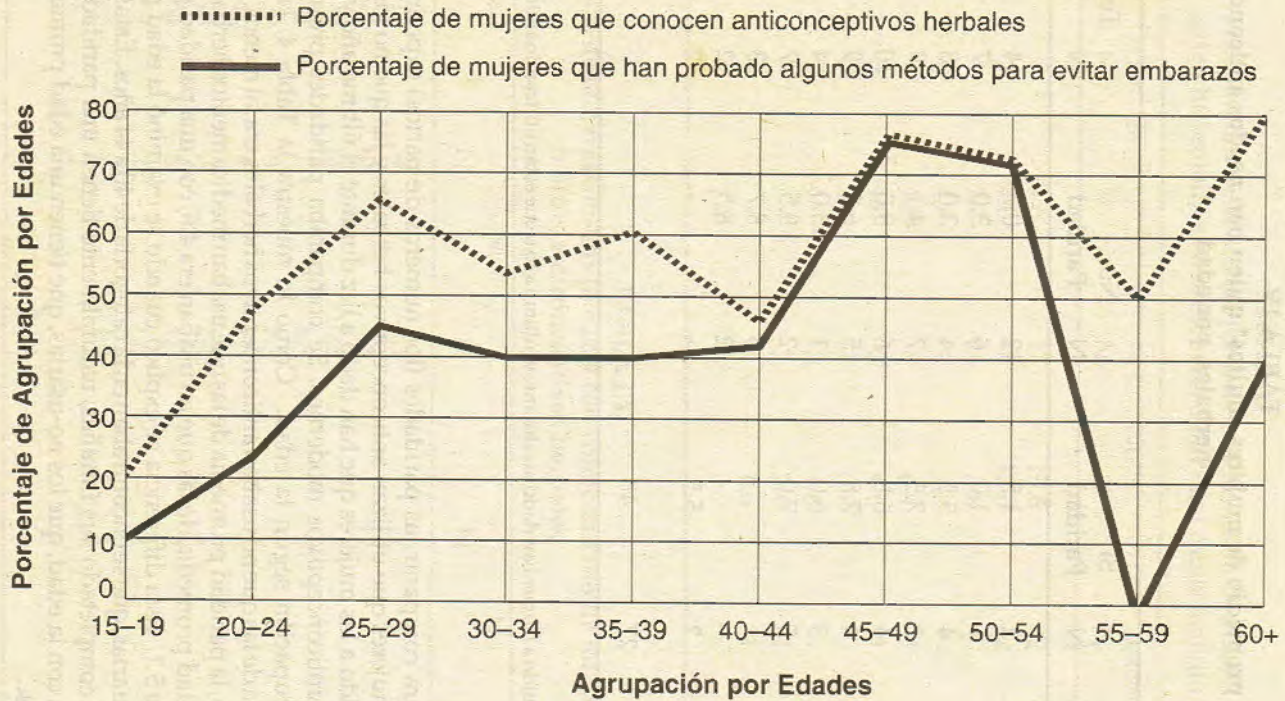
TABLA IV
Paridad promedio de mujeres adultas* quien han usados anticonceptivos herbales, por edad

Edad	Sí		No		Total	
	N	Paridad	N	Paridad	N	Paridad
15-19	2	1.5	12	0.7	14	0.8
20-24	1	1.0	6	3.0	7	2.7
25-29	4	5.5	4	3.0	8	4.3
30-34	2	7.5	7	4.1	9	4.9
35-39	4	6.8	6	8.0	10	7.5
40-44	4	7.8	5	6.2	9	6.9
45-49	3	6.0	1	13.0	4	7.8
50-54	5	7.0	2	9.5	7	7.7
55-59	-	-	3	8.7	3	8.7
60-64	-	-	2	8.5	2	8.5
65+	2	5.5	-	-	2	5.5
	27	48				75

* Se ha excluido a las que han dado luz durante el último año o que están utilizando anticonceptivos modernos

Para comparar las paridades (los números de partos) experimentados por las mujeres que utilizan anticonceptivos herbales y las que no los usan, se ha excluido a las mujeres que han dado a luz durante el último año y a las que utilizan anticonceptivos modernos. Se comparaba paridades promedias en cada agrupación según la edad. Como lo muestra la Tabla 4, la paridad promedia de las que no usaban anticonceptivos herbales era, al menos, más baja. En efecto, la paridad promedia de las que usaban medicamentos herbales era 6.0 y la paridad promedia de las que no usaban era 4.6, con una paridad promedia global de 5.1. Esta diferencia se explicó cuando se examinó la edad promedio de las usuarias, que se encontraban en la categoría de 40 a 44 años. Estas mujeres, que han completado sus familias, naturalmente tienen una paridad más alta asociada con la edad, que los no-usarias, que tienen una edad promedio de 30 a 34 años.

Gráfico 1. Conocimiento y uso de anticonceptivos



Las preferencias entre los dos medicamentos principales, *totimahuaste* y *navashuaste*, también muestran un modelo interesante. El primero, que se dice tiene más efectividad como anticonceptivo permanente, ha sido utilizado más frecuentemente por aquellas de paridad avanzada y ha sido utilizado con una frecuencia de cuatro veces más que el *navashuaste* en el grupo que utilizaba un medicamento anticonceptivo desde el nacimiento del último niño. El *navashuaste*, por otro lado, se usa para postergar los embarazos y nacimientos porque se cree que tiene una acción temporal. Lo utilizaban más las mujeres con menor paridad antes de completar sus familias. De vez en cuando, se toma para anticoncepción permanente.

La contabilidad estadística del uso de anticonceptivos herbales, no ofrece un cuadro completo de la eficacia o variabilidad de estas prácticas. En general, las experiencias de las que han usado caen en dos categorías generales: 1) que parece tener éxito completo o éxito limitado y 2) falla completa o repetida. Algunos casos seleccionados en cada categoría pueden ilustrar lo que estamos indicando.

Uso de anticonceptivos herbales con éxito relativo

M.B., de 30 años, casada por 16 años, embarazos 6, partos 6, abortos 0, cuatro niños vivos, el mayor 14 años, el menor 7 años. M.B. tomó *totimahuaste* hace 5 años por un día durante dos menstruaciones seguidas: vive con su esposo y no ha tenido ningún embarazo desde que tomó el medicamento.

S.O., de 33 años, casada 20 años y viviendo con sus esposo; embarazos 3, partos 2, abortos 1 (espontáneo); un hijo vivo de 20 años. S.O. tomó *totimahuaste* hace 12 años, después del nacimiento de su segundo niño; vive con su esposo y no ha tenido ningún otro embarazo desde que tomó el medicamento. Quiere otro niño pero no logra tener otro embarazo.

V.T., de 52 años, casada más de 30 años; embarazos 1, partos 1, abortos 0; no tiene niños vivos. V.T. tomó *totimahuaste* después del nacimiento de su único niño y no ha tenido ningún embarazo desde entonces.

R.U., de 28 años, casada 8 años (segundo esposo) y viviendo con su esposo; embarazos 4, partos 3, abortos 1 (espontáneo); tres niños vivos. A la edad de 15 años, tomó *navashuaste* cada mes por 9 meses y después una vez por un año hasta vivir con su esposo actual, hace ocho años. R.U. vivió con otro hombre por un año antes de su unión actual y no tuvo embarazos; también usó

palo de sangre de vez en cuando. Ella tiene un conocimiento extenso sobre anticonceptivos herbales y dice que el uso es acompañado por dieta estricta con exclusión de sal, azúcar, y manteca y también por abstinencia sexual. Tomó *navashuaste* cuando su hijo mayor (8 años) tenía un mes y lo tomó otra vez después del nacimiento de su segundo niño (de 5 años). A la fecha de la entrevista, su niño menor tenía 15 meses. Ha recibido recién un DIU del Hospital Amazónico.

A.C., de más de 48 años, casada más de 20 años y viviendo con su esposo (que tiene también otra esposa); embarazos 2, partos 2, abortos 0; dos niños vivos, el mayor de 17 años, el menor de 14 años. Ella tuvo un parto difícil y hemorragia postpartum con el nacimiento del segundo niño y tomó *palo de sangre* cuando el bebé estaba gateando. No ha tenido ningún embarazo desde entonces.

I.O., de 37 años, casada por 23 años, viviendo con su esposo; embarazos 3, partos 3, abortos 0; dos niños vivos. I.O. tomó *chuchuhuashe* en la juventud para evitar el embarazo, se enfermó de tuberculosis y estuvo gravemente enferma por mucho tiempo mientras su esposo tuvo otra mujer; se recuperó de la tuberculosis y tuvo tres niños de los que sobreviven dos. Ellas tienen actualmente siete y cinco años, las dos por cesárea. Tomó *chuchuhuashe* después de nacer la hija menor y no ha tenido ningún embarazo desde entonces.

L.R., de 50 años, casada 36 años, viviendo con su esposo; embarazos 5, partos 5, abortos 0; cuatro niños vivos, mayor de 36 años, menor de 17 años. Se aplicó varias preparaciones herbales por vía vaginal después del nacimiento de su primer y tercer niños hace 36 y 33 años, respectivamente; estas preparaciones incluyeron resina de *copal*, corteza de cedro y *sachamanga* y acompañado con dieta estricta (exclusión de sal, dulces, y manteca) y abstinencia sexual. Su esposo tenía otra esposa durante aquel tiempo. Pasaron 17 años hasta el nacimiento de su cuarto niño. Ella dice que aprendió las preparaciones herbales de su madre.

Uso repetido con falla

M.P., de 48 años, viuda; embarazos 3, partos 3, abortos 0; dos niños vivos. Tomó *totimahuaste* después de su primer niño y subsiguientemente tuvo dos hijos en sucesión rápida.

J.N., de 50 años, casada más de 30 años; embarazos 13, partos 13, abortos 0; siete niños vivos; tomó *totimahuaste* muchas veces después de todos los partos.

M.O., de 15 años, casada 3 años y viviendo con su esposo; embarazos 1, partos 1, abortos 0; no tiene niños vivos. Tomó *navashuaste* tres veces, empezando con la primera menstruación a la edad de 13 años. Su niño de 13 meses murió de gastroenteritis seis meses antes de la entrevista.

M.B., de 30 años, casada 16 años y viviendo con su esposo; embarazos 8, partos 8, abortos 0; seis niños vivos con rango de edades de 13 años a 11 meses. Ha tomado *totimahuaste* varias veces después de los partos y está tomando actualmente otra vez.

A.O., de 30 años, casada seis años (segundo esposo) y viviendo con su esposo; embarazos 10, partos 10, abortos 0; ocho niños vivos de 19 años a 22 días de edad. A.O. ha tomado *totimahuaste* después de cada parto y ahora desea un anticonceptivo efectivo.

A.C., de 40 años, casada 25 años y viviendo con su esposo; embarazos 9, partos 9, abortos 0; cinco niños vivos de 20 años a 19 meses de edad. A.C. ha tomado *navashuaste* después de todos sus partos.

J.P., de 35 años, casada 24 años y viviendo con su esposo; embarazos 9, partos 9, abortos 0; seis niños vivos de 20 a 6 años de edad; uno de 18 meses murió un año antes de la entrevista. J.P. tomó *totimahuaste* "muchas veces" después de cada embarazo pero no observó las pautas de dieta y abstinencia sexual. Actualmente tiene un aparato intrauterino (DIU).

G.T., de 52 años, casada 37 años con el mismo hombre y viviendo con él; embarazos 15, partos 12, abortos 3 (espontáneo); siete niños vivos con rango en edad de 30 a 7 años. Después de nacer su décimo niño, se puso una preparación de *sachamanga* dentro de la vagina, dejandola todas las noches, durante una semana (La dosis normal es para una noche solamente). Después de esto, ella tuvo tres abortos espontáneos sucesivamente seguidos por otros dos embarazos y partos. G.T. también se aplicó a la vagina la resina de *palo de sangre* y tomó por vía oral varias preparaciones incluyendo la decocción de la raíz de árbol de limón que es amarguísima. Una amiga de G.T. divulgó que después de aplicarse la *sachamanga* por vía vaginal, G.T. se enfermó con un severo flujo vaginal constante que mojó constantemente sus muslos. También quedó con hemorragia fuerte durante las menstruaciones, pero la hemorragia y flujo disminuyeron un poco después del nacimiento de su penúltimo niño. Durante el trabajo de

campo del autor en 1964 con la comunidad, G.T. se quejó de sangrado vaginal. Un examen pélvico bimanual reveló la presencia de lo que parecía un carcinoma cervical en etapa III. Se la mandó al Hospital Amazónico con recomendación de radioterapia. Subsecuentemente G.T. fue enviada a Lima para ese tratamiento. Su tumor disminuyó después de dos cursos de radioterapia, pero dos años después desarrolló dolor en el tórax. Una biopsia abierta de la lesión pulmonar en Lima reveló la presencia de carcinoma metastático. Durante el trabajo de campo y encuesta del autor en 1969, G.T. tenía un cancer terminal y manifestó fiebre, anorexia, cachexia, dispnea, dolor en el tórax, y presencia de una masa sólida creciendo bajo una cicatriz en el espacio intercostal sexto en la línea midaxilar izquierda. Dos meses después murió.

DISCUSION

Anteriormente se manifestó que los indígenas que viven en la cuenca amazónica del Perú poseían una variedad amplia de preparaciones herbales a las que se atribuye efectos importantes de anticoncepción (Maxwell, 1970). Además de estos informes, parece que hay poca evidencia para apoyar la noción de que el uso de anticonceptivos herbales tenga un efecto importante de una u otra manera en la fecundidad de las mujeres de Paococha. Algunos casos esparcidos dan poca indicación de efectos farmacológicos genuinos, pero no se sabe suficiente sobre las otras influencias posibles en la infecundidad. Estas pueden incluir condiciones tales como trauma cervical que da como resultado el cervical incompetente, fibromas uterinos, enfermedades inflamatorias pélvicas, cervicitis crónica, hipotiroidismo, contacto sexual reducido, o abstinencia simple. Como advirtió Saunders (1954:146), se necesita solamente un éxito ocasional aparente para mantener la credibilidad de remedios folclóricos.

Casi 25% de todas las parturientas contaron que han usado anticonceptivos herbales de un tipo u otro antes del nacimiento del último niño. La reputación de las hierbas como anticonceptivos puede provenir del uso en un ambiente polígino *acompañado de abstinencia sexual postpartum prolongada*. La evidencia empírica recogida durante esta encuesta es inadecuada para apoyar esta hipótesis de una manera significativa, pero tanto Whiting (1964:517) como Lorimer (1954:88) destacaron que la poliginia es una institución extremadamente común en las sociedades primitivas más avanzadas y que hay una asociación íntima entre poliginia, patrilocalidad, y observación de un tabú sexual prolongado después del parto. Los dos domicilios más "tradicionales" en Paococha, que se componen de un conjunto de familias extensas, son un segmento de un sistema

patrilocal que es fuertemente polígino. Además, un análisis de la paridad promedia de las mujeres de Paococha que están en edad reproductiva reveló que la paridad promedia de las mujeres en uniones políginas es más baja que la paridad promedia de todas las otras mujeres en cada agrupación de edad menos una (20-24) dentro de la agrupación de edad 20-44 (Hern, 1971). Si se observa un tabú ritual de abstinencia sexual después del parto, particularmente por parte de las mujeres en relaciones políginas, una asociación estadística positiva entre el uso de anticonceptivos herbales y la paridad promedia más baja puede ser solamente una asociación secundaria, no-causativa y no apoya una inferencia de causalidad. Aún es posible que algunas mujeres sean más aptas o conozcan mejor el uso eficaz de las preparaciones herbales. Si esta es la verdad, estas mujeres probablemente estarían dentro de la agrupación "tradicional" y, por eso, comparten los rasgos que obstruyen la determinación de causa-efecto.

Una reseña de estos factores demanda una consideración de la hipótesis propuesta por Heer con respecto a la fecundidad en el Perú. Heer (1965) aseveró que hay evidencia de prácticas indígenas de control de fecundidad por los indios peruanos y estas prácticas podrían prevenir que las altas tasas de fecundidad experimentadas por los mestizos se den en las comunidades indígenas en proceso de urbanización. La hipótesis de Heer no es apoyada por los datos de Paococha. Asumiendo que se observaban ciertas prácticas de control de fecundidad como infanticidio y tabú sexual después del parto y que éstas tenían efectividad de mantener la fecundidad a un nivel bajo, aparentemente ya no se practican o tales prácticas no tienen efectividad en la actualidad. Tampoco hay ninguna evidencia que señale que el uso de anticonceptivos herbales es eficaz.

Un hecho más importante que surge de todo es el descubrimiento que más del 50% de todas las mujeres de 15 años y mayores conocen anticonceptivos herbales y el 43% de las mujeres en edades de 20 a 54 ya los han usado. Hay un deseo significativo de limitar la fecundidad, evidenciado en el gran número de mujeres que revelaron un comportamiento que tenía propósito de limitar la fecundidad. Obviamente, puede ser que haya otras que lo tengan, pero no se reportaron.

La falla aparente de eficacia de los anticonceptivos herbales a pesar de un uso determinado y persistente, implica una vinculación anterior con prácticas

* Este artículo ha sido publicado en una primera versión en inglés bajo el mismo título en la revista *Human Organization*, Vol. 35, Nº 1, 1976. Esta versión en castellano está a cargo del mismo autor.

como la abstinencia sexual después del parto, que por su efecto genuino dio credibilidad a la creencia de que las hierbas eran efectivas en limitar la fecundidad. Sean cual fueran las prácticas hipotéticas, aparentemente ya no se usan o no se usan lo suficiente como para tener un efecto.

BIBLIOGRAFIA

AGUALIMPIA, C.M., A.R. PABON, R.M. GALAN, S. GOMEZ, and L.E. GONZALEZ

1969 Demographic facts of Columbia. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 47:255.

BIRDSELL, J.B.

1957 Some population problems involving Pleistocene man. *Cold Spring Harbor Symposia on Quantitative Biology* 22:47-69.

1968 Some predictions for the Pleistocene based on equilibrium systems among recent hunter-gathers. In *Man the Hunter*, R.B. Lee and I. DeVore, eds. Chicago; Aldine.

BUCK, A.A., T.T. SASAKI, and R.I. ANDERSON

1968 *Health and Disease in Four Peruvian Villages*. Baltimore; Johns Hopkins Press.

DAVIS, K., and J. BLAKE

1956 Social structure and fertility: an analytic framework. *Economic Development and Cultural Change* 4:211-35.

DEVEREUX, G.

1955 *A Study of Abortion in Primitive Societies*. New York: Julian Press.

EARLY, J.D.

1970 Demographic profile of a Maya community. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 48:167.

EATON, J.W., and A.J. MAYER

1953 The social biology of very high fertility among the Hutterites. *Human Biology* 25:206.

FIRTH, R.

1957 *We, the Tikopia*. London: George Allen and Unwin.

HEER, D.

1965 Fertility differences between Indian and Spanish-speaking parts of Andean countries. *Population Studies* 18:71-84.

HERN, W.M.

1971 Very high fertility in a Peruvian Amazon Indian village. Paper read at the 99th annual meeting of the American Public Health Association, Minneapolis, Minnesota, October 13, 1971.

HIMES, N.E.

1970 *Medical History of Contraception*. New York: Schocken Books.

LATHRAP, D.W.

1970 *The Upper Amazon*. New York: Praeger.

LORIMER, F.

1954 *Culture and Human Fertility*. Paris: UNESCO.

MAXWELL, N.

1970 Attitudes of four Peruvian jungle tribes towards plants employed as oral contraceptives. Paper read at the 39th International Congress of Americanists, Lima, Peru, August 4, 1970.

OMRAN, A.R.

1971 Abortion in the demographic transition. In *Rapid Population Growth*, Vol. 2. National Academy of Sciences. Baltimore: Johns Hopkins Press.

POLGAR, S.

1968 Cultural aspects of natality regulation techniques. Proceedings of the VIIIth International Congress of Anthropological and Ethnological Sciences. Tokyo, 1968. Mimeo.

1971 Culture, history, and population dynamics. In *Culture and Population: A Collection of Current Studies*, S. Polgar, ed. Chapel Hill: University of North Carolina Press.

SAUNDERS, L.

1954 **Cultural Difference and Medical Care.** New York: Russell Sage Foundation.

SMITH, T.E.

1960 The Cocos-Keeling Islands: A demographic laboratory. **Population Studies** 14:94.

STOTT, D.H.

1962 Cultural and natural checks on population growth. In **Culture and the Evolution of Man.** M.F. Ashley-Montagu, ed., New York: Oxford Press.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE

1969 **Vital Statistics of the United States, 1967.** Vol I: **Nativity**, Section 1, Tables 1-1, 1-2, 1-4 (p. 13); Table 1-15 (p. 1-15). Vol. II: **Mortality**, Part A, Section 1, Table 1-1 (p. 1-2). Washington, DC: Government Printing Office.

WEISBARD, S.R.

1957 Indios Shamas de Peru. **Ethnographie** 53:19-74.

WHITING, J.W.M.

1964 Effects of climate on certain cultural practices. In **Explorations in Current Anthropology**, W.H. Goodenough, ed. New York: McGraw-Hill.