

Cultura y cuidado en la gestación: Una aproximación a la atención intercultural prenatal

Aralucy Cruz-León,⁽¹⁾ Flor Marlene Luna-Victoria Morí⁽²⁾

ara260@hotmail.com

RESUMEN

La cultura permea todas las esferas de la vida y está íntimamente relacionada con el ambiente o contexto social, político, económico y momento histórico de la humanidad; determina una visión particular del mundo para cada grupo o colectivo humano que, aunque diferente de la científica, se cimientan en una base filosófica estructurada y lógica que explica muchas de las concepciones, significados, valores y creencias de un pueblo. Algunos teóricos describen que los valores, creencias y práctica de los cuidados culturales tienden a estar arraigados y están influidos por estos contextos y dentro de la concepción de la espiritualidad, parentesco y entorno de las culturas. Así la gestación, la maternidad y el nacimiento no están exentos de estas construcciones culturales, sus valores y creencias en torno a este proceso considerado como natural y que se enmarca en la continuidad de la raza humana; cada cultura los define y tipifica desde su visión particular de la vida, y estas son transmitidas y perpetúan en el tiempo. Algunos estudios continúan descubriendo estas conductas culturales que revelan que durante la etapa de gestación la futura madre no sólo debe abstenerse de consumir alimentos prohibidos culturalmente, sino que además no debe realizar labores hogareñas que puedan interferir negativamente en el momento del parto. A partir de estas conductas culturales, el rol del equipo de salud se encuentra en desventaja si no desarrolla competencias de interculturalidad, siendo esta entendida como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad.

Palabras claves: *Cultura, interculturalidad, gestación, cuidado, atención prenatal.*

INTRODUCCIÓN

La salud materna se considera un indicador clave de desarrollo humano ya que la reproducción debe ser una parte normal de la vida y nunca un riesgo a la existencia. Se considera que más del 99% de las muertes maternas [MM] ocurren en el mundo en vías de desarrollo y alrededor de 50 millones de mujeres en el mundo experimentan una complicación seria en su embarazo, y más de medio millón muere como consecuencia de que la emergencia médica que padecen no es atendida o lo es pero de manera tardía e inapropiada, así mismo, cada año en el mundo 1,2 millones de recién nacidos/as mueren por complicaciones durante el parto. Tan solo en Tabasco la razón de MM durante el 2011 fue de 53.2% por arriba de la media nacional, superando a los estados de Zacatecas, San Luis Potosí y Querétaro con 20 casos, la tendencia es similar a la RMM nacional; el 85% de ellas fueron por causa directa derivadas de complicaciones como hemorragia, toxemia gravídica y sepsis puerperal.

Esta situación ha generado que organismos gubernamentales y no gubernamentales implementen estrategias para mejorar el bienestar de la mujer gestante una de ellas es contribuir al empoderamiento de las mujeres, las familias y las comunidades para mejorar e incrementar el control sobre la salud de la madre y del recién nacido, así como ampliar el acceso y utilización de servicios de salud de calidad. Sin embargo estas estrategias siguen siendo ejecutadas desde el modelo biomédico enfocándose sólo al estado fisiopatológico de la gestación. Sin embargo el esfuerzo de los profesionales de la salud por mantener la gestación en un estado favorable para el binomio madre hijo han sido desafiantes debido a que los factores que determinan

⁽¹⁾ Maestría en Ciencias de Enfermería, Profesor investigador de Tiempo completo. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Enfermera Jefe de Servicios de la Secretaría de Salud del estado de Tabasco, México.

⁽²⁾ Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Federal de Rio de Janeiro. Profesor principal Universidad Nacional de Trujillo, Perú.

la salud-enfermedad en este ciclo de la vida son múltiples dependiendo del panorama geográfico y social de cada país, aún en la misma región. Derivado de estos, los sistemas de salud han enfrentado con mayor dificultad para la atención los aspectos socioculturales en este grupo de población quienes lo perciben como un estado fisiológico normal pero significativo para la familia. Las diversas formas de mirar a la salud en estas regiones principalmente en las zonas rurales tienen que ver con la cosmovisión de sus propias creencias, tradiciones y normas relacionadas con el cuidado a la salud o el tratamiento de la enfermedad. Desde este contexto es importante analizar como el cuidado de la gestación viene impregnado de matices culturales que los hacen único y trascendente para la mujer y para la propia familia; estos matices al ser aprendido y comprendido son estandarizados por las propias personas de un pueblo, de una comunidad o una etnia, lo cual los identifica plenamente dentro de los sistemas sociales y políticos.

Desde esta perspectiva el objetivo de este trabajo es analizar desde la ciencia antropológica y social el significado del cuidado de la gestación a partir del estatus cultural de los pueblos, además invita a reflexionar como los prestadores de servicios de salud se involucran en este proceso reproductivo de la mujer y su familia a partir de la comprensión y la relación intercultural que actualmente forman parte de los elementos sustanciales de los derechos humanos. El abordaje de este trabajo gira en torno al concepto de cultura, posteriormente su relación con el cuidado de la gestación y finalmente los aspectos que enmarcan la interculturalidad como medio para la transición de una atención intercultural.

Desarrollo del tema

La cultura permea todas las esferas de la vida y está íntimamente relacionada con el ambiente o contexto social, político, económico y momento histórico de la humanidad, determina una visión particular del mundo para cada grupo o colectivo humano que, aunque diferente de la científica, se cimientan en una base filosófica estructurada y lógica que explica muchas de las concepciones, significados, valores y creencias de un pueblo.

Es importante partir del concepto de cultura para poder comprender su significado y su relación con nuestro contexto. La palabra cultura proviene de la palabra *cultūra*, Latín (L), cuya última palabra trazable es *colere*, L. *Colere* tenía un amplio rango de significados: habitar, cultivar, proteger, honrar con adoración. Así, 'habitar' se convirtió en *colonus*, L. de colonia. 'Honrar con adoración' se desarrolló en *cultus*, L. de culto.

Para la Antropología, la cultura es el sustantivo común "que indica una forma particular de vida, de gente, de un período, o de un grupo humano"; está ligado a la apreciación y análisis de elementos tales como valores, costumbres, normas, estilos de vida, formas o implementos materiales, la organización social, entre otros. Se podría decir que a diferencia del

concepto sociológico, aprecia el presente mirando hacia el pasado que le dio forma, porque cualquiera de los elementos de la cultura nombrados provienen de las tradiciones del pasado con sus mitos y leyendas y sus costumbres de tiempos lejanos. De manera que el concepto antropológico de cultura nos permite apreciar variedades de culturas particulares como por ejemplo la cultura de una región particular, la cultura del poblador, del campesino; cultura de crianza, de la mujer, de los jóvenes, cultura universitaria, culturas étnicas, entre otras variedades.

Algunos teóricos como Madeleine Leininger, describe que los valores, creencias y práctica de los cuidados culturales tienden a estar arraigados y están influidos por los contextos del punto de vista del mundo, lengua, filosofía, religión dentro de la concepción de la espiritualidad, parentesco, sociedad política, educación, economía, tecnología, etnohistoria y entorno de las culturas. Por lo tanto considera que la cultura es la suma total de las características socialmente heredadas de un grupo humano que abarca todo lo que una generación puede relatar o transmitir a la siguiente; en otras palabras los rasgos heredados no físicos que poseemos. La cultura también puede ser definida como un conjunto de elementos que median y califican cualquier actividad física o mental que no sea determinada por la biología y que sea compartida por diferentes miembros de un grupo social. Se trata de elementos sobre los cuales los actores sociales, construyen significados para las acciones e interacciones sociales concretas y temporales, así como sustentan las formas sociales vigentes, las instituciones y sus modelos operativos. A partir de esta definición, tres aspectos deben ser resaltados para que podamos comprender el significado de la actividad sociocultural. La cultura es aprendida, compartida, y estandarizada. Al afirmar que la cultura es aprendida, se afirma que no podemos explicar las diferencias del comportamiento humano a través de la biología de forma aislada. Sin negar su destacado papel, la perspectiva cultural(ista) afirma que la cultura modela las necesidades y características biológicas y corporales. De esta forma, la biología ofrece un paño de fondo para el comportamiento, así como proveer las potencialidades de la formación y desarrollo humano. Sin embargo, es la cultura compartida por los individuos formadores de una sociedad que torna estas potencialidades en actividades específicas, diferenciadas y simbólicamente inteligibles y comunicables.

Partiendo de esta prerrogativa, ser hombre o mujer, brasileño o chino no depende de sus respectivas composiciones genéticas, pero si, como éste, a través y en razón de su cultura, irá a comportarse o pensar. Algunos estudios etnográficos sobre patrones de comportamiento sexual según el género han indicado que existen grandes variaciones de comportamiento de los sexos y que estas variaciones tienen base en lo que las personas han aprendido en su cultura sobre lo que es ser hombre o mujer.

La cultura es compartida y estandarizada, ya que consiste en una creación humana compartida por grupos sociales específicos. Las formas materiales, contenidos y atribuciones simbólicas a ella ligados, son estandarizados a partir de interacciones sociales concretas de los individuos, así como resultante de su experiencia en determinados contextos y espacios específicos, los cuales pueden ser transformados, entretejidos y compartidos por diferentes segmentos sociales. Esto lo afirma Maturana y Verden-Zöller (1993) cuando expresa que una cultura es una red cerrada de conversaciones, y que un cambio cultural toma lugar en una comunidad humana cuando la red de conversaciones que la define como tal, cambia. Una cultura como una red de conversaciones (coordinaciones de lenguaje y emocionar) es conservada cuando los miembros de la cultura se hacen miembros de ella y la realizan al vivirla. Como tal, la identidad de los miembros de una cultura surge continuamente de nuevo cuando ellos viven la cultura que ellos integran. Tal identidad puede cambiar si las personas cambian la red de conversaciones en las que ellos participan. Su identidad (emocional y conductual) no preexiste como un rasgo de la cultura, sino que surge momento a momento cuando ellos generan con su conducta la cultura a la cual pertenecen.

En este punto se encuentran las prácticas de cuidado de la salud; estas prácticas de salud, genéricas o tradicionales, han sido determinantes para la sobrevivencia del ser humano y salvaguardar la especie humana a lo largo de la historia de la humanidad. Algunos autores afirman que el cuidado de la salud como práctica social tiene su génesis y se estructura a través del saber cultural, las instituciones sociales y las personas en el mundo de la vida. Por lo tanto la cultura de un pueblo determina el significado y visión de la vida, la salud, la enfermedad, la muerte y las prácticas de cuidado.

La gestación, la maternidad y el nacimiento no están exentos de estas construcciones culturales, sus valores y creencias en torno a este proceso, considerado como natural y que se enmarca en la continuidad de la raza humana, por lo que cada cultura los define y tipifica desde su visión particular de la vida, y estas son transmitidas y perpetúan en el tiempo.

Es tan determinante la influencia de la cultura en este proceso, que existen teorías específicas para comprender y estudiar el fenómeno de la gestación. La influencia de la familia y en especial las mujeres de la familia: abuelas, madres y suegras han demostrado cómo se transmiten y preservan las prácticas de cuidado cultural en esta etapa vital; además la familia se convierte en una red de apoyo social importante para que las gestantes y madres puedan realizar los cuidados definidos por la cultura y la sociedad, siendo asignados tempranamente a las mujeres y permaneciendo activos como tarea en todo el proceso de reproducción social. De este modo, el ámbito reproductivo se puede definir como el conjunto de condiciones organizativas que posibilitan la supervivencia de los seres humanos en condiciones grupales y en donde

la familia es el lugar organizado para la inauguración del aprendizaje, pero también el primer recinto donde se asiste como testigo a las primeras formas de asistencia, atención y cuidado. La familia tiene estructuras y funciones diversas que difieren en los distintos países y culturas. Esta rica variedad de las estructuras familiares es consecuencia de opciones individuales y de valores sociales, cambian y se adaptan constantemente a las tendencias sociales y del ambiente exterior. Sin embargo, cualesquiera que sean los cambios, el concepto de familia sobrevive como unidad social importante en casi todas las sociedades. Así la gestación como parte de una de las funciones de la familia en cuestiones de reproducción, presenta características fisiológicas, psicológicas, culturales y sociales ligadas a creencias y prácticas de la región en la cual habita.

En nuestro país podemos remontar a nuestra historia a la cultura mexicana, aceptando que no es el único antecedente que existe, de ésta se emana un principio determinante “sólo una mujer puede cuidar a otra mujer, pues sólo ella es capaz de entender los trances por los que atraviesa otra mujer, de tal forma, se explica la existencia de la Tlamatquicitl: partera, mujer sabia, considerada sacerdotisa por sus múltiples funciones en beneficio de la salud y estabilidad de la familia, así como, por sus amplios conocimientos de herbolaria que la constituyeron en un pilar de su sociedad. Orientaba a la persona preñada en aspectos de higiene y en lo relacionado con los cuidados que debía tener en el transcurso de la gestación: la mujer no debía ayunar mucho para que el producto no tuviera hambre, además, recomendaba que la madre no durmiera de día para evitar las deformaciones en la cara del niño, además cuidaba la higiene mental de la embarazada y por ende del nuevo miembro de la sociedad, para ello, recomendaba que la embarazada no se enojara, apenara, ni se asustara o se expusiera a recibir una emoción fuerte para evitar un aborto; a fin de impedir daño al nuevo ser indicaba que los antojos fueran satisfechos.

Algunos estudios en la actualidad continúan descubriendo estas mismas conductas culturales que revelan que durante la etapa de gestación la futura madre no sólo debe abstenerse de consumir alimentos prohibidos culturalmente, sino que además no debe realizar labores hogareñas que puedan interferir negativamente en el momento del parto: por ejemplo, clavar una puntilla, tapar un tarro, hacer nudos, pasar por debajo de escaleras, entrar por una puerta y salir por otra dentro de la misma casa, ya que son consideradas acciones que van a ocasionar una “trama”, creencia cultural que desemboca en un parto difícil. Otras investigaciones, confirman la relación de la alimentación, la experiencia de los fenómenos no naturales y las actividades laborales; dichas creencias revelan una carga eminentemente cultural al cuidado con la alimentación, principalmente aquellas que por sus creencias pueden dañar al feto, los sustos o encuentros con seres espirituales, la prohibición de participación en

actividades sociales y culturales. Así mismo, con respecto a las actividades laborales evitar el trabajo fuerte como cargar elementos pesados o participar en actividades agrícolas que demanden más esfuerzo; al igual que la asistencia a la consulta con la partera durante el embarazo para que le acomoden al feto, que de acuerdo a los argumentos de las gestantes se atraviesa o incrusta en el abdomen por producto del trabajo excesivo. Estas investigaciones concluyen que en el proceso de reproducción humana, tanto el modelo de salud tradicional indígena y popular, así como las normas sociales y culturales de la sociedad, moldean la percepción y creencias que las mujeres tienen respecto del embarazo, parto y puerperio. Ante esta situación es importante destacar la urgencia de diseñar e implementar un modelo de atención etnofisiológico que sea capaz de armonizar explicaciones biológicas y culturales que podrían dar una explicación a las inmigraciones no solo de personas de otros lugares sino además a la carga cultural que traen consigo y que son observados en la práctica diaria de la atención a la salud.

Por otro lado, el proceso reproductivo de la sociedad actual esta moldeado por las estructuras sociales y políticas, a su vez la posición institucional de los modelos estructurales de los sistemas de salud crean aún más las barreras socioculturales para la atención de este segmento de la población no solo por las normas establecidas, sino por la concepción científica que se tiene del proceso salud-enfermedad. Esto coloca a la persona que proporciona la atención en un comportamiento institucional que no le permite una comunicación asertiva frente a ellas dejando a un lado sus preceptos que trae consigo como herencia y arraigo cultural que son similares dentro del mismo contexto.

Un ejemplo de este contexto se observa en las comunidades étnicas en Colombia, quienes desde sus preceptos del respeto y su cosmovisión, describen a la salud como una construcción cultural, para ellos no existe una salud individual sino un concepto de salud colectiva, es un concepto holístico que se aprende y emerge con el bienestar de la comunidad. Este concepto es visto como armonía o equilibrio. La relación con los demás miembros de la comunidad, teniendo en cuenta su individualidad, el valor y reconocimiento a la tierra, ya que todo lo recibido proviene de ella, es parte de su cosmovisión de las comunidades étnicas y factor determinante para la armonía y el bienestar.

Desde la concepción cultural de la salud, el cuidado a la mujer gestante supone hacer pagamentos o mandas (compromiso con la tierra, el medio ambiente, entre otros) para evitar de pronto que cuando el niño nazca tenga pérdida de los dientes o que nazca con dientes débiles. Con respecto a la alimentación se le prohíbe a la embarazada comer fritos, además refieren que cuando una mujer está embarazada no se debe de pelear, no maltratar al feto, no coger rabia, ni guardar rencores, porque esto tiene que ver con la salud general del niño cuando esté grande. Cabe resaltar que las

madres gestantes refieren sentirse vulnerables, incluso desde sus propios contextos dado que son blancos de innumerables mensajes que día a día reciben de diferentes figuras sociales y familiares como las abuelas, tías, vecinas, amigas, y hasta el propio sistema de salud. Aunado a las preocupaciones que tiene la gestante en cuanto a que el niño nazca bien, lo cual para ellas significa, lograr llevar a cabo los cuidados que vieron practicar a sus madres, tías y mujeres de su tierra, es decir, conservar su propio "territorio cultural" de legados, saberes y prácticas sobre la gestación.

Desde este contexto el concepto de interculturalidad toma un significado fuertemente cuestionado en los servicios de salud debido a que debe ser parte de nuestra competencia profesional y de los sistemas de salud puesto que nuestro país es multicultural, y en este multiculturalismo nuestras usuarias en proceso reproductivo tienen una prioridad. En este mismo sentido el enfoque intercultural en salud busca el intento de reconocer y promover la coexistencia de distintas cosmovisiones de lo humano; aunque esta perspectiva en nuestro país ha ido adquiriendo legalidad en lo sustantivo al derecho de las personas con diversidad cultural, tanto en el ámbito del marco legal, como en la materialización de proyectos educativos, culturales y de salud todavía se carece de las competencias profesionales para entender las posturas culturales. Uno de los territorios más difíciles de penetrar tiene que ver con la cosmovisión de la salud en sí misma desde distintas representaciones, es decir, el poder intentar concebir los procesos de salud/enfermedad y, en este caso particular de la gestación de un modo que vaya más allá de la mirada del sistema de salud convencional incorporando visiones desde lo cultural.

La cosmovisión de las sociedades como antes se mencionó guía la vida y el devenir de los individuos que en ella se integran, entendiendo ésta como un conjunto complejo de ideas y creencias en las que se fundamentan costumbres, prácticas, constructos sociales y formas de la dinámica cotidiana. En muchas ocasiones la cohabitación de distintas cosmovisiones alrededor de un fenómeno, en este caso de la gestación ha llevado a las madres gestantes a incurrir en silenciamientos, ocultar información acerca de sus prácticas o incumplir con recomendaciones nutricionales pues tienden a basar su comportamiento más en sus creencias culturales que en lo que les recomienda el sistema de salud. Como ejemplo, esencialmente en las zonas rurales del estado de Tabasco la permanente relación que la gestante adquiere con los líderes comunitarios hace que la gestante acuda a las instituciones de salud después de haber visitado a la partera, o consultado con sus familiares, todavía existe un alto índice de mujeres gestantes que prefieren el parto en casa, además del rol que adopta como esposa y madre en donde la pareja es el principal actor en el mantenimiento del hogar y por lo que se le debe respeto y debe ser tomado en cuenta en todas las decisiones. No se puede dejar de mencionar

las singularidades de ritos que realizan para mantener un bienestar saludable para el feto que va desde cuidarse de no salir a la calle cuando hay eclipse, colocarse un cinto rojo en el vientre para evitar la comida de la luna, barrer el vientre con un escoba cuando hay algún movimiento telúrico, así mismo los tabúes relacionados con la alimentación como es satisfacer los antojos para que no se produzca el aborto o el feto nazca con un defecto congénito atribuible al alimento deseado, la relación del mal de ojo con la visita de personas enfermas o de humor fuerte.

Por consiguiente, este panorama cultural sitúa al equipo de salud en desventaja para otorgar atención prenatal de calidad y con eficiencia si no desarrolla competencias de interculturalidad, siendo entendida ésta como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad. Si se comprendiera de esta forma, puede transformarse en un medio fundamental para inculcar valores democráticos y responsabilidad política, y es una apuesta dentro de un sistema que busca más igualdad para todos. La interculturalidad se refiere también a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura, que pueden ser llamados etnias, sociedades, culturas o comunidades. Es importante recalcar que en nuestro contexto latinoamericano es más marcada la diversidad de forma de significado cultural relacionada con los procesos de salud-enfermedad, en particular de la gestación teniendo en cuenta que en nuestros procesos de hibridación y mestizaje cohabitan con una suerte de hibridaciones culturales. En gran medida, estas hibridaciones culturales inciden en las prácticas de salud propiciadoras de estados de bienestar, pero también en formas de deserción, abandono o interrupción de controles, cuidados, recomendaciones y/o tratamientos médicos necesarios para asegurar una apropiada gestación y a su vez basarse en los tratamientos de los especialistas tradicionales como parteras, sobadores, yerberos y chamanes que en algunas ocasiones son tratamientos inadecuados.

Finalmente, es oportuno mencionar que en México para contrarrestar esta situación, se cuenta con un marco legal que se ha adaptado al devenir de los tiempos, este marco reconoce el derecho de la población en aprovechar la medicina tradicional, así como lineamientos que faciliten el reconocimiento y enriquecimiento del trabajo de las partes tradicionales para la adaptación de los servicios bajo los principios de la competencia amigable cultural; algunos avances se han enfocado en el modelo de atención intercultural en la modalidad institucional de la reproducción humana pretendiendo incorporar en la atención del embarazo el acompañamiento psicoafectivo a través del cuidado tradicional con enfoque cultural; además del acercamiento de los servicios de salud a las comunidades más marginadas del territorio nacional a través de las caravanas de la salud y un personal de salud bilingüe que pueda ser interlocutor

entre los usuarios, así mismo de la incorporación de los líderes naturales y de recursos para la atención a la salud de la propia comunidad como las parteras tradicionales, los hueseros, entre otros. Sin embargo aún no se puede asegurar que los servicios de salud apliquen todos los principios de la salud intercultural en un país multicultural como el nuestro y con un área geográfica dispersa en donde las localidades de las zonas rurales son más apegadas a sus costumbres y creencias para tratar la salud y la enfermedad.

CONCLUSIÓN

El concepto salud-enfermedad tiene una serie de concepciones desde el punto de vista biomédico, antropológico y social. Esto implica profundizar más, conocer y comprender la salud desde los tres enfoques buscando que quienes conforman el sistema de salud articulen el concepto con la percepción que tiene la propia persona de su cuidado. Este modo de apreciación de la salud desde los dos enfoques, ha permitido que la atención prenatal se desarrolle en un entorno de comunicación poco favorable para las mujeres gestantes, que las conducen a abandonar las indicaciones médicas y recurrir a los consejos y recomendaciones tradicionales de su propia cultura. La cultura como se describió anteriormente tiene un significado solemne dentro de los grupos sociales y poseen una fuerza ancestral, de allí la importancia que representa para las instituciones retornar a la atención mediante procesos de comunicación entre el personal de salud y las gestantes. Estos procesos de comunicación se refieren a escuchar y comprender sus formas de concebir y vivir la gestación en su entorno, los ritos, las costumbres y normas que llevan a cabo la gestante y su familia, que lleve a proponer modelos de atención a la salud más cercanos a la realidad cultural mediante la valoración de los patrones culturales para el cuidado a la salud, a fin de emprender planes de atención fundamentados en la salud cultural que permita una interrelación con los cuidados culturales aceptables y los institucionales, de manera que se restrinjan las prácticas de cuidado inadecuadas sin tomar acciones represivas y discriminatorias en el manejo de la atención prenatal.

REFERENCIAS

1. Alarcón A. M. & Nahuelcheo Y. S. Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas., *Revista de Antropología Chilena*. Vol. 40, N° 2. 2008. Pág.193-202.
2. Argote L. A., & Vásquez M. L. (2007) Ante la desesperanza del desplazamiento: un hijo sano, el mayor anhelo de la mujer gestante. Vol. 38 N° 4 (Supl 2). Editora Médica del Valle Colombia Médica.

3. Bustamante Edquén, S. *Enfermería Familiar: principios de cuidado a partir del saber (in) común de las familias*. Universidad Nacional Trujillo, Perú. 2004. P. 57-90.
4. Castro F., Bibiana E., Peñaranda Correa F. *La comprensión de los significados de la maternidad: el caso de un programa de cuidado prenatal en un centro de salud en Popayán, Colombia*. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires 2011. 7(3):333-345.
5. Clifford Geertz, J. *Antropología: Interpretación de las culturas*. 12ª reimpresión. Barcelona. 2003 P. 43-81.
6. De La Cuesta Benjumea, C. *El cuidado familiar: una revisión crítica*. Revista Investigación y Educación en Enfermería, Vol. XXVII, Núm. 1, 2009. P. 96-102.
7. Díaz O, Callejas M., Camargo P., Correal I., Cruz F., Hernández A., Reina L., y col. *Cosmovisión ancestral y comprensión de los conceptos salud, cuidado y enfermería en habitantes del resguardo muisca de Chía, 2010*, Revista Colombiana de Enfermería.2011. Págs. 35-46.
8. Freyermuth Enciso M. G., *Mortalidad materna. Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres Mexico*.2009.
9. Tirzo Gómez, J. & Hernández, JG. *Relaciones interculturales, interculturalidad y multiculturalismo; teorías, conceptos, actores y referencias*. Cuicuilco [online]. 2010, vol.17, n.48 [citado 2014-07-24], pp. 11-34. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-6592010000100002&lng=es&nrm=i so. ISSN 0185-1659.
10. Lafaurie V, Castañeda K., Castro D., Laverde S., Balaguera L., López C., Martínez E., y col. *Vivencias de gestantes con embarazo de alto riesgo*. Revista Colombiana de Enfermería. 2011. Págs. 15-28.
11. Lasso Toro P. *Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud? Pensamiento Psicológico*, vol. 10, núm. 2, Cali, Colombia. 2012. Pág.123-133.
12. Leininger, M., & Mcfarland, M.R *Culture care diversity and universality: A Worldwide nursing theory* (2nd ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett. 2006.
13. Maturana, H.R. & G. Verden-Zoller. *Amor y juego, fundamentos olvidados de lo humano*. Instituto de Terapia Cognitiva. Santiago de Chile. 1993.
14. Muñoz Gaviria D. A. (2011). *Una mirada desde la sociología pedagógica de Norbert Elías a la familia: civilización, individualización y autocontrol*. Capítulo 1. Serie Lasallista Investigación y Ciencia. Itagüí, Colombia.
15. Nieves Rico M., Maldonado Valera C. *Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) División de desarrollo social de la CEPAL; serie 61 Seminarios y Conferencias; Santiago de Chile 2011.
16. Organización Mundial de la Salud. *Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave*. Washington, D.C., EUA. 2011.
17. Organización Mundial de la Salud. *Mortalidad materna y Género y los Objetivos de Desarrollo del Milenio Día Internacional de la Mujer*. 2008.
18. Quintero Laverde M. C, Ospina Mejía o., Torrado Cote O. P; Urrea González M. C., Díaz Carrero S. C. *La salud en la cosmovisión de una comunidad indígena. Retos educativos con una perspectiva intercultural*. [Tesis doctoral]. Chía Colombia.2010. Pág. 49-52.
19. Ramos-Lafont CP. *Prácticas culturales de cuidado de gestantes indígenas que viven en el Resguardo Zenú ubicado en la Sabana de Córdoba* [Tesis]. Universidad Nacional de Colombia Convenio Universidad de Cartagena Maestría en Enfermería Bogotá, Colombia 2011.
20. Ruiz Salguero M., Rodríguez Vignoli J. (2011) *Familia y nupcialidad en los censos latinoamericanos recientes: una realidad que desborda los datos*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL; serie 99, población y desarrollo; Santiago de Chile.
21. Secretaría de Salud. *Análisis de Mortalidad Materna en Tabasco: Análisis de Muerte Materna 2009-2011*. Presentación en la sesión de comité de mortalidad materna.2011.
22. Cleves Romero SY., Deaza Cortés NA., Tobar Patiño DP. *Aproximación a los significados de la gestación y maternidad que construyen adolescentes y jóvenes de la localidad de Engativá-Bogotá, 2010*[tesis]. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá Colombia 2010.