

Embarazo y parto entre la tradición y la modernidad: el caso de Ocuituco¹

*Roberto Castro
Mario Bronfman
Martha Loya*

Introducción

UNO DE LOS TEMAS centrales en las ciencias sociales aplicadas a la salud es el estudio de la oposición existente entre las concepciones seculares acerca de la salud y la enfermedad y las de la medicina moderna. En este sentido, México es un campo particularmente propicio para este tipo de análisis puesto que es común encontrar grupos de población con conocimientos, creencias y prácticas relacionadas con estos aspectos que les son propios y, a veces, exclusivos. Así, generan sus propias explicaciones respecto de los problemas de salud-enfermedad. En muchos casos —por ejemplo en el ámbito rural— se trata de sistemas locales de conocimiento que derivan, entre otras cosas, de las culturas indígenas que dominaban esta región hasta antes de la llegada de los españoles, y del sincretismo cultural que resultó a partir de la conquista. Estudiar estos sistemas cognoscitivos es importante desde varios puntos de vista: en un sentido estrictamente académico, porque así es posible conocer y entender mejor las formas no científicas de atribuir sentido y de actuar que se asocian con esos sistemas. En un sentido más pragmático, porque, tal como ha sido sugerido por otros autores, la in-

¹ Esta investigación recibió apoyo financiero del Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación para la Investigación en Reproducción Humana, de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

formación resultante de este tipo de investigaciones es fundamental para adaptar los programas de salud y desarrollo a la lógica de los destinatarios, en lugar de proceder a la inversa, tratando de adaptar a éstos a la lógica de los programas.²

En este artículo se da cuenta de algunos resultados alcanzados en esta dirección y se informan algunos hallazgos, relacionados con el embarazo y el parto, de una investigación más amplia que busca comprender la manera en que la población de una comunidad rural del estado de Morelos articula diversos elementos del discurso de la medicina moderna junto con otros derivados de la tradición para, así, poder enfrentarse a los fenómenos relacionados con la salud-enfermedad, el embarazo, el parto y la anticoncepción. En la primera parte se presenta una revisión parcial de los trabajos más significativos producidos en los últimos años sobre estos temas y se establecen las principales diferencias con relación a nuestra investigación. En la segunda parte se caracteriza sucintamente a la comunidad estudiada, con el fin de contextualizar los resultados obtenidos. En la tercera parte se explica brevemente la metodología seguida en la recolección y análisis de la información. En la cuarta parte se presentan algunos de los resultados, y finaliza con una breve conclusión que se deriva del análisis realizado.

Antecedentes

El origen de esta investigación se sitúa en la solicitud formulada por instituciones dedicadas a financiar programas de desarrollo de comunidades, en el sentido de explorar por qué fracasan los programas de educación para la salud y planificación familiar en comunidades rurales donde se ha detectado una demanda específica de estos servicios. Suele ocurrir que, pese a que aparentemente existen las condiciones adecuadas para una eficaz realización de programas de este tipo, ésta se traduce, en algunos casos, en programas que no responden a las expectativas de la población y, por lo tanto, fracasan. En casos extremos, incluso, hay programas que, por tratar de cumplir sus objetivos en estas condiciones, terminan convirtiéndose en prácticas autoritarias que desvirtúan por completo la intención original de dichas intervenciones (Bronfman y Castro, 1989).

En este caso se trataba de una comunidad —Oguituco, More-

² Uno de los trabajos clásicos en este sentido es el de Kelly (1956).

los— donde existían planes de construir un centro de salud comunitario que, en el mediano plazo, desarrollaría actividades de educación para la salud y planificación familiar entre la población del lugar. Se buscaba, entonces, explorar la lógica que subyace a la racionalidad médica del lugar —entendida desde el punto de vista de sus habitantes— a efecto de aportar información que eventualmente pudiera servir para identificar mecanismos de adaptación de los programas educativos a dicha forma de interpretar la realidad.

Diversos autores han documentado con mayor o menor especificidad la existencia de conocimientos y prácticas médicas tradicionales en el área rural del estado de Morelos. Los trabajos de López Austin (1984) y de Aguirre Beltrán (1980), por ejemplo, permiten recuperar algunos de los significados originales de diversas prácticas médicas, muchas de las cuales sobreviven hoy en día en forma parcial o modificada en relación con lo que fueron hace varios siglos. Otras obras, como las de Sahagún (1956), Ruiz de Alarcón (1953) y De la Serna (1952), constituyen fuentes históricas de singular importancia en este mismo sentido.

El tema de la reproducción humana ha llamado particularmente la atención de los investigadores debido a la riqueza del universo simbólico que se construye en torno a este fenómeno, así como por la frecuente eficacia de las prácticas médicas alternativas que las culturas tradicionales han desarrollado para hacerle frente. En algunos casos (Cosminsky, 1978), se ha llamado la atención sobre la necesidad de conocer estas prácticas a profundidad, de tal manera que sea posible distinguir aquellas que, de manera comprobada, dañan la salud de las personas de las que resultan inocuas o benéficas para la población, ya sea por su utilidad práctica o por su eficacia simbólica. En otros casos se ha insistido en que

inherente en muchos programas de salud, especialmente en aquellos diseñados por países desarrollados para países del mundo en desarrollo, existe la errónea suposición de que el cuerpo, sus procesos y las alteraciones que sufre (por ejemplo la enfermedad, los efectos colaterales de los anticonceptivos, etc.) son universalmente experimentados de la misma manera (Shedlin, 1979).

También se ha señalado la necesidad de explorar los patrones y las normas sociales y culturales que determinan la existencia de ciertas categorías cognitivas y que, a su vez, dan lugar a una manera particular de comprender los fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad.

En ese sentido, en los últimos años se han producido diversos trabajos que buscan aportar elementos para lograr una mejor comprensión de la lógica que subyace a los sistemas de creencias locales existentes en el área central de México, asiento de los antiguos nahuas. En uno de los más significativos, por su actualidad y exhaustividad (Mellados, Zoila y Castañeda, 1989, también Zoila *et al.*, 1988), se da cuenta, a partir del testimonio de un conjunto de parteras, del estado actual que guardan las prácticas médicas no académicas en relación con la reproducción humana y con ciertas enfermedades conceptualizadas como tales con un lenguaje no científico. Se trata de investigaciones de suma trascendencia, sobre todo porque recuperan el testimonio de uno de los actores principales de la medicina tradicional en el campo mexicano: la partera rural. Del mismo modo, otros trabajos tienden a describir las prácticas más frecuentes realizadas por las parteras en su trabajo, tomando como base la información que ellas mismas proporcionan (Mellado Campos, 1987).

La virtud de estos trabajos, que consiste en la obtención de la información a partir de las parteras mismas, constituye, sin embargo, su principal limitación cuando se trata, como en nuestro caso, de explorar la manera en que un corpus de conocimientos y prácticas específicas relacionadas con la reproducción humana adquiere concreción en una comunidad como Ocuituco. En nuestro caso no se trata de documentar la sobrevivencia de algunos elementos de la tradición náhuatl en la comunidad, sino de explorar la manera en que dicho conjunto de conocimientos, creencias y prácticas tradicionales es incorporado y sintetizado dentro del universo cognoscitivo del conjunto de la población. Se trata de una población que está expuesta al impacto de la medicina moderna, y que debe, por lo mismo, desarrollar síntesis adecuadas de las dos racionalidades médicas —la moderna y la tradicional— de tal manera que le sea posible convivir con ambas y aprovecharlas.

Existe un estudio parecido al nuestro —en términos de la pluralidad de los informantes seleccionados— realizado en una comunidad del mismo estado, situada a 15 km al oriente de Ocuituco (Álvarez-Heyndereich, 1987). Difiere, sin embargo, en dos aspectos sustanciales: en primer lugar, es una investigación que aborda el tema de la salud-enfermedad en general, sin concentrarse, como es nuestro interés, en el tema de la reproducción humana; ello le permite constituirse en una referencia obligada para nuestros trabajos, pero no los sustituye. En segundo lugar, se trata de una investigación que no incorporó informantes masculinos adultos de la

población en general, excepto en el caso de los curanderos. En nuestro estudio, en cambio, dicha incorporación fue considerada crucial para el logro de nuestros objetivos.

En síntesis: en nuestro caso se trata de una investigación que, a partir del testimonio de diversos tipos de informantes —no sólo de las parteras— explora la lógica bajo la que se articulan los diversos discursos médicos que coexisten en la comunidad.

El objetivo de este artículo, sin embargo, es más limitado, pues se trata de dar cuenta de sólo algunos de los hallazgos logrados a través de esta investigación. Nos interesa proponer una caracterización preliminar de las condiciones bajo las cuales se estructura el saber médico de Ocuituco respecto de los temas del embarazo y el parto.

Teoría y métodos

Para abordar el tema de nuestro interés, hemos optado por una perspectiva teórica que rescata la dimensión del sentido subjetivo que subyace a la acción social propiamente tal (Weber, 1981). En otras palabras, asumimos que los diversos actores se relacionan entre sí con los objetos que los rodean (sean éstos de la naturaleza que fuere) en función del “significado” (socialmente construido) que tales personas u objetos tienen para ellos (Blumer, 1969). La pertinencia de esta perspectiva queda de manifiesto si se considera que la atención medicalizada del embarazo y del parto, y sobre todo el tema de la planificación familiar, han hecho su aparición en el escenario comunitario que estamos estudiando sólo muy recientemente. Ello permite hipotetizar que los habitantes de esta comunidad se encuentran en un proceso de “redefinición de la situación”, esto es, de “negociación” (Strauss, 1978) intersubjetiva del sentido que este tipo de prácticas puede traducir para ellos. Esta dinámica definitoria se puede apreciar mejor a un nivel de observación “micro”. Por ello, hemos optado por una técnica de recolección de la información y de análisis de la misma que se centra justamente en el punto de vista de los actores involucrados (Glaser y Strauss, 1967), en sus propias explicaciones, en sus propias maneras de ver, obrar y atribuir sentido a la realidad que los rodea.

En una primera etapa, se levantó un censo general de población en la comunidad para registrar a todos sus integrantes y contar con información confiable respecto de las principales variables sociodemográficas (edad, sexo, educación, ocupación, estado civil, etcétera).

En una segunda etapa, se procedió a clasificar a los habitantes de esta localidad conforme a criterios pertinentes para cada sexo: en el caso de las mujeres, según su paridad (alta o baja), su estado civil (unidas o no unidas), y la edad que tenían en su primer parto (menos de 18 años, o 18 y más); en el caso de los hombres, según su escolaridad (hasta 3 años, más de 3 y hasta 6 años, y más de 6) y su condición y tipo de ocupación (desempleados, campesinos, y otros). Se decidió entrevistar a dos informantes de cada categoría, los que fueron seleccionados en forma aleatoria. El propósito, obviamente, no era asegurar representatividad estadística para cada categoría, sino simplemente garantizar cierta pluralidad en la representación de individuos con características objetivas diferentes. Finalmente fueron entrevistados 24 mujeres y 18 hombres. Se incluyó dentro de ellos a los curadores tradicionales (tres parteras y un huesero), de tal manera que se realizaron en total 42 entrevistas.

Las entrevistas fueron de respuesta abierta y se aplicaron mediante conversaciones informales con los informantes seleccionados. En la aplicación de esta técnica descansa un principio metodológico fundamental: se trata de "dejar hablar" a los informantes, pues se parte del supuesto de que en su discurso es posible identificar un orden subyacente, una lógica que lo estructura y le da cuerpo, un *sentido* específico (Mellado, Zoila y Castañeda, 1989; también Valdés, 1988).

Siguiendo una guía previamente definida,³ la entrevista se dividió en tres secciones que correspondían a los tres temas centrales de esta investigación. La primera sección se refería a la fisiología tradicional. Con ella se buscaba obtener información acerca de la manera en que la población concibe y entiende el funcionamiento del cuerpo y la naturaleza del proceso salud-enfermedad (etiología de las enfermedades y procedimientos curativos). La segunda sección se refería, propiamente, a la reproducción humana. Con ella se buscaba obtener información acerca de la anatomía y de la fisiología reproductivas tradicionales, y de la manera tradicional de entender el nacimiento humano. Finalmente, la tercera sección buscó obtener información acerca del conocimiento y las prácticas prevalentes acerca de la regulación de la fecundidad, así como de la evaluación tanto personal como social que de estas prácticas se hace en la comunidad.

Como se señaló anteriormente, el método de análisis de las en-

³ La pertinencia de utilizar guías de entrevista en investigaciones de esta naturaleza ha sido claramente establecida por investigadores como Herzlich (1973).

entrevistas se ajustó a uno de los procedimientos mejor consolidados dentro del interaccionismo simbólico (*grounded theory*) que permite dar un tratamiento sistemático al material cualitativo recolectado. A través de esta técnica no sólo es posible identificar los principales “temas” que aparecen en el discurso de los entrevistados y codificarlos en forma pertinente, sino que además es factible establecer la validez de los hallazgos a través del recurso de la “saturación teórica” (Glaser, 1978, Strauss, 1987).

Como se señaló anteriormente, en este trabajo damos cuenta únicamente de algunos resultados obtenidos a través de la segunda sección de la guía de entrevista: lo relacionado con el embarazo y el parto. El análisis que sigue es ilustrado con citas textuales de lo dicho por los entrevistados. Conviene aclarar que las citas que se ofrecen no representan sólo el punto de vista individual del informante en cuestión sino que, por el contrario, son ejemplo de “constantes” que, aproximadamente en los mismos términos, pudieron ser identificadas en varios o en la totalidad de los entrevistados.

Breve descripción de Ocuituco

La comunidad de Ocuituco es cabecera municipal del municipio del mismo nombre. Se localiza al noreste del estado de Morelos, aproximadamente a 90 km al sur de la Ciudad de México. De acuerdo con los estudios sobre marginación realizados por Coplamar (1983), el estado de Morelos se ubica entre las entidades del país con un índice de marginación medio, por encima —en mejores condiciones— de otras tres entidades que cuentan también con un índice medio, así como de otras quince entidades con índice de marginación alto o muy alto. Asimismo, el estado se ubica por debajo de otras ocho entidades que cuentan con índice de marginación bajo o medio bajo, así como de otras tres que, aunque cuentan con índice también catalogado como medio, se encuentran en mejores condiciones de desarrollo.

Por otra parte, de los 32 municipios con que cuenta la entidad, el de Ocuituco ocupa el lugar 16 en términos de marginación relativa en el estado. Ello implica, entre otras cosas, una mortalidad general de 6.2 por mil. La localidad cuenta con una clínica de salud, atendida por un médico pasante y una enfermera pagados por la Secretaría de Salud del estado y que prestan sus servicios en forma gratuita para la población. Existen, además, un médico privado, tres parteras empíricas y un huesero, cuyos honorarios por servicios fluctúan entre 2 000 y 20 000 pesos.

Ocuituco es una localidad eminentemente agrícola, con una población de 3 185 habitantes, de los cuales el 49.5% son hombres y el 50.5% mujeres. Del total de la población, el 38% es menor de 15 años, el 48% tiene entre 15 y 49 años de edad, y el restante 14% tiene 50 años o más.⁴

El promedio de escolaridad de la población mayor de 14 años es de 6.2 años para los hombres y de 5.9 años para las mujeres. Resulta llamativo, sin embargo, que una tercera parte de esta población (33.6%) es prácticamente analfabeta (menos de tres años de escolaridad). Por otra parte, el 64.8% de la PEA masculina se dedica a cultivar la tierra.

En relación con la fecundidad, el promedio de hijos nacidos vivos entre las mujeres de 12 años o más es de 3.2%. Por grupos quinquenales de edad este promedio aumenta progresivamente de 0.2 entre las mujeres de 15 a 19 años, hasta 8.1 entre las mujeres de más de 65 años de edad. Por otra parte, el 20% de las mujeres mayores de 12 años tienen más de 6 hijos, lo cual puede ser tenido como una paridad alta. Si a eso se añade el 17% de las mujeres que tienen entre 4 y 6 hijos, resulta importante el hecho de que el 37% de las mujeres tengan más de tres hijos al momento del censo. En el otro extremo, un poco más de la tercera parte del grupo de mujeres mayores de 12 años (39%) aún no tiene hijos, y el 24% tienen entre uno y tres.

En promedio, las mujeres tienen su primer parto a los 20.1 años de edad. Sin embargo, es importante destacar que cerca del 10% de las mujeres que han tenido por lo menos un hijo, tuvieron su primer parto antes de los 16 años; que el 40% lo tuvo antes de los 19 años, y que el 72% lo tuvo antes de los 22 años. Ello confirma la hipótesis de que se trata de una comunidad donde la paridad temprana sigue siendo un patrón de comportamiento demográfico predominante. Ello significa también que desde muy temprana edad la mayoría de los hombres y de las mujeres de la localidad se ven envueltos directamente en algún evento relacionado con la reproducción humana y que, por tanto, desde entonces deben echar mano de algún corpus de conocimientos y de prácticas —tradicionales, modernas o mixtas— que les permitan *definir* estas situaciones con familiaridad y éxito. En consecuencia, no carece de fundamento el supuesto básico de esta investigación, que propone recoger los tes-

⁴ Los datos que se proporcionan desde aquí hasta el final de esta sección fueron generados por la propia investigación.

timonios de hombres y mujeres de la localidad, así como de informantes clave especializados, en relación con el tema de la reproducción humana.

Algunos resultados

El embarazo

Ambivalencias

La investigación llevada a cabo en esta comunidad ha confirmado la existencia de creencias y concepciones tradicionales en relación con el embarazo, por lo demás bien documentadas en otras fuentes.⁵ Cabe destacar las siguientes:

1) La idea de que no se debe asistir a un velorio —sobre todo en los últimos meses del embarazo— porque “da cáncer” y se muere el producto.

2) La idea de que un eclipse de sol durante el embarazo provoca nacimientos de niños con labio leporino. Se previene usando un seguro o algún objeto metálico (como “las llaves del ropero”) durante todo el embarazo. También existe la creencia de que la luna llena, por sí misma, puede producir los mismos efectos que el eclipse, efectos que se previenen de la misma manera.

3) La idea de que la mujer embarazada no debe tener “antojos insatisfechos” porque puede tener fuertes molestias o puede nacer el niño “medio loco”.

4) La idea de que no es bueno bañarse durante el embarazo después de un temblor de tierra, porque “el agua está maleada”.⁶

Como lo señalamos más arriba, el fin de este trabajo no es documentar la sobrevivencia de creencias tradicionales en esta comunidad sino analizar, desde una perspectiva sociológica, la manera en que la población atribuye sentido e *interpreta* tales concepciones en el contexto de una comunidad que está expuesta también al nflujo de la modernidad.

⁵ Las ya citadas obras de López Austin (1984), Aguirre Beltrán (1980), Melado Campos (1987), Álvarez-Heydenreich (1987) son algunas de las muchas fuentes existentes al respecto.

⁶ *Agua maleada*: agua revuelta, agua no reposada, agua viciada.

Un primer hallazgo que caracteriza al conjunto de los actores involucrados es la *ambivalencia* con la que se relacionan con los diferentes discursos médicos existentes en la comunidad. En algunos casos, se trata de una ambivalencia *pragmática* que disocia, en términos más o menos claros, la teoría de la práctica. Esto es ilustrado por un refrán bien conocido en Ocuituco que dice que “no es bueno creer pero es bueno curarse”. Algunos sectores de la población lo utilizan para justificar el uso que hacen de prácticas curativas tradicionales, al mismo tiempo que manifiestan no creer en ellas.

En otros casos la ambivalencia es más bien *selectiva*: algunas concepciones tradicionales son desechadas mientras que otras son preservadas o “calificadas”:

—¿O sea que usted no cree que sea peligroso ir a un velorio estando embarazada?

—No, no creí. Mis tías me dijeron: “no vayas, ponte unos limones, si vas, ponte unos limones” (partidos, ocultos entre el vientre y la ropa).

—¿Y usted cree que eso sea posible? ¿O sea que haya alguna posibilidad de contraer algo por asistir al velorio?

—En donde sí podría yo creer, o tengo alguna duda, es cuando tenemos una cortada o una herida y nos acercamos, posiblemente yo estaría en duda, pero no en todos los casos.⁷

En todo caso, esta “selectividad” parece estar parcialmente influida por la lógica del discurso médico moderno. En el caso anterior, por ejemplo, la noción de “infección” parece subyacer a la asociación que se hace entre tener una herida y el riesgo de contraer alguna enfermedad ante la presencia de un cadáver. En cierta forma, una herida y la menstruación son equiparadas, tal como lo sugiere el testimonio de una entrevistada que señalaba que “si el señor difunto murió, por ejemplo, de cáncer, puede caerle cáncer a esa mujer que está menstruando, que tiene una cortada...”.

Una tercera forma de ambigüedad es la que hemos denominado *sincrética*, que consiste en rephrasear una concepción tradicional con conceptos del discurso médico moderno. Esto da origen a una concepción que preserve el contenido antiguo pero que se expresa, por lo menos parcialmente, con conceptos modernos. Por ejemplo, una partera señalaba que:

⁷ Por razones obvias, la identidad de los informantes debe permanecer anónima.

...dicen muchos doctores que no hay cáncer, y sí hay cáncer. Se les contagia [a las embarazadas que asisten a un funeral], van ahí a donde está el cadáver y... se ven malas para que nazca su criatura. Y sí nacen con cáncer porque se mueren.

La frecuencia y la vaguedad con la que los informantes se refieren al cáncer como una consecuencia de asistir a un funeral durante el embarazo sugiere que el significado de la palabra “cáncer” no es equivalente al que se le atribuye en términos biomédicos. Más bien se trata de un concepto redefinido por ellos como sinónimo de muerte (lo irremediable, lo irreparable). La estructura del último silogismo del ejemplo anterior —silogismo tipo *post hoc, ergo propter hoc*— parece confirmar esta hipótesis: no es que la gente se muera porque tiene cáncer, sino a la inversa, “sí tienen cáncer porque se mueren”.

Redefiniciones

Por otra parte, resulta claro que lo que se entiende por “cuidados durante el embarazo” en Ocuituco difiere sustantivamente de lo que la medicina moderna denomina “atención prenatal”. En la mayoría de los casos las mujeres embarazadas visitan a la partera una o dos veces con el embarazo casi a término para que ésta las “manijé”⁸ y las “sobe”⁹ para acomodarles el bebé en la posición correcta. Estas situaciones son lo más cercano a la atención clínica. El resto de los cuidados que se brindan a la mujer le son proporcionados dentro del ámbito doméstico y revisten, sobre todo, un carácter afectivo.¹⁰ En otras palabras, el embarazo es vivido en Ocuituco como un estado natural que no es necesario medicalizar, y que es atendible perfectamente dentro del propio hogar, con los recursos y saberes ahí disponibles, sin necesidad de confiar a otros —por ejemplo a un médico— su supervisión.

No deja de ser importante observar, sin embargo, que la presencia de la medicina moderna en la comunidad ha forzado a sus

⁸ *Mantear*: dar masaje con una manta a la embarazada, sobre todo en el abdomen.

⁹ *Sobar*: dar masaje a la embarazada con las manos.

¹⁰ *Cfr.* Zolla (1989) y Mellado (1987). En esos trabajos se identifica al hogar como un ámbito perfectamente definido, donde tiene lugar la “medicina doméstica”, que difiere de la tradicional (practicada por curanderos, parteras, hueseros, etc.) y de la medicina moderna.

habitantes a *redefinir* estas formas tradicionales de atención del embarazo en términos del discurso moderno. Por ejemplo:

—...usted, ¿cuándo llama o cuándo va a ver a la partera?

—Cuando está una embarazada, tiene uno que ir a revisión con la partera, *que es como un médico*, pero ahí le cobra.

En otras palabras, la figura del médico es utilizada como referente para definir a la partera, a pesar de que el primero hizo su aparición en la comunidad mucho tiempo después —en términos históricos— que la segunda.

Más aún, las parteras mismas tienden a redefinirse y legitimarse a sí mismas, en función de la medicina moderna. La insistente alusión de las parteras al hecho de haber recibido entrenamiento u orientación por parte de algunos representantes de la medicina científica, *significa* más un acto de legitimación ante éstos, que una presunción de que se posee un mejor conocimiento sobre el parto.¹¹ Es decir, las parteras experimentan la necesidad de legitimar su práctica ante los representantes de la medicina moderna, a través de algún documento o certificado que acredite la capacitación recibida en alguna institución de salud. Esta acreditación, sin embargo, no siempre es necesaria ante los miembros de la comunidad, quienes en muchos casos juzgan críticamente “lo que viene de la ciencia”.

La medicina moderna, en efecto, no sólo fuerza estas redefiniciones sino que es percibida también como una instancia que cuestiona saberes largamente establecidos por la tradición y por las condiciones objetivas de vida. Este cuestionamiento, a su vez, obliga a los habitantes de esta comunidad a mantener una comparación permanente entre las prácticas tradicionales y las sugeridas por la medicina moderna. Por ejemplo, llama la atención que la mayoría de las informantes no contempla, dentro de los cuidados durante el embarazo, la recomendación presente en la medicina científica de evitar esfuerzos físicos fuertes durante este periodo. Por el contrario, coinciden en señalar que durante el embarazo continúan haciendo normalmente el quehacer:

¹¹ En el trabajo de Mellado (1989), los autores identifican tres tipos de parteras rurales: *a*) las tradicionales, *b*) las empíricas capacitadas (por alguna institución de salud) y *c*) las empíricas no capacitadas. En el caso de Ocuituco predominan las parteras del segundo y tercer tipo.

Yo trapeaba, yo cargaba petates, yo iba a traer leña, yo corría, yo todo, y *nunca me pasó nada*.

Por lo menos, cabría suponer que el criterio que diferencia un esfuerzo físico fuerte de uno débil no es el mismo para la población de Ocuituco que para la medicina moderna. De cualquier manera, el espíritu de “debate”, de intercambio de pruebas y refutaciones entre la tradición y la modernidad, es perceptible entre los habitantes de la comunidad:

...Mi señor estaba haciendo una casita de adobe... yo le tuve que ayudar y cargarme el adobe... que estaba grande el adobe... estaba embarazada de ese niño y con la propia barriga me detenía los adobes y *no nació mal el niño, ahí está*.

En síntesis, estamos frente a otra oposición entre la medicina moderna y la tradición en Ocuituco: aquélla utiliza instrumental técnico en la rutinaria revisión prenatal y al mismo tiempo recomienda evitar esfuerzos físicos, ésta, por el contrario, deja que el embarazo transcurra casi en su totalidad en el seno del hogar, bajo la supervisión doméstica de quienes lo integran, y cuando se acude con la partera, ésta utiliza sólo las manos en la revisión de la embarazada y no parece contar con ninguna recomendación específica respecto a los esfuerzos físicos. Estas diferencias se reflejan claramente en la forma en que ambas medicinas son percibidas e *interpretadas* por los habitantes de la comunidad.

Es interesante advertir que los hombres entrevistados manifiestan no contar con ninguna información específica en torno a los cuidados que debe tener una mujer embarazada, excepto el relativo a “satisfacerle sus antojos”. Esto hace pensar que, en general, los hombres en Ocuituco viven relativamente al margen de los cuidados durante el embarazo. Un elemento que parece confirmar esto es el hecho de que a lo largo de las entrevistas es mucho más evidente el papel activo de la suegra durante este periodo, aconsejando, orientando y atendiendo a la embarazada, que el del marido mismo. La referencia a la suegra por parte de las entrevistadas es mucho más recuente que la de la propia madre, quizás debido a la tendencia que existe de que las nuevas parejas habiten en la casa de los padres del varón.

No sólo los “cuidados durante el embarazo” son definidos (y redefinidos) con referencia a la medicina moderna. Lo mismo puede advertirse en relación con las causas y los fines que se atribuyen al embarazo mismo. En ocasiones el embarazo es vivido por las mu-

eres como el resultado fatal de ciertas circunstancias a las que no son ajenos los representantes de la medicina moderna. Por ejemplo, hay testimonios que muestran que el embarazo no es siempre una situación buscada sino un estado al que se llega involuntariamente, o por lo menos un paso obligado para alcanzar ciertos objetivos. El caso inicial lo ilustra una mujer que relata la experiencia de su primer embarazo en los siguientes términos:

(...una enfermera) me empezó a explicar todo lo que había de anti-conceptivos, cómo eran las relaciones sexuales y me decía que me controlara yo, entonces yo fui y ese día no la encontré y después ella me fue a buscar a la casa y no estaba yo, ya no me encontró, y luego ya me embaracé.

En esta descripción, la causa del embarazo es atribuida a variables externas á la entrevistada (encontrarse con la enfermera) y no de ella misma (evitar el contacto sexual o prevenir el embarazo). Es decir, el embarazo es vivido como el resultado directo de los desencuentros tenidos con la enfermera y no como consecuencia lógica de la propia conducta. El segundo caso lo ilustran los testimonios de mujeres que, para evitar las hemorragias debidas al uso de un anticonceptivo (inyectable o DIU), "se dejan embarazar". El embarazo, entonces, es interpretado no como algo buscado, sino como un medio imprescindible que se requiere para acceder a otro fin: la salud.

El parto

Debates

La atención tradicional del parto entre las parteras de Ocuituco consiste en una serie de prácticas muy semejantes entre sí, de acuerdo con las descripciones de las informantes:

a) La partera llega a casa de la embarazada ya casi cuando va a nacer el niño y pone uno o dos botes de agua a hervir para bañar a la señora y, al finalizar, "hacer el aseo".

b) La partera "prepara" a la enferma para "prontuar"¹² el

¹² *Prontuar*: acelerar.

parto. Para ello utiliza varios recursos, como hierbas. Esto se comenta más adelante.

c) Al nacer el bebé, le corta el cordón umbilical, envuelve al bebé y le saca las flemas y lo entrega a quien esté presente.

d) La partera se encarga de la señora: saca la placenta, hace el aseo y la faja.

e) La partera recoge la ropa de la señora que fue utilizada en el parto, y se la lleva para lavarla. Al día siguiente volverá a entregar esa ropa e iniciar los cuidados del postparto.

La descripción anterior representa lo que podemos llamar el parto tradicional en Ocuituco y es la referencia a partir de la que se definen las personas entrevistadas para hablar de sus acuerdos y desacuerdos con él, y para comparar este tipo de parto con el que tiene lugar en las clínicas modernas. Los cinco aspectos mencionados son los rasgos comunes en todas las parteras y, según pudo advertirse, ninguno de ellos fue introducido como resultado del entrenamiento que reciben de la medicina moderna. Junto a ellos, existen otros elementos que sí parecen ser una traducción de nociones obtenidas a través de la enseñanza moderna, pero que, tratándose de detalles, no alteran el sentido original de la atención tradicional del parto. Éstos constituyen, al mismo tiempo, los rasgos diferenciales que se aprecian entre las diversas parteras. Estas diferencias aparecen en varias etapas de la atención. Por ejemplo, en relación con el momento de “preparación” de la mujer:

a) La partera 1 no acostumbra usar con las señoras ningún medicamento para “prontuar” el parto, sólo les hierve tres “retositos de ruda (*Ruta chalepensis*), una matita de hierbabuena (*Mentha piperita*, *M. citrata*), y una tablita de chocolate... y esta bebida ayuda para que se calienten los huesos”.

b) La partera 2, por su parte, señala al respecto que “si ya está a la mera hora, se le pone su té y ya entonces se vienen más rápido, entonces sí se le pone su ampolleta, para que no sufran... las adormece un poquito”.

c) La partera 3 dice, en cambio, que ella misma corta una hierba y les hace un té y les “soba la barriga” con las manos calientes “y luego luego se empiezan a poner las dolencias fuertes y ya en un rato ya se hizo”.

También en relación con el momento de atender al recién nacido aparecen algunas diferencias secundarias:

a) La partera 1 señala que después de cortar y amarrar el cordón umbilical, “envuelve a la criatura y le saca las flemas con la perilla” (que le proporcionaron en una institución médica gubernamental) y se lo entrega al familiar de la señora que esté presente.

b) La partera 2, por su parte, dice que al nacer el niño “ya luego le amarro el ombligo, lo levanto... se le limpia su carita, su cabecita... si se quiere privar, pues darle aire de boca a boca, colgarlos de piecitos... que no quieren llorar, darles tres nalgaditas”, luego lo entrega a quién esté presente, o si no hay nadie más que la señora “lo pone por ahí”.

Existen, pues, una serie de elementos fundamentales que definen lo que es el parto tradicional en Ocuituco, cuya aceptación es considerable entre la población, y ante el cual se definen diversas posiciones a favor o en contra. También es claro que los componentes modernos son elementos que desempeñan un papel central en la interpretación diferencial que sobre la atención del parto por parteras, existe entre la población usuaria de estos servicios.

El tema de la atención del parto con médico *versus* el parto con partera constituye el punto donde el *debate* entre lo moderno y lo tradicional en el campo de la reproducción es más candente: existen diversas interpretaciones en torno a qué opción es mejor y por qué. En todo caso, la constante más importante que puede advertirse al respecto es precisamente la falta de consenso en cualquier sentido.

El desacuerdo entre lo moderno y lo tradicional no se da sólo en la contradicción entre lo que aconseja la medicina moderna y el significado que estos consejos tienen para la población, sino también en la variedad de juicios de valor que al respecto formulan los diferentes informantes. Tomemos por ejemplo la interpretación que en términos de calidad de la atención hacen una partera y un huesero: ambos han sido atendidos tanto por parteras como en clínicas (en el caso del huesero nos referimos, por supuesto, a su esposa, pero el informante era él). Mientras la primera lamenta la creciente disponibilidad de servicios modernos, “porque ya no es como antes, que de verdad nos atendía bien, con cuidado y todo”, el segundo la celebra porque los juzga más útiles sobre todo en casos de partos difíciles o de personas de salud delicada: “Ya no la llevé con la matrona, porque se veía muy apurada, más bien dicho, más débil mi esposa”.

Los desacuerdos notables llegan a darse incluso entre informantes semejantes. Por ejemplo, dos profesoras de la escuela primaria, aproximadamente de la misma edad, definen de manera opuesta

qué tipo de gente acude con las parteras y qué tipo con los médicos. Una señala que la educación es la variable que discrimina:

Todo depende del nivel educativo o de los padres o de la familia que ellas tengan, porque ya una mujer que tiene cierto estudio aquí en el pueblo, o que salen más (del pueblo), sí acuden con un médico y tratan de controlarse y no tener tantos hijos, pero una persona que está más cerrada, que podríamos decir que está un poco ignorante todavía de lo que es la medicina, sí recurre a las parteras por miedo a la medicina...

La otra sugiere lo contrario: “Se siguen atendiendo muchos partos con parteras porque hasta personas ya preparadas, primero están con el médico y a la hora de nacer las criaturas, buscan una partera”.

La población puede ser dividida en tres grupos: por un lado, aquellos que juzgan favorablemente la atención del parto con partera y desfavorablemente la atención del mismo con doctor. Por otro lado, los que tienen la posición contraria, y finalmente los que, por su ambigüedad al respecto, podrían ubicarse en medio de los dos grupos anteriores. Hay que destacar que en estos grupos se encuentran personas de ambos sexos y de todas las edades.

Es posible organizar el conjunto de razones que los diferentes grupos dan para sustentar sus posiciones, a modo de facilitar una apreciación de conjunto. Aquellos que se inclinan definitivamente por el *parto atendido por parteras*, aducen razones de los siguientes tipos:

1. Razones clínicas: *a)* temor a la cesárea; *b)* rechazo a ser rasurada como preparativo del parto, y *c)* rechazo al tratamiento médico que reciben en la clínica.
2. Razones de confort: rechazo a las incomodidades físicas de a clínica.
3. Razones económicas: costo de los medicamentos.

Por su parte, aquellos que se inclinan por el *parto atendido por el médico o en una clínica de salud* aducen:

1. Razones clínicas: *a)* confianza en una mejor capacidad del médico para resolver situaciones difíciles, y *b)* razones de higiene.
2. Razones de pudor: rechazo a ser observada por los parientes cercanos (suegra, tías, etc.), al momento del parto.

En relación con el primer grupo, que se inclina por el parto tradicional, hay que destacar, en primer lugar, la generalidad con que se manifiesta el *rechazo a la cesárea*. Ésta es vivida como una técnica que caracteriza al parto moderno y a la que se recurre en forma muchas veces innecesaria. Existe de hecho, entre los partidarios del parto tradicional, un razonamiento del tipo: “deseo mi parto natural, luego no voy con el médico”, que ilustra, en realidad, la manera en que se interpreta el tipo de intervenciones que cabe esperar de la medicina moderna.

El mismo consenso se advierte respecto del *rechazo a ser rasuradas*. La mayoría de las parteras de Ocuituco han recibido algún tipo de entrenamiento adicional en clínicas gubernamentales. Esta estrategia, sin embargo, que en principio podría facilitar una mejor integración entre lo tradicional y lo moderno, no ha producido tales resultados. Por ejemplo, una de las parteras entrevistadas señala que, aunque en una clínica le enseñaron que debía rasurar a las parturientas, no es posible llevarlo a cabo porque las mujeres, sencillamente, no lo aceptan:

No se dejan, porque llegando de allá (de la clínica) tenía yo como a seis que iba yo a atender y que les digo: “las voy a rasurar”. Me dijeron: “no doña, nosotras no nos dejamos”. Nadie se dejó y a nadie rasuré, nadie, nadie. En la clínica nos dieron todos los menesteres para que las atendiéramos, nada más que no quisieron, seguimos como siempre...

El *rechazo al tratamiento médico* que reciben en las clínicas presenta varias acepciones. Naturalmente, las informantes que asumen este punto de vista han tenido ya por lo menos una experiencia en clínicas o con médicos, a partir de la cual juzgan y comparan ambas opciones. Por un lado, algunas mujeres tienen la impresión de que las técnicas de la medicina moderna son menos apropiadas que las empleadas por las parteras, tanto en lo que se refiere a la atención médica justo en el momento del parto, como en el apoyo psicosocial que ellas esperan en estas situaciones:

Creo que es mejor atenderse con la matrona porque en la clínica como que abandonan más... y como que se pasa el parto... como están también atendiendo a los otros pacientes, ahí me dejaban y nomás me ponían el suero y yo sentía dolores y corría al baño. Además, a la clínica nomás me iba a ver mi mamá; la matrona, en cambio; trata de que no se pase el parto, y es que ella ocupa una hierbita que, si ya es hora de que nazca la criatura, esa hierbita adelanta el parto, y si no, entonces se quitan los dolores.

Por otro lado, algunas mujeres califican de brutal el tratamiento recibido en las clínicas y opinan que en el fondo existe una profunda incomprensión de las necesidades de la parturienta por parte del personal médico:

Si yo tengo otro hijo ya no me voy a aliviar a los centros de salud; menos que nunca, porque ahí son rebrutos: yo me fui a aliviar a la clínica de campo. Una con las dolencias, estaba una adolorida del niño y luego decían: “no señora, párese, párese, camine”. Si una no se quería parar de la cama ellos iban y lo paraban a uno los doctores. “No, a caminar, que no te dé pena”, decían. Yo no vuelvo a la clínica porque son rebrutos los médicos, “ahorita párese, aunque sienta feo” y a los dos días ya va una para afuera, aunque esté una mal o no le duela nada, de todos modos lo echan a una para fuera: “camínele como si nada”, y si no hasta la rempujan a una...

Parece además existir una clara experiencia en torno a la iatrogenia causada por los medicamentos que pueden llegar a utilizarse en relación con el parto.

El *rechazo a las incomodidades físicas* de la clínica parece ser otra evidencia de la oposición que existe entre las expectativas de las parturientas y lo que ofrece la medicina moderna. Como hemos señalado antes, muchas mujeres de Ocuituco están más familiarizadas con una medicina que recurre más al apoyo psicosocial y a la calidez en la atención, que a una práctica medicalizada y técnicamente sofisticada; pero que al mismo tiempo es percibida como fría y distante. Las mujeres señalan que las camas de la clínica son muy pequeñas; lo que la obliga a “estar así, amontonadita nomás”; y que ahí pasan frío, mientras que en su casa les es posible pedir a su esposo o a quien sea, que le proporcione una cobija más; o que le arregle la cama de manera que queden cómodas.

Finalmente, otros informantes, principalmente masculinos, aducen *razones económicas*, que se refuerzan con experiencias positivas para seguir prefiriendo el parto tradicional. En general es más barato atenderse con las parteras que recurrir a los servicios gubernamentales, pues, pese al carácter gratuito de éstos, por lo común resulta necesario comprar algunos medicamentos que terminan enareciendo esta alternativa muy por encima de la tradicional.

En relación con el grupo que se inclina por el parto moderno y rechaza el tradicional, resulta interesante advertir que las razonesgrimidas para sustentar su preferencia son, en muchos casos, muy cercadas a las anteriores. Algunas informantes tienen, también por experiencia propia, una mayor confianza en el médico para resol-

ver situaciones difíciles que en las parteras. Estas *razones clínicas* pueden incluso descansar en una mayor confianza en la preparación científica de los médicos que en el saber tradicional de las parteras. En otros casos, las mismas razones que una informante manejaba contra el tratamiento brindado por los médicos para preferir el parto tradicional son manejadas exactamente para preferir el parto moderno:

A mí no me gusta cómo atienden (las parteras) ...porque las tienen acostadas, no las mueven, se tienen que bañar cada ocho días, bueno para mí eso es algo espantoso porque yo luego quisiera bañarme; eso no me gusta, que las tienen acostadas, que no las paren a hacer movimiento...

Cabe señalar que en el punto referente al baño después del parto no existe acuerdo entre los informantes. Algunos se quejan de que en el parto moderno no se baña a las mujeres (es decir, que no se les dan baños de hierbas), mientras que otros, como en el caso anterior, se quejan de que en el parto tradicional se pueden bañar sólo después de ocho días (es decir, bañarse con agua clara; el baño de hierbas, desde esta perspectiva, no es considerado un baño propiamente tal). Tales *razones de higiene* son asumidas como uno de los inconvenientes fundamentales del parto tradicional por varios informantes. Uno de ellos señala, incluso, que es ahí donde se ha centrado la capacitación que se les ha tratado de dar a las parteras tradicionales por parte de los servicios modernos de salud.

La otra razón que aparece con frecuencia para preferir el parto moderno sobre el tradicional tiene que ver con el *pudor*. Suele ser frecuente que, en caso de presentarse alguna complicación, la partera llame al marido, o a algún otro pariente para que la asista. El temor de ser observada por alguna de estas personas es razón suficiente en algunas informantes para preferir el anonimato del parto atendiendo en una clínica.

Finalmente, el tercer grupo, aquel que se encuentra en una posición intermedia entre los otros dos, se compone básicamente de mujeres que han tenido experiencias con ambas posibilidades y encuentran ventajas y desventajas en las dos. Su posición es de perfecta *ambivalencia*, bien porque encuentran buenos argumentos para preferir una u otra; o bien porque, aunque encuentran técnicamente mejor la alternativa moderna, siguen atendiendo sus partos con parteras obediendo, quizá, a una conducta tradicional de la que encuentran difícil sustraerse, o quizá porque simplemente la encuentran más accesible.

Reinterpretaciones

De acuerdo con la información disponible, puede presumirse que existe en Ocuituco un corpus de ideas y concepciones en torno al tratamiento que debe darse a la placenta y al cordón umbilical. En efecto, es claro que ambos están cargados de *significados* para la población, pues existe una serie de conductas específicas que se llevan a cabo en relación con ellos. En relación con la placenta, por ejemplo, existe consenso en torno a la idea de que ésta debe enterrarse en algún lugar del solar donde está la casa. Se trata, como lo muestran las fuentes históricas, de una costumbre de muchos años que parcialmente ha perdido su significado original, por lo menos en forma conciente para muchos individuos, pero que conserva aún mucha fuerza ya que muchos practican el hecho de “proteger” la placenta y de mantenerla cerca de la parturienta, “donde muele, en el solar, en la puerta del tlacuil”. El análisis realizado muestra que existe la certeza de que la protección de la placenta repercute en el bienestar de la parturienta, o bien que el descuido en torno a aquella traduce un malestar para ésta. Sobre todo en los informantes de mayor edad, quizás los últimos que observaron esta práctica sin mayor interferencia de la modernidad, se puede apreciar mejor cierta elaboración del sentido de esta costumbre.

En relación con la utilización del cordón umbilical del bebé, en cambio, parece haber concepciones más definidas. La costumbre de enterrar la placenta tiene que ver con la salud de la madre; la costumbre de enterrar el ombligo tiene que ver con la salud del recién nacido. La información recabada sugiere diversas *interpretaciones* de los actores en torno al sentido de esta práctica. Sin embargo, existe consenso ante la idea de que enterrar el ombligo de los recién nacidos ayuda a arraigarlos: a los hombres en el campo, para que sean buenos trabajadores, para que no sean “pichiletos” (miedosos), y a las mujeres en el hogar, para que no lo abandonen. Se trata pues, en primer lugar, de una recuperación cultural de la función natural del ombligo durante el embarazo: en este periodo, sirve como vínculo entre la madre y el producto. Después del nacimiento se buscará prolongar esta función para vincular a los recién nacidos no ya con la madre sino con el medio que, se supone, deberá ser, en lo sucesivo, su hábitat definitivo: el campo y el hogar. Se trata, en segundo lugar, de una reinterpretación del sentido original de esta práctica que, de acuerdo con lo consignado en diversas fuentes históricas (Sahagún, 1956), tenía como objetivo favorecer que los hombres se convirtieran en buenos guerreros.

Convergencias

La consideración de lo anormal en el análisis del parto hace referencia principalmente a los casos en que se desvía de lo rutinario. Llama la atención, en primer lugar, que para los habitantes de Ocuituco este tema se vincula estrechamente a la presencia de un médico o de algún representante de la medicina moderna. Es decir, si se trata de un parto normal, puede tener lugar dentro del marco de lo tradicional. Sólo si se trata de un parto difícil será necesario requerir la presencia de un médico. En otras palabras, normalmente los partos tradicionales son *definidos* como hechos propios del dominio doméstico que no requieren ser medicados. Sólo en situaciones extremas es necesario reconsiderar el fenómeno del parto, ya sea trasladándolo del ámbito doméstico (del hogar) a un dominio totalmente médico (la clínica), o bien, por lo menos solicitando, dentro del mismo hogar, la presencia y la colaboración de un médico o de una enfermera. Las parteras tradicionales le otorgan mucha importancia a la detección de cualquier anormalidad, ya que de ello depende, en buena medida, su prestigio. Un hallazgo importante en este campo es que en el dominio de lo difícil, de lo anormal, es donde más fácilmente conviven lo tradicional y lo moderno. En todo caso, la explicación se antoja lógica: se trata de situaciones de emergencia donde todos los recursos se ponen a disposición de la necesitada, en este caso, de la parturienta. Por lo demás, es innegable, incluso para los representantes de la medicina tradicional, que en este aspecto en concreto, la medicina moderna posee una superioridad técnica que la hace más confiable para detectar y resolver situaciones difíciles.

Conclusión

En este trabajo hemos mostrado cómo la reciente presencia de la medicina moderna en Ocuituco y su propuesta de medicación de los fenómenos relacionados con el embarazo y el parto han generado una activa reacción en lo que se refiere a la manera en que los habitantes definen estos fenómenos y les atribuyen sentido. En la mayoría de los casos no se trata de individuos aferrados estáticamente a la tradición, pero tampoco de personas sobre las que la medicina moderna puede dejar su impronta sin mayor dificultad. Ocuituco, como muchas de las comunidades rurales del país, es escenario de, por lo menos, la coexistencia de dos discursos médicos,

que en términos generales pueden ser identificados como el moderno y el tradicional. Ninguno de estos discursos es suscrito en forma total y exclusiva por los habitantes de este lugar. Su encuentro tiene lugar a través de un dinámico proceso de negociación intersubjetiva entre los diferentes actores involucrados, en la que diferentes interpretaciones de las propuestas de cada discurso son confrontadas, asimiladas, intercambiadas, refutadas, etcétera.

Es este proceso de negociación lo que caracteriza el saber médico de la localidad respecto de los temas del embarazo y el parto. Asimismo, a través de mecanismos como los identificados en este trabajo (ambivalencia, redefinición, debate, reinterpretación, convergencia, etc.), los diversos actores pueden formular sus propias propuestas de síntesis de dos sistemas cognoscitivos que los interpelan y a los que, necesariamente, deben atribuir algún significado.

Un análisis posterior deberá explorar la manera en que las condiciones objetivas de vida inciden en la forma en que estas síntesis son articuladas por los diferentes actores. Ello permitirá acceder a una caracterización exhaustiva de la racionalidad médica de esta comunidad y, por extensión, de aquellas que participan de las mismas características culturales y socioeconómicas en México.

Bibliografía

- Aguirre Beltrán, G. (1980), *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*, México, Instituto Nacional Indigenista.
- Álvarez-Heydenreich, L. (1987), *La enfermedad y la cosmovisión en Hueyapan, Morelos*, México, Instituto Nacional Indigenista.
- Blumer, H. (1969), *Symbolic interactionism. Perspective and method*, Englewood Cliffs, Nueva Jersey, Prentice-Hall.
- Bronfman, M., y R. Castro, (1989), "Discurso y práctica de la planificación familiar: el caso de América Latina". *Saúde em Debate* 25, (Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), junio.
- Coplamar (1983), "Geografía de la marginación". *Necesidades esenciales en México: situación actual y perspectivas al año 2000*, vol. 5, México, Siglo XXI.
- Cosminsky, S. (1978), "Midwifery and medical anthropology". En Velimirovic, B. (ed.), *Modern medicine and medical anthropology in the United States-Mexico border population*, Pan American Health Organization.
- De la Serna, J. (1953), *Manual de ministros de indios para el conocimiento de sus idolatrías y extirpación de ellas*. México, Ediciones Fuente Cultural.

- Glaser, B. (1978), *Theoretical sensitivity. Advances in the methodology of grounded theory*, San Francisco, University of California.
- Glaser, B.G. y A.L. Strauss, (1967), *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*, Nueva York, Aldine de Gruyter.
- Herzlich, C. (1973), *Health and illness. A social psychological analysis*, Nueva York, Academic Press.
- Kelly, I. (1956), "An anthropological approach to midwifery training in Mexico", *The Journal of Tropical Pediatrics*, marzo.
- López Austin, A. (1984), *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*, México, UNAM.
- Mellado Campos, V. (1987), *El nacimiento en las comunidades indígenas*, México, UAM-X (mimeo.).
- Mellado C.V., C. Zoila y X. Castañeda (1989), *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*, México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS).
- Ruiz de Alarcón, H. (1953), *Tratado de las idolatrías, supersticiones, dioses, ritos, hechicerías, y otras costumbres gentilicias de las razas aborígenes de México*, México, Ediciones Fuente Cultural.
- Sahagún, Bernardino de (1956), *Historia general de las cosas de la Nueva España*, México, Editorial Porrúa.
- Shedlin, M.G. (1979), "Assessment of body concepts and beliefs regarding reproductive physiology", *Studies in family planning* 10 (11/12), noviembre-diciembre.
- Strauss, A. (1978), *Negotiations: varieties, contexts, processes and social order*, San Francisco, Jossey-Bass.
- (1987), *Qualitative analysis for social scientists*, Nueva York, Cambridge University Press.
- Valdés, T. (1988), *Venid, benditas de mi padre. Las pobladoras, sus rutinas y sus sueños*, Santiago (Chile), FLACSO.
- Weber, M. (1981), *Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Zoila, C. et al. (1988), *Medicina tradicional y enfermedad*, México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS).