



Artículo de investigación científica y tecnológica

Estudio etnográfico de cartografía corporal para reconocer señales de alarma del embarazo en gestantes Zenú

An ethnographic study of body mapping to recognize pregnancy warning signs in Zenú pregnant women

Javier Alonso Bula-Romero¹ * Gustavo Jiménez-Hernández² * Mariana Maya-Reinoso³

Claudia Patricia Arrieta-Mercado⁴

Para citar este artículo: Bula-Romero J, Jiménez-Hernández G, Maya-Reinoso M, Arrieta-Mercado C. Estudio etnográfico de cartografía corporal para reconocer señales de alarma del embarazo en gestantes Zenú. Duazary. 2026;23:e6766. <https://doi.org/10.21676/2389783X.6766>

Recibido en agosto 12 de 2025

Aceptado en febrero 23 de 2026

Publicado en línea en febrero 27 de 2026

RESUMEN

Introducción: la mortalidad materna en la población indígena de Colombia aún es elevada, debido en parte al desconocimiento y a la demora en el reconocimiento de las señales de alarma durante el embarazo. Este fenómeno ha sido poco explorado desde las perspectivas y prácticas culturales de las gestantes indígenas. **Objetivo:** describir las señales de peligro durante el embarazo en un grupo de gestantes de la comunidad indígena Zenú del municipio de Tuchín, Córdoba, Colombia, mediante cartografía corporal. **Método:** se diseñó un estudio cualitativo con enfoque etnográfico. Se aplicaron entrevistas, observación participante y talleres de cartografía corporal a 10 gestantes zenú. El análisis temático se basó en patrones culturales emergentes. **Resultados:** las gestantes identificaron señales de peligro mediante expresiones propias como “tener maluquera”, “ver cucullos” o “sentirse removidas”. Estas denominaciones revelan un lenguaje simbólico coherente con sus prácticas culturales. Las parteras tradicionales desempeñan un rol central en la atención prenatal y en el manejo de los síntomas mediante saberes ancestrales. **Conclusiones:** la cartografía corporal facilitó el reconocimiento simbólico del cuerpo en gestación como un territorio sagrado. Se resalta la importancia de incorporar enfoques interculturales y procesos de etnoeducación para reducir la mortalidad materna en comunidades indígenas.

Palabras clave: salud de la mujer; salud de poblaciones indígenas; embarazo; signos y síntomas; características culturales; enfermería transcultural.

ABSTRACT

Introduction: Maternal mortality among Indigenous populations in Colombia remains high, partly due to limited awareness and delayed recognition of pregnancy warning signs. This phenomenon has been scarcely explored from the perspective of Indigenous women's voices and cultural practices. **Objective:** To describe pregnancy danger signs in a group of pregnant women from the Zenú Indigenous community in Tuchín, Córdoba, Colombia, using body mapping as a methodological approach. **Method:** A qualitative ethnographic study was conducted. Data were collected through interviews, participant observation, and body-mapping workshops with 10 pregnant Zenú women. Thematic analysis was performed based on emerging cultural patterns. **Results:** Participants identified danger signs using culturally specific expressions such as “tener maluquera” (feeling unwell), “ver cucullos” (seeing flashes), or “sentirse removidas” (feeling stirred). These terms reflect a symbolic language embedded in their cultural practices. Traditional midwives play a central role in prenatal care and symptom management through ancestral knowledge. **Conclusions:** Body mapping facilitated symbolic recognition of the pregnant body as a sacred territory. The findings highlight the importance of incorporating intercultural approaches and ethno-educational processes to reduce maternal mortality in Indigenous communities.

¹Universidad de Córdoba. Montería, Colombia. Correo: javierbula@correo.unicordoba.edu.co - <https://orcid.org/0000-0002-0788-0472>

²Universidad de Córdoba. Montería, Colombia. Correo: gustavojimenezh@correo.unicordoba.edu.co - <https://orcid.org/0000-0003-1502-8527>

³Universidad de Córdoba, Montería. Correo: mayareinosomariana@gmail.com - <https://orcid.org/0009-0006-6860-7185>

⁴Universidad de Córdoba. Montería, Colombia. Correo: claudiaarrieta5m2003@gmail.com - <https://orcid.org/0009-0000-6355-7947>

Keywords: Women's health; Health of indigenous peoples; Pregnancy; Signs and symptoms; Cultural characteristics; Transcultural nursing.

INTRODUCCIÓN

La demora en el reconocimiento de las señales de alarma durante el embarazo y la búsqueda de atención oportuna representan un factor crítico en la mortalidad materna y perinatal, especialmente en poblaciones vulnerables como los pueblos indígenas.^{1,2} En Colombia habitan cerca de 115 pueblos indígenas de diversos orígenes y tradiciones lingüísticas y culturales; estos se distribuyen a lo largo y ancho del país, desde la costa del Caribe hasta la región de la Amazonía.³ En Colombia, en 2022, la tasa de mortalidad materna más alta se registró en la población indígena (125 por 100.000 nacidos vivos), lo que evidencia que la pertenencia étnica actúa como determinante estructural de la salud.⁴⁻⁶ Los pueblos Wayuu, Sikuani y Nasa han concentrado el mayor número de muertes maternas en los últimos cinco años.^{7,8}

El departamento de Córdoba presenta un panorama persistente de inequidad, con tasas de mortalidad materna superiores a la media nacional.⁹ El Plan de Desarrollo Departamental 2020–2023 estableció como meta reducir dicha razón a 65 por cada 100.000 nacidos vivos.¹⁰ No obstante, persiste un vacío en la literatura sobre las condiciones específicas de salud materna en el resguardo Zenú, ya que los registros existentes no desagregan la información por pertenencia étnica.^{11,12}

Ante esta situación, adquiere relevancia el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), que promueve el respeto a la cosmovisión de los pueblos indígenas en la atención sanitaria. En el resguardo Zenú se reconoce una articulación entre medicina ancestral y servicios médicos convencionales a través de Entidades Promotoras de Salud (EABP) con enfoque intercultural.¹³

Estudios en comunidades indígenas de África han documentado cómo las mujeres interpretan los signos de peligro durante el embarazo mediante códigos culturales, expresiones simbólicas y apoyos comunitarios. Por ejemplo, en Tanzania, mujeres masái describen malestares mediante metáforas visuales (“ver luces”, “sentirse removidas”), y en Ghana, las parteras tradicionales juegan un rol clave en el triaje doméstico inicial.¹⁴⁻¹⁶

En este contexto, surge la cartografía corporal como herramienta metodológica para el reconocimiento de señales de alarma durante el embarazo. Esta técnica permite visibilizar las formas en que las gestantes interpretan y localizan sensaciones corporales desde su cosmovisión, lo que facilita la identificación de signos de riesgo desde un enfoque participativo y culturalmente pertinente. Se basa en el cuerpo vivido como territorio simbólico y comunicativo, donde convergen el sentir, el cuidado y las decisiones de salud.^{17,18}

El enfoque de esta investigación se fundamenta en la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales de Madeleine Leininger, que orienta la práctica enfermera hacia la adaptación de los cuidados a los valores, creencias y estilos de vida de cada cultura.¹⁹ Esta perspectiva permite comprender el embarazo como una experiencia socioculturalmente situada, en la que las mujeres activan redes de apoyo, interpretan signos y toman decisiones desde sus marcos de referencia simbólicos.

Pese a los avances en la cobertura prenatal, las gestantes indígenas continúan enfrentando barreras lingüísticas, geográficas y simbólicas que dificultan el reconocimiento oportuno de los síntomas de alarma. La falta de materiales educativos culturalmente apropiados y la limitada integración de los saberes ancestrales en los programas institucionales son aún desafíos pendientes.^{20,21}

El objetivo de esta investigación fue describir las señales de peligro durante el embarazo en un grupo de gestantes de la comunidad Zenú mediante la cartografía corporal.

MÉTODO

Tipo de estudio y participantes

El estudio se desarrolló en el municipio de Tuchín, departamento de Córdoba, ubicado en la región Caribe de Colombia, territorio que forma parte del resguardo indígena Zenú de San Andrés de Sotavento, uno de los más extensos del país. El pueblo indígena Zenú representa el 16,30% de la población indígena de Colombia; ocupa el tercer puesto entre los pueblos indígenas más numerosos del país; se ubica principalmente en el departamento de Córdoba y cuenta con una población de 39.061 habitantes.²² La comunidad Zenú habita zonas rurales y semiurbanas caracterizadas por una fuerte cohesión comunitaria, prácticas culturales ancestrales vigentes y una articulación entre la medicina tradicional, liderada por parteras y sabedores, y los servicios de salud institucionales con enfoque intercultural. Este contexto socioterritorial resulta clave para comprender las formas culturales de reconocimiento y manejo de las señales de alarma durante el embarazo.

La investigación corresponde a un estudio etnográfico.²³ Se usaron diarios de campo, observación participante, registros fotoetnográficos y la cartografía corporal como herramientas centrales para la producción de información. La riqueza de información y la diversidad de fuentes permitieron triangular los datos. Esta estrategia permitió un análisis integral de la información recolectada en las entrevistas a los informantes clave, así como de la información suministrada por los grupos focales y los diarios de campo. La muestra se conformó mediante un muestreo teórico-intencional. Se incluyeron gestantes zenú en cualquier trimestre del embarazo, con capacidad de comunicación y de consentimiento informado. Se excluyeron mujeres con alteraciones cognitivas o con cuadros clínicos que limitaran su participación en las sesiones. El tamaño muestral se definió mediante la saturación teórica y la suficiencia empírica, conforme a los principios de la investigación cualitativa.

Adicionalmente, se incorporaron tres informantes clave del sistema de salud indígena local (líderes comunitarios y gestores interculturales) y dos parteras tradicionales, con amplia trayectoria en la atención prenatal desde el saber ancestral.

Procedimiento y recolección de la información

Para la recolección de datos se utilizaron múltiples técnicas de manera intencional, con el propósito de realizar triangulación metodológica y de fuentes, incluida la observación participante y no participante (48 horas registradas en diarios de campo), entrevistas a gestantes e informantes clave, revisión documental sobre la cultura Zenú y un taller de cartografía corporal.

Esta estrategia permitió identificar señales de peligro durante el embarazo y rescatar el sentipensar de las gestantes a partir de sus cosmovisiones. Se realizaron dos grupos focales, integrados por cinco gestantes cada uno ($n = 10$), organizados según la disponibilidad y el trimestre de gestación, y denominados con nombres tradicionales del pueblo Zenú. En estos espacios, las participantes dibujaron siluetas de gestantes a escala real y marcaron zonas asociadas a signos de alarma.

De forma complementaria, se realizaron diez entrevistas en profundidad a gestantes y cinco a informantes clave, correspondientes a dos parteras tradicionales y a tres actores del sistema de salud indígena y municipal, con experiencia en la atención prenatal en el territorio. Además, se elaboró una imagen colectiva de la madre Manexka, en la que se documentaron las señales de alarma en el lenguaje propio de las participantes.

La triangulación intencional entre entrevistas, cartografías corporales y observaciones permitió integrar perspectivas emic y étic, lo que enriqueció la comprensión cultural de las señales de alarma durante el embarazo en el pueblo Zenú.

Análisis

El análisis de la información se orientó desde la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales de Madeleine Leininger, que permitió comprender las señales de alarma durante el embarazo a partir de los valores, creencias y prácticas culturales propias del pueblo Zenú. Desde esta perspectiva, la cartografía corporal se utilizó como técnica central para explorar el cuerpo vivido como territorio simbólico, en el que las gestantes nombran, localizan y significan los signos de peligro en coherencia con su cosmovisión.

Se realizó un proceso de codificación abierta y axial; se integraron narrativas verbales, marcas corporales y registros de observación participante. Las categorías analíticas emergieron del diálogo entre los saberes propios y el conocimiento biomédico, lo cual es coherente con los principios de cuidado culturalmente congruente propuestos por Leininger. Se garantizó el rigor cualitativo mediante la triangulación de fuentes, la validación con participantes, la trazabilidad analítica y la descripción densa del contexto cultural.

Declaración de aspectos éticos

La investigación se desarrolló conforme a los principios éticos para estudios con seres humanos establecidos en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia y se clasificó como de riesgo mínimo. Dado el carácter etnográfico del estudio y el uso de talleres participativos, se implementó un proceso de consentimiento informado libre, previo y voluntario, el cual fue explicado de manera verbal y escrita a todas las participantes, respetando su nivel de comprensión y contexto cultural.²⁴

El consentimiento incluyó información sobre los objetivos del estudio, las actividades a realizar (entrevistas, observación y cartografía corporal), el carácter voluntario de la participación, la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin consecuencias y el uso académico de la información recolectada. Para las actividades grupales, se reforzó el acuerdo colectivo sobre el respeto mutuo y la confidencialidad de los relatos compartidos.

La confidencialidad se garantizó mediante la anonimización de la información, el uso de códigos alfanuméricos para identificar a las participantes y la omisión de datos que permitieran su reconocimiento. Los registros escritos, sonoros y visuales fueron resguardados en archivos protegidos de acceso exclusivo para el equipo de investigación.

Considerando el valor cultural de los saberes compartidos, el manejo de la información se realizó con un enfoque de respeto, no de extractivismo, y con reconocimiento del conocimiento ancestral, evitando interpretaciones estigmatizantes o usos ajenos a los fines científicos del estudio. Asimismo, se contó con la autorización de las autoridades comunitarias del resguardo indígena y de la institución de salud en la que se llevó a cabo la investigación.

RESULTADOS

La muestra incluyó diez gestantes Zenú residentes en Tuchín, Córdoba, con una mediana de edad de 25 años (RIC 21–29). La edad gestacional se distribuyó en el primer trimestre (20%), el segundo (40%) y el tercer trimestre (40%). Predominó la unión libre (80%) y una escolaridad media (40% secundaria completa, 20% técnica, 20% secundaria incompleta). La mayoría se desempeñaba como ama de casa (50%) o trabajaba en

actividades informales (30%). Participaron tanto primigestas como multigestas. Se incorporaron, además, dos parteras tradicionales (de 60 y 63 años) y tres actrices del sistema de salud indígena y municipal.

Con el fin de preservar el anonimato y, al mismo tiempo, ofrecer contexto interpretativo, las citas textuales se identifican mediante descriptores narrativos que incluyen el tipo de técnica de producción de la información (entrevista individual o grupo focal), el rol de la participante dentro del estudio y su momento gestacional (primigesta o multigesta, trimestre del embarazo). Esta estrategia permite contextualizar las voces sin recurrir a numeraciones rígidas, evita reduccionismos y mantiene la coherencia con el enfoque etnográfico del estudio.

Una vez transcrita la información de las entrevistas individuales y de los grupos focales, los investigadores identificaron patrones y temas culturales en los discursos de las participantes del estudio. Los grupos focales fueron denominados con los nombres de las tres provincias que conformaron el reino del pueblo Zenú: Panzenú, Finzenú y Zenufana. Cada grupo tenía la tarea de escoger a una representante y dibujar la silueta de su cuerpo a escala real, identificar el cuerpo en gestación, incluir la representación gráfica de su bebé y señalar las partes del cuerpo donde creían que podía ocurrir o presentarse una señal de alarma durante el embarazo. Estos fueron codificados en forma alfanumérica como se ilustra en el siguiente ejemplo:

El análisis de la información se realizó en paralelo a la recolección de datos, utilizando las perspectivas “emic” y “etic” propuestas por Leininger.²⁵ La descripción e interpretación siguieron el proceso iterativo propuesto por Spradley,²⁶ que incluyó la identificación de temas culturales.

Los temas que se presentan en esta sección surgieron a partir de un análisis temático inductivo. Inicialmente, se realizó una lectura comprensiva y repetida de las transcripciones de entrevistas, de los diarios de campo y de las narrativas asociadas a las cartografías corporales. Posteriormente, se efectuó una codificación abierta para identificar unidades de significado relacionadas con la vivencia del cuerpo, las señales de alarma y las prácticas de cuidado durante el embarazo.

Las categorías preliminares fueron discutidas y refinadas mediante un proceso de comparación constante y triangulación entre fuentes y técnicas, lo que permitió agrupar los códigos en temas y subtemas que reflejan patrones culturales compartidos. La denominación de cada tema se consensuó en el equipo de investigación, procurando mantener la cercanía al lenguaje y a los significados expresados por las participantes. En la presente investigación emergieron cuatro temas culturales: cuerpo y territorio durante el embarazo; estar alerta; señales de peligro durante el embarazo para la mujer Zenú; y prácticas culturales en torno a las señales de alarma durante el embarazo.

Tema cultural 1. Cuerpo y territorio durante el embarazo

Para las mujeres del pueblo Zenú, el embarazo representa una etapa de orgullo y cuidado colectivo, en la que madres y abuelas identifican señales de peligro y orientan a través de saberes ancestrales. Transitar a la maternidad implica un proceso de preparación consciente que vincula las prácticas de cuidado cultural que se entrelazan alrededor del embarazo; estas prácticas incluyen el reconocimiento del cuerpo en gestación como un territorio vivo donde se configuran los imaginarios socioculturales propios del embarazo.

El cuerpo de la mujer embarazada es un territorio sagrado que alberga la vida; es ver cómo crece un nuevo ser en el vientre de la madre. Eso es maravilloso... [gestante Zenú de 35 años III trimestre-Gestante Reino Panzenú- testimonio del grupo focal]

Uno ve cómo más bonita es: la barriga le crece, las caderas se ponen más grandes; es como cuando una flor se abre al mundo, ¡bueno así!... [Gestante Zenú de 28 años II trimestre grupo focal del Reino- Zenufana]

El cuerpo gestante es reconocido como territorio de alerta mediante un lenguaje propio, que facilita la identificación de señales de peligro. Nombrarlas desde lo cotidiano permite apropiarse del significado y actuar sin depender de tecnicismos incomprensibles.

Tema cultural 2. Estar alerta

En los grupos focales se evidenció que “estar alerta” forma parte de la conciencia colectiva de todas las gestantes, un elemento crucial para consultar oportunamente a los servicios de salud. Las participantes del estudio identificaron una serie de señales de alarma durante el embarazo que forman parte del trenzado de conocimientos populares propios del territorio. Cartografiar su cuerpo en gestación permitió a los participantes del estudio reconocer las señales de alarma durante el embarazo, desde su propio lenguaje y sentipensar.

Como yo ya había tenido hijos, ya sabía cuándo algo no estaba bien: me iba a donde la partera, a ver qué me decía, o, si no, cogía de una, pal médico. ... [Gestante Zenú de 36 años III trimestre grupo focal Reino Finzenú]

Uno tiene que estar alerta y no esperar a que vaya a pasar algo malo. Ajá, cuando uno es primeriza, a veces deja pasar las cosas y por eso pasa lo que pasa. ... [Gestante Zenú de 24 años I trimestre grupo focal del Reino- Zenufana]

Cartografiar su cuerpo en gestación permitió a los participantes del estudio reconocer las señales de alarma durante el embarazo, desde su propio lenguaje y sentipensar. Este diálogo de saberes se configuró como un trenzado de múltiples voces.

Tema cultural 3. Señales que indican peligro durante el embarazo para la mujer Zenú

Tener maluquera

Al referirse a las señales de alarma durante el embarazo, las gestantes utilizan términos como “tener maluquera” para referirse a las náuseas y los vómitos, especialmente en el primer trimestre, condiciones que se vinculan con la experiencia de tener una mala barriga, es decir, que todo lo que comen les hace daño.

Yo tuve maluquera los primeros meses, eso no paraba de traspocar, mi mamá me decía que hacía una mala barriga [Gestante Zenú de 27 años II trimestre grupo focal del Reino Panzenú]

Tenía comidas que yo no podía ni oler, eso me daba de todo, con solo verla ya me daban ganas de traspocar [Gestante Zenú de 21 años I trimestre grupo focal del Reino- Zenufana]

A mí, una vez, mi mamá me dio una cosa más maluca: me dijo que se me había bajado el azúcar. Me desmayé, me puse a sudar frío y se me fueron las luces. Se me pasó cuando me dieron agua con azúcar. [Gestante Zenú de 32 años II trimestre grupo focal del Reino Panzenú]

Ver cucullos y tener dolor en el cocote de la cabeza

Las gestantes también advierten señales de peligro asociadas a signos de vasoespasmo que, según su propio lenguaje, relacionan con ver “cucullos o chispitas”, tener la vista empavonada y presentar dolor de cabeza,

específicamente en el cocote (región parietoccipital del cráneo), o “abotigamiento” en los pies (edema), signos y síntomas que se asocian con una presión arterial alta durante el embarazo.

A mí, una vez, me dio un dolor en todo el cocote de la cabeza que no me lo quitaba nada. Ahí fue cuando me llevaron al CAMU; me encontraron con la presión altísima. [Gestante Zenú de 33 años III trimestre grupo focal del Reino Finzenú]

Sí, es que cuando a uno se le sube la presión, la vista se le empavona y ve como cucullos, eso es malo y uno debe ir al médico de una [Gestante Zenú de 29 años III trimestre grupo focal del Reino Panzenú]

Tener frialdad

Otras señales de alarma identificadas se relacionan con amenaza de parto pretérmino, tener frialdad o presentar infección vaginal, y sintomatología asociada con: contracciones uterinas antes de tiempo, presentar frialdad o mal de orina (bacteriuria sintomática), tener abundante flujo vaginal de color verde, amarillo o blanco espumoso, y que además produce rasquiña (vaginosis bacteriana).

Cuando uno tiene frialdad, le entra una orinadera y un dolor bajito; uno tiene que tomar algo para bajar esa frialdad. [Gestante Zenú de 23 años II trimestre grupo focal del Reino- Zenufana]

Cuando uno se baña de noche o le cae agua de lavá en la barriga enseguida le cae frialdá, eso es malo porque se te puede venir el parto [Gestante Zenú de 27 años III trimestre grupo focal del Reino Panzenú]

No sentir al bebé

La información obtenida de los diarios de campo y las entrevistas a los informantes claves, muestran como las primigestantes presentan demora en el reconocimiento de las señales de alarma durante el embarazo, especialmente la ausencia de los movimientos fetales, situación que conlleva a presentar casos de óbitos fetales y complicaciones maternas; como se evidencia en la anotación del diario de campo al entrevistar a un informante clave, miembro de la secretaría municipal de salud del municipio de Tuchín.

Tuvimos un caso de muerte perinatal. Había una embarazada, por cierto, primigestante, que, cuando vino a consultar porque no se le movía el bebé, ¡ya estaba muerto! Le preguntamos por qué no había venido antes, y su respuesta fue que creía que el bebé estaba dormido, que a ella le habían dicho que, si no se movía, era porque él siempre dormía. Informante clave. Miembro de la SMS

Cuando veo que no se me mueve el bebé, yo voy a revisarme la barriga con la partera, esa me dice si el bebé está bien o no [Gestante Zenú de 34 años III trimestre grupo focal del Reino Panzenú]

Hay mujeres que piensan que si el bebé no se mueve, es porque está dormido; yo espero un rato, o le hablo, me sobo la barriga o, si no, vengo al CAMU. [Gestante Zenú de 22 años II trimestre grupo focal del Reino Finzenú]

Aquí en la IPS hay un bohío y está Conchita, la partera, ella nos revisa y si algo, pasamos pa' onde el médico [Gestante Zenú de 25 años III trimestre grupo focal del Reino- Zenufana]

Sentir que el bebé no se mueve es una señal de alarma o peligro que muchas veces pasa inadvertida porque algunas gestantes creen que el bebé está dormido, situación que se ha convertido en un asunto crítico en las unidades de análisis de las muertes perinatales en el territorio, sobre todo en las primigestantes. Quizás una

de las prácticas culturales que se necesite reforzar en las gestantes y en las parteras tradicionales es advertir sobre el tiempo de espera para acudir a los servicios de salud cuando se dejan de percibir los movimientos fetales, especialmente cuando las gestantes acuden con las parteras a sobarse la barriga durante el embarazo.

Sentirse removidas antes de tiempo

“Sentirse removidas” antes de la fecha del parto es la expresión utilizada por las gestantes Zenú para referirse a la sensación de inicio prematuro del trabajo de parto, caracterizada por dolores bajos, contracciones uterinas tempranas y, en algunos casos, sangrado o salida de líquido vaginal; se consideró un evento de gran importancia para las mujeres en gestación. La presencia de sangrado activo y abundante, o la salida de líquido por la vagina durante el embarazo, es considerada por ellas una señal de peligro inminente que puede comprometer la vida de la madre y de su hijo por nacer.

“Sentirse removidas” (término coloquial que hace referencia a estar en trabajo de parto) se consideró un evento de gran importancia para las mujeres en gestación; la presencia de sangrado activo y abundante o la salida de líquido por la vagina durante el embarazo es considerada por ellas una señal de peligro inminente que puede comprometer la vida de la madre y de su hijo por nacer.

Cuando uno está “removida”, empieza a tener dolores bajitos, pero uno se asusta porque todavía no es tiempo; entonces trata de quedarse quietecita, pero si hay más contracciones, pues va el médico. Gestante Zenú de 29 años III trimestre grupo focal del Reino Finzenú]

Lo que sé es que cuando uno bota agua, que no es orín, o tiene sangrado así de repente, tiene que volar para donde el médico porque eso es malo. [Gestante Zenú de 18 años I trimestre grupo focal del Reino Panzenú]

Tema cultural 4. Prácticas culturales en torno a las señales de alarma durante el embarazo

El reconocimiento de las voces permitió identificar, mediante un proceso dialógico y reflexivo, prácticas culturales en torno a las señales de alarma durante el embarazo. La experiencia de las parteras tradicionales, portadoras de la sabiduría ancestral Zenú, destacó el uso de medicina herbolaria mediante infusiones y ungüentos para tratar síntomas como el vómito, el dolor de cabeza, el sangrado vaginal, la hinchazón y el mal de orín. Las señales fueron agrupadas en cabeza, tronco y extremidades, entre ellas malestares digestivos (vascas, trasbocadera), infecciosos (fiebre, frialdad, flujo vaginal) y de compromiso materno-fetal (ausencia de movimientos, contracciones tempranas, mareo, visión borrosa, sangrado y abotigamiento de pies).

Una de las principales prácticas de cuidado cultural utilizadas por las gestantes de la etnia Zenú es el uso de plantas medicinales mediante infusiones, aromáticas, ron compuesto, emplastos y ungüentos mentolados. La albahaca, las hojas de limón, el matarratón, la raíz de la malva morada y el ultimorial son las plantas medicinales más utilizadas por las gestantes cuando presentan alguna señal de alarma durante el embarazo.

...Cuando me da esa maluquera, mi mamá me hace una aromática de albahaca con bastante azúcar; al ratito se me pasa...

[Gestante Zenú de 18 años I trimestre grupo focal del Reino Panzenú]

Otra práctica común en las gestantes es acudir donde la partera para que le sobe su barriga, especialmente cuando dejan de percibir los movimientos fetales o sienten que el bebé está mal encajado –expresión que utilizan para referirse a la mala posición del feto

Yo espero un ratico (aproximadamente 1 hora), pero si no se me mueve la criatura, voy donde la partera para que me suba y mire a ver qué pasa.

[Gestante Zenú de 29 años III trimestre grupo focal del Reino Finzenú]

A veces se me encaja entre las costillas y no me deja ni respirar ni caminar, por eso voy a que me soben porque creo que lo tengo encajado (refiriéndose al bebé)

[Gestante Zenú de 25 años III trimestre grupo focal del Reino- Zenufana]

Sentir que el bebé no se mueve es una señal de alarma o de peligro que muchas veces pasa inadvertida porque algunas gestantes creen que el bebé está dormido.

Lo que dice mi abuela es que él está dormido; que si no se mueve mucho, hay que despertarlo y hablarle para saber que está bien.

[Gestante Zenú de 31 años III trimestre grupo focal del Reino Panzenú]

A una muchacha por acá se le murió su ciatura; ella pensaba que él estaba dormido y, cuando vino a ver, ya no le encontraron el corazoncito. Por eso, uno tiene que estar pendiente de que siempre se mueva o de hablarle. Gestante Zenú de 29 años III trimestre grupo focal del Reino Finzenú]

DISCUSIÓN

En este estudio, las señales de alarma durante el embarazo se conceptualizan como manifestaciones corporales y simbólicas que advierten un posible riesgo materno o fetal y, en determinados contextos, operan como “señales gatillo”, es decir, detonantes de decisiones inmediatas de búsqueda de ayuda. Bajo esta comprensión, se identificaron como señales de alarma prioritarias el sangrado, la cefalea intensa o alteraciones visuales, el dolor abdominal persistente, la fiebre y la disminución de los movimientos fetales, las cuales activaron rutas de consulta y de cuidado. Este patrón es congruente con la evidencia internacional sobre señales de alarma y preparación para el parto, donde dichos síntomas se consideran de máxima prioridad clínica y educativa, según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para el control prenatal centrado en la mujer.²⁷ Asimismo, revisiones recientes muestran que, en contextos de bajos recursos, la conciencia de señales de alarma es heterogénea y depende de alfabetización en salud, experiencias previas y barreras de acceso, hallazgo que dialoga con nuestras narrativas sobre umbrales de decisión y rutas de acción.^{28,29} En otras culturas, como zonas rurales de India y África, se han descrito configuraciones similares de alerta con variaciones en el tiempo de reacción y en los interlocutores de primera consulta, reforzando la interpretación de que la estructura social y los apoyos inmediatos modulan la respuesta ante la alarma.^{30,31}

En América Latina, la mediación de parteras tradicionales como primer eslabón de consejo y triaje doméstico ha sido ampliamente documentada y explica rutas escalonadas hogar–partera–servicio de salud, con potencial para acortar o postergar la consulta según el tipo de señal y el consenso familiar; lo cual coincide con lo narrado por nuestras participantes. Estudios en Guatemala y la Amazonía ecuatoriana muestran que

la articulación entre partería e instituciones puede mejorar derivaciones oportunas si se definen criterios compartidos y canales de comunicación en tiempo real.³⁰⁻³³

En coherencia con el análisis presentado en la sección de resultados, los hallazgos se interpretan a la luz de tres aportes teóricos complementarios. En primer lugar, la Teoría del Cuidado Cultural de Leininger permite comprender la centralidad de la partería tradicional y de la familia como cocuidadores significativos, lo cual es coherente con la identificación colectiva de las señales de alarma.³⁴ En segundo lugar, los modelos explicativos de Kleinman aportan un marco para entender cómo las gestantes dotan de sentido a los síntomas y transitan por circuitos de búsqueda de ayuda (doméstico–popular–profesional).³⁵ Finalmente, el Modelo de Creencias en Salud contribuye a explicar por qué determinadas señales incrementan la percepción de severidad y de susceptibilidad, lo que activa conductas inmediatas, mientras que las barreras percibidas elevan el umbral de consulta.^{36,37} Estas perspectivas permiten articular las convergencias y diferencias observadas de manera transversal en las narrativas analizadas.

El uso de cartografía corporal permitió exteriorizar conocimiento encarnado y localizar “territorios corporales de alerta” (cabeza, abdomen, pelvis) que, sin el soporte visual, resultan difíciles de captar solo mediante entrevista. La literatura metodológica coincide en que la cartografía corporal integra imagen y relato, favorece la reflexividad participante-investigadora y la validación inmediata de significados, lo que fortalece la credibilidad y la verificación del análisis.³⁸⁻⁴⁰ Ello se reflejó en nuestro procedimiento (matriz imagen-texto, codificación en vivo, triangulación), que enriqueció la densidad interpretativa de las categorías. Además, investigaciones cualitativas sobre percepción corporal en el embarazo respaldan que los cambios somáticos se viven como señales con carga afectiva y social, coherentes con las marcas y relatos emergentes en nuestro estudio.⁴¹

En el contexto del cuidado directo, una de las principales implicaciones prácticas consiste en incorporar el uso de mapas corporales breves en la educación prenatal, tanto individual como grupal. Esta herramienta permite coconstruir, junto con cada gestante, las señales de alarma prioritarias, o “señales gatillo”, y sus respectivas rutas de acción explícitas. Dicha estrategia se alinea con el modelo de cuidado centrado en la mujer promovido por la Organización Mundial de la Salud y puede contribuir a acortar los tiempos de triaje, especialmente cuando los profesionales utilizan preguntas visuales del tipo “muéstrame dónde lo sientes”, facilitando así una identificación más precisa y culturalmente pertinente de los síntomas.²⁵

En cuanto a la articulación intercultural, se recomienda establecer protocolos de derivación inmediata, definidos en conjunto con parteras tradicionales y liderazgos comunitarios. Estos protocolos deben contemplar señales clínicas específicas, como sangrado vaginal, cefalea, alteraciones visuales, fiebre, dolor abdominal persistente y disminución de los movimientos fetales. Su implementación debe acompañarse de canales de comunicación bidireccionales, fortalecidos mediante ejercicios prácticos y simulacros colaborativos que favorezcan la respuesta oportuna.³⁰⁻³²

Desde una perspectiva de salud pública, resulta fundamental adaptar los materiales de información, educación y comunicación mediante el uso de una iconografía local, coherente con los símbolos y expresiones ya empleados por las gestantes. Asimismo, se propone la realización de talleres comunitarios de cartografía corporal en sectores con barreras de acceso geográfico o cultural, así como el fortalecimiento de las rutas de traslado y los sistemas de alerta comunitarios, en coordinación con actores locales.^{27,30-32}

Entre las fortalezas del estudio se destaca la integración de cartografías y entrevistas, la validación con participantes y la mediación cultural que reduce ambigüedades semánticas; estas decisiones metodológicas están respaldadas por la literatura sobre la cartografía corporal.³⁷⁻³⁹ Como limitaciones del estudio se señalan el muestreo intencional, el posible sesgo de deseabilidad social en los relatos sobre decisiones de consulta y la ausencia de un seguimiento longitudinal que evalúe cambios en umbrales de decisión tras intervenciones

educativas; estas limitaciones son comunes en estudios cualitativos de salud materna en comunidades indígenas y rurales.^{28,30-32}

CONCLUSIONES

Este estudio permitió describir las señales de peligro durante el embarazo en un grupo de gestantes pertenecientes a la comunidad indígena Zenú del municipio de Tuchín, evidenciando que dichas señales se reconocen y nombran mediante un lenguaje propio, simbólico y culturalmente situado. Manifestaciones como el sangrado, la cefalea intensa, las alteraciones visuales, el dolor abdominal persistente, la fiebre y la disminución de los movimientos fetales emergen como señales de alarma prioritarias, interpretadas y gestionadas mediante redes familiares, parteras tradicionales y saberes ancestrales, que orientan las decisiones de búsqueda de ayuda.

Cartografiar su cuerpo en gestación permitió a los participantes del estudio reconocer las señales de alarma durante el embarazo, desde su propio lenguaje y sentipensar. Este diálogo de saberes se configuró como un trenzado en el que participaron múltiples voces y experiencias, lo que permitió identificar las prácticas de cuidado cultural utilizadas para intervenir en las señales de alarma durante el embarazo.

Los hallazgos justifican la incorporación de mapas corporales en la educación prenatal, el triaje y la coordinación con parteras tradicionales, como estrategias culturalmente pertinentes para acelerar la respuesta ante señales gatillo de alta prioridad clínica. Asimismo, se recomienda que futuras investigaciones evalúen, idealmente mediante diseños mixtos o ensayos por conglomerados, el impacto de intervenciones basadas en cartografía corporal sobre la oportunidad de consulta y los desenlaces materno-perinatales, y que comparen diferentes comunidades para fortalecer la transferibilidad y superar las limitaciones de muestreo y temporalidad del presente estudio.

Los autores de este estudio recomiendan validar herramientas etnoeducativas para la enseñanza de las señales de alarma durante el embarazo en las gestantes del resguardo Zenú y utilizar como insumo los resultados de este estudio exploratorio para la construcción de tecnologías educativas (como una cartilla etnoeducativa para la enseñanza de las señales de peligro durante el embarazo en mujeres de la etnia Zenú) que faciliten la enseñanza y comprensión de las señales de alarma durante el embarazo, a partir de un conocimiento situado.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

JABR participó en la conceptualización y diseño del estudio, recolección y análisis de la información, redacción y aprobación final del manuscrito

GJH participó en análisis de los resultados, y redacción y aprobación final del manuscrito

MMR participó en la recolección y el análisis de la información; revisó y aprobó la versión final del artículo.

CAM participó en la recolección y el análisis de la información y revisó y aprobó la versión final del artículo.

DECLARACIÓN SOBRE EL USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Los autores de este artículo declaramos que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en ninguna etapa de la preparación de este manuscrito.

REFERENCIAS

1. Álvarez-Sierra S. Demoras en mortalidad materna en el departamento de Santander 2012 a 2015 [Delays in maternal mortality in the department of Santander 2012 to 2015]. *Rev Salud Publica*. 2020;20:699–706. <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n6.68156>
2. Moran-Relaiza R, López-Obando F, Pérez-Baldeón A. Delays in maternal care and hypertensive complications at the Sabogal hospital, Callao, Peru, 2021. Case-control study. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2021;72:356–67. <https://doi.org/10.18597/rcog.3737>
3. International Work Group for Indigenous Affairs (IWGIA). *El Mundo Indígena 2024: Colombia*. Copenhagen: IWGIA; 2024
4. García A, Narváez N, Ávila G. Mortalidad materna en población indígena, Colombia, 2018 a 2022 [Maternal mortality in indigenous population, Colombia, 2018 to 2022]. *Rep Epidemiol Nac*. 2023;5:14. <https://doi.org/10.33610/28059611.150>
5. Trejos J, Souza SR, Canaval GE, Narváez KT, Trigueiro T, Salim R. Cuidado de enfermería a mujeres gestantes en una institución de salud indígena de Colombia [Nursing care for pregnant women in an Indigenous health institution in Colombia]. *Cult Cuid*. 2024;28:185–99. <https://doi.org/10.14198/cuid.26146>
6. Ricaurte M, Guerrero Y. Salud materna de mujeres indígenas. Experiencias tradicionales e institucionales [Maternal health of indigenous women]. Traditional and institutional experiences]. *Rev Fac Nac Salud Publica*. 2024;42:e353540. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e353540>
7. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento: mortalidad materna. Colombia, 2022 [Event report: Maternal mortality. Colombia, 2022]. Bogotá: INS;2023.
8. Heck J, Wilhelm I, Konrad K, Parker J, Jennings A. A model of the determinants of maternal mortality for Indigenous women. *J Adv Nurs*. 2025;81:5092–102. <https://doi.org/10.1111/jan.16877>
9. Instituto Nacional de Salud. Mortalidad materna en Colombia. Análisis de desigualdades según etnia [Maternal mortality in Colombia]. Analysis of inequalities by ethnicity]. *Observatorio Nacional de Salud*; 2021.
10. Instituto Nacional de Salud. Mortalidad materna en Colombia 2018–2022: causas y factores asociados [Maternal mortality in Colombia 2018–2022: Causes and associated factors]. *Rev Epidemiol Nac*. 2023;5:13–27.
11. Ramos C, Montenegro G. Tendencias en la mortalidad materna en el departamento de Córdoba – Colombia, 2008–2020 [Trends in maternal mortality in the department of Córdoba – Colombia, 2008–2020]. *Enferm Glob*. 2023;22:382–94. <https://doi.org/10.6018/eglobal.549601>
12. Gobernación de Córdoba. Plan de Desarrollo Departamental 2020–2023: Ahora le toca a Córdoba: oportunidades, bienestar y seguridad [Departmental Development Plan 2020–2023: Now it's Córdoba's turn]. Montería: Gobernación de Córdoba; 2020.
13. Pérez MA, Vélez G, Blanco L. La voz de los profesionales de la salud ante las muertes maternas del pueblo indígena Zenú [Voices of health professionals regarding maternal deaths in the Zenú Indigenous population]. *Rev Cienc Salud*. 2020;8:170–86. <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i39.41405>
14. Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. Información sociodemográfica del pueblo Zenú [Sociodemographic information of the Zenú people]. Bogotá: DANE, 2022.
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) [Own and Intercultural Indigenous Health System]. Bogotá: Ministerio de Salud, 2011.
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio técnico sobre EPS-I Manexka del resguardo indígena Zenú de San Andrés de Sotavento [Technical study on EPS-I Manexka of the Zenú Indigenous reserve of San Andrés de Sotavento]. Bogotá: Ministerio de Salud; 2014. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/estudio-suficiencia-indigenas.pdf>

17. Girma D, Walelign A, Dejene H. Birth preparedness and complication readiness practice and associated factors among pregnant women in Central Ethiopia, 2021: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2022;17:e0276496. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276496>
18. Ijang Y, Tebeu P, Ngwayu C, et al. Factors associated with birth preparedness and complication readiness among pregnant women attending government health facilities in the Bamenda Health District, Cameroon. *Pan Afr Med J*. 2021;39:47. <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.39.47.18736>
19. August F, Pembe A, Mpembeni R, Axemo P, Darj E. Men's knowledge of obstetric danger signs, birth preparedness and complication readiness in rural Tanzania. *PLoS One*. 2015;10:e0125978. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125978>
20. Adatara P, Afaya A, Baku E, Salia S, Asempah A. Perspective of traditional birth attendants on their experiences and roles in maternal health care in rural areas of Northern Ghana. *Int J Reprod Med*. 2018;2018:2165627. <https://doi.org/10.1155/2018/2165627>
21. Leininger M. *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press; 1991.
22. Rotela MM, Tapias IPQ, Martínez LMR, Meza KSL. Caracterización del lenguaje oral de la población indígena Zenú, Sucre [Characterization of oral language of the indigenous population Zenú, Sucre]. *Rev Colomb Rehabil*. 2013;12:46-56.
23. Briñez K, Ortiz M, González C. Etnoenfermería y teoría del cuidado cultural: evidencias metodológicas en la investigación en enfermería [Ethnonursing and culture care theory: Methodological evidence in nursing research]. *Enferm Cuid Humaniz*. 2024;13:e3926. <https://doi.org/10.22235/ech.v13i2.3926>
24. Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [Resolution 8430 of 1993, which establishes the scientific, technical, and administrative standards for health research]. Bogotá: Ministerio de Salud, 1993.
25. Haraway D. Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Stud*. 1988;14:575–99. <https://doi.org/10.2307/3178066>
26. Spradley J. *Participant observation*. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1980.
27. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Recomendaciones de la OMS para una experiencia positiva del embarazo]. Geneva: WHO; 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250796>
28. Yunitasari E, Matos F, Zulkarnain H, Purwanti R, Utami S, Delima M, et al. Pregnant woman awareness of obstetric danger signs in developing country: Systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23:357. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05674-7>
29. Bhavana B, Yogesh M, Padhiyar N, Damor N. Obstetric danger signs in context: a mixed methods study exploring knowledge and sociocultural factors among pregnant women. *J Educ Health Promot*. 2024;13:491. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_315_24
30. Juqu F, Baloyi O, Mbobnda E, Ten Ham-Baloyi W, Chironda G, Xulu-Kasaba Z. Experiences of birth attendants on upward obstetric emergency referrals in low- and middle-income countries: Protocol for a scoping review. *JMIR Res Protoc*. 2025;14:e64886. <https://doi.org/10.2196/64886>
31. Freeman N, Warland J, Cheney K, Bradfield Z. Midwives' and registered nurses' role and scope of practice in acute early pregnancy care services: a scoping review. *JBIM Evid Synth*. 2024;22:2090–29. <https://doi.org/10.11124/JBIES-23-00483>
32. Hallor E, Arteaga E, San Sebastián M. Exploring the integration of Indigenous traditional birth attendants into the western healthcare system: A qualitative case study from the Amazon of Ecuador. *Community Syst Health*. 2024;1:1051. <https://doi.org/10.36368/jcsh.v1i1.1051>

33. Radoff K, Thompson L, Bly K, Romero C. Practices related to postpartum uterine involution in the Western Highlands of Guatemala. *Midwifery*. 2013;29:225–32. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.12.009>
34. Leininger M, McFarland M. *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. 2nd ed. Boston: Jones & Bartlett; 2006.
35. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press; 1980.
36. Rosenstock I. The health belief model and preventive health behavior. *Health Educ Monogr*. 1974;2:354–86. <https://doi.org/10.1177/109019817400200405>
37. Jones C, Jensen J, Scherr C, Brown N, Christy K, Weaver J. The health belief model as an explanatory framework in communication research. *Health Commun*. 2015;30:566–76. <https://doi.org/10.1080/10410236.2013.873363>
38. Skop M. El arte del mapeo corporal: una guía metodológica para investigadores en trabajo social [The art of body mapping: A methodological guide for social work researchers]. *Aotearoa NZ Soc Work*. 2016;28:29–43.
39. Moreira A, Conceição M. *Corpos em evidência: Contribuição do mapa corporal narrado em pesquisas com populações vulnerabilizadas* [Bodies in evidence: Contribution of narrated body mapping in research with vulnerable populations]. *Psicol Teor Pesqui*. 2020;36:e36nspe13.
40. Silva J, Barrientos J, Espinoza-Tapia R. Un modelo metodológico para el estudio del cuerpo en investigaciones biográficas: los mapas corporales [A methodological model for studying the body in biographical research: Body mapping]. *Alpha*. 2013;37:163–82. <https://doi.org/10.4067/S0718-22012013000200012>
41. Sohrabi Z, Kazemi A, Farajzadegan Z, Janighorban M. Body perception in pregnant women: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23:165. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05467-y>