

Hacia la justicia sociocomunicativa: trabajo de campo multi-situado, teoría transnacional e hiper-auto-reflexividad

Towards Sociocommunicative Justice: Multi-Sited Fieldwork, Transnational Theory, and Hyper-self-reflexivity

Rosalynn Adeline Vega¹

RESUMEN. En este escrito, reconozco que las narrativas del padecer se despliegan dentro de ámbitos discursivos y ofrezco varios métodos para avanzar hacia la justicia sociocomunicativa. Primero, sugiero llevar a cabo el trabajo de campo “multi-situado” y que este método etnográfico sea respaldado por teoría multi-situada. Enfatizo la importancia de la hiper-auto-reflexividad al intentar disminuir las inequidades estructurales que puedan influir al antropólogo en su obtención de narrativas del padecer y su interpretación semiótica de ellas. Analizo unas narrativas breves que surgieron de mi trabajo de campo sobre el parto humanizado en México para demostrar cómo el biopoder condiciona lo que los individuos llegan a expresar en sus narrativas.

Palabras clave: Parto Humanizado, Partería, México, Narración, Antropología Médica.

ABSTRACT. In this piece, I recognize that illness narratives unfold within discursive realms and I offer various approaches for increasing sociocommunicative justice. First, I suggest conducting multi-sited fieldwork, and that this ethnographic method be buttressed by multi-sited theory. I emphasize the importance of hyper-self-reflexivity when attempting to diminish the structural inequalities which may inhibit the anthropologist in his or her attainment of illness narratives and their interpretation. I analyze a few brief narratives that emerged from my field research on humanized birth in Mexico in order to demonstrate how biopower predetermines what individuals are able to express in their narratives.

Keywords: Humanizing Delivery, Midwifery, Mexico, Narration, Medical Anthropology

Al debatir sobre aproximaciones teóricas y metodológicas a las narrativas del padecer, considero indispensable que el etnógrafo adopte estrategias para promover la justicia sociocomunicativa. Es decir, las narrativas del padecer se despliegan dentro de ámbitos discursivos, los cuales son penetrados por inequidades ideológicas y esta realidad predetermina qué opiniones y palabras serán pronunciadas dentro de contextos estratificados. En este escrito, ofrezco varios métodos para avanzar hacia la justicia sociocomunicativa, y de esta manera, ampliar el mundo discursivo a la Geertz.¹

Primero, sugiero llevar a cabo el trabajo de campo “multi-situado”. Mientras otros autores han desarrollado este método a lo largo de las últimas dos décadas, la iteración que describo en este texto se amplió para incluir a diversos sujetos de diferentes posicionalidades laborales, socioeconómicas, políticas, étnicas y de género. Además, argumento que el trabajo de campo multi-situado debe ser respaldado por teoría multi-situada; es decir, que los sitios del trabajo de campo también sean los sitios de donde se cita teoría. Segundo, enfatizo la importancia de la hiper-auto-reflexividad al intentar disminuir las inequidades estructurales que

puedan influir al antropólogo en su obtención de narrativas de padecer y su interpretación semiótica de ellas.

Utilizaré mi propio proyecto de investigación sobre el parto humanizado en México (un movimiento social hacia el parto en agua, parto en domicilio y parto “natural” entre la clase élite mexicana que celebra las prácticas de parteras “tradicionales”, mientras las excluye inadvertidamente de formas reinventadas y mercantilizadas del parto “tradicional”, para hacer mis sugerencias más tangibles. Finalmente, analizaré unas narrativas breves que surgieron de mi trabajo de campo para demostrar cómo el biopoder condiciona lo que los individuos llegan a expresar en sus narrativas.²

Trabajo de Campo Multi-Situado

Emulando la investigación multi-situada sobre amniocentesis de Rayna Rapp³, yo propongo crear una cartografía de la partería y el parto humanizado en México y encontrar diferentes “ventanas” a través de las cuales las recientes transiciones en las prácticas del parto y cuidados médicos pueden ser examinados.^{4, 5, 6} Para realizar esto, tuve que redefinir mi propia noción

¹ Assistant Professor, University of Texas Rio Grande Valley, USA.

pre-concebida de un campo etnográfico. El campo que yo identifiqué no era un “sitio” per se, sino una red de personas. Empecé con las parteras profesionales trabajando en México y subsecuentemente logré acceder a alguna de su clientela. Usando la técnica de bola de nieve y a través de mi participación en múltiples conferencias sobre “parto humanizado,” recluté a más parejas y personas vinculadas de parto humanizado, incluyendo a médicos y enfermeras obstetras. Simultáneamente, me inserté como voluntaria en organizaciones no gubernamentales, obteniendo el acceso a las capacitaciones para parteras tradicionales indígenas. Hice amistad con varias de ellas, y en repetidas visitas a sus pueblos, mientras me hospedaba en su casa como invitada, pude presenciar las interacciones que ellas tienen con las mujeres indígenas y el cuidado de la partería “tradicional” que ellas proveen. Finalmente, observé a profesionales médicos y a pacientes obstétricas en hospitales y entrevisté a médicos y políticos en el área de la salud. Este proceso me llevó a los estados de Guanajuato, Guerrero, Jalisco, México, San Luis Potosí, Veracruz, Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo, Morelia, Querétaro, Puebla, Michoacán y Nuevo León; adicionalmente, viajé a California y Brasil para observación-participante en turismo de educación popular sobre “partería tradicional mexicana”. Mientras la extensión geográfica de este “campo” es enorme, las personas con las que estaba viajando para conocer, observar y entrevistar son conscientemente miembros de una comunidad transnacional cohesiva; todos los individuos en mi estudio tienen conocidos y hasta grandes amigos entre los otros individuos participantes.

Las entrevistas fueron semi-estructuradas y duraron desde un mínimo de 15 minutos hasta tanto como tres horas. La entrevista promedio duró aproximadamente 45 minutos. Yo diseñé mis preguntas para reflejar la relación entre los entrevistados y el movimiento por el parto humanizado, pero usualmente incluía preguntas que me ayudaran a entender la posicionalidad en la sociedad de los entrevistados (nivel educativo, estatus socioeconómico, etnicidad, etc.). Además, mis preguntas generalmente estaban relacionadas con los siguientes temas: su ocupación, su historia de vida, sus perspectivas sobre el género, el sistema de salud mexicano, sus experiencias positivas y negativas con el parto, y la transición del ámbito político con respecto a la partería. A través de no sobre-estructurar las entrevistas, me resistía a guiar o conducir al informante, permitiéndole hablar por sí mismo. El análisis de datos es derivado de entradas detalladas en mi diario de campo tanto como grabaciones de audio y video de las entrevistas. Al concluir la investigación, se utilizó un proceso de codificación abierta para identificar temas emergentes, usando un proceso iterativo para identificar temas dominantes y sintetizar ideas de un orden

más complejo. Todos los identificadores han sido cambiados para proteger la identidad de mis informantes. Finalmente, me inserté en debates teóricos vigentes en México para que el enfoque transnacional de mi etnografía sea respaldado por la teoría multi-situada. Esta participación en la academia mexicana ha sido inestimable en la interpretación “fronteriza” de las narrativas de padecer.⁷

Hiper-Auto-Reflexividad

El trabajo de campo multi-situado y la subsecuente interpretación de las narrativas requiere hiper-auto-reflexividad Spivakiana.⁸ Para ello, empezaré por “reconocer la complicidad”.⁹ Mientras soy una mujer de herencia “étnica”, también soy altamente educada, privilegiada y criada en Estados Unidos urbano y suburbano, por lo que no puedo afirmar que soy una informante nativa subalterna. En muchos sentidos, mi propia posicionalidad ha sido ventajosa —pude entrevistar y observar ambos, “hacia arriba” y “hacia abajo” —.¹⁰ Sin embargo, mi potencial como etnógrafa también fue limitado —en ocasiones, fue difícil para mí lograr que las mujeres indígenas, muchas de las cuales desconfían de xinololas (“mujeres de la ciudad” en el idioma Nahuatl) y/o son monolingües, hablaran abiertamente sobre sus experiencias de parto. Por razones éticas, sobreponía la comodidad y la privacidad de las mujeres durante momentos íntimos sobre mi deseo para obtener material etnográfico. Esto significaba, dependiendo de las circunstancias, elegir no estar presente en el momento del parto. Tomé una decisión consciente de ponerme en un papel de aprendizaje cuando trataba con parteras tradicionales y nunca buscaba enseñarles o corregirlas. Además, intencionalmente limité mi presupuesto mensual a cinco mil pesos (más que muchos de mis informantes empobrecidos, pero mucho menos que mis informantes de la clase media y alta) con el fin de “desaprender mi propio privilegio”.^{11,12}

Al elegir zonas empobrecidas e indígenas como sitios para mi investigación, espero iluminar el contra-discurso a la historia generalizada del desarrollo. Muy frecuentemente se asume que las intervenciones originadas del Primer Mundo (profesionalizar a las parteras, proveer a las parteras tradicionales con capacitaciones por personal médico, implementar estrategias de parto humanizado) producirán resultados positivos entre la “población objetivo”, como reducir la mortalidad materna e infantil. No obstante, mi investigación ha demostrado que el parto humanizado generalmente es concurrido por mujeres altamente educadas, urbanas, “cultas”, de piel clara, que han tenido experiencias de viaje, entre otras características. Por lo tanto, argumento que la humanización del parto y la reducción de la mortalidad materna son proyectos distintos.

Como explicaré abajo, los cuidados respetuosos, expertos y atentos ofrecidos por parteras tradicionales en contextos de recursos económicos escasos generalmente no se incluyen bajo el rubro del “parto humanizado”, ofrecido por parteras profesionales, obstetras y por doulas; cuando son incluidos, ocupan el nicho de “tradicionalidad,” convirtiéndolas en recipientes necesitadas del conocimiento experto de sus homólogos profesionales. Como resultado, las mujeres que tienden a buscar un parto humanizado, no son las mujeres en riesgo de mortalidad materna, ni tampoco sus hijos están en riesgo de mortalidad infantil.

Por lo tanto, mientras Spivak argumenta en contra de la recuperación de información desde el Tercer Mundo para los propósitos del Primer Mundo (en los círculos del parto humanizado, esto usualmente ha significado el documentar tasas de mortalidad materna e infantil y el usarlas como evidencia de la urgente necesidad para el parto humanizado), yo estoy tratando de mostrar como las estrategias del Primer Mundo pueden inadvertidamente inducir los procesos de racialización que reinscriben la inequidad.

Biopoder y narrativas Reproductivas: La “agencia” de las mujeres indígenas

En esta sección, incluiré los casos de varias mujeres indígenas para destacar la importancia de examinar el papel del biopoder en prefigurar las narrativas. Durante el verano de 2011, estaba trabajando como voluntaria y desempeñando la observación-participante en el Centro para los Adolescentes de San Miguel de Allende (CASA). En Julio fui invitada por Maricruz Coronado (entonces directora general) para participar en el terreno práctico en Veracruz —un viaje de dos semanas durante el cual las estudiantes de partería profesional impartieron capacitaciones a parteras tradicionales en hospitales gubernamentales y subsecuentemente fueron con las parteras tradicionales a sus casas para continuar el “intercambio” de conocimientos.

Yo fui con una estudiante de partería profesional, Francisca, al pueblito Nahua de Zakatochin, donde observamos a Doña Eugenia, una partera tradicional muy respetada. Las mujeres Nahua y sus familias viajan largas distancias para parir con Doña Eugenia —su empleo de hierbas tradicionales mezclado con técnicas biomédicas como la canalización intravenosa, atraen a las mujeres que desean la seguridad de dar a luz con alguien que posea conocimiento biomédico, la comodidad de tener su trabajo de parto con el apoyo de una mujer quien ha recibido generaciones de métodos curativos tradicionales y la seguridad de saber que no serán discriminadas ni maltratadas mientras traen a

un nuevo ser al mundo. Doña Eugenia es un ejemplo de la hibridez —alguien quien entra y sale de la modernidad con facilidad.¹³

Una noche, observé a Doña Eugenia atender dos partos simultáneamente. Una mujer de veinte años, María Elena, estaba dando luz a su primer hijo en la sala de la casa-clínica de Doña Eugenia, mientras la segunda mujer, Juana, estaba pariendo en la cama de Doña Eugenia. Presencé la evolución completa del parto de María Elena; llegó con todos sus familiares en una camioneta azul y la manera en que Doña Eugenia dirigió a la familia para que solamente el padre pudiera acompañarla durante el parto, el momento en el cual Doña Eugenia examinó la forma de su vientre y predijo que sería una niña, el instante cuando la niña emergió de la vagina de su madre, gritando y llenando sus pulmones fuertes con oxígeno por primera vez, los minutos cuando Doña Eugenia le dio un masaje en el vientre para estimular la expulsión de la placenta, y la entrega silenciosa de la placenta, envuelta en una bolsa de plástico, para que María Elena pudiera enterrarla en su casa.

No presencié el parto de Juana. Ella no se sentía cómoda con mi presencia y me dio gusto respetar sus deseos. Esperé afuera, pero ya que no hay una puerta en la recámara de Doña Eugenia, solamente una cortina separando el cuarto de la sala, escuché como ocurría el parto. Más tarde, le pedí a Doña Eugenia que me describiera el parto y así lo hizo, con un aire de formalidad, como si estuviera presentando un caso clínico ante un director médico. Yo me preguntaba, mientras ella hablaba, si mi presencia representaba una autoridad ante sus ojos.

En la noche casi no tenía dolor, solamente el tapón de moco. Iba muy lenta y yo pensaba que iban a ir al hospital. Después, empezó con más dolor y a las cinco de la mañana chequé su dilatación y tenía dos centímetros. Dije que mejor nos fuéramos al hospital, pero ella dijo que no —quería esperar otro poquito—. Concedí, porque ellos tienen camioneta y yo sabía que podríamos ir al hospital después.... A las ocho de la mañana empezaron más parejito los dolores y tuvo más líquido y un poquito de sangre —todo normal— señales que ya estaba abriendo el cuello de su matriz. A las 8:50 hice el tacto y ya era definitivo que íbamos a quedarnos. Estaba completa su dilatación. A las 9:06 nació una niña. La placenta tardó siete minutos y salió a las 9:13, con dos o tres pasaditas de la mano al vientre. Tantito le moví, como animándole a salir, y solita salió la placenta. El sangrado fue normal, sangró poco. Le aspiré sus flemas inmediatamente. La bebé tiene buena coloración, buenos movimientos y movimientos muy activos. La bebé lloró. Después, estaba orientándola, animándola y estimulándola para que le diera lactancia materna. Después hubo el alojamiento en conjunto. Sequé sus partes vaginales, cambié sus sábanas y

alojé a la niña con su mamá. La madre está contenta, feliz, platicándose y riéndose. Está más contenta porque no fue al hospital y desde el principio ella dijo que no le daba ganas de ir al hospital.... Tiene 34 años y dice que será su último bebé (9 de julio de 2011).

El caso clínico que narró Doña Eugenia me pareció impresionante debido al elemento performativo, que era evidente incluso mientras estaba ocurriendo. Juana tiene algunas canas y yo sospechaba que ella debía de estar en sus cuarentas, pero Doña Eugenia me dijo que tenía “alrededor de treinta y cuatro” ya que los protocolos médicos estipulan que los partos de mujeres de treinta y cinco años o más son de alto riesgo y deben ser referidos al hospital. Además, Doña Eugenia demostró sistemáticamente que ella había hecho todo como había sido instruida en las capacitaciones: ella monitoreó la dilatación y el sangrado, se aseguró de que había transportación viable al hospital, previno de manera exitosa una hemorragia, aspiró las flemas del bebé y checó su bienestar, ayudó a la mamá con la lactancia materna, tuvo mucho cuidado de no separar a la madre de su bebé, ¡y todo esto en un ambiente higiénico!

Dos años después del parto de Juana, Doña Eugenia me dijo que ella antes solía proveer a las madres cuyos partos había atendido, con un documento escrito testificando que ella había sido la partera. En el pasado, éste les ayudaba a las madres a obtener un certificado de nacimiento para sus recién nacidos en sus respectivos centros de salud. Actualmente, ella ya no da este documento, puesto que hace la mayoría de su trabajo en secreto. Si las autoridades supieran que estos partos están siendo atendidos por una partera, las madres serían castigadas y sus estipendios del programa Oportunidades (ahora, IMSS-Prospera) serían retirados, ya que los talleres obligatorios que las madres reciben, las instruyen a dar a luz en los hospitales. Por otra parte, si una madre muriera mientras Doña Eugenia atendiera el parto, ella sería culpada de homicidio. Las madres y Doña Eugenia conspiran juntas, la “historia oficial” es que el parto sucedió tan rápido que la madre no pudo llegar al hospital a tiempo y la madre dio a luz sola en su propia casa. Doña Eugenia y sus clientes confían en la buena fe de la comunidad para mantener su trabajo en secreto. A través del tiempo, Doña Eugenia ha aprendido a distinguir entre las autoridades de diferentes municipios y a predeterminar quiénes podrían aceptar esta historia. Basándose en el lugar de origen de las parturientas, ella les aconseja respecto al relativo rigor o indulgencia de las autoridades en su municipio y a qué grado estarían arriesgando sus estipendios por parir desobedientemente con Doña Eugenia. Yo argumento que este cálculo mental es indicativo del biopoder que influye en la decisión de las madres indígenas (y sus narrativas), pero también señala las posibilidades reales de resistencia activa.

Semanas después, viajé a Yaxalumal (un pueblo de aproximadamente 30,000 habitantes escondido en las lomas exuberantes de Chiapas) para hacerme voluntaria como editora audiovisual y traductora de inglés a español con una organización no gubernamental basada en California, la cual ha entrenado a parteras indígenas en el currículo del Colegio Americano de Enfermeras Parteras y las ha guiado mientras ellas establecen una asociación civil legalmente reconocida. Yaxalumal tiene una gran población de indígenas Tzeltales y pude entrevistar a muchas parteras de este grupo. Conocí a Doña Rosario en una de las reuniones de la asociación.

Una tarde, ella corrió la voz que iba a tener una reunión en su casa y les pidió a las madres de otros barrios que asistieran para compartir sus experiencias de parto. Un “grupo focal” se formó orgánicamente. Los resultados fueron sorpresivamente positivos: las que asistieron estaban ansiosas por participar y compartir cómo dar a luz en la casa de Doña Rosario había transformado su experiencia de parto, y muchas mujeres fueron muy abiertas sobre las razones que las llevaron a decidir por un parto no biomédico.

Rosalba, la madre más joven del grupo, llegó a la casa de Doña Rosario con su esposo y su bebé. Ella le describió al grupo cómo su insatisfacción con el tratamiento biomédico la impulsó a buscar consejos de Doña Rosario, y subsecuentemente, dar a luz asistida por ella:

El primero nació en el hospital, pero el segundo nació acá con Doña Rosario. Vine acá con el segundo bebé porque en el hospital me iban a hacer el legrado. Tenía seis meses [de embarazo]. Gracias a ella [Doña Rosario] ahora alcanzó a vivir mi bebé. En el hospital, lo primerito para ellos, lo más fácil para ellos, es sacarlo ya cuando no es así. [Doña Rosario] me dijo que iba a ser porque estaba perdiendo mucho líquido [amniótico]—por eso me iban a hacer [el legrado]. Y ahora [Doña Rosario] le tiene puesto “el milagrito” porque no había necesidad de hacer [el legrado] y ahorita está vivo. [En el hospital] se van a lo más rápido para ellos, lo cual es la cesárea. En cambio con una partera no. Incluso en el hospital hacen lo que es el corte vaginal y pudiendo tener lo más normalmente.

Cuando Rosalba terminó de hablar, su esposo, Francisco, tomó la oportunidad para decir que le gustaría compartir su experiencia también. Él sostenía “el milagrito” en su regazo mientras comparaba los partos de sus dos hijos:

En un hospital...una vez llegando la paciente, en este caso mi esposa, tardan como una hora o dos para que nos atiendan, o si nos atienden dicen, “¿Sabes qué? Esperen un ratito.” O la meten y la checan, y “¿Sabes qué? Pasea a tu esposa.” Como padre primerizo, uno no sabe cómo va a reaccionar, pues. ¡Nervios! Como padres, y mis suegros también porque ellos estuvieron conmigo, uno no sabe qué va a pasar.... Y si pasa uno [al área de labor], limitado el tiempo, digamos 10 o 15 minutos. A veces

uno quisiera estar [allí con ella], pero bueno, son reglamentos del hospital. La mujer se sienta sola y allí nos la dejan en la camilla y que Dios la bendiga. A ver a qué horas. Y el defecto del hospital es que viene un médico, la checa, pasa otro, la checa. Allí pasan cuántos doctores. Uno no sabe a qué horas realmente la van a atender. En comparación, con una partera, es la única a quien va a atender. [La partera] al contrario nos anima [a los padres], “No te desesperes, no estés triste. Al ratito va a nacer y va a nacer bien.” Nos aconseja y nos anima, pues. En cambio, en el hospital no. “Allí está la sala de espera tú.” Sin saber cómo está nuestra esposa, si tiene demasiado dolor, si tiene sed o algo, ¿o yo que sé? Yo vine con mi segundo bebé y la [partera] dijo rápido, “Pasen.” Ella lo checa y, “¿Sabes qué? Ya está al punto de nacer tu bebé. Ve por tantos guantes y todo este material...” Más que nada, para uno como padre de familia, la partera da más confianza... porque son más concretas. Un médico dice, “En una hora va a dar luz,” y a veces tardan tres o cuatro horas. En cambio una partera no... Dice, “Falta media hora,” y a la media hora, ni llega la media hora y ¡boom! viene el chamaco. Yo le tengo más confianza a una partera. Y [a la mujer] le dice, “¡Ánimo! ¡Échale ganas! ¡No lo aflojes! ¡Dáale duro! ¡Aquí estoy yo!” Se sienten con seguridad también [las mamás]. A veces hasta puede saber más una partera que un médico. Yo, como padre de familia, digo que es mejor con una partera.

Mis observaciones en Zacatochin y Yaxalumul dan cuenta de las múltiples contradicciones que provocan a muchas madres, sus parejas y parteras tradicionales a tomar decisiones cuidadosamente calculadas sobre cómo, dónde y con quién nacerán sus bebés. Las madres, a quienes he observado y entrevistado, eligen partos que pueden parecer “menos seguros” que su alternativa biomédica, pero sus decisiones son influenciadas por experiencias negativas con el personal del hospital y la inferioridad de los servicios biomédicos ofrecidos en regiones indígenas. En esencia, los procesos de racialización y la discriminación racial a menudo ha resultado, ya sea directa o indirectamente, en que las madres indígenas reciban cuidados médicos en hospitales gubernamentales por debajo del estándar.

Argumento que los programas del gobierno y el discurso de desarrollo muchas veces han reproducido universalizaciones que ignoran la diversidad de los pueblos y han reducido los factores políticos y económicos a una mera cuestión de diferencia racial, empleando estrategias similares para tratar los asuntos de salud reproductiva (principalmente orientadas a la reducción de la mortalidad materna e infantil) a través de diferentes poblaciones indígenas (por ejemplo, ver Cabral Soto et al.¹⁴). Opino que los programas de desarrollo patologizan la cultura indígena, así preservando el estatus quo social y racial, culpando a la cultura de las indígenas por las altas tasas de mortalidad infantil y justificando su enfoque en la educación, y no en el cambio estructural.

Dirijo la atención al contexto discursivo dentro del cual muchas mujeres indígenas toman decisiones reproductivas y construyen narrativas. Temiendo las potenciales repercusiones, ellas son muy cuidadosas al no expresar críticas agudas hacia el gobierno mexicano, el sistema de salud y personal específico de los hospitales. No obstante, ellas ejercen su agencia a través de las elecciones “desobedientes” que toman sobre la reproducción y el nacimiento. Aunque los talleres del programa IMSS-Prospera intentan educar a madres a quienes suponen ignorantes, mis observaciones contradicen conjeturas sobre su carencia de conciencia reproductiva.

Conclusiones

El trabajo de campo multi-situado permite hacer comparaciones y llegar a conclusiones sobre las narrativas del padecer. Además, la teoría multi-situada contribuye a la decolonización de la antropología. Finalmente, la hiper-auto-reflexividad no solamente permite el etnógrafo a analizar cómo su propia posición social le habilita e inhibe a obtener e interpretar narrativas del padecer, sino también se refleja en la manera más equitativa de aproximarse al informante.

REFERENCIAS

1. Geertz, C. *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books. 1973.
2. Foucault, M. *The History of Sexuality*. United Kingdom: Vintage. 1990 [1978].
3. Rapp, R. *Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America*. New York: Routledge. 2000.
4. Menéndez, E. *De algunos alcoholismos y algunos saberes: Atención primaria y proceso de alcoholización*. México, D. F.: CIESAS. 1996.
5. Marcus, G. *Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography*. *Annual Review of Anthropology* 24(1). 1995: p. 95–117.
6. Wilson, A. *The Intimate Economies of Bangkok: Tomboys, Tycoons, and Avon Ladies in the Global City*. Berkeley: University of California Press. 2004.
7. Mignolo, W. *Local Histories/Global Designs: Coloniality, Subaltern Knowledges, and Border Thinking*. Princeton: Princeton University Press. 2000.
8. Kapoor, I. *Hyper-Self-Reflexive Development? Spivak on Representing the Third World “Other”*. *Third World Quarterly* 4. 2004: p. 627–647.
9. Spivak, G. *In Other Worlds: Essays in Cultural Politics*. New York: Routledge. 1988b.
10. Nader, L. *Up the Anthropologist: Perspectives Gained from Studying Up*. In *Reinventing Anthropology*. Dell H. Hymes, ed. New York: Pantheon Books. 1972.
11. Spivak, G. *Can the Subaltern Speak? In Marxism and Interpretation of Culture*. En Nelson, C. and Grossberg, L. Cary Pp. 271–313. Chicago: University of Illinois Press. 1988a: 271 – 313.
12. Spivak, G. and Harasym, S. *The Post-Colonial Critic: Interviews, Strategies, Dialogues*. New York: Routledge. 1990.
13. García, N. *Culturas híbridas: Estrategias para entrar y salir de la modernidad*. México, D. F.: Grijalbo. 2009 [1990].
14. Cabral, J. et al. *Salud sexual y reproductiva en jóvenes indígenas de las principales etnias de México*. México, D.F.: Instituto Mexicano de Seguro Social. 2000.