



Red de Investigadores Educativos Chihuahua A.C.  
Registro Padrón Nacional de Editores  
978-607-98139  
<https://www.rediech.org/omp/index.php/editorial/catalog>

ISBN: 978-607-98139-8-7  
[https://rediech.org/omp/index.php/  
editorial/catalog/book/16](https://rediech.org/omp/index.php/editorial/catalog/book/16)

**Raquel Adilene Escudero González**

2021

## Sororidad tradicional entre parteras de la Alta Tarahumara

En P. Islas Salinas, C.T. Domínguez Chavira y F. Sandoval Gutiérrez  
(coords.). *Sororidad Intercultural. Aprendizajes y experiencias* (pp.  
79-101). Chihuahua, México: Red de Investigadores Educativos  
Chihuahua.



Esta obra está bajo licencia internacional  
Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0.  
CC BY-NC 4.0

## Sororidad tradicional entre parteras de la Alta Tarahumara

Raquel Adilene Escudero González\*

### Introducción

La mortalidad materna se evidencia en la comunidad rarámuri como uno de los principales problemas de salud pública que afecta a las mujeres en edad reproductiva; es decir, enfermedades y muertes relacionadas con complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio. La gran mayoría de los nacimientos en poblaciones vulnerables tiene lugar fuera de los centros de asistencia médica, por lo que suelen dar a luz en condiciones precarias, sin cuidado prenatal, ni orientación sobre planificación familiar.

Según la Organización Mundial de la Salud (2017), cada año mueren medio millón de mujeres durante el embarazo y el parto por diferentes circunstancias, pero sobre todo por ser atendidos en espacios que no proveen asistencia médica. En el estado de Chihuahua, la Dirección General de Epidemiología registró recientemente ocho casos de mortandad materna: tres de ellos, en la Secretaría de Salud; uno, en el IMSS Bienestar; uno, en una clínica particular, y tres, sin atención médica (INEGI, 2018).

Por ello, el empoderamiento y la renovación de la partería deben unificar criterios, conocimientos, técnicas y creencias que den sustento a bases sólidas, con el fin de proyectar una influencia asertiva sobre las mujeres en su entorno cuyo objetivo sea el de brindar un cuidado holístico a la mujer y el producto para lograr la sobrevivencia de ambos.

La partería emerge de la necesidad del ser, que se refleja como un acto de amor, vocación, ternura y responsabilidad; de cuidado de mujeres y para mujeres que luchan por la sobrevivencia no solo del binomio madre e hijo, sino de su propia identidad, ideología y cultura.

Las parteras tradicionales de la Alta Tarahumara evidencian una serie de rituales, creencias y tratamientos con yerbas curativas para llevar a cabo un parto efectivo, pero sobre todo un acompañamiento como mujeres hacia otras mujeres, esto es, una sororidad tradicional

entre parteras rarámuris. De manera que es fundamental reconocer la cosmovisión indígena, preservando la unión, identidad y cultura de las mujeres, al mismo tiempo que desde la perspectiva de la medicina universal se busque contribuir al mejoramiento de la salud materna.

Esta reflexión parte de un trabajo de investigación más amplio sobre educación y salud en la etnia rarámuri del estado de Chihuahua, en el cual se logró un acercamiento con médicos tradicionales y parteras de la comunidad para conocer la forma de interpretar el estado de salud de los pacientes, los tratamientos que realizan desde la herbolaria y su paralelismo con la medicina universal para unificar y mejorar criterios de atención. Durante la investigación se llevaron a cabo diez talleres con temas de salud materna, enfermedades nuevas, adicciones, uso de plantas medicinales en opción a tratamientos de la medicina universal.

En el presente capítulo se destaca la particularidad de la sororidad como un proceso caracterizado por el protagonismo de las mujeres parteras tradicionales en la atención de otras mujeres como parte de su identidad, así como para la preservación de su cultura, ideología y tradiciones en el marco de la medicina tradicional o la herbolaria y la atención al proceso de parto de las mujeres rarámuri.

En el primer apartado se exponen algunos antecedentes de la medicina tradicional rarámuri; en el segundo, se esbozan los antecedentes históricos de la partería en México hasta su institucionalización y la visión actual de la Organización Mundial de la Salud, y en el tercero se describe la cosmovisión de los rarámuris durante el proceso de parto y otras enfermedades que atienden los médicos tradicionales.

En el cuarto apartado se refiere la metodología y las técnicas e instrumentos de investigación, tales como las entrevistas en profundidad y la observación participante, así como la población de estudio. Finalmente, en el quinto apartado se interpreta la sororidad entre parteras tradicionales a partir de sus testimonios sobre el tratamiento del proceso de parto. Por último, se comparten algunas conclusiones al respecto.

### **La medicina tradicional y la cultura de cuidados de los rarámuris**

En la cultura rarámuri los médicos tradicionales no asistían a una escuela de medicina. Las personas que por gusto deseaban desempeñar este trabajo aprendían de los que ya practicaban el oficio. Desde edades tempranas, fungían como asistentes y tenían que dominar

los conocimientos relacionados con las plantas, los animales, la tierra y el universo, ya que según su cosmovisión el estado de salud o de enfermedad se encuentra en estrecha relación con la naturaleza. Para citar un ejemplo, cuando una mujer está en su periodo de menstruación, las rarámuris consideran que ha sido cornada por la luna (Fonseca, 2011).

Las personas encargadas de sanar eran un cuerpo compuesto por varios especialistas. Para los rarámuris, los niveles de los owirúame (médicos tradicionales) se clasifican en los que curan el espíritu y los que atienden el cuerpo. Los que saben de ambos son los más reconocidos porque además saben alejar al sukúruame (el que usa la medicina para dañar a las personas). A la vez, hay sobadores que se encargan de lo relacionado con el sistema óseo (fracturas, esguinces, luxaciones); hierberos (quienes curan padecimientos generales a través de infusiones con hierbas); parteras (especializadas en la atención del parto) y rezadores (quienes alejan a los malos espíritus que atacan el cuerpo y lo enferman). Cada uno de ellos utiliza elementos de la naturaleza para atender al paciente, elaborados a partir de plantas, principalmente, aunque también usan otras fuentes como piedras o minerales (Fonseca, 2011).

La medicina tradicional para los rarámuri es considerada como un servicio a la comunidad, por lo que no acostumbran cobrar por ello. Los pacientes llevan regalos para que los médicos tengan de qué vivir y puedan dedicar tiempo a su trabajo, tanto para aprender como para atender a los enfermos. Aunque antiguamente no existía una división de clases muy marcada, los médicos tradicionales gozaban de prestigio y respeto en sus comunidades.

La estrecha relación entre el universo y el pueblo indígena sigue presente entre los rarámuri, los cuales habitan en la Sierra Tarahumara del estado de Chihuahua. Este pueblo mantiene ritos y tradiciones ancestrales que ligan cuerpo, mente y espíritu con elementos de la naturaleza.

Sin embargo, una de las más notorias imposiciones de la conquista española fue la religión católica, la cual demandaba, entre otras cosas, adorar a una sola deidad con personificación humana, para lo cual debían dejar de lado sus propias ideas respecto al tema del alma y los dioses. Ante el inminente dominio español, a pesar de la tenacidad manifiesta, optaron por una nueva estrategia: la resistencia pacífica que, entre otras cosas, se mantuvo en el campo de la cosmovisión hasta nuestros días como una hibridación entre ambas creencias.

La mayor parte de la vida espiritual se relacionaba con el ciclo agrícola (siembra y cosecha), los cuales eran dirigidos al sol y la luna y se llevaban a cabo en el monte donde danzaban toda la noche (Plancarte, 1954). Las faenas de trabajo rarámuri que persisten hasta la actualidad son fundamentales para entender su cultura, pues son el medio para mantener y crear relaciones sociales que dan cohesión a la comunidad. Además, son una de las pocas expresiones de evidencia histórica, ya que al ser una sociedad ágrafa existe muy poca información arqueológica de este grupo (De Velasco, 2006).

Los rituales tienen una gran carga simbólica y religiosa, ya que más allá de ser una ocasión para tomar *teswino* —bebida tradicional de los rarámuri—, se relacionan con la oportunidad para recordar sus valores, costumbres y tradiciones. También esparcen dicha bebida hacia los cuatro puntos cardinales como símbolo de agradecimiento y para solicitar la bendición para que el producto sea bueno y abundante.

Algunos historiadores como Lumholtz (citado por Montemayor, 2000) concuerdan en que el estudio de la cosmovisión rarámuri implica un gran desafío debido en parte a la parquedad con que ellos responden a las inquietudes de los investigadores externos. La forma en que se puede aprender de ello es con la asistencia a los *nawésaris* (sermones), lo cual es difícil de lograr, ya que no es común que personas externas puedan presenciarlos.

Sin embargo, se ha documentado que para esta población el universo se divide en tres niveles: el cielo, la tierra y el mundo bajo. El cielo a su vez está dividido en tres partes: en la primera viven *Onorúame* (nuestro padre) y *Eyerúame* (nuestra madre); en la segunda están los hijos de estos, *Sukrísto* y *Sánti*, y en la tercera están los ayudantes que son las almas de los rarámuris buenos y los soldados. En el plano terrenal viven los humanos, los animales y las plantas. El mundo de abajo también se divide en tres partes: en la primera viven el Diablo o *Re´ré betéame* (literalmente, el que vive abajo) y su esposa; en la segunda moran sus descendientes y en la tercera viven los ayudantes (que son las almas de los *chabochis*), los soldados del diablo, las enfermedades y los remolinos (Merrill, 1993, como se citó en Acosta, 2014).

Otra forma de comprender su cosmovisión es a través de los cuentos tradicionales que se transmiten de forma oral. En estas historias se cuenta la relación que tienen con lo divino y lo terrenal. Por un lado, explican la relación directa que tienen con su creador, *Onorúame*, y la encomienda que les dio de cuidar al mundo cuando los puso en él después de la inundación.

Los rarámuris buenos son conocidos como gentiles o no bautizados y son los pilares del mundo. También separan entre los seres sembrados por *Onorúame*, como los rarámuri, y los que pertenecen al diablo, los *chabochis* (mestizos), producto de la envidia que sintió cuando Dios los creó a ellos.

De igual forma, clasifican al zorro, al cuervo, al búho y a la serpiente de agua como colaboradores del diablo, y creen que las almas de los difuntos pueden permanecer en un plano terrenal y causar enfermedades. Por último, atribuyen a las plantas un estado anímico y les otorgan la creencia de que pueden actuar en perjuicio o beneficio de la persona.

Esta cultura tiene una concepción animista de las cosas; creen que todos los seres vivos poseen alma y cada uno tiene un papel definido. En este sentido, involucran todas sus creencias respecto al bien y el mal conectado con el alma. En torno a ello, consideran que la mujer tiene cuatro almas; el varón cuatro, y los *chabochis* (mestizos) solo una, por lo que debido a ello se cansan más rápido (Acosta, 2014).

Lo anterior, plasma una idea general de la complejidad de la cosmovisión de la cultura rarámuri y sirve como punto de partida para entender las prácticas curativas y de proceso de parto que se realizan en esta comunidad.

### **Antecedentes históricos de la partería**

De acuerdo con Pérez y Castañeda (2012), desde el inicio de la Colonia, el Protomedicato fue un Tribunal que establecieron los reyes de España en varias ciudades y provincias de sus dominios, con el objeto de vigilar el ejercicio profesional de los médicos, cirujanos, boticarios y parteras. El Tribunal tenía jurisdicción en todos los problemas de salud pública; cuidaban de la buena preparación y despacho de medicamentos, y disponían de las providencias necesarias en caso de epidemias u otras calamidades.

La partera se presentaba ante cualquier urgencia que tuviera una mujer que iba a parir, dado que el alumbramiento era y es un acto que no se puede posponer. Esta práctica continuó a lo largo de los siglos XVI, XVII y dos tercios del siglo XVIII (Pérez y Castañeda, 2012). En aquella época, los médicos y cirujanos desdeñaban ocuparse de la partería, por lo que la atención del parto estaba en manos del empirismo de las tenedoras, las comadronas o las parteras, quienes a pesar de no tener ningún estudio formal tenían las habilidades y experiencia

necesarias para desarrollar este oficio.

Como señalan Pérez y Castañeda (2012), la Constitución de 1857 fue la piedra angular del movimiento liberal y el sustento legal para los siguientes sesenta años, hasta la Constitución de 1917. El liberalismo republicano buscaba un cambio modernizador, donde las leyes garantizaran el pleno derecho de los individuos a ejercer actividades laborales. Para entrar al campo de la ciencia y el estudio, y para combatir el empirismo y la ignorancia, las parteras debían cursar una carrera de dos años, a fin de evitar que “la obstetricia estuviera absolutamente en manos de las comadres” (Flores, como se citó en Pérez y Castañeda, 2012, p. 2).

Hacia el siglo XIX, las acciones de salud pública, aunque no incluían las medidas pertinentes para la regulación profesional de la medicina, constituyeron el primer intento por forjar los avances sanitarios en todo el país, y a los hospitales se les transformó en instituciones de interés público (Flores, como se citó en Pérez y Castañeda, 2012). Así, se creó una cátedra de obstetricia y operaciones con duración de un año para los estudiantes de medicina, y un curso de dos años para las parteras. Este sistema se mantuvo hasta los años cuarenta del siglo XX.

Pérez y Castañeda (2012) refieren que de 1936 a 1940 las políticas de salud impulsaron la construcción de hospitales, lo cual derivó en una mayor demanda de enfermeras y cambios en la atención a los pacientes. En 1945 se creó la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, que permitió la ampliación de la formación profesional de enfermeras y parteras.

Así mismo, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, creado en 1943, se encontró la necesidad de desarrollar el área de maternidad, por lo que el escalafón de parteras surgió como una rama independiente de enfermería con dos categorías: partera y jefe de parteras. La primera, abocada a la atención a enfermas y parturientas, control administrativo y observancia de técnicas, y la segunda, encargada de labores técnico-administrativas, así como dirigir y colaborar con el personal de parteras, enfermeras y auxiliares de enfermería (Pérez y Castañeda, 2012).

En cuanto a la medicina tradicional en general, el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Pueblos Indígenas y tribales Independientes, suscrita en 1990 por México, y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos

indígenas de 2007, refieren los derechos que tienen los pueblos indígenas de utilizar y aprovechar su medicina y partería tradicional (OIT, 2014).

El conocimiento y la investigación en torno a la partería reconocen que invertir en ella es una opción para salvar vidas y evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias. En México, el personal que presta servicios de partería incluye a parteras tradicionales, parteras técnicas o profesionales, enfermeras obstetras, enfermeras generales, médicos generales y gineco-obstetras. También están contempladas las parteras tradicionales como personal capacitado, aunque no necesariamente a través de un proceso de educación formal.

Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha designado el año 2020 como el “Año de la enfermera y la partera”, conmemorando a líderes pasadas y presentes a nivel mundial, con el objetivo de incrementar la visibilidad de la profesión de enfermería en el diálogo sobre políticas públicas e invertir en el desarrollo y el aumento de la capacidad de la fuerza laboral de enfermería.

De esta manera, el empoderamiento de las enfermeras contribuiría a mejorar la igualdad de género, ya que la gran mayoría siguen siendo mujeres, así como también construirán economías más sólidas:

Las enfermeras, que representan aproximadamente la mitad de la fuerza laboral de salud y están intrínsecamente vinculadas a la capacidad de los países para abordar las prioridades de salud y alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible, convertirán la ambición de lograr la salud para todas las personas en una realidad. (Colegio de Obstétricas, 2019, p. 4)

### **Cosmovisión rarámuri sobre la enfermedad y el proceso de parto**

Antiguamente la salud y la enfermedad se encontraban estrechamente relacionadas con la visión religiosa de la época, adjudicando a razones sobrenaturales la mayoría de los padecimientos comunes como la fiebre, las complicaciones del parto, las mordeduras de animales o las heridas de guerra, por mencionar algunas. Las enfermedades eran atribuidas en su mayor parte a castigos de los dioses por haber incurrido en alguna falta de tipo espiritual. Aun con la llegada de los españoles al continente americano, la concepción sobre el tema era muy similar, aunque con distintos dioses y personajes encargados de tratar a las personas enfermas.

Se consideraba que las personas encargadas de esta actividad eran elegidas por los dioses, quienes les transmitían un poder sobrenatural para conocer y ver todas las cosas; también se sabe que al igual que otros oficios, los padres enseñaban a los hijos las prácticas curativas. Los médicos tradicionales o curanderos eran personas muy respetadas, pues poseían un amplio conocimiento sobre las plantas, hierbas, árboles, raíces, así como diversos procedimientos terapéuticos. Además, sabían atender las fracturas de distintos huesos, purgar, sangrar, sajar, dar puntos, y usar ungüentos y emplastos para curar múltiples afecciones (Montemayor, 2000).

Estas creencias también existieron en la cultura rarámuri y algunas de ellas prevalecen hasta la actualidad. Para ellos, las enfermedades tienen una relación directa con la *ivigála* (alma) y hacen dos clasificaciones: las que tienen un origen patológico o infecciosas, que consideran peligrosas porque provocan que el alma esté incomoda, lo que puede ocasionar que abandone su cuerpo y ello le cause la muerte. Aunque esto es peligroso, consideran que es aún más grave que algún hechicero capture su espíritu o que un personaje del agua o de las plantas lo secuestre por una ofensa cometida (Acosta, 2014).

En este sentido, Cardenal (1993) menciona que el concepto de enfermedad es anímico y no orgánico, pues según sus estudios el primer síntoma que identifican como parte de una enfermedad es la tristeza porque su *ivigála* no tiene fuerza para cantar, ni respirar bien; por lo tanto, la alegría es muy importante como sinónimo de salud y bienestar.

Como se mencionó anteriormente, los rarámuris atribuyen a los seres vivos poderes sobrenaturales, por lo que consideran que algunos animales pueden ser enviados por un hechicero para enfermarlos, o que alguna representación de figura fantástica les puede chupar su alma, o bien, un ser invisible les puede morder tan fuerte que les ocasiona la muerte.

Aunado a lo anterior, creen que los cuerpos de agua son conexiones directas con el inframundo donde habitan seres malignos que se alimentan de almas. Las personas que mueren, pero dejaron cosas pendientes en la tierra, andan vagando y pueden causar una enfermedad o llevarse a una persona por la que hayan sentido mucho desprecio o afecto. De igual forma, consideran que algunas plantas pueden enojarse si se les maltrata y puede conducirlos a la muerte (Acosta, 2014).

Para entender este complejo sistema de creencias, el cuerpo médico que se encarga de atender a los enfermos es el *owirúame* (medico tradicional), quien cura las enfermedades del cuerpo con yerbas o con prácticas curativas validadas a través del tiempo, y las enfermedades del alma por medio de rezos o rituales de sanación relacionados con los sueños o visiones que, de acuerdo a la cultura, tiene el poder divino para realizar. Por ejemplo, si el diagnóstico indica que la enfermedad la causa algún espíritu, el médico entra en un sueño profundo en donde encuentra el alma de la persona, platica con los seres que la tienen capturada para que la suelten y de esta forma regresa al cuerpo del enfermo y recupera la salud. Pero si la enfermedad es física, entonces prepara yerbas de acuerdo al padecimiento, ya sea gripa, mal del estómago, dolor de cabeza, entre otros.

En este sentido, para dar una mejor atención, López (1970) clasifica las enfermedades en dos categorías: las naturales, que pueden ser empacho, cólico, parto, tiricia, caída de la mollera, que, si bien algunas no son consideradas como padecimientos para la medicina tradicional, para los rarámuris sí lo son porque están relacionadas con el estado anímico de la persona.

En el caso de la salud materna, la mujer rarámuri cuida a su bebé contra perjurios, hechizos o la misma naturaleza. Se considera que debe cuidarse de acontecimientos como la exposición a un eclipse o a las noches de luna llena, ya que de hacerlo causaría malformaciones en la criatura. Para esta cultura no existe preocupación por saber el sexo del feto, ya que usan un término *muchí* para referirse al nuevo ser, sin importar si es varón o mujer; lo único que creen es que si tiene poco movimiento será mujer (*mukira*) y si da muchas patadas será hombre (*towi*).

También creen que el feto funciona como un espejo que refleja e impregna lo que se ve de manera maliciosa. Es por eso que el *owirúame* o mujeres de más experiencia recomendaban a las mujeres embarazadas evitar mirar animales considerados indeseados. Por ejemplo, creían que el labio leporino era resultado de que la madre fijara su atención durante el embarazo en una liebre o conejo. Se tenía la firme idea de que algunos rasgos del recién nacido se relacionaban con las actividades realizadas por la madre durante la gestación (Acosta, 2014).

En cuanto al proceso del parto, para una mujer rarámuri es un proceso natural que sigue al embarazo y no suele prepararse con antelación. Las prácticas más antiguas se hacían en el monte por ellas solas, ya que se creía que nadie debía tocar su cuerpo en ese momento tan

importante de relación con la tierra. Solo preparaban una manta y un instrumento de obsidiana para cortar el cordón umbilical, pues de hacerlo con otro instrumento causarían algún tipo de mal al nuevo ser. De igual forma, al expulsar la placenta, la enterraban en alguna parte de la tierra para formar un pacto entre la nueva vida y su unión con la madre tierra.

Décadas más tarde, estas prácticas fueron modificando algunos aspectos y conservando otros. Por ejemplo, se adoptó el parto en casa, asistido por las mujeres mayores de la comunidad y el *owirúame*, quienes empezaron a suministrar algunas bebidas como la cachana, yerba de la víbora, manzanilla, hojas de laurel, entre otras, para la estimulación del parto, aligerar el malestar y estimular el nacimiento.

Sin embargo, se continuó sin hacer el tacto, ya que era considerado como una invasión al espacio de alumbramiento y destino del nuevo ser. Así mismo, el entierro de la placenta siguió siendo un acto sumamente importante en este acontecimiento, por lo que es una costumbre que se preserva hasta la actualidad (Comunicación Oral, Magdalena, 2018).

La segunda clasificación son las enfermedades preternaturales que responden a las creencias relacionadas con lo malo. Por ejemplo, consideran que el hechizo es el daño que un *sukúruame* (médico preparado para hacer el mal) puede hacer a una persona y se manifiesta en los sueños en forma de animal o persona para enfermar su alma. Para la sanación se toma en cuenta la fuerza del hechicero que, dependiendo de la gravedad, puede ser una fiesta para ofrendar comida, o, si es muy fuerte, un enfrentamiento en el plano de los sueños entre el *owirúame* (médico bueno) y el *sukúruame* (médico maléfico). También creen que un *sukúruame* tiene la capacidad de introducirles alfileres o espinas durante el sueño y eso les provoca dolor en determinada parte del cuerpo. Para ello nuevamente interviene el *owirúame* para curar a través de los sueños.

Algo que tiene mucha aceptación en la comunidad es la enfermedad del susto, especialmente padecida por los niños por tener un alma más tierna. Consideran que al sacudirlos muy fuerte o al salir solos al bosque, su alma se asusta y quiere abandonar su cuerpo. Sin embargo, esta no es la única forma en que el alma puede enfermar, pues también en los cuerpos de agua viven los seres llamados *sinowi* (culebras de agua) que se alimentan de ellas, y además las plantas como el *jíkuri* y el *bakánowa* pueden dañarlos. Por esta razón, solo la persona encargada del ritual puede usar las plantas como medio para ofrecer un rescate y curar a la persona (Merril, 1993, como se citó en Acosta, 2014).

Hay algunas enfermedades que son consideradas de orden social como las de transmisión sexual, las cuales son consideradas como un castigo por el mal comportamiento. De igual manera, el no cumplir con alguna de sus fiestas, como el *yúmari*, implica para ellos transgredir un tabú que les puede provocar plagas o pérdidas en las cosechas.

El sistema de creencias de los rarámuris forma parte de una tradición oral casi por completo, por lo que la forma de aprender culturalmente se contrapone a la costumbre occidental de asistencia y permanencia en las instituciones educativas.

### **Metodología: enfoque, técnicas e instrumentos de investigación.**

La investigación cualitativa se orienta al estudio de los significados de las acciones humanas y de la vida social. Suelen ser estudios acerca de la vida de las personas, los comportamientos o bien, de los movimientos sociales. Teniendo esto en cuenta, se consideró apropiado realizar la investigación desde este enfoque.

El abordaje cualitativo puede concebirse como un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo visible, ya que trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, su comportamiento y manifestaciones (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Algunas de sus características son que el ambiente natural y el contexto en que se presenta el asunto o problema es la fuente directa y primaria de conocimiento; la labor del investigador constituye el instrumento clave en la propia investigación; la recolección de datos es mayormente de orden cualitativo que cuantitativo; los investigadores enfatizan tanto en los procesos como en los resultados; el análisis de datos se da más de modo inductivo, y se crean condiciones para identificar cómo piensan los sujetos y qué significado poseen sus perspectivas en el asunto que se investiga.

Respecto a las técnicas e instrumentos de investigación, al tratarse de seres humanos lo que interesa son conceptos, imágenes mentales, creencias, emociones, experiencias y vivencias manifestadas a través del lenguaje. Este tipo de datos son muy importantes para comprender los motivos subyacentes y las razones internas del comportamiento humano. Por ello, se decidió utilizar la técnica de la observación participante y la entrevista en profundidad para obtener información.

### **La entrevista en profundidad.**

Para Denzin y Lincoln (2005, como se citó en Vargas, 2012), la entrevista es “una conversación, es el arte de realizar preguntas y escuchar respuestas” (p. 643). La entrevista en profundidad es una técnica de investigación cualitativa de mucha utilidad, siempre y cuando se mantenga el grado de exactitud en las descripciones e interpretaciones de las entrevistas (Robles, 2011). Otros autores consideran importante esta técnica porque a través de las conversaciones se conoce y se profundiza acerca de temas de interés.

Robles (2011) argumenta que la honestidad, la adecuación de las herramientas y los procedimientos utilizados durante las fases del estudio, así como la capacidad de corroborar las conclusiones con evidencias, son la base para validar y reconocer un buen trabajo de investigación. El autor explica que los informantes son los que conocen su mundo y éste puede ser muy distinto al que otros perciben, por lo que el investigador tiene la tarea de reconstruir el mundo del informante de la mejor manera que él lo pueda conocer, creer o concebir.

Por otra parte, se debe lograr que la interpretación y análisis del fenómeno a estudiar contenga elementos suficientes de “neutralidad”, para que cualquier investigador pueda, siguiendo los mismos métodos, llegar a resultados similares (Robles, 2011, p. 47). Es importante comprobar que los resultados sean confiables y que el procedimiento haya sido consistente durante su recorrido.

Así mismo, se debe considerar que, si llegado el momento el participante declina la realización de la entrevista, el entrevistador debe mostrarse comprensivo, evitar juicios de valor, agradecer su interés y ponerse a disposición del informante por si hubiera un cambio de opinión en el futuro.

De igual forma, la actitud del entrevistador debe ser asertiva, respetuosa y abierta, favoreciendo en todo momento la comunicación. El lenguaje debe adaptarse a las condiciones del contexto; debe ser claro, evitar tecnicismos innecesarios, ambigüedades o frases ampulosas. También se debe considerar finalizar la entrevista con el agradecimiento del investigador. No debe ser una despedida definitiva y se recomienda mantener lazos abiertos para futuras ocasiones (Martí, 2011).

### **La observación participante.**

Hernández, Fernández y Baptista (2006) mencionan que observar es adentrarse en situaciones sociales, mantener un papel activo y reflexionar. En este sentido, el estar cotidianamente en contacto con la comunidad permitió analizar cómo se desenvuelven en su contexto y las decisiones que toman ante situaciones que se les presentan sobre el cuidado de la salud.

En la enfermería, esta estrategia de inmersión y observación fue empleada por Madeleine Leininger, primera enfermera antropóloga que, tras graduarse, vivió un año y medio en tierras orientales de Nueva Guinea para un estudio etnográfico sobre cuidados y salud. Dicha estrategia consiste en la inserción del investigador en el grupo, desnudándose de prejuicios e integrándose en él para comprender mejor los rituales y significados culturales (Vitorelli, et al., 2014). Para lograr este objetivo es fundamental interactuar con sus componentes y permanecer por determinados periodos, buscando compartir el mundo cotidiano con la finalidad de comprender sus significados.

Así mismo es necesario preocuparse por los aspectos éticos e íntimos de las relaciones sociales, las tradiciones y costumbres; la importancia que les son atribuidas, las ideas y sentimientos del grupo en la comprensión de la totalidad de su vida. Se observa también el conjunto de reglas formuladas, implícitas o explícitas, en el grupo social; cómo son obedecidas o transgredidas; las amistades, antipatías y simpatías, entre otros aspectos. La principal particularidad de esta estrategia es admitir el contacto directo del investigador con el fenómeno estudiado, aproximándose desde la perspectiva de los sujetos, hecho que reduce la subjetividad que permea en las investigaciones cualitativas (Vitorelli, et al., 2014).

La observación participante es la técnica clásica primaria más usada por los investigadores cualitativos para adquirir información. Para ello, el investigador está lo más que puede con las personas o grupos que desea investigar, compartiendo sus usos, costumbres, estilo y modos de vida. Sin embargo, para un proceso efectivo el investigador debe ser aceptado por las personas, y sólo lo será en la medida en que sea percibido como una persona franca, honesta, inofensiva y digna de confianza (Vitorelli, et al., 2014).

Al participar en sus actividades corrientes y cotidianas, va tomando notas de campo pormenorizadas en el lugar de los hechos o tan pronto como le sea posible. Estas notas son revisadas periódicamente con el fin de completarlas y también para reorientar la observación

e investigación. Es además importante recoger las historias, anécdotas y mitos que constituyen el trasfondo cultural-ideológico que da sentido y valor a sus cosas, ya que determinan lo que es importante o no; cómo las personas se ven unas a otras y cómo evalúan su participación en los grupos y programas.

Martí (2011) refiere cuatro fases para el desarrollo de la observación participante como estrategia de recolección de datos cualitativos, las cuales se complementan y se procesan de manera continua. En la primera fase llamada observación primaria o inicial el investigador dedica un periodo de tiempo a hacer observaciones. El observar, escuchar y registrar son las principales tareas en esta primera fase de entrada en el campo.

En la segunda fase, denominada como observación con alguna participación, la observación sigue siendo el foco principal, pero el investigador empieza a interactuar con las personas, observando sus acciones y habla. Es cuando ocurre el inicio de la participación del investigador en el contexto. Algunos investigadores solamente consiguen entrar de hecho en el mundo de estudio tras la fase en que empiezan a participar, en el sentido de hacer lo que ellos hacen en sus actividades.

En la tercera fase ocurre la participación con alguna observación. Aquí, el investigador se vuelve un participante activo, conocedor de la situación y del contexto. La última fase, llamada reflexiva, posibilita, además de la organización y análisis de los datos, la confirmación de los resultados con las personas o comunidades estudiadas (Vitorelli, et al., 2014).

El proceso de observación en general pareciera muy simple. Sin embargo, para implementarlo requiere de un buen desempeño del investigador porque el primer problema que enfrenta en su entrada en el campo es el choque entre la cultura de los otros y la propia. A este respecto, la solución sería participar integrándose, es decir, aprendiendo a hablar, a sentir y a comportarse como ellos.

Como afirman Vitorelli, et al. (2014), la inserción en el campo sería el proceso por el cual el investigador procura atenuar la distancia que lo separa del grupo social con quien pretende trabajar. Esta aproximación que exige cuidado y honestidad es la condición inicial para la investigación pueda ser realizada dentro del grupo con la participación de sus miembros como protagonistas. Por ello, los autores sugieren que para empezar el trabajo de campo se busquen aliados que recomienden al observador ante el grupo social para facilitar su acceso y

labor investigativa. Estos aliados o informantes clave pueden facilitar y proporcionar información, además de permitir condiciones favorables para el desarrollo de las observaciones.

Los atributos de los informantes-clave, como status sociocultural, respeto históricamente construido y poder político-ideológico identificados por el investigador, potencian su trabajo de investigación al posibilitar el proceso de “eliminar la distancia” inicial comúnmente experimentada por el investigador en la entrada en el campo, en la inserción en determinados espacios/sitios y en la obtención de informaciones consideradas cualificadas (Vitorelli, et al., 2014, p. 77).

### **La población de estudio.**

Respecto a la población de estudio, se realizaron doce entrevistas en profundidad con mujeres parteras tradicionales de la Alta Tarahumara. Para evidenciar la unión de las parteras se acudió al Hospital Rural de San Juanito, Chihuahua, México, donde mensualmente se convoca a la capacitación de parteras de diferentes comunidades como Sehueriachi, Ojachichi, San Alonso, Urique, San Rafael, Cieneguita, Cuiteco, Guazapares y Baragumachi.

Cabe señalar que la partería actualmente se practica en estas regiones debido a la falta de hospitales cercanos, consecuencia del desplazamiento territorial, la pobreza extrema y el arraigo cultural. En este caso, se trata de un grupo marginado por varios siglos de años, con el cual se pretenden generar oportunidades para mejorar su nivel de vida y concretamente mejorar la atención a la salud materna, reconociendo, respetando e integrando su cosmovisión como parteras tradicionales.

El acercamiento se hizo con la promotora comunitaria de salud, quien durante las reuniones presentó a la investigadora con la comunidad, y a grandes rasgos les explicó en su propia lengua la intención de estar ahí. También se apoyó este proceso de entrar a la comunidad por medio de la persona encargada de los proyectos comunitarios, quien goza de buena aceptación y prestigio por acercar ideas y recursos favorables para ellos.

Para comprender las ideas, procedimientos y tratamientos que desarrollan las mujeres parteras tradicionales se realizaron entrevistas abiertas, en las cuales se utilizó una guía general, pero no se limitó a ello, ya que dependiendo del flujo de información se ofrecieron más oportunidades de expresar sus propias experiencias.

Para esto se generó un ambiente de confianza y el uso de la observación participante en todo momento, de tal forma que la conversación fuera amena y que surgiera información relevante desde su propia cosmovisión. Se fue sensible a las necesidades de los entrevistados y se mostró empatía y escucha activa para rescatar aspectos trascendentes de la información proporcionada por los entrevistados.

Las observaciones en campo fueron enriquecedoras en cuanto a la forma de actuar de las personas frente a alguna enfermedad, debido a que son personas que hablan muy poco y aún menos si se trata de alguien ajeno a su grupo. Al estar de cerca se detectó información valiosa, como por ejemplo: cuando alguien está enfermo, dependiendo de la gravedad de la situación, primero intentan identificar qué tiene en base a conocimientos previos como tocar la frente o el vientre para ver si tiene temperatura; hacerle preguntas sobre qué parte del cuerpo le duele; pero si es algo más complicado, consultan verbalmente a la persona más grande de la familia para escuchar su consejo y luego decidir qué hacer, y enseguida valoran si lo llevan con el médico tradicional de la comunidad o acuden a la clínica de salud más cercana.

Se observó que en ocasiones la persona encargada de atenderlos en la localidad está fuera, entonces acuden a la institución de salud que encuentren más cercana o que puedan llegar con una mínima inversión de dinero porque es muy frecuente que no tengan recursos, por lo que esperan a que alguien los lleve sin costo. O bien, que llegue la brigada de salud el día que les corresponde. Cuando es así, se pudo ver que los casos se vuelven más complejos por el tiempo transcurrido y la tardanza en iniciar un tratamiento.

### **El tratamiento del parto desde la voz de las parteras tradicionales**

Ana M. (2017), partera tradicional de Sehueriachi, tiene 82 años de edad. Para ella, asistir un parto representa una gran responsabilidad, pero también el privilegio de poder servir y ayudar a una mujer a dar vida. En el mismo sentido, para María del Carmen Parra, de 46 años de edad, partera tradicional de la comunidad de San Juanito, participar en el proceso de parto la llena de orgullo, ya que es una actividad que realiza por amor, como ella misma afirma, sin perseguir fines de lucro. Además, realiza esta labor con el fin de ayudar a otras mujeres de su comunidad: “Es algo muy bonito, me gusta mi labor, pero es mucha responsabilidad” (Comunicación oral, María del Carmen Parra, 2017).

Sus opiniones coinciden con la de Rosario Cruz, (comunicación oral, 2017) partera tradicional de San Juanito, de 45 años de edad, y con la de Lilia, (comunicación oral, 2017) actualmente técnica en Enfermería y partera tradicional de Baragomachi, de 35 años de edad, para quien la partería le produce una gran satisfacción porque es un servicio que ofrece a su comunidad, además de que este oficio tiene un rasgo de excepcionalidad porque son muy pocas las mujeres que se dedican a la partería tradicional.

Por su parte, Hilda Espinoza (comunicación oral, 2017) partera de la comunidad de Ojachichi, con 53 años de edad, refiere que uno de sus objetivos al dedicarse a la partería es reducir la mortalidad materna en sus comunidades y ayudar a otras mujeres para que se sientan cómodas, seguras y sin temor durante el embarazo y el proceso de parto.

En los distintos casos, las parteras tradicionales reivindican el parto vertical, el cual es una práctica ancestral que consiste en que la mujer tenga el parto en una posición de cuclillas, como hincada, o semi-sentada, para que el alumbramiento se realice por gravedad y produzca menos dolor. Los beneficios para la gestante son que reduce los desgarros y permite una mayor oxigenación tanto en la madre como en el bebé. Además, el tiempo es relativamente corto, ya que puede durar de 15 a 20 minutos.

Adicionalmente se pretende que el parto vertical sea un parto humanizado, donde se le permita a la mujer estar acompañada de su esposo, su madre o algún ser querido, brindándole analgésicos o medicina tradicional para reducir el dolor de parto y ayudar a que el bebé descienda con mayor rapidez.

Las parteras tradicionales consideran que las mujeres acuden a la partería por ser más cómodo, ya que el parto se realiza en su hogar y no se tienen que trasladar a otro lugar. También afirman que en caso de alguna emergencia saben que deben acudir a la clínica más cercana o a un médico; sin embargo, refieren que no han tenido experiencias en las cuales se hayan presentado problemas o complicaciones de gravedad.

Una de las entrevistadas explicó que las mujeres rarámuri tienen una “habilidad innata” para parir y que no suelen quejarse de los dolores de parto. Sin embargo, éste se realiza siempre bajo sus condiciones y creencias, con los medios que conocen y con el apoyo de sus familias. Por ejemplo, las mujeres solicitan que se les entregue la placenta y el cordón del bebé para

poder enterrarlos en la tierra, ya que dentro de su cosmovisión es muy importante sembrar la vida que les brindó la misma.

En cambio, cuando son trasladadas a un hospital por alguna razón, el proceso se dificulta porque se encuentran en un lugar donde nunca han estado, con gente que no conocen y haciendo algo que para ellas es profundamente íntimo y sagrado.

Respecto al aprendizaje del oficio de la partería tradicional, la mayoría de las entrevistadas expresó que aprendieron de sus ancestros, ya fueran sus abuelos o sus padres. Fue un conocimiento que heredaron de generación en generación, por lo que algunas de ellas han transmitido el oficio a sus hijas. La señora Rosario E, por ejemplo, afirmó que además de la partería aprendió el manejo de la herbolaria con personas de edad más avanzada, pues ellas tenían el conocimiento de las plantas y sabían “lo que es bueno y malo” (Comunicación oral, Rosario, 2017).

Por su parte, María del Carmen Parra (Comunicación oral, 2017) manifestó que, aunque conoce por tradición familiar la actividad de la partería, le inculcaron que en casos de emergencia o en condiciones críticas, lo primordial es que las mujeres sean atendidas en un hospital, por seguridad de la madre y el bebé.

Como puede observarse en sus testimonios, la partería tradicional tiene esencialmente una posición de ayuda mutua respecto a otras mujeres y un carácter social en torno a la salud de sus comunidades. Es un conocimiento que se adquiere fundamentalmente por tradición oral, además de que transmite y preserva aspectos de su cultura esenciales para la sobrevivencia de la comunidad como la medicina tradicional.

En los distintos casos se encontró que la partería está estrechamente vinculada a la medicina tradicional o la herbolaria, por lo que el conocimiento de las mujeres parteras no se reduce a los procesos de parto, sino que se amplía al tratamiento con plantas.

No obstante, el tratamiento que ofrecen a sus pacientes durante el parto tiene algunas variaciones mínimas. La señora Ana Martínez (Comunicación oral, 2017) refiere que la bebida que da a las mujeres es una infusión de té caliente, compuesta por manzanilla, pimienta y ruda para provocar el parto.

María del Carmen (Comunicación oral, 2017) ofrece bebidas que contienen epazote, manzanilla y comino para ayudar al parto. Según su testimonio, en bebidas como la ruda se debe tener mucho cuidado en la cantidad que se administra a la mujer embarazada y en los meses de gestación en los que se encuentra, ya que esta yerba se considera abortiva.

Por su parte, Lilia (Comunicación oral, 2017) implementa un tratamiento a base de infusiones de yerbas para provocar el parto como la damiana y la manzanilla. En su caso, utiliza el epazote en bebidas solamente por diez días después del parto para limpiar la cavidad y que la mujer arroje los restos placentarios con la finalidad de evitar infecciones.

Mientras que Rosario Guerra (Comunicación oral, 2017) se apoya en el té de manzanilla y epazote para acelerar el parto. Ella considera que no se debe dar ninguna planta que sea amarga a una mujer embarazada porque le puede hacer daño. Finalmente, Hilda Sánchez (Comunicación oral, 2017) les provee de un té caliente de álamo para que el bebé descienda más rápido.

Los materiales que utilizan las parteras tradicionales en las diversas comunidades son tijeras, hilo, cordón, agua y sábanas. Sin embargo, quienes han recibido alguna capacitación como técnicas en enfermería afirman que utilizan guantes, campos limpios, equipo de parto y equipo de sutura. En especial, utilizan cordón para ajustar el propio cordón umbilical del bebé y evitar que se desangre.

Por último, una de las entrevistadas, Lilia M. quien ya se desempeña como Técnica en Enfermería y partera a la vez, manifiesta que la unificación de conocimientos de la medicina tradicional con la medicina occidental ha disminuido los índices de mortalidad en su comunidad, ya que utilizan equipos de parto y sutura bajo procesos de esterilización, así como un botiquín de urgencias obstétricas, lo cual corrobora la importancia de unificar criterios de atención para mejorar la salud materna en las comunidades indígenas en condiciones de vulnerabilidad y marginalidad.

Cabe destacar que Lilia M. también ofrece capacitación e información a las mujeres embarazadas de su comunidad sobre las consultas prenatales, vacunación, temáticas de lactancia materna y complicaciones del parto como la preclamsia-eclampsia, (Comunicación oral, 2017).

### **Sororidad entre parteras tradicionales rarámuri**

El empoderamiento de las parteras rarámuri en la Sierra de Chihuahua evidencia la trascendencia de las mujeres parteras para la preservación de su cultura y comunidad, ya que las prácticas de proceso de parto emergen de manera cotidiana, dejando huellas históricas en cuanto a procedimientos, herbolaria, creencias y ritos culturales. En la antigüedad, las mujeres compartían recetas, ritos y creencias, es decir, era un colectivo firme y orientado al apoyo emocional entre mujeres. Las mujeres adultas brindaban consejería a las más jóvenes, compartían las actividades de la crianza, cultivos, recolección de frutos, además de tratamientos a través de la herbolaria.

Las mujeres rarámuri practican la artesanía, partería y la educación oral, la cual es transmitida generacionalmente. Dicha sororidad permite la unión y el empoderamiento de la mujer porque nutren a otras a través de la amistad, el cuidado mutuo, la empatía y la hermandad.

La sororidad en este caso exige un ejercicio de crítica y autocrítica constante; por ello, las parteras rarámuri evidencian un antes y después de la partería, compartiendo sus conocimientos y destrezas, pero también evidenciado la importancia que adquiere paulatinamente la medicina occidentalista, la capacitación constante y la unificación de redes de conocimiento como bases fundamentales para que esta práctica de cuidado entre mujeres subsista.

Las entrevistas en profundidad con doce mujeres parteras de estas comunidades evidencian el impacto del género femenino para llevar a cabo el rol de la partería, ya que refieren que son actividades que realizan por el hecho de ser mujeres y este atributo ha trascendido de generación en generación. Para ellas, la partería es algo divino por elección y la capacitación la pueden obtener con la partera de la comunidad. La concepción de ser partera nace en los hogares, pues los conocimientos fueron transmitidos por sus abuelas, madres, tías o hermanas.

La sororidad durante la partería reivindica un parto humanizado y parto vertical. El trabajo que ejecutan las parteras es un claro ejemplo de empoderamiento, unión y fuerza entre mujeres; es decir, mujeres sosteniéndose mutuamente y permeando conocimientos, tabús, miedos y destrezas desde la fuerza femenina.

## Conclusiones

En la actualidad el 96% de los partos en el territorio mexicano son atendidos en hospitales de segundo nivel. Sin embargo, en las zonas marginadas aún es común la atención obstetricia por parteras tradicionales, quienes poseen un amplio conocimiento sobre el manejo de la medicina tradicional para el proceso de parto.

La conservación de la partería se desencadena del aislamiento económico, pero ha beneficiado en su trascendencia social y comunitaria. En el pasado, el oficio de la partería formó parte de la cosmovisión de la civilización prehispánica; por lo tanto, su función cobró una dimensión ritual y social. Sahagún (1954) refiere que las parteras eran personajes respetables que estaban a la adoración del *Chicomecóatl*, diosa de la fertilidad humana y agrícola, dando empoderamiento al género femenino desde tiempos inmemorables.

Por ende, la unificación de criterios de la partería tradicional con la occidentalista ejemplifica notables redes de conocimiento y beneficios latentes para las mujeres de escasos recursos, no solamente en la zona serrana, sino donde se encuentre una mujer que necesite apoyo, hermandad, comprensión y orientación, es decir, sororidad de mujeres brindado apoyo a otras mujeres.

---

## Referencias

- Acosta Garay, L. (2014). *¿Médicos o curanderos? Los rarámuri: Entre la medicina tradicional y la moderna*. México: ENAH Chihuahua.
- Alcántara Rojas, B. (2000). Miquizpan. El momento del parto, un momento de muerte. Prácticas alrededor del embarazo y parto entre nahuas y mayas del Posclásico. *Revista de Estudios Mesoamericanos*, Vol. II, julio-diciembre.
- Cardenal, F. (1993). *Remedios y prácticas curativas en la Sierra Tarahumara*. Chihuahua, México: Ed. Camino.

- Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires (2019). Nota informativa: La OMS declara al año 2020 como el “Año de la Enfermera y Partera”. Boletín, 2019. <http://copba-cs.org.ar/la-oms-declara-al-ano-2020-como-el-ano-de-la-enfermera-y-partera/>.
- De Velasco Rivero, P. (2006). *Danzar o morir. Religión y resistencia a la dominación en la cultura tarabumara*. México: ITESO.
- Fonseca Yerena, M. S. (2011). *Comunicación oral y escrita*. México: Pearson Educación.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006) *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- INEGI (2018), Estadísticas de mortalidad general, Defunciones para calcular la razón de mortalidad materna.: <http://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/>
- López Austin, A. (1970). *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*. México: UNAM.
- Martí, J. (2011). *La investigación acción participativa, estructura y fases*. España: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Montemayor, C. (2000). He venido a contradecir. La cosmovisión de los pueblos indígenas actuales. *Desacatos*, 5, 95-106.
- OIT (2014). *Convenio Núm. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales*. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Oficina Regional para América Latina y el Caribe, Organización Internacional del Trabajo.
- OMS (2017). *Parteras tradicionales: guía práctica para el adiestramiento, la evaluación y la articulación de este personal en los servicios de salud*. Du Gas, B., Mangay-Maglacas, A., Pizurki, H., Simons, J., World Health Organization, 1979. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41678>.
- OMS (2019). *Medicina tradicional, definiciones*. Organización Mundial de la Salud. [https://www.who.int/topics/traditional\\_medicine/definitions/es/](https://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/).
- Pérez Cabrera, I., y Castañeda Godínez, C. (2012). Antecedentes históricos de las parteras en México. *Enfermería avanza*, 3 de julio de 2012. <http://enfeps.blogspot.com/2012/07/antecedentes-historicos-de-las-parteras.html>
- Plancarte M., F. (1954). *El problema indígena tarabumara*. México: Instituto Nacional Indigenista.
- Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, 18 (52), 39-49.
- Sahagun Fray B. (1954) *Psalmódica Christiana y sermonario de los santos del ario en lengua mexicana*, México, Pedro Ocharte, 1583, 4236 ff. Historia de la literatura náhuatl. Segunda parte. El trauma de la conquista México, Porrúa.

Vargas Jiménez, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. *Revista Calidad en la Educación Superior*, Programa de Autoevaluación Académica, Universidad Estatal a Distancia. [http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/COLECCION\\_UNPAN/BOL\\_DICIEMBRE\\_2013\\_69/UNED/2012/investigacion\\_cualitativa.pdf](http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/COLECCION_UNPAN/BOL_DICIEMBRE_2013_69/UNED/2012/investigacion_cualitativa.pdf)

Vitorelli Diniz, K., De Almeida Magalhaes, A., Dos Santos Campos, C. C., García Loes, C., Ribeiro, P. M., y Mendes, M. A. (2014). Hablando de la observación participante en la investigación cualitativa en el proceso salud-enfermedad. *Index Enferm*, 23(1-2), 75-79. DOI: 10.4321/S1132-12962014000100016.

\* Doctora en Educación centrada en la investigación, por la Universidad Autónoma de Chihuahua (UACH), profesora-investigadora del Instituto de Ciencias Biomédicas de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, División Multidisciplinaria, Cuauhtémoc, Chihuahua, México. Correo electrónico: [raquel.escudero@uacj.mx](mailto:raquel.escudero@uacj.mx).