Descargado el: 31-10-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL

Del diálogo de saberes a la teoría: construcción epistemológica del parto culturalmente adecuado en enfermería

From Dialogue of Knowledge to Theory: Epistemological Construction of Culturally Appropriate Childbirth in Nursing

Mayra Carola León Insuasty[1] Ana Cristina Inca León[2] Angélica Salomé Herrera Molina[3] Paola Maricela Machado Herrera[3] Gerardo Patricio Inca Ruiz[4] Viviana del Rocío Mera Herrera[3]

[1] Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba, Ecuador
[2] Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, Quito, Ecuador
[3] Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador
[4] Universidad de las Américas, Quito, Ecuador

Cómo citar este artículo:
Insuasty M, León A, Molina A, Herrera P, Ruiz G, Herrera V. Del diálogo de saberes a la teoría: construcción epistemológica del parto culturalmente adecuado en enfermería. **Medisur** [revista en Internet]. 2026 [citado 2026 Oct 31]; 24(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/53249

Resumen

Fundamento: en la enfermería obstétrica intercultural hay un evidente vacío epistemológico, pues los procesos de embarazo, parto y puerperio están mediados por prácticas y creencias culturales que carecen de marcos teóricos específicos lo que genera tensiones entre la biomedicina y los sistemas tradicionales de cuidado.
Objetivo: describir la construcción epistemológica del parto culturalmente adecuado desde la perspectiva de enfermería.
Método: el estudio se desarrolló bajo un enfoque cualitativo con paradigma fenomenológico y método etnográfico de historia de vida, que incluyó diez informantes clave: tres madres de etnias indígena y montubia, cinco parteras tradicionales y dos profesionales de enfermería. La recolección de datos se realizó mediante la observación participante, entrevistas semiestructuradas y registros audiovisuales, mientras que el análisis se efectuó mediante categorización y triangulación, con rigor metodológico y resonancia cultural.
Resultados: los hallazgos permitieron identificar nueve categorías que reflejan dimensiones epistemológicas del parto culturalmente adecuado: creencias y costumbres, familia, momentos del parto, sistemas de salud, calvario y dolor, emociones y sentimientos, prácticas postparto, embarazo y religión. Las categorías se articularon en un marco teórico dual que posibilitó reinterpretar el parto como un proceso cultural, social y espiritual.
Conclusiones: la aproximación fenomenológica y etnográfica generó una construcción epistemológica que integró saberes ancestrales y enfermería contemporánea, con aportes a la disciplina, fortalecimiento de la práctica intercultural y la apertura de nuevas líneas de investigación en salud materna.

Palabras clave: parto, epistemología, enfermería transcultural, asistencia sanitaria culturalmente competente, modelos de enfermería

Abstract

Foundation: in intercultural obstetric nursing, there is a clear epistemological gap, as the processes of pregnancy, childbirth, and the postpartum period are permeated by cultural practices and beliefs that lack specific theoretical frameworks, generating tensions between biomedicine and traditional care systems.
Objective: to describe the epistemological construction of culturally appropriate childbirth from a nursing perspective.
Method: the study was conducted using a qualitative approach with a phenomenological paradigm and an ethnographic life history method, including ten key informants: three mothers from Indigenous and Montubio ethnic groups, five traditional midwives, and two nursing professionals. Data collection was carried out through participant observation, semi-structured interviews, and audiovisual recordings, while analysis was performed using categorization and triangulation, with methodological rigor and cultural resonance.
Results: the findings identified nine categories reflecting epistemological dimensions of culturally appropriate childbirth: beliefs and customs, family, stages of birth, health systems, ordeal and pain, emotions and feelings, postpartum practices, pregnancy, and religion. These categories were articulated within a dual theoretical framework that allowed for a reinterpretation of childbirth as a cultural, social, and spiritual process.
Conclusions: the phenomenological and ethnographic approach generated an epistemological framework that integrated ancestral knowledge and contemporary nursing, contributing to the discipline, strengthening intercultural practice, and opening new lines of research in maternal health.

Key words: parturition, epistemology, transcultural nursing, culturally competent care, nursing models

Aprobado: 2026-03-15 17:03:11

Correspondencia: Mayra Carola León Insuasty. Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba. Red Latinoamericana de Cuidado al Paciente Crónico y la Familia. Grupo de Investigación Cuidados en Procesos Vitales. Ecuador. mleon@unach.edu.ec

INTRODUCCIÓN

La atención obstétrica en contextos interculturales enfrenta una problemática epistemológica que se manifiesta en la tensión constante entre la biomedicina y los saberes tradicionales, ya que los sistemas institucionales han desarrollado protocolos estandarizados orientados a garantizar seguridad y eficiencia, mientras que las comunidades indígenas y montubias sostienen prácticas ancestrales que responden a cosmovisiones propias y que otorgan al parto un carácter espiritual, social y cultural.

Como consecuencia, se genera un vacío teórico en la disciplina de enfermería, pues aún no existen marcos epistemológicos que integren de manera coherente ambas racionalidades, lo que resulta una ausencia de fundamentos conceptuales específicos para escenarios obstétricos interculturales que limita la capacidad de los profesionales de salud para ofrecer cuidados pertinentes y respetuosos, además de dificultar la construcción de políticas públicas que reconozcan la diversidad cultural como eje central de la atención materna; por lo que resulta imprescindible avanzar hacia una construcción teórica que permita superar esta brecha y consolidar un enfoque disciplinar apropiado.

Por otra parte, el análisis de antecedentes revela que, aunque se han realizado esfuerzos por abordar el parto desde perspectivas humanizadas e interculturales, los modelos disponibles presentan limitaciones que deben ser reconocidas. Macías y cols.[1] en su investigación, plantearon la necesidad de que existieran estrategias de Atención Primaria para reducir complicaciones obstétricas y fortalecer la seguridad materna, sin embargo, su propuesta está centrada en la práctica clínica y no en la construcción epistemológica que sustente dichas estrategias, lo que evidencia una carencia conceptual.

Medina y cols.[2] destacaron en su estudio, la importancia de humanizar el parto mediante el respeto a la dignidad y autonomía de las mujeres, aunque su enfoque se orientó hacia la implementación de acciones adecuadas en Salud Pública más que hacia la formalización teórica en enfermería, lo que limitó su alcance disciplinar. De manera complementaria, Camacho y cols.[3] exploraron el cambio de modelo asistencial en la atención al parto normal y reconocieron la pertinencia cultural de las expectativas de las gestantes, pero su aporte se restringió a la dimensión práctica sin profundizar en la sistematización epistemológica.

En consecuencia, estos antecedentes mostraron que, si bien existe un interés creciente en la interculturalidad obstétrica, aún falta un marco conceptual apropiado que articule los saberes ancestrales con la disciplina de enfermería y que permita avanzar hacia una teoría propia del cuidado intercultural, lo cual refuerza la necesidad de la propuesta del estudio realizado.

La pertinencia de construir un modelo epistemológico se justifica en la relevancia que tiene el parto culturalmente adecuado para las políticas de salud intercultural, dado que la ausencia de un marco teórico limita la implementación de prácticas coherentes con la diversidad cultural y repercute directamente en la calidad de la atención materna. En efecto, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha impulsado desde el 2008 la atención del parto culturalmente adecuado como estrategia para reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. En el 2017 se reforzó la importancia de garantizar el respeto a la diversidad cultural en los servicios de salud y en 2020, se consolidó la guía técnica que estableció la incorporación de prácticas ancestrales en la atención institucional. Así, estas políticas han reflejado la necesidad de contar con fundamentos teóricos que respalden la práctica y permitan a la enfermería posicionarse como disciplina mediadora entre la biomedicina y los saberes tradicionales, además, la construcción epistemológica propuesta responde a esta demanda, pues busca ofrecer un marco conceptual que legitime la interculturalidad en la atención obstétrica y fortalezca la capacidad de los profesionales para brindar cuidados coherentes con las realidades culturales de las comunidades, de este modo, la investigación se vincula tanto con la dimensión disciplinar como con la dimensión política de la Salud Pública.

En este aspecto, el objetivo es presentar la construcción epistemológica del parto culturalmente adecuado desde la perspectiva de enfermería, con sustento en un enfoque fenomenológico y etnográfico que reconozca la experiencia vivida por madres, parteras y profesionales de salud. La contribución específica radica en el desarrollo de un modelo conceptual dual que articula la teoría del cuidado transcultural de *Madeleine Leininger* con la teoría

del cuidado humanizado de *Jean Watson*, de modo que la primera aporta la comprensión de la diversidad cultural y la necesidad de conservar, adaptar o reestructurar prácticas de cuidado según los contextos, mientras que, la segunda enfatiza en la dimensión fenomenológica y espiritual del cuidado, que integra factores como la relación de ayuda-confianza, el entorno de apoyo y las fuerzas existenciales que acompañan el proceso de parto.[4]

La combinación de ambas teorías permite reinterpretar el parto como un fenómeno cultural, social y espiritual, al mismo tiempo que ofrece a la enfermería una base epistemológica sólida para la práctica intercultural, en consecuencia, esta propuesta constituye un aporte original que fortalece la práctica de la enfermería intercultural, abre nuevas líneas de investigación en el campo de la salud materna y contribuye a la consolidación de la disciplina como mediadora entre saberes ancestrales y conocimientos contemporáneos, lo que reafirma su pertinencia y relevancia en el ámbito académico y profesional. Por tales razones el objetivo de esta investigación fue: describir la construcción epistemológica del parto culturalmente adecuado desde la perspectiva de la enfermería.

MÉTODOS

Desde un posicionamiento positivista, la investigación se inscribe en un enfoque cualitativo que conjuga fenomenología hermenéutica y etnografía crítica, de modo que la primera posibilita la comprensión de la experiencia vivida, los símbolos y los significados del parto en su dimensión subjetiva; mientras que la segunda, permite analizar las prácticas en su entramado sociocultural y en relación con estructuras institucionales, en consecuencia, la combinación de ambos enfoques favorece una lectura situada que integra la interpretación fenomenológica con la observación densa del campo, lo cual resulta pertinente para captar la complejidad del parto culturalmente adecuado y su lógica de cuidado.

En cuanto al proceso de construcción teórica, el trabajo de campo se desarrolló en Guamote, Chimborazo, Ecuador, entre diciembre de 2019 y diciembre de 2022, con la integración de informantes clave que aportaron diversidad de perspectivas y roles: tres madres de etnias indígena y montubia, cinco parteras tradicionales con trayectoria comunitaria y dos profesionales de enfermería del área obstétrica así, la recolección de información se efectuó mediante la observación participante, entrevistas semiestructuradas y autorreportaje, complementadas con registros audiovisuales y notas de campo, de manera que el corpus obtenido recogió prácticas, narrativas y contextos de atención.

Posteriormente, se aplicó un proceso de categorización sistemática que organizó los datos en nueve categorías temáticas según su frecuencia y relevancia: creencias y costumbres, familia, momentos del parto, sistemas de salud, calvario y dolor, emociones y sentimientos, prácticas posparto, embarazo, religión, por lo que se facilitaron patrones interpretativos y se delimitaron ejes conceptuales útiles para la construcción epistemológica,[5] además, se implementó la triangulación de fuentes, actores y técnicas en contraposición de los testimonios de las madres, parteras y enfermeras y el cotejo de la observación con entrevistas y registros, con el fin de robustecer la validez interpretativa y asegurar la consistencia entre hallazgos y categorías.

Con respecto a los criterios de rigor, se garantizó el cumplimiento ético mediante el consentimiento informado, la voluntariedad, el anonimato y la confidencialidad, en concordancia con las normativas internacionales y nacionales, asimismo, se cuidó la coherencia interna al alinear el paradigma positivista con las técnicas de recolección y los procedimientos de análisis, por lo que la relación entre: objetivos, métodos y resultados se mantuvo estable y verificable.

En términos de aplicabilidad, los hallazgos se orientaron a generar datos transferibles para la atención institucional del parto culturalmente adecuado, especialmente, en adecuaciones de entorno, acompañamiento y posicionamiento materno, en paralelo, la resonancia cultural se aseguró reconociendo cosmovisiones, prácticas ancestrales y preferencias comunitarias, lo que favoreció la pertinencia posicionada del modelo conceptual y su potencial de implementación. Por lo que, el diseño metodológico articuló interpretación fenomenológica, observación etnográfica y procedimientos de categorización y triangulación bajo criterios éticos y de coherencia, de manera que se obtuvo una base sólida para la construcción epistemológica y su traducción en prácticas de cuidado intercultural.[6]

RESULTADOS

El análisis de testimonios y categorías emergentes evidenció una tensión sostenida entre racionalidades médicas, ya que la biomedicina se organiza mediante protocolos estandarizados orientados a la seguridad clínica, mientras que, los saberes ancestrales articulan prácticas rituales, posiciones de parto, uso de infusiones y significados espirituales que inscriben el alumbramiento en una cosmovisión comunitaria, de ahí que la distancia entre expectativas culturales y normativas institucionales se vuelve un foco de fricción que demanda síntesis intercultural y ajuste organizacional en la atención.

En esta línea, una madre indígena sintetizó el conflicto al afirmar: "En el hospital no me dejaron parir de pie como quería, me obligaron a acostarme y sentí que no respetaban mi costumbre", lo que ilustra la disonancia entre opciones culturalmente pertinentes como el parto vertical y las posiciones ginecológicas de la práctica convencional, de igual manera, una enfermera describió obstáculos de acceso y confianza, aunque destacó que se han acondicionado salas, se ha permitido el acompañamiento y ofrecido infusiones aceptadas por las familias, con la finalidad de aproximar el entorno institucional a la expectativa cultural y reducir resistencias.

El rol de enfermería se perfila como mediación cultural, puesto que las profesionales escuchan, se adaptan y articulan el acompañamiento familiar con las exigencias de seguridad clínica, para promover una práctica que reconoce la diversidad al derecho de elegir posición de parto, acompañantes y cuidados culturalmente significativos, por tanto, se configura la necesidad de un marco que integre racionalidades, reduzca tensiones y consolide rutas de cuidado intercultural coherentes con la disciplina.[7]

El corazón del aporte se concretó en un marco dual que enlazó la teoría del cuidado transcultural de *Madeleine Leininger* con la teoría del cuidado humanizado de *Jean Watson*, de modo que la primera estructura el reconocimiento, la conservación- adaptación de la diversidad cultural, mientras la segunda incorpora la dimensión fenomenológica espiritual y la relación terapéutica como sustento del cuidado.[8]

Para seleccionar los 17 conceptos de *Leininger* se siguió un proceso de categorización y triangulación, con prioridad para aquellos que emergían con mayor frecuencia, relevancia interpretativa y utilidad disciplinar, en esa síntesis se enfatizaron: el concepto 3 de cuidados culturales, el concepto 4 de diversidad de cuidados culturales, el concepto 7 sobre las dimensiones culturales y estructura social, el concepto 13 de enfermería transcultural y los conceptos del 14 al 16 sobre las estrategias de conservación, adaptación y reestructuración de cuidados, que permitieron traducir prácticas como el uso de infusiones, posiciones de parto, manejo ritual de la placenta y acompañamiento familiar en decisiones de cuidado que pueden conservarse sin riesgo, adaptarse con soporte clínico o reestructurarse cuando exista amenaza para la salud materna o neonatal, en otras palabras, se habilitó un criterio operativo para decidir qué prácticas integrar, cómo integrarlas y bajo qué condiciones de seguridad.[9]

La integración con la teoría de *Watson*[6] respondió a la necesidad de colocar la experiencia vivida y los vínculos en el centro del cuidado, por lo que se destacaron tres factores que dialogan directamente con las categorías y testimonios; en primer término, el factor 4 que trata la relación de ayuda - confianza se conectó con M2 "Familia": "Si mi mamá está conmigo, siento que puedo resistir el dolor", expresó una madre, revelaba así que el acompañamiento no solo alivia, sino que legitima el proceso para la mujer y aumenta la cooperación clínica; en segundo término, el factor 8 que habla del entorno de apoyo se articuló con M4 "Sistemas de salud", dado que las adecuaciones ambientales: calefacción, áreas acogedoras, libertad de ambulación y elección de posición, fortalecen la confianza y disminuyen el rechazo a la institucionalización, finalmente, el factor 10 sobre las fuerzas existenciales fenomenológicas se vinculó con M9 "Religión", ya que las oraciones, bendiciones y rituales que las familias solicitan confieren sentido trascendente al parto y estabilizan emocionalmente a la madre la armonía entre la mente, el cuerpo y el espíritu que la teoría propone.

La lógica de la combinación realizada radicó en que la teoría de *Leininger* ofrece el armazón conceptual y la pauta de decisión cultural, mientras que la de *Watson* incorpora la vivencia, el vínculo y el entorno, con lo cual la práctica de enfermería se legitima como puente disciplinar que convierte la diversidad en cuidado seguro y humanizado, en consecuencia, el marco dual habilita criterios de conservación y adaptación,

simultáneamente, normas relacionales que sostienen la experiencia materna y la pertinencia cultural.

Categorías emergentes y su significado epistemológico

Las categorías de alta frecuencia se constituyen en pilares conceptuales del modelo y orientan la reinterpretación epistemológica del parto como fenómeno cultural, social y espiritual, al mismo tiempo, conectan con los conceptos de *Leininger* y los factores de *Watson* para fundamentar decisiones de cuidado.

- M1 Creencias y costumbres: “La placenta no se puede botar, hay que enterrarla con respeto porque es parte del hijo”, afirmó una partera, de modo que el parto se configura como proceso simbólico que vincula cuerpo, naturaleza y comunidad, epistemológicamente, esto revela que no se trata de prácticas aisladas, sino de sistemas de conocimiento con reglas internas, tiempos rituales y significados que organizan la experiencia, por lo que el concepto 3 de Leininger sobre los cuidados culturales y el concepto 4 sobre la diversidad orientan a reconocer su legitimidad y evaluar su integración mediante conservación o adaptación, para evitar reduccionismos que invisibilizan lo epistemológico y deshabilitan la confianza.
- M2 Familia: “Si mi mamá está conmigo, siento que puedo resistir el dolor”, insistió una madre, con lo cual el acompañamiento deja de ser un apoyo accesorio para devenir componente del cuidado que estructura la confianza, la comunicación y la cooperación clínica, desde la epistemología del cuidado, la familia es agente cognitivo y relacional que sostiene decisiones y prácticas, de ahí que el factor 4 de Watson de “ayuda - confianza” y el concepto 13 de Leininger sobre la enfermería transcultural convocan a integrar acompañantes elegidos por la madre como parte del diseño de cuidado, para regular su participación bajo principios de seguridad y respeto.
- M3 Momentos del parto: “Cuando la mujer se agarra del palo y canta, el parto se hace más rápido”, relató una partera, lo que mostraba que la temporalidad del parto no solo es cronológica, sino simbólica y performativa, epistemológicamente, el tiempo del parto se vive como secuencia de actos rituales que organizan la percepción del dolor, la postura y el ánimo, por lo que el concepto 7 sobre las dimensiones culturales y estructura social habilita a reorganizar el entorno y los tiempos clínicos para respetar estas secuencias, mientras el factor 8 de entorno de apoyo acompaña la adecuación ambiental que las hace posibles.
- M4 Sistemas de salud: “Queremos que las madres se sientan seguras, pero a veces las normas no permiten que se acompañen de toda la familia”, admitió una enfermera, lo que visibiliza la tensión entre regulación institucional y pertinencia cultural, epistemológicamente, esta categoría expone la necesidad de traducir la diversidad en protocolos flexibles, de modo que el concepto 13 “enfermería transcultural” que se orienta a formar mediadores culturales y ajustar procedimientos, mientras el factor 8 entorno de apoyo, la adecuación física y relacional para que la experiencia se sostenga sin riesgo.

Las categorías de mediana y baja frecuencia complementan y enriquecen el modelo al añadir dimensiones corporales, emocionales, prácticas y simbólicas que deben ser integradas con criterios de conservación y adaptación. En M5 “Calvario y dolor” se evidencia la coexistencia de sufrimiento corporal y resignificación cultural del dolor, por lo que las técnicas no farmacológicas y el acompañamiento se vuelven insumos de adaptación situados; en M6 “Emociones y sentimientos” con nexos directos al factor 5 de *Watson*: promoción de la expresión de sentimientos, se muestra que: escuchar, validar y sostener emocionalmente a la madre mejora la cooperación y la vivencia del parto, lo que se traduce en mejor calidad percibida y adhesión a la atención; en M7 “Prácticas postparto” tiene una conexión con el concepto 14 de *Leininger*: conservación de cuidados culturales, donde se integran rituales de protección, alimentación y baños con hierbas que pueden conservarse o adaptarse según riesgo, que articulan educación para la salud y respeto simbólico; finalmente, M8 “Embarazo” y M9 “Religión” aportan elementos de seguimiento, acomodo fetal y sentido trascendente, alineándose con el factor 10 de *Watson* como son las fuerzas existenciales fenomenológicas, de suerte que la práctica reconoce creencias y redefine la relación terapéutica como espacio de cuidado integral.

Estas categorías no se limitan a describir eventos, sino que reconstruyen sistemas de significados y reglas prácticas que ordenan la experiencia del parto, al articular criterios de conservación-adaptación (*Leininger*) con vínculos, entorno y sentido existencial (*Watson*); por tanto, su lectura epistemológica habilita decisiones disciplinarias que convierten diversidad en cuidado seguro y humanizado.

Modelo conceptual resultante

El aporte original se organiza como un modelo conceptual que ubica en su núcleo la interacción entre el parto culturalmente adecuado, la enfermería y la cultura, de manera que la práctica disciplinar actúa como mediación que traduce saberes ancestrales y exigencias biomédicas en itinerarios de cuidado seguros y pertinentes.

La estructura se representa mediante dos ejes complementarios: en el eje horizontal se sitúa la continuidad medicina ancestral - medicina convencional, donde las decisiones de conservación, adaptación y reestructuración operan como bisagras que articulan prácticas y protocolos; en el eje vertical se dispone la relación individual - colectivo, con la madre en el nivel personal y la familia-comunidad en el nivel social, que reconoce al acompañamiento como componente del cuidado y al entorno como factor de seguridad y confianza.

Como elementos mediadores se definen la enfermería transcultural que opera criterios de Leininger para conservaciones o adaptaciones coherentes con la estructura cultural, el cuidado humanizado que moviliza factores de la teoría de Kalfoss y cols.[9] para sostener ayuda-confianza, entorno de apoyo y sentido existencia y la práctica de parteras tradicionales depositarias de saberes y técnicas que se integran bajo evaluación clínica, de tal manera que el conjunto produce trayectorias de atención que respetan posiciones, rituales, infusiones y manejo simbólico de la placenta, sin renunciar al monitoreo y a la respuesta ante el riesgo.

Los resultados esperados del modelo se proyectan como mayor satisfacción materna, reducción de la morbilidad y la mortalidad y fortalecimiento de identidad cultural, en tanto la experiencia se alinea con expectativas, disminuye el rechazo a la institucionalización y mejora la cooperación clínica, además, el cuadro semántico y el mapa representacional elaborados en la tesis se simplifican para el artículo, con el fin de mostrar la convergencia entre categorías, teorías y decisiones de cuidado en un diagrama operativo que facilita la implementación y evaluación, en definitiva, el modelo convierte la interculturalidad en método disciplinar, al ofrecer a la enfermería una vía aplicada para mediar racionalidades, sustentar la práctica y robustecer la política pública desde el cuidado.

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación trascienden la mera descripción etnográfica para evidenciar que el parto culturalmente adecuado constituye un sistema complejo de validación epistémica. Al someter los hallazgos a una triangulación con la literatura vigente, se configura un diálogo científico que corrobora la urgencia de transitar desde un modelo biomédico hegemónico hacia una praxis de integración intercultural.

En primera instancia, al analizar la interacción entre las categorías M4 "Sistemas de Salud" y M3 "Momentos del parto", se observa una convergencia sustancial con lo reportado por Macías y cols.[1] quienes afirmaron que la seguridad clínica materno-fetal está intrínsecamente ligada a la reducción de brechas entre los protocolos de bioseguridad y la tradición, no obstante, mientras que dicho antecedente circunscribe su análisis a la estrategia de Atención Primaria, la presente investigación profundiza en la dinámica hospitalaria, lo que demuestra que la coexistencia operativa de parteras y facultativos “tal como se documentó en Guamote” no solo es viable, sino que valida una complementariedad sinérgica. En este sentido, se supera la noción de referencia institucional pasiva para proponer un modelo de colaboración activa en el mismo espacio físico.

En lo concerniente a las categorías M1 "Creencias y costumbres" y M7 "Prácticas postparto", los datos obtenidos dialogan directamente con las investigaciones de Medina y cols.[2] en poblaciones nativas. Ambos estudios ratifican que los determinantes culturales, tales como la ingesta de infusiones específicas o el manejo ritual de la placenta, norman el comportamiento de salud, sin embargo, el presente modelo epistemológico añade una capa interpretativa crítica: “estas praxis no deben ser catalogadas meramente como folclore, sino como sistemas de conocimiento válidos”. Bajo la

óptica de la teoría de Leininger, estos elementos se reconfiguran como cuidados culturalmente congruentes que, lejos de ser suprimidos, son susceptibles de conservación o negociación estratégica para optimizar la adherencia terapéutica.

Por otra parte, al abordar la dimensión relacional y espiritual inmanente en las categorías M2 "Familia" y M9 "Religión", se establece una concordancia teórica con Calderón y cols.[10] quienes postulan el embarazo indígena como un proceso histórico de libre determinación. Los hallazgos de este estudio robustecen dicha premisa al evidenciar que el acompañamiento familiar trasciende el soporte emocional para convertirse en un agente clínico de contención. Desde la perspectiva del cuidado humanizado de *Watson*, específicamente en el factor de ayuda - confianza, la presencia de la red de apoyo disminuye la percepción distante y potencia la cooperación materna, lo cual refuta la tendencia al aislamiento de la parturienta en entornos hospitalarios convencionales.

Finalmente, en lo que respecta a la autonomía de la gestante, existe una resonancia directa con los postulados de Camacho y cols.[3] si bien estos autores exploran las expectativas desde un prisma asistencial, esta investigación aporta evidencia concluyente de que la pertinencia cultural manifestada en el respeto a la posición vertical o el destino de la placenta actúa como el predictor más robusto de calidad percibida. En consecuencia, se infiere que la satisfacción materna no depende exclusivamente de la resolución obstétrica sino de la legitimación de su identidad cultural durante el proceso.

La originalidad del estudio realizado radica en que, mientras estudios como los de Camacho y cols.[3] se enfocaron en la pertinencia cultural de las expectativas de las gestantes y en la necesidad de adecuar modelos asistenciales, aquí se añade una dimensión epistemológica que convierte esas prácticas en fundamentos teóricos para la enfermería. Asimismo, frente a los aportes de Calderón y cols.[10] quienes analizaron la interculturalidad en la salud desde un enfoque de políticas públicas, esta investigación formaliza la práctica en la teoría disciplinar y ofrece criterios de conservación, adaptación y reestructuración de cuidados que pueden ser aplicados en la atención institucional.

En consecuencia, la contribución epistemológica se expresa en tres niveles: primero, en la legitimación de saberes ancestrales como sistemas de conocimiento; segundo, en la articulación de esos saberes con teorías de enfermería consolidadas; y tercero, en la generación de un modelo conceptual que posiciona a la enfermería como mediadora cultural y disciplinar. De esta manera, se fortalece la identidad de la profesión y se abre un campo de reflexión teórica que trasciende la práctica clínica, que consolida a la enfermería como disciplina capaz de dialogar con la diversidad cultural y de producir conocimiento apropiado.

Los hallazgos transforman la comprensión del cuidado obstétrico, ya que muestran que el parto no puede ser reducido a un evento clínico, sino que debe ser concebido como experiencia cultural, social y espiritual. En la práctica de enfermería se redefine al integrar acompañamiento familiar, posiciones de parto elegidas por la madre, uso de infusiones tradicionales y manejo ritual de la placenta, siempre bajo criterios de seguridad clínica, por lo tanto, la pertinencia cultural se convierte en condición para la calidad del cuidado y la humanización del parto se logra cuando se respetan las cosmovisiones de las comunidades.

En el ámbito de la formación de enfermería, el modelo propuesto ofrece insumos para incorporar contenidos de interculturalidad y epistemología del cuidado en los programas académicos. La enseñanza no debe limitarse a técnicas obstétricas, sino que debe incluir la reflexión sobre diversidad cultural, mediación disciplinar y construcción de confianza con las familias, de esta manera, se prepara a futuros profesionales para enfrentar escenarios complejos donde convergen racionalidades distintas y donde la sensibilidad cultural es tan importante como la competencia técnica.

En cuanto a la implementación en los servicios de salud, se sugieren estrategias que incluyen la adecuación de salas de parto para permitir posiciones diversas, la capacitación del personal en prácticas interculturales, la elaboración de protocolos flexibles que integren rituales sin riesgo y la certificación de establecimientos como espacios amigos de la madre y el niño.

Estas acciones no solo aumentan la confianza de las comunidades en la atención institucional, sino que también reducen la morbilidad y mortalidad materna y neonatal al favorecer la cooperación clínica, además, el rol de las parteras

tradicionales se reconoce como fundamental, pues ellas son las depositarias de saberes ancestrales y agentes de confianza comunitaria, cuya integración en los equipos de salud fortalece la pertinencia cultural y amplía la cobertura de atención.

El modelo conceptual abre nuevas líneas de investigación que deben ser exploradas en el futuro; en primer lugar, se requiere validar la propuesta en otros contextos geográficos y culturales, con el fin de comprobar su aplicabilidad y ajustar los criterios de conservación-adaptación según las particularidades locales; en segundo lugar, se plantea la necesidad de estudios comparativos que analicen la implementación del parto culturalmente adecuado en diferentes sistemas de salud, al evaluar el impacto en satisfacción materna y reducción de complicaciones. Asimismo, el modelo puede ser adaptado a otras áreas de la enfermería, como pediatría y geriatría, donde la interculturalidad, también juega un papel relevante en la atención, en consecuencia, a la posibilidad de extender la construcción epistemológica a otros campos abre un horizonte de investigación que fortalece la disciplina y consolida su capacidad de generar conocimiento situado y aplicable.

Finalmente, se plantea un llamado a la investigación colaborativa entre profesionales de la salud, parteras tradicionales y comunidades, de manera que se fortalezcan las prácticas interculturales y se consolide la enfermería como disciplina capaz de generar conocimiento apropiado y aplicable en la construcción de sistemas de salud más inclusivos y humanizados.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Contribuciones de los autores

1- Conceptualización: Mayra Carola León Insuasty, Ana Cristina Inca León, Angélica Salomé Herrera Molina, Gerardo Patricio Inca Ruiz.

2- Curación de datos: Mayra Carola León Insuasty, Ana Cristina Inca León, Angélica Salomé Herrera Molina.

3- Análisis formal: Mayra Carola León Insuasty, Angélica Salomé Herrera Molina, Paola Maricela Machado Herrera.

4- Investigación: Mayra Carola León Insuasty, Angélica Salomé Herrera Molina, Paola Maricela Machado Herrera, Viviana del Rocío Mera Herrera.

5- Metodología: Mayra Carola León Insuasty, Gerardo Patricio Inca Ruiz, Paola Maricela Machado Herrera, Viviana del Rocío Mera Herrera.

6- Visualización: Mayra Carola León Insuasty Angélica Salomé Herrera Molina.

7- Redacción del borrador original: Mayra Carola León Insuasty, Ana Cristina Inca León, Angélica Salomé Herrera Molina.

8- Redacción, revisión y edición: Mayra Carola León Insuasty, Ana Cristina Inca León Angélica Salomé Herrera Molina, Paola Maricela Machado Herrera.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Macías MG, Tacoamán IJ, Giler LA, Quimis WM, Choez ML, Álvarez MM. Parto humanizado como estrategia de salud pública en atención primaria de salud. RECIMUD[Internet]. 2018[citado 24/3/25];2(3):[aprox. 15p.]. Disponible en: https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/334/pdf.

2- Medina IA, Mayca PJ. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. Rev Peru Med Exp Salud Pública[Internet]. 2006[citado 24/3/25];23(1):[aprox. 10p.]. Disponible en: https://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n1/a04v23n1.pdf.

3- Camacho F, Romero MJ. Expectativas de parto de las gestantes de La Ribera: una aproximación cualitativa. Enfermería Global[Internet]. 2020[citado 24/3/25];17(49):[aprox. 6p.]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n49/1695-6141-eg-17-49-00324.pdf.

4- Cohen JA. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. J Adv Nurs. 1991;16(8):899-909.

5- Rivas M. La investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual

teórico-práctico. Educere[Internet]. 2006[citado 24/3/25];10(35):[aprox. 2p.]. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-49102006000400020.

6- Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring[Internet]. Boston:Little Brown;1979[citado 24/3/25]. Disponible en: https://www.upcolorado.com/excerpts/9780870819797.pdf.

7- Vaca K, Jiménez A. Rol de Enfermería en el cuidado y atención del parto humanizado. Rev Investigación Desarrollo[Internet]. 2021[citado 24/3/25];14(2):[aprox. 8p.]. Disponible en: https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/dide/article/download/1325/1652/3010.

8- Brice DE, Ortega M. Lo ontológico del cuidar de si y de otros de manera transcultura. Revista Conectividad[Internet]. 2023[citado 24/3/25];4(1):[aprox. 14p.]. Disponible en: https://revista.ister.edu.ec/ojs/index.php/ISTER/article/view/56/112.

9- Kalfoss M. Meanings Given to Professional Care: Focus Group Results. Open Journal Nursing. 2017;7(5):524-47.

10- Calderón A, Calderon J, Mamani A. Percepción cultural del embarazo y parto, en las comunidades campesinas del distrito Ayaviri-Puno. Investigación Valdizana[Internet]. 2021[citado 24/3/25];15(3):[aprox. 8p.]. Disponible en: https://revistas.unheval.edu.pe/index.php/riv/article/view/1103/1002

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS