

EXPERIENCIAS DE CUIDADO EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES ORIGINARIAS: UNA METASÍNTESIS CUALITATIVA

EXPERIENCES OF CARE DURING PREGNANCY, CHILDBIRTH, AND THE POSTPARTUM PERIOD AMONG INDIGENOUS WOMEN: A QUALITATIVE METASYNTHESIS

EXPERIÊNCIAS DE CUIDADOS DURANTE A GRAVIDEZ, PARTO E PÓS-PARTO EM MULHERES INDÍGENAS: UMA METASSÍNTESE QUALITATIVA

José Luis Loaiza-Guzmán¹  Email: 95504461.loaiza@ms.uas.edu.mx

Félix Gerardo Buichia-Sombra²  Email: buichiasombrat@uas.edu

Raúl Fernando Guerrero-Castañeda³  Email: rf.guerreroCASTANEDA@ugto.mx

Mariel Heredia-Morales⁴  Email: marielheredia@uas.edu.mx

ISSN 0717-9553

CIENCIA Y ENFERMERIA (2026) 32:16

DOI

<https://doi.org/10.29393/CE32-16CPRJ40016>



Autor de correspondencia

Félix Gerardo Buichia-Sombra

Palabras clave

Salud de Poblaciones Indígenas; Embarazo;
Trabajo de Parto; Periodo Posparto;
Investigación Cualitativa.

Key words

Indigenous Peoples' Health; Pregnancy;
Labor; Postpartum Period; Qualitative
Research.

Palavras-chave

Saúde das Populações Indígenas; Gravidez;
Trabalho de Parto; Pós-parto; Pesquisa
Qualitativa.

Fecha de recepción

27/02/2026

Fecha de aceptación

05/05/2026

Editora

Dra. Elizabeth Bastías Arriagada 

RESUMEN

Objetivo: Sintetizar la evidencia cualitativa disponible sobre las experiencias de cuidado durante el embarazo, el parto y el puerperio en mujeres originarias, con el fin de generar categorías conceptuales útiles para el desarrollo de modelos de atención materna intercultural. **Material y Método:** Metasíntesis cualitativa interpretativa con enfoque constructivista e intercultural. Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed, Scopus, CINAHL, LILACS y SciELO, complementada con Google Académico, de estudios publicados entre 2000 y 2025 en español, inglés y portugués. La selección siguió la guía PRISMA 2020 y la calidad metodológica se evaluó mediante COREQ (32 ítems). La síntesis se desarrolló mediante matriz analítica, comparación constante y traducción recíproca de hallazgos entre estudios. **Resultados:** Se incluyeron 12 estudios cualitativos de seis países (Brasil, México, Chile, Argentina, Colombia y Australia), con participación de mujeres de diversos pueblos originarios. Emergió la metacategoría "Hacia un modelo de atención materna intercultural basado en el cuidado", que integra la relación entre cuerpo, comunidad, territorio y biomedicina. Se derivaron seis categorías: cuerpo materno como territorio de cuidado; cuidado relacional y comunitario; territorio y hogar como espacios de cuidado; tensiones con el modelo biomédico; cuidado culturalmente seguro y humanizado; y

¹Enfermero, Maestro en Ciencias de Enfermería, Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa, Sinaloa, México.

²Enfermero, Doctor en Estudios Sociales, Maestro en Ciencias de Enfermería, Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa, Sinaloa, México.

³Enfermero, Doctor en Ciencias de Enfermería, Departamento de Enfermería y Obstetricia, Universidad de Guanajuato, Guanajuato, México.

⁴Enfermera, Doctora en Ciencias de Enfermería, Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa.

puerperio como proceso de reconstrucción integral. Conclusión: Las experiencias de cuidado se configuran como procesos encarnados y relacionales, situados en contextos territoriales y culturales específicos, atravesados por tensiones con el modelo biomédico, pero también por estrategias de resistencia y continuidad cultural. La metacategoría propuesta permite comprender e integrar estas dimensiones en el desarrollo de modelos de atención materna intercultural.

ABSTRACT

Objective: To synthesize the available qualitative evidence on care experiences during pregnancy, childbirth, and the postpartum period among Indigenous women, with the aim of developing conceptual categories for models of intercultural maternal care. **Materials and Methods:** Interpretive qualitative metasynthesis with a constructivist and intercultural approach. A systematic search was conducted in PubMed, Scopus, CINAHL, LILACS, and SciELO, supplemented by Google Scholar, for studies published between 2000 and 2025 in Spanish, English, and Portuguese. Selection followed the PRISMA 2020 guidelines, and the methodological quality was assessed using COREQ (32 items). The synthesis was developed using an analytical matrix, constant comparison, and reciprocal translation of findings across studies. **Results:** Twelve qualitative studies from six countries (Brazil, Mexico, Chile, Argentina, Colombia, and Australia) involving women from various indigenous communities were included. The metacategory "Toward an intercultural maternal care model based on care" emerged, integrating the relationship between body, community, territory, and biomedicine. Six categories were derived: the maternal body as a territory of care; relational and community care; territory and home as spaces of care; tensions with the biomedical model; culturally safe and humanized care; and the postpartum period as a process of holistic reconstruction. **Conclusion:** Experiences of care are shaped as embodied and relational processes, situated within specific territorial and cultural contexts, marked by tensions with the biomedical model, but also by strategies of resistance and cultural continuity. The proposed metacategory allows for an understanding and integration of these dimensions in the development of intercultural maternal care models.

RESUMO

Objetivo: Sintetizar as evidências qualitativas disponíveis sobre as experiências de cuidados durante a gravidez, o parto e o pós-parto em mulheres indígenas, com o objetivo de gerar categorias conceituais úteis para o desenvolvimento de modelos de atenção materna intercultural. **Material e Método:** Metassíntese qualitativa interpretativa com enfoque construtivista e intercultural. Foi realizada uma busca sistemática no PubMed, Scopus, CINAHL, LILACS e SciELO, complementada pelo Google Acadêmico, de estudos publicados entre 2000 e 2025 em espanhol, inglês e português. A seleção seguiu o guia PRISMA 2020 e a qualidade metodológica foi avaliada por meio do COREQ (32 itens). A síntese foi desenvolvida por meio de matriz analítica, comparação constante e tradução recíproca dos achados entre os estudos. **Resultados:** Foram incluídos 12 estudos qualitativos de seis países (Brasil, México, Chile, Argentina, Colômbia e Austrália), com a participação de mulheres de diversos povos indígenas. Surgiu a metacategoria "Rumo a um modelo de atenção materna intercultural baseado no cuidado", que integra a relação entre corpo, comunidade, território e biomedicina. Derivaram-se seis categorias: corpo materno como território de cuidado; cuidado relacional e comunitário; território e lar como espaços de cuidado; tensões com o modelo biomédico; cuidado culturalmente seguro e humanizado; e pós-parto como processo de reconstrução integral. **Conclusão:** As experiências de cuidado se configuram como processos corporais e relacionais, situados em contextos territoriais e culturais específicos, marcados por tensões com o modelo biomédico, mas também por estratégias de resistência e continuidade cultural. A metacategoria proposta permite compreender e integrar essas dimensões no desenvolvimento de modelos de atenção materna intercultural.

INTRODUCCIÓN

Los procesos de embarazo, parto y puerperio no se limitan a la dimensión biológica de la reproducción, sino que se configuran como experiencias complejas que adquieren sentido

en contextos culturales, históricos y simbólicos, desde los cuales las mujeres y sus comunidades interpretan la maternidad y organizan las prácticas de cuidado⁽¹⁻³⁾.

En este marco, la metasíntesis cualitativa se

reconoce como una estrategia pertinente para integrar e interpretar la evidencia disponible, al permitir identificar patrones de significado, continuidades culturales y tensiones en la relación con la biomedicina a partir de la articulación de estudios primarios^(4, 5). Bajo este enfoque, los planteamientos críticos del cuidado coinciden en que estos procesos solo pueden comprenderse de manera integral cuando se analizan en relación con los sistemas de valores, las prácticas comunitarias y las cosmovisiones que estructuran la vida cotidiana de las mujeres y sus colectivos^(2, 3, 6, 7).

En mujeres pertenecientes a pueblos originarios, el continuo embarazo-parto-puerperio adquiere características particulares vinculadas con la centralidad del cuidado comunitario, la comprensión del cuerpo materno como un territorio de equilibrio físico y espiritual, así como la relevancia del hogar y del territorio como espacios legítimos de cuidado⁽²⁻⁴⁾. Estas experiencias se sostienen en saberes ancestrales y prácticas rituales que se transmiten entre generaciones mediante el acompañamiento de madres, abuelas, parteras y otras mujeres de la comunidad, en un proceso en el que no solo se comparten conocimientos, sino también formas de cuidado que integran dimensiones emocionales y espirituales^(2, 3). No obstante, estas dinámicas se desarrollan en contextos atravesados por relaciones históricamente desiguales con los sistemas de salud, lo que influye tanto en las posibilidades de cuidado como en el reconocimiento social de estos saberes⁽⁴⁾.

La interacción entre mujeres originarias y los servicios biomédicos suele estar atravesada por tensiones culturales, dificultades de comunicación y, en algunos contextos, experiencias de trato despersonalizado o discriminatorio. La literatura ha documentado situaciones de violencia obstétrica, racismo institucional y deslegitimación de los conocimientos tradicionales, las cuales afectan la confianza en los servicios de salud y la continuidad del cuidado^(8, 9).

No obstante, también se han descrito experiencias favorables cuando los equipos de salud incorporan enfoques humanizados e interculturales en la atención. En estos contextos, el reconocimiento de la agencia, los valores y los saberes de las mujeres contribuye a construir

relaciones de cuidado más respetuosas y cercanas. De igual manera, prácticas como la comunicación empática, la posibilidad de acompañamiento y la apertura al diálogo entre saberes favorecen una mayor confianza en los servicios de salud y una experiencia más positiva durante el proceso reproductivo⁽³⁾.

En las últimas décadas se ha desarrollado un corpus creciente de investigaciones cualitativas que exploran las experiencias de mujeres originarias en torno al embarazo, el parto y el puerperio en diversos contextos geográficos. Sin embargo, estos estudios con frecuencia se han centrado en momentos específicos del ciclo reproductivo o en prácticas particulares de cuidado, lo que ha generado un conocimiento valioso, pero fragmentado, que dificulta una comprensión articulada de las dimensiones corporales, relacionales, territoriales y biomédicas que configuran el cuidado materno⁽¹⁰⁻¹⁴⁾.

Ante este escenario, la metasíntesis cualitativa interpretativa ofrece una vía pertinente para integrar y reinterpretar los hallazgos disponibles, con el propósito de avanzar hacia una comprensión más articulada de las experiencias de cuidado materno en pueblos originarios^(4, 5).

Este estudio se inscribe en un enfoque interpretativo constructivista con orientación intercultural, desde el cual el conocimiento se entiende como situado y construido en interacción con las voces recuperadas en los estudios primarios^(4, 15). En este sentido, la noción de pueblos originarios se aborda a partir de su continuidad histórica, identidad cultural y procesos de autoidentificación colectiva, tal como se reconoce en distintos instrumentos internacionales⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

En coherencia con este posicionamiento, se optó por una metasíntesis cualitativa interpretativa descrita en la literatura, debido a su capacidad para generar interpretaciones de segundo orden que integran y trascienden hallazgos heterogéneos, más allá de una simple agregación descriptiva⁽⁴⁾. Este encuadre, sustentado en perspectivas interpretativas y en formas de conocimiento propias de la disciplina de enfermería, orientó tanto la lectura analítica de los estudios como la construcción de las categorías interpretativas⁽⁵⁾.

En este sentido, las experiencias de cuidado materno en mujeres originarias difícilmente pue-

den comprenderse únicamente desde la biomedicina o a partir de descripciones aisladas de prácticas culturales. Su abordaje requiere una mirada que articule cuerpo, comunidad y territorio como dimensiones interrelacionadas del cuidado, así como las relaciones de poder presentes en la atención obstétrica^(3, 15, 17). A partir de esta perspectiva, el presente estudio tiene como propósito sintetizar la evidencia cualitativa disponible sobre las experiencias de cuidado durante el embarazo, el parto y el puerperio en mujeres originarias, con el fin de generar categorías conceptuales que contribuyan al desarrollo de modelos de atención materna intercultural.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: Se llevó a cabo una metasíntesis cualitativa de enfoque interpretativo, sustentada en marcos metodológicos descritos en la literatura^(4, 5), orientados a generar interpretaciones de segundo orden que integren y trasciendan los hallazgos de los estudios primarios. La elección de este enfoque respondió a la necesidad de construir una síntesis interpretativa que respetara la diversidad cultural de los estudios y preservara el sentido de las voces de las mujeres, evitando reducir los hallazgos a una agregación descriptiva. Este diseño prioriza la interpretación y la construcción conceptual, en concordancia con criterios de rigor en investigación cualitativa^(10, 11, 12).

El proceso analítico se desarrolló en tres momentos: en primer lugar, la extracción sistemática de los hallazgos mediante una matriz analítica construida a partir de este enfoque⁽⁴⁾; en segundo lugar, la comparación constante y la traducción recíproca entre los estudios incluidos; y, finalmente, la construcción de categorías interpretativas orientadas a integrar las dimensiones del cuidado relacionadas con el cuerpo, las relaciones, el territorio y las condiciones sociopolíticas.

Estrategia de búsqueda: La pregunta de investigación se formuló con base en el marco PICo, en el que la población se definió como mujeres originarias o pertenecientes a pueblos originarios;

el fenómeno de interés, como experiencias de cuidado; y el contexto, como embarazo, parto y puerperio. A partir de estos elementos, se planteó la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las experiencias de cuidado durante el embarazo, el parto y el puerperio en mujeres originarias, según la evidencia cualitativa disponible?

La formulación de las ecuaciones de búsqueda se desarrolló de manera iterativa en tres momentos. En primer lugar, se realizó una búsqueda exploratoria orientada a identificar los términos empleados en estudios cualitativos sobre cuidado materno y pueblos originarios. Posteriormente, se seleccionaron descriptores controlados MeSH y DeCS relacionados con embarazo, parto, puerperio, pueblos originarios e investigación cualitativa. Finalmente, se incorporaron términos libres con el fin de ampliar la sensibilidad de la búsqueda y recuperar estudios que incluyeran categorías culturales o narrativas no siempre indexadas.

Para la construcción preliminar de combinaciones booleanas se empleó un modelo de lenguaje como apoyo conceptual, exclusivamente para proponer combinaciones iniciales de términos y operadores. Las estrategias finales fueron revisadas, ajustadas y validadas por el equipo investigador, en concordancia con criterios de rigor en la formulación de estrategias de búsqueda y en el reporte de revisiones cualitativas^(17, 18).

Se emplearon descriptores controlados relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio, así como con pueblos originarios y el enfoque cualitativo, incluyendo *Pregnancy, Childbirth, Postpartum Period, Puerperium, Indigenous Peoples, Native Population, Maternal Health, Women's Health y Qualitative Research*. De manera complementaria, se incorporaron términos libres orientados a recuperar dimensiones experienciales y culturales del cuidado, tales como *indigenous women, women from indigenous communities, pregnancy experience, childbirth experience, postpartum experience, traditional care, cultural practices, maternal care practices, lived experience, phenomenological study y ethnographic study*.

Las estrategias de búsqueda se adaptaron a las características de cada base de datos, man-

teniendo una estructura común basada en cuatro componentes: fenómeno de interés (embarazo, parto y puerperio), población (mujeres originarias o pueblos indígenas), experiencias de cuidado y enfoque metodológico (investigación cualitativa).

Las ecuaciones de búsqueda se reconstruyeron a partir de los descriptores empleados y de los estudios finalmente incluidos. Posteriormente, se probaron y ajustaron en cada base de datos, verificando su capacidad para recuperar los estudios relevantes incorporados en la síntesis. Este proceso permitió asegurar la coherencia y pertinencia de la estrategia de búsqueda, en concordancia con recomendaciones para el desarrollo y reporte de revisiones cualitativas^(17, 18).

Estrategia de búsqueda y fuentes de información: La búsqueda se realizó en PubMed/MEDLINE, Scopus, CINAHL, LILACS y SciELO, y se complementó con una búsqueda de sensibilidad en Google Académico. En el caso de LILACS, la consulta se efectuó a través de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), por lo que sus registros se integraron en esta plataforma durante el proceso de recuperación de la información. Se incluyeron estudios publicados entre 2000 y 2025, en español, inglés o portugués.

La estrategia general combinó los cuatro componentes definidos previamente. De manera orientativa, las ecuaciones integraron términos como: (*pregnancy OR childbirth OR postpartum OR puerperium*) AND (*indigenous women OR indigenous peoples OR native women*) AND (*care practices OR maternal care OR cultural practices OR lived experience*) AND (*qualitative OR phenomenology OR ethnography OR grounded theory*).

Las estrategias específicas por base de datos se presentan en la Tabla 1, donde se detallan las ecuaciones utilizadas y los filtros aplicados, en concordancia con recomendaciones para el desarrollo y reporte de revisiones sistemáticas^(17, 18). La última búsqueda se realizó en marzo de 2026. La gestión de referencias y la eliminación de duplicados se llevó a cabo mediante el gestor bibliográfico Mendeley, seguida de una revisión manual para asegurar la depuración de registros y la consistencia del proceso de selección.

Criterios de elegibilidad: Se incluyeron estudios primarios de enfoque cualitativo que abordaran experiencias de cuidado durante el embarazo, el parto y/o el puerperio en mujeres originarias, con pertenencia explícita a pueblos o comunidades reconocidas en su contexto nacional, publicados en español, inglés o portugués entre 2000 y 2025. Se excluyeron estudios cuantitativos o de enfoque mixto sin análisis cualitativo independiente, así como revisiones, protocolos, editoriales, comentarios y aquellos que no presentaran claridad en su diseño metodológico cualitativo.

El periodo de inclusión se definió con el propósito de recuperar evidencia cualitativa relevante en un campo con producción científica limitada sobre mujeres originarias. En este sentido, algunos estudios previos a 2010 se mantuvieron por su valor analítico y su contribución a la comprensión cultural del fenómeno, en coherencia con el enfoque interpretativo de la metasíntesis.

Extracción de datos: Se diseñó una matriz de extracción ajustada al objetivo de la metasíntesis, que incluyó la identificación del estudio, el contexto sociocultural, el propósito, el diseño metodológico, las técnicas de recolección de datos, la etapa del proceso reproductivo abordada y los hallazgos clave, junto con citas textuales representativas o conceptos analíticos relevantes y sus aportes interpretativos. La matriz se pilotó con dos estudios incluidos, lo que permitió ajustar la claridad de los campos, unificar criterios de registro y fortalecer la consistencia del proceso de extracción.

La extracción de la información fue realizada por cuatro investigadores de manera independiente. Posteriormente, los datos se compararon y discutieron hasta alcanzar consenso. Ante dudas sobre aspectos metodológicos, características de la muestra o interpretación de los hallazgos, se revisó el texto completo de cada estudio; cuando la información no fue suficientemente clara, se registró como dato no reportado y se consideró esta limitación durante la síntesis interpretativa.

Tabla 1. Estrategias de búsqueda según bases de datos para recuperar artículos respecto de experiencias de cuidado durante el embarazo, el parto y el puerperio en mujeres originarias período 2000-2025.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Filtros
PubMed/MEDLINE	((“Pregnancy”[Mesh] OR pregnancy OR “Childbirth”[Mesh] OR childbirth OR “Postpartum Period”[Mesh] OR postpartum OR puerperium) AND (“Indigenous Peoples”[Mesh] OR indigenous OR “indigenous women” OR “native population”) AND (“Qualitative Research”[Mesh] OR qualitative OR phenomenology OR ethnography OR “lived experience” OR interviews OR “focus groups”))	Idioma: español, inglés y portugués; periodo: 2000–2025
Scopus	(pregnancy OR childbirth OR postpartum OR puerperium) AND (indigenous OR “indigenous women” OR “native population”) AND (qualitative OR phenomenological OR ethnographic OR “lived experience” OR interviews)	Tipo de documento: artículos; periodo: 2000–2025
CINAHL	(MH “Pregnancy” OR childbirth OR postpartum OR puerperium) AND (MH “Indigenous Peoples” OR indigenous OR “native population”) AND (MH “Qualitative Research” OR qualitative OR phenomenology OR ethnography)	Idioma: inglés, español y portugués; periodo: 2000–2025
LILACS/BVS	(embarazo OR parto OR puerperio) AND (indígenas OR “pueblos originarios”) AND (“investigación cualitativa” OR fenomenología OR etnografía OR experiencias)	Idioma: español y portugués; periodo: 2000–2025
SciELO	(embarazo OR parto OR puerperio) AND (indígenas OR “pueblos originarios”) AND (cualitativo OR fenomenológico OR etnográfico OR experiencias)	Periodo: 2000–2025
Google Académico	“embarazo” AND “mujeres indígenas” AND “experiencias” AND “cualitativo”	Sin filtros estrictos; búsqueda complementaria

Reflexividad del equipo investigador: El equipo revisor estuvo conformado por cuatro profesionales de enfermería con formación en investigación cualitativa y experiencia en salud materna e interculturalidad. Se reconoció que las trayectorias profesionales y las perspectivas teóricas del equipo podían influir en la lectura e interpretación de los hallazgos. Para abordar este aspecto, se emplearon memorandos analíticos durante las fases de extracción y síntesis, junto con discusiones críticas entre pares y la revisión conjunta de las categorías emergentes. Asimismo, se llevaron a cabo tres rondas de consenso analítico orientadas a contrastar interpretaciones y reducir posibles sesgos de confirmación.

Selección de estudios (PRISMA 2020): El proceso de selección de estudios siguió las recomendaciones de la guía PRISMA 2020⁽¹⁷⁾,

mediante un cribado secuencial por título, resumen y texto completo. En la fase inicial se identificaron 16.122 registros procedentes de cinco fuentes: PubMed (135), CINAHL (380), Scopus (265), SciELO (42) y Google Académico (15.300), este último utilizado como estrategia de búsqueda de sensibilidad.

Posteriormente, se eliminaron 12.000 registros duplicados mediante un gestor bibliográfico y revisión manual, quedando 4.122 referencias para el cribado por título y resumen. En esta etapa se excluyeron 3.800 registros por no cumplir con los criterios de inclusión, seleccionándose 322 artículos para evaluación a texto completo.

De los 322 artículos evaluados a texto completo, se excluyeron 310 por las siguientes razones: no corresponder a investigaciones originales (52), no emplear un enfoque cualitativo (68), no centrarse en mujeres originarias (71), no

abordar directamente experiencias de cuidado durante el embarazo, el parto o el puerperio (89) o encontrarse fuera del periodo de interés (30).

Finalmente, se incluyeron 12 estudios en la síntesis. De ellos, cuatro abordaron el continuo embarazo-parto-puerperio, cuatro se centraron en el parto y cuatro en el puerperio. La variabilidad cultural y metodológica entre los estudios incluidos se consideró como un recurso analítico durante el proceso de síntesis. El proceso de selección de estudios se presenta en la Figura 1.

Evaluación de calidad (COREQ): La calidad del reporte de los estudios incluidos se evaluó mediante la lista de verificación COREQ. Esta valoración tuvo un carácter formativo y contextualizador, sin utilizarse como criterio de exclusión, en coherencia con el enfoque interpretativo de la metasíntesis^(4, 5). La evaluación fue realizada por cuatro investigadores de manera independiente. Las discrepancias se resolvieron mediante consenso, priorizando una lectura reflexiva del reporte metodológico.

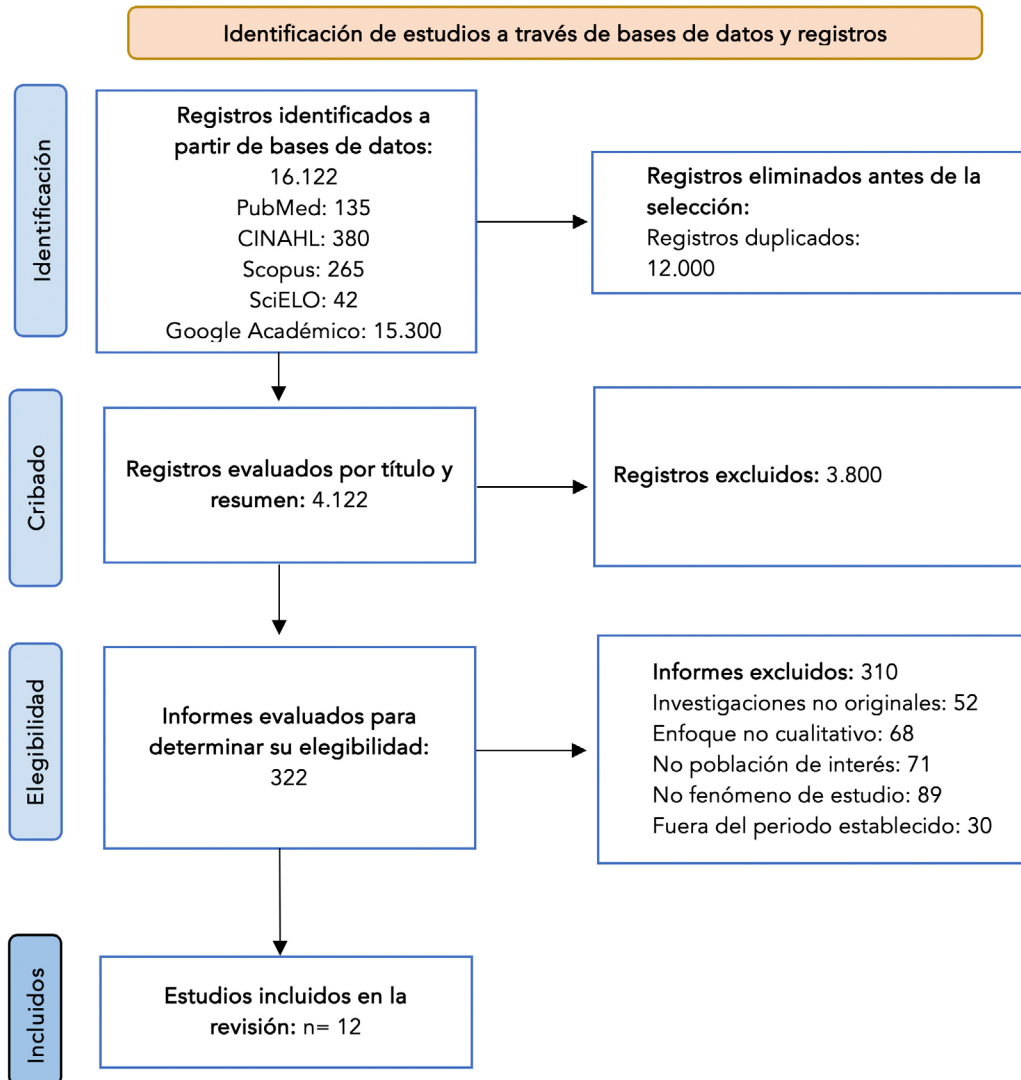


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios según PRISMA 2020.

Síntesis y análisis: Los hallazgos extraídos se organizaron y compararon en matrices analíticas elaboradas en Microsoft Excel y Word, lo que facilitó la codificación manual, la comparación sistemática entre estudios y la integración progresiva de categorías. Las unidades de análisis estuvieron constituidas por los hallazgos interpretativos de los estudios primarios y sus citas textuales, lo que permitió recuperar tanto los significados explícitos como los matices contextuales presentes en las experiencias reportadas.

La síntesis se desarrolló mediante la identificación de convergencias, divergencias y tensiones entre los estudios, a partir de las cuales se construyeron categorías interpretativas de segundo orden orientadas a integrar las distintas dimensiones del cuidado materno en contextos culturales diversos. Este proceso implicó un ejercicio constante de comparación e interpretación, en el que los hallazgos fueron analizados de manera relacional, evitando su fragmentación y favoreciendo una lectura más articulada del fenómeno.

El proceso analítico fue acompañado por sesiones de consenso entre los investigadores, orientadas a discutir discrepancias, contrastar interpretaciones y refinar progresivamente la estructura interpretativa, en coherencia con el enfoque cualitativo adoptado.

Rigor de la síntesis: Se aplicaron criterios de rigor cualitativo orientados a garantizar la consistencia y solidez del proceso analítico, incluyendo la credibilidad, la confirmabilidad, la dependabilidad y la transferibilidad⁽¹⁰⁾. La credibilidad se fortaleció mediante la doble extracción de información y el uso de fragmentos empíricos representativos; la confirmabilidad se aseguró a través del registro sistemático de las decisiones analíticas; la dependabilidad se sustentó en la descripción detallada del proceso de búsqueda, selección y síntesis; y la transferibilidad se favoreció mediante la contextualización de los estudios y de los pueblos originarios incluidos.

La guía COREQ orientó la lectura crítica y el peso interpretativo de los estudios, mientras que las categorías fueron trianguladas entre los revisores y contrastadas con la literatura, con el propósito de fortalecer la coherencia analítica y la profundidad interpretativa^(10, 18).

RESULTADOS

A partir de la traducción recíproca de los hallazgos de los 12 estudios incluidos en la metasíntesis (Tabla 2), se construyó una metacategoría integradora denominada "Hacia un modelo de atención materna intercultural centrado en el cuidado situado". Esta propuesta permite comprender el cuidado materno como una práctica que se configura en la interrelación entre el cuerpo, la comunidad y el territorio, dimensiones desde las cuales adquiere sentido en la vida cotidiana de las mujeres.

En este sentido, la relación con la biomedicina no se entiende como un proceso de sustitución de saberes, sino como un espacio de negociación en el que se articulan prácticas tradicionales e institucionales en contextos específicos de cuidado. Esta interacción no ocurre de manera homogénea, sino que se construye a partir de experiencias situadas en las que intervienen factores culturales, sociales y territoriales que influyen en la forma en que las mujeres viven y significan la atención materna.

Desde esta perspectiva, el cuidado intercultural se orienta al respeto y al diálogo entre saberes, así como a la generación de condiciones que favorezcan la seguridad cultural, reconociendo la coexistencia de distintas formas de comprender el cuerpo, la salud y el cuidado.

Con base en esta metacategoría, se derivaron seis categorías interpretativas de segundo orden que sintetizan las experiencias de cuidado durante el embarazo, el parto y el puerperio en mujeres originarias. Estas categorías abarcan la comprensión del cuerpo materno como un territorio de cuidado, el papel central del cuidado relacional y comunitario, y la relevancia del territorio y del hogar como espacios legítimos para el cuidado. Asimismo, se identificaron tensiones persistentes entre los saberes tradicionales y el modelo biomédico, junto con la necesidad de promover un cuidado culturalmente seguro y humanizado. Finalmente, el puerperio se reconoce como un proceso de reconstrucción corporal, emocional y espiritual que trasciende la dimensión biológica y se inscribe en dinámicas comunitarias y culturales más amplias.

Tabla 2. Características de los estudios incluidos en la metátesis.

Autor y año	País / pueblo originario	Objetivo	Diseño y participantes	Etapas abordadas	Hallazgos principales
Banda Pérez et al., 2022⁽¹⁹⁾	México / Nahua	Comprender las experiencias de cuidado durante el puerperio desde la cosmovisión nahua.	Fenomenológico; 10 mujeres nahuas.	Puerperio	Los cuidados puerperales se fundamentan en prácticas tradicionales, creencias y saberes propios de la cosmovisión nahua, orientados a favorecer la recuperación materna.
Güémez Pineda, 2000⁽²⁰⁾	México / Maya	Analizar las concepciones sobre el cuerpo, la maternidad y el dolor entre mujeres mayas yucatecas.	Etnográfico; 15 mujeres mayas.	Embarazo, parto y puerperio.	Las concepciones del cuerpo, la maternidad y el dolor orientan prácticas tradicionales de cuidado durante el embarazo, el parto y el puerperio, transmitidas entre generaciones.
Tassinari, 2021⁽²¹⁾	Brasil / Karipuna y Galibí-Marworno	Analizar los conocimientos de las mujeres indígenas sobre gestación, parto y puerperio.	Etnográfico; 16 mujeres indígenas.	Embarazo, parto y puerperio	Los saberes ancestrales orientan el cuidado materno y conciben el cuerpo como elemento central del proceso reproductivo.
Boer et al., 2024⁽²²⁾	Brasil / pueblos indígenas	Explorar las experiencias de mujeres indígenas durante el ciclo embarazo-puerperio.	Cualitativo; 30 mujeres indígenas.	Embarazo y puerperio	Las mujeres describen barreras de acceso, experiencias de discriminación y la necesidad de una atención culturalmente pertinente.
Prates et al., 2018⁽²³⁾	Brasil / Quilombolas	Comprender los significados atribuidos al cuidado en salud por mujeres quilombolas.	Cualitativo; 20 mujeres quilombolas.	Cuidado comunitario transversal al proceso reproductivo	El cuidado se construye culturalmente en la vida cotidiana y se vincula con el trabajo, la alimentación, la higiene, la prevención y la responsabilidad de las mujeres hacia la familia y la comunidad, en un contexto de barreras de acceso a los servicios de salud.
Solano Acuña, 2024⁽²⁴⁾	Panamá / Ngäbe	Describir las experiencias de cuidado materno en mujeres Ngäbe.	Narrativo; 14 mujeres Ngäbe.	Embarazo, parto y puerperio	Las experiencias evidencian la articulación entre los saberes ancestrales y la atención institucional durante el proceso reproductivo.
Ibáñez-Cuevas et al., 2015⁽²⁵⁾	México / Tsotsil	Analizar las preferencias de atención del parto y la respuesta del sistema de salud.	Cualitativo; 62 mujeres indígenas.	Parto	La elección del lugar de atención del parto está influida por factores culturales, accesibilidad y calidad del trato recibido.
Rodríguez Venegas y Duarte Hidalgo, 2020⁽²⁶⁾	Chile / Colla	Comprender los saberes ancestrales y las prácticas tradicionales relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio en mujeres Colla.	Etnográfico; 12 mujeres colla.	Embarazo, parto y puerperio	Los saberes ancestrales sustentan el cuidado materno mediante prácticas tradicionales y el acompañamiento comunitario.

Continuación Tabla 2.					
Autor y año	País / pueblo originario	Objetivo	Diseño y participantes	Etapas abordadas	Hallazgos principales
Argañaraz, 2023 ⁽²⁷⁾	Argentina	Explorar las experiencias de mujeres indígenas sobre su proceso de parto: parir fuera de su territorio.	Fenomenológico; 12 mujeres indígenas.	Parto	El parto fuera del territorio se asocia con experiencias de desarraigo cultural y vulnerabilidad durante la atención.
Gleason et al., 2021 ⁽²⁸⁾	Colombia / Emberá	Analizar las experiencias de violencia obstétrica durante la atención del parto.	Etnográfico; 9 mujeres Emberá.	Parto	Se documentan experiencias de violencia obstétrica, discriminación y deshumanización en los servicios de salud.
Félix-Gaspar et al., 2025 ⁽²⁹⁾	México	Analizar el cuidado brindado a mujeres indígenas durante el trabajo de parto como fortaleza de la humanización de la atención de enfermería.	Cualitativo; 18 participantes.	Parto	La humanización del cuidado de enfermería se sustenta en el respeto por la cultura, la comunicación efectiva y el reconocimiento de los saberes indígenas durante el trabajo de parto.
Wood et al., 2021 ⁽³⁰⁾	Australia / pueblos aborígenes	Incorporar las experiencias de mujeres aborígenes para mejorar la atención durante el embarazo con diabetes.	Fenomenológico; 14 mujeres aborígenes.	Embarazo	Las mujeres enfatizan la necesidad de una atención continua, respetuosa y culturalmente segura.

Categoría 1. El cuerpo materno como territorio de cuidado: En cinco de los estudios analizados, el cuerpo materno emerge de manera reiterada como un territorio de cuidado simbólico y relacional, vulnerable y, al mismo tiempo, profundamente significativo. No se trata únicamente de un cuerpo biológico que “se recupera”, sino de un espacio en el que se entrelazan dimensiones físicas, espirituales, morales y comunitarias.

Los hallazgos coinciden en que el parto y, especialmente, el puerperio se vive como un periodo de apertura y vulnerabilidad del cuerpo materno, que demanda prácticas culturalmente situadas de resguardo térmico, cierre corporal y restablecimiento del equilibrio. Entre mujeres nahuas, el denominado “cierre del cuerpo” se describe como una medida imprescindible para evitar la entrada del “aire” y prevenir enfermedades, lo que pone de relieve la vulnerabilidad corporal percibida en el posparto y la necesidad de protección térmica y ritual⁽¹⁹⁾. De manera convergente, en comunidades mayas, el temazcal y los masajes se interpretan como mecanismos orientados a “recolocar el cuerpo” y restablecer la armonía entre cuerpo y espíritu⁽²⁰⁾.

De forma similar, en pueblos amazónicos de Brasil, el *puxar barriga* se reconoce como una práctica central de reordenamiento corporal y protección cosmológica, reforzando la idea de que el cuerpo en el posparto es frágil y susceptible a desequilibrios⁽²¹⁾. En este marco, los rituales de preparación del cuerpo y del hogar antes y durante el parto se configuran como prácticas de cuidado que integran dimensiones físicas y simbólicas en un mismo proceso.

Estas comprensiones se evidencian en las voces de las propias mujeres:

“Después del parto, el cuerpo queda abierto; el calor y las hierbas lo vuelven a cerrar” (mujer nahua)⁽¹⁹⁾.

“Con el puxar barriga sentimos que el cuerpo se recompone y se protege” (mujer karipuna)⁽²¹⁾.

Estas expresiones evidencian que el cuerpo materno es comprendido como un espacio de vulnerabilidad y transformación que requiere prácticas específicas de cuidado orientadas al equilibrio, la protección y al restablecimiento. En este sentido, el cuidado se configura como

un proceso que integra dimensiones físicas, simbólicas y comunitarias, articuladas en la experiencia situada de las mujeres⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Categoría 2. El cuidado relacional y comunitario:

En pueblos originarios, el cuidado materno se configura principalmente como una práctica relacional y colectiva, más que como una responsabilidad individual. La maternidad se sostiene en redes femeninas intergeneracionales, como madres, abuelas, parteras y otras mujeres con experiencia, así como en la participación activa de la comunidad.

Los hallazgos coinciden en que el continuo embarazo-parto-puerperio se vive como un proceso comunitario en el que el cuidado involucra a la familia extensa y a parteras tradicionales, quienes acompañan, orientan y resguardan el bienestar corporal, emocional y espiritual de la mujer⁽²²⁻²⁴⁾. De manera convergente, estudios con mujeres colla muestran que la maternidad moviliza a la comunidad en su conjunto, generando redes de acompañamiento y prácticas rituales de protección durante el embarazo y el puerperio⁽²⁵⁾. Estas acciones no solo buscan prevenir riesgos, sino también fortalecer la pertenencia y el sostén colectivo en momentos de vulnerabilidad.

Estas dinámicas se evidencian en las voces de las propias mujeres:

"Sin mi mamá y mi abuela no hubiera sabido cómo cuidarme después del parto" (mujer ngäbe)⁽²⁴⁾.

"El cuidado no es solo mío, es de toda la familia y la comunidad" (mujer colla)⁽²⁶⁾.

"En mi casa no gasto nada; además, aquí tengo a toda mi familia, aquí lo tengo todo" (mujer tsotsil)⁽²⁵⁾.

Entre mujeres ngäbe, el cuidado se transmite de manera intergeneracional y se configura como un aprendizaje colectivo anclado en la memoria cultural del pueblo⁽²⁴⁾. En estos contextos, el acompañamiento femenino no solo proporciona seguridad emocional, sino que también refuerza la identidad cultural y la continuidad de los saberes ancestrales. Por lo tanto, el cuidado materno se consolida como una práctica relacional que trasciende lo individual y se inscribe en dinámicas comunitarias que

sostienen la vida, el bienestar y la reproducción cultural de los pueblos originarios.

Categoría 3. Territorio y hogar como espacios legítimos de cuidado:

Los estudios coinciden en que el hogar y el territorio no constituyen simples escenarios físicos del parto y el puerperio, sino espacios cargados de significado cultural, protección y pertenencia, donde el cuidado se despliega en continuidad con la vida comunitaria. Parir o transitar el puerperio fuera del territorio de origen se asocia con experiencias de desarraigo, vulnerabilidad y debilitamiento de las redes de apoyo.

En este marco, el parto domiciliario es vivido como un acontecimiento culturalmente coherente, en el que el hogar se configura como un espacio legítimo de cuidado y ritualidad⁽²⁷⁾. Diversos estudios muestran que el lugar del nacimiento influye de manera decisiva en la experiencia materna: parir en la comunidad se vincula con seguridad y continuidad cultural, mientras que el traslado al hospital se asocia con pérdida de control y ruptura de vínculos⁽²⁸⁾.

Cuando el parto ocurre fuera del lugar de origen, las mujeres describen sentimientos de soledad, extrañamiento y fragilidad⁽²⁹⁾. Estas experiencias permiten comprender que el territorio no es únicamente un espacio físico, sino una dimensión fundamental del cuidado, estrechamente vinculada con la identidad y la memoria colectiva. En este sentido, el cuidado se construye en la vida cotidiana y en las prácticas comunitarias de las mujeres, como una expresión situada de sus formas de comprender la salud y el bienestar⁽³⁰⁾.

Las voces de las propias mujeres expresan con claridad este vínculo entre cuidado y lugar:

"El lugar del nacimiento hace la diferencia en cómo vivimos el parto" (mujer indígena)⁽²⁹⁾.

"Parir fuera de mi territorio fue como perder una parte de mí" (mujer diaguita-calchaquí)⁽³⁰⁾.

Estos hallazgos permiten comprender que el territorio y el hogar no solo constituyen espacios físicos donde ocurre el cuidado materno, sino dimensiones fundamentales para su significado y legitimidad. La experiencia del embarazo, el parto y el puerperio se encuentra profundamente arraigada en el lugar, en las

relaciones y en la continuidad cultural. En este sentido, la desvinculación del territorio implica una transformación en las condiciones de cuidado y en la forma en que este es vivido y significado por las mujeres⁽²⁷⁻³⁰⁾.

Categoría 4. Tensiones entre saberes tradicionales y el modelo biomédico: Los estudios muestran que el cuidado materno en contextos originarios se desarrolla en la intersección y, con frecuencia, en tensión entre saberes tradicionales y el modelo biomédico. Más que coexistir de forma equilibrada, estos sistemas se relacionan de manera asimétrica, configurando el cuidado como un espacio de disputa en torno a qué conocimientos son legítimos y quién decide sobre el cuerpo de las mujeres.

Entre mujeres tsotsiles, la atención de parteras tradicionales es preferida por percibirse como más cercana y culturalmente coherente, mientras que los servicios hospitalarios se asocian con limitaciones en la adecuación cultural y con experiencias poco satisfactorias⁽²⁵⁾. Otros estudios indican que, aunque algunas mujeres reconocen el valor de la atención clínica ante situaciones de riesgo, cuestionan la deslegitimación de sus saberes y la imposición de prácticas biomédicas ajenas a su contexto cultural^(27, 28). De forma similar, mujeres ngäbe describen el sistema de salud como distante y poco sensible a su cosmovisión, especialmente cuando sus prácticas posparto son cuestionadas o limitadas⁽²⁴⁾.

Estas tensiones se evidencian en las voces de las propias mujeres:

"Todo está en español; entiendo un poco, pero me gustaría que nos hablaran en tsotsil para poder comprender lo que intentan explicarnos [...] Por eso la mayoría no preguntamos y nos da miedo ir al médico" (mujer tsotsil)⁽²⁵⁾.

"Quería que mi partera me acompañara y me dijeron: 'esto no es posible, eso en este hospital no es posible'" (mujer emberá)⁽²⁷⁾.

En el caso de las mujeres tsotsiles, se reportan experiencias en las que las prácticas institucionales no logran ajustarse a sus referentes culturales, lo que genera tensiones durante la atención. Estas situaciones evidencian una limitada integración de sus formas de com-

prender el cuerpo, el parto y el cuidado, así como un escaso reconocimiento de sus saberes y decisiones, reduciendo sus posibilidades de participación en la toma de decisiones sobre su propio proceso de cuidado⁽²⁵⁾. En este sentido, las tensiones entre saberes no solo reflejan diferencias culturales, sino también relaciones de poder que inciden en la legitimidad de los conocimientos y en la autonomía de las mujeres dentro de los servicios de salud.

Categoría 5. Cuidado culturalmente seguro y humanizado: Los estudios coinciden en que, cuando el personal de salud incorpora prácticas de cuidado culturalmente seguro y humanizado, la experiencia de las mujeres en los servicios se transforma de manera sustantiva. No se trata únicamente de ajustes técnicos, sino de cambios en la relación de cuidado y en el reconocimiento de las mujeres como sujetas de derechos y portadoras de saberes.

La comunicación empática, el respeto por las prácticas culturales, la escucha y el reconocimiento de los saberes tradicionales favorecen experiencias más positivas del embarazo, parto y puerperio, al fortalecer la confianza, la seguridad, la dignidad y la participación de las mujeres en las decisiones relacionadas con su cuidado⁽²⁷⁻²⁹⁾. Los estudios muestran que la ausencia de estos elementos, así como la falta de información, el trato poco respetuoso y las restricciones al acompañamiento durante la atención, generan experiencias de soledad, desconfianza y distanciamiento en la relación de cuidado^(27, 28). En conjunto, estos hallazgos evidencian que el cuidado culturalmente seguro trasciende la atención clínica y requiere establecer relaciones basadas en el respeto, la comunicación y el reconocimiento de los saberes de las mujeres.

Las experiencias de las mujeres reflejan con claridad la importancia de la comunicación, el acceso a la información y el trato respetuoso durante la atención:

"No le tuve confianza a las enfermeras porque, para empezar, no las conocía [...] solamente sentí confianza con una enfermera porque siempre me preguntaba si estaba todo bien y me iba avisando todo lo que iba a sentir." (mujer náhuatl)⁽²⁹⁾.

"En cuanto a los procedimientos no me

explicaban nada, nada más me metieron y ya y las dos enfermeras solo se miraban entre sí y yo me dijeron nada.” (mujer náhuatl)⁽²⁹⁾.

El cuidado culturalmente seguro y humanizado no solo mejora la experiencia de atención, sino que también fortalece la confianza en los servicios de salud y promueve la participación activa de las mujeres en su proceso reproductivo, reconociéndolas como sujetas de derechos y portadoras de saberes. Estos hallazgos muestran que la calidad del cuidado depende no solo de las intervenciones clínicas, sino también de la capacidad de los servicios para establecer relaciones respetuosas, culturalmente sensibles y centradas en las necesidades de las mujeres.

Categoría 6. El puerperio como proceso de reconstrucción integral: Los estudios coinciden en que el puerperio no se vive únicamente como una fase de recuperación biológica, sino como un proceso de reconstrucción integral que involucra el cuerpo, las emociones, la espiritualidad y las relaciones sociales. Los trabajos incluidos lo describen como un periodo de transición en el que el cuerpo debe ser reordenado y protegido⁽¹⁹⁻²¹⁾, entendido como un tiempo de restablecimiento de equilibrios corporales y simbólicos que trascienden la cicatrización física.

En el plano emocional y social, los estudios destacan la importancia del acompañamiento familiar y comunitario durante el puerperio, al reconocer este periodo como una etapa de especial vulnerabilidad en la que las mujeres requieren apoyo para recuperar el equilibrio físico, emocional y espiritual⁽¹⁹⁻²¹⁾. Tras experiencias de riesgo gestacional, el puerperio se configura como un momento de reconstrucción en el que las mujeres buscan articular las demandas biomédicas con la reconexión con sus prácticas ancestrales⁽²⁴⁾.

En otros contextos, el puerperio se describe como un periodo de fragilidad que requiere acompañamiento familiar y comunitario, donde la presencia de otras mujeres resulta fundamental para sostener el bienestar físico y emocional, reforzando el carácter relacional del cuidado⁽²⁴⁾.

El análisis de los estudios permite comprender el puerperio en mujeres originarias como un

proceso de recomposición del ser, en el que cuerpo, comunidad, territorio y espiritualidad se entrelazan para sostener la maternidad y la continuidad cultural⁽¹⁹⁻²⁴⁾. Este proceso trasciende la dimensión biológica y se configura como una experiencia situada, profundamente vinculada con las dinámicas sociales, culturales y simbólicas que estructuran el cuidado en los pueblos originarios.

DISCUSIÓN

Si bien los estudios evidencian la relevancia del hogar y del territorio como espacios de cuidado, ello no implica que el parto domiciliario o las prácticas tradicionales sean adecuadas en todas las situaciones. Ante riesgos obstétricos, la seguridad materna y neonatal depende de la articulación entre los saberes locales y la atención biomédica disponible^(3, 4, 31). En este sentido, la calidad de la atención no se limita a la disponibilidad de servicios, sino que también involucra la oportunidad, la seguridad y el respeto por las formas culturales de comprender el cuerpo, el nacimiento y el cuidado^(4, 31, 32).

Diversos estudios subrayan que el trato digno y la comunicación efectiva constituyen componentes centrales de dicha calidad^(31, 32), mientras que la falta de reconocimiento de los referentes culturales de las mujeres deteriora la experiencia y la continuidad del cuidado⁽³³⁾. Cuando esta dimensión se omite, las experiencias tienden a ser negativas, disminuye la confianza en los servicios y se debilita la adherencia a la atención^(4, 5, 33).

Estos hallazgos no constituyen situaciones aisladas. La literatura continúa documentando experiencias de maltrato, despersonalización y vulneración de derechos durante la atención obstétrica, incluso dentro de los sistemas formales de salud⁽³⁴⁾. A ello se suman limitaciones institucionales, como la disponibilidad de recursos, los tiempos de atención y la organización de los servicios, que dificultan la implementación de modelos de atención respetuosos y culturalmente pertinentes, particularmente en contextos rurales^(31, 32). Por lo tanto, estas problemáticas no pueden atribuirse únicamente a las prácticas individuales del personal de salud, sino también

a factores estructurales y organizacionales que condicionan la capacidad de los sistemas de salud para responder de manera oportuna, segura y culturalmente pertinente a las necesidades de las mujeres y sus comunidades.

El cuidado materno, por tanto, no puede comprenderse exclusivamente como una intervención clínica, sino como una práctica que se configura en un entramado de dimensiones sociales, simbólicas y relacionales^(2, 3, 7). Desde una perspectiva antropológica, se ha documentado que el cuerpo materno y la maternidad adquieren significados culturales vinculados al equilibrio físico y espiritual, lo que refuerza la dimensión simbólica del proceso reproductivo^(2, 3). Esta lectura permite comprender que la atención intercultural no se reduce a la incorporación de prácticas tradicionales, sino que exige revisar las relaciones de poder dentro de los servicios de salud y generar espacios de diálogo entre saberes sin subordinación. En este marco, reconocer a las mujeres como participantes activas en las decisiones sobre su proceso reproductivo resulta fundamental^(2-4, 13, 31, 34, 35).

En esta línea, los modelos de partería vinculados a comunidades han mostrado aportes relevantes, al favorecer relaciones de cercanía, continuidad del cuidado y una comprensión integral del proceso reproductivo, en la que lo físico se entrelaza con lo emocional, lo social y lo espiritual⁽³⁶⁾. Asimismo, se han asociado con mayor aceptación de la atención y experiencias más satisfactorias durante el embarazo y el parto⁽³⁷⁾. Estos hallazgos contribuyen a comprender por qué, cuando los servicios formales no responden adecuadamente a las necesidades culturales, las mujeres tienden a valorar alternativas de cuidado más cercanas a sus referentes.

Reconocer el valor del cuidado comunitario tampoco implica desconocer sus límites; más bien, abre la posibilidad de diseñar trayectorias de atención que permitan transitar de forma segura entre el hogar, la comunidad y los servicios de salud. Para ello, se requieren criterios de referencia culturalmente pertinentes y decisiones construidas junto con las mujeres y sus familias⁽³⁾. Además, la evidencia indica que la articulación entre niveles de atención mejora la oportunidad de respuesta ante complicaciones⁽³¹⁾, mientras

que el reconocimiento de prácticas locales favorece la aceptación de los servicios^(31, 36). No obstante, estas experiencias están profundamente situadas, por lo que no pueden trasladarse de manera directa a otros territorios sin considerar sus particularidades^(3, 12).

A pesar de esta diversidad, es posible identificar elementos recurrentes. El cuerpo aparece como un territorio cargado de significado, las redes comunitarias cumplen un papel central y el entorno adquiere un valor que trasciende lo físico. Estos componentes no solo describen prácticas de cuidado, sino que expresan formas específicas de comprender la salud y la maternidad en contextos culturales determinados.

Al mismo tiempo, se observa una relación ambivalente con los servicios de salud: por un lado, existe la necesidad de atención biomédica; por otro, persiste la desconfianza hacia sus prácticas cuando estas no reconocen los marcos culturales de las mujeres⁽⁸⁾. Esta tensión pone de manifiesto los desafíos pendientes para la construcción de modelos de atención materna intercultural que sean seguros, accesibles y culturalmente pertinentes. En este sentido, la literatura reciente ha señalado la necesidad de fortalecer enfoques de atención culturalmente seguros, así como de reconocer que las inequidades en la atención materna continúan vinculadas a procesos históricos y estructurales que afectan de manera desproporcionada a mujeres originarias y sus comunidades⁽³⁸⁻⁴⁰⁾.

En conjunto, los hallazgos de esta meta-síntesis permiten replantear el cuidado materno en mujeres originarias como una práctica situada, configurada en la interrelación entre el cuerpo, la comunidad, el territorio y los sistemas de atención. Esta comprensión trasciende enfoques fragmentados y pone de relieve la necesidad de avanzar hacia modelos de atención materna intercultural que no solo integren prácticas, sino que transformen las relaciones de cuidado desde el reconocimiento de las mujeres como sujetas de derechos y portadoras de saberes.

En este sentido, fortalecer la articulación entre los sistemas de salud y los conocimientos locales, promover entornos culturalmente seguros y garantizar la participación activa de las mujeres en las decisiones sobre su proceso

reproductivo se constituyen como elementos clave para mejorar la calidad y pertinencia de la atención. Asimismo, estos hallazgos abren la posibilidad de repensar el papel de la enfermería en la construcción de cuidados más sensibles, contextualizados y respetuosos de la diversidad cultural, en coherencia con los desafíos actuales de la salud materna.

CONCLUSIÓN

A partir de la metacategoría orientada hacia un modelo de atención materna intercultural basado en el cuidado, este estudio propone orientaciones para fortalecer la continuidad y la calidad de la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio en mujeres originarias. La síntesis interpretativa permite comprender que el cuidado materno no ocurre de forma aislada, sino que se configura en la interrelación entre cuerpo, comunidad, territorio y biomedicina. Por ello, difícilmente puede abordarse mediante protocolos homogéneos; su fortalecimiento requiere articular saberes tradicionales, prácticas comunitarias y enfoques culturalmente seguros.

Avanzar hacia modelos de atención intercultural supone reconocer los significados espirituales, simbólicos y comunitarios del embarazo, el parto y, especialmente, del puerperio. Esto implica respetar prácticas vinculadas al resguardo corporal, la alimentación, el equilibrio calor-frío, los rituales de cierre del cuerpo y el acompañamiento femenino, evitando la imposición de esquemas biomédicos desvinculados de la cosmovisión y de las condiciones de vida de las mujeres.

La formación del personal de salud constituye un eje central. En enfermería, en particular, resulta necesario fortalecer competencias interculturales que permitan reconocer, dialogar e integrar distintos sistemas de conocimiento en la práctica clínica. Esto no se limita a habilidades comunicativas, sino que exige una comprensión cultural profunda y una actitud reflexiva frente a las relaciones de poder presentes en la atención obstétrica, favoreciendo vínculos más horizontales y centrados en las mujeres.

Es fundamental promover políticas de salud que incorporen la participación activa de las comunidades en el diseño, implementación y

evaluación de los servicios. La integración de parteras tradicionales dentro de los equipos de salud contribuye a la continuidad del cuidado y a la legitimidad cultural de la atención. En esta misma línea, la articulación entre niveles requiere mecanismos de referencia culturalmente pertinentes que permitan transitar de forma segura entre el hogar, la comunidad y los servicios de salud.

El acompañamiento continuo durante el proceso reproductivo representa otro elemento clave. La presencia cercana y respetuosa del personal de salud puede disminuir el miedo, la incertidumbre y la desconfianza hacia los servicios, además de favorecer la construcción de vínculos de confianza y la toma de decisiones compartidas.

En el ámbito de la educación en salud, resulta indispensable desarrollar materiales cultural y lingüísticamente pertinentes. La información debe ser accesible y comprensible, pero también coherente con las formas locales de aprendizaje, evitando enfoques prescriptivos. Desde esta perspectiva, la educación se concibe como un proceso de intercambio en el que las mujeres también producen y transmiten conocimiento.

Otra línea de acción relevante es el fortalecimiento del seguimiento posparto mediante estrategias cercanas a la comunidad, como visitas domiciliarias, acompañamiento por redes locales, consultas interculturales o, cuando sea pertinente, modalidades de telesalud. Estas alternativas permiten reducir barreras relacionadas con el transporte, los costos y la sobrecarga del rol materno, reconociendo el hogar como un espacio legítimo de cuidado.

La formación intercultural del personal de salud atraviesa todas estas recomendaciones. No se trata de una capacitación puntual, sino de un proceso continuo que articule comunicación respetuosa, reflexión crítica y comprensión de los saberes indígenas, integrando calidad técnica con pertinencia cultural.

Este análisis también pone en evidencia vacíos en la representación de algunos pueblos originarios en la literatura disponible, lo que subraya la necesidad de continuar investigando en comunidades poco documentadas. La profundidad con la que se aborda el puerperio varía entre estudios, lo que pudo influir en

su interpretación. A ello se suma que la metasíntesis se sustenta en literatura científica publicada, dejando fuera saberes que circulan en otros espacios, como informes comunitarios o tradiciones orales. Lejos de invalidar los resultados, estas limitaciones invitan a ampliar las fuentes de conocimiento e incorporar más voces en la investigación sobre maternidad en pueblos originarios.

LIMITACIONES

Estos hallazgos deben interpretarse considerando algunas limitaciones como la diversidad metodológica de los estudios incluidos, pues introduce variabilidad en las formas de aproximarse a la experiencia materna; no obstante, también aporta riqueza al permitir múltiples lecturas del fenómeno. Además, los resultados están profundamente vinculados a contextos culturales específicos, por lo que no pueden trasladarse de manera directa a otros territorios sin considerar sus particularidades.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento externo. Se desarrolló con recursos propios de los autores en el marco de sus actividades académicas y de investigación.

Conflictos de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses relacionados con este estudio.

Agradecimientos: A la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Innovación (SECITHI) por el apoyo mediante la beca otorgada durante el desarrollo del Doctorado en Ciencias en Enfermería de la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa.

Participación de los autores:

José Luis Loaiza-Guzmán: Concepción y diseño del trabajo, recolección/obtención de datos, análisis e interpretación de los resultados, redacción del manuscrito.

Félix Gerardo Buichia-Sombra: Concepción y diseño del trabajo, análisis e interpretación de los resultados, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, aprobación de su versión final.

Raúl Fernando Guerrero-Castañeda: Análisis e interpretación de los resultados, redacción

del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, aprobación de su versión final, asesoría técnica y metodológica.

Mariel Heredia-Morales: Concepción y diseño del trabajo, análisis e interpretación de los resultados, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, aprobación de su versión final.

Declaración sobre uso de Inteligencia Artificial (IA): En el desarrollo de este manuscrito, los autores utilizaron ChatGPT (OpenAI, <https://chat.openai.com/>) como apoyo en la construcción preliminar de estrategias de búsqueda bibliográfica. El contenido generado fue revisado, validado y editado por los autores, quienes asumen la responsabilidad final de la integridad y exactitud del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Cien Saude Colet [Internet]. 2003 [citado 28 abr 2026]; 8(1): 185-207. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
2. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press; 1981.
3. Leininger M. Transcultural nursing: concepts, theories, research, and practices. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.
4. Sandelowski M, Barroso J. Handbook for synthesizing qualitative research. New York: Springer Publishing Company; 2007.
5. Thorne S. Interpretive description: qualitative research for applied practice. 2nd ed. New York: Routledge; 2016.
6. Kirmayer LJ. Rethinking cultural competence. Transcult Psychiatry [Internet]. 2012 [citado 28 abr 2026]; 49(2): 149-164. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1363461512444673>
7. Breilh J. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
8. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado 28 abr 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
9. Castro R, Erviti J. Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción

- inducida y derechos reproductivos [Internet]. Cuernavaca (MX): Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México; 2015. [citado 28 abr 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/crim.9786070287046e.2017>
10. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage Publications; 1985.
11. Creswell JW, Poth CN. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. 4th ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2018.
12. Schwandt TA. *The Sage dictionary of qualitative inquiry*. 4th ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2015.
13. Levitt HM, Bamberg M, Creswell JW, Frost DM, Josselson R, Suárez-Orozco C. Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: the APA Publications and Communications Board Task Force report. *Am Psychol* [Internet]. 2018 [citado 28 abr 2026]; 73(1): 26-46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000151>
14. Martínez Cobo J. *Study of the problem of discrimination against indigenous populations*. Documento ONU. New York: United Nations; 1986. Disponible en: <https://undocs.org/en/E/CN.4/Sub.2/1986/7>
15. International Labour Organization. *Indigenous and Tribal Peoples Convention No. 169* [Internet]. Geneva: ILO; 1989 [citado 23 jul 2026]. Disponible en: <https://www.refworld.org/legal/agreements/ilo/1989/en/19728>
16. United Nations. *United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples* [Internet]. New York: UN; 2007 [citado 23 jul 2026]. Disponible en: https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_E_web.pdf
17. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann T C, Mulrow C D. The PRISMA 2020 statement. *BMJ* [Internet]. 2021 [citado 28 abr 2026]; 372: n71. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
18. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2007 [citado 28 abr 2026]; 19(6): 349-357. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
19. Banda-Pérez AJ, Álvarez-Aguirre A, Díaz-Manchay RJ. El cuerpo, el sentir y los cuidados tradicionales en el puerperio desde la cosmovisión nahua. *Cult Cuid* [Internet]. 2022 [citado 23 jul 2026]; 26(64): 188-200. Disponible en: <https://doi.org/10.14198/cuid.2022.64.16>
20. Güémez Pineda M. La concepción del cuerpo humano, la maternidad y el dolor entre mujeres mayas yucatecas. *Mesoamérica* [Internet]. 2000 [citado 23 jul 2026]; (39): 305-332. Disponible en: <https://mesoamericarevista.org/publicacion39.htm>
21. Tassinari A. A mãe do corpo: conhecimentos das mulheres Karipuna e Galibi-Marworno sobre gestação, parto e puerpério. *Horiz Antropol* [Internet]. 2021 [citado 28 abr 2026]; 27(60): 95-126. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000200004>
22. Boer L, Sousa FGM, Pina RMP, Poblete M, Haefner LSB, Backes DS. Indigenous women's experiences about the pregnancy-puerperal cycle. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2024 [citado 28 abr 2026]; 77(2): e20230012. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0410>
23. Prates LA, Possati AB, Timm MS, Cremonese L, Oliveira G, Ressel LB. Meanings of health care assigned by quilombola women. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online* [Internet]. 2018 [citado 23 jul 2026]; 10(3): 847-855. Disponible en: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.847-855>
24. Solano Acuña AS. Experiencias de cuidado en mujeres Ngäbe. *Cienc Latina Rev Cient Multidiscip* [Internet]. 2024 [citado 28 abr 2026]; 8(6): 8776-812. Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6.15569
25. Ibáñez-Cuevas M, Heredia-Pi I, Meneses-Navarro S, Pelcastre-Villafuerte B, González-Block MA. Labor and delivery service use: Indigenous women's preference and the health sector response in the Chiapas Highlands of Mexico. *Int J Equity Health* [Internet]. 2015 [citado 28 abr 2026]; 14: 156. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0289-1>
26. Rodríguez Venegas V, Duarte Hidalgo C. Saberes ancestrales y prácticas tradicionales: embarazo, parto y puerperio en mujeres Colla de la Región de Atacama. *Diálogo Andino* [Internet]. 2020 [citado 23 jul 2026]; (63): 113-122. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0719-26812020000300113>
27. Argañaraz MM. Experiencias de mujeres indígenas sobre su proceso de parto: parir fuera de su territorio. *Pacha* [Internet]. 2023 [citado 23 jul 2026]; 4(10): e230159. Disponible en: <https://doi.org/10.46652/pacha.v4i10.159>
28. Gleason EG, Molina Berrío DP, López Ríos JM, Mejía Merino CM. Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad: experiencias frente a la violencia obstétrica durante la atención al parto en mujeres indígenas. *Salud Colectiva* [Internet]. 2021 [citado 28 abr 2026]; 17: e3727. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3727>
29. Félix-Gaspar MR, Rojas-Espinoza JB, Kempfer

- Borges S, Benhumea-Jaramillo LI. Cuidado a mujeres indígenas en trabajo de parto como fortaleza de la humanización de enfermería. *Cult Cuid* [Internet]. 2025 [citado 28 abr 2026]; 29(70): 211-224. Disponible en: <https://doi.org/10.14198/cuid.26658>
30. Wood AJ, Graham S, Boyle JA, Marcusson-Rababi B, Anderson S, Connors C, et al. Incorporating Aboriginal women's voices in improving care and reducing risk for women with diabetes in pregnancy: a phenomenological study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2021 [citado 28 abr 2026]; 21(1): 624. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04055-2>
 31. Say L, Raine R. A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2007 [citado 28 abr 2026]; 85(10): 812-819. Disponible en: <https://doi.org/10.2471/BLT.06.035659>
 32. Bohren MA, Tunçalp Ö, Fawole B, Titiloye MA, Olutayo AO, Oladapo OT, et al. Transforming intrapartum care: respectful maternity care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2020 [citado 28 abr 2026]; 67: 113-126. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.02.005>
 33. Gabrysch S, Campbell OMR. Still too far to walk: literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2009 [citado 28 abr 2026]; 9: 34. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-9-34>
 34. Galle A, Berghman H, Mariani I, Verdecchia M, Bomben A, Skirnisdottir Vik E, et al. Experiences of disrespect and abuse during childbirth in the WHO European region: a mixed-method study among 22 countries. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2025 [citado 28 abr 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ijgo.70516>
 35. Debie A, Wassie MM, Roberts CT, Molla MD, Wilson A, Stephens JH. Health system responsiveness for maternal healthcare services in East Africa: a mixed-methods systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2025 [citado 28 abr 2026]; 25: 879. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07995-1>
 36. McNeil D, Elliott SA, Wong A, Kromm S, Bialy L, Montesanti S, et al. Indigenous maternal and infant outcomes and women's experiences of midwifery care: a mixed-methods systematic review. *Birth* [Internet]. 2025 [citado 28 abr 2026]; 52: 173-188. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/birt.12841>
 37. Bañuelos K, Zuffante M, Masotti P, Seneca C, Maloney S. What Indigenous women want in pregnancy and birth: perspectives on care preferences across the United States. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2025 [citado 28 abr 2026]; 71(1): 8-16. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jmwh.70037>
 38. Vanidour N, Graham H. Improving culturally appropriate care for Indigenous women and their families during the birthing/delivery experience. *Int J Indig Health* [Internet]. 2025 [citado 28 abr 2026]; 20(2). Disponible en: <https://doi.org/10.32799/ijih.v20i2.43274>
 39. Weckman AM, Farrugia P. Inequities in Canadian maternal-child healthcare are perpetuating the intergenerational effects of colonization for Indigenous women and children. *Front Glob Womens Health* [Internet]. 2025 [citado 28 abr 2026]; 6: 1513145. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fgwh.2025.1513145>
 40. Srugo SA, Ricci C, Leason J, Jiang Y, Luo W, Nelson C. Disparities in primary and emergency health care among "off-reserve" Indigenous females compared with non-Indigenous females aged 15-55 years in Canada. *CMAJ* [Internet]. 2023 [citado 28 abr 2026]; 195(33): E1097-E111. Disponible en: <https://doi.org/10.1503/cmaj.221407>

