



PRÁCTICAS POPULARES DE CUIDADO AL RECIÉN NACIDO
Y A LA MADRE DURANTE EL PUERPERIO

NATALIA GIL VALENCIA

Asesora:

ERIKA MARÍA VALENCIA CORTÉS



Trabajo de investigación para optar por el título de:
Antropóloga



Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Departamento de Antropología
Medellín
2017

**PRÁCTICAS POPULARES DE CUIDADO
AL RECIÉN NACIDO Y A LA MADRE DURANTE EL PUERPERIO**

Agradecimientos

A mis padres Horacio Gil y Odila Valencia, que me apoyaron desde el comienzo así nunca hubieran escuchado la palabra antropología, solo bastó que me vieran feliz, para ellos también serlo, por su dedicación y paciencia, gracias.

A mis hermanos Julio Gil y Mayra Gil, por encaminar este proceso y ser ejemplos a seguir, por el sólo hecho de estar, gracias.

A las madres entrevistadas, familia, primas y tías, pero en especial a la abuela, al motor que hace funcionar esta familia, que tus conocimientos y costumbre se queden siempre con nosotros, gracias por esa entereza, fuerza y amor que transmites, eres lo más hermoso de la familia.

A mis amigos presentes en este largo proceso, a los que estuvieron desde siempre mostrando interés, especialmente a Dani Ortiz, Daniel Palacio y Nati Moreno, por sus consejos y sugerencias, por siempre estar presentes estabilizando mis ánimos y dándome apoyo, agradezco a la universidad por dejarme encontrarlos y a ustedes por quedarse en la vida. Igualmente agradezco a las personas que aparecieron en este caminar, mostrando con su compañía apoyo y confianza, por brindarme espacios de tranquilidad necesarios para llegar a este final.

A mi asesora Erika Valencia, gracias por la acogida sin importar los obstáculos presentados, por creer en mí y porque incluso con sus dificultades me encaminó constantemente logrando un crecimiento académico.

A Zúa, por llegar a la vida a traer felicidad, por las largas noches a mi lado esperando y por ayudar a controlar las crisis y canalizar mis tristezas.

A Rigo y a Laura, por ustedes y para ustedes, hasta el cielo.

Contenido

Introducción	
1.Planteamiento del problema	9
2. Objetivos	19
2.1 Objetivo general	19
2.2 Objetivos específicos	19
3. Marco teórico	20
3.1 Conceptos de biomedicina, cuidados populares y sistema de autoatención	20
3.2 Puerperio y población materno infantil	24
4. Metodología	28
4.1 Tipo de estudio	28
4.2 Muestra poblacional	30
4.3 Recolección de la Información	30
4.4 Análisis de la información	34
4.5 Consentimiento informado	34
4.6 Memo Metodológico	35
5. Contexto sociodemográfico	41
6. Resultados	43
6.1 Nacimiento del bebé	43
6.2 Proceso salud/enfermedad/atención/cuidado del binomio madre-hijo	54

6.2.1 Enfermedades de Filiación Cultural del Bebé	54
6.2.2 Salud, Enfermedad y terapéuticas al bebé	58
6.2.3 Cuidados del Bebé	60
6.2.4 Cuidados de la madre	79
6.3 Entre cuidados generacionales y redes de apoyo	92
6.4 Cerrando el puerperio: día 40	101
7. Discusión	110
7.1 Conocimientos transmitidos de generación en generación: Cambios y permanencias	110
7.2 Acceso a los servicios de salud	120
8. Conclusiones	124
9. Bibliografía	127
Anexos	134

Lista de fotografías

Foto 1. Lámpara de luz amarilla	53
Foto 2. Lana en la frente para curar el hipo	61
Foto 3. Bañera encima de la poceta	70
Foto 4. Abuelo ayudando a bañar al bebé	72
Foto 5. Madre tomando chocolate bajo las cobijas	103
Foto 6. Sahumerio empacado	105
Foto 7. Madre recibiendo el sahumero	106
Foto 8. Vaporización	107

Lista de anexos

- | | |
|--|-----|
| 1. Entrevista cuidados de la madre | 134 |
| 2. Entrevista cuidados del recién nacido | 137 |

Resumen

Es recurrente que las personas acudan a atenderse personalmente un problema de salud siguiendo diferentes patrones de autoatención, los cuales dependen de sus características sociodemográficas, cultura, creencias y entorno; las ideas se desarrollan, transmiten y mantienen a través de la experiencia del grupo social que la práctica y éstas a su vez se transmiten de forma oral de generación en generación; en el caso particular del puerperio, coloquialmente llamado *dieta*, es decir el período comprendido entre el nacimiento del niño hasta el día 40, estos saberes son transmitidos por las mujeres como un saber propio y exclusivo del terreno de lo «femenino» y especialmente de madres a hijas, puesto que el rol de los hombres en este período se presenta básicamente como un acompañamiento a la madre y al hijo.

Se evidencia en esta investigación que algunas de las prácticas tradicionales de cuidado durante la *dieta* continúan vigentes siendo utilizadas por mujeres de diferentes grupos etarios, presentándose así una permanencia en el tiempo de cuidados populares sin dejar de reconocer la importancia de los cuidados brindados desde la biomedicina, los cuales se combinan para ser usados por la puérpera y así obtener un restablecimiento y mantenimiento de su salud y la del recién nacido.

Palabras Clave: Puerperio, Cuidados Populares, Cuidados biomédicos, Transmisión de consejo.

Introducción

El presente estudio es el resultado del trabajo de investigación “Prácticas populares de cuidado al recién nacido y a la madre durante el puerperio” el cual tiene como finalidad analizar los cuidados no profesionales utilizados durante el puerperio; es decir, los conocimientos y habilidades culturales o populares aprendidos por tradición oral, que se realizan en el entorno del domicilio durante la *dieta o* puerperio, utilizados por las madres para proporcionar asistencia, apoyo y actos facilitadores hacia sus hijos o hacia sí mismas y como estos conocimientos son transmitidos de una generación a otra.

Los cuidados no profesionales o genéricos durante la *dieta* se desarrollan entre los saberes de tipo tradicional, los cuidados de la salud en el ámbito doméstico y la autoatención, entendiéndose ésta como el “modelo donde se encuentran todas aquellas estrategias y procesos básicos implementados en el interior de los hogares para la prevención, cuidados y/o curación de las enfermedades, malestares o daños, [las cuales] son llevadas a cabo dentro del grupo doméstico y [en las que] no interviene directamente ningún curador profesional” (Menéndez 1990:87; citado por Citarella en (Citarella & Zangari, 2009); sin embargo, se evidencia la inclusión de prácticas para la curación y restablecimiento de la salud de la madre y del recién nacido del modelo médico hegemónico, es decir, la biomedicina.

La presentación de los resultados se desenvuelve en cuatro apartados principales, dónde en el primero se buscó describir las modalidades y lugares de nacimiento de los bebés, al igual que las recomendaciones biomédicas brindadas para las madre y sus hijos que nacieron en centros hospitalarios, en el segundo apartado se relataron las enfermedades que son recurrentes en los niños durante la etapa del puerperio, tanto de filiación cultural como biomédicas, igualmente el

apartado se refiere a otros cuidados que se debe tener tanto para los niños como para las madres, que no son enfermedades, pero que sí merecen una especial atención para buscar la recuperación y conservación de la salud durante estos 40 días, posteriormente se encuentra el capítulo que habla de las redes de apoyo y las transmisiones de consejo que se presenta en esta etapa, quienes son las personas que acompañan a la puérpera y cuáles son las prácticas que se recomiendan durante este periodo, por último cerrando los resultados, se encuentra el día final de esta etapa, la explicación de las actividades realizadas el día 40, los rituales y las acciones especiales que se deben practicar, al igual que la importancia que este día conlleva para lograr una recuperación de la madre y así poder retomar satisfactoriamente su vida rutinaria.

Los resultados de esta investigación se encuentran transversalizados por tres enfoques, bajo los cuales todos los apartados se sustentan: -la temporalidad en dónde se pueden evidenciar o no los cambios generacionales que han surgido en los cuidados a través del tiempo, -la transmisión de consejo y redes de apoyo que existen en esta etapa de la vida de una mujer, es decir quiénes son las personas encargadas de brindar acompañamiento y recomendaciones durante estos 40 días y por último -los cuidados biomédicos que practican o no las madres parturientas para buscar un restablecimiento de su salud.

Por último, en la discusión se presenta una triangulación de la información que se compone de los conceptos o temas principales de la investigación basándose en estudios o investigaciones previas, las experiencias de vida según lo narrado por cada interlocutor(a) y la opinión de la investigadora.

1. Planteamiento del problema

Las maneras de conservar la salud varía dependiendo de la cultura a la que pertenezca un individuo. Las cuales, comprende creencias, costumbres, conocimientos y hábitos, todos adquiridos y transmitidos a través de la experiencia del grupo social que la práctica. Los cuidados que están ligados al entorno de salud/enfermedad tienden a tener un arraigo mayor al entorno cultural (Rodríguez y Rico, 2012).

La mortalidad materna y perinatal es más elevada en los países en vías de desarrollo, mientras los niveles de mortalidad infantil son en promedio 10 veces mayores en estos países que en los desarrollados, la mortalidad materna es 100 veces más alta. En el mundo a diario se estima que mueren 1500 mujeres por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio (Ministerio de la Protección Social, s.f)

En Colombia, entre los años 1990 y 2013, la tasa de mortalidad materna ha tenido un descenso, según datos reportados por la OMS, comienza con una medición de 100 por 100.000 nacidos vivos en 1990 y logra alcanzar una tasa de 83 por cada 100.000 nacidos vivos para el año 2013. Sin embargo, la OMS ha catalogado a Colombia como una país con “progreso insuficiente” en la disminución de la tasa de mortalidad materna (Ministerio de la Protección Social versión 2.0, s.f)

Estas cifras son el resultado de las inequidad en el acceso a los servicios de salud y las condiciones de desigualdad que perjudica a la población en general, pero sobre todo a las mujeres y recién nacidos; por lo tanto la mortalidad materna, no es sólo un problema de salud pública, sino también de derechos humanos, ya que es notoria la exclusión social por razones de género, culturales y económicas entre otras (Ministerio de la Protección Social, s.f).

La atención oportuna y especializada durante la gestación, el parto y el puerperio es un factor importante en la prevención de la mortalidad materno infantil, por esto las prácticas seguras enfocadas a esta etapa se consideran de alto impacto. Las investigaciones han demostrado que se puede lograr un efecto favorecedor con respecto a la supervivencia para madre e hijo si se mejora la calidad de los servicios existentes, si se invierte en incrementar los conocimientos de los prestadores de servicios de salud y se optimizan los sistemas de remisión de pacientes (Ministerio de la Protección Social versión 2.0, s.f).

Es por esto, que todas las madres y sus hijos tienen derecho a recibir atención adecuada, independientemente de su raza, su condición socioeconómica o su edad. La atención se sustenta en prácticas basadas en la evidencia científica, Pero se promueve fuertemente el respeto por las tradiciones culturales que cada individuo tenga de acuerdo a su comunidad. (Larguía, M. A. et al, 2011)

Los cuidados durante la etapa del puerperio, socialmente conocido como la “dieta”, se practican basados en los conocimientos acumulados y comunicados dentro de una sociedad. Esta etapa es una de las más importantes dentro del binomio madre-hijo, la cual se ha visto influenciada desde tiempo atrás por múltiples prácticas y creencias culturales transmitidas de una generación a otra (Castro, Muñoz, Plaza, Rodríguez y Sepúlveda, 2006). El puerperio es influenciado por diversas formas de atención donde se presentan recomendaciones, prohibiciones y prescripciones orientadas por conocimientos científicos pero también populares ampliando así las estrategias utilizadas para lograr un equilibrio de la salud, en un contexto no solo biomédico, sino también, sociocultural.

Diversos estudios internacionales permiten observar la práctica de los cuidados populares hacia la mujer durante el puerperio, como el presentado en 2005, Blázquez en su estudio

“Aproximación a la antropología de la reproducción” de España, donde propone que el parto debe ser entendido dentro de un contexto biosocial, es decir, como una etapa que es permeada por factores biológicos universales y al mismo tiempo, por factores sociales particulares de cada sociedad. Igualmente, para el mismo año y en el mismo país, Ponce en su trabajo

“Conocimientos de las puérperas sobre autocuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta hospitalaria” nos presenta la situación de la educación que se le otorga a la puérpera por parte del personal médico para conservar su salud y la del recién nacido, la calidad de información brindada y la inclusión de las madres en la obtención de la información donde se evidencia que no todas las madres son tenidas en cuenta en estos programas lo que conlleva a que las mujeres presentan dificultades por desconocimiento en el comienzo de esta etapa.

Un estudio de México, en el 2012 realizado por Rodríguez y Rico titulado **“Costumbres populares y autocuidado después del parto y la lactancia en una comunidad rural de Silao Guanajuato”** expone cómo las recomendaciones que son brindadas por el personal médico en los hospitales no se siguen adecuadamente por parte de las parturientas ya que expresan que estas recomendaciones se transforman “porque donde existen parteras es normal que el autocuidado exista” (Rodríguez y Rico, 2012, p.6), dando prioridad a los cuidados populares. En el mismo país, en el 2010, Villanueva con su trabajo **“El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra”** refleja cómo se ha ido paulatinamente generado un entorno desfavorable para la relación médico-paciente en la era de la medicina occidental, donde las consultas son mediatistas y los médicos presentan desinterés por los aspectos subjetivos de los pacientes, incluso llegando a límites de maltrato psicológico y violación de los derechos reproductivos de las parturientas en el momento del parto, situación que hace que la madre prefiera practicar los cuidados populares en su hogar y dejar a un lado las recomendaciones biomédicas.

Para el año 2010, en Cuba, García y Díaz, presentaron en su estudio **“Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio”** las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres alrededor del tema parto y puerperio, cómo es asumida de diversas maneras la maternidad por ambos y como la categoría género se diferencia a través de la atención a estos procesos, igualmente muestra la importancia de que la parturienta no sea la única que se encargue del proceso parto y puerperio, sino que tener compañía en esta etapa, es significativa, especialmente si es por parte de su pareja.

Dentro de los estudios colombianos se encuentra para 1997 el de Acosta et al. **“Creencias populares sobre el autocuidado durante el puerperio en las instituciones de salud nivel 1”** se describieron las creencias populares sobre el cuidado del cuerpo, basados en pensamientos mágicos y tabúes, siempre buscando conservar la salud y prevenir la enfermedad en situaciones que se pueden presentar en las parturientas como sangrados vaginales, las infecciones puerperales, la alimentación y la higiene personal. Igualmente mencionan la importancia de las plantas como medio de curación y el último día de la dieta, indispensable para cerrar el ciclo sanamente.

Las puerperas están orientadas a brindar una protección permanente al recién nacido, las cuales, según Bejarano, Argote, Ruiz, Vásquez y Muñoz, en su estudio presentado en Bogotá en el 2003 titulado **“Protegiendo al recién nacido durante el puerperio la madre adolescente asegura un hijo sano y fuerte”**, los cuidados brindados en casa al recién nacido son similares a las sugeridas por el personal médico, como es evitar la entrada de frío y calor, mantener un ambiente de limpieza, cerrar los orificios abiertos, utilizar rituales con determinadas hierbas para limpiarlo y evitar que el frío entre al cuerpo, cubrir la “mollera” o fontanela anterior, proteger el ombligo del bebé con un fajero o un botón para que no se le salga ya que se considera un orificio

abierto la cual es la parte más factible que le entre frío, igualmente algunas madres “enchumban” al niño para evitar deformidades en las piernas, en cada cambio de pañal no se debe limpiar con agua fría y en el momento de amamantar se considera que la madre debe tapar bien sus senos debido a la creencia de que la leche materna no se debe dejar enfriar durante el paso de la madre al hijo porque este frío le estaría entrando al cuerpo del bebé, el estudio identifica que una manera de reconocer si el bebé tiene frío es por las cantidades de veces que orina y también si al bebé le da hipo, para lo cual recomiendan colocar un algodón mojado o un hilo en la frente, también les ponen en las manos o pies de los bebés, talismanes o amuletos para el cuidado de enfermedades culturales que puedan afectarlos como lo son las miradas fuertes de las personas que producen el “mal de ojo”, enfermedad basada en miradas con energías negativas derivadas de celos o envidias, o la “voltiada del cuajo” la cual se presenta debido a un golpe o una caída de espaldas que provoca que la salud del niño se deteriore.

El estudio realizado en Bogotá en 2004 de Bejarano, Argote, Ruiz, Vásquez y Muñoz **“Transitando la adolescencia por el puerperio. Amenazas, peligros y acciones de protección durante la dieta”** demuestra que las adolescentes están comenzando las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas en la cual identifican la edad promedio del inicio de las relaciones sexuales y la edad promedio de su primer embarazo correspondiente a los 16,2 años, lo cual se convierte en una preocupación de la sociedad, ya que al adolescente probablemente no estar preparado para asumir el rol de madre-padre, las responsabilidades se trasladan a la madre de la joven o su familia y al sector salud. En este estudio se demuestra como la mayoría de las prácticas de cuidados que las jóvenes tienen consigo misma y con sus hijos recién nacidos, reflejan la herencia de conocimiento que es transmitida de su madre, cuyas creencias y prácticas se transmiten a las nuevas generaciones, desconocedoras parciales de estas costumbres.

Castro et al. (2006) en el estudio **“Prácticas y creencias tradicionales en torno al puerperio, municipio de Popayán, 2005”** refiere la importancia de conocer las prácticas y creencias culturales en torno al puerperio, para determinar cuáles de estas costumbres se deberían reestructurar, reforzar, preservar o eliminar, de acuerdo al beneficio que tenga sobre el binomio madre-hijo. Este estudio se basa en conocer estas prácticas desde dos perspectivas: autocuidado de la mujer y su recién nacido durante el puerperio y cuidado que les brinda su grupo familiar, logrando revelar la vigencia de las prácticas tradicionales utilizadas por generaciones pasadas.

El trabajo realizado en 2011 por Castro y Peñaranda **“La comprensión de los significados de la maternidad: el caso de un programa de cuidado prenatal en un centro de salud en Popayán, Colombia”** donde relata la importancia de desarrollar un enfoque comprensivo de la maternidad por parte del personal de la salud, en la que se puedan entender las condiciones socioculturales de las parturientas y en las que se comprendan la significación para ellas de la idea de ser madres, igualmente el documento propone crear alternativas para que el personal médico reconozca la inclusión de las categorías de maternidad y crianza como complejos no solo biomédicos sino también socioculturales.

Por último, el estudio de medellín presentado por Aguilar, Prada y Restrepo en el 2014 titulado **“Vínculo afectivo y prácticas de cuidado que implementan seis madres adolescentes con sus hijos prematuros y su relación con las tradiciones culturales, adelantado en la unidad neonatal del hospital general de Medellín en 2014”** relata que los cuidados que brindan las parturientas hacia los recién nacidos están basadas en saberes populares o tradicionales que conocen o aprenden de sus madres o suegras, las puérperas empiezan a tomar medidas para cuidarse posterior al embarazo cómo incluir una alimentación saludable, tomar líquidos que permitan aumentar la producción de leche, cuidarse durante la dieta de las corrientes

de aire y del sereno. Como hallazgo relevante que se tiene de este estudio es la forma como el personal de salud logra interactuar con las madres y padres mediante el acompañamiento y la enseñanza de las prácticas de cuidado basadas en el reconocimiento y el respeto para que sean practicados en el hogar, pero de igual modo se hace la recomendación de que el personal de la salud, conozca y acepte las creencias culturales que permean las prácticas de crianza que son utilizadas por las madres para el cuidado de sus bebés.

En general, los estudios citados anteriormente, permiten distinguir temas centrales que circulan alrededor del puerperio o dieta, los textos referencian los cuidados populares básicos en los que la madre se basa para mantener la estabilidad de su salud y la del recién nacido, las prohibiciones y las prescripciones sugeridas para esta etapa, y la identificación de categorías en las que los cuidados están más acentuados por parte de las madres tales como: la recuperación del equilibrio entre frío y calor corporal, los alimentos prohibidos o sugeridos para la parturienta y el recién nacido, la higiene que a ambos se les sugiere manejar, las actividades o esfuerzos físicos que la madre no debe hacer y la importancia del día 40 de la dieta como cierre de esta etapa, los estudios referencian cómo estas creencias se perpetúan en la cotidianidad de las mujeres y cómo las prácticas perduran en el tiempo basándose en la transmisión de conocimientos de una generación a otra. (Acosta et al. 1997).

Según García y Díaz (2010) afirman que en la mayoría de las sociedades occidentales, a partir de mediados del siglo pasado, la etapa del embarazo, el parto y el puerperio pasan de ser atendidos por parteras o comadronas y se refuerza el ámbito hospitalario donde las mujeres embarazadas son atendidas por personal médico con formación académica, y que debido a este control de la etapa vital de la mujer, se ha logrado una considerable disminución de las tasas de morbimortalidad materna neonatal.

No obstante, durante la atención obstétrica hospitalaria, algunas mujeres son sometidas a una amplia gama de maltratos psicológicos que violan sus derechos humanos y reproductivos, razón por el cual las mujeres manifiestan desinterés por los cuidados biomédicos ya que lo categorizan de deshumanizado (Villanueva, 2010). Esto se relaciona con los bloqueos médicos de corte curricular, es decir, la manera como se forma a los médicos en la academia, dónde la formación es biológica y parcialmente es complementada con aspectos socioculturales (Albó, 2004), bases que permitirían brindar un buen servicio y tener un buen trato con los pacientes, sin discriminar sexo, etnia, edad, padecimiento, donde todos los pacientes merecen respeto y atención de calidad. Estas razones materializan la idea de por qué algunas mujeres prefieren los cuidados populares o el autocuidado por encima de los hospitalarios, donde optan por realizar actividades que sus familiares le recomiendan para obtener un buen estado de salud sin necesidad de ser maltratadas o abusadas.

En conclusión, interesa en este trabajo estudiar las prácticas populares de cuidado a la madre y al recién nacido durante el puerperio de mujeres del departamento de Antioquia, conocer la preferencia por acceder a los cuidados profesionales o populares, las modalidades de transmisión de estos conocimientos de una generación a otra, las costumbres familiares que permanecen y que se relacionan con recomendaciones y prohibiciones en los distintos ámbitos de la vida de la madre y del recién nacido.

La pertinencia de este estudio académicamente se fundamenta en la intención de aportar información de tipo cualitativa que visibilicen las prácticas populares y culturales que circulan alrededor de la etapa del puerperio, los cambios y persistencias en torno a los cuidados en esta etapa y los aspectos socioculturales que implica este proceso en Antioquia

Desde la antropología médica, el tema es pertinente puesto que es importante poner en manifiesto la historicidad que han tenido los cuidados populares durante el puerperio y cómo esta se conserva y perpetúa en las comunidades, demostrando así que la biomedicina no es el único medio al que acuden las personas para el restablecimiento de su salud o la cura de sus enfermedades sino que se ha logrado una articulación para lograr un equilibrio. De este modo sería pertinente aportar datos cualitativos sobre los cuidados en el puerperio desde perspectivas interdisciplinarias donde se conjuguen las ciencias sociales y la biomedicina.

Igualmente el estudio tiene pertinencia para la antropología médica en el momento de demostrar la importancia que tienen los conocimientos tradicionales transmitidos de una generación a otra, como las maneras de curar enfermedades y buscar mantener la salud, se basan en una transmisión generacional de acuerdo al grupo social que las practica y donde específicamente en la etapa del puerperio, siendo un proceso donde las mujeres tienen un protagonismo, se brindan entre ellas una ayuda basada en conocimientos adquiridos formando así una red de apoyo donde se ven involucradas, madres, suegras, cuñadas, tías, hermanas, todas en pro de un restablecimiento de la salud materno infantil.

El trabajo ayudaría a la construcción de conocimiento y aprendizaje por parte de las parturientas, para que ellas conozcan otros medios y métodos de restablecimiento de su salud y la del recién nacido, que era practicada por sus antepasados y que se puede seguir practicando.

Sumado a lo anterior, y en el contexto particular del departamento, en la cual se practica en gran medida el autocuidado ya que el tiempo de estadía en el hospital es generalmente corto, es de gran interés para la comunidad antioqueña y para las instituciones hospitalarias ya que se permite conocer las especificidades de los cuidados populares y las razones por las que las parturientas prefieren determinada atención, por lo que se podría formular proyectos en conjunto

con hospitales donde los cuidados populares y biomédicos se integren ofreciendo servicios que las parturientas estén a gusto de practicar y donde puedan obtener un restablecimiento adecuado de la salud.

Por último existe un interés personal, teniendo en cuenta que tengo estudios previos sobre cuidados a la primera infancia, donde deseo articular estos conocimientos adquiridos con este tema donde me podría acercar nuevamente a los infantes y conocer el cuidado que las madres le brindan a estos no sólo desde el aspecto biomédico sino sociocultural.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Describir las prácticas populares de cuidado a la madre y al recién nacido durante el puerperio

2.2 Objetivos específicos

Identificar las prohibiciones y prescripciones utilizadas para el cuidado de la madre y el recién nacido durante el puerperio

Conocer las modalidades de transmisión de consejo y red de apoyo de generación en generación de los cuidados de la madre y el recién nacido durante el puerperio

3. Marco teórico

3.1 Conceptos de Biomedicina, Cuidados populares y Sistema de autoatención

En el diverso mundo de la salud/enfermedad existen muchas perspectivas culturales, visiones del mundo y prácticas terapéuticas distintas que, a veces se complementan y a veces chocan entre sí de acuerdo a la comunidad, las cuales han desarrollado métodos, creencias, conocimientos, percepciones y sistemas organizativos para abordar el problema de la salud y la enfermedad, esta dinámica de oposición y complementación ha sido conceptualizada por algunos autores en el marco de los procesos de contacto y contraste entre clases socioeconómicas dominantes y clases subalternas (Citarella, 2009).

Debido a la influencia hispana, se configuro un modelo de salud que se transformó en el modelo cultural hegemónico de la mayoría de los países latinoamericanos, los europeos, particularmente los españoles, establecieron un modelo institucional y unas estructuras que aún siguen vigentes, el occidental. Este modelo médico se implementa en el sector público (hospitales, cajas de salud, postas de salud públicas), en el sector privado (hospitales, clínicas privadas y ONG) y en el sector individual privado (consultorios privados) (Citarella, 2009).

La medicina occidental o biomedicina concibe la enfermedad como resultado del ataque de un agente etiológico a un organismo; donde existe una falta de adaptación del cuerpo a los agentes externos lo cual conduce a la falla de la función de un órgano, de un sistema o de todo el organismo y de sus funciones vitales, (Belén, 2011). Con respecto al puerperio, desde la biomedicina, se hace referencia a la recuperación del equilibrio que el cuerpo pierde durante el embarazo, pero este equilibrio se refiere a la “involución” o retorno en gran medida de los

órganos y sistemas maternos que sufrieron transformaciones durante el embarazo y parto (Acosta et al. 1997).

La biomedicina es la única forma de atención que ha logrado organizar una institución internacional a la que pertenecen oficialmente la mayoría de los países del mundo actual como es el caso de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que además cuenta con sucursales en todos los continentes como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el caso específico de América. Proceso que no se da con ningún otro sistema médico (Menéndez, 2009).

La característica estructural de la biomedicina es el biologicismo en donde la acción terapéutica se concentra en los aspectos sintomatológicos o biológicos de la enfermedad. Sin embargo, desde el punto de vista de la gente, esta intervención no puede resolver completamente la complejidad de la dolencia, otras características que se presentan son: la homologación, el individualismo, el marco teórico evolucionista-positivista, la mercantilización de la salud, y la relación asimétrica entre médicos y pacientes (Menéndez 1988). Su principal representante y su agente más poderoso es el médico, Se impone considerando que la única práctica médica verdadera es la académica, negando cualquier valor al resto de sistemas médicos (Citarella, 2009). Por lo cual, el médico occidental no se complementa con el conocimiento de otros sistemas y prácticas médicas porque los desconoce, pone en duda su utilidad, los subvalora, y considera que la biomedicina no necesita ser complementada, ignora y le da poca importancia al papel de lo social, lo emocional, y lo cultural en el proceso salud/enfermedad (Duarte, 2003).

Desde una perspectiva antropológica, cuando hablamos de modelos, saberes y formas de atención y prevención de padecimientos, no sólo se piensa en los de tipo biomédico, sino en todos los saberes y formas de atención que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar o curar un padecimiento determinado (Menéndez, 2009). Uno de estos modelos de cuidados de la

salud es la medicina popular, la cual presenta una esencia mágico-religiosa de la vida y de la salud o enfermedad, su área de estudio no está relacionado exclusivamente con los fenómenos biológicos, fisiológicos y bioquímicos, sino que está vinculado al ámbito social, religioso y ecológico, en el sistema médico popular el elemento psico-social de la enfermedad es muy importante, porque existe una cosmovisión integradora en la que intervienen elementos culturales que pueden favorecer o perjudicar la salud (Citarella, 2009).

Este sector abarca varios niveles: individuo, familia y redes sociales, este sector no es profesional ni científico, el enfermo y su familia poseen creencias y valores sobre las enfermedades que son parte de los conocimientos de la cultura popular. Sus decisiones presentan una amplia gama de posibles alternativas: la familia puede establecer terapias con tratamientos conocidos, consultar amigos, vecinos, parientes o expertos sobre lo que se debe hacer o puede crear o desechar un diagnóstico de acuerdo a la validez que ellos le den, pueden decidir si acudir al personal científico o utilizar sus conocimientos culturales para la cura de alguna enfermedad (Gutiérrez de Pineda, 1985). Este modelo se caracteriza porque:

Constituye conocimientos y prácticas populares, integradas culturalmente; Se ajusta y funciona al ritmo del estudio tecnológico y científico de su entorno social; Existe una creencia y fe individual y Colectiva que fundamenta, estimula y dirige su acción.

(Gutiérrez de Pineda, 1985, p.26)

Si se lograra interiorizar que la salud y la enfermedad no es un proceso meramente biológico, sino que existen otros factores socioculturales los cuales están ligados directamente con los padecimientos de los individuos, se podrían poner en marcha estrategias en las que varios modelos médicos puedan interactuar, y así, entender la eficacia de los diferentes sistemas

médicos existentes para buscar conservar la salud y prevenir la enfermedad por diferentes medios.

Dentro de estos diferentes sistemas médicos utilizados por los individuos para mantener un equilibrio de su salud y buscar aliviar sus dolencias se encuentra el modelo de autoatención, entendiéndose ésta como el modelo donde se encuentran todas aquellas experiencias y procesos básicos implementados en los hogares para la prevención, cuidados y/o curación de las enfermedades, malestares o daños, estas prácticas son ejercidas dentro del grupo doméstico y en ellas no interviene directamente ningún individuo profesional. La autoatención constituye la primera actividad asistencial que realiza el grupo, y que posteriormente puede continuarse o no con otros tipos de atención, según las características de la enfermedad y del tipo de cobertura existente. Como modelo de atención, su acción no se limita al área de la medicina (preventiva o curativa), sino que incluye y reelabora conceptos y prácticas relacionados con la alimentación y la nutrición, a la higiene y el aseo básico, a la sexualidad y la reproducción, a la religiosidad y las normas sociales, al trabajo y al hogar (Citarella, 2009).

Otro concepto que se utiliza como semejante de autoatención es el de "autocuidado", desarrollado desde la biomedicina especialmente a partir del concepto de estilo de vida,

De tal manera que por autocuidado se suelen entender las acciones realizadas por los individuos para prevenir el avance de ciertos padecimientos y para favorecer ciertos aspectos de salud positiva. El empleo de este concepto por el Sector Salud es marcadamente individualista, y se diferencia del de autoatención, que si bien incluye la experiencia y trayectoria de los individuos, tiene un carácter grupal y social. (Menéndez, 2009, p.107)

La autoatención no tiene solo consecuencias negativas o positivas para la salud, sino que es el canal mediante el cual los individuos y sus grupos pueden evidenciar su capacidad de acción y reacción y en consecuencia es un proceso donde se evidencia la validez de sus propios saberes.

diferentes áreas de estudio sociales y médicas, vienen señalando la importancia de la relación médico-paciente para el diagnóstico y para el tratamiento de enfermedades, y en consecuencia la necesidad de mejorarla, de hacerla más equilibrada y tener en cuenta no sólo la palabra del paciente sino sus aspectos socioculturales, ya que estos tienden a ser excluidas por la mayoría de los médicos, por lo tanto que si el sector salud quiere implementar un sistema de atención útil debe saber identificar, describir y analizar los diferentes factores reales o imaginarios que los individuos y los grupos sociales reconocen como aspectos que afectan su salud (Menéndez, 2009).

3.2 Puerperio y Población materno infantil

El puerperio se define como el periodo que comprende el nacimiento hasta la sexta semana del posparto, durante este período ocurren múltiples cambios fisiológicos, anatómicos y psicológicos que encaminan a la mujer a regresar a un estado equivalente al que tenía previo a la gestación. Este periodo se considera de alto riesgo ya que existen posibles complicaciones como infecciones y hemorragias que pueden encaminar a la morbilidad e incluso la muerte de la puérpera. (Botero, Henao y Londoño, 2008). Las primeras horas luego del parto son las de mayor riesgo por lo cual es indispensable vigilar de manera regular el útero, el sangrado vaginal y pulso de la madre, “en este período se recomienda mantener la paciente hospitalizada por 24 horas luego de un parto normal y 48 horas si fue por cesárea” (Cortés, Gómez y Gutiérrez, 2013, p.55).

El puerperio se divide de acuerdo con el tiempo que ha pasado con respecto al parto así:

Puerperio inmediato: Comprende las primeras 24 horas luego del parto y en este período actúan los mecanismos hemostáticos para controlar el sangrado uterino

Puerperio mediato: Éste abarca desde el segundo día hasta el décimo, en este inicia la lactancia propiamente dicha.

Puerperio tardío: Éste va del día 11 al 40 y se considera que en este momento puede retornar a la ovulación. (Botero et al., 2008, p. 173)

Desde el momento del nacimiento del niño se empiezan a sentar las bases para el desarrollo del ser humano que será a futuro, por lo que los procesos biológicos sociales, psicoafectivos, y culturales que la puérpera le ofrezca desde el nacimiento, impactarán el crecimiento y desarrollo físico, cognitivo, de lenguaje emocional y social de su recién nacido. El reconocimiento de los estrechos vínculos entre la salud de las madres y las de sus niñas y niños recién nacidos, es casi una constante histórica, por lo cual, la OMS promueve los beneficios de contar con sistemas de salud funcionales que proporcionen actividades de promoción, prevención y atención con carácter de continuidad incluyendo atención de calidad incluso desde antes de la concepción, durante la gestación, en el parto, en el post-parto y hasta el segundo año de edad (Organización Panamericana de la salud y ministerio de salud y protección social, 2012).

Colombia tiene como estrategia reducir la mortalidad materna, perinatal y neonatal, mejorando el acceso a los servicios de salud y asegurando la calidad de la atención obstétrica y neonatal básica, “así mismo centrar la atención y la vigilancia en el tercer trimestre de la gestación y la primera semana después del nacimiento, momentos donde ocurren la mayor parte de las muertes maternas y perinatales” (Organización Panamericana de la salud y ministerio de salud y protección social, 2012, p. 67). Para lograr este propósito, el ministerio de salud, en

conjunto con organizaciones internacionales creó el plan nacional de salud *Mil Días de Vida*, la cual tiene como objetivo garantizar la salud de la mujer como materna y su salud fetal, neonatal e infantil durante los primeros mil días de vida, donde la salud de ambos sea de calidad, efectiva y continua y se logre reducir la mortalidad materna y neonatal del país (Organización Panamericana de la salud y ministerio de salud y protección social, 2012).

La población materno infantil debe exigir que la atención durante la gestación, en el parto y en el puerperio, en los servicios obstétricos, neonatales y pediátricos sean oportunos y de calidad, ya que según un estudio realizado en el año 2000 de la población materno infantil en Argentina:

Se señala que las actividades que han demostrado ser las que mayor impacto positivo producen en los niveles de salud de la población materno infantil son la atención integral de la salud de la mujer en edad reproductiva, incluyendo acciones de procreación responsable, atención del embarazo, parto y puerperio, atención del recién nacido, promoción de la lactancia materna y vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño, incluidas las inmunizaciones y la atención de sus patologías prevalentes, estas actividades deben ser realizadas en los servicios de salud ya sean públicos, privados o de seguridad social. La tarea a nivel local, consiste en que estas actividades deben realizarse adecuándose a las diversas culturas y creencias. (Moreno, Crivelli, Kestelman, Malé y Passarell, 2000, p. 17)

En cuanto a la diversidad cultural, la OMS propone que para el caso de los grupos étnicos, se creen procesos que favorezcan la construcción de programas integrales con enfoque intercultural, donde intervengan en el cuidado de la salud materno infantil, parteras, médicos tradicionales o integrantes de la comunidad con diferentes conocimientos y perfiles al biomédico, esta propuesta podría reconocer y fortalecer las prácticas y conocimientos ancestrales

de los diferentes grupos étnicos que realizan para el cuidado de la salud materno-infantil creando procesos de complementariedad y articulación de conocimientos con un enfoque intercultural (Organización Panamericana de la salud y ministerio de salud y protección social, 2012). Donde se enseñen y recomienden las maneras de proceder en las diferentes etapas del embarazo, de este modo, todas las diversas culturas podrían poner en práctica sus creencias, sean de carácter científico o popular con la tranquilidad de que su población materno infantil tiene asegurada su salud y no tendrán más incrementos en los índices de morbimortalidad por acontecimientos prevenibles de esta población.

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

El presente estudio tuvo un enfoque cualitativo, dónde se abordaron las realidades subjetivas e intersubjetivas como objetos legítimos de conocimientos científicos. Dónde se buscó comprender desde el interior de los actores sociales, las lógicas de sus protagonistas, con una mirada interna y rescatando su multiplicidad y especificidad, en el enfoque cualitativo el conocimiento es un producto social y su creación colectiva está atravesada e influenciada por percepciones y significados de los sujetos que lo construyen; la investigación cualitativa releva la importancia de la subjetividad y le da el papel de ser el garante a través del cual se logra el conocimiento de la realidad humana (Galeano, 2004).

El método que se utilizó en la realización de este estudio fue la etnografía, este método tiene como rasgo distintivo que el etnógrafo participa abiertamente o de manera encubierta, en la vida diaria de las personas de un grupo determinado durante un periodo de tiempo, observando que acontecimientos suceden, su cotidianidad de vida, escuchando que se dice, haciendo preguntas que sirva para aclarar el tema en que se centra la investigación (Hammersley, & Atkinson, 1994). Una etnografía es una descripción de una población donde se estudian aspectos seleccionados de cómo maneja sus vidas diarias, sus rituales, como se comportan unos con otros en su medio ambiente, y las creencias y costumbres que conforman su mundo. (Muecke, 2003).

Existen varios términos que a la hora de hablar de etnografía se deben de tener en cuenta, como lo son los términos emic y etic

Entendiéndose emic como la visión desde adentro, o la perspectiva sobre la realidad que el informante tiene y etic como el marco teórico que se trae desde afuera, las

abstracciones del investigador, o la explicación científica de la realidad. La mayor parte de los etnógrafos usan ambas perspectivas: recolectan los datos a partir de la perspectiva emic de sus informantes y luego tratan de encontrarles sentido, en términos tanto de las perspectivas de los informantes como de su propio análisis científico o etic. (Boyle, 2003, p.193-194).

Este método es uno de los recursos más utilizados por los investigadores sociales y considerado como el método por excelencia de la antropología, con el cual se busca conocer, analizar y describir el comportamiento de una grupo humano en particular al interior del él mismo. Como lo plantea Rosana Guber: La etnografía es una práctica de conocimiento que busca comprender los fenómenos sociales desde el punto de vista de sus miembros entendidos como “actores”, “agentes” o “sujetos sociales (Guber, 2001). El método etnográfico permite analizar los aspectos culturales de la vida de las personas e identificar las acciones de los habitantes con respecto a sus estilos de vida y cuidados de salud y prevención de la enfermedad.

El tipo de etnografía que se aplicó para el estudio de identificación de los cuidados populares durante el puerperio para el recién nacido y la madre, según Werner y Schoepfle (como se citó en Boyle, 2003) corresponde a la etnografía particularista, la cual “se centra en aplicar el enfoque etnográfico y holístico a una determinada unidad social o grupo humano aislable, y no a una cultura social entera, el resultado de esta etnografía pueden ser monografías o artículos profesionales, más que un libro” (p.200).

4.2 Muestra poblacional

La muestra poblacional de este estudio estuvo constituida por 12 mujeres de Antioquia que hayan sido madres de niños nacidos vivos y hayan practicado cuidados populares durante su dieta para el cuidado de sí misma y de su bebé, igualmente se incluyeron a 5 hombres que hayan sido padres de hijos nacidos vivos y que en su entorno familiar se hayan practicados cuidados populares durante la dieta. Sin embargo, se tuvo en cuenta para la recolección de datos, la metodología de saturación teórica, entendida esta como el momento de la investigación en que las "fuentes" ya no aportan datos nuevos a la información acumulada. (Sánchez, 2013, p.120). Por lo que inicialmente se propuso una cantidad de entrevistas sin ser esta inmodificable, esto se decidió en el momento de realizar las entrevistas, pues ello dependió de la información suministrada por las interlocutoras, por lo tanto, a medida que avanzó la investigación, se hizo un análisis que permitía la modificación de la cantidad de entrevistas ya fuese por saturación de información o por falta de la misma.

4.3 Recolección de la Información

Los datos para esta investigación se recolectaron en dos temporadas, la primera en junio de 2016 y la segunda en octubre del mismo año, esto debido a que estuve presente en la dieta de dos parturientas y estos son los períodos en los que ellas se encontraran en el puerperio, esta recolección de datos se hizo por medio de observaciones y observación participante.

Mediante la observación se pretendió clarificar los significados de las realidades de una sociedad, el estilo de vida de una comunidad, la identidad, las jerarquías sociales, las formas de organización etc. Es decir, se trató de conocer las significaciones y los sentidos que otorgan las personas a sus acciones y prácticas (Sánchez, 2013).

Si con la observación participante no se alcanzan a recopilar todos los datos requeridos para los fines de la investigación, existía la posibilidad de complementar la información faltante mediante otras técnicas, como entrevistas, revisión de archivos, análisis de discurso, a esta combinación de métodos se le llama estrategia de triangulación (Sánchez, 2003).

La mayor parte del método etnográfico, se caracteriza en la observación participante y es fundamental para un trabajo de campo exitoso. La observación participante debe combinar la participación que el investigador tiene en la vida de las personas que están siendo estudiadas con el hecho de mantener la distancia profesional, esto con el fin de lograr una adecuada observación y registro de los datos (Boyle, 2003).

En este trabajo se complementó la observación participante con la técnica de la entrevista, la cual, según Bonilla & Rodríguez (1997) anotan que:

La entrevista cualitativa es un intercambio de ideas, significados y sentimientos sobre el mundo y los eventos, cuyo principal medio son las palabras. Es una interacción en la cual se exploran diferentes realidades y percepciones, donde el investigador intenta ver las situaciones de la forma como la ven sus informantes, y comprender por qué se comportan de la manera en que dicen hacerlo. (p.159)

La entrevista cualitativa se posiciona como una técnica para tener acceso a la realidad social de las comunidades y para analizarla, las entrevistas de tipo cualitativo hacen relevancia en el conocimiento de las experiencias de los sujetos, de los sentimientos y los significados que los fenómenos sociales tienen para los entrevistados (Tarrés, 2013).

“La entrevista es ante todo, un mecanismo controlado donde interactúan personas: un entrevistado que transmite información y un entrevistador que la recibe, y entre ellos existe un proceso de intercambio simbólico que retroalimenta este proceso” (Tarrés, 2013, p.66).

La entrevista que se utilizó en el estudio sobre los cuidados populares durante el puerperio para el recién nacido y la madre fue de tipo semiestructurada. Cómo lo referencia Tarrés:

“En ocasiones resulta conveniente para el investigador combinar la entrevista estructurada con la no estructurada en una sola: la semiestructurada. En la entrevista semiestructurada, el entrevistador mantiene la conversación enfocada sobre un tema particular, y le proporciona al informante el espacio y la libertad suficientes para definir el contenido de la información” (Tarrés, 2013, p.76-77).

Bonilla y Rodríguez, 1997 se refieren a este tipo de entrevista como entrevista informal conversacional, en la cual se explora el tema sin necesidad de formulación de preguntas que delimiten el proceso y la información que el entrevistado quiera suministrar, el objetivo de este tipo de entrevista es no sistematizar la información sino que se pueda obtener narraciones o historias de vida de un evento en particular que ayude a incrementar la información del tema que se desea trabajar, igualmente se trabajó con entrevista semi-estructurada con guía:

En ésta el investigador ha definido previamente un conjunto de tópicos que deben abordarse con los entrevistados y aunque el entrevistador es libre de formular o dirigir las preguntas de la manera que crea conveniente, debe tratar los mismos temas con todas las personas y garantizar que se recolecte la misma información. La guía de entrevista procura un marco de referencia a partir del cual se plantean los temas pertinentes al estudio, permite ir ponderando qué tanta más información se necesita para profundizar

un asunto y posibilita un proceso de recolección más sistemático y por lo tanto un mejor manejo de la información. (Bonilla et al.1997, p.162)

Esta técnica facilita el diálogo con el interlocutor ya que es posible crear un ambiente de confianza entre entrevistado y entrevistador de tal forma que se concede libertad al individuo para que aporte todos aquellos datos que considere de interés sobre el tema investigado, y que al mismo tiempo permite seguir centrado el tema de investigación sin tener que alejarse de la pregunta de investigación. (Bonilla et al, 1997)

La información obtenida se registró de manera sistemática en diarios de campo y en medios audio-visuales (fotografías, audios y videos). Sprendly (Citado en Valles, 1999) hace la anotación sobre la necesidad de distinguir, al tomar notas de campo, el lenguaje utilizado por los sujetos que se están estudiando, del lenguaje usado por el investigador. Los términos "nativos" /dichos, expresiones, jerga institucional recomienda anotarlos al pie de la letra, tal cual lo dicen y particularmente, en la descripción de observaciones se aconseja evitar la tendencia a emplear un lenguaje científico, dado que esto debe estar escrito de modo que todas las personas que tengan acceso a esta información, puedan entenderlo con facilidad (Valles, 1999).

La entrevistas que se realizó en este estudio sobre cuidados populares durante el puerperio al recién nacido y a la madre, se ejecutó a madres y padres que durante su dieta hayan practicado algún tipo de cuidado popular para cuidar de su recién nacido y de la parturienta.

Las madres y padres que se entrevistaron habitan en el municipio de Medellín y Rionegro (Antioquia) y ésta recolección de datos se cumplió durante los meses comprendidos entre julio del 2016 y enero del 2017.

4.4 Análisis de la información

Las entrevistas fueron transcritas y sistematizadas para su posterior análisis, el cual, a medida que se sistematizaron se organizaron por los tópicos implementados para dar como resultado los ejes temáticos sobre los cuales se dividió el capitulado del trabajo.

El análisis de la información recolectada se realizó con la ayuda de los programas de Atlas Ti, Microsoft Office Excel y Word, en todos ellos se analizó y procesó la información arrojada en las entrevistas, en las observaciones distantes y en las observaciones participantes. Se verificó constantemente la saturación de categorías, y se revisó rigurosamente los datos con el fin de encontrar tendencias, diferenciaciones, contradicciones y secuencias en la información arrojada por los interlocutores.

4.5 Consentimiento informado

Al realizar la entrevista, se informó a todas las personas el objetivo de la investigación, además, se garantizó la participación voluntaria de cada persona, el uso adecuado de la información suministrada estrictamente con fines académicos y el anonimato de la persona si así lo prefiere. Igualmente Se garantizó la protección de la intimidad de las personas, según la Declaración de Helsinki de 2008 (World Medical Association, 2015) y las disposiciones de la resolución 08430 de 1993 del Ministerio de la Salud de la República de Colombia (Minsalud, 1993), sobre consentimiento informado e investigaciones con seres vivos.

4.6 Memo Metodológico

Inicialmente empecé mi trabajo de campo en junio del 2016 con una prima llamada Sara Chica, en ese entonces ella tenía 16 años, y su hijo fue prematuro (8 meses), por lo que la fecha estipulada para realizar campo se adelantó, estuve presenciando su puerperio desde el día 11 al 13 de junio y del 27 hasta el 30 de junio, día en el cual cumplió la dieta.

Mientras estuve en su casa realicé observación participante, siempre escribiendo en el diario de campo todos los datos útiles para mi trabajo, también realizaba preguntas cuando observaba novedades que realizaban con el niño o con la madre, también ayudaba en estas labores como la realización de bebidas o baños.

En algún momento de la participación, consideré que Sara, al ser un madre tan joven y tan inexperta, no era consciente del grado de responsabilidad que ya tenía y que pasaba esta responsabilidad a su madre e incluso en algunas ocasiones a mí, ya que yo me encontraba permanentemente en su casa, aprovechaba esto para salir con Jonathan, padre de su hijo, el cual no vive con ella, por lo tanto su madre o yo nos hacíamos a cargo del niño mientras ella se ausentaba.

En el día 40 de la dieta tome fotos de todo lo que acontecía y escribí en mi diario de campo todas las actividades que le realizaron, las cuales fueron realizadas en su mayoría por la suegra de Sara, pues su madre no tenía tantos conocimientos. Sentí que la suegra de Sara no quería que hubiera tanta gente presente en el momento que le realizaba el sahumero, pero Sara le aclaró que yo necesitaba estar y que ella me estaba ayudando a realizar mi trabajo de campo por lo cual no había ningún problema si yo observaba o tomaba fotografías.

Cuando acabo el puerperio de Sara, me dispuse a digitalizar el diario de campo en Excel en el cual realicé dos columnas, una en la cual estaba la descripción del suceso el cual escribí en el diario de campo y la segunda columna era de categorización; en la descripción con color rosado señalaba si el cuidado del que se hablaba era de la madre y con color azul si el cuidado era para el recién nacido y en la columna de categorías explicaba en una palabra sencilla y reductora a que se referían en la descripción del suceso, esto con el fin de que estas categorías que se repetían me empezaran a crear tópicos en donde se pudieran ir creando líneas de temáticas específicas.

Posterior a realizar esta digitalización y categorización de la información recolectada en el diario de campo de la observación participante con Sara, empecé a realizar el formato para las entrevistas de las madres, suceso que provocó en mi muchas dudas, pues era de las actividades a realizar que más dificultad me provocaba, ya que consideraba que debía de tener tan buenas preguntas para sacar muy buena información y tener material con que realizar la tesis, pero a la vez que no me excediera en las preguntas de modo que adquiriera información que no necesitaba, hice varios modelos de entrevistas, algunas preguntas se desecharon y otras se quedaron, hasta que fui depurando y pude consolidar una versión final de la entrevista con la que me sentí a gusto y creía que podía obtener la información que requería.

En octubre del 2016, realicé de nuevo observación participante con otra prima llamada Melisa García, de 26 años, en su casa estuve el 4 y 12 de octubre, y el 3 de noviembre el cual correspondía al día 40 de su dieta, en la observación participante que realicé en la casa de melisa, obtuve información valiosa ya que la abuela de la familia vive en esta casa, lo que implica que ella aplique y sugiera todos los conocimientos ancestrales que tiene y que realizó con sus hijos y los ponga en práctica con sus nietas y nietos, siempre que la abuela opinaba sobre qué hacer yo

estaba muy pendiente para registrarlo, pues desde el comienzo de mi trabajo consideré que los conocimientos que ella tuviera tendrían que ser los que más peso tuviera, pues se evidenciaría la transmisión de estos consejos de generación en generación donde ella sería la pieza central.

Posterior a la observación participante con melisa, también realicé el mismo proceso con el diario de campo que realicé con Sara, digitalicé el diario de campo en Excel, realicé las dos columnas una con la descripción y otra con la categorización y en color rosa subrayé los cuidados correspondientes a la madre y en color azul los cuidados correspondientes al recién nacido.

En la última asesoría del año, acordamos que no solo las mujeres tenían conocimientos sobre cuidados populares en el puerperio, que habían hombres que también eran poseedores de ese saber, y que igualmente debíamos conocer la opinión de los hombres que no tuvieran conocimientos, pero que ya eran padres, por lo que se decidió crear un formato de entrevista para hombres, donde se pudiera conocer la posición que tenían con respecto a los conocimientos de cuidados populares en el puerperio, esta entrevista se le realizaría a los hombres que fueran padres.

Para diciembre ya tenía el formato de la entrevista tanto la del padre como la de la madre y me dispuse a empezar a realizarlas; dado que en mi familia tienen como tradición realizar las novenas de diciembre en una casa diferente cada día, aproveché mucho estos momentos de encuentro y pude obtener varios datos generales que las tías o primas con experiencia en maternidad les brindaban a Melisa y a Sara con respecto a las actividades a realizar con el cuidado de sus bebés o con el de ellas mismas, procedí a realizar las entrevistas en cada novena, la primera ocasión, fue algo difícil puesto que note que la entrevistada, dueña de la casa de la novena de ese día, estaba más preocupada en garantizar que la familia estuviera cómoda o

hubiera comido, por lo que decidí realizar de ahí en adelante las entrevistas después de que toda la gente se hubiera ido de la novena, yo me quedaba hasta más tarde que la entrevistada estuviera menos atareada y así me pudiera prestar la suficiente atención, y brindar buena información.

En la novena que correspondía en la casa de santa Elena, propusieron hacer un día de campo, lo cual me favoreció notablemente, pues contaba con toda una tarde de tranquilidad, donde podía aprovechar al máximo el tiempo de las personas, este día realicé tres entrevistas ya que nos quedamos todo el día allá.

El 31 de diciembre aún me faltaban entrevistas, y como toda la familia se reúne este día, tenía planeado terminarlas ese día, pero al llegar a casa vi que el ambiente no era el indicado, todos festejaban y celebraban año nuevo, así que decidí posponerlo y terminar de realizarlas a los 15 días que nos íbamos a reunir nuevamente todos en una finca familiar.

En la finca familiar, en enero del 2016, culminé mis entrevistas, para sumar un total de 17 entrevistas, 12 madres y 5 padres, con esta cantidad de entrevistas vi que tenía suficiente información para ya empezar a transcribir.

La transcripción de las entrevistas la realicé durante enero y febrero, las escuchaba directamente del celular, herramienta que utilicé para grabar las entrevistas y las transcribía en Word, intenté utilizar un programa de Gmail drive en el cual uno puede hablar y el computador escribe, pero no me funcionó ya que me tomaba más tiempo realizar las correcciones de lo que el computador escribía mal a transcribirlas directamente.

Después de las transcripciones me dispuse a organizar en Word una por una las entrevistas, creándole dos columnas a cada entrevista, en la cual una columna contenía la descripción de la entrevista y en la otra columna la categorización, allí empecé a codificar las entrevistas según los

objetivos planteados desde el inicio de la investigación, es decir, según el relato de la entrevistada, le asigné a su testimonio un color, el cual corresponde a un objetivo en concreto, es decir, cada uno de los tres objetivos tiene un color, el objetivo 1: prácticas populares de cuidado a la madre y al recién nacido tiene el color azul, el objetivo 2: transmisión de consejo / red de apoyo, tiene el color rosado y el objetivo 3: prohibiciones y prescripciones el color verde y así al final se juntan por colores los testimonios y nos dará como resultado el grupo de un objetivo. En algunos testimonios no fue posible en primera instancia asignarle un color ya que no se contenía dentro de ningún objetivo, por ejemplo al responder la pregunta ¿Qué utilizaban para bañar los bebés? Y respondían jabón Johnson, es una respuesta que claramente necesitaremos cuando me encuentre analizando los cuidados en la higiene del bebé, para saber qué tipos de elementos utilizaban para su limpieza, por lo que en mutuo acuerdo con la asesora decidimos ponerlo dentro del objetivo 1: cuidados populares, ya que es el objetivo general y todo en conjunto, se encontrará incluido aquí.

Posteriormente se utilizó el programa atlas ti para el análisis de la información, la manera como se desarrolló fue pasar todas las entrevistas y los diarios de campo de formato Word a formato RTF, posteriormente en el atlas ti se anexaron las 17 entrevistas y dos diarios de campo para tener un total de 19 archivos, a continuación se empezaron a crear códigos a cada entrevista, cada fragmento era poseedor de un código que se creaba y si ya existía, se agregaba, cuando se dio por terminado los 19 archivos, cada fragmento con su respectivo código se consiguió un total de 457, por lo cual, al ser un número demasiado grande para controlar toda la información solicité una asesoría en dónde le planteaba mi inquietud a la asesora, en donde ella estuvo de acuerdo que la cantidad de códigos era muy amplia y se llegó a la conclusión que se debía hacer una reducción de los mismos, por lo cual me sugirió crear códigos no tan específicos sino más

generales de modo que en un mismo código general se pudieran incorporar varios sub-códigos, posterior a este trabajo de reducción de códigos, se obtuvo un total de 169, con esta cantidad sí era posible trabajar y por ende se obtuvo el aval de la asesora para empezar a escribir los resultados del trabajo de grado con esta información que poseía.

5. Contexto sociodemográfico

Las 12 madres a quienes se les realizó las entrevista oscilan entre las edades de 17 y 89 años, con un promedio de 49 años, al momento de sus partos 9 de ellas se encontraban casadas y conviviendo con sus esposos, y 3 de ellas, siendo las de edades más jóvenes, se encontraban con sus parejas pero no convivían en el mismo espacio, esto probablemente por la corta edad que poseen y por la falta de estabilidad económica que pueden presentar para sostener un núcleo familiar, aunque se evidenció un acompañamiento regular de los padres hacia las madres y a los recién nacidos.

Dos de las informantes en el momento de realizar la entrevista habitan en el municipio de Rionegro – Antioquia, mientras las restantes habitan en la ciudad de Medellín.

En el momento del parto, se evidenció que sólo 1 interlocutora, la de mayor edad, tuvo a sus hijos en su casa, puesto que su vivienda estaba ubicada en una vereda lejos del centro de salud del municipio, el resto de las informantes tuvieron a sus hijos en hospitales, bien sea de un municipio o de la ciudad.

Una de las mujeres entrevistadas, la cual tiene como profesión la medicina, en el momento del parto y el puerperio lo pasó en Francia, lugar donde habitaba cuando quedó en embarazo, cuando su hija tenía 2 años de edad, retornaron a Medellín dónde se encuentran actualmente.

Los números de hijos por mujer oscilan entre 1 y 10 nacidos vivos, con un promedio de 2.5, en dónde encontramos que la moda, es decir, la cifra que más se repite es 1, lo que indica que la mayoría de las mujeres entrevistadas para la realización de este trabajo, tienen un solo hijo, en dónde igualmente se puede evidenciar que las mujeres que sólo tiene un hijo son las más jóvenes, mientras que la informante que evidenció la número mayor de hijos, con 10 nacidos

vivos, es la interlocutora más adulta que tenemos con 89 años de edad, lo que puede indicar que en tiempos pasados, las mujeres tenían mayor cantidad de hijos que en la actualidad.

Igualmente se les realizó la entrevista a 5 hombres padres de hijos nacidos vivos, donde el menor de ellos tenía 15 años al momento de realizar la entrevista y el mayor 58 años, con un promedio de 34 años.

Dos de estos padres son personas adultas, nacidas en el campo, con familia pueblerina, costumbres rurales y conocimientos ancestrales, dentro de sus estudios se tiene que uno de ellos terminó el bachillerato mientras el otro alcanzó a cursar hasta tercero de bachillerato, ambos en la actualidad trabajadores de empresas, una de alimentos y otra de exportación de flores.

Los otros 3 participantes son hombres jóvenes, dos de ellos se encuentran culminando sus estudios universitarios y empezando a incorporarse en la vida laboral, y el otro, por su corta edad, aún se encuentra realizando estudios de bachillerato mientras que en la noche trabaja en la microempresa de su padre.

6. Resultados

Sobre los cuidados populares practicados durante el puerperio en el binomio madre – hijo, en dónde se permitirá ver una interacción existente entre el uso de los cuidados culturales y los cuidados biomédicos.

La descripción de cada etapa del cuidado en el puerperio como el nacimiento del bebé, los cuidados culturales y biomédicos del binomio madre-hijo ,y el día 40 de la dieta se aborda a partir de tres enfoques: la temporalidad en dónde se pueden evidenciar o no los cambios generacionales que han surgido en los cuidados a través del tiempo, la transmisión de consejo y redes de apoyo que existen en esta etapa de la vida de una mujer y por último los cuidados biomédicos que practican o no las madres parturientas para buscar un restablecimiento de su salud.

6.1 Nacimiento del bebé

Con relación al lugar del nacimiento de los bebés, se logra evidenciar gracias a las experiencias que relataron las personas entrevistadas, que existe dos modalidades de parto: La primera practicada hace 70 años, donde la madre mayor de este estudio realizaba su parto en casa, esta era una modalidad muy común para la época especialmente para las mujeres que vivían en el campo, dado que el hospital quedaba lejos de sus viviendas y acceder al casco urbano tomaba tiempo y gastos económicos.

La madre mayor tuvo 10 hijos en su hogar, acompañada por una partera, quien era una señora previamente contratada y que acudía al hogar de la madre cuando esta comenzaba a sentir sus dolores, según se detalla en este relato de la parturienta:

Viví en el campo, no teníamos luz, todo era por caminos de herradura, entonces nosotros vivíamos en el campo y entonces tuvimos los hijos, tuve 10 y a uno lo acompañaba una partera, entonces se enfermaba uno y la llamaban y a veces venía, y había veces cuando venía ya había nacido el bebé. (Entrevista 4, mujer, 89 años, 2017)

Modalidad que experimenta otra interlocutora que al responder las preguntas de la entrevista, narraba sus experiencias de vida y al mismo tiempo describía los cuidados que utilizaba su madre, quien falleció siendo aún muy joven. Esta también tuvo una experiencia similar en el modo de parir a sus hijos en el campo: ayudada por una señora con conocimientos de parto, lo que demuestra la práctica común en este tiempo, no aislada de complicaciones que ponían en riesgo la salud del bebé como una asfixia o la salud de la madre como una hemorragia, razón por la cual se presentaba altos índices de morbimortalidad en el binomio madre-hijo, esto debido a las distancias conservadas con el centro de salud, ya que las complicaciones presentadas in situ, debían solucionarse con los recursos básicos, junto con el apoyo de personas con conocimientos en maternidad.

Una complicación que la interlocutora relata fue la tardanza de la señora partera en uno de los nacimientos, ya que las distancias entre casa y casa eran prolongadas:

Llamamos a una tía de mi esposo que vivía ahí cerquita, la señora vivía lejos por allá en la Magdalena, entonces mi esposo la llamó y ella vino y arregló el bebé, le cortó el cordón umbilical y lo fajó y lo organizó y ya cuando la señora vino ya todo había pasado, ya había nacido el bebé, esos eran partos que uno los tenía en el campo. (Entrevista 4, mujer, 89 años, 2017)

Cómo se referencia en el apartado anterior, los nacimientos de los bebés en el campo, ayudados de parteras o de familiares, no es sinónimo de un parto atípico para la época, en donde eran comunes los nacimientos en casa, con hijos sanos como resultado de un procedimiento normal cuando no se presentan inconvenientes como lo expresa la anterior madre. Claro está, que los partos en casa podrían implicar complicaciones para el binomio como infecciones, complicaciones con las posiciones del bebé, altos grados de desgarre de la madre o hemorragias, que sin la compañía del personal médico y en un ambiente campestre eran más difíciles de prevenir y curar.

Aun así, con las complicaciones que pudieran existir los partos en casa presentados en este estudio fueron satisfactorios y sin ningún contratiempo, como lo afirma el testimonio de uno de los hombres mayores, donde narra que su madre también tuvo un parto en campo de una vereda del municipio de La Ceja, con la misma técnica utilizada por las madres anteriores:

Nuestros padres nos enseñaron todas las tradiciones antiguas que se tenían para el cuidado de las dietas por parte de nuestras abuelas, que ellas en ese momento eran parteras y dadas las dificultades que tenían en el campo para acceder a los hospitales, a las ciudades y a los pueblos, pues ellas aprendían a ayudar a nacer a los bebés en los campos y de todas estas cosas mi mamá también fue aprendiendo y ella nos fue transmitiendo a nosotros a través del crecimiento que íbamos teniendo las diferentes oportunidades que tenían en el campo para sobrevivir y sacar adelante sin tener que ir al hospital el nacimiento de un hijo, el cuidado de un hijo.

(Entrevista 3, hombre, 48 años, 2016)

Aquí es relevante demostrar que este conocimiento adquirido para lograr un buen parto en el campo, es un conocimiento transmitido, en donde hace aproximadamente 50 años hacia atrás, en

que los hombres también empezaron a adquirir algunos conocimientos, a presenciar y a aprender de las actividades que realizaban sus madres o hermanas mayores, incluso les ayudaban en sus labores, aislando el estereotipo de ser un tema netamente femenino, caso contrario presentado en la actualidad, es que se vive un desprendimiento del conocimiento de esta etapa por parte de los padres jóvenes, sin desconocer que ambas épocas los hombres tienen un rol pasivo mientras que el rol de la mujer siempre ha sido relevante para este tema maternal, dónde en ella y en sus antecesoras mujeres recae por lo general todo el peso de la responsabilidad:

Bueno, digamos en el cuidado del nacimiento del bebé ellas aprendieron seguramente de las tatarabuelas o abuelas más antiguas, identificaron que el bebé nacía, como había que ayudarlo, como había que pujar, en qué posición colocar a la mujer para que el niño o la niña tuviera un buen nacimiento. (Entrevista 3, hombre, 48 años, 2016)

Como se evidencia en este relato, las mujeres debían poseer los conocimientos del que hacer en esta etapa, dónde por lo general los adquirían de sus madres o sus abuelas, los hombres podían convertirse en un apoyo y adquirir responsabilidades pero más desde un ámbito hogareño y no desde estos aspectos relacionados con la paridad de la madre.

Con el pasar de los años, todas las prácticas culturales se van transformando y se van adquiriendo otras costumbres, debido al crecimiento demográfico y a los avances científicos, caso que se presenta en este estudio y donde se evidencia la segunda modalidad de parto que se encuentra, haciéndose referencia al nacimiento en hospitales. Desde hace aproximadamente 50 años se evidencia que se va dejando de lado el nacimiento en el hogar con ayuda de parteras y se empieza a implementar el parto hospitalario, esto debido a que las residencias de las madres ahora se encuentran cerca de los centros de salud, y que las probabilidades de un acontecimiento adverso para madres y bebés en el momento del parto disminuye los riesgos que generan altas de

morbimortalidad y porque en caso de presentarse una complicación tienen acceso a una ayuda profesional que garantiza una mayor estabilidad. En este estudio 11 madres de las 12 encuestadas tuvieron partos hospitalarios dos de ellas en el municipio de Rionegro Antioquia, pues este es su lugar de residencia, nueve mujeres tuvieron sus partos en hospitales de la ciudad de Medellín y una mujer tuvo su hija en Francia, dado que era el lugar que habitaba en el momento del parto.

Todas las madres tuvieron partos naturales, y ninguna mujer tuvo complicaciones post-parto que ameritara una hospitalización o un monitoreo permanente por parte del personal médico, motivo por el cual las madres afirman que para ellas su estadía en el hospital fue corta, en donde a los sumo las dejaban 2 días hospitalizadas, sólo en dos casos hubo la necesidad de hospitalizar al recién nacido por enfermedades biomédicas: el primer caso se dio recientemente por ser el bebé prematuro y presentar un alza de bilirrubina lo que conllevó a una hospitalización de cinco días más pero siempre acompañado de su madre en la unidad de cuidados intensivos. La madre se encargaba todos los días de cangrear y amamantar al bebé mientras él recuperaba peso y seguía los controles médicos, por su parte, el padre del niño realizaba visitas solo en el horario establecidos por el hospital, relevando a la madre en la labor de cangrear al bebé, el ingreso de personas ajenas a los padres era prohibido.

El otro caso de hospitalización tiene como consecuencia, el bajo peso del bebé al nacer, lo que conllevó a este a permanecer 25 días internado, tiempo en que la madre pudo acompañar constantemente a su recién nacido. La recuperación del bebé requirió de una incubadora donde el personal médico le hacía monitoreo constantes, y de donde la madre solo podía sacarlo para amamantarlo y cangrearlo. Caso similar a anterior, el padre, podría ver a su hijo solo en horarios establecidos para relevar a la madre de sus funciones, pero a excepción del caso anterior, los familiares si podían visitarlo aunque no pudieran cargarlo.

Con respecto a las recomendaciones que son sugeridas por el personal médico a las parturientas para su cuidado post parto, el más relevante es el mantener una buena higiene, manteniendo una buena limpieza en la sutura en caso de que se haya presentado: “Me decía el médico, que me limpiara los puntos con agua y jabón, que me bañara normal y sí que los puntos nada más agua y jabón, qué no me echara nada” (Entrevista 1, mujer, 54 años, 2016).

Igualmente, hacían recomendaciones con respecto a la frecuencia de la limpieza de esta sutura: “Que uno se lavara por ahí tres veces al día, y eso es, que normal ya, todo normal” (entrevista 13, mujer, 55 años, 2017). Otra sugerencia de igual importancia es el suministro de calostro a los bebés, que gracias a las entrevistas se evidenció que todas las madres suministraron a su recién nacido esta primera leche: “En el hospital me dijeron que era bueno” (Entrevista 5, mujer, 17 años, 2016).

Otra recomendación médica con respecto a las relaciones sexuales, fue el evitarlas durante este periodo. Algunas madres acataban estas sugerencias realizadas por el personal de salud: “Si, allá [en el hospital] le decían a uno que procurara no tener relaciones durante la dieta” (Entrevista 9, mujer, 72 años, 2016). Mientras se evidencia que otras madres se abstuvieron de realizar actividades sexuales por cuidado personal, así en el hospital no se lo hayan recomendado, buscando una recuperación de su cuerpo y una prevención de dolor ya que aún tenían secuelas de la sutura, como lo indica la interlocutora a continuación: “No tenía relaciones, como por mí también, por la satura” (Entrevista 5, mujer, 17 años, 2016). En este apartado también se puede evidenciar que el hombre rápidamente después del parto, busca reiniciar su vida sexual, sin tener mucha consideración con la madre sin esperar a que su cuerpo sane nuevamente, como lo muestra el siguiente relato: “No, el esposo mío si me buscaba pero yo no,

porque como le contaba a mí me ponían tantos puntos esos puntos me dolían impresionante, eso me demoraba mucho para sanar” (Entrevista 1, mujer, 54 años, 2016).

Otro caso que reafirma lo descrito anteriormente, en dónde se evidencia esa continua búsqueda de placer del hombre, lo relata el siguiente entrevistado:

En la sexualidad el campesino no pensaba mucho en el cuidado que debía de tener la mujer y le hacía el amor hasta los 7 meses, poniéndolas de lado, porque lo importante para ellos era el placer. Buscaban ciertas posiciones de la mujer, sin que fueran a afectar al bebé podemos ver que tenemos tíos o hermanos que son seguiditos, para ellos incluso nacía el bebé y apenas cumplía la dieta, o sin terminar de cumplir la dieta podían concebir hijos, eso no lo perdonaban. (Entrevista 3, hombre, 48 años, 2016)

También se evidencia que otra de las razones por la cual las madres deciden evitar las actividades sexuales durante la dieta, se debe a que es una etapa dónde existen probabilidades de quedar nuevamente embarazada, en donde biológicamente el cuerpo se encuentra en una etapa de desequilibrio hormonal que puede facilitar una nueva gestación. Esta creencia se tiene desde la madre más joven: “No puedo tener relaciones sexuales hasta el mes del niño haber nacido porque la doctora dice que las hormonas están inestables y el útero muy limpio y puede causar embarazo” (Entrevista 5, mujer, 17 años, 2016). Hasta la mujer más adulta: “No, porque si uno tiene relaciones puede volver a quedar en embarazo en la dieta” (Entrevista 4, mujer, 89 años, 2017). Sólo un caso dentro de las entrevistadas, correspondiente a la madre médica, relata que tuvo relaciones sexuales durante su puerperio: “No me acuerdo, pero demás que sí” (Entrevista 15, mujer, 37 años, 2017). Dónde se puede inferir que es una actividad recurrente que no presentó ningún obstáculo para la recuperación de la salud de esta madre.

Otra recomendación biomédica realizada a una de las madres aquí encuestadas, que comenzaba a sufrir de mastitis por tener el pezón invertido, fue el visitar el centro médico si presentaba dolencia en sus pezones: “Que si de pronto se me ponían rojos, o muy hinchados o un dolor que no pudiera soportar, si tenía que ir” (Entrevista 2, mujer, 21 años, 2016).

Continuando con las recomendaciones biomédicas con respecto a los cuidados de la dualidad, frío/ calor, presentado en solo una de las madres aquí entrevistadas, en dónde le sugirieron evitarlos para mantener una buena recuperación en el post parto: “Me dijeron que no debía de recibir el sereno, siquiera por los primeros 15 días, asolearme tampoco, ni cargar cosas pesadas y también me hicieron la recomendación de no arrimarme al fogón para la alimentación del bebé” (Entrevista 9, mujer, 72 años, 2017). Este argumento da prueba de que si bien los hospitales dan estas recomendaciones de cuidados populares, lo hacen en baja medida, como lo es no acercarse a espacios calientes porque perjudica la leche de la madre, actos que son practicados en altas medidas por la madres pero más como un cuidado cultural.

La madre médica, expone las sugerencias brindadas por el personal de salud del hospital donde tuvo a su hija e igualmente puso en práctica los cuidados biomédicos que ella por su experiencia como médica tenía acerca de esta etapa:

Básicamente la más importante quizá fue recordar que la vejiga se distiende en el posparto inmediato, porque aumenta la capacidad digamos de expansión, de ese globo vesical, entonces es importante recordarle a las maternas que de manera consciente deben ir al baño a orinar cada más o menos 2 horas, 3 horas porque en realidad la sensación de deseo de orinar no se logra, no se percibe, es como el asunto, entonces tu puedes hacer un globo vesical de 2 litros perfectamente y no te das ni cuenta en el posparto inmediato, y eso favorece infecciones urinarias, entonces creo que fue una

muy buena recomendación y paralelamente a eso, básicamente cuidados perineales normales sencillos, asepsia básica y de la lactancia, relacionado con el cuidado de los senos. (Entrevista 15, mujer, 37 años, 2017)

Y por último tenemos tres madres que referencian no acordarse de que recomendaciones les hicieron en el hospital antes de salir: “Mis cuidados, pues la verdad yo no me acuerdo que recomendaciones me dieron en esa época porque eso fue como hace mucho” (Entrevista, mujer, 62 años, 2017). O declaran que en el hospital donde estuvieron no les hicieron ninguna recomendación: “Nada, a mí nunca me dijeron nada como me tenía que cuidar” (Entrevista 14, mujer, 51 años, 2017).

Este tipo de situaciones debe ponernos en alerta, pues así existan y se pongan en práctica los cuidados populares para la recuperación de la madre y el bebé durante el puerperio y sean prácticas reconocidas y utilizadas con recurrencia, debería existir un vínculo de cuidados donde también la biomedicina ocupe un espacio importante en el que hacer durante esta etapa de vida de la madre siempre apuntando a una recuperación exitosa.

Con respecto a las recomendaciones biomédicas brindadas para el cuidado de los recién nacidos, en primera instancia se encuentra el cuidado del ombligo, este no debía de mojarse y su limpieza se basaba en pañitos o copitos: “Lo único que recuerdo que me dijo la enfermera cuando salía, era en el ombliguito, que se lo cuidara bien con copitos, que no se le fuera a infectar el ombligo, era como lo que más le decían a uno” (Entrevista 1, mujer, 54 años, 2017). Como lo afirma otra entrevistada, donde igualmente la principal recomendación que le brindaron fue con respecto a evitar una infección en el ombligo del bebé: “Que pusiera mucho cuidado en el ombligo que no se le fuera a infectar porque era una parte muy importante del bebé y tiende mucho a infectarse si no se le presta el suficiente cuidado” (Entrevista 11, mujer, 27 años 2017).

En menor medida se encuentra la recomendación con respecto al tema de la alimentación, siempre previniendo que el recién nacido no se fuera a bronco aspirar por una mala posición en el momento de amamantar: “Al darle el alimento, que no estuviera acostadito, sino medio enderezadito, que nunca lo acostara de lado ni boca arriba después de alimentarlo, que siempre le fuera a dar el alimento lo tuviera inclinadito, que le sacara los gasecitos” (Entrevista 9, mujer, 72 años, 2016).

Y por último se encuentra la recomendación que le hicieron a una madre con respecto a estar al día con las vacunas que le corresponden al bebé según su edad, como manifiesta la mujer la cual siguió cuidadosamente esta recomendación: “Que mucho cuidado con las vacunas... allá les colocan una ya uno se viene con ellos con la primera vacuna y después a uno le toca volver, fui muy juiciosa con las vacunas del bebé y el control” (Entrevista 12, mujer, 60 años, 2016).

Las recomendaciones que el personal médico les hizo a los bebés que precisaron quedarse hospitalizados por enfermedades biomédicas fueron más concisas dado su particularidad. Las sugerencias para el recién nacido que presentó bajo peso al nacer se basaba en evitar cargarlo hasta que fuera más grande y tuviera más defensas dadas las condiciones de fragilidad del pequeño que pudieran estas afectar su salud: “En la clínica me dijeron que no lo dejara cargar porque estaba muy chiquitico y podía coger algún virus, entonces recién nacido no lo cargaba nadie” (Entrevista 17, mujer, 48 años, 2017).

Como éstas, se dieron recomendaciones al recién nacido que fue prematuro y que presentó problemas de bilirrubina al nacer, ya que su condición fue un poco más delicada, tuvo recomendaciones biomédicas más concretas por ser prematuro y tener las defensas bajas: “Antes de que cualquier persona quiera cargar al recién nacido debe desinfectarse las manos con un dispensador que pusieron a la entrada del cuarto de él para evitar infecciones ya que el niño es

prematureo y tiene las defensas bajas” (Diario de campo, Natalia Gil, 2016). La recomendación más enfática fue con respecto a la asoleada del bebé dado que el alza de bilirrubina está dado por falta de vitamina D y es brindada por el sol es necesario que el recién nacido lo reciba en horarios y duraciones específicas: “El bebé debe recibir el sol 20 minutos de 8 a 10 am y otros 20 minutos y de 3 a 5 pm. Si no hay sol se le pone debajo de una lámpara de luz amarilla” (Diario de campo, Natalia Gil, 2016).



*Foto 1. Lámpara de luz amarilla
Fuente: archivo fotográfico Natalia Gil 2016*

Y como última recomendación brindada por la pediatra para el cuidado del recién nacido prematuro, se refiere al contacto con los animales, el cual debe ser evitado especialmente con los caninos (*canis lupus familiaris*) y felinos (*felis catus*), pues este puede ser dañino para la salud del bebé ya que sus defensas son bajas: “Porque donde se le vaya un pelo se puede enfermar” (Entrevista 5, mujer, 17 años, 2016).

6.2 Proceso salud/enfermedad/atención/cuidado del binomio madre-hijo

En los próximos apartados se describirán en primera instancia las enfermedades tanto culturales como biomédicas que fueron periódicos en los bebés en la etapa del puerperio. A continuación se describirán los cuidados populares y biomédicos que se ponen en práctica durante estos 40 días; como son los cuidados rutinarios o los más comunes del día a día, los practicados en el hogar después de salir del hospital, el manejo de la higiene, la alimentación y los cuidados especiales según el caso, como también las dolencias o molestias que madre e hijo pueden padecer.

Cada ámbito mencionado, presenta prohibiciones y prescripciones establecidas desde un aspecto cultural o biomédico, donde ciertas actividades son recomendadas realizar buscando una estabilidad del binomio madre – hijo. Otras, por el contrario, se considera que se deben de evitar porque puede afectar la salud y recuperación de ambos.

6.2.1 Enfermedades de Filiación Cultural del Bebé.

La enfermedad sociocultural que tuvo el más alto índice de registro en los bebés fue el mal de ojo, aunque ninguna de las madres manifestó la enfermedad en el hijo, muchas si expresaron tener conocimiento sobre ésta dándole la siguiente descripción: “Que si un niño se ojea, empieza de para atrás, de para atrás, que les llega muchas enfermedades y los pueden isque hasta matar. Son creencias de la gente” (Entrevista 1, mujer, 54 años, 2016). Mientras otra madre adjudica el mal de ojo como malas energías: “El mal de ojo es alguien que tiene muy mala energía llega y mira al niño y se lo ojea” (Entrevista 14, mujer, 51 años, 2017).

La terapéutica implementada por todas las madres para prevenir el mal de ojo, se basaba en una manilla que portaba el recién nacido. En este estudio se encontraron dos denominaciones con respecto al beneficio de la manilla: Unas madres expresaron haber adquirido la manilla específicamente contra el mal de ojo, y otras madres manifestaron el uso de la manilla para la protección, donde básicamente representa el mismo cuidado en ambos casos, proteger al niño de la envidia de las demás personas: “La gente lo mira con envidia y se pone morado” (Entrevista 5, mujer, 17 años, 2016).

La manilla de protección o contra el mal de ojo por lo general nunca era comprada por su madre, sino que era su padre o un familiar cercano al bebé quien se la obsequiaba. En un caso de los encuestados, la manilla fue comprada a los indios que se ubicaban en el centro de la ciudad de Medellín: “Los indios se mantenían en el centro y ellos le hacían como un rezo, ellos preguntaban que si era para un recién nacido y le hacían como unos rezos especiales a la manilla” (Entrevista 1, mujer, 54 años, 2016). Otras manillas fueron adquiridas en Buga y otras eran compradas en iglesias:

La bebé tiene dos manillas, una se la dio una tía de su padre traída de Buga, esta manilla tenía un cacho y un padre del peñol, experto en exorcismos dijo que si se la podían poner pero que le quitaran el cacho; la segunda manilla se la regaló la hermana de la madre, esta fue comprada en la iglesia del peñol, actualmente esta es la que le están poniendo pero sólo cuando la sacan a la calle para evitar el mal de ojo. (Diario de campo, Natalia Gil, 2016)

Un dato relevante que se observó en dos de las entrevistas es que a uno de los bebés no le ponían la manilla, sino que esta permanecía guardada, como en otro caso en que solo se la ponían cuando salían a la calle, pero mientras estuvieran en casa no la tenía puesta.

Las madres que usaron la manilla, en general todas se sintieron a gusto con esta, pues dicen que nadie les ojeó a sus hijos, que no enfermaron y que no los envidiaron: “Hay sí, yo era feliz, al niño no le paso nada” (Entrevista 12, mujer, 60 años, 2016).

Sin embargo, se registraron madres que no creían en los efectos de estas manillas y prescindieron de ellas, como es el caso de la madre mayor: “No, yo no les ponía esas bobadas...No, es que yo no creo en tanta pendejada como hoy día que le ponen isque porque los ojean, que porque esto y aquello, yo levanté los muchachos y yo no les puse nada” (Entrevista 4, mujer, 89 años, 2017). Mientras que sus hijas y sus nietas, la mayoría sí utilizaron esta manilla de protección, lo cual evidencia que en este caso se presentó un quiebre de costumbres generacionales y prácticas transmitidas, ya que no fue por sugerencia de su madre que realizaron este cuidado ni adquirieron la manilla, sino por el consejo de un tercero, o por una práctica cotidiana cultural que se acostumbraban realizar, como igualmente sucede con otra madre de avanzada edad que expresa que aunque ella no creía en los beneficios que pueda brindar la manilla, manifiestan que sus hijos si fueron portadores de estas.

La segunda enfermedad de filiación cultural que se registró con mayor frecuencia es el mal de aire, este se refiere a los fríos y serenos que una persona le pueda transmitir al bebé, comúnmente se da cuando alguien entra a la casa serenado y carga al bebé inmediatamente. Estos fríos son recibidos por el recién nacido y este enferma, normalmente de congestión, lagrimeo y ojos irritados. Estas precauciones fueron tomadas tanto por las madres mayores como por las madres: “Pues al principio me dijeron que no lo dejara cargar, que eso era malo, recibiendo el sereno de la gente que llegara” (Entrevista 2, mujer, 21 años, 2016). Como medida preventiva, las visitas debían esperar a pasar un tiempo prudente dentro de la casa antes de levantar el bebé “Pues la verdad a

mi si no me gustaba mucho, yo les decía que esperaran un momentico y al ratico ya se los dejaba cargar” (Entrevista 1, mujer, 54 años, 2017).

Unas madres manifestaron que incluso en los primeros días de nacido no dejaron que nadie cargara a sus hijos, estuviera o no serenado, luego de un par de semanas de vida del bebé, si dejaban que lo levantaran: “Cuando era muy bebesito, acabado de nacer, si no dejaba que lo cargaran pero ya más, 15 días eso no había problema” (Entrevista 16, mujer, 62 años, 2017).

Otro motivo por el que se prohibía cargar al bebé, implica la última enfermedad sociocultural que se presentó en este estudio y que fue expuesta por las dos madres mayores: cargar al recién nacido por mujeres que tengan su periodo menstrual, pues según las opinión de las madres, las mujeres que estén en esta condición podían provocarle pujo al bebe, otra enfermedad cultural. A continuación una madre da su significado de pujo, manifestando que aunque ella no cree en eso, sabe que es una enfermedad que existe desde tiempo atrás y tiene relevancia en el cuidado del recién nacido:

Que los niños empiezan a ponerse colorados cuando van a hacer popo y a hacer mucha fuerza, y la gente tiene mucha creencia sobre eso, aunque yo no, hasta de decir que si una persona llega con menstruación y lo carga, de eso también le puede depender el pujo.

(Entrevista 9, mujer, 72 años, 2016)

Por lo tanto, para prevenir que a los bebés les diera esta enfermedad, preferían que las mujeres no cargaran sus hijos:

Porque uno no sabe quién llega, si vienen enfermas de la menstruación, cogen el bebé, ahí les da pujo, ahí se enferman y entonces no, a mí no me gustaba que lo cargaran por muchas cosas que le dan, enfermedades que le da a los niños, si era de la casa ya se le

preguntaba si podía cargarlo o no pero si era gente forastera no. (Entrevista 4, mujer, 89 años, 2017)

Estas fueron las tres enfermedades de filiación cultural que en este estudio se revelaron, los síntomas que se podrían presentar en cada una de ellas y las terapéuticas utilizadas por sus madres para prevenir o curar las enfermedades. En general todos los bebés respondieron bien al método preventivo y ningún bebé necesitó un método curativo.

6.2.2 Salud, Enfermedad y terapéuticas al bebé.

En cuanto a las enfermedades biomédicas que se presentaron en los recién nacidos se tienen los mencionados previamente, como el bebé que nació prematuro y con la bilirrubina alta, cuyos síntomas es el cambio en la coloración en la piel del bebe, la cual se empieza a tornar de un color amarillo. Como terapia a implementar bajo recomendación médica, es el asolear al niño en la mañana y en la tarde, dado que este desequilibrio en la bilirrubina se presenta por falta de vitamina D, que es proporcionada por el sol, normalizándose su color en la piel.

El otro caso es el del bebé que nació con bajo peso, la terapia que se efectuó para ayudarlo a subir de peso fue dejarlo en una incubadora por 25 días, tiempo en que se le suministró medicamentos y se tuvo control en sus temperaturas corporales, igualmente ayudaba a aislar agentes infecciosos que por su delicado estado pudieran incorporársele, mientras que su madre brindaba la suficiente leche materna hasta que el pudiera aumentar su peso. Ambos niños tuvieron una recuperación exitosa y sus enfermedades bajo estas acciones médicas fueron curadas.

En cuanto a las otras dos enfermedades biomédicas que se presentaron en los demás bebés, se encontró a la gripa como una de estas: “La bebé tiene gripa, para esto la bisabuela recomienda

que le echen Vaporú en la planta de los pies, en el pecho y en la mollera "el Vaporú le calienta el cuerpo"" (Diario de campo, Natalia Gil, 2016). Se evidenció que por lo general la curación que le brindan las madres inicialmente a sus hijos son los remedios caseros, o medicamentos para bebés, y en caso de que la sintomatología persista, se acude al médico: "Pues yo siempre recurría mejor a los remedios caseros y cuando los remedios caseros no me funcionaban ahí sí le tocaba irse al médico" (Entrevista 1, mujer, 54 años, 2016).

Posterior a las enfermedades respiratorias, se encuentra que las enfermedades digestivas también son recurrentes, como la diarrea o el estreñimiento, como narra esta madre, que como medida curativa dio bebidas de ciruela pasa a su bebé, pero al no ser suficiente recurrió finalmente al médico, sin tener respuesta positiva retoma nuevamente las bebidas medicinales:

Sí, por estreñimiento lleve a la bebé al hospital, pero no le hicieron Nada, que esperara porque eso era muy normal, que habían niños que se demoraban hasta 20 días sin dar del cuerpo, igual le seguimos entonces dando las aguas más seguido, ya se fue componiendo. (Entrevista 11, mujer, 27 años, 2017)

Para el caso de los dolores de estómago, otras mamás usaban gotas de farmacia especiales para niños pequeños, para no tener que acudir al médico: "Le daba como goticas si era como de un dolor de estómago o así, ya tenía como unas goticas que eran para eso" (Entrevista 13, mujer, 55 años, 2017). Y por último, otra madre manifestó ponerle supositorio a su hija: "Un día que tuvo estreñimiento que fue un poco fuerte, le pusimos un medio supositorio de glicerina y ya no más" (Entrevista 15, mujer, 37 años, 2017).

Las enfermedades digestivas y respiratorias, fueron las de más alto índice presentadas como enfermedades biomédicas padecida por los bebés, presentadas en pocos casos. En general, todos

los bebés fueron sanos y no padecieron de ningún mal, igualmente se evidencia bajo los testimonios de las mujeres citadas anteriormente que para estas enfermedades aunque tuvieran un tinte biomédico, las madres preferían utilizar remedios caseros como bebidas de plantas medicinales o medicamentos infantiles que pudieran suministrarles en casa como gotas o Vic Vaporú. En última medida asistían al hospital, esto solo en casos en que persistiera la dolencia y los remedios caseros no obraran satisfactoriamente.

6.2.3 Cuidados del Bebé.

Con respecto a los **cuidados culturales** que sin ser enfermedades presentan **molestias o dolencias**, existen precauciones a tener en cuenta para el bienestar del bebé a corto y mediano plazo como; El hipo, el más constante entre estas molestias, por ser el común en todas las entrevistas, su síntoma se basa en el movimiento involuntario y abrupto del diafragma del bebé. Entre las modalidades terapéuticas encontradas para curar esta dolencia, se encuentran tres características: la primera de ellas, la cual es usada por la mayoría de las madres de este estudio y se aplica desde hace 70 años, consiste en ponerle un algodón, una lana o un hilo en la frente del bebé y en la mayoría de los casos cubierta de saliva de la madre. Este método es practicado desde las madres más adultas, hasta las más jóvenes, dónde incluso, los hombres entrevistados poseían este conocimiento y creían en su efectividad:

Más que todo la cosa del hilito que es un agujero muy antiguo, eso se ha presentado toda la vida y de pronto si sirve para que al niño no le dé hipo, el hilo se le pone en la frentecita, un pedacito de hilo, cualquier hilo, no hay necesidad de que tiene que ser un hilo de cocina, de la máquina de coser, puede ser una lanita, puede ser una pajita por ahí, puede ser de una colcha cualquier cosita se unta de babitas y se le pone así en la frentecita y parece que si ha servido

porque es un agujero que lo conozco yo hace muchos años y parece que sí ha servido, eso es un agujero muy antiguo. (Entrevista 10 hombre, 58 años, 2016)



*Foto 2. Lana en la frente para curar el hipo
Fuente: archivo fotográfico Natalia Gil 2016*

Aunque la mayoría de las madres practicaron esta actividad, en la actualidad se evidencia que la creencia por este acto ha disminuido entre las madres más jóvenes quienes niegan la efectividad de esta modalidad: “Utilizaba la lanita, pero eso tampoco le sirvió” (Entrevista 5, mujer, 17 años, 2016). Por esta razón, existen dos modalidades actuales que las tres madres más jóvenes empezaron a implementar para curar el hipo, la primera es abrigando al bebé, puesto que se dice que un hipo es causado por los fríos: “Cuando le da hipo...lo cobijo mucho, también porque de pronto tiene frío” (Entrevista 2, mujer, 21 años, 2016). Y la segunda manera es amamantándolos: “Cuando le daba hipo a la bebé, la pegaba del seno para que se le quitara” (Entrevista 11, mujer, 27 años, 2016).

Otro cuidado cultural que se presentó y que era atendido por la mayoría de las madres es el cortar las uñas por primera vez del bebé y para esto era muy importante que lo hiciera un persona

diferente a la madre, pues se según el relato de las mujeres que creían en esta actividad decían que si su madre se encargaba de cortar las uñas, el recién nacido cuando creciera se podría cortar fácilmente con los elementos puntiagudos que cogiera: “Dicen que si uno mismo, la misma mamá le corta las uñas al recién nacido, el niño con todo objeto punzante que coja, se va a cortar” (Entrevista 1, mujer, 54 años, 2016).

Pero el dato más relevante que se evidenció con respecto a este tema de cortar las uñas por primera vez, es que la persona que realice esta actividad debe de obsequiarle un regalo al niño, de lo contrario el niño al crecer se convertiría en un ladrón: “Una amiga de la madre le cortó por vez primera las uñas a la bebé, y su abuela se las limo, ambas deben darle un regalo a la bebé porque si no se lo dan la niña crece ladrona” (Diario de campo, Natalia Gil, 2016).

En cuanto al primer caso del corte de las uñas del recién nacido, solo un testimonio se diferenció del resto por creer que la primera cortada de las uñas del recién nacido le traería a este muy buena suerte: “Que para la buena suerte, isque venga yo se las corto para la buena suerte” (Entrevista 12, mujer, 60 años, 2016).

La madre que tiene como profesión la medicina, fue la única mujer quien cortó las uñas a su bebé, pues no creía en que su hijas que su hija se llegara a cortar y mucho menos que si alguien más lo hace deban darle algún regalo para evitar que su hija se vuelva ladrona.

Por último, el cuidado cultural que se presentó en menos medida, ya que solamente la mitad de las madres manifestaron haberlo realizado, es con respecto al cuidado que se tiene con el ombligo del bebé después de este haberse caído. Estos cuidados lo realizaron las mujeres encuestadas provenientes de la misma línea materna, es decir, todas las mujeres que

realizaron este cuidado fue por sugerencia de la mujer mayor que practicó este cuidado y lo transmitió a su descendencia.

El cuidado especial que se debe de tener con el ombligo consiste en guardarlo, el ombligo no se puede botar mientras el niño este pequeño y no tenga las suficientes defensas; este se guarda en un lugar fresco, envuelto en una prenda que el recién nacido no vaya a usar en mucho tiempo o en una servilleta limpia. No le debe dar el sol ni el frío, si esto sucede el niño se enfermará: “La abuela dice que deben de guardar el ombligo, en un lugar fresco, dentro de un vestido que la bebé por ahora no fuera a usar, se guarda para que a la recién nacida no le vaya a dar pujo ni resfriado” (Diario de campo, Natalia Gil, 2016). Versión corroborada por la misma bisabuela, la cual fue la que les sugirió a todas las madres realizarlo: “Es que uno los guarda que porque eso si uno los tira por ahí le da resfriados al bebé” (Entrevista 4, mujer, 89 años, 2017).

Se evidenció que sólo una madre de ese linaje, la médica, decidió no guardar el ombligo del bebé, mientras que las otras, aunque no guardaran la de todos los hijos, mínimo un ombligo si conservaron. Por otro lado se evidenció que las madres que no descienden de esta madre mayor, no practicaron esta actividad.

Con respecto a **cuidados del bebé** pero esta vez **recomendados desde la biomedicina**, se presentaron tres casos: El primero con respecto a la asoleada del bebé, tema que fue sugerido por el personal médico a una madre, instruyéndola como realizarlo y en que horarios: “En el hospital me recomendaron asolearlo y me explicaban a qué horas debía hacerlo” (Entrevista 5, mujer, 17 años, 2016). Aunque solamente a esta madre se lo recomendaron en el hospital, dado que su hijo presentaba problemas de bilirrubina, el tema de asolear al bebé, fue una actividad que se presentó en todos los casos. Las madres diariamente asoleaban a sus hijos procurando un sol benéfico y estableciendo horarios divididos en dos jornadas: La de la mañana de 8 a 10 am y en la jornada

de la tarde de 3 a 5 pm, manifiestan que el sol de este horario es el recomendado para brindarle al niño:

Yo lo soleaba por ahí de 9 a 10 de la mañana. Pero no la hora, yo lo sacaba a las 9:30, de 9:30 a 10:00, por la mañana lo asoleaba por ahí media hora en la mañana. Y por la tarde lo soleaba de 3 a 3:15. Que decían las 3 de la tarde era la hora buena para uno solearlos. Por ahí de 3 a 3:15 más o menos. (Entrevista 1, mujer, 54 años, 2016)

Como lo dice la interlocutora en el apartado anterior, el tiempo en que la mayoría de las madres dejaban a sus hijos bajo el sol, era de un promedio de 15 minutos, en que la mitad de ese tiempo dejaban que él bebe tomaran el sol de frente y el tiempo restante, de espalda.

Todas las madres coincidieron en que esta actividad la realizaban inmediatamente después del baño, momento en recibir el sol de la mañana, pues el bebé se encontraba fresquito y sin ropa: “Yo lo asoleaba después del baño, por ahí a las 10” (Entrevista 14, mujer, 51 años, 2017).

La madre de profesión médica, que para el momento de su puerperio vivía en Francia, manifestó que no todos los días tuvo la posibilidad de asolear a su hija, aunque así lo hubiera deseado, puesto que debido a las estaciones climáticas del país, no siempre salía el sol, además la casa en la que habitaban eran demasiado pequeña y solo recibía el sol cuando salía por una pequeña ventana. En este caso la madre nunca tuvo para esta actividad un horario específico: “Cuando salía el sol, si es que salía el sol” (Entrevista 15, mujer, 37 años, 2017).

Con respecto a la persona encargada de asolear al bebé, en su mayoría se encontró que esta actividad la realizaba la madre, pero ocasionalmente ayudada de su pareja para que la madre no se expusiera largo rato al sol:

Pues yo sé que los primeros 15 días uno no debe de recibir mucho ese sol, porque los antepasados tienen la creencia de que ese sol, los primeros 8 días le produce dolor de cabeza, le puede dar malestar. Por eso los primero 8 días lo sacaba otro a solear pero ya después yo si me asoleaba con ellos. (Entrevista 9, mujer, 72 años, 2016)

Igualmente en la actividad de la asoleada, se presentan prohibiciones con respecto a partes del cuerpo del bebe que según las madres, no debía recibir el sol. En primer lugar se encuentran los ojos, como parte primordial dónde no les debe dar directamente el sol: “Al bebé le da directamente el sol, pero su madre le tapa los ojos con un trapo o con la mano porque referencia que se le puede dañar la retina” (Diario de campo, Natalia Gil, 2016). O como lo expresa otra madre reiterando la importancia de tapar los ojos del sol: “No, a bueno los ojos, eso sí, creo que los ojitos si es importante taparlos que no le dé un sol directo en la retina” (Entrevista 15, mujer, 37 años, 2017).

Después en menor medida, se encuentra que las madres también manifiestan su preocupación por taparles el ombligo, cuándo éste aún no se les ha caído ya que se les puede infectar: “Si aún no se le había caído el ombligo, él no podía recibir el sol en el ombligo. Se le podría inonar” (Entrevista 9, mujer, 72 años, 2016). Y posteriormente, se evidencia en dos madres la importancia de taparle lo genitales a sus bebés:” En los genitales y en los ojos, porque eso me decían” (Entrevista 5, mujer, 17 años, 2016). Y por último, se presentan dos casos, en dónde no hubo restricción alguna en el momento de asolear a su bebé y dejaban que el sol les diera completamente en todo el cuerpo: “Yo dejaba que le diera a todo el cuerpo” (Entrevista 17, mujer, 48 años, 2017). Actividad que es confirmada por la segunda madre que no tuvo restricciones con asolear a su bebé: “Yo siempre lo asoleaba normal todo el cuerpo” (Entrevista 12, mujer, 60 años, 2016).

Siguiendo con las recomendaciones biomédicas para el cuidado de los niños, se presentó un caso donde el personal médico sugirió fajar al bebé para evitar que este al hacer fuerza se herniara: “El médico me dijo que si hacía mucha fuerza la podía fajar, primero le puse un ombliguero y no me gustó, entonces el ombliguero apenas se lo puse un día, y después le puse un botón ya por ahí por un mes” (Entrevista 11, mujer, 27 años, 2017). Pero aunque se haya presentado solamente una recomendación desde el personal médico, en este caso, al igual que con la asoleada, se encontró que 11 mujeres de las 12 encuestadas, fajaron a sus bebés, desde las mayores hasta las menores siendo así una actividad recurrente desde hace más de 70 años hasta la actualidad. En este estudio solo una madre no ombligó a su bebé; la madre médica.

Se demostraron dos formas de realizar esta actividad, siendo la primera y más común especialmente por las personas mayores, la utilización de un trapito amarrado alrededor de la cintura llamado fajero: “Lo fajé, cuando eso vendían unos trapitos muy lindos que amarraban, mi hermana fue la que se los hizo, ombligueros que llamaron pero eran telita” (Entrevista 12, mujer, 60 años, 2016). La otra manera de cuidar del ombligo de los bebés fue reemplazando el fajero por un botón, este debía ser más grande que el ombligo y se ponía con cinta de esparadrapo en forma de cruz.

El fajero o el botón eran utilizados para evitar que el bebé al hacer fuerza, principalmente cuando lloraba, no se le herniara el ombligo o se “quebrara” como lo expresa una interlocutora:

La bisabuela sugiere no volver a poner el botón al bebé porque, "la niña no llora mucho y eso se pone para evitar que se quiebre y se le salga el ombligo y la niña no llora tanto como para quebrarse. (Diario de campo, Natalia Gil, 2016)

El promedio de tiempo que según las entrevistadas decían poner los fajeros a sus bebés, fue de dos meses aproximadamente siendo el menor tiempo los 40 días de la dieta y el mayor tiempo 4 meses.

Por último, con respecto al tema del contacto del bebé con mascotas, fue otro aspecto que tuvo solamente en un caso, la recomendación biomédica de evitarlo, dado que el niño era prematuro y tenía las defensas muy bajas: “La pediatra me dijo que el bebé debía evitar por ahora el contacto con mascotas, que podía hacerle daño” (Entrevista 5, mujer, 17 años, 2016).

Así solo a una madre desde la biomedicina le hayan prohibido el contacto con mascotas, dado la condición que presentaba el bebé de ser prematuro, se pudo inferir que en ambas temporalidades, tanto hace 70 años como en la actualidad, sigue existiendo cierta resistencia al contacto que puedan tener los recién nacidos con los animales, por el argumento que su pelaje puede ser perjudicial para la salud de los bebés, pues como lo expresaron cuatro madres de este estudio, no dejaron que sus hijos tuvieran contacto con mascotas pues podría enfermarlos si un pelo se les entra al cuerpo: “No porque yo digo que los perros y los gatos sueltan un pelo que se les puede ir a los niños por la boquita y la nariz y eso no es nada bueno” (Entrevista 9, mujer, 72 años, 2016).

Algunas de las madres, manifestaron que sus hijos en la época del puerperio no tuvieron contacto con mascotas, esto debido a que en ese momento en sus hogares no poseían animales de compañía pero expresaron que en la actualidad no creerían que las mascotas les hicieran daño a la salud de sus bebés, como lo narra la madre médica: “No tuve oportunidad, pero si hubiera tenido la oportunidad creo que con protección, con una cierta protección no habría tenido ningún problema” (Entrevista 15, mujer, 37 años, 2017).

Tres de las madres sí tuvieron mascotas durante su puerperio, dos de ellas dejaron que los animales tuvieran contacto directo con los recién nacidos, pues aclaran que ellos no enferman los bebés y no son perjudiciales para su salud:

Sí, todo el tiempo porque tengo dos mascotas y eso no creo que sea dañino para los bebés, y desde el día 0 hasta los 4 meses ha tenido contacto directo con perros, gatos y hasta el momento no ha pasado nada...hasta con perros de la calle y nada. (Entrevista 11, mujer, 27 años, 2017)

La otra madre, siendo esta la mujer mayor, expresó que si tuvo animales como perros, gatos, gallinas y vacas en su casa, pues vivía en una vereda durante el puerperio, pero aclaró que no dejaba que su recién nacido tuviera contacto con los animales, ellos nunca entraban al cuarto dónde se encontraba el bebé, siempre permanecían en el patio, corredor o jardín. Sin embargo, esta madre mayor en el presente vive con su nieta y bisnieta y es evidente que busca aislar a la perra de la casa del contacto con su bisnieta recién nacida, pero la madre de la bebé, es la mujer que expresa que no tiene ningún inconveniente con que la perra este cerca de ella:

Yo si le alego porque deja subir esa perra donde la niña, y esa perra que se sube donde la niña y coge y la lambe... Ella dice que no pasa nada pero como que no me gusta, a mí no me gusta pero nada hace porque vea, nada le hace a la cagona el perro, allá duerme con ellas...con ese gato tampoco, allá tiene ese gato y ese gato es de lo más bonito y sube a la cama y atisba así y vuelve y se baja, a esa no le está haciendo daño las cosas de los animales. (Entrevista 4, mujer, 89 años, 2017)

En este hogar se pudo evidenciar que ese rechazo que podía existir con el contacto del recién nacido con mascotas se dilató, volviéndose más flexibles la convivencia entre ambas partes al

demostrar que no existe ningún inconveniente con la cercanía que existe entre el recién nacido y los animales, como lo expresa la siguiente madre que también habita en esta casa:

Pues en este momento con la niña yo veo que ese gato la lame, el perro funciona con ella y a esa niña no le ha pasado nada, porque más aliviada, mire ya tiene 3 meses y está súper aliviada y yo también le alegaba, por ejemplo mi mamá le alega, no deje que se le arrime a la niña, entonces mi hija nos decía; mami por dios a la niña hay que dejarla coger anticuerpos, y a lo mejor será verdad porque vea está bien. (Entrevista 13, mujer, 55 años, 2017)

A continuación nos enfocaremos en relatar las experiencias registradas frente al tema de la higiene del bebé, dónde en primer lugar se describirán los cuidados y prácticas populares realizadas día a día en el hogar y posteriormente se mencionarán los cuidados biomédicos que algunas madres tuvieron frente al tema del baño del bebé.

Con respecto a la frecuencia del baño del bebe, se presentó en la mayoría de los casos que se hacía sólo una vez al día, a excepción de dos casos en donde por unos días los bebés fueron bañados dos veces al día, una en la mañana y otra en la noche antes de dormir para controlarle el sueño ya que se despertaban mucho en las noches. Como lugar del baño, se encontró al patio como el lugar predominante para estas madres, al igual que el uso de la bañera, que por lo general la ponían en una poceta o encima de la lavadora, con el fin de que el bebé quedara en una posición que le favoreciera a la madre y evitar así un sobre esfuerzo: “Yo lo metía en la bañerita y la ponía la bañerita encima de la lavadora para que no me quedara muy bajito para no agacharme mucho” (Entrevista 1, mujer, 54 años, 2016). Dato relevante a mencionar, es que independiente del lugar donde los bañaran el uso de la bañera fue un elemento primordial al

momento de realizar esta actividad: “En la cocina, en la bañera” (Entrevista 5, mujer, 17 años, 2016).



*Foto 3. Bañera encima de la poceta
Fuente: archivo fotográfico Natalia Gil 2016*

Por el contrario, dos madres manifestaron no bañar a sus hijos en el patio o en un lugar abierto, pues los vientos se le podían entrar al cuerpo del bebé y podían enfermarlo, por esto preferían realizarles el baño en un espacio más cerrado y caluroso:

En mi casa de Belalcázar, había un comedor como abrigadito, porque la señora decía que a los niños no se debían dejar mucho, dar los vientos contrarios, porque si no, no le cerraba la mollerita. Entonces siempre los bañábamos como arrinconaditos en una mesita y ahí lo sacábamos en lo que hoy es una bañera. (Entrevista 9, mujer, 72 años, 2016)

Modalidad que es reafirmada por la siguiente interlocutora que manifiesta al igual que la anterior, el no deber bañar al bebé en el patio: “No, en el patio no porque se venteaba, adentro de la casa” (Entrevista 14, mujer, 51 años, 2017).

Las demás madres que no bañaban a sus hijos en el patio, manifestaron realizar esta actividad en lugares como el comedor de la casa, en el cuarto del bebé o en la cocina.

En dos de los casos se hizo notoria la ausencia de la bañera, ambos casos de las personas más adultas, las cuales tuvieron a sus hijos en el campo, con ayuda de parteras y acompañadas de mujeres que las apoyaban en el cuidado de sus dietas: “Cuando eso se usaban eran unas poncheras grandototas, grandes grandes, redondas, en eso era que se bañaban los niños, en unas poncheronas grandototas” (Entrevista 4, mujer, 89 años, 2017).

El agua que utilizaban para este baño del bebé, fue igual en todos los casos: el agua caliente, utilizando uno de estos dos métodos para alcanzar la temperatura deseada, como lo fue hirviendo el agua y dejar que esta se enfriara hasta que el niño pudiera resistirla sin provocar quemaduras y la segunda fue hervirla y agregarle a la bañera agua fría de la canilla.

Algunas mujeres manifestaron utilizar shampoo al momento de bañar a los niños aunque esto fue utilizado por la minoría de las madres. En mayor medida las madres manifestaron el uso del jabón todas de marca Johnson para el aseo de su bebé, la mayoría de estas madres lo usaban pero no para el baño diario, pues creían que uso continuo podría reseca la piel de los bebés, por tal razón alternaban su uso y por consejo de sus madres o abuelas, dos de las madres más jóvenes le incorporaban maicena al baño: “La bañera, agua caliente, una espuma para poner al bebé y tres veces a la semana jabón y le adicionaba también a veces maicena para suavizar la piel” (Entrevista 11, mujer, 27 años, 2017).

En el caso de la hija de la médica entrevistada, fue la única con la que utilizaron un jabón diferente al Johnson, puesto que era común su uso en el país donde habitaban para el baño de los recién nacidos:

Los primeros días no, en realidad no usamos jabón, cuando estuvo más grandecita utilizábamos un producto que se llamaba lait de tualet que es como una leche de baño

mostela, que en realidad no es un jabón sino más bien como una crema limpiadora especial para los bebés. (Entrevista 15, mujer, 37 años, 2017)

Con respecto a la persona encargada de realizar el baño del bebé, en su mayoría y especialmente en todas las mujeres mayores eran ellas mismas las que realizaban esta actividad, pero en algunos casos por lo general en las madres más jóvenes, siempre recibían ayuda de un familiar, bien sea su madre, su padre o su pareja, pues consideran que por ser la primera vez que vivían esta experiencia y no tenían la experticia suficiente, preferían dejarse enseñar y ayudar.



*Foto 4. Abuelo ayudando a bañar al bebé
Fuente: archivo fotográfico Natalia Gil 2016*

Como prohibición en el tema del baño del bebé es relevante mencionar las partes del cuerpo que no se deben dejar mojar, en primera instancia está el ombligo, por ser este de máximo cuidado hasta que trascurren los 8 días, fecha aproximada en que este debe caer, puesto que es una zona de alta delicadeza y fácil foco de infección: “El ombliguito cuando no se le había caído

no se mojaba” (Entrevista 14, mujer, 51 años, 2017). Por lo tanto, para la limpieza de este, las madres utilizaban otros elementos que no afectaran la salud del recién nacido: “Hasta que no se le cayera el ombligo a la bebé, se le bañó sólo con paños húmedos y algodones pero no se le echaba agua” (Diario de campo, Natalia Gil, 2016).

Los cuidados en los ojos y los oídos también eran importantes para las madres a la hora de bañar a los bebés, por ser orificios corporales a los que no se le puede entrar agua ya que pueden perjudicar la salud del bebé: “Que no se podían mojar, pues a mí me daba como susto cuando le caía agua mucho como a los ojitos o a los oídos” (Entrevista 16, mujer, 62 años, 2017). Así mismo, lo confirma otra de nuestras entrevistadas: “Pues después que lo empecé a bañar no, pues la carita, los ojitos y los oíditos había que ponerle uno cuidado pero de resto no, lo bañaba uno por toda parte” (Entrevista 17, mujer, 48 años, 2017).

Por último tenemos el relato de la interlocutora más adulta, donde manifiesta que el lugar donde no se puede dejar mojar al bebé en el momento del parto es la “mollera”, es decir la fontanela, ubicada en la parte superior de la cabeza del bebé, pues manifiesta que al mojarse esta parte del cuerpo se podría enfermar el bebé: “Sí, aquí la mollerita, porque les da pujo si se le moja aquí esta parte muy chiquitos” (Entrevista 4, mujer, 89 años, 2017).

Para los cuidados biomédicos en cuanto a la higiene del bebé, se presentan tres casos en que las madres estando hospitalizadas después del parto, las enfermeras se encargaron de mostrarles cómo realizar el baño de los bebés. Aquí se encontraron dos modalidades diferentes de hacerlo, a dos de las madres quienes sus hijos nacieron con bajo peso, se les recomendó la limpieza de los bebés con pañitos húmedos o toallas, más no baños de inmersión: “Al niño no se le bañó las dos primeras semanas, solo se le limpiaba con pañitos, la madre dice: "el baño a recién nacidos los hace bajar de peso, además se está canguriando, eso me lo explicaron en la UCI"” (Diario de campo, Natalia

Gil, 2016). Igualmente se presenta esta prohibición al otro bebé que nació con bajo peso: “No, yo no bañe a mi bebé sino hasta los 25 días, en el hospital lo limpiaban con trapitos” (Entrevista 17, mujer, 48 años, 2017). Por último se presentó un caso en donde la enfermera le muestra a una madre como debía de estar la temperatura del agua y cuál era la posición que debía mantener en el momento del baño del bebé para que lo pusiera en práctica una vez pudieran bañar a sus hijos en sus hogares “Eso lo hacían en el hospital mostrándole a uno, y ya a uno no le tocaba el primer día” (Entrevista 16, mujer, 62 años, 2017).

Como último cuidado del bebé, se demostrarán las atenciones brindadas en cuanto al tema de la alimentación del recién nacido, en donde igual que en el tema anterior, se especificará en primera instancia los cuidados populares seguido se expondrán las recomendaciones biomédicas que giran en torno a la alimentación del recién nacido.

Como alimento casero que los recién nacidos consumían, se tiene en primer lugar las bebidas caseras, en donde recibían aproximadamente 2 onzas de bebidas de diferentes tipos para diferentes objetivos. Por ejemplo, para el dolor de estómago primaba la bebida de apio y de canela, para aumentar las horas de sueño o lograr que el niño durmiera bien se le daba bebida de anís estrellado, agua de manzana criolla y agua de lechuga: “Cuando no quería dormir el anís estrellado o aguüita de manzana o aguüita de lechuga, pero poquitico” (Entrevista 1, mujer, 54 años, 2017). Y por último, para cuando el bebé estuviera estreñido, se le brindaba agua de ciruela pasa: “Agua de manzana para que durmiera, agua de ciruela para que hiciera popo y ya no más” (Entrevista 11, mujer, 27 años, 2017). Todas estas bebidas se daban al niño en pequeñas cantidades y todas las madres se la proporcionaban una vez al día, especialmente en las horas de la noche. Las madres que suministraron estas aguas a sus bebés, manifiestan que ellos tuvieron

una buena aceptación en cuanto a la respuesta frente a la dolencia ya que todos los bebés la consumían con facilidad y agrado.

En otros dos casos, presentados por las mujeres mayores encuestadas, se evidencia que el complemento a la leche materna era la leche de vaca. Estos casos se presentan hace aproximadamente 70 años, dado que estas madres vivían en el campo lejos del casco urbano en donde pudieran acceder a leche de fórmula o su costo lo hacía igualmente inasequible, además contaban con vacas lecheras en sus terrenos quienes les proporcionaban la leche para toda la familia. Se comprobaron dos modalidades de suministro de esta leche, una era hervirla antes de consumirla y la otra tomarla recién ordeñada de la vaca, sin pasar por el fogón:

Leche de vaca porque yo no compraba leche de tarro si no que yo mantenía una vaca y entonces por la mañana ordeñaba la vaca y les llenaba unos teteros de leche caliente y se les daba un teterado de leche caliente ellos se lo tomaban y después esa otra leche que quedaba la hervía uno y la mantenía en una ollita tapadita, cuando a él le daba hambre uno iba y llenaba el tetero con eso se alimentaba, con leche de vaca. (Entrevista 4, mujer, 89 años, 2017)

Testimonio que corrobora la otra mujer adulta que vivía en el campo:

Claro, porque en mi casa servía un tarro de leche grande y todos tenían dos o tres teteros para darle, porque mamá si los alimentaba pero en la noche los reforzaba con un teterito para acostarse, con leche de vaca, porque aún no había leche de tarro. (Entrevista 9, mujer, 72 años, 2016)

Y como último alimento casero que se presentó y que sucedió solo en un caso, en donde al bebé se le pasó por los labios y posteriormente se le suministró un pedazo pequeño de maíz, con la intención de que la boca del bebé pudiera cerrarse ya que siempre la tenía abierta:

La abuela le pone al bebé un grano de maíz en la boca ya que su madre quedó con antojos de mazamorra en el embarazo y por esta razón el niño quedo "boquiabierto", como solución se le untan los labios o se le da a consumir el antojo con el que la mamá haya quedado y así el bebé logrará cerrar su boca. (Diario de campo, Natalia Gil, 2016)

A continuación se presentarán los cuidados biomédicos que se evidenciaron con respecto al tema de la alimentación del recién nacido, en donde en primera instancia, teniendo un puesto relevante y una concurrencia en todas las madres encuestadas, se refiere a la importancia de la leche materna. Todas las mujeres de este estudio alimentaron a sus hijos, con una exclusividad de leche materna en promedio de 6 meses, donde la que menos le dio fue 40 días, es decir sólo le dio en el puerperio y la que más le dio leche exclusivamente, fue de un año. La mayoría de las madres aseguraron que después del tercer mes aproximadamente, empezaron bajo recomendación biomédica a complementar la dieta del bebé, en 2 modalidades, por lo general, todas las madres le suministraron como complemento leche de fórmula: “Me tocaba complementarle con leche de tarro...yo le complementaba porque uno los alimenta hasta los 10 meses pero la leche va mermando entonces yo le complementaba con leche de tarro muy bien” (Entrevista 12, mujer, 60 años, 2016). Otras dos madres le complementaron fue con papilla: “Hace como 8 días que le mandaron a empezar a comer papilla” (Entrevista 2, mujer, 21 años, 2016). Ambas complementaciones sugeridas por el pediatra. Solo se presentó un caso donde la madre pudo alimentar solamente al primero de sus tres hijos, puesto que a ella le dio mastitis y tuvieron que operarla, razón por la que las glándulas mamarias no siguieron produciendo leche.

Aunque ninguna de las madres de este estudio manifestó el rechazo a amamantar por que generara cambios físicos o modificaciones corporales, uno de los hombres mayores si expresó que actualmente ese destete se presenta al muy corto tiempo de empezar a amamantar o incluso ni se inicia, sino que se alimenta a los niños exclusivamente con leche de fórmula olvidando los beneficios de los componentes que la leche materna les puede brindar, solo porque las madres quieren mantener un estereotipo corporal, caso contrario en la antigüedad, donde él declara que esto no se presentaba hace 50 años:

Para ellos era importantísimo que una madre alimentara hasta más no poder. No escatimaban de que se me va a dañar el seno, de que se me van a colgar los senos, para ellos eso era un segundo plano... como piensan las de hoy, hoy nace un bebé y muy rápido ya están comprando leche de fórmula. (Entrevista 3, hombre, 48 años, 2016)

Como última recomendación biomédica que se le hizo en este caso a la mitad de las madres encuestadas en cuanto a la alimentación del bebé, se refiere al suministro del calostro, asunto que incluye a todas las mujeres de este estudio, aunque solo el 50% de las madres hayan recibido la sugerencia por parte del personal médico de brindar el calostro, es decir, la primera leche a sus hijos: “Si, en el seguro me lo recomendaron” (Entrevista 12, mujer, 60 años, 2016). Se tiene que la totalidad de las madres lo hicieron, pues consideran que esta leche presenta un gran aporte nutricional: “Eso lo llamaban leche calostrá y que ese era el mejor alimento para los bebés, que no se perdiera la leche calostrá” (Entrevista 9, mujer, 72 años, 2016). Algunas mamás lo hicieron porque alguien más se lo recomendó y otras lo hicieron por instinto: “No me dieron ninguna explicación en el hospital de por qué hacerlo pero yo sé que es por las defensas de la madre y le transmite al bebé” (Entrevista 11, mujer, 27 años, 2017).

Es relevante mencionar que la madre médica hace referencia a la importancia que hoy en día ha adquirido en los centros de salud, que la madre inmediatamente tenga a su hijo en sus brazos lo pegue al pecho, suministrándole la leche calostro, no solo porque tiene beneficios como alimento sino por el vínculo que se forma entre madre e hijo, y no cómo se practicaba anteriormente que en muchas ocasiones la madre tenía que esperar períodos largos para ver a su recién nacido:

Es un elemento de contacto, es un elemento casi que ancestral, vos ves que la cría, cuando tiene un bebé, inmediatamente agarra su cría, nunca lo separa, y en nuestro medio, lo que hacíamos era que separábamos completamente el bebé, entonces al bebé lo aislaban, lo pesaban, lo medía, y después al rato se lo llevaban a la mamá, y eso generaba ansiedad a la mamá, ansiedad al bebé, genera estrés y lo otro es que cuando el bebé se pega rapidísimo, induce como una especie de cambio hormonal rápido en las mujeres, aumenta la producción de oxitocina y eso frena el sangrado menstrual, ve no, el sangrado posparto ayuda mucho la contracción uterina, entonces beneficia al bebé, beneficia la mamá, disminuye la morbimortalidad, disminuye la hipoglicemia neonatal y además es un asunto de vinculación. (Entrevista 15, mujer, 37 años, 2017).

Así se finalizan los cuidados que en este estudio se encontraron referente al recién nacido, donde el objetivo principal de toda madre era brindar protección a su hijo durante el puerperio. Se pueden observar las prácticas hogareñas utilizadas culturalmente para prevenir y curar enfermedades o molestias así como atenciones generales que el bebé requiere durante esta etapa, pero así mismo se muestra como se insertan en estos cuidados populares las recomendaciones biomédicas y las sugerencias realizadas por el personal médico a las madres, poniéndose en práctica ambas modalidades con el fin de proporcionar un bienestar total al recién nacido.

6.2.4 Cuidados de la madre.

Así mismo como se presentan molestias o dolencias populares en los recién nacidos, también se evidenciaron en las madres situaciones que ameritaban un cuidado especial y que la atención que recibieron fueron cuidados culturales. En primera instancia el cuidado cultural más relevante que se presentó fue la exposición de la madre al frío y al calor y las prohibiciones que estos extremos climáticos tenían para obtener una buena recuperación de su salud.

Con respecto al frío, siempre se buscó prevenirlo puesto que el puerperio es una etapa en la que se busca eliminar todos los fríos que se le hayan incorporado al cuerpo de la madre y con respecto al calor, es un factor que perjudica según las interlocutoras, la producción de alimento.

Se evidencia que el cuidado climático ha cambiado con el pasar de los años, dónde las mujeres mayores afirman que hace 50 años hacia atrás se presentaba un alto nivel de cuidado con respecto a los fríos, el sereno o mojarse. Entre sus cuidados de la época, estaba incluso el no salir del cuarto los primeros días y posterior al cumplimiento de la dieta no debían salir de la casa:

A mí me cuidaban la dieta mis 40 días porque en ese tiempo no dejaban a uno ni ventiar ni nada, eso era todo cubierto que porque isque le hacía daño a uno que porque le daba vientos, eso no es como ahora, bien cuidado, bien guardado. (Entrevista 4, mujer, 89 años, 2017)

El testimonio de esta madre hace referencia a los cambios con respecto a la época actual, dónde los cuidados no son tan estrictos, dónde las mujeres hoy en día salen a la calle y empiezan a serenarse y recibir vientos al poco tiempo después del parto, caso que se comprueba con esta madre joven en donde salir no era una prohibición: “Seguro que sí me serené” (Entrevista 15, mujer, 37 años, 2017).

Otro cambio notorio con respecto a las generaciones, es que la única madre, perteneciente al grupo de las más adultas, que dice haberse serenado durante la dieta, expresa haber tenido como consecuencia, una dolencia o enfermedad: “Lo evité mucho pero si me serené, y el día en que me serené, me hizo mucho daño, me sentí muy mal, me dolió la cabeza al otro día, todo el día” (Entrevista 9, mujer, 72 años, 2016). Mientras que las madres más jóvenes que se serenaron, manifiestan no haber sentido ninguna molestia ni haber enfermado.

Con respecto a las lluvias, se tiene que ninguna de las madres entrevistadas, se mojó durante la dieta, era algo que evitaban en todo momento. Otra madre, que vivía con su abuela, tuvo prácticas más rigurosas especialmente la primera semana del puerperio con respecto al cuidado de los vientos: “La primera semana de la dieta, no salió de la pieza después de las 5 pm para evitar fríos” (Diario de campo, Natalia Gil, 2016). Sólo la madre más joven, estuvo expuesta a aire acondicionado, lo que terminó en una dolencia y malestar: “La madre sale con su pareja a cine, aunque la función es en la tarde y ella va tapada, incluso con algodones en los oídos y sombrilla, el cine tiene aire acondicionado. La madre al otro día dice tener cólicos” (Diario de campo, Natalia Gil, 2016).

En relación al calor, la mayoría de las madres tanto las mayores como las jóvenes, afirmaron no haberse acercado a elementos o espacios calientes, tales como la cocina, el fogón, la plancha de ropa y demás. Tampoco recibían el sol directamente, ni cuando salían a la calle, ni cuando asoleaban a sus hijos, pues por creencia propia o por consejo de su madre o abuela, este contacto con estos espacios calientes tenían efectos negativos, entre ellos, el secar la leche: “No me acercaba, porque se me secaba el alimento” (Entrevista 5, mujer, 17 años, 2016).

Dos de las madres expresaron que tuvieron precauciones en cuanto a recibir este calor al menos en la primera semana del puerperio, pero posterior a este tiempo si tuvieron este contacto

pues eran las responsables de su hogar y no contaban con la compañía permanente de alguien que les ayudara en sus labores cotidianas: “Yo creo que la primera semana no, porque como mi mamá estaba conmigo, mi mamá me cuidaba esa primera semana entonces yo no hacía prácticamente nada de oficio” (Entrevista 1, mujer, 54 años, 2016). Reafirmando la siguiente entrevistada: “Sí porque uno de todas maneras tenía que seguir haciendo” (Entrevista 16, mujer, 62 años, 2017).

Sólo la madre médica, manifestó haberse acercado desde el primer día a estos espacios calientes, sin ningún inconveniente y escéptica a la creencia de que el calor podía desfavorecer la producción de su leche materna.

El otro cuidado popular que se presentó en relación a las madres, fue con respecto a los “entuestos”, cinco de las madres encuestadas manifestaron haber padecido de esta enfermedad, definiéndola como lo hace la siguiente interlocutora: “Eso era uno dolores bajitos pero una cosa impresionante que eso parecía que uno fuera a tener otro bebé, eran unos dolores impresionantes a mí sí me daba mucho esos dolores en la dieta” (Entrevista 1, mujer, 54 años, 2016). El tratamiento que todas estas madres implementaron para la curación de esta dolencia fue el uso de bebidas caseras, siendo la bebida de canela la más usada entre las madres para aliviar los dolores: “El segundo día a la madre le dio un entuerto, se tomó para eso un agua de canela muy cargado y muy caliente para que se le pasara el dolor” (Diario de campo, Natalia Gil, 2016). Incluso, la madre médica hace referencia al uso que ella le dio a las bebidas de canela por el beneficio que proporciona:

Pues a mí me gusta mucho la canela como calmante de la musculatura lisa y me parece que tiene un buen efecto como relajante realmente de músculo liso y calma los cólicos

menstruales y ese tipo de cosa, entonces posiblemente tome canela para alguna de esas molestias iniciales, aromática de canela. (Entrevista 15, mujer, 37 años, 2017)

En segunda instancia se registra que otra madre prefirió utilizar bebidas caseras de manzanilla, anís estrellado y albahaca para calmar estos dolores provocados por los entuertos.

Cuando las madres referenciaban sentir algún tipo de dolencia, manifestaron que preferían para la cura de éstas con los remedios caseros en primera instancia y si estos no les ayudaban con su malestar, si el dolor era recurrente o si la enfermedad era de alto grado de delicadeza, decidían acudir al médico: “Pues yo siempre recurría mejor a los remedios caseros y cuando los remedios caseros no me funcionaban ahí sí le tocaba irse al médico” (Entrevista 1, mujer, 54 años, 2016).

Las distancias que existían entre las casas de campo y los centros de salud, fue otra de las razones por las que las madres mayores optaron por usar los remedios caseros para curar sus enfermedades, hasta el punto de cultivar sus plantas medicinales para sus bebidas:

No, yo no acudí a médicos por que el médico era muy lejos en el pueblo y un para salir era muy difícil, dos horas y media que nos gastábamos para salir y todo, uno hacía una bebida en la casa, en el campo se podían hacer bebidas muy fáciles de muchas ramas que servían para mitigar el dolor y ya ellos se fueron levantando así. (Entrevista 4, mujer, 89 años, 2017)

Sólo dos madres decidieron acudir al médico, pero esto debido a que sus enfermedades merecían un cuidado más especial y no podían curarlo con remedios caseros. El primer caso se presenta en una madre que sufría de asfixia y en el puerperio empezó a sufrir del colon, donde los episodios de estreñimientos eran prolongados y dolorosos, afirma: “Cuando eran cositas así simples, si se hacía uno con ramitas o cosas así, yo sólo acudí al médico cuando me asfixié y por

lo del colon, pues cuando me enfermé del estómago recién tenido al bebé” (Entrevista 17, mujer, 48 años, 2017). El segundo caso se presentó en una madre que después de su primer parto, en el puerperio le dio mastitis, por lo que tuvo que tener una intervención quirúrgica, comenta: “Fui al médico cuando lo de los cólicos que me dio y la mastitis muy fuerte que me dio... que me hicieron una cirugía, no más” (Entrevista 14, mujer, 51 años, 2017).

A continuación se expondrán los cuidados practicados frente al tema de la higiene de la madre, donde se presentarán los cuidados populares y posteriormente se mencionarán los cuidados biomédicos prescritos por el personal médico y puestos en práctica por las madres para su higiene.

Con respecto al baño de las madres, en primer lugar se reveló que lo que comúnmente hacen las mujeres, son baños de duchas, que por lo general siempre lo hacen en horas de la mañana, aunque no se registró que tuviera algún beneficio que lo hicieran en esta jornada, expresaban que eran lo primero que hacían en el día para dedicar el resto de tiempo a su hijo, sólo una interlocutora manifestó que el baño nunca fue a una hora establecida y que lo hacía cuando tuviera la posibilidad: “Cuando quería, a cualquier hora, en cualquier momento” (Entrevista 5, mujer, 17 años, 2016).

Todas las mujeres de éste estudio manifestaron que el agua que utilizaban para las duchas, era caliente o tibia y todas se bañaban una vez al día, también se puede inferir que tuvieron un baño normal, rutinario, como el que siempre habían practicado, usando el mismo jabón que utilizaba comúnmente sin necesidad de hacerle alguna modificación a esta práctica: “El baño durante la dieta fue por la mañana con agua caliente y jabón solo una vez al día” (Entrevista 11, mujer, 27 años, 2017). Así mismo afirma la importancia del baño la siguiente informante: “A no, yo me bañaba normal, el baño era normal, todos los días común y corriente, el jabón que yo siempre he

usado el jabón normal y el baño era pues diario y mucha higiene” (Entrevista 12, mujer, 60 años, 2016).

Una de las entrevistadas, al relatar cómo su madre se realizaba su higiene, nos evidencia una modalidad diferente al baño de ducha que era practicada por las demás mujeres, pues su madre no se bañó durante la primera semana, el aseo que ella utilizaba era de limpieza con toallas, siempre ayudaba de una señora que contrataban para estar apoyándola en esta etapa: “La mamá los primeros 8 días, no se bañaba como decir una poncherada o baldado de agua, sino que la señora le llevaba una poncherita... y mamá se hacía el aseito por decir, las partes íntimas, se limpiaba la cara” (Entrevista 9, mujer, 72 años, 2016). Igualmente esta es la única informante que manifiesta que su madre se realizó otro tipo de baño durante el puerperio, con el propósito de quitar los fríos que se le pudieran incorporar al cuerpo:

Los primeros ocho días como le conté, y ya de ahí en adelante, cocinaba la señora una olla grande de agua con hojas de naranjo y se bañaba toda con esas aguas de naranjo, este baño con hojas de naranjo o de limoncillo era para sacar todo el frío que tuviera en el cuerpo, para cerrarle el cuerpo, que para que quedara bien, sin problemas. (Entrevista 9, mujer, 72 años, 2016).

Ahora, para realizar la limpieza de la sutura, parte primordial de la higiene de la madre en este período se evidenció que todas las madres, por lo general usaban jabón y agua, a excepción de una madre que usó jabón rey para la limpieza e incorporó en el cuidado popular de la sutura el uso del secador y otro tipo de jabón para agilizar la sanada de los puntos: “Los dos primeros días me lavé con baños líquidos, me tenía que limpiar con toallitas húmedas y después del tercer día me empecé a bañar con jabón rey, me hacía con el secador para que los puntos estuvieran más secos” (Entrevista 11, mujer, 27 años, 2017). En cuanto a la frecuencia de la lavada de esta

herida la mayoría manifestó hacerlo alrededor de dos o tres veces al día: “Sí, me hacía la limpieza tres veces al día con jabón” (Entrevista 17, mujer, 48 años, 2017).

Por lo general se evidencia que la limpieza de la sutura fue un proceso sin mayor complicaciones para las madres, en donde los elementos que utilizaron para la limpieza de esta herida eran benéficos y le ayudaron a agilizar este proceso sin ninguna obstrucción, excepto un caso de una madre que puso en práctica los consejos dados por una vecina y por estos elementos utilizados tuvo complicaciones con la episiotomía o desgarre:

Pues la limpieza en el primer embarazo me fue muy mal porque el médico a mí me dijo allá que únicamente me limpiará con agua y jabón, nada más, que no me echara nada allá y entonces pues uno como es tan terco, me puse a hacerle caso a una vecina, que me dijo que me echara isque Agua de salvia, para que me cicatrizara más ligero los puntos, y yo me eché esa agua de salvia, y entonces como que, en el agua se me fue alguna ramita, y entonces esa ramita se me entró en los puntos y me dio una infección, una cosa impresionante, una infección horrible y me tocó ir al médico a que me mandaran droga. (Entrevista 1, mujer, 54 años, 2016)

Como se evidencia en el apartado anterior, desde la biomedicina algunas madres sí tuvieron recomendaciones con respecto al tema de su higiene, dónde los médicos para la episiotomía le recomendaron a cuatro madres el uso exclusivo de agua, jabón de baño y sola a una madre le recomendaron el uso de Isodine: “Allá me dijeron lo importante del aseo para la sutura, de isodine, con agüita tibia, agüita caliente, de hacer un buen aseo dos veces al día” (Entrevista 9, mujer, 72 años, 2016). Y a la madre médica le recomendaron el uso de un jabón especial para la limpieza de su sutura:

En Francia recomiendan mucho para el cuidado genital en el posparto inmediato un jabón que es natural que se llama Saugelia que es a base de sauce, de hojas de sauce, y realmente es un jabón natural muy, muy digamos antisépticos y que da una sensación placentera. (Entrevista 15, mujer, 37 años, 2017).

Igualmente, la otra recomendación biomédica con respecto al aseo de la madre, se da en el momento del baño y lo relata igualmente la médica: “No se deben hacer baños de inmersión como en bañeras y ese tipo de cosas, sino realmente duchas” (Entrevista 15, mujer, 37 años, 2017).

Como último cuidado de la madre en el puerperio, se especificará la alimentación que ella mantuvo durante esta etapa, asunto que posee prohibiciones y prescripciones, no solo buscando conseguir una estabilidad en la salud de la madre, sino en su recién nacido, pues las consecuencias de las comidas no benéficas se reflejan en la salud de ambos. Es claro que la conexión es fuerte en el binomio madre-hijo.

En cuanto a las comidas que eran prescritas y consideradas como benéficas culturalmente Se tiene en primera instancia que el alimento más común consumido entre las madres era el pollo o la gallina, este animal fue consumido por todas las madres, aunque tenía una gran relevancia especialmente hace 50 años, donde según las versiones de las madres más adultas, era una comida que era consumida los 40 días de la dieta, siempre y cuando tuvieran los recursos económicos para hacerlo:

Ah no mi mamá decía qué yo tenía que comer mucho pollo, que sobre todo el caldito, que porque uno queda muy débil, que para recuperar las fuerzas que porque uno bota mucha

sangre, entonces que para que uno se levantara bien aliviado de la cama, qué era lo que le decían a uno. (Entrevista 1, mujer, 54 años, 2016)

Aunque se evidencia que la costumbre de consumir gallina los 40 días, en la actualidad va disminuyendo la cantidad reduciéndose a la mitad en las madres de hoy en día. Se observa también que hay madres jóvenes, que prefieren seguir la costumbre de sus madres y abuelas, al creer en los beneficios en cuanto a la recuperación de fuerzas que aporta éste animal, como lo relata la siguiente participante, que comió pollo en diferentes modalidades durante toda su dieta, recomendado por su abuela con quien vivía: “Sí, consumí gallina los 40 días... porque recuperaba las fuerzas, la vitalidad, y porque es suero puro” (Entrevista 11, mujer, 27 años, 2017). En caso contrario, se evidencia en dos madres jóvenes que no consumieron pollo o gallina a diario porque se cansaban fácilmente de esta dieta monótona, por esto lo alternaban con otras comidas, como lo afirma el padre de una de estas jóvenes que resalta la diferencia generacional en la cantidad de consumo de este alimento:

Entonces ya ahorita en la actualidad con nuestros hijos, las dietas se conservaron, aunque de pronto no con tanta gallina, porque era muy cansón, usted ya después de 5 días, ya era un sufrimiento, por ejemplo en la dieta de mis hijos, tal vez de 40 días, por ahí 20 gallinas les dimos, aunque descansando algunos días, con caldito de pajarilla, o sea, todo era apuntando a la recuperación de la persona que había perdido energía, sangre, que quedaba desgastada por el cansancio. (Entrevista 3, hombre, 48 años, 2016).

Otro punto importante a resaltar es que anteriormente importaba consumir más el caldo de la gallina, que la misma presa, por ser el líquido quien contenía la sustancia para recuperar las fuerzas a las madres: “Era la sustancia, para ellos era más nutriente la sustancia que la misma presa que le dieran: muslo, contra muslo, la pajarilla, porque el líquido lo absorbe más rápido el

cuerpo” (Entrevista 3, hombre, 48 años, 2016). Y como lo confirma esta mujer, dónde su madre le sugería el consumo de caldo de pollo ya que presentaba muchos beneficios: “Que [consumiera] caldos, sobretodo ella le insistía a uno mucho con el caldo que porque así tenía más líquido para bajar el alimento” (Entrevista 16, mujer, 62 años, 2017).

Otro alimento relevante que todas las madres consumieron durante sus dietas fue el chocolate, en la mayoría lo tomaron con canela, aunque otras madres en menor medida lo consumían solo. El beneficio de este radicaba en que era un alimento caliente, por ende hacía constantemente sudar los fríos que la madre fuera acumulando en su cuerpo: “Le llevaban el chocolate a uno a la cama chocolate caliente que eso lo hacía sudar” (Entrevista 4, mujer, 89 años, 2017). El consumo del chocolate se evidencia como lo vimos en el testimonio pasado desde la mujer más adulta, hasta la más joven.

La madre médica, referencia que también consumió mucho chocolate durante su puerperio, pero fue por motivos de costumbre ya que gustaba mucho de este alimento, más no por encontrar beneficios en la recuperación de su puerperio: “Mi algoito incluía chocolate porque me encanta y estaba haciendo mucho frío pero no por ningún otro elemento especial” (Entrevista 15, mujer, 37 años, 2017).

El chocolate, en el testimonio de las madres adultas en la mayoría de los casos, iba acompañado de parva, como panes, pan de quesos, almojábanas, sólo si contaban con buenos recursos económicos o en algunas ocasiones, si los familiares de las madres se los brindaban como regalos:

Le llevaban una taza de chocolate batido porque lo molían en la casa, era un chocolate que lo compraban en vaina, las abuelas lo aprendieron a moler, yo también lo aprendí y

un tarro de saltín lleno de pastas de chocolate para hacer el chocolate a la mamá, en la dieta...y no faltaba la parvita y el queso, el abuelo materno siempre fue muy amplio con nosotros y en los embarazos y en las dietas de mamá siempre llevaba muchas cositas buenas a la casa. (Entrevista 9, mujer, 72 años, 2016)

Se refleja que las costumbres alimenticias han cambiado un poco de generación en generación, donde las madres más adultas manifiestan que antes la comida era muy restringida, en buena cantidad pero no tenían variación de comidas, mientras que ahora, así se conserven algunas tradiciones como la gallina y el chocolate, las madres pueden comer más variado y sin tantas prohibiciones:

Pues durante la dieta pues me prohibieron todos [los alimentos] porque a mí me cuidaban era con gallina y chocolate, los alimentos a mí no me llevaban ni fríjoles ni caldos de almuerzo ni me llevaban las cosas que hacen para todos los aliviados, es que me cuidaban era con gallina y chocolate. (Entrevista 4, mujer, 89 años, 2017)

Como alimentos que benefician la etapa del puerperio de las madres se encuentran las bebidas naturales caseras, la cual hizo parte de la alimentación diaria de una de las madres mayores, dónde buscó un beneficio preventivo y curador a largo plazo:

La primera comida que le daba a la mamá, era una taza de agua de apio en la mañana, que ella decía que el agua de apio era para limpiar el estómago, para sacar los residuos que quedaban del parto, se los daba los 40 días, igual por la noche. (Entrevista 9, mujer, 72 años, 2016)

En este caso se refleja una transmisión de costumbre, puesto que esta misma madre expresa que al ella ver como su madre consumía esta bebida casera diariamente y los beneficios que

conllevaba, puso en práctica el tomar la bebida todas las mañanas durante la etapa de su propio puerperio.

A continuación, se presentarán los alimentos que eran prohibidos o que popularmente era recomendable evitar, por las complicaciones que podría traer para la salud tanto de la madre como del bebé, alimentos que las mismas madres nombran como “comidas pesadas”, con éstos alimentos se refieren a los frijoles, las lentejas, el repollo y la comida chatarra: “La madre no puede comer frijoles, solo se puede tomar la tinta porque dice que los granos le afectan el alimento” (Diario de campo, Natalia Gil, 2016). Una de las comidas que todas las madres coincidieron evitar, pero esta vez porque al consumir este alimento, le ocasionaba daño de estómago al bebé, fue el aguacate: “Pues así que yo me acuerde que mi mamá me decía que de pronto que el aguacate era muy pesado que pa’ los niños de pronto les daba cólico a los bebés, eso sí me acuerdo” (Entrevista 16, mujer, 62 años, 2017). Posteriormente, también se encontró en menor medida que las tres madres más jóvenes evitaron las gaseosas y alimentos muy fríos como el helado para evitar problemas estomacales de sus bebés: “Evité el aguacate, los frijoles, las lentejas, el repollo, las gaseosas, los helados” (Entrevista 11, mujer, 27 años, 2016). Testimonio corroborado por la madre más joven: “No consumí Coca-Cola porque le da diarrea al bebé” (Entrevista 5, mujer, 17 años, 2016).

Ahora bien, es común que las madres consuman alimentos que son coadyuvantes culturales en la producción de la leche materna, en este estudio se encontró que 9 madres recurrieron a este cuidado popular con el propósito de aumentar la producción de leche materna. En primer lugar se registra el consumo de hinojo, todas las madres coincidieron que para el consumo de este realizaban bebidas caseras, posteriormente se encuentra que también era recurrente el uso de la cebada, la malta con leche y la agua panela: “Tomaba cebada, tomaba cerveza con agua panela, y

tomaba hinojo” (Entrevista 17, mujer, 48 años, 2017). Con respecto a las comidas que las madres debían evitar popularmente dado a que se podía presentar alguna alteración en la leche materna, solo se tiene un testimonio donde la madre expresa: “Me acuerdo que el ajo, no lo dejaban comer a uno, ajo que porque isque le cambiaba el sabor a la leche, entonces eso sé que no lo comía yo durante la lactancia” (Entrevista 17, mujer, 48 años, 2017).

Con respecto a las recomendaciones y prohibiciones desde la biomedicina en el tema de la alimentación de la madre, solo se reveló un caso, específicamente de la madre médica, en donde hace referencia a las comidas que el personal médico le sugirió consumir para favorecer la producción de leche materna:

Sí, consumí mucho mucho una cosa que se llama fenuí en francés, en español es como el bulbo del hinojo, normalmente en Colombia no lo consumimos pero en Francia es muy usual que las personas consuman el bulbo del inhojo, ese bulbo se come en ensaladas, en sopas, en asados, en lo que quiera, entonces se consumía mucho eso y se comía también semillas de fenuí, de ese mismo inhojo y ya básicamente. (Entrevista 15, mujer, 37 años, 2017)

Y en cuanto a las prohibiciones biomédicas que esta misma madre tuvo también con respecto al tema de la producción de leche, fue evitar durante el puerperio el repollo, debido a que este podía cambiar el sabor de la leche materna: “Evité un poco el repollo, me parece, creo que me dijeron que amargaba un poco la leche, específicamente eso, no recuerdo más” (Entrevista 15, mujer, 37 años, 2017).

Con los relatos anteriormente expuestos, se puede observar como desde la biomedicina se empiezan a presentar casos de prohibiciones y prescripciones que hacen referencia a la vez a los

cuidados practicados popularmente en los hogares, donde estos cuidados que las madres han realizado culturalmente desde tiempos muy antiguos, empiezan a sugerirse o recomendarse desde un ámbito biomédico, presentándose así una composición mixta de cuidados en los que se involucra tanto el uso de la medicina occidental como el cuidado popular.

6.3 Entre cuidados generacionales y redes de apoyo

En el apartado que se describirá a continuación, se hará referencia en primera instancia a las redes de apoyo que las parturientas tuvieron en el periodo del puerperio, este relato se describirá generacionalmente describiéndose por períodos, donde se tiene un primer período para las mujeres mayores de 70 años, uno medio de las mujeres que oscilan entre los 45 y 55 años y un último periodo de las mujeres jóvenes. Se expondrá quienes eran las personas que anteriormente y en la actualidad se encargaban de acompañar a las parturientas durante los 40 días siguientes a dar a luz y posteriormente se hablará sobre las transmisiones de consejos generacionalmente, mostrando quien era la persona a la que las madres preferían acudir cuando necesitaban un consejo, y si esta ayuda se transmitiría a otras madres que se encuentren por la misma etapa.

Para el primer periodo, la red de apoyo de una de las mujeres mayores quien vivía en el campo consistía en una señora contratada para cuidar las dietas. Este método fue evidente tanto en este caso, como en el de su hija mayor, aunque ya está vivía en la ciudad, prefirió contratar a otra señora que le ayudara en esta etapa, pues su madre ya había fallecido y sus hermanas estaba muy pequeñas para apoyarla.

La señora era contratada por el esposo de la parturienta y su permanencia en la casa dependía de la economía que tuvieran en ese momento, por lo tanto si la familia contaba con el dinero suficiente, la señora podía quedarse los 40 días de la dieta. La señora no era una partera, sino que

se dedicaba a ser la compañía y el apoyo de la nueva madre en los quehaceres del hogar, ayudaba a cuidar a los otros hijos pero especialmente ayudaba a los cuidados diarios que requería el recién nacido, como bañarlo, cambiarlo, alimentarlo en caso de que la madre no lo amamantara y hacerlo dormir, igualmente ayudaba a la madre con su baño, con su alimentación y curaciones de enfermedades.

Las hijas mayores de esta familia aprendieron de esta señora lo que practicaba con su madre, ya sea mediante la observación participante o participación directa: “La señora sabía mucho, yo a ella le aprendí mucho, cuando ella estaba viéndole las dietas a la mama, yo aprendí mucho de ella” (Entrevista 9, mujer, 72 años, 2016). En este caso fue importante el papel que la señora cumplió con la hija mayor, la cual aprendió todos los cuidados que debía practicar viendo como la señora los aplicaba con su madre. La señora le explicaba y le mostraba los procedimientos que debía realizar; este conocimiento adquirido por esta madre fue esencial dado que su madre murió a muy temprana edad y por lo tanto al ser ella la hermana mayor, debió ayudar a criar a los hermanos menores y así mismo, debió ser ella quien ayudara a sus hermanas tiempo después a cuidar las dietas. Se refleja en este contexto el papel que cumplen las hermanas en la etapa del puerperio, donde en este caso por falta de tener una madre que las acompañara y las aconsejara, tuvieron una hermana que igualmente aprendió desde una temprana edad todos estos cuidados, prohibiciones y prescripciones que se debían de tener en esta etapa y los puso en práctica tanto en su propia dieta, como apoyando las dietas de sus familiares.

Con respecto a la otra madre que vivía en el campo, ella contó con el apoyo de una partera, pero inmediatamente daba a luz y organizaba al niño, ella partía nuevamente a su casa, por lo tanto, la red de apoyo que se evidenció para esta madre durante los 40 días venideros se basaba en los familiares que vivieran cerca de su hogar, ya que al habitar en una vereda, era común tener

familiares cercanos que los acompañara en el proceso. Si la madre tenía hijos grandes que la pudieran ayudar o que le pudieran asignar tareas también lo hacían y por último, la red de apoyo más notoria en el caso de esta madre se trataba de su esposo, estos estaban casados y vivían juntos desde su primer embarazo, por lo tanto siempre tuvo una compañía constante por parte de él y el tiempo que no invirtiera en su trabajo, lo utilizaba para brindarle un apoyo a su esposa y su recién nacido.

A continuación se refleja que la red de apoyo de siete de las madres que se encuentran en el período medio fue la madre, su principal apoyo, en todos los casos de estas mujeres entrevistadas se evidenció que ella era la encargada de acompañar las dietas de sus hijas, ella se iba a vivir aproximadamente los primeros 20 días con la parturienta para encargarse de los quehaceres del hogar y ayudar con su recuperación. En estos días la parturienta sólo se dedicaba a restablecer su salud y velar por la salud de su bebé, mientras que la abuela se ocupaba del hogar y de los otros hijos.

Posteriormente la abuela se devolvía a su hogar y la parturienta retomaba sus actividades en la casa, aunque con bastante precaución de no realizar ciertas tareas que pudieran ser perjudiciales durante esta etapa. Para cuando fuera a cumplir el día 40 de la dieta, la abuela volvía y hacía los preparativos correspondientes para cerrar este ciclo, por lo cual también la acompañaba durante este último día y le ayudaba a realizar las actividades correspondientes.

Como apoyo alternativo a su madre se tiene que solo una madre que ya habitaba en la ciudad decidió seguir con las costumbres de su madre y contratar a una señora que le ayudara durante el período del puerperio, y para el resto de mujeres eran sus hermanas mayores las encargadas de brindar compañía y ayuda a la parturienta cuando así lo requería. Por último también se refleja el

apoyo del esposo, ya que todas las mujeres entrevistadas que se encuentran en este periodo medio convivían los con papás de los recién nacidos durante la etapa del puerperio.

Con respecto al rol del hombre como red de apoyo, se evidenció dentro de los 5 entrevistados, que la madre de uno de ellos había fallecido, por lo tanto, los conocimientos que él posee se deben a la observación y participación de las dietas de sus hermanas:

Cuando llegaron los hijos yo ya había visto mucho, las hermanas mías, incluso, yo le ayudaba a la mamá a cambiarlos porque yo sabía cambiarlos y a limpiarlos y a darles un tetero, como te lo dije anteriormente, todo eso lo aprendí porque yo visitaba las hermanas mías cuando tenían los hijos pequeñitos y miraba que eran lo que hacían con ellos, entonces ya estaba yo pues, muchas cosas no, pero sí muy empapado de varias cosas.
(Entrevista 10, hombre, 58 años, 2016)

Dentro de los hombres entrevistados, dos son mayores, y se pudo notar su gran participación al ayudar a la madre durante el puerperio, hombres que cuando nacieron sus hijos, poseían un conocimiento previo sobre paternidad, sobre el puerperio, sobre alimentación e higiene del bebé y sobre cuidados populares, esto debido a que son hombres que tienen una familia extensa, dónde son aproximadamente 10 hijos y por lo tanto tienen varios sobrinos, es decir, ya vieron y aprendieron de sus hermanas o de sus propias madres, los cuidados que se deben de realizar.

Se refleja en sus entrevistas que son cuidados muy puntuales en los que ellos participan, por lo general son un apoyo para la madre en cuanto a cambiar el pañal del bebé, darle el tetero y en ocasiones hacer la comida para todos los miembros de la casa, igualmente buscando siempre un bienestar de la madre para que ella tuviera una recuperación satisfactoria:

Cuando no había quien porque la abuelita no podía, pues yo estaba pendiente, las hermanas mías también me colaboraban, de no haber nadie, pues yo era capaz de hacer una comidita, se la llevaba o un caldito de gallina...le preguntaba que quería, uno brega a que ella esté como bien y que no se mueva mucho para que termine esos 40 días como bien. (Entrevista 10, hombre, 58 años, 2016)

Es importante aclarar que estos dos hombres, son los únicos que estaban casados y vivían con sus esposas en el momento del nacimiento del hijo, por lo que sus tareas eran repartidas y el apoyo y tiempo que brindaban a su pareja era de calidad a excepción del horario laboral:

Con mis hijos yo les cambiaba y lavaba el pañal, les lavaba el popo, le ayudó mucho a mi esposa, porque los dos primeros hijos fueron muy seguidos (ahora tienen 24 y 26 años), el uno patraqueaba y el otro lloraba, ahí es donde se demuestra; somos dos, yo jugaba con el más grande y ella cuidaba al chiquito o viceversa, entonces los cuidados siempre eran de ambos, por ser nuestros hijos, no de uno sólo y creo que la única diferencia en el rol de padre y madre es el amamantarlos y el cuidarlos en el día porque yo tenía que trabajar, pero después de que yo cumplía con mi jornada laboral, ya éramos dos mamás y dos papás. (Entrevista 3, hombre, 48 años, 2016)

Por último, se encuentran las redes de apoyo de las tres mujeres más jóvenes, las cuales poseen constancias pero a la vez varios cambios que se presentaron en las generaciones pasadas. En cuanto al apoyo que persiste se encuentra que su abuela, es decir la bisabuela del recién nacido es la persona encargada de brindar este apoyo, dando cuenta que esta abuela es el centro de transmisión de consejo de toda la línea generacional, aunque se debe aclarar que fue un apoyo menos presencial pues la abuela ya se encuentra en una edad adulta y le es difícil el desplazamiento, entonces brindó un apoyo por medios telefónicos cuando era requerido, por tal

motivo se reflejó que sus hijas, ahora igualmente abuelas, con todos los conocimientos que habían adquirido por ella, se los transmitían a su descendencia y lo ponían en práctica.

Aquí entra a jugar el apoyo de las madres, en dónde claramente tienen un papel relevante pues la mayoría de las nuevas madres son primíparas y no tienen experiencia en este asunto de la maternidad, dónde empiezan a descubrir nuevos quehaceres, dónde no saben que deben o no deben de realizar, que es bueno o no para ellas y los bebés y dónde siempre van a necesitar un apoyo de una persona mayor que ya haya tenido experiencia. Dado que la abuela no podía estar apoyándolas en ese proceso, pasa a ocupar ese papel la madre, dónde seguramente pone en práctica todos los conocimientos que la abuela le transmitió y todo lo que ella practicó, buscando así que su hija y nieto tengan igualmente un puerperio saludable. Por tal razón, la madre entra a jugar un papel indispensable en el proceso de esta etapa, dónde refleja compañía y apoyo, dónde es la encargada de transmitir conocimientos y dónde busca que su hija y su nieto tengan una recuperación satisfactoria, tanto la abuela como la madre son ese puente para transitar por el puerperio buscando una recuperación de su salud y el bienestar del bebé.

Los cambios que para este último período de las madres más jóvenes se presentaron, los relata la madre médica, en dónde ella opina que dado a su profesión, no utilizó mucho los consejos ni las sugerencias brindadas por la abuela y que igualmente practicó su madre, no tuvo apoyo de ellas dado que en primera instancia no se encontraba en el país y a demás anexa que prefiere leer y capacitarse científicamente sobre el que hacer frente a una situación que ella desconozca, por tal motivo, fue la persona que menos cuidados populares realizó y que menos recomendaciones y apoyo por parte de sus antecesoras tuvo; Algo a resaltar es que esta, es la única dentro del grupo de las jóvenes que para el momento del puerperio convivía con su esposo, el cual igualmente es médico y que brindó su apoyo igualmente bajo sus conocimientos académicos.

En cuanto al apoyo brindado por los otros tres padres restantes entrevistados, en primera instancia cabe resaltar que ninguno en la actualidad convive con la madre del bebé, por lo tanto el apoyo que les puedan brindar es parcializado, además solo se encargan del bebé mientras están de visita. Los padres de esta edad expresaron no tener ningún conocimiento de los cuidados que debían de tener la madre y el recién nacido, todos estos hombres manifestaron que fueron involucrándose con este rol de padre a medida que pasaba el tiempo:

Pues la verdad no, en su momento no, ya en el transcurso del puerperio fue que me fui familiarizando con esos remedios caseros, todo lo que se le puede hacer a un bebé para que no se enferme igual que a la madre, o para que también le baje la leche, que es algo también muy importante. (Entrevista 6, hombre, 26 años, 2016)

El apoyo que estos hombres le brindaban a sus parejas mientras las visitaban era básicamente cambiar los pañales de los bebés y evitar el sereno, por lo tanto se refleja que el rol de ellos era más de acompañamiento que de ayuda por su falta de conocimientos de que hacer en esta etapa: “Mi papel era cuidar al niño, que no se serenara, cobijar bien al niño, no salir hasta muy tarde de la noche y ya, ese era el conocimiento que tenía” (Entrevista 7, hombre, 24 años, 2016).

Esta ayuda que los padres brindaban era incitado en la mayoría de los casos por las mujeres, dónde eran ellas quienes les pedían ayuda con alguna actividad, y les brindaban explicación del cómo hacerlo en caso de que el padre no supiera:

Aprendí lo que se le podía dar y lo que no, más o menos cuando se le podía dar el tetero, el cómo preparárselo, también la limpieza, el lavarse bien las manos antes de cargarlo, el no serenarlo...y ya de resto lo que ella me dijera. (Entrevista 8, hombre, 16 años, 2016)

Así sea evidente que la mayoría de los hombres no tienen un rol claro en cuanto a los cuidados durante el puerperio del binomio madre-hijo y dónde su apoyo sea más de compañía, todos los padres encuestados estuvieron de acuerdo en la importancia del hombre conocer sobre los cuidados populares que se puedan realizar durante el puerperio y que este saber no deba ser poseído específicamente por las mujeres:

Demasiado importante, porque hoy en día muchas mujeres no saben cuidar los bebés, se dedican a otras cosas y más que todo a los hombres nos toca saber y porque muchas veces nos toca quedarnos con los niños solos y para no estar llamando cada momento a pedir consejos, o como se hace, por eso uno también debe saber todo. (Entrevista 6, hombre, 26 años, 2016)

Se evidencia por lo tanto que el cuidado del puerperio tiene como red de apoyo varios miembros de la familia de la parturienta, teniendo en primera instancia el apoyo de su madre y consecutivamente el apoyo de su esposo.

Para finalizar, en cuanto al tema de transmisión de consejo, al consultar con las madres entrevistadas si transmitirían estos consejos que recibieron en el puerperio o si las actividades que realizaron las compartirían con unas futuras madres o si consideran que los cuidados que se realizaron para mantener su salud y la de sus recién nacidos le servirían a otras parturientas, se arrojó la siguiente información: Las madres más jóvenes expresaron en general que sí compartirían este conocimiento y estas prácticas que realizaron, ya que los cuidados que tuvieron les sirvieron para pasar una dieta saludable y esta información probablemente sea de utilidad a otras madres: “Sí, porque si de pronto a mí me sirvieron, puede que a otras personas también les sirva” (Entrevista 2, mujer, 21 años, 2016).

En cuanto a las madres del periodo medio, se encontró que aunque ellas si transmitirían estos consejos a sus descendientes o a otras madres que así lo requieran, no están de acuerdo con que los cuidados sean tan extremistas que existan tantas prohibiciones o evitar tantas actividades para recuperarse de un puerperio, pues ven con sus hijas o sobrinas que hoy son madres, que sin practicar todos los cuidados tal como ellas lo hicieron tienen un puerperio saludable:

Pues pero igual no todos porque ahora ya todas las cosas han cambiado, yo me acuerdo que no lo dejaban a uno isque serenar, que el día de la dieta que uno cumplía lo encerraban a uno en una pieza y no podía salir y le daban un montón de cosas calientes, yo creo que todas esas son bobadas. (Entrevista 17, mujer, 48 años, 2017)

Tanto en el tema de trasmisión de consejo como red de apoyo, dado que en este estudio las madres entrevistadas en su mayoría son descendiente de la misma mujer, se evidenció la relevancia que esta abuela tuvo en el tema de cuidados populares en el puerperio, dónde se refleja que es la poseedora de los conocimientos ancestrales y dónde todas las madres y las nietas que ya tiene hijos, son las receptoras de estos conocimientos y ponen en práctica sus consejos.

Las madres y las nietas reflejan que creen firmemente en el conocimiento de la abuela, siempre la buscan para sus recomendaciones cuando no saben qué hacer, cuando tienen duda o cuando se sienten enfermas ellas o el bebé, o también cuando buscan prevenir o curar. La abuela sobresalía en las respuestas al momento de preguntar cuál era la persona a la que ellas preferían acudir cuando necesitaban un consejo o necesitaban apoyo, incluso en el caso de las nietas por encima de sus madres, acudían en primera instancia a la abuela.

Aunque existen algunas variaciones, dónde probablemente los cuidados en la actualidad no son tan rígidos y no se cumplen a cabalidad, como si se hacía en épocas pasadas, las mayorías de

los cuidados que la abuela expresó realizar durante este período, fueron igualmente realizados por sus hijas y por sus nietas, especialmente con respecto a temas como: Cuidado del sereno, la alimentación con el pollo, el consumir alimentos calientes, el no bañar al niño con jabón los primeros días, el asolear al recién nacido, el consumo de bebidas caseras tanto para el bebé como para la madre, la curar de enfermedades, las dolencias o molestias de la madre, métodos para la cura del hipo o del pujo, las actividades a realizar el día 40 y las prohibiciones y recomendaciones en general durante este período. Fueron actividades realizadas por la abuela que tuvieron un reflejo en sus hijas y nietas. Sólo se evidenció una actividad en particular en la que se invirtieron los papeles, se trata de

Por lo tanto se infiere que el tema del puerperio es un asunto que incluye especialmente a las mujeres, para este caso se observa que se presenta una transmisión de consejos de generación en generación, donde la abuela es la poseedora del conocimiento y este se aplica en las generaciones más jóvenes, siendo un asunto donde el conocimiento femenino, encabezado por la abuela tiene un papel relevante y primordial para buscar el restablecimiento y preservación de la salud de la madre y el hijo.

6.4 Cerrando el puerperio: día 40

El día 40, es considerado el día más importante de la dieta, por ser el último día, momento en el cual todos los fríos y enfermedades que se adquirieron en el puerperio deben ser curados para que así las madres puedan retomar sus labores cotidianas como las vivían antes del parto.

Es primordial que este día se hagan ciertas actividades establecidas para sacar todos los males que el cuerpo haya acogido durante estos 40 días, pues por creencia se tiene, que una enfermedad que se adquiere en la dieta y no se logra sanar antes de los 40 días, se queda en el

cuerpo de la madre: “Las mamás le decían a uno que los males que uno coge en la dieta que ya son males para toda la vida, que únicamente se sacan cuando uno tiene otro embarazo, en otro parto o en otra dieta” (Entrevista 1, mujer, 54 años, 2016). Y así mismo, esta información es asentada por un hombre, a quien su madre le enseñó estas prácticas para que el ayudara con el cuidado de sus hijos: “Había una tradición, es que si usted termina una dieta enferma, no se vuelve a aliviar, si usted en su dieta ha venido con dolores de cabeza y ese día todavía lo tiene, va a seguir con dolores de cabeza” (Entrevista 3, hombre, 48 años, 2016).

Las actividades que se suelen practicar este día han tenido cambios y transformaciones con el pasar de los años, pero también se evidencian ciertas costumbres que aún permanecen y que se practican como lo hacían las madres hace 70 años. A continuación se hablarán de cuáles son estos rituales que se deben realizar este día para cumplir un puerperio saludable, y cuáles son los cambios que las nuevas generaciones han implementado.

Este día empieza con el baño de la madre, el cual todas las mujeres, tanto mayores como jóvenes manifestaron que haberse realizado con agua caliente y jabón, en la jornada de la mañana, a excepción de una madre quien manifestó que le sugirieron no bañarse pero aun así ella lo hizo.

Posteriormente, con respecto a la alimentación de la madre este se basaba en dos menús básicos: uno consistía en comer parva y chocolate y el otro en comer pollo, ambas comidas muy calientes, siempre buscando sacar los fríos que el cuerpo tuviera. Tanto la parva como el chocolate se consumía en el desayuno y en la noche, este consumo del chocolate en la noche traía consigo un ritual especial, puesto que la madre debía meterse bajo las cobijas, y le pasaban el chocolate acabado de hervir, ella recibía aproximadamente 10 minutos este vapor y a continuación agregaba la parva y se lo consumía dentro de las cobijas de modo que pudiera sudar

mucho: “Con el chocolate caliente, debajo de la cobija para sudar y botar todos los vientos que uno haya cogido” (Entrevista 9, mujer, 72 años, 2016).



*Foto 5. Madre tomando chocolate bajo las cobijas
Fuente: archivo fotográfico Natalia Gil 2016*

Con respecto al pollo, se mostró que aunque esta comida tenía mucha importancia consumirla en todo el puerperio, en el día 40 era indispensable hacerlo, por brindarle a la madre la fuerza que necesitaba para continuar con sus quehaceres después de la dieta. Con respecto a las variaciones que se presentan en las madres jóvenes con respecto al tema de la alimentación se trata principalmente del consumo de este alimento, donde se puede notar que en épocas pasadas el pollo era servido en caldo, donde consumir este líquido era primordial para recobrar las fuerzas perdidas: “El esposo fue a la plaza y me trajo pues la gallina que no puede faltar que para que todo el día tome caldo” (Entrevistas 12, mujer, 60 años, 2016). Mientras que en la actualidad las mujeres también consumen pollo pero con la variante de que ya no es en caldo, sino en presa acompañada de arroz, carne y huevo, alimentos que en épocas anteriores no se consumían porque la dieta se basaba en caldo de pollo en todas las comidas:

Bueno al desayuno fue arepa con huevo con chocolate, al almuerzo arroz, gallina, carne, ensalada, tajadas de maduro y jugo, al algo me dieron chocolate con quesito, la comida también gallina, arroz, carne, tajadas, ensalada y ya por la noche muy de noche me dieron otro chocolate debajo de las cobijas. (Entrevista 11, mujer, 27 años, 2017)

Sólo en un caso salió a relucir un alimento diferente que tenía el mismo propósito de los anteriores: Sacar los fríos, este sería realizado por la suegra de la madre menor entrevistada pero ella ante la explicación en qué consistía este caldo, decidió no tomarlo. Era un chocolate de ojo y su preparación era la siguiente:

Se pone a cocinar mucho tiempo el ojo y el hueso de la cara de cerdo hasta que saque toda la grasa, luego se saca el hueso y se deja cocinando el ojo solo con toda la grasa, luego se saca el ojo el cuál si la madre dese se lo puede comer, luego en el agua con la grasa se incorpora canela y chocolate en pasta y se toma el chocolate muy caliente.

(Diario de campo, Natalia Gil, 2016).

Como lo importante del día 40 es sacar los fríos como se dijo anteriormente, se evidenciaron 3 actividades principales: La primera sudar bajo las cobijas, actividad que se refleja fue practicada en todas las épocas y por todas las generaciones, el segundo consistía en no salir de la casa, acción que si generó cambios notorios entre las generaciones pasadas con respecto a las jóvenes, dónde se evidencia que anteriormente este encierro consistía en no salir de su cuarto en todo el día 40, excepto para dirigirse al baño, el resto de actividades la mujer debía hacerlas en su pieza: “No es que no pudiera salir de la casa, no podía salir de una pieza, mi mamá me hizo encerrar en una pieza todo el día” (Entrevista 17, mujer, 48 años, 2017). Siempre evitando que el sol en el día y el sereno de la noche tuvieran contacto con su cuerpo. Actualmente se evidencia la

importancia de resguardarse de estos climas pero ya no con cuidados tan rígidos, donde es recomendable que la parturienta no salga de su casa, pero sí puede salir de su cuarto.

La última modalidad, pero más importante aún para sacar los fríos consistía en realizar un sahumero, este se practicaba alrededor de las 7 de la noche y por lo general se hacía en el cuarto de la madre, al recién nacido lo trasladaban de habitación. El sahumero consistía en mezclar en una olla ramas medicinales como incienso, mirra, bengui, alucema, palo santo y eucalipto, algunas madres compraban el sahumero con esas plantas ya empacadas, mientras otras madres prefieren adquirirlas en la plaza para que las plantas estén frescas.



Foto 6. Sahumerio empacado
Fuente: archivo fotográfico Natalia Gil 2016

El proceso a seguir es prender el sahumero y ponerlo en el cuarto de la madre, ella debe ponerse una pijama preferiblemente una batola, sin ropa interior y a continuación debe pararse encima de la olla la cual se encuentra expulsando el vapor que genera la quema, la madre recibe este humo y con su respiración permite que entre a su cuerpo, mientras suda los fríos y los expulsa, así debe estar parada aproximadamente 20 minutos preferiblemente hasta que el sahumero se haya terminado.



*Foto 7. Madre recibiendo el sahumero
Fuente: archivo fotográfico Natalia Gil 2016*

La única transformación en cuanto al ritual del sahumerio que una madre joven presentó se debió a que ella sufría de asfixia y por lo tanto se realizó una vaporización: “Compramos unas especies de ramas en las que venía eucalipto, sauco, y otros estilos de hierba, para hacerme una vaporización porque como soy asmática era mejor, el sahumerio de pronto me afectaba las vías respiratorias” (Entrevista 11, mujer, 27 años, 2017). El proceso que realizó esta madre consistía en poner a cocinar en agua las plantas, se metió dentro de las cobijas con esta olla para recibir todo el vapor y por un pequeño lapso de tiempo metió a la bebé para que también recibiera el vapor, posteriormente cuando el agua estuviera fría, tanto la mamá con su hija se bañaron con esta agua.



Foto 8. Vaporización

Fuente: archivo fotográfico Natalia Gil 2016

Antes de acabarse el sahumerio, el recién nacido es pasado por este humo de una manera rápida, pues se dice que él también debe eliminar todos los fríos que adquirió en la dieta de su madre, sea por serenarse o por transmisión de su madre, pero debe ser una pasada veloz, pues fácilmente se puede asfixiar, al finalizar el sahumerio, la madre debe cambiarse la pijama, ya que en la batola quedan atrapados los fríos por eso es importante que al dormir tenga una pijama

diferente. Para finalizar este día, inmediatamente acabe el sahumerio, la madre debe acostarse a dormir

En cuanto a la dormida de ese día 40, sólo una mujer manifestó no haber dormido en la misma cama con el bebé por prevención, pues consideraba que si dormía con él podía transmitirle todos los fríos que esa noche su cuerpo con ayuda del sahumerio y la comida caliente hubiera liberado, y que el recién nacido los podía atrapar. El resto de las mujeres sí durmieron junto a sus bebés y las que no lo hicieron fue porque el niño tenía su propia cuna y en ella dormían.

Es relevante mencionar que en este estudio se presentó un caso atípico, presentado por parte de la madre médica, pues fue la única persona que no realizó ninguna actividad especial el día 40, manifiesta no haberse quitado los fríos, no haber realizado el sahumerio y no haber comido nada especial, excepto una torta como símbolo de celebración de la culminación de esta etapa, lo que nos manifiesta que independiente de las costumbres familiares y culturales, ella decidió no realizar muchas actividades que su madre y su abuela comúnmente hacían durante este período, probablemente siguiendo sus conocimientos biomédicos y dejando a un lado los cuidados populares.

Por último se tiene que las redes de apoyo que tuvieron las parturientas mayores para el día 40 se basa principalmente en la señora que contrataban para cuidarles las dietas, ya que esta se quedaba hasta el último día que la madre cumplía el cierre de este período, igualmente su madre era una persona que siempre la acompañaba durante esta cierre de etapa brindándole su apoyo y conocimientos convirtiéndose en el canal de transmisión de consejos de una generación a otra immortalizando así costumbres ancestrales de cuidados en el puerperio, y por último se registró el apoyo de su esposo, ya que convivían juntos, él le podía ayudar con los quehaceres del hogar con mayor facilidad.

Es importante mencionar que todas las actividades practicadas en el día 40 se evidencia que fueron cuidados populares, es decir, costumbres culturales que las mujeres transfirieron a su descendencia, aquí no hay ningún cuidado biomédico que se ponga en práctica o recomendación por parte del sistema de salud para practicar durante este día en especial, concluyendo así que desde el modelo médico hegemónico no hay ninguna actividad que se deba realizar durante este día para cerrar este periodo, siendo todos los cuidados practicados desde un ámbito popular.

7. Discusión

El análisis del estudio *prácticas populares de cuidado al recién nacido y a la madre durante el puerperio* se realizó basado en las experiencias de vida de madres de una misma familia, donde participan al menos tres generaciones, en esta investigación es evidente la transmisión de conocimientos de una generación a otra de forma oral. Estos cuidados se basan en prácticas biomédicas y tradicionales de acuerdo a la cultura y creencia de cada individuo, por lo tanto también están en continua transformación.

La información recolectada en este estudio pudo ser enfática dado que la entrevistadora es miembro de esta familia, lo cual le permite tener un acceso más cercano a los acontecimientos y actividades realizadas por las madres, igualmente en el momento de realizar las entrevistas, los interlocutores se expresaron libremente dando detalles a fondo del tema a investigar, pudiendo así recolectar información minuciosa que facilitara la investigación.

7.1 Conocimientos transmitidos de generación en generación: Cambios y permanencias

Gracias a los avances tecnológicos y a la expansión geográfica, los servicios de salud se volvieron más accesibles para la población, generando esto un cambio en la modalidad de parto, en este estudio las mujeres mayores tuvieron su alumbramiento en el campo mientras que las madres más jóvenes dieron a luz en la ciudad, cambios que también lo demuestran los siguientes autores, donde relatan que “en las sociedades occidentales a partir de mediados del siglo pasado, el embarazo, parto y puerperio dejan de ser atendidos por mujeres, parteras y comadronas sin formación médica, fuera del ámbito sanitario, para pasar a ser en el hospital” (García y Díaz, 2010, p. 332). Estos cambios geográficos, y la generación de posibilidades que el acceso a la ciudad conlleva, trae consigo un abanico de posibilidades de cuidado al recién nacido y a la

madre, por lo tanto, se presentan permanencias en las costumbres de los cuidados que generaciones atrás se practicaban, pero también dado a los avances académicos, a los cambios de creencias, o a los aciertos medicinales se presentan transformaciones en la manera en cómo se practican estos cuidados.

En este estudio que muchos de los **cuidados aún permanecen vigentes** y son aplicados por las madres entrevistadas, como lo es el tema de la oposición entre frío/calor el cual es un asunto que tanto las madres más adultas como las madres más jóvenes lo referencian; este es un hecho que tiene su origen en las poblaciones prehispánicas, pero que aún hoy se mantiene, en algunos casos de una manera sutil, para diferentes momentos y procesos del ciclo como lo explica la siguiente autora:

La creencia en lo frío y lo caliente es derivada de la cosmovisión prehispánica, es decir, que la dualidad era la forma en que entendían, clasificaban y ordenaban al mundo. Se creía que el cosmos estaba dividido por un plano horizontal que separaba al gran padre, el Cielo y el Sol, ubicado en los estratos de arriba, de la gran madre, la Tierra, ubicada en los estratos de abajo (dualidad arriba/abajo). El primero abarcaba todo lo caliente y el segundo (que incluía las lluvias y los aires) era concebido como frío. (Coria López, 2009, p.14)

De acuerdo con la búsqueda del equilibrio calor-frío en primera instancia se tiene el tema de la alimentación, las madres consideran que deben ingerir bebidas calientes, pues como ellas se alimenten tiene relación directa con la salud del recién nacido y si ingieren bebidas frías, el niño es propenso a sufrir de gases, resfriado y gripa, mientras que los alimentos calientes reponen la salud y vitalidad de sus cuerpos. El alimento caliente más recurrente en su dieta era el consumo de gallina y el chocolate, como también lo relatan en este estudio: “uno de los alimentos

apreciados por las madres para el cuidado de la dieta, es la gallina, porque les permite recuperar las fuerzas perdidas durante el embarazo y el parto y hace que la leche sea de mejor calidad” (Acosta et al. 1997, p. 47).

Pero no solamente se evidenció la importancia de mantener el equilibrio entre frío/calor con respecto al tema de alimentación, fue el baño del bebé un tema importante en dónde se hace relevancia a no dejar entrar el frío al cuerpo del recién nacido por orificios como los oídos, ojos, ombligo y fontanela, logrando mantener el equilibrio frío-calor a fin de conservar así la armonía en el organismo; así mismo, Cardozo y Bernal (2009) referencian la importancia de evitar que el frío se le entre al cuerpo al bebé: “el evitar estar en contacto con fenómenos naturales como el sereno y la lluvia constituye otra práctica de cuidado para no presentar complicaciones” (p.85).

En el caso del día 40 igualmente se mantiene la relación entre frío/calor, especialmente relacionado con la alimentación en cuanto a los rituales llevados a cabo especialmente con el consumo del chocolate bajo las cobijas para sudar los fríos recogidos en el puerperio, como se evidencia en este estudio que manifiesta realizar las mismas actividades encontradas en esta investigación:

El parto es concebido como un fenómeno frío, por tanto, lo más recomendado durante la dieta es el chocolate caliente, lo toman para sudar y sacar todo el frío recogido durante el nacimiento del bebé; este alimento hace parte de la alimentación diaria durante los 40 días que en promedio dura el puerperio; además, tiene un significado especial en el último día. (Parada, 2005, p.48)

En cuanto clima que las parturientas deben recibir este día también está condicionada por esta dualidad, dónde el ritual principal que se debe realizar este día consiste en la quema y

recibimiento de humo del sahumero, destinado a incorporar este calor en el cuerpo de la madre y mediante el sudor sacar los fríos recogidos para retomar una vida saludable, sin complicaciones. El día 40 es el momento donde se evidencian las creencias más tradicionales en cuanto a devolver el equilibrio incorporando calores al cuerpo y sacando los fríos que lleva dentro, resultados similares encontró Acosta (1997) en su estudio dónde da relevancia a los cuidados del día 40:

Se encontró que el último día tiene un significado muy especial; pues se reserva para dedicarlo con mayor intensidad a su cuidado, lo que les permite conservar la salud y regresar a las actividades de la vida cotidiana. Se identificaron en los relatos diferentes prácticas como encerrarse en la habitación para no recibir aire ni sereno, tomar alimentos y bebidas especiales, reposo, baños especiales y los sahumeros. (p.48)

Con respecto a los cuidados que se tienen con el bebé que siguen vigentes, se manifiesta que en todas las temporalidades es prioridad tener con buena salud al recién nacido, incluso por encima de la rehabilitación de la madre, realizando actividades básicas como abrigarlo, bañarlo, alimentarlo entre otras, en especial se evidencian dos costumbres básicas que están vigentes y se utilizan para buscar el bienestar y prevenir la enfermedad del recién nacido: en primer lugar se encuentra el uso de plantas medicinales para dolencias o molestias, en este estudio se suministraron a los bebés varios tipos de bebidas como anís estrellado, manzana criolla, cilantro, ciruela pasa, entre otras, todas en pequeñas cantidades usadas especialmente buscando la mejora del sueño y la curación de enfermedades respiratorias y digestivas, así mismo los siguientes autores, tuvieron como resultado el uso de plantas medicinales como medio curativo de enfermedades:

La explicación del uso terapéutico de las plantas en la medicina popular, se basa en los principios del pensamiento mágico, En esta investigación, se observó en las creencias el empleo de las plantas, como parte del cuidado en la etapa del puerperio, se encontró el uso de las plantas para aliviar los males o dolencias durante éste período. (Acosta et al. 1997, p.47)

En segunda instancia se encuentra proteger al bebé de enfermedades culturales, puesto que estas enfermedades no están adscritas al sistema biomédico, la atención y terapia de éstas giran en torno a las prácticas culturales, tal como lo describe el siguiente autor: “los síndromes culturalmente específicos se definen como enfermedades que no pueden ser comprendidas desligadas de su contexto cultural o subcultural, por lo cual su etiología condensa y simboliza campos de significación y normas de comportamiento centrales de la sociedad” (Greifeld, 2004, p.363). Al respecto, en el caso del hipo la terapéutica presentada se basa en ponerle una lana en la frente; en el caso del pujo evitando que las mujeres con el período menstrual carguen los niños; el mal de aire no dejando que una persona serenada levante el bebé y el mal de ojo, poniéndole una manilla protectora en el brazo al recién nacido. Aunque no es muy recurrente las apariciones documentadas de las enfermedades culturales, se encuentran estudios relevantes sobre el mal de ojo, en dónde se evidencia la expansión que esta enfermedad tiene por todo el mundo, como lo manifiesta Erkoreka (2005):

El mal de ojo es conocido desde la antigüedad y se halla extendida por casi todo el mundo, presentando unas características similares en todas las culturas[...] es la creencia supersticiosa que mayor difusión ha alcanzado en todo el mundo apareciendo en un amplio abanico de países que comprenden Europa, una gran parte de Asia, el norte y centro de África y amplias regiones de América y Oceanía, siendo su presentación

idéntica en todos los países, presentando unas características similares en cuanto a la etiología, prevención y los tratamientos que se le aplica. (p.391)

Los cuidados realizados por las madres de este estudio demuestran que muchas de las prácticas tradicionales siguen vigentes, que las mujeres siguen practicando rituales que realizaban sus madres y abuelas, siempre en busca de una recuperación y mantenimiento de la salud, propósito que también se ve reflejado en la investigación titulada “Prácticas de cuidado en la puérpera egresada del hospital San Vicente E.S.E. durante el período de julio a octubre de 2004” la cual expone resultados similares a los encontrados en esta investigación:

Las prácticas de cuidado de las puérperas, tienen un componente de creencias y ritos que han sido utilizados por estas para mantener su salud en el periodo posparto, evitando de esa manera complicaciones que puedan aparecer en la vejez, estas han sido transmitidas a través de generaciones por el grupo familiar, especialmente por las mujeres de la familia. (Parada, 2005, p.40)

El acompañamiento que presentaba la parturienta durante los 40 días del puerperio se basaba en gran medida en su madre, quien fue la encargada de cuidar y apoyar tanto a la nueva madre como al recién nacido y brindaba los conocimientos que poseía para obtener una recuperación satisfactoria, “Las madres sienten que nadie mejor que sus propias madres para encargarse del cuidado de sus hijos, la confianza es completa, la ayuda de las abuelas se puede interpretar como una manifestación de la solidaridad entre generaciones femeninas” (Partidas, 2007, p.71).

Las abuelas tienen un papel relevante en esta etapa de la vida, ya que son las personas que tiene el conocimiento del quehacer y es la encargada de transmitir estos consejos a futuras parturientas. Tanto en este estudio como en las investigaciones referenciadas se hace notorio

como los conocimientos se transmiten de una generación a otra por las mujeres de la familia conservándose tradiciones que vienen de los antepasados, como lo expresan los siguientes autores:

El puerperio o la "dieta" es uno de los periodos más importantes en la vida de muchas de las mujeres, que se han visto influenciado desde siempre por variadas formas de cuidado orientadas por conocimientos empíricos transmitidos de generación en generación.[...]

los estudios demuestran cómo las mujeres en esta etapa de su vida tienen sus propias formas de cuidarse y en ello desempeñan una función importante el apoyo de la familia, en especial el de otras mujeres quienes inculcan a la puérpera sus saberes basados en la experiencia del cuidado durante el posparto, etapa que se considera trascendental en su ciclo de vida y por lo cual merece toda la atención. (Cardozo et al.2009, p.83)

Sin embargo, en esta investigación hubo una variación con respecto a la mayoría de los estudios referenciados dónde ese apoyo a la parturienta se basaba en sus madres y abuelas. Esta investigación demostró que aunque las parturientas más jóvenes si tuvieron la compañía de estas dos figuras principales, también se manifestó la presencia de otras figuras femeninas que igualmente colaboraron en brindar apoyo y aconsejar a la madre, como son primas, amigas o vecinas, por lo tanto se puede demostrar este estudio la presencia de los diferentes figuras femeninas de poyo que una madre puede tener en esta etapa y la importancia que éstas representan, situación que refleja la siguiente autora donde manifiesta la presencia de otras mujeres a parte de la madre y abuela en este período:

La mujer puérpera generalmente cuenta con sus familiares y amigas quienes les ofrecen conocimientos en cuidados respecto a su puerperio, es cuidada casi en la totalidad de su dieta por la madre, abuela o amigas. [...] en el puerperio, la mujer se afianza en las

enseñanzas recibidas por sus amigas y familiares, quienes en la mayoría de los casos aconsejan cuidados bajo la influencia empírica de creencias populares. (Parada, 2005, p.56)

Sin embargo, por la cultura estar en constante cambio, las personas tener acceso con mayor facilidad a nuevas tecnologías, adquirir otro tipos de conocimientos y tener más libertad de sus acciones, se presentan otras opciones de cuidado que las puérperas tienen consigo y con sus recién nacidos, modificadas según las influencias del contexto, y los cambios sociales. Es por esto que no todas las costumbres practicadas durante el puerperio permanecen intactas en el tiempo y hay algunos **cuidados que se transforman**; al igual que en otros estudios, en esta investigación también se evidenciaron esos cambios.

Uno de estos se refiere al inicio de actividades sexuales a temprana edad, como lo demuestra este estudio:

Como consecuencia de los grandes cambios que se han presentado en el mundo en los últimos tiempos, las adolescentes están comenzando las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas. De acuerdo con un estudio realizado en Colombia, los jóvenes inician su vida sexual, en promedio, a los 13,4 años, y las mujeres a los 14,8 años. Estas tienen su primer hijo alrededor de los 16,2 años. (Argote, et al.2009, p.19)

En este estudio la interlocutora más joven tenía 16 años, esta madre no poseía ningún conocimiento sobre las actividades que debía realizar durante esta etapa, por lo tanto acudió a su familia como apoyo. El padre del bebé al ser igual de joven que ella, no convivía en el mismo hogar con ellos, lo que conllevaba a que él fuera a visitarlos paulatinamente y no tuviera su presencia constante, situación que no se presentaba en épocas pasadas, ya que así una madre

pudiera quedar en embarazo joven, esto implicaba una unión con su pareja, dónde ambos fueran partícipes del cuidado y crianza del recién nacido viviendo en el mismo hogar.

Esta situación hace que el rol del padre en la actualidad sea disímil comparado con épocas pasadas, en este estudio se evidenció que los padres mayores tenían una intervención directa con la crianza de sus hijos, esto dado a que convivían con sus esposas y por lo tanto tenía su apoyo permanente. Todos los padres mayores entrevistados tenían algún conocimiento básico del que hacer en la etapa del puerperio, esta situación se da ya que ellos fueron criados en el campo, donde las costumbres eran más arraigadas y se practicaban a cabalidad, ellos observaban y ayudaban a sus madres y hermanas con estos cuidados y así en el momento de ellos ser padres, ya tenían conocimientos previos sobre esto. Sin embargo, estos hombres se muestran menos sensibles a procurar una recuperación de la madre, donde se evidencia que ellos buscaban pronto después de la mujer dar a luz, satisfacer sus deseos sexuales, situación que no se registra con los padres más jóvenes, los cuales esperaron que su pareja se recuperara totalmente para reactivar su vida sexual.

Aunque el tema del rol del hombre durante el puerperio no ha sido muy estudiado y por lo tanto no se tiene muchas referencias bibliográficas, García y Díaz (2010) hacen referencia a la importancia de empezar a incluir al hombre en los estudios sobre embarazo, parto y puerperio, dejando de lado la centralización en la mujer:

Como hecho social, el proceso reproductivo, suele ser compartido por la mujer con sus redes de apoyo, desde lo afectivo hasta lo económico, por lo que el control del proceso no debe ser exclusivo de la gestante, sino incluir el criterio de la familia y en especial la pareja. De modo que el protagonismo que sugiere el concepto de humanización del parto, debe ser extendido al padre. (p.5)

Otro aspecto que se transforma en el puerperio son las decisiones que en la actualidad cada madre puede tomar con más libertad de que hacer, que consejo seguir, que actividades realizar o que terapéutica usar para la recuperación y búsqueda de la salud. En este estudio se presentó un caso emergente debido a la toma de decisiones, donde una interlocutora, que tiene por profesión la medicina, resolvió no realizar las prácticas tradicionales que si realizaron sus antecesoras, lo que demuestra su posición frente a la aplicación de los saberes culturales, los cuales no son estáticos, se mezclan y enriquecen sectorialmente hasta que la persona decide que itinerarios terapéuticos utilizar para curar o prevenir sus enfermedades.

Este caso da paso a pensar que en el tema de la maternidad hay una tensión entre las tradiciones familiares y los conocimientos de la biomedicina, esto principalmente por el cambio en las condiciones de vida, en aspectos como el nivel educativo o la migración del campo a la ciudad. Toda creencia se desarrolla, transmite y se preserva a través de la experiencia del grupo social que la práctica, las que se relacionan con la salud y con la enfermedad están bien adaptadas en el entorno cultural; los cuidados de la salud cuya base es el modelo biomédico genera conflictos mientras se constituyen al legado cultural del grupo. Hay costumbres y creencias que se consideran equivocadas desde la perspectiva del modelo médico hegemónico, aunque sean lógicas y útiles en la vida de las personas que las sustentan (Rodríguez et al. 2012).

Dado que con el pasar de los años es mucho más factible para las personas el acceso a la salud, y que cada vez la población hace mayor uso de sus servicios, se requiere el fortalecimiento de estrategias que favorezcan el diálogo entre personal de salud y paciente para lograr así la existencia de una yuxtaposición entre las dos medicinas, donde se garantice la buena salud de la madre y el recién nacido respetando sus tradiciones creencias y cultura.

7.2 Acceso a los servicios de salud

El acceso a la salud que generó la expansión geográfica, trajo consigo atención oportuna y especializada durante la gestación, el parto y el puerperio y rápidas respuestas a complicaciones neonatales, reduciendo así las cifras de morbilidad del binomio madre-hijo. Las investigaciones han demostrado que con la calidad de los servicios de salud existentes en la ciudad, y si se invierte en incrementar los conocimientos de los profesionales se puede lograr un resultado favorecedor con respecto a la supervivencia de la madre e hijo. (Ministerio de la Protección Social versión 2.0, s.f).

Sin embargo, aunque el acceso a los servicios de salud sean cada vez más factibles, en este estudio se evidencia la preferencia de las madres por curar y prevenir sus enfermedades durante el puerperio en sus hogares, utilizando remedios caseros y siguiendo consejos de su grupo familiar, en donde se acude al sector biomédico siempre y cuando la enfermedad no sea controlable en casa y ponga en riesgo la salud del recién nacido o de la madre.

Las creencias hacen parte de las prácticas de crianza que las madres han aprendido de sus familias y de su contexto cultural. Es fundamental por consiguiente, el reconocimiento de dichas creencias por parte del personal de salud que cuida al bebé y le enseña a la madre su cuidado, respetando las que se pueden conservar y enseñando a modificar otras para beneficio del bebé. (Aguilar, Prada, Restrepo, 2015, p.51)

No obstante, durante la atención obstétrica hospitalaria, algunas mujeres son sometidas a una amplia gama de maltratos psicológicos que violan sus derechos humanos y reproductivos, aunque en este estudio no se obtuvo información de que alguna madre pasara alguna situación de maltrato en el hospital, sí se reconoce como una razón por la cual las mujeres manifiestan desinterés por los cuidados biomédicos ya que lo categorizan de deshumanizado (Villanueva,

2010). Esto se relaciona con los bloqueos médicos de corte curricular, es decir, la manera como se forma a los médicos en la academia, dónde la formación es principalmente biológica y parcialmente complementada con aspectos socioculturales (Albó, 2004). Bases que permitirían brindar un buen servicio y tener un buen trato con los pacientes, sin discriminar sexo, etnia, edad, padecimiento, ya que todos los pacientes merecen respeto y atención de calidad. Estas razones materializan la idea de por qué algunas mujeres prefieren los cuidados populares o el autocuidado por encima de los hospitalarios, optando por realizar actividades que sus familiares le recomiendan para obtener un buen estado de salud sin necesidad de ser maltratadas o abusadas.

De acuerdo a lo citado, es relevante hablar sobre la relación personal de salud-paciente, que se presentó en los casos de las madres que tuvieron sus hijos en clínicas y hospitales. Algunas entrevistadas refirieron la importancia que se le dio al período embarazo- puerperio en épocas pasadas, lo cual se reflejaba en la existencia de clínicas exclusivas para maternidad y en la hospitalización de las parturientas como medida preventiva; en contraposición, en la actualidad, sucede que cuando los partos son satisfactorios, se toman como evento ambulatorio y la carga de cuidados subsiguientes se le deja principalmente a la madre en su hogar, sin brindar mayor apoyo o recomendaciones básicas que las madres puedan poner en práctica, y en caso de hacerlo, estas recomendaciones son generalizadas y homogeneizadas, en donde a todas las madres les dan la misma información básica de cómo proceder con el niño, acontecimiento que amerita un cambio desde la perspectiva del personal médico, teniendo en cuenta la pluriculturalidad de todas las madres, ya que cada una de ellas presentan diferentes costumbres y creencias, como lo menciona el siguiente autor:

Para promover la salud de los recién nacidos, es importante reconocer la dimensión cultural. En esta dimensión hay oportunidades y amenazas; las primeras se pueden preservar, así como es posible negociar o reestructurar las últimas. Esta interacción, sin duda se facilitará en la medida en que la enfermera(o), tenga un conocimiento profundo de la subcultura y pueda también compararlas, pues se encuentran elementos comunes y diversos que propician un cuidado humano y universal, con el respeto a las diferencias y especificidades derivadas de la heterogeneidad étnica, socio-económica y de edad. (Argote et al, 2004, p.59)

Es necesario que el personal de salud sea consciente de las divergencias existentes entre culturas, todas las madres a las que atienden llegan a los centros de salud con costumbres diversas las cuales deben ser respetadas, así la madre se sentirá segura del procedimiento, acatará recomendaciones y pondrá estas en práctica siempre y cuando sigan su parámetro cultural. Bajo esta necesidad, la enfermera Leininger creó la teoría de la enfermería transcultural que dice lo siguiente:

Se basa en las disciplinas de antropología y de la enfermería[...]se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta. El propósito de la teoría era descubrir las particularidades y las universalidades de los cuidados de los humanos según la visión del mundo, la estructura social y otras dimensiones y después descubrir formas de proporcionar cuidados culturalmente congruentes a personas de culturas diferentes o similares para mantener o recuperar su bienestar, salud o afrontamiento con la muerte de una manera culturalmente adecuada. (McFarland M, y Leininger M, 2007, p.476)

Uno de los conceptos principales a los que hace referencia Leininger y que sería relevante poner en práctica en los centros de salud hace referencia al uso explícito de cuidados y de conocimientos basados en las diferentes culturas y creencias de forma sensible, “que se adapte a formas de vida y necesidades generales del individuos o grupos para el bienestar y la salud beneficiosa y satisfactoria o para afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte” (McFarland M et al. 2007, p.480).

De acuerdo con la teoría de Leininger, los profesionales de enfermería deben conocer las diferencias y similitudes del cuidado de la salud y la enfermedad en las diferentes poblaciones en las cuales trabajan para ofrecer un cuidado congruente a los pacientes, de esta manera, conociendo la cultura en la cual están inmersas las personas a las que se cuida, se pueden pronosticar las decisiones y acciones, bien sea, para preservar, o reestructurar el cuidado practicado (Argote et al. 2003).

En conclusión, se reconoce que es importante buscar estrategias para el fortalecimiento del diálogo entre personal de salud y paciente, pues en este período no solo se interfiere con sus organismos, sino con sus cuerpos, los cuales están cargados de simbología, rituales y creencias. Así, desde un punto de vista crítico es notoria la necesidad de estudiar el proceso de salud/enfermedad teniendo en cuenta no solo el aspecto biológico del individuo sino su parte social, relaciones y representaciones culturales, creencias y costumbres desde un contexto histórico y económico-político particular de cada comunidad y de cada individuo (Castro y Peñaranda, 2011).

8. Conclusiones

Las creencias populares son tradiciones culturales que la comunidad cree y practica para conservar un equilibrio entre la salud y la enfermedad. Una prueba de ello son las ejercidas durante el puerperio, pues el significado que le asigna la mujer al cuidado durante esta etapa es influenciado en gran medida por el componente cultural. Estas prácticas de cuidados en las púerperas están orientadas por un conjunto de ritos y tradiciones, que por lo general son transmitidas de forma oral y de una generación a otra.

Durante la etapa del puerperio se cuenta con diferentes redes de apoyo, personas que acompañan a la madre durante este proceso, en estos 40 días se evidencia que la figura femenina cumple un rol primordial de acompañamiento, dónde en primera instancia la madre de la parturienta es la encargada de brindar apoyo, seguido de mujeres como hermanas y suegras. Por último el padre del bebé se encuentra también presente en esta etapa pero proporcionando más un acompañamiento que brindando un cuidado específico.

Los cuidados culturales en el puerperio son influenciados en su mayoría por los consejos transmitidos de generación en generación, sin embargo, al ser la cultura un aspecto dinámico, se reflejan los cambios que las madres actualmente han implementado en la manera de cuidar sus puerperios, esto influenciado por las nuevas tecnología, las expansiones de las ciudades y el avance científico, que hace decidir a una madre si aplicar o no los conocimientos de sus ancestros y poner en práctica cuidados tradicionales o acoger las recomendaciones brindadas desde la biomedicina.

Aunque los cuidados populares fueron aplicados en mayor medida por las parturientas prefiriendo así las prácticas culturales de cuidado transmitidas por su familia, el sistema

biomédico tuvo presencia en la etapa del puerperio de algunas de estas mujeres, dónde las recomendaciones, consejos y sugerencias brindadas en el hospital en el momento del parto, fueron puestas en práctica obteniendo buenos resultados en la salud de sus recién nacidos y en la propia, presentándose así un sincretismo entre modelos médicos con el fin de buscar un restablecimiento y aseguramiento de la salud del binomio madre-hijo.

Se evidencia el día 40 como el momento más especial del puerperio, el cual conlleva rituales y acciones específicas y diferentes al resto de la dieta, esto se aplica con el fin de cerrar esta cuarentena buscando que la madre pueda sanar su cuerpo sacando todos los fríos que se le haya incorporado y así retomar sus labores cotidianas. Las actividades realizadas este día se realizan bajo la modalidad de medicina tradicional, el marco de la biomedicina no tiene presencia en ninguno de estos rituales realizados este último día de la dieta.

Los resultados de esta investigación podrían servir como referente para ayudar a mejorar la relación simplista que en ocasiones se puede presentar entre el personal médico y el paciente cuando se ofrece un cuidado o una recomendación, donde se pueda respetar la visión emic de la madre, dando prioridad a la integración de los conocimientos populares que posee la puérpera y su grupo familiar con las prácticas biomédicas y así crear una conciliación entre conocimientos científicos y tradicionales buscando la promoción y prevención de la salud del binomio madre-hijo.

Para proponer desde el aspecto biomédico recomendaciones del cuidado durante el puerperio y tener conocimiento de las particularidades de la cultura del otro, facilita la intervención en el cuidado, por lo tanto el personal de salud debe ser coherente con la cultura del paciente, ajustándose a las necesidades de cada persona, sus modos de vida y creencias, pues es importante que el personal de la salud, en el momento en que vaya a interactuar con una madre, tenga en

cuenta la transculturalidad de cada persona para así poder orientar las acciones y las decisiones para poder obtener resultados eficaces y positivos, donde la madre aplique con tranquilidad las recomendaciones brindadas y tanto ella como su recién nacido puedan tener un cumplimiento de esta cuarentena satisfactoriamente.

Por lo cual, el médico occidental no se complementa con el conocimiento de otros sistemas y prácticas médicas porque los desconoce, pone en duda su utilidad, los subvalora, y considera que la biomedicina no necesita ser complementada, ignora y le da poca importancia al papel de lo social, lo emocional, y lo cultural en el proceso salud/enfermedad (Duarte, 2003).

Si se lograra interiorizar que la salud y la enfermedad no es un proceso meramente biológico, sino que existen otros factores socioculturales los cuales están ligados directamente con los padecimientos de los individuos, se podrían poner en marcha estrategias en las que varios modelos médicos puedan interactuar, y así, entender la eficacia de los diferentes sistemas médicos existentes para buscar conservar la salud y prevenir la enfermedad por diferentes medios.

diferentes áreas de estudio sociales y médicas, vienen señalando la importancia de la relación médico-paciente para el diagnóstico y para el tratamiento de enfermedades, y en consecuencia la necesidad de mejorarla, de hacerla más equilibrada y tener en cuenta no sólo la palabra del paciente sino sus aspectos socioculturales, ya que estos tienden a ser excluidas por la mayoría de los médicos, por lo tanto que si el sector salud quiere implementar un sistema de atención útil debe saber identificar, describir y analizar los diferentes factores reales o imaginarios que los individuos y los grupos sociales reconocen como aspectos que afectan su salud (Menéndez, 2009).

9. Bibliografía

- Acosta, M., Alegría, L., Cajiao, G., Llano, A., Valencia, C., y Zuluaga, P. (1997). Creencias populares sobre el autocuidado durante el puerperio, en las instituciones de salud nivel 1. Colombia Médica, 28 (1), 42-50. Recuperado el 3 de May. De 2016, de <http://www.redalyc.org/pdf/283/28328108.pdf>
- Aguilar, L.E., Prada, E., Restrepo, A. (2014). Vínculo afectivo y prácticas de cuidado que implementan seis madres adolescentes con sus hijos prematuros y su relación con las tradiciones culturales, adelantado en la unidad neonatal del hospital general de Medellín en 2014. (Tesis de Maestría). Universidad de Manizales y CINDE, Sabaneta, Colombia. Recuperado el 26 de May. De 2016 de <http://www.hgm.gov.co/images/PDF/gestion-conocimiento/2014-investigaciones/vinculo-afectivo-y-practicas-de-cuidado-que-implementan-seis-madres.pdf>
- Albó, X. (2004). Interculturalidad y salud. En G. Fernández: Salud e interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas, 65-75. Quito, Ecuador: Abya-Yala
- Argote, L. A., Bejarano, N. L., Ruiz, C. H., Muñoz, L., y Vásquez, M. L. (2003). Protegiendo al recién nacido durante el puerperio la madre adolescente asegura un hijo sano y fuerte. Avances en enfermería. 21(1), 32-48. Colombia, Bogotá. Recuperado el 5 de May De 2016 de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=480410&indexSearch=ID>
- Argote, L. A., Bejarano, N. L., Ruiz, C. H., Muñoz, L., y Vásquez, M. L. (2004). Transitando la adolescencia por el puerperio. Amenazas, peligros y acciones de protección durante la dieta.

Aquichan. 4(4), 18-29. Recuperado el 5 de May. De 2016 de
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/46>

Belén, M. L. (2011). Diagnósticos diferenciales de los modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *KAIRÓS*. 15(28). Recuperado el 30 de May. De 2016 de <http://www.revistakairos.org/k28-archivos/Madrid.pdf>

Bonilla Castro, E., y Rodríguez, P. (1997). más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales. Bogotá, Colombia: Universidad de los Andes.

Botero, J., Henao, G., y Londoño, J. G. (Ed.). (2008). *Obstetricia y Ginecología Texto Integrado*. Bogotá, Colombia: Tinta fresca.

Boyle, J.S. (2003). Estilos de etnografía. En J. M. Morse. (Ed), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (pp.184-211). Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia

Blásquez, M. I. (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción. *AIBR. Revista de antropología Iberoamericana*, (42). Recuperado el 4 de May. De 2016 de <http://www.aibr.org/antropologia/42jul/articulos/jul0506.php>

Cardozo, S.L., Bernal, MC. (2009). Adolescentes en puerperio y sus prácticas de cuidado. *Avances en enfermería*. XXVII(2), (pp. 82-91). Colombia

Castro, E., Muñoz, S. F., Plaza, G. P., Rodríguez, M., y Sepúlveda, L. J. (2006). Prácticas y creencias tradicionales en torno al puerperio, municipio de Popayán, 2005. *Revista infancia, adolescencia y familia*, 1(1), 141-152. Recuperado el 4 de May. De 2016 de http://www.revistaiaf.abacolombia.org.co/es/pdf/v1n1/v1n1_7.pdf

Castro, B. E., y Peñaranda, F. (2011). La comprensión de los significados de la maternidad: el caso de un programa de cuidado prenatal en un centro de salud en Popayán, Colombia. *Salud Colectiva*.

7(3), 333-345. Recuperado el 5 de May. De 2016 de

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000400004

Citarella, L. (2009). Algunas reflexiones sobre modelos y sistemas médicos. En: Citarella, L., Zangari,

A. (Ed.). *Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*. (pp. 75-86). Bolivia:

PROHISABA.

Coria López, M. (2009). El alimento como medio terapéutico: una visión occidental del mundo

indígena. *Regiones*, 14-16.

Cortés, H. A., Gómez, J. de J., y Gutiérrez, J. H. (Ed.). (2013). *Aspectos claves Obstetricia*. Medellín,

Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.

Duarte, M. B. (2003). Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad?

Reflexiones conceptuales. *Cad. Saúde Pública*. 19(2), 635-643. Recuperado el 30 de May. De

2016 de <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n2/15429.pdf>

Erkoreka, A. (2005). Mal de ojo: una creencia supersticiosa remota, compleja y aún viva.

MUNIBE(Antropología-Arkeología) 57,391-400. Recuperado el 26 De Jul De 2017 de

<https://www.ehu.eus/documents/1970815/2421082/Erkoreka%2C%20A.+Mal+de+ojo+una+creencia+supersticiosa+remota%2C%20compleja+y+a%3BA+n+viva>

Galeano. M.E. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín, Colombia:

Universidad Eafit

García, D., y Díaz, Z. (2010). Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Revista Cubana Pública*, 36(4), 330-336. Recuperado el 4 de May.

De 2016 de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662010000400007&script=sci_abstract

Guber, R. (2001). *La etnografía, método, campo y reflexividad*. Bogotá, Colombia: Norma

Gutiérrez de Pineda V. (1985). Tipología de la medicina tradicional y caracterización de los sistemas médicos. *Medicina tradicional de Colombia. Magia, Religión y Curanderismo*. 2, 9-30. Editorial Presencia Ltda. UNAL, Medellín.

Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994). *Etnografía*. Barcelona, España: PAIDÓS BÁSICA.

Larguía, M. A., González, M. A., Solana, C., Basualdo, M. N., Di Pietrantonio, E., Bianculli, P., y

Esandi, M. E. (2011). *Maternidad segura y centrada en la familia (MSCF)*. Conceptualización e implementación del modelo. Fondo de las Naciones Unidad para la Infancia (UNICEF).

Recuperado el 24 de May. De 2016 de

http://www.unicef.org/argentina/spanish/GUIA_MSCF.pdf.

McFarland M, Leininger M. (2007). Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. En: Marrier A, Raile M. (Ed). *Modelos y teorías en enfermería*. (pp. 472-496).

Madrid: MOSBY-Elsevier.

Menéndez, E. (1988). Modelo medico hegemónico y atención primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. (pp.451-464). Buenos Aires.

Menéndez, E. (2009). Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. En: Citarella, L., Zangari, A. (Ed.). Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina. (pp. 87-126). Bolivia: PROHISABA.

Ministerio de la Protección Social. (s.f). Garantizar la atención segura del binomio madre hijo. Paquetes instruccionales.. Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". Recuperado el 24 de May. De 2016 de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/Observatorio/MADRE%20HIJO.pdf>

Ministerio de Salud. (1993). Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Recuperado el 11 de Marz. De 2016 de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf.

Ministerio de la Protección Social versión 2.0. (s.f). Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido. Paquetes instruccionales. Guía técnica ""Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". Recuperado el 24 de May. De 2016 de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Garantizar-atencion-segura-madre-hijo.pdf>

Moreno, E.M., Crivelli, V., Kestelman, N., Malé, M., y Passarell, N. (2000). Guía de programación local. Actividades de salud materno infantil en el primer nivel de atención. Ministerio de salud. Argentina.

Muecke, M.A. (2003). Sobre la evaluación de las etnografía. En Janice. M. Morse. (Ed), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (pp.216-238). Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia

Organización Panamericana de la salud., y Ministerio de salud y protección social. (2012). Plan de acción de salud primeros 1000 días de vida Colombia 2012-2021. Recuperado el 1 de May. De 2016 de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/planeacion-primeros-mil-dias.pdf>.

Parada, D. (2005) *Prácticas de cuidado en la puérpera egresada del hospital san vicente E.S.E. durante el período de julio a octubre de 2004*. (Tesis de maestría). Convenio Universidad nacional de Colombia - Universidad Francisco de Paula Santander, Cúcuta, Colombia.

Partidas, R. (2007). Trabajadoras de la electrónica en Jalisco: las abuelas como proveedoras del cuidado infantil. En: *El Cotidiano 125: Conflictos obrero-patronales*. (pp. 68-77). México

Ponce, M. A. (2005). Conocimientos de las puérperas sobre autocuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta hospitalaria. *Matronas profesión*. 6(3), 14-19. Recuperado el 5 de May. De 2016 de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:YOfK6yrUTS8J:www.federacion-matronas.org/rs/303/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/c27/rclang/es-ES/fd/1/filename/vol6n3pag14-19.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co>

Rodríguez, S., y Rico, R. (2012). Costumbres populares y autocuidado después del parto y la lactancia en una comunidad rural de Silao Guanajuato, Memorias convención internacional de Salud

Pública. Cuba salud 2012, La Habana, cuba. Recuperado el 3 de May. De 2016, de <http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/viewFile/182/27>

Sánchez, S. R. (2013). La observación participante como escenario y configuración de la diversidad de significados. En M.L. Tarrés (Coord), *Escuchar, observar y aprender: sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. (pp.97-131). México: FLACSO

Tarrés, M.L. (2013). Los procedimientos básicos de recolección como técnica y método. En M.L. Tarrés (Coord), *Observar, escuchar y aprender: sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. (pp.63-96). México: FLACSO

Valles, M.S. (1999). Técnicas de observación y participación: de la observación participante a la investigación-acción-participativa. En Valles, M.S (Ed), *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. (pp.142-174). Madrid, España: SÍNTESIS S.A.

Valles, M.S. (1999). Técnicas de conversación, narración (I): las entrevistas en profundidad. En Valles, M.S (Ed), *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. (pp.177-232). Madrid, España: SÍNTESIS S.A.

Villanueva, L. A. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. CONAMED, 147-151. Recuperado el 4 de May. De 2016 de <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/282/516>

World Medical Association (2015). Medical Ethics Manual. 3era edition. [Internet] Recuperado el 11 de Marz. De 2016 de http://www.wma.net/en/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_en.pdf

Anexos

1. Entrevista cuidados de la madre

*** Higiene**

- ¿Cómo fue el baño durante la dieta?

-¿Si tuvo sutura, como era la limpieza de esta?

***Sol/calor**

-¿asoleaba ud misma a su hijo? ¿Quién le ayudaba en esta labor?

-¿dejaba que el sol le diera directamente?

-¿Qué efectos negativos tenía que el sol le diera directamente?

-¿Qué efectos positivos tenía que el sol le diera directamente?

-¿Se acercaba a elementos o espacios calientes? ¿Por qué?

***Alimentación**

¿Consumió algunos alimentos específicos, quién se la recomendó? ¿Por qué?

¿Evitó algunos alimentos, quién se la recomendó? ¿Por qué?

-¿Consumió alimentos que le ayudaran en la producción de leche, cuáles?

-¿Evitó algunos alimentos que le desfavorecían en la producción de la leche?

***Dolencias o molestias**

-¿Qué enfermedad o molestia sintió durante el puerperio?

-¿Qué medicamentos utilizó en la dieta para las dolencias o molestias?

-¿Qué bebidas caseras utilizaba para las dolencias o molestias?

***Biomedicina**

- ¿Acudió al médico por alguna enfermedad durante el puerperio? ¿Cuál?

-¿Qué recomendaciones le dieron en el hospital sobre cuidados en el puerperio?

- ¿Prefirió acudir al médico o hacer cuidados caseros cuando se enfermaba en el puerperio?

***Los fríos:**

-¿se serenó en la dieta? ¿Enfermó por este sereno?

-¿En la dieta, salió de noche? ¿Enfermó?

-¿En la dieta estuvo expuesta a corrientes de aire, aire acondicionado, fríos o lluvias?

¿Enfermó?

***Actividades sexuales**

-¿Tuvo relaciones sexuales durante la dieta?

-¿en el hospital le recomendaron la suspensión de la actividad sexual? ¿Por qué?

***Transmisión de consejo**

-¿Quién era la persona que le recomendaba que cuidados realizar durante el puerperio?

-¿A qué persona prefería acudir cuando necesitaba un consejo para saber qué hacer en los cuidados del puerperio?

-¿Considera que los cuidados que le recomendaron en el puerperio aportaron para mantener la salud de su recién nacido y la suya ¿

-¿Transmitiría estos consejos que usted recibió a otras personas para el cuidado de los recién nacido o de las madres durante el puerperio?

***Día 40 de la dieta**

-¿Qué utilizó para quitarse los fríos del cuerpo?

-¿Cómo fue el baño?

-¿Cómo fue la alimentación?

-¿Salió de su casa el día 40?

-¿Realizó actividades como ofrendas, limpiezas o quemas? ¿Cómo se los realizó? ¿Con qué propósito? ¿Quién se lo recomendó?

-¿Quién le ayudo con las actividades de este día?

-¿Qué actividades o cuidados especiales hizo este día?

-¿Durmió con el recién nacido ese día?

2. Entrevista cuidados recién nacido

***Higiene**

-¿Bañó al recién nacido desde el primer día?

-¿Quién se encargaba de bañar al recién nacido?

-¿En qué parte de la casa bañaba al recién nacido?

-¿lo bañaba en bañera, en la lava loza, en la poceta?

-¿Con que bañaba al recién nacido?

-¿Cuántas veces al día lo bañaba?

-¿habían lugares específicos del cuerpo del recién nacido que merecían un cuidado especial en el baño? ¿Por qué?

***Asoleada**

-¿Quién se encargaba de asolear al recién nacido? ¿Por qué?

-¿A qué horas asoleaba al recién nacido?

-¿Cuánto tiempo lo dejaba bajo el sol?

-¿Había algún lugar del cuerpo que no le pudiera dar el sol, porque?

***Alimentación**

-¿En los primeros 40 días le suministró alimentos diferentes a la leche materna?

-¿Le dio la primera leche (calostro)?

-¿cuánto tiempo de exclusividad de leche materna? –

¿Cuántas veces al día amamantaba?

***Enfermedades, dolencias y molestias** (hipo, dormir mal, dolor de estómago, gripa, pujo, estreñimiento)

-¿Para cuáles enfermedades o molestias del recién nacido utilizaba remedios caseros?

-¿Qué remedios caseros hacía para las dolencias o molestias?

-¿Por recomendación o sugerencia de quién utilizaba estos remedios?

-¿Considera que los remedios caseros tuvieron buena respuesta frente a la dolencia o enfermedad?

***Biomedicina**

-¿Llevo al recién nacido al médico por alguna enfermedad?

-¿Por qué no se la trato mediante remedios caseros?

-¿Qué recomendaciones o prohibiciones le hicieron en el hospital antes de salir con respecto a los cuidados del el recién nacido?

***Los fríos**

-¿Cuántos días tenía cuando lo empezó a sacar a la calle?

-¿lo serenó en la dieta? ¿Enfermó por este sereno?

-¿En la dieta, lo saco de noche? ¿Enfermó?

-¿En la dieta estuvo expuesto a corrientes de aire, aire acondicionados, fríos o lluvias?
¿Enfermó?

-¿Dejaba que las personas que llegarán serenadas a su hogar, cargaran al recién nacido?

-¿Por qué otros motivos considera usted que se le puede entrar frío al recién nacido?

*** Actividades mágicas religiosas**

-¿Tuvo manilla de protección? ¿De qué lo protegía?

-¿Cómo adquirió la manilla de protección?

-¿Cree ud que la manilla de protección si le sirve al recién nacido?

-¿Quién le cortó las uñas por primera vez al recién nacido?

-¿la persona que le cortó las uñas debe darle un detalle al recién nacido? ¿Por qué?

***Día 40 de la dieta**

-¿Quito lo fríos del cuerpo del recién nacido? ¿Cómo?

***Datos generales**

-¿Omblió al recién nacido? ¿Con qué? ¿Cuánto tiempo?

-¿Conservó el ombligo? ¿En qué lugar? ¿Por qué? ¿Quién le aconsejó que lo hiciera?

-¿Permitió el contacto directo del recién nacido con mascotas? ¿Por qué? si lo hubo ¿enfermó el recién nacido por este contacto?