

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

**El parto indígena en la Amazonía peruana:
etnografía en una comunidad nativa Kukama
(Loreto, Perú)**

*Indigenous birth in the Peruvian Amazon: ethnography in a Kukama native community
(Loreto, Peru)*

ROXANI RIVAS-RUIZ

Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Iquitos, Perú

MARIBEL PAREDES OLÓRTEGUI

Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Iquitos, Perú

GRACIELA MEZA-SÁNCHEZ

Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Iquitos, Perú

MIGUEL ANGULO-GIRALDO

Universidad Científica del Sur. Lima, Perú

RESUMEN En la antropología amazónica sobre el parto predominan descripciones anecdóticas y enfoques simbólicos, como el “parto solitario”, la mitología y el chamanismo; no obstante, se subestima el saber femenino comunitario vinculado al embarazo, la construcción de la persona y su conexión cosmológica. El objetivo de esta investigación es reconocer las prácticas relacionadas con el parto indígena de las mujeres Kukama Kukamiria en la Amazonía peruana. Metodológicamente, se siguió una etnografía situada en la comunidad nativa



Este trabajo está sujeto a una licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional Creative Commons (CC BY 4.0).

Nueva Fortuna del bajo Maraón (Loreto) en la Amazonía peruana, con entrevistas a 61 mujeres Kukama Kukamiria y la observación de técnicas corporales (cuaderno de campo). Los principales resultados muestran que la partería tradicional, como parte de las prácticas socioculturales de los miembros de este colectivo, es la práctica predominante para dar a luz. En ese sentido, se identificó la relevancia que tienen las cinco parteras (*wariratará*) de la comunidad que acompañan a las mujeres indígenas en sus embarazos. Esta investigación concluye que las mujeres de esta comunidad agencian su maternidad priorizando el espacio doméstico como un entorno de seguridad, debido al ambiente íntimo, seguro y familiar que este representa. Igualmente, la cooperación de expertos y el apoyo familiar mejoran la confianza y la atención durante el parto. Finalmente, se reconoce que el parto indígena implica la entrada en un estado de fragilidad corporal que articula la reproducción biológica con la cohesión del colectivo y la interdependencia entre entidades humanas y no humanas.

PALABRAS CLAVE Parteras; embarazo; parto; conocimiento indígena; Kukama.

ABSTRACT In Amazonian anthropology, research on childbirth has been dominated by anecdotal descriptions and symbolic approaches such as 'solitary birth,' mythology, and shamanism; however, the feminine communal knowledge linked to pregnancy, the construction of personhood, and its cosmological connections remains underestimated. The objective of this research is to recognize the practices related to indigenous childbirth among Kukama Kukamiria women in the Peruvian Amazon. Methodologically, a situated ethnography was conducted in the native community of Nueva Fortuna, located in the lower Maraón (Loreto) in the Peruvian Amazon. Data collection involved interviews with 61 Kukama Kukamiria women and the observation of body techniques recorded in field notebooks. The main results show that traditional midwifery, as part of the sociocultural practices of this collective, remains the predominant practice for giving birth. In this sense, the research identified the relevance of the community's five midwives (*wariratará*), who accompany indigenous women throughout their pregnancies. This investigation concludes that the women of this community agency their motherhood by prioritizing the domestic space as a secure environment, due to the intimate, safe, and familiar atmosphere it represents. Furthermore, the cooperation of experts and familial support enhance confidence and care during labor. Finally, it is recognized that indigenous childbirth involves entering a state of bodily fragility that articulates biological reproduction with collective cohesion and the interdependence between human and non-human entities.

KEY WORDS Midwives; pregnancy; childbirth; indigenous knowledge; Kuka-
ma.

Introducción

La literatura antropológica aborda el parto indígena amazónico desde diversos ángulos: por un lado, existen descripciones puntuales y anecdóticas (Goldman, 1968) y un énfasis peculiar en el “parto solitario” (Belaunde, 2003); por el otro, se magnifican las conexiones simbólicas con la mitología (Reichel-Dolmatoff, 1986), con el cuerpo indígena (Berjón y Cadenas, 2014) y con el saber de los chamanes (Rivas, 2011). Sin embargo, comprender el embarazo y el parto implica reconocer el papel del nacimiento en el ciclo vital y la experiencia corporal de los grupos sociales y culturales, reconociendo la importancia del cuerpo en la conformación de significados sociales y cosmológicos. Esta perspectiva dinámica promueve una comprensión multifacética relacionada con el contexto del cuerpo (Harris y Robb, 2012; Rival, 2005; Seeger et al., 1987).

En ese sentido, la noción de persona varía entre las cosmologías animistas, donde los seres con espíritus comparten sustancias, afectos y relaciones; y la biomedicina occidental, que concibe la enfermedad como una alteración orgánica causada por agentes patógenos o factores biológicos. Los métodos de curación incluyen el conocimiento ancestral, los rituales simbólicos y las intervenciones farmacéuticas (Lévi-Strauss, 1987). Así, la enfermedad, el malestar y la sanación son procesos sociales interconectados con otros (Conklin, 1996), categorizados por ontologías animistas o biomédicas (Descola, 2011). Cada tradición cultural, ya sea indígena u occidental, involucra diversas ontologías, formando una “multimodalidad de creencias”¹ (Harris & Robb, 2012, p. 672).

En este sentido, es relevante destacar el caso del pueblo indígena Kukama Kukamiria de la Amazonía peruana. Este pueblo indígena, de origen tupí-guaraní, habita tres países actualmente (Brasil, Colombia y Perú). En términos generales, la literatura los describe como abiertos a los demás, a menudo mezclándose con poblaciones ribereñas o mestizas, siendo catalogados como “nativos invisibles” o “ex-kukama” (Gow, 2003; Stocks, 1981). La mayoría de las comunidades Kukama-Kukamiria en Perú — a partir de acá, solo Kukamas — están situadas en el bajo Huallaga, el bajo Marañón, el bajo Ucayali y el alto Amazonas, formando el “área cultural kukama” (Agüero, 1994; Girard, 1958; Gow, 2003; Regan, 1983; Stocks, 1981; Tessmann, 1999).

En relación con las enfermedades, importa notar que este colectivo expresa sus malestares o enfermedades con la palabra *aikua* en su lengua nativa, que significa "conocimiento o entendimiento de alguien" (Rivas-Ruiz y Murayari, 2022, p. 142). Este concepto guarda similitudes con el término "tukano" empleado por Reichel-Dolmatoff (2017), que se refiere a una persona o entidad que tiene la capacidad de agencia para poder provocar una enfermedad al interactuar con otros seres en el entorno (Angulo-Giraldo, 2024). En el español regional, se utiliza el concepto *cutipa*, término tomado del kichwa, para referirse a la transferencia de características positivas o negativas hacia el otro. Asimismo, se utiliza *kañupari*, en Kukama, para la "debilidad" que surge cuando el espíritu de cualquier entidad extiende sus cualidades físicas, carácter, color, forma, sonidos, comportamientos, materia, etc., hacia el cuerpo de una persona, y la debilita.

En relación con los antecedentes de esta investigación, en la literatura internacional destaca Zacher (2015), quien analiza el trabajo de las parteras mexicanas y la violencia obstétrica, contraponiéndola a los partos comunitarios humanizados. Por su parte, Gabriel (2021) resalta la importancia de la seguridad cultural y la lucha contra el racismo que enfrentan las mujeres indígenas australianas. Así mismo, Rodríguez y Duarte (2020) enfatizan el significado social de las parteras en las comunidades Colla de Chile. Finalmente, Churchill et al. (2020) subrayan el papel de las parteras y la transmisión del conocimiento tradicional en comunidades indígenas colombianas y canadienses.

En el caso peruano, destacan estudios sobre el parto tradicional en comunidades indígenas amazónicas. Calvo (2016) investiga el parto indígena entre los Awajún y Wampis en la región Amazonas. Chávez et al. (2007) exploran las perspectivas en una comunidad Shipibo-Conibo en Ucayali, enfatizando que las parteras son símbolos de identidad colectiva y proveen cuidados al recién nacido a través de prácticas tradicionales. Ordinola et al. (2019) resaltan la importancia de las parteras en Huancas (Chachapoyas), quienes son preferidas sobre los dispensarios médicos. Finalmente, Quispe (2021) capacitó a personal de salud en Andoas (Loreto), integrando a las parteras en la atención de salud indígena.

El contexto del parto indígena debe ser entendido en el marco peruano, en el cual, políticas como la NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna", aprobada por Resolución Ministerial N°827-2013-MINSA o el Protocolo de Parto Vertical de 2016, guiado por las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, promueven el parto institucional con sensibilidad cultural con el objetivo de reducir la mortalidad materna y neonatal, especialmente entre las poblaciones rurales e indígenas marginadas (Avellaneda et al., 2013; Del Mastro et al., 2021; Yajahuanca, 2009).

En consideración a lo anteriormente expuesto, el objetivo de este estudio es contribuir al cuerpo de conocimientos existentes sobre el parto indígena, con un enfoque particular en las experiencias de las mujeres Kukama de la Amazonía peruana. Así, esta investigación se centra en comprender el significado del parto y sus experiencias prácticas a través del caso de las mujeres de este pueblo indígena que viven en la Comunidad Nativa Nueva Fortuna (Loreto, Perú).

Metodología

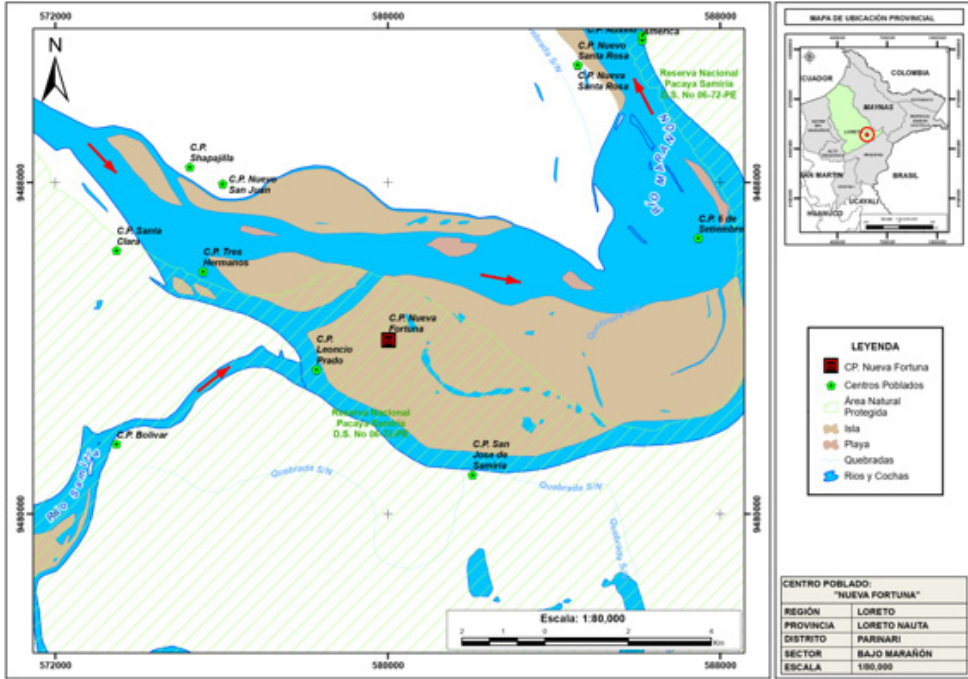
Este estudio es de carácter básico, no experimental, observacional-descriptivo y adopta un enfoque cualitativo, empleando una estrategia de investigación de caso para comprender las intrincadas características del objeto de estudio (Hyett et al., 2014). Utilizando el método etnográfico, mediante entrevistas en profundidad, se busca comprender las complejidades inherentes al objeto de estudio seleccionado.

La selección de la comunidad Kukama Nueva Fortuna, ubicada en el distrito de Parinari, provincia de Loreto, departamento de Loreto (Perú) se basa en su relevancia sociocultural y política en la región, los estrechos vínculos de parentesco con las comunidades Kukamiria del Huallaga y su importancia histórica. Desde 1994, la participación intermitente de la investigadora principal en educación intercultural, gestión de recursos, conservación y temas territoriales subraya la importancia de la comunidad, moldeando sus continuos intercambios socioculturales (Rivas-Ruiz, 2022).

Esta comunidad se encuentra localizada en una isla cerca de la desembocadura del río Samiria hacia el río Marañón. Su población consta de 317 habitantes (169 hombres y 148 mujeres) y es relativamente joven. Actualmente, hay pocos hablantes adultos y ancianos de la lengua indígena en esta área. La comunidad fue fundada hace 90 años por la familia Tamani. En 1941, la familia Canaquiri navegó aguas arriba desde la comunidad Miraflores (Bajo Marañón) a la isla para evitar el reclutamiento militar de los jóvenes. Posteriormente, la familia Murayari y otras familias kichwa se unieron a través de redes de parentesco y matrimonios. Actualmente, la comunidad está dominada por tres familias patrilocales fundadoras Kukama: Tamani, Canaquiri y Murayari.

Figura 1

Localización de la Comunidad Nativa Nueva Fortuna (Loreto, Perú)



Fuente: elaboración propia.

En esta comunidad, actualmente existen sesenta unidades residenciales, con predominio de familias nucleares (45) sobre las familias extendidas (15). Se observaron sesenta y una uniones matrimoniales, destacando 31 (50.8%) exogámicos con afinidad Kukama, con cónyuges provenientes de comunidades cercanas como San Miguel, Leoncio Prado, Shapajilla, Parinari, San José de Parinari, Santa Rita de Castilla o Lagunas (río Huallaga). 16 corresponden a matrimonios endogámicos (26.3%); las parejas de 14 participantes son migrantes (22.9%).

Para llegar al centro de salud de su jurisdicción, desde la comunidad se debe caminar 25 minutos o se hace un recorrido de 45 minutos en un peque-peque (un bote pequeño con motor) hasta la Comunidad Nativa (CN) Leoncio Prado donde, desde finales del 2007, se ubica la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRES) I-1 Leoncio Prado. Este centro brinda tres servicios: obstetricia, enfermería y medicina general. El primero destaca, dado que el gobierno central busca institucionalizar el parto en las zonas rurales (Diario de campo, marzo de 2021; Ministerio de Salud, 2016, p. 12).

El trabajo de campo fue realizado en el primer semestre de 2021. Dado el tiempo y la complejidad de las técnicas corporales utilizadas para el parto, se decidió entrevistar a casi la totalidad de las mujeres fértiles y ancianas de la comunidad (desde los 13 años hasta adultas mayores). Por la sensibilidad del parto indígena y el pudor de las mujeres, todos los testimonios fueron anonimizados para apegarse a principios éticos y asegurar la confidencialidad de la fuente. Adicionalmente, vale mencionar que, además de las citas a las entrevistadas categorizadas de la K1 a la K61, se utilizan diversas anotaciones realizadas en el cuaderno de campo.

Inicialmente, se identificó una elevada frecuencia de embarazos adolescentes, siendo el promedio del primer hijo a los 18,3 años y la moda de 16 y 19 años. La edad mínima al nacimiento del primer hijo fue de 13 años. El promedio de hijos por mujer fue de 4,9.

Análisis

Parteras: tejiendo lazos y memorias

El parto comunitario tradicional tiene una larga historia en Perú, que se remonta a la época precolombina (Dejo, 2008). Desde 1826, con el establecimiento del "primer hospital de maternidad del mundo hispanico" (Pérez, 2018, p. 75), se inició la formación de obstetras peruanos, expandiendo la atención al parto más allá de las parteras. Si bien las parteras siguieron siendo cruciales, fueron marginadas a las zonas rurales e indígenas. A pesar de la existencia de centros de salud, el 84.2% de las mujeres peruanas fuera de la capital aún daban a luz en sus hogares, lo que subraya la importancia perdurable de las parteras (Pérez, 2018). En la Amazonía peruana, la partería se restringe a áreas rurales e indígenas marginadas con limitada influencia estatal. Las parteras actúan como principales proveedoras de atención médica para las mujeres, especialmente las indígenas, a lo largo de sus vidas reproductivas. Su conocimiento se fortalece empíricamente a través de la experiencia, abordando las necesidades socioculturales de las madres gestantes (Avellaneda et al., 2013; Del Mastro et al., 2021; Rivas-Ruiz, 1994; Yajahuanca, 2009).

En la comunidad de estudio, la partería tradicional es la práctica preponderante. Esta ocupación femenina, profundamente arraigada en las normas socioculturales, permite la asistencia a las mujeres antes, durante y después del parto. La partería se transmite de manera paralela a las relaciones de parentesco, fomentando vínculos simbólicos que evitan la compensación monetaria. Las parteras forjan conexiones a través del cuidado, integrándose en la memoria colectiva como dadoras de vida, reconocidas universalmente como madres o madrinan simbólicas. En la vida, a menudo adquieren numerosos ahijados u "hijos" metafóricos.

Ser partera o *wariratará* (palabra compuesta de *uwarita* —'caer', 'romperse', 'embarcación', 'nacido', 'destruir' o 'fallecer'— y *tara* —'pariente', 'quien', 'al final de'—), es decir, "la que trabaja o interviene en el parto", otorga a algunas mujeres un *status* más allá de su comunidad, marcando su radio de acción en las aldeas circundantes. En la CN Nueva Fortuna se identificaron cinco personas que ejercen la partería y cuya atención se organiza mediante redes de parentesco patrilineal: cuatro mujeres y un hombre. Cada partera atiende a su propia red familiar, excluyendo a otras redes, que hacen parte de la red de otra partera. Adicionalmente, el trabajo de campo mostró que estas parteras recibieron capacitación institucional por parte de entidades gubernamentales u organizaciones (UNICEF, iglesia católica, etc.), lo que influyó en una mejor respuesta de ellas para el atendimiento de las embarazadas.

La participación de un hombre como partero no implica necesariamente el ejercicio de funciones chamánicas². En el trabajo de campo se advirtió que un hombre adquirió reconocimiento como partero al asistir exitosamente un parto complicado de un familiar suyo. A partir de ese momento, su red familiar solicita su colaboración en los partos. En casos excepcionales de alto riesgo, el partero alerta a la familia sobre la necesidad de intervención chamánica o del traslado al centro de salud más cercano, considerando la eventual ausencia de un chamán en la comunidad.

La partera garantiza una gestación y un parto saludable mediante el asesoramiento a la madre gestante y el monitoreo del crecimiento del feto. Así, predice el sexo del bebé, ajusta la posición del feto si es necesario y asiste en el parto, lo que implica que aporta fuerza física para el alumbramiento.

Cuando era señorita he aprendido de mi abuelita, no ves era partera. Hijita, vamos a sobar barriga para que sepas cómo se endereza. A veces, por acá está su cabecita, o está de pie. Aprende, alguna vez vas a tener nueras, no vas a poder. ¿Quién va hacer nacer tus hijos? Así mi abuelita me llevaba hacer enderezar la criatura. Ella me decía: cuando ya es hora hijita, la madre va sudar, tócale su coronita está bien caliente. Es porque ya va a tener su bebito... (K52, mujer, Perú, entrevista por autor 1, febrero 2021).

2. No existen chamanes en todas las comunidades. Si en una comunidad alguien logra cierto prestigio en las comunidades de alrededor, inmediatamente migra al centro poblado o a la ciudad más cercana donde tendrá más pacientes.

Además, la partera realiza la "ligadura", término del castellano regional que alude a baños calientes destinados a "calentar el cuerpo" de la parturienta cuando se percibe enfriado. En este contexto, ligadura remite a una práctica terapéutica de regulación térmica y cuidado corporal propia de la partería tradicional. Este uso vernáculo no debe confundirse con la "ligadura" tubárica de la biomedicina —procedimiento quirúrgico de esterilización femenina— pese a la coincidencia léxica. Se trata, por tanto, de una homonimia que cubre campos semánticos y regímenes de intervención radicalmente distintos: uno inscrito en la medicina tradicional y orientado a facilitar el parto, y otro propio de la biomedicina reproductiva. Cabe señalar que la adopción de la ligadura tubárica se encuentra también profundamente influenciada por factores socioculturales, donde las decisiones familiares y las dinámicas comunitarias desempeñan un papel central en el proceso de toma de decisiones (Carlos y Salas, 2022).

Asimismo, una buena partera encarna las virtudes de la paciencia y el respeto, facilitando el ritmo y la progresión natural del parto. Como explicó una de las entrevistadas: "Me agradecen. ¿Sabe por qué? Hay parteras que, para hacerlo rápido, antes de tiempo mandan, ¡Puja! ¡Puja! Y cuando el bebé está por nacer, la madre no tiene fuerza para pujar, se debilita" (K1, mujer, Perú, entrevista por autor 1, febrero 2021).

Del mismo modo, se valoran la discreción y el respeto por la intimidad del cuerpo de la mujer. "A veces, después de parir un bebé, la gente habla a tus espaldas. Yo les digo que no se avergüencen, la partera no va a chismear. ¡Puja! Toda mujer ha pasado por aquí" (K50, mujer, Perú, entrevista por autor 1, febrero 2021). Por el servicio prestado no reciben dinero, pero sí prestigio, respeto, el establecimiento de alianzas de parentesco simbólico y quizás una sopa de gallina.

Con frecuencia, la partera también realiza el corte del cordón umbilical. La manipulación de la vulva durante el parto es un acto confidencial entre la partera y la madre debido a su carácter tabú, simbolizando la máxima modestia. La observación o discusión de las características de la vulva por parte de otras personas puede generar conflictos. Socialmente, la partería se asocia con la creación de vínculos de parentesco simbólico, ya que la partera se convierte en la "madre simbólica" del recién nacido al cortar el cordón umbilical.

Incorporando sustancias húmedas para prevenir el "parto seco".

En el marco de una antropología simbólica, podemos postular que el cuerpo humano, el medio natural y el orden social están organizados conforme a una lógica de homología estructural. Esta lógica está regida por una ley formal de equilibrio, donde los elementos de cada dominio —físico, ambiental y social— se encuentran en una interdependencia dinámica. Así, cada alteración, ya sea por exceso o defecto en un registro particular, genera automáticamente un ajuste en otro registro, preservando así la cohesión del sistema (Héritier, 1997).

Desde una perspectiva animista (Descola, 2011), la ingestión de alimentos responde a un principio de consubstancialidad, formando una "comunidad de sustancias" compartida entre individuos (Seeger et al., 1987; Conklin, 1996; Rival, 2005). Para Hérítier (1997), los fluidos corporales son concebidos a partir de oposiciones complementarias, como lo seco y lo húmedo, pares fundamentales que estructuran no solo la percepción del cuerpo, sino también la relación entre éste y el entorno. La regulación de estos fluidos, y con ello del equilibrio corporal, se logra mediante prácticas rituales o la incorporación de sustancias específicas, dirigidas a reforzar una cualidad para contrarrestar su contrario. Así, incrementar lo húmedo para contrarrestar lo seco no es simplemente un acto de cuidado físico, sino una acción cargada de significados simbólicos, que reafirman la conexión profunda entre cuerpo, cosmos y sociedad. Estos rituales se realizan discretamente, ya que su eficacia depende del secreto: recolectando material vegetal o capturando animales, el acto está imbuido de fe, invocando a la entidad para fines curativos.

Desde la perspectiva kukama, el equilibrio entre lo húmedo y lo seco adquiere una centralidad simbólica y práctica en la experiencia del embarazo y el parto. La ingestión de líquidos durante la gestación o en las etapas previas al parto es concebida como una acción que facilita la fluidez y movilidad necesarias para que el neonato se expulse adecuadamente. Por el contrario, la escasez de agua genera un estado de estancamiento, percibido como "parto seco", en el que la placenta o "la fuente" se expulsa sin líquido amniótico.

Desde el punto de vista de las mujeres kukama, este desequilibrio sitúa al bebé en un estado de inmovilidad o "dureza", lo que dificulta su expulsión y ocasiona un intenso dolor en la pelvis. Las mujeres lo describen de la siguiente manera: "en un parto seco, el bebé no puede nacer porque le falta su agua" (K2, mujer, Perú, entrevista por autor 1, febrero 2021).

Además, la falta de líquido incrementa el riesgo de un sangrado excesivo durante el parto, pudiendo provocar una hemorragia, tornando la experiencia en un evento peligroso. Esto refleja una concepción simbólica en la que el agua no es solo un recurso físico, sino un agente vital que asegura el flujo, la continuidad y el equilibrio entre el cuerpo, la vida y el mundo:

En mi primer, segundo y tercer hijo he sufrido ese parto seco. Es de tener miedo, duele demasiado. Sientes parece que te destroza totalmente adentro porque no viene resbalando. Sientes un ardor inmenso parece que te viene rompiendo totalmente. Cuando estás con dolor baja bastante sangre, sangre. (...) Eso avisa que vas a tener parto seco, te baja sangre (K9, mujer, Perú, entrevista por autor 1, febrero 2021).

Durante el embarazo o poco antes del parto, las mujeres ingieren elementos viscosos y frescos/húmedos, llamados *itsima*, que, por analogía, se cree que producen suficiente líquido amniótico, asegurando la fluidez y movilidad durante el parto. La escasez de agua en el cuerpo provoca estancamiento fetal, causando malestar y dolor durante el parto.

Las 61 entrevistadas mencionaron la ingestión de sustancias flemosas para agilizar el parto. Las más utilizadas, en orden de importancia, fueron: la malva, *marupa*, [*Malvaceae*], la manteca de raya [*Hoplerythrinus unitaeniatus*] y otras de menor importancia como la corteza del cetico o amiwa [*Cecropia sciadophylla* Mar], el zumo de la sachapapa morada, las escamas del shuyo (pez con flema) [*Hoplerythrinus unitaeniatus*], el huevo crudo, etc.

Las hojas de malva ayudan a la dilatación uterina y a la vasodilatación, y su jugo se ingiere para facilitar el parto o ayudar en partos difíciles. Se ingiere la grasa de la raya durante las contracciones. La forma de este pez se asocia con la del útero. Las mujeres extraen y almacenan tanto el aceite como el cartílago de la vagina de la raya hembra, secándolos y rallándolos en polvo. Los restos del pez no deben consumirse.

Para que tengas un buen parto es excelente su manteca... (...) Ahí se hace gotear uno o dos gotitas de su manteca de la raya cuando está ya con un dolor que va tener su bebé. Ese rapidito le hace nacer sin dificultad. ¡Cómo también que esté! De pie, de corona o volteado, eso le hace nacer rápido... (...) Porque le contagia como la raya (...) sale sin problema, sin hacer fuerza, sin hacer nada, al toque (K11, mujer, Perú, entrevista por autor 1, febrero 2021).

Estas prácticas reflejan saberes culturales y conocimientos tradicionales de parte-ría. Según las abuelas, la raya es un referente biomimético de un parto eficaz: "No ves la fuerza que hace la raya cuando tiene sus crías, sabe expulsar a sus crías bien y sin dolor" (K9, mujer, Perú, entrevista por autor 1, febrero 2021). El óleo se ingiere con moderación por su potencial abortivo en la farmacología local (Rivas-Ruiz, 2011). De la misma forma, desde la infancia, se consumen el aceite o los cartílagos durante la luna nueva, con el propósito de fortalecer la capacidad reproductiva femenina. Durante un parto difícil, el chamán —mediante el soplo y el canto— activa una dimensión performativa del cuidado, al evocar simbólicamente la flema de la raya sobre el feto para facilitar la expulsión.

La categoría local de "parto seco" se superpone parcialmente con múltiples entidades nosológicas de la biomedicina, en particular con el oligohidramnios (reducción del líquido amniótico), aunque este no explica las hemorragias, la intensidad del dolor ni la prolongación del parto descritas. Más bien, la noción indígena agrupa varias constelaciones obstétricas de riesgo que la biomedicina distingue como patologías separadas, lo que evidencia zonas de traducción y fricción entre sistemas médicos

(comunicación personal con la antropóloga y médica Jule Kuhnert, 2026). En conjunto, estas prácticas resaltan la densidad biocultural del parto en contextos amazónicos y la necesidad de enfoques interculturales para su adecuada comprensión.

La sobada, enderezando al feto para el parto

La acción de frotar el vientre de las mujeres kukama en trabajo de parto, *itsimataka*, hace referencia a la sustancia viscosa o grasosa utilizada para frotar el abdomen, percibir el crecimiento fetal y posicionarlo correctamente. La partera utiliza preferentemente grasa de animales culturalmente reputados para garantizar un parto rápido e indoloro, como la gallina negra (incluyendo el huevo), el pez manta raya o el zorro, que transmiten (*cutipan*) sus características a la persona.

Además, utilizan el ungüento nasal tópico "Vick VapoRub". Así, de las 61 mujeres consultadas, 57 (93,4%) fueron frotadas por parteras y 4 (6,6%) no, con un promedio y moda de 3 frotaciones por embarazo. Esta estadística se correlaciona con la opinión extendida de las mujeres que afirman que "no vale la pena que te froten demasiado" (K5, mujer, Perú, entrevista por autor 1, febrero 2021). Según la literatura médica, el frotamiento puede provocar contracciones y/o adelantar el parto o producir una condición llamada circunvolución del cordón, es decir, conlleva el riesgo de ahorcar a la criatura durante el parto (Banul & Halu, 2020; Lozano, 1995; Yajahuanca, 2009).

La partera aconseja cuidar la posición corporal durante las actividades rutinarias como jugar, trabajar, dormir, etc., puesto que, según las explicaciones locales, un movimiento incorrecto puede descolocar al feto. En este contexto, las mujeres se quejan de que "les pica", "les duele la vejiga", "les aburre" porque patea, "le dolía este lado porque estaba mal puesto, había que enderezarlo para que no doliera", "a veces, no estaba derecho, por eso me mandaron a que me froten".

Si el feto permanece en la posición incorrecta, recurren a los secretos, *yamimi*, para colocarlo en la posición correcta. Como explica Lévi-Strauss (1979), algunos pueblos indígenas establecen conexiones entre la gestación y la preparación de alimentos. Utilizando esta analogía, las mujeres embarazadas realizan rituales que involucran el fuego de la cocina para corregir la posición del feto, de manera similar a la cocción. Manipulan la leña de la estufa o pasan leña ardiente entre sus muslos, asegurándose de que la parte no quemada caiga en las brasas. La mala posición fetal se considera un reflejo de las malas acciones en la infancia como, por ejemplo, que las niñas manipulen mosquiteros o leña con los dedos de los pies.

Finalmente, el último frotamiento ocurre durante las contracciones antes del parto. Si el bebé tuvo complicaciones para salir, "el cordón se enrolló (en el cuello)" o "está atascado", se expresa que se debió a su mala posición en el útero, porque el vientre no fue frotado en el momento adecuado.

Si el cuerpo "se enfría", se calienta para fortalecerlo

Desde una ontología animista, la salud corporal se expresa mediante un equilibrio de la temperatura, análogo al ambiente. Tanto el enfriamiento como el calentamiento del cuerpo causan desequilibrios de salud. Así como el frío en la tierra es similar a elementos como el aire (viento, tormenta) y el agua (lluvia, rocío, inundación), el enfriamiento corporal se asocia con enfermedad o malestar, con síntomas de debilidad y fatiga (Baer, 1994; Rivas-Ruiz, 2011).

Durante el embarazo, el cuerpo de la mujer debe mantenerse caliente. El hombre calienta el cuerpo de la mujer a través del sexo. El semen, como sangre y leche, nutre al feto, y como grasa contribuye a lubricar, "engrasar" y mantener la vagina flexible para que se dilate fácilmente y el producto sea expulsado sin problemas.

Si durante los últimos meses del embarazo, el cuerpo de la parturienta presenta síntomas de enfriamiento, expresados a través de contracciones prematuras, "no significa que vaya a tener a su bebé, sino que se debe al frío" (K1, mujer, Perú, entrevista por autor 1, febrero 2021). Otros síntomas mencionados incluyen: dolor en el coxis, vejiga, abdomen, piernas y espinillas, hinchazón de los pies y flatulencia excesiva.

Frente a ello, la parturienta se somete a un proceso llamado "ligadura" en castellano regional o tsiikaka en kukama, que significa "sudor", "vapor seco" o "ligada". Esto implica calentar el cuerpo frío a través de baños de vapor con hojas de plantas medicinales para facilitar el alumbramiento. Esta práctica se considera higiénica, terapéutica y ritualística (Matarredona, 2014), y es una práctica amazónica ancestral presente entre los Tikuna y Yaguas (Rivas-Ruiz, 2016), los Shipibos (Leclerc, 2003) y los Kichwa Lamistas o de Pastaza (Gutiérrez-Choquevilca, 2012). Los Yanesha también presentan esta práctica y utilizan piedras calientes en el agua (Valadeau, 2010).

Los datos en campo muestran que, de las 61 mujeres encuestadas, 50 (82%) fueron ligadas. Se registró un promedio y una moda de dos ligaduras por embarazo. Respecto al baño de vapor, se registró el uso de un máximo de 7 tipos de hojas y un mínimo de 01, así como una media y una moda de 3 combinaciones.

La atención que los familiares brindan a las parturientas se alterna, equilibrando el enfriamiento o calentamiento del cuerpo mediante el uso de sustancias medicinales (Yajahuanca, 2009). Los kukama mantienen y comparten densas y complejas interrelaciones entre el cuerpo y la pluralidad de entidades ambientales, expresadas en comunicación dialógica con plantas, seres vivos con espíritus, para compartir sustancias y lograr la sanación. Aquí, presentamos un ejemplo de consubstancialidad:

Eso son las plantas calientes, son las que no saben morir en tiempo de invierno (creciente del río). Aunque sus raíces se hundan adentro del agua, permanecen frescas. Esas plantas vegetales cálidas son para el resfrío. Entonces, cuando tú te ligas, te calientan, te caldean. La planta es fuerte, entonces te hace fuerte. (K11, mujer, Perú, entrevista por autor 1, febrero 2021).

En la cosmovisión kukama, los humanos, animales y plantas son percibidos como poseedores de un estatus ontológico similar, lo que hace plausibles las interacciones entre estos seres en diferentes lugares y tiempos. Esta perspectiva evidencia que las relaciones de las mujeres con las plantas trascienden el mero uso material, constituyendo una profunda conexión que facilita un intercambio cosmológico. En este contexto, las mujeres solicitan a las plantas que las curen o las asistan en el proceso de sanación, posicionando a las plantas como entidades cosmológicas activas capaces de participar en el medio social y cultural kukama (Angulo-Giraldo et al., 2026; Angulo-Giraldo y Guanipa, 2022; Berjón y Cadenas, 2014; Rivas-Ruiz, 2011).

En un espacio confinado, idealmente el dormitorio de la mujer por la noche, se realiza una ligadura utilizando hojas hervidas. El proceso, recomendado por las parteras, implica la exposición al vapor para inducir la sudoración y expulsar la enfermedad. Se reconocen dos técnicas de ligada: en la primera, se hierven hojas en agua y se cubre la olla con hojas de plátano atadas con una cuerda. La mujer, sentada frente a la olla, se cubre a sí misma y la olla con una sábana. Un agujero realizado en la tapa permite la liberación del vapor, induciendo la sudoración.

La segunda consiste en verter el líquido hirviendo en un recipiente y esperar a que se enfríe ligeramente. Luego, la mujer se baña con el líquido, frotando su cuerpo con las hojas. Durante este proceso, se "suda frío" para expulsar el enfriamiento del cuerpo. Después del baño, evita cosas húmedas o frías, como el agua fría, y se mantiene caliente, usando calcetines y agua tibia. Durante las contracciones fuertes, la madre o la partera proporcionan infusiones calientes para aliviar el dolor, estimular y acelerar la dilatación uterina para un parto rápido y sin problemas. La mujer permanece en un espacio cerrado para protegerse del aire frío, que retrasa el parto.

Los datos en campo mostraron que 45 (73,8%) de las mujeres entrevistadas ingirieron líquidos calientes durante el primer parto. Estas prácticas pudieron flexibilizarse u omitirse en los partos siguientes. Según Mejía y Rengifo (2000), el algodón y las hojas de *Eryngium foetidum* se enumeran como estimulantes para el parto. Además, se ha incorporado la ingestión de leche caliente o café. En algunos casos, el líquido se acompaña de pastillas de farmacia como paracetamol (el más utilizado) y cualquier antalgina (metamizol sódico) que se obtienen en tiendas, establecimientos de salud o en las ciudades durante sus viajes allí.

El parto para las mujeres Kukama

En kukama, *uwarita* significa dar a luz o “caer o resbalar”, e implica el acto íntimo del parto que abarca tanto el nacimiento como el proceso de parir. Mientras se desarrollaba el trabajo de campo, una de ellas le preguntó a uno de los autores en tono burlón: “¿Ha tenido hijos?”. Respondí que “no”. “Entonces, usted es virgen”. Para mi sorpresa, agregó: “todos dicen que el hombre abre a la mujer. No es verdad”. “El niño es el que realmente lo hace [...] Al dar a luz, el cuerpo se quiebra, tracc, se abre/rompe por dentro” (K15, mujer, Perú, entrevista por autor 1, febrero 2021).

En el pasado, y también ahora, las abuelas cuidan y aconsejan a las jóvenes que la manipulación de los objetos, la relación con determinadas entidades, la ingesta de alimentos y la realización de tareas deben seguir pautas culturales específicas porque marcan el cuerpo y el órgano reproductor de la mujer, de lo contrario, su incumplimiento puede dificultar el parto, según las concepciones locales. Por ejemplo, la placenta es análoga a objetos redondos como la olla, canasta y otros, así cuidan que la niña no salte sobre la canasta ni coma el “concolón” o arroz quemado adherido a la olla porque cuando dé a luz la placenta quedará pegada al útero (Rivas-Ruiz, 2011, 2022). Una idea similar sobre la consubstancialidad entre la comida y el cuerpo humano ocurre entre los Desana (Reichel-Dolmatoff, 1986), los Tikuna o Yagua (Rivas-Ruiz, 2016). Según las explicaciones locales, el sufrimiento durante el parto se atribuye a la falta de cuidados o curaciones desde temprana edad. Asimismo, durante el embarazo, desde una ontología animista, el principio de consubstancialidad se expresa en su esplendor, la comida ingerida por los padres influye en si estas tendrán un buen parto o no. Por esta razón, es difícil negarles el antojo de comida, una responsabilidad reconocida por la comunidad.

En la generación de las abuelas, las mujeres daban a luz en espacios cerrados con mosquiteros. Actualmente, se prefieren los partos dentro del dormitorio, sin mosquitero, utilizando plástico y ropa vieja en el suelo para prevenir enfermedades por la entrada de aire frío. El trabajo de parto comienza con dolores leves e intermitentes a medida que el feto se acomoda gradualmente durante una o dos semanas antes del nacimiento. Si la mujer en trabajo de parto experimenta dolor intenso en el sacro, dolor en la parte inferior del abdomen o expulsa sangre con flema, se llama a la partera. La partera palpa la coronilla (unión de los huesos parietales) y la muñeca. La madre suda y su cuerpo se calienta, indicando un parto próximo. Para minimizar el dolor y prepararse para el parto, se aconseja a la mujer que se mantenga activa, como caminar por la habitación y preparar el área de parto. Cuando el dolor se vuelve continuo e intenso, indicando que la cabeza del bebé se ha acomodado en la pelvis, el parto es inminente.

Al relatar que creyó haber perdido el único registro de un parto que había podido observar entre los aché, Clastres (1972) proclama que nada puede sustituir la observación directa de un evento. Al no haber podido presenciar un parto en el campo, contravenimos la sentencia escuchando las narraciones y representaciones de la posición de las mujeres sobre cómo dieron a luz.

Diversas posiciones de parto desafían las clasificaciones convencionales y van más allá de las cinco clasificaciones principales de posiciones corporales registradas: de pie, sentada, en cuclillas, acostada o arrodillada, porque cada parto es único en las técnicas corporales que priorizan la comodidad, la eficiencia, las sustancias utilizadas, el tiempo, la experiencia de la mujer, la presencia familiar y el entorno del parto.

Tabla 1.

Frecuencia y porcentaje de posiciones corporales durante el parto según el lugar de atención.

Posición corporal	Parto en domicilio (n=268)	Parto en centro de salud (n=32)
En cuclillas	93 (34,7%)	-
Arrodillada	72 (26,9%)	2 (6,2%)
Echada sobre la espalda	50 (18,6%)	30 (93,8%)
Sentada	49 (18,3%)	
De pie	4 (1,5%)	
Total	268 (100%)	32 (100%)

Fuente: elaboración propia.

La mujer en trabajo de parto, aunque sea madre primeriza, decide y elige la posición más común para dar a luz y probará otra si la elegida no es adecuada. Esta acción es alentada por las parteras: “una misma se mira cómo vas a tener más rápido, sentada, echada, etc. Yo miraba más fácil de cuclillas y sí mi marido me apretaba atrás” (K30, mujer, Perú, entrevista por autor 1, febrero 2021); “ellas van a tener como quieren. No les obligaba, yo les decía ustedes van a mirar cómo van a tener su bebito” (K35, mujer, Perú, entrevista por autor 1, febrero 2021).

Para empujar y expulsar al recién nacido, la mujer en trabajo de parto usa sus manos para apoyarse, ya sea en su propio cuerpo o en otra persona: cuello (entrelazando las manos alrededor de él), rodillas (sentada sobre una o ambas); o en un objeto (horca, travesaño del colchón, una cuerda); o en su propio cuerpo (piernas dobladas y abiertas hacia arriba), etc. También se sientan sobre trapos viejos, un banco o el orinal para obstruir el ano y evitar defecar cuando la madre puja, etc.

Durante las contracciones y el trabajo de parto, la mujer debe permanecer en silencio, demostrando fortaleza a la comunidad. Cualquier expresión de dolor es sancionada colectivamente y difundida oralmente como un contraejemplo. Si el parto se torna complicado, con contracciones que no conducen a la progresión del parto, se

explica que la mujer ha hecho subir al feto al inhalar. Se ata un paño o faja alrededor de la parte superior del abdomen para ayudar en el parto.

Tabla 2

Frecuencia y porcentaje de acompañamiento y roles de los actores durante el parto Kukama en la Comunidad Nueva Fortuna

Red de acompañamiento y roles	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Acompañada	253	84,3%
Parturienta, marido (o familiar hombre) y partera (o conocedora)	106	35,3%
Parturienta, mujer familiar y partera (o conocedora)	78	26%
Parturienta con la partera (o conocedora)	67	22,3%
Parturienta con el marido	2	0,7%
Acompañada con profesionales de la salud	32	10,7%
Sola	15	5%
TOTAL	300	100%

Fuente: elaboración propia.

Lo mostrado en el caso Kukama discrepa de los hallazgos de Belaunde (2003) para el caso de los Piro, quien destaca la fuerza de las mujeres al dar a luz solas. Este estudio considera que dicha narración es un parto excepcional, circunstancial y no deseable por las mujeres a pesar de que con ello pueden obtener gran reputación. Así, esta investigación cuestiona la representación del parto como actividad exclusivamente femenina: solas (5%) o junto a la partera y/o acompañada de una pariente mujer (48,3%); y explicita la presencia del marido o familiar hombre (padre o partero), comúnmente minimizado e invisibilizado, junto a la parturienta (36%). Él se posiciona detrás de la parturienta, la sujeta, la sostiene y la ayuda a hacer fuerza, y durante el acto, evita a toda costa tocar la sangre expulsada por la mujer para no volverse haragán.

De los 300 partos registrados, 278 (92.7%) fueron descritos por las entrevistadas como partos sin sufrimientos y con escaso sangrado, mientras que 22 (7,3%) fueron percibidos como difíciles y fueron trasladados al centro de salud cercano debido a obstrucción en el canal por el gran tamaño del feto y la pelvis muy estrecha, parto seco y hemorragia, embarazos gemelares, mala posición fetal, etc.

Desde la percepción de los kukama, la placenta (*tsuwipi*) se entiende como el “lugar de nacimiento o primera carne”, de forma que la placenta no saldrá hasta que se corte el cordón umbilical, dado que este regula la temperatura del bebé (Rivas-Ruiz, 2011). En ese sentido, en términos médicos, retrasar el corte del cordón umbilical permite una mayor disponibilidad de oxígeno para el bebé (Avellaneda et al., 2013). Durante y después del parto, se manejan materias o sustancias expulsadas por el cuer-

po, como sangre, placenta y/o cordón umbilical. Si hay problemas para que la placenta se desprenda del útero, se practican diferentes maniobras consideradas secretas. Algunos casos muestran que la región sacra de la mujer en trabajo de parto es golpeada con los pantalones del padre para transferir su olor o fuerza con la escoba debido a su propiedad de barrido; o en otros casos, debido a su conexión con la placenta, el cordón umbilical se sujeta con una cáscara de plátano calentada sobre carbón, procedimiento realizado con ayuda de un paño.

Todo secreto he hecho. Con sal quemada. Sobre un machete queman a la sal (en carbón con fuego), ahí pegan el machete sobre el cordón, tramm. Ni así quería caer. Con cáscara de plátano caliente, le calentaban y con un trapo la carapa calentada he apretado al cordón. Ahí caliente. Ese caliente se introduce y se va a calentar adentro. Después me han dicho la cuchara caliente. Han traído carbón caliente en un plato. El mango de la cuchara, ponen en el caliente. Caliente le he envuelto (el cordón) a la cuchara. Le empiezo a mover, mover. Ahí recién han sentido lo que baja. ¡Afuera! Con eso ha venido a caer. Tomas también café caliente, el caldo del plátano fresco, se hace hervir con toda su cáscara. Cuando no quiere caer la placenta tomas eso caliente. Pujas un poquito y afuera (K16, mujer, Perú, entrevista por autor 1, febrero 2021).

Dependiendo de las personas que acompañan el parto (esposo, madre, suegra, la partera o la madrina del bebé, muy a menudo), la persona procede a recoger los restos del parto en un recipiente viejo: placenta³, sangre y cordón umbilical⁴, para ser enterrados alrededor de la casa, en el patio trasero o al pie de un árbol de guaba o ina [*Inga feuillei*], huingo [*Crescentia cujete*] o un árbol de caimito [*Chrysophyllum cainito*] en analogía con los frutos como símbolo de fertilidad y para evitar que el niño enferme.

La placenta, como órgano vital, está profundamente asociada con la vida y la continuidad del cuerpo humano. Su conexión con el ombligo, fuente de nutrición, y su relación simbólica con la coronilla, vinculada a la memoria y la conciencia, refuerzan su significado central en las cosmologías indígenas (Gow, 2020). Este órgano, además de ser símbolo de sustento, también se asocia con el desarrollo dental. Según Berjón y Cadenas (2014), el enterramiento superficial de la placenta se vincula con una dentición temprana y débil, propensa a la caries, mientras que un enterramiento profundo favorece dientes fuertes y tardíos.

3. Según lo escuchado en el trabajo en campo, pocas placentas fueron arrojadas al río o a la basura.

4. El trozo del cordón umbilical, que se desprende del ombligo durante la cicatrización, se conserva y se utiliza en encantamientos para traer de vuelta al padre si abandona a la familia.

En el parto, la expulsión dificultosa de la placenta implica prácticas específicas: “al caer, esta se invierte simbólicamente, ¡plum!, y es enterrada boca abajo” (Diario de campo, marzo de 2021). Este acto busca prevenir que la madre experimente complicaciones similares en futuros partos.

De forma anticipada, los padres designan un padrino o madrina para el recién nacido. Sin embargo, debido a las circunstancias impredecibles del parto, la partera suele ser quien corta el cordón umbilical. Este acto de “tocar la sangre” convierte simbólicamente a la partera en madrina (o madre espiritual) del bebé. Por ello, se le reconoce como “la madrina de todos”, una práctica descrita también entre los awajún por Brown (1984), quien la identifica como una influencia cultural mestiza.

Para prevenir el sangrado del ombligo, el cordón es atado con un hilo o con un gancho de plástico. Adicionalmente, se marca una cruz en la frente del bebé utilizando su propia sangre, como medida para protegerlo del mal de ojo. La madrina o partera se encarga de vestir y limpiar al recién nacido, consolidando así su papel protector en los primeros momentos de vida del infante.

Puerperio y curación con fitofármaco

En el período posparto (puerperio), 58 mujeres entrevistadas (95,1%) reportaron haber utilizado plantas medicinales para recuperarse, mientras que 3 (4,9%) indicaron no haber ingerido ningún tipo de remedio⁵. Tras el parto, tanto la madre como el recién nacido permanecen en cama entre 3 y 8 días para prevenir el “choque de aire” o evitar que el frío ingrese al cuerpo. Estas prácticas tienen fines preventivos: en el caso del bebé, protegen contra el tétanos neonatal o la llamada “enfermedad de los 7 días”; para la madre, previenen hemorragias posparto, cuyos síntomas incluyen dolor abdominal, fiebre, vómitos, escalofríos, flatulencias y diarrea.

Después que das a luz se cuida mucho para que no dé el sobreparto que viene del frío, [es decir] si has tocado agua fría. Todo es caliente. Te vas a lavar con agua tibia, vas a lavar tus manos con agua tibia, pones algodón en tu oído para que no te entre el frío porque después viene el sobreparto que es peligroso para las mujeres porque te viene complicado con todo: dolor de estómago, diarrea, fiebre, tienes bastante escalofrío, todo eso pues. (K22, mujer, Perú, entrevista por autor 1, febrero 2021).

En este contexto posparto, las mujeres perciben una sensación de debilidad generalizada, que describen como “huesos blandos” causados por el esfuerzo del parto. Durante los primeros 8 días, los familiares desempeñan un papel fundamental en el cuidado de la madre, quien restringe sus movimientos, se baña con agua caliente, se

5. Una no dijo por qué, la segunda por tener VIH y la tercera por haber dado a luz en el Hospital.

lava las manos con agua tibia, se mantiene abrigada, cubre su cabeza con un pañuelo y tapa sus oídos con algodón, evitando así complicaciones asociadas con el frío: “si tú no te amarras la cabeza, según dicen las abuelitas nos entra el frío por el oído, duele la cabeza, todo el tiempo vas a vivir con mareo y dolor de cabeza” (K24, mujer, Perú, entrevista por autor 1, febrero 2021).

En general, la primeriza es cuidada por la suegra o madre que la limpia con agua tibia, lava la ropa o cocina para la familia. Ella toma esos cuidados para que no le gane el frío. Entre las tareas cotidianas evita cargar agua o leña, levantar objetos pesados y barrer, pues se considera que estas actividades pueden provocar un prolapso uterino. Así también, la pareja se abstiene de tener relaciones sexuales durante al menos 3 meses. Durante este periodo, madre e hijo duermen juntos, mientras que el esposo descansa en otra cama, para evitar el contacto con la sangre de la mujer, que según los kukama, podría afectarlo, volviéndolo perezoso (*afasi*).

Antes del parto, la madre o un familiar —como una tía, madrina, esposo o alguna persona curiosa— prepara las medicinas vegetales, almacenándolas en botellas para su uso posterior. Estas preparaciones, consideradas más efectivas cuando son administradas por curanderos expertos, son ingeridas por la mujer en el posparto, permitiéndole retomar sus actividades diarias, como lavar ropa o bañarse, hasta que el sangrado vaginal cesa, lo que puede tomar de 2 a 3 meses.

Como fue mencionado anteriormente, desde la perspectiva kukama, las plantas y los árboles medicinales son seres vivos dotados de una madre o espíritu protector, que establece relaciones de identidad y familiaridad con los humanos. En ese sentido, el árbol Ubos rojo es un ejemplo emblemático. Considerado un árbol “no celoso”, permite la extracción de su corteza en cualquier momento, pero con el respeto que exige su condición de ser vivo. Antes de recolectar la corteza, se debe mirar hacia arriba y hacia abajo mientras se recita: “Abuelo, voy a tomar tu corteza para curar a mi esposa. No te enojas, no mueras. Te visitaré trayendo tu mapacho [cigarro local] una vez que ella se cure” (K10, mujer, Perú, entrevista realizada por el autor 1, febrero de 2021).

La partera que me parteó la primera vez, me indica: si vas a tener tu bebé, manda a tu marido a buscar un tronco de ubos rojo. Eso vas a tomar cada vez que tengas tu bebé. Tiene que ser de un solo tronco hasta que termines de tener tus hijos. Cuando tú tomas el ubo, [luego] buscas otro ubo, [y más tarde] buscas otro, así no te cura. Se labra la carapa [corteza] del ubo cada vez que tienes tus hijos. La tienes que sacar por donde sale y entra el sol. Eso es un secreto para que te cure. En una olla grande vas a cocinar con agua hasta que quede media ollada. Eso vas a tomar hasta los 3 meses, me dijo ella. Así yo lo he tomado con todos mis hijos (...) Es amargo (pático). Tomaba cocinado, puro. Calientito se le toma [así] no se siente muy pático. (...) Y, ella me dice: si tú le tomas cada vez que tienes tus hijos, esta planta

te va a curar. [Una vez] que ya no vas a tener nunca hijos, esa planta se va a secar. Y verdad, con mi último hijo, la planta ya estaba seca. El ubo nunca se seca. Tú le cortas, el ubo retoña, pero esa planta [que] yo he tomado se ha secado de raíz con mi último hijo. Yo creo porque a mí me ha curado sin ponerme ampollas que da el Estado. No he tomado pastillas (K24, mujer, Perú, entrevista por autor 1, febrero 2021).

A partir de los hallazgos etnográficos, se identifica la construcción de una relación de identidad simbólica entre el árbol ubo rojo y el sistema reproductivo femenino en la cosmovisión kukama. La corteza de este árbol —reconocida, recolectada y preparada siguiendo protocolos de respeto— es ingerida durante el posparto como parte de un régimen de cuidado orientado a la recuperación corporal y a la reafirmación de la fertilidad. Paralelamente, el árbol es objeto de protección durante la vida reproductora de la mujer, configurándose una relación de co-vitalidad. En el plano ontológico local, la muerte del ubo rojo se asocia con la pérdida de la capacidad reproductora femenina, lo que evidencia una lógica de interdependencia entre cuerpo, reproducción y entorno vegetal. Este entramado biocultural pone de relieve la centralidad de las relaciones humano-no humano en la comprensión indígena de la salud reproductiva.

Las medicinas vegetales se preparan a partir de ciertas plantas a las que se atribuyen determinadas propiedades curativas. De las entrevistas a mujeres, se mencionan a continuación las plantas medicinales más populares durante el posparto por orden de importancia (tabla 3).

Tabla 3.

Plantas recomendadas para ingerir en la fase posparto

Especies		Veces mencionadas	Parte utilizada y/o atributo sociocultural	Preparación
Nombre local y en kukama	Nombre científico			
Ubo colorado, <i>akaya</i>	[<i>Spondias mombin</i>]	N 17 (60,7%)	Corteza. Considerada amarga (pático) y cicatrizante.	Se hierven aproximadamente 3 kilogramos de corteza en agua hasta reducir el líquido a un litro. Otra opción es macerar la corteza en aguardiente. La preparación se administra por vía oral, ingiriendo una pequeña cantidad por la mañana y por la tarde. Además, se utiliza de forma tópica para realizar lavados vaginales, favoreciendo la cicatrización de heridas en la zona.
Chuchuhuasi, <i>chuchuwatsi</i> .	[<i>Maytenus macrocarpa</i>]	N 7 (25%)	Corteza. Considerada cálida. Contrarresta el “resfrío” y el reumatismo	La preparación es similar a la descrita para el Ubo colorado.

Capinurí, <i>kapinuri</i>	[<i>Maquira coriacea</i>].	N 5 (17,9%)	Resina. Se extrae en compañía de ancianos, pero, lo ideal es hacerlo solo. Se pide al capinurí, por ejemplo: “Abuelo Capinurí, Abuelo Capinurí, estoy enfermo, dame tu resina para curar mi enfermedad”, y se deja un cigarro o un poco de tabaco en la abertura del tallo.	“Si es para fiebre interior, se calienta un poco de agua, se mezcla con la resina y se convida al paciente. Si es para quebradura, hernia, lisiados, estirones de nervios, inflamaciones o tumores, la resina no necesita ninguna preparación. Se empapa un paño de tela con la resina y se pega en la parte afectada. La curación se realiza por las mañanas y por las tardes” (Formabiap, 2008, p. 62).
Ajengibre (o kion)	[<i>Zingiber officinale</i>]	N 4 (14,3%)	Rizoma, hojas. Considerada cálida. Contrarresta el “resfrío”.	Se corta en pequeñas tajadas y se macera en aguardiente o se hace hervir. En las mañanas, el líquido se toma como infusión. Para lavado de órganos reproductivos internos, se cocina con las hojas.
Sangre de grado	[<i>Croton lechleri</i>]	N 3 (10,7%)	Resina usada para cicatrices de cesárea.	Se ingieren tres gotas en agua hervida tibia en la mañana, al mediodía y en la tarde durante 3 meses.
Huacapurana	[<i>Campsandra angustifolia</i>]	N 2 (7,1%)	Corteza	Macerada en aguardiente. En la mañana o tarde se toma una copita.

Pan del árbol o pandisho, <i>muniwatsu</i>	[<i>Artocarpus altilis</i>]	N 2 (7,1%)	Resina.	Se extrae en la mañana. Se toma una cucharada en una taza de agua tibia. Otra forma de usarla es colocar la resina en un paño y como emplaste se aplica sobre el cóccix. Se despega solo cuando se va sanando.
Sapo huasca, <i>kururu puwatsa</i>	[<i>Sin identificar</i>]	N 1 (3,6%)	Liana	Macerada en aguar-diente. Se toma una pequeña porción. En la mañana y en la noche se hace hervir para realizar el vapor seco.
Uña de gato, <i>mishu puwatsa</i>	[<i>Uncaria tomentosa</i>]	N 1 (3,6%)	Liana	Cocinada en agua. Se toma por copitas durante 3 días.
Cedro, <i>akaiwa</i>	[<i>Cedrela odorata</i>]	N 1 (3,6%)	Corteza. Considerada amarga	La corteza se extrae por donde se oculta el sol. Se cocina la corteza en agua y se toma en la preparación en la mañana.
Renaquillo, <i>kuapiwamiri</i>	[<i>Ficus estran-gulata</i>]	N 1 (3,6%)	Resina	La resina extraída se prepara como emplaste. Con ayuda de un trapo se aplica sobre el cóccix de la mujer.
Copaiba, <i>munirana</i>	[<i>Copaifera of-ficinalis</i>]	N 1 (3,6%)	Aceite	Se ingiere de una a tres gotas mezcladas con agua tibia..
Icoja	[<i>Unonopsis floribunda</i> Diels]	N 1 (3,6%)	Liana	Se hierve en agua la corteza y se toma una dosis del líquido.
Suelda consuela, <i>wira tiputi</i> ⁶	[<i>Phthirusa adunca</i>]	N 1 (3,6%)	Hojas	Las hojas se machacan y con un paño como emplaste se aplican sobre el cóccix. Se despega solo cuando se va sanando.

Fuente: elaboración propia.

6. Según los Kukama, esta es una planta que emerge del excremento del ave en la rama de un árbol. Los ejemplares utilizados con fines medicinales crecen en las ramas del árbol de toronja.

Significados del parto domiciliario frente al parto en establecimiento de salud

A pesar de estar abiertas a la sociedad nacional y haber experimentado significativos cambios socioculturales a lo largo de su historia, las mujeres kukama otorgan prioridad al espacio íntimo y familiar del hogar para el parto, reafirmando la fortaleza de las prácticas ancestrales (Avellaneda, 2013; Del Mastro et al., 2021; Yajahuanca, 2009). Prefieren dar a luz en el domicilio, particularmente en el dormitorio, debido a su entorno íntimo, seguro y familiar. La cooperación de expertas en el parto y el apoyo de la familia refuerzan la confianza y el cuidado durante este momento crucial.

El parto en casa no solo se percibe como un evento físico, sino también como una experiencia íntima y vívida que da forma a la memoria colectiva y se convierte en una parte central de la narrativa de vida de la mujer. La maternidad aporta plenitud, integrando fuerza y valentía al cuerpo social. Simbólicamente, el cuerpo de la mujer se compara con una casa: el útero es el hogar del bebé, que sale por la puerta representada por la vulva o vagina. Esta analogía se extiende a los rituales que buscan facilitar partos sin complicaciones, destacando la relación entre el líquido amniótico y el agua, así como entre el cuerpo femenino y la casa.

Desde una edad temprana, las mujeres kukama desempeñan un papel central en el manejo del agua en el hogar. Durante los primeros meses del embarazo, de manera privada, recogen y vierten agua por la boca en diversos lugares del espacio doméstico, como la base de un poste, el patio, la puerta o las escaleras, consolidando así el vínculo entre el agua, la vida y el nacimiento.

El caso del hogar es central en esta perspectiva Kukama. La casa no solo constituye un espacio físico de residencia, sino que se configura como una entidad política, sociocultural y moral que organiza la vida doméstica, las relaciones de cuidado y la reproducción social (Overing & Passes, 2000). En este marco, el parto no es únicamente un hecho biológico, sino un hecho político que revela una jerarquización de la vida basada en el reconocimiento diferencial de la persona. Durante el alumbramiento, la vida de la madre adquiere primacía, en tanto sujeto plenamente constituido dentro del orden social, portadora de vínculos, responsabilidades y agencia. Esta priorización expresa una lógica relacional en la que la continuidad del tejido social descansa en la mujer como eje de la unidad doméstica.

En ese contexto, se registran 6 (2%) muertes neonatales entre 0 a 10 días de vida, periodo en el que los recién nacidos aún no alcanzan plenamente el estatus de persona en la ontología local. Diversos estudios han documentado que, en varias sociedades indígenas amazónicas, la madre es concebida como sujeto de derechos colectivos, mientras que la humanidad del recién nacido se encuentra en un proceso gradual de incorporación al estatus pleno de persona (Conklin & Morgan, 1996; Lancy, 2013).

En el plano sociocultural, la casa materializa y reproduce el rol de la mujer en los procesos de gestación, cuidado y cohesión del grupo doméstico. Finalmente, en el plano moral, el espacio doméstico condensa dimensiones de la experiencia íntima femenina, incluyendo normas de pudor asociadas a la exposición de partes corporales consideradas sensibles - como la vulva o vagina-, cuya visibilidad es considerada tabú y se encuentra culturalmente regulada.

En contraste, aunque el centro de salud IPRES I-1 Leoncio Prado se encuentra cerca y las familias deben registrarse para acceder al servicio, las mujeres kukama evitan dar a luz allí. El modelo biomédico de atención universal contrasta profundamente con las directrices socioculturales locales, y el centro de salud es percibido como un espacio frío, distante y ajeno. Además, el transporte hacia estas instalaciones implica riesgos ambientales, como altas posibilidades de encuentros con serpientes venenosas, ya que las gestantes las atraen, lluvias inesperadas o partos imprevistos en el bosque o en embarcaciones. El alto costo económico del transporte también limita su acceso, restringiéndolo a situaciones de emergencia.

El temor creciente hacia los partos institucionales se alimenta de experiencias negativas y rumores sobre la insuficiencia en el apoyo y atención recibidos. La comunicación deficiente con el personal de salud intensifica la sensación de aislamiento y discriminación (Avellaneda, 2013; Yajahuanca, 2009). Para las mujeres kukama, el parto es un proceso sociobiológico natural que puede complicarse en los centros de salud debido a la violencia obstétrica, porque se prioriza el parto horizontal a pesar de que desde el 2005 se puso en vigencia la Norma técnica de salud intercultural que prioriza el parto vertical (Ministerio de Salud, 2005, 2016), cesáreas innecesarias y episiotomías, prácticas que se perciben como dañinas y debilitantes, dejando el cuerpo incapaz de funcionar adecuadamente.

Tras el parto, las mujeres recurren tanto a tratamientos tradicionales como biomédicos, reflejo de una preocupación histórica por la supervivencia de las madres jóvenes. Esta coexistencia de sistemas biomédicos y culturales evidencia un proceso dinámico de resistencia y adaptación, donde las prácticas ancestrales se mantienen como una fuente de fortaleza y autonomía frente a las imposiciones externas.

Discusión y conclusiones

Frente a la política pública del Estado de promover el parto institucional en áreas rurales, la expresión de una autoridad de la comunidad nativa afirma: "Aquí las mujeres son fuertes" (H1, hombre, Perú, entrevista realizada por la autora, febrero de 2021), lo que subraya un dato contundente: ninguna mujer ha fallecido dando a luz en su hogar. Estas palabras reivindican el conocimiento femenino ancestral, que permite a las mujeres dar a luz en casa gracias al despliegue de fuerzas colectivas, un acto que expresa autonomía como grupo social.

Desde temprana edad, el cuerpo femenino es moldeado y educado, principalmente para su función reproductiva. A través de la crianza, se practican y transmiten los secretos de las mujeres mayores, conocimientos ancestrales que preparan el cuerpo reproductivo en sintonía con su entorno. Al momento de dar a luz, se elige el espacio íntimo del hogar, no solo por ser el lugar más adecuado, seguro y familiar, sino también porque allí los familiares desempeñan un papel crucial. Ellos refuerzan y alientan el coraje de la mujer, ayudándola a dominar el dolor de manera estoica y a traer una nueva vida al mundo.

El acto de dar a luz constituye un rito de paso necesario que integra a un nuevo miembro a la sociedad y refleja el conocimiento social y cultural acumulado (Rival, 2005). Este proceso, intrínseco a la feminidad, está vinculado al peligro y la muerte como hechos sociales. Desde una perspectiva biosocial, el parto implica entrar en un estado liminal de fragilidad corporal, profundamente conectado con el colectivo y el entorno, y potencialmente influenciado por entidades humanas y no humanas.

En este contexto, la familia juega un rol esencial. Cooper, brinda apoyo y comparte cada nacimiento con expectación, angustia y dramatismo. El éxito del parto se celebra colectivamente con la exclamación: "¡Ya se ha salvado!". Esta frase refleja la importancia social del evento y la estrecha relación entre el bienestar materno y la cohesión comunitaria.

Finalmente, este estudio propone que las políticas públicas peruanas en torno al parto indígena deben avanzar hacia enfoques interculturales que integren los conocimientos tradicionales —como los de la comunidad kukama—, priorizando el bienestar de la madre y del recién nacido. Es necesario que las políticas de salud deben promover procesos de negociación que incorporen los saberes de las comunidades (Tubay y Arteaga, 2024); es decir, que apoyen a las mujeres parturientas respetando sus saberes socioculturales.

Un enfoque hacia un parto institucional verdaderamente intercultural requiere no solo respetar y valorar las prácticas ancestrales, sino también garantizar un soporte selectivo a la parturienta que integre la participación de algunos miembros de la comunidad. Este camino implica reconocer que el parto no es solo un evento biológico, sino también un hecho cultural profundamente arraigado en la identidad y la autonomía de los pueblos indígenas.

Agradecimientos

A la Escuela profesional de Antropología Social de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (UNAP).

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Contribución de los Autores

Todos los autores contribuyeron con las fases CRediT.

Sobre los autores

ROXANI RIVAS-RUIZ es antropóloga e investigadora amazónica, doctora en Anthropologie Sociale et Ethnologie por la École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS) de París, Francia y docente principal de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (UNAP). Sus publicaciones se centran en el pueblo Kukama-Kukamiria, la salud intercultural, la territorialidad y el diálogo de saberes amazónicos. Ha publicado en revistas como BMJ Open, Desde el Sur, Folia Amazónica y Amazonía Peruana, además de libros como *La serpiente, madre del agua. Chamanismo acuático entre los kukama-kukamiria de la Amazonía peruana* (2022). Correo electrónico: roxani.rivas@unapiquitos.edu.pe.

 <https://orcid.org/0000-0002-6382-3835>

MARIBEL PAREDES OLÓRTEGUI es bióloga y profesional de la salud pública con más de 20 años de experiencia en investigación en salud pública en la Amazonía peruana. Ha liderado estudios sobre malaria, dengue, enfermedades entéricas y cohortes longitudinales, así como ensayos clínicos, coordinando equipos de campo, laboratorios y la gestión administrativa de proyectos. Supervisa investigaciones desarrolladas por A.B. Prisma en colaboración con prestigiosas universidades internacionales. Sus investigaciones han contribuido a modificar las estrategias terapéuticas para la shigelosis resistente y el conocimiento sobre los vectores de malaria en Loreto. Actualmente cursa un doctorado en la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana y desarrolla investigaciones sobre barreras de acceso a la atención de la diarrea aguda. Correo electrónico: mparedeso@prisma.org.pe.  <https://orcid.org/0000-0001-9943-8157>

GRACIELA MEZA-SANCHEZ es médica cirujano y maestra en Salud Pública de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Maestra en Salud Pública. Profesora Asociada a Tiempo Completo del Departamento Académico de Ciencias Básicas y Socio Médicas de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Investigadora RENACYT Nivel I con publicaciones en salud materna, cáncer y enfermedades infecciosas. Correo electrónico: graciela.meza@unapikitos.edu.pe.

 <https://orcid.org/0000-0001-5752-8824>

MIGUEL ANGULO-GIRALDO es doctor en Letras de la UFRGS (Brasil). Investigador asociado de la Universidad Científica del Sur. Dirige el grupo de investigación InterEduca, Grupo de Investigación en Educación desde una perspectiva interdisciplinaria, y es miembro del grupo de investigación MediaLab Científica: iniciativa de alfabetización transmedia. Correo electrónico: mangulogi@cientifica.edu.pe.

 <https://orcid.org/0000-0002-5350-9228>

Referencias bibliográficas

- Agüero, O. (1994). *El milenio en la Amazonía: Mito-utopía tupí-kukama o la subversión del orden simbólico*. ABYA YALA-CAAAP.
- Angulo-Giraldo, M., Liberato Tettamanzy, A. & Passiani, E. (2026). «Yo he viajado mucho en mis sueños. Me han llevado por el Atlántico y también por el Amazonas». Territorios oníricos del pueblo indígena kukama. *Desde el Sur*, 18(2), e0036. <https://doi.org/10.21142/des-1802-2026-0036>.
- Angulo-Giraldo, M. A. (2024). “Anoche tuve un sueño, desde anoche, no dejo de mirar el río”: cosmological relationships in the dreams of the Kukama indigenous people (Peru). *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas*, 19, e20230023. <https://doi.org/10.1590/2178-2547-bgoeldi-2023-0023>.
- Angulo-Giraldo, M., & Guanipa Ramírez, L. (2022). Humanos y no-humanos en los videos de Radio Ucamara del pueblo indígena kukama kukamiria (Perú): una aproximación desde el neomaterialismo. *Letras (Lima)*, 93(137), 4–19. <https://doi.org/10.30920/letras.93.137.1>.
- Avellaneda Yajahuanca, R., Valença Fontenele, C., Figueiredo Sena, B., & Grilo Diniz, S. (2013). Parto no posto de saúde e em casa: uma análise da assistência ao parto entre as mulheres Kukamas Kukamirias do Peru. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 23(3), 322–330. <https://doi.org/10.7322/jhgd.69508>.
- Baer, G. (1994). *Cosmología y chamanismo de los matsiguenga*. Abya-Yala.
- Banul, M. S., & Halu, S. A. N. (2020). Analysis of abdominal massage practice performed by traditional birth attendants in Mamba Community Health Center, East Nusa Tenggara. *Journal of Maternal and Child Health*, 5(6), 715-724. <https://doi.org/10.26911/thejmch.2020.05.06.11>.

- Belaunde, L. E. (2003). “Yo solita haciendo fuerza”: historias de parto entre los Yina (Piro) de la Amazonía peruana. *Amazonía peruana*, 28-29, 125-145. <https://doi.org/10.52980/revistaamazonaperuana.vi28-29.83>.
- Berjón, M., & Cadenas, M. Á. (2014). *Inestabilidad ontológica: el caso de los kukama de la Amazonía peruana*. Organización de Agustinos de Latinoamérica (OALA).
- Brown, M. (1984). *Una paz incierta: historia y cultura de las comunidades aguarunas frente al impacto de la carretera marginal*. CAAAP.
- Calvo García-Pellicer, R. (2016). *La atención al parto en comunidades indígenas del distrito Amazonas (Perú)* (Graduate dissertation). University of Zaragoza.
- Carlos Zapata, H. S., & Salas Sulca, E. M. (2022). *Factores socioculturales que influyen en la toma de decisión para la ligadura de trompas en mujeres que asisten al servicio de ginecoobstetricia del hospital “Daniel Alcides Carrión” Pasco, mayo 2019 abril 2020* (Graduate dissertation). National University Daniel Alcides Carrión.
- Chávez Álvarez, R. E., Arcaya Moncada, M. J., Garcia Arias, G., Surca Rojas, T. C., & Infante Contreras, M. V. (2007). Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 16, 680-687. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000400012>.
- Churchill, M. E., et al. (2020). Conceptualising cultural safety at an Indigenous-focused midwifery practice in Toronto, Canada: qualitative interviews with Indigenous and non-Indigenous clients. *BMJ Open*, 10(9), e038168. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038168>.
- Clastres, P. (1972). *Chronique des indiens Guayaki: ce que savent les Aché, chasseurs nomades du Paraguay*. Plon.
- Conklin, B. A., & Morgan, L. M. (1996). Babies, bodies, and the production of personhood in North America and a Native Amazonian society. *Ethos*, 24(4), 657–694. <https://doi.org/10.1525/eth.1996.24.4.02a00040>.
- Conklin, B. (1996). Reflections on Amazonian anthropologies of the body. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(3), 373-375.
- Dejo Bustios, H. A. (2008). *Apuntes de salud y medicina del Perú antiguo—Antología*. Nóstica Editorial.
- Del Mastro, I., Tejada-Llacsca, P. J., Reinders, S., Pérez, R., Solís, Y., Alva, I., & Blas, M. M. (2021). Home birth preference, childbirth, and newborn care practices in rural Peruvian Amazon. *PLoS One*, 16(5), e0250702. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250702>.
- Descola, P. (2011). Más allá de la naturaleza y de la cultura. En L. Montenegro Martínez (Ed.), *Cultura y Naturaleza* (pp. 75-96). Jardín Botánico de Bogotá José Celestino Mutis.

- Gabriel, L. (2021). *How do Australian midwives conceptualise intrapartum risk?* (Doctoral dissertation). University of the Sunshine Coast.
- Girard, R. (1958). *Indios selváticos de la Amazonía peruana*. Libro Mex Editores.
- Goldman, I. (1968). *Los Cubeo: Indios del Noroeste del Amazonas*. Instituto Indigenista Interamericano.
- Gow, P. (2003). Ex-cocama: identidades em transformação na Amazônia peruana. *Mana*, 9, 57-79. <https://doi.org/10.1590/S0104-93132003000100004>.
- Gow, P. (2020). *De sangre mezclada: parentesco e historia en la Amazonía peruana*. UCSS & Share Amazónica.
- Gutiérrez-Choquevilca, A.-L. (2012). *Voix de 'maîtres' et chants d'oiseaux : pour une étude pragmatique de l'univers sonore et la communication rituelle parmi les Quechua d'Amazonie péruvienne* (PhD dissertation). Université Paris X-Nanterre.
- Harris, O., & Robb, J. (2012). Multiple ontologies and the problem of the body in history. *American Anthropologist*, 114(4), 668-679. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1433.2012.01513.x>.
- Héritier, F. (1997). *Les deux sœurs et leur mère. Anthropologie de l'inceste*. Odile Jacob.
- Hyett, N., Kenny, A., & Dickson-Swift, V. (2014). Methodology or method? A critical review of qualitative case study reports. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9(1), 23606. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23606>.
- Lancy, D. F. (2013). "Babies aren't persons": A survey of delayed personhood. En H. Otto & H. Keller (Eds.), *Different faces of attachment: Cultural variations on a universal human need*. Cambridge University Press.
- LeClerc, F. R. (2003). *Des modes de socialisation par les plantes chez les Shipibo-Conibo d'Amazonie péruvienne : une étude des relations entre humains et non-humains dans la construction sociale* (PhD dissertation). Université Paris X-Nanterre.
- Lévi-Strauss, C. (1979). *Mitológicas I. Lo crudo y lo cocido*. Siglo XXI.
- Lévi-Strauss, C. (1987). *Antropología estructural: mito, sociedad, humanidades*. Paidós.
- Lozano Amasifen, V. R. (1995). *Circulares de cordón umbilical: factores de riesgo materno. Hospital de apoyo de Iquitos "César Garayar García" 1993* (Graduate dissertation). National University of San Martin.
- Matarredona Desantes, N. (2014). La arquitectura del baño de vapor en la cultura maya. *Estudios de Cultura Maya*, 44, 11-40. [https://doi.org/10.1016/S0185-2574\(14\)71393-0](https://doi.org/10.1016/S0185-2574(14)71393-0).
- Mejía Carhuana, K., & Rengifo Salgado, E. L. (2000). *Plantas medicinales de uso popular en la Amazonia peruana*. IIAP.
- Ministerio de Salud. (2005). *Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural*. Ministerio de Salud.

- Ministerio de Salud. (2016). *Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural* (NTS N.º 518-2016/MINSA). Ministerio de Salud del Perú.
- Ordinola Ramírez, C. M., et al. (2019). Creencias y costumbres de madres y parteras para la atención del embarazo, parto y puerperio en el distrito de Huancas (Chachapoyas, Perú). *Arnaldoa*, 26(1), 325-338. <https://doi.org/10.22497/arnaldoa.261.26115>.
- Overing, J., & Passes, A. (2000). *The anthropology of love and anger: The aesthetics of conviviality in native Amazonia*. Routledge.
- Pérez, L. (2018). Dar a luz en el Perú. La partería en la encrucijada de las biopolíticas de medicalización del parto, siglos XIX a XXI. En G. Sánchez Ramírez & H. Laako (Eds.), *Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas* (pp. 70-93). El Colegio de la Frontera Sur.
- Quispe Peña, M. I. (2021). *Formación de agentes indígenas de salud para enfrentar el deficiente servicio de salud integral con enfoque intercultural desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Cultura en el distrito de Andoas en la región de Loreto* (Master dissertation). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Regan, J. (1983). *Estudio de la religión del pueblo en la Amazonia*. Centro de Estudios Teológicos de la Amazonía (CETA).
- Reichel-Dolmatoff, G. (1986). *Desana: Simbolismo de los Indios Tukano del Vaupes*. Procultura.
- Reichel-Dolmatoff, G. (2017). Cosmología como análisis ecológico: una perspectiva desde la selva pluvial. En E. Restrepo, A. Rojas & M. Saade (Eds.), *Antropología hecha en Colombia* (pp. 125-140). Universidad del Cauca.
- Rival, L. (2005). Introduction: What constitutes a human body in Native Amazonia? *Tipiti: Journal of the Society for the Anthropology of Lowland South America*, 3(2). <https://doi.org/10.70845/2572-3626.1017>.
- Rivas-Ruiz, R. (1994). La mujer Cocama del Bajo Ucayali: matrimonio, embarazo, parto y salud, en *Amazonía Peruana*, 24: 227-242. Lima.
- Rivas-Ruiz, R. (2022). *La Serpiente, madre del agua. Chamanismo acuático entre los Kukama-Kukamiria de la Amazonía Peruana*. PUCP-CAAAP. Lima.
- Rivas-Ruiz, R. (2011). *Le serpent, mère de l'eau. Chamanisme aquatique chez les Cocama-Cocamilla d'Amazonie péruvienne* (PhD dissertation). EHESS-Paris.
- Rivas-Ruiz, R. (2016). *Prácticas de crianza en niños y niñas menores de tres años en los pueblos Tikuna, Yagua y Kukama*. Ministerio de Educación & OEA.
- Rivas-Ruiz, R., & Murayari Silvano, T. (2022). El saber popular en Loreto se impuso a la COVID-19. En O. Espinosa & E. Fabiano (Eds.), *Las enfermedades que llegan de lejos. Los pueblos amazónicos del Perú frente a las epidemias del pasado y a la COVID 19* (pp. 141-155). Fondo Editorial de la PUCP.

- Rodríguez Venegas, V., & Duarte Hidalgo, C. (2020). Saberes ancestrales y prácticas tradicionales: embarazo, parto y puerperio en mujeres colla de la región de Atacama. *Diálogo Andino*, 63, 113-122. <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-26812020000300113>.
- Seeger, A., Da Matta, R., & Viveiros de Castro, E. (1987). A construção da pessoa nas sociedades indígenas no Brasil. En J. Pacheco de Oliveira (Ed.), *Sociedades indígenas & indigenismo no Brasil* (pp. 2-19). Editora UFRJ.
- Stocks, A. (1981). *Los nativos invisibles: Notas sobre la historia y realidad actual de los kukamiria del río Huallaga, Perú*. CAAAP.
- Tessmann, G. (1999). *Los indígenas del Perú nororiental: Investigaciones fundamentales para un estudio sistemático de la cultura*. Abya-Yala.
- Tubay Zambrano, F., & Arteaga, M. T. (2024). Los saberes en la medicina intercultural de la Unión Campesina del Azuay (Ecuador): construcción territorial y colectiva de aprendizajes transformadores. *Desde el Sur*, 16(1). <https://doi.org/10.21142/des-1601-2024-0004>.
- Valadeau, C. (2010). *De l'ethnobotanique à l'articulation du soin: une approche anthropologique du système nosologique chez les Yanesha de Haute Amazonie péruvienne* (PhD dissertation). Université Toulouse III - Paul Sabatier.
- Yajahuanca, R. (2009). *Sem Kutipa: concepções sobre saúde reprodutiva e sexualidade entre os descendentes Kukamas Kukamirias, Peru* (Master dissertation). University of São Paulo.
- Zacher Dixon, L. (2015). Obstetrics in a time of violence: Mexican midwives critique routine hospital practices. *Medical Anthropology Quarterly*, 29(4), 437-454. <https://doi.org/10.1111/maq.12174>.

CUHSO

Fundada en 1984, la revista CUHSO es una de las publicaciones periódicas más antiguas en ciencias sociales y humanidades del sur de Chile. Con una periodicidad semestral, recibe todo el año trabajos inéditos de las distintas disciplinas de las ciencias sociales y las humanidades especializadas en el estudio y comprensión de la diversidad sociocultural, especialmente de las sociedades latinoamericanas y sus tensiones producto de la herencia colonial, la modernidad y la globalización. En este sentido, la revista valora tanto el rigor como la pluralidad teórica, epistemológica y metodológica de los trabajos.

EDITOR

Matthias Gloël

COORDINADOR EDITORIAL

Víctor Navarrete Acuña

CORRECTOR DE ESTILO Y DISEÑADOR

Ediciones Silsag

TRADUCTOR, CORRECTOR LENGUA INGLESA

Mabel Zapata

SITIO WEB

cuhso.uct.cl

E-MAIL

cuhso@uct.cl

LICENCIA DE ESTE ARTÍCULO

Trabajo sujeto a una licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional Creative Commons (CC BY 4.0)