



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

DEPARTAMENTO DE POSTGRADOS

**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA**

**Prácticas culturales en el contexto de la estructura familiar en las
puérperas de la parroquia Molleturo, 2018**

Título a obtener: Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Autora: Md. Stephanie Eliana Morales Crespo

Directora: Dra. Miriann Alexandra Mora Verdugo

Cuenca-Ecuador

2019

Agradecimiento

A mis profesores, en especial a mi directora de tesis por su incondicionalidad e inspiración continua.

A las mujeres que aceptaron participar en la elaboración de este trabajo.

Dedicatoria

A mi familia por ser el soporte y motor de mi vida.

A la Sra Luz Paucar, quien me inspiró a realizar este proyecto, y me enseña constantemente la bondad y
belleza del trabajo comunitario.

Resumen

El puerperio es un periodo destinado a la recuperación biopsicosocial de la mujer, alrededor del cual giran costumbres que dependen de la cultura de cada sociedad.

Objetivo. Describir las prácticas culturales en el contexto de la estructura familiar en las puérperas de la parroquia Molleturo, 2018.

Metodología. Es un estudio cualitativo fenomenológico, en el que se aplicaron genogramas y entrevistas a profundidad a seis puérperas. Se obtuvieron tres categorías del análisis de discursos, que se triangularon con expertos en el tema.

Resultados. Todas las entrevistadas cumplieron con las prácticas culturales en su puerperio, evidenciándose como pautas repetitivas y representaciones sociales consolidadas. Los cuidados son posibles mediante el apoyo familiar, independientemente de su tipología.

Conclusión. El cumplimiento de estas prácticas busca el beneficio madre-hijo, en donde la familia es la encargada de su transmisión. Sin un compromiso real de los profesionales de salud, con la comunidad y su cultura, sus intervenciones tendrán poco o ningún efecto.

Palabras claves: Puérperas, parteras, prácticas culturales, familia, estructura familiar.

Abstract

Puerperium is a period dedicated to the biopsychosocial recovery of women, around which revolve customs that depend on the culture of each society.

Objective. Describe the cultural practices in the context of the family structure in puerperal women of Molleturo, 2018.

Methodology. It is a qualitative and phenomenological study where genograms and in-depth interviews were applied to six puerperal women. Three categories of discourse analysis were obtained and triangulated with experts in the subject.

Results. All the interviewees complied with the cultural practices in their puerperium, evidencing them as repetitive patterns and consolidated social representations. Care is possible through family support regardless of its type.

Conclusion. The compliance of these practices seeks the mother-child benefit where the family is in charge of its transmission. Without a real commitment of health professionals to the community and its culture, their interventions will have little or no effect.

Keywords: Puerperal women, midwives, cultural practices, family, family structure.




Translated by
Ing. Paúl Arpi

Índice de contenidos

Agradecimiento.....	i
Dedicatoria.....	ii
Resumen.....	iii
Abstract.....	iv
1. Introducción.....	1
2. Objetivos.....	3
3. Marco teórico.....	4
3.1 Antecedentes.....	4
3.2 Puerperio.....	5
3.2.1 Cambios anatómicos y fisiológicos.....	6
3.2.2 Adaptación psíquica y social de la puérpera.....	7
3.3 Familia.....	7
3.3.1 Subsistemas familiares.....	8
3.3.2 Funciones de la familia.....	8
3.3.3 Roles familiares.....	9
3.3.4 Tipología familiar.....	9
3.3.5 Genograma.....	10
3.4 Rol de la familia en el puerperio.....	11

3.5 Teoría de las representaciones sociales.....	12
4. Metodología.....	14
4.1 Materiales y métodos.....	14
4.2 Tipo y área de estudio.....	15
4.3 Selección de la unidad de análisis y observación del paciente.....	15
4.3.1 Perfil de las participantes.....	15
4.3.2 Criterios de heterogeneidad.....	15
4.4 Categorías.....	15
4.5 Análisis de la entrevista.....	15
4.6 Aspectos éticos.....	16
5. Resultados del estudio.....	17
5.1 Características demográficas de las entrevistadas.....	17
5.2 Configuraciones familiares de los entrevistadas.....	17
5.2.1 Interpretación de los genogramas.....	18
5.3 Análisis de las categorías.....	22
5.3.1 Apoyo familiar.....	22
5.3.2 Transmisor cultural.....	23
5.3.3 Rituales fortificantes.....	24
5.4 Síntesis del análisis de las categorías.....	31
5.5 Triangulación de datos.....	32

5.5.1 Apoyo familiar.....	32
5.5.2 Transmisión cultural.....	33
5.5.3 Visión de las puérperas.....	34
5.5.4 Alimentación de las puérperas.....	35
5.5.5 Objetivos de los cuidados.....	37
5.5.6 Falta de cuidados en el puerperio.....	38
6. Discusión.....	41
7. Conclusiones.....	49
8. Recomendaciones.....	50
9. Referencias bibliográficas.....	51
10. Anexos.....	59
10.1 Operacionalización de las categorías previo al estudio.....	59
10.2 Consentimiento informado.....	60
10.3 Entrevista semiestructurada.....	61
10.4 Registro fotográfico.....	62

Índice de tablas

Tabla 1 Distribución de las participantes según edad, número y tipo de parto, y cumplimiento de las prácticas culturales, 2018.....	17
Tabla 2 Distribución de las familias de las participantes según su estructura, 2018.....	19
Tabla 3 Síntesis de las categorías del estudio.....	31
Tabla 4 Operacionalización de categorías previo a la realización del estudio.....	59

Índice de figuras

Figura 1 Genograma de DG01, 2018.....	20
Figura 2 Genograma de LG02, 2018.....	21
Figura 3 Apoyo familiar de las puérperas, 2018.....	22
Figura 4 Análisis e interpretación de la categoría “Transmisor cultural” en las puérperas, 2018.....	23
Figura 5 Análisis e interpretación de la categoría “Rituales fortificantes” en las puérperas, 2018.....	24
Figura 6 Descripción de la categoría “Rituales fortificantes” en las puérperas, 2018.....	25
Figura 7 Apoyo familiar en el puerperio, según expertos, 2018.....	32
Figura 8 Transmisión cultural de las prácticas culturales en el puerperio, según expertos, 2018.....	33
Figura 9 Visión de las puérperas, según expertos, 2018.....	34
Figura 10 Alimentación de las puérperas, según expertos, 2018.....	35
Figura 11 Objetivo del cumplimiento de las prácticas en las puérperas, según expertos, 2018.....	37
Figura 12 Repercusiones por la falta de cuidados en el puerperio, según expertos, 2018.....	38

1. Introducción

En el puerperio se producen una serie de cambios biopsicosociales en busca de la recuperación no solo de la madre, sino también del recién nacido, en los que se evidencia una gran influencia cultural, transmitida a través de las generaciones (Prieto y Ruiz, 2007; p. 3). Así mismo, al disminuir el contacto de la mujer con el sistema de salud en esta etapa, pasa a ser un problema de la familia y de la comunidad (Laza y Puerto, 2011; p. 2). Por ello cada sociedad ha establecido una serie de cuidados propios para sus puérperas (González, 2016; p. 2).

Esta situación es notable en poblaciones rurales apartadas, como es la parroquia Molleturo, con problemas de acceso a los servicios de salud. Para este grupo, los saberes al interior de la familia se convierten en la mejor opción para su cuidado, situación que se demuestra con una cobertura de controles médicos en el puerperio del 3.9% en el año 2017 (RDACCA-MSP, 2018).

Bohórquez et al. (2009) describen en Sucre-Colombia que las prácticas de las parteras son comunes en los grupos sociales que carecen de servicios de salud, cuyas prácticas incluyen a más del parto, cuidados del puerperio, nutrición, y lactancia, así como apoyo emocional de las madres y sus familiares (p. 148). Cardozo y Bernal (2009) en Bogotá-Colombia, describen formas propias de cuidado, en donde la familia desempeña un papel importante, en especial las figuras femeninas (p. 83). Faicán y Moreta (2018) en Quito-Ecuador, destacan una pérdida del cumplimiento, a causa de las crecientes obligaciones laborales y la falta de apoyo familiar (p. 59).

El estudio de este tema es fundamental, en especial para los profesionales de la salud, quienes no los conocen, los critican e incluso los desestiman por considerarlos no científicos. Interesa conocer el trasfondo de estas prácticas y su permanencia en el tiempo. Comprender y respetar las creencias culturales es necesario, para alentar las prácticas seguras y prevenir las que puedan constituir un riesgo, con enfoque en la familia como su sustento. Al momento existe poca bibliografía de este tema, sobre todo en la provincia del Azuay, sin estudios que vinculen el cumplimiento de estas prácticas con la tipología familiar.

El objetivo principal del estudio es describir las prácticas culturales en el contexto de la estructura familiar, de las púerperas de la parroquia Molleturo, para lo cual se diseñó un estudio cualitativo, de tipo fenomenológico. La obtención de la muestra fue intencional y razonada, basada en criterios de factibilidad hasta la saturación del discurso. Se graficó la estructura familiar utilizando el programa Genopro y se analizó el discurso, identificando las ideas núcleo y los sintagmas con la ayuda del programa Wordle, así como el modo de prédica y el grado de referencia. Finalmente, con la identificación de las categorías centrales del estudio, se realizó la triangulación de los datos con expertos en el tema.

2. Objetivos

2.1 General

- Describir las prácticas culturales en el contexto de la estructura familiar en las puérperas de la parroquia Molleturo, 2018.

2.2 Específicos

- Identificar a las mujeres que se encuentran cursando su puerperio (cuarenta días) en las diferentes comunidades de la parroquia.
- Estudiar la estructura familiar de las mujeres puérperas que participan en el estudio.
- Describir las prácticas y creencias que realizan las mujeres puérperas de la parroquia Molleturo.
- Identificar quienes son los encargados de transmitir las prácticas culturales en la parroquia Molleturo.

3. Marco Teórico

3.1 Antecedentes

En el estudio *Saber popular y prácticas de embarazo, parto y puerperio en Yahúio, Sierra Norte de Oaxaca* Cisneros (2003) se refiere al puerperio como “un momento de cuidado...”. Entre las prácticas se describe el reposo durante los primeros veinte días, en los que la mujer además usa el ceñidor y soyate (traje tradicional de la zona). También se acostumbra el baño con agua caliente de hierbas o el baño de temazcal en los primeros días después del parto, con el fin de “cocer el cuerpo de la mujer, limpiar la matriz y fortalecerlo para mantener el equilibrio y alcanzar la recuperación”. La mujer sólo puede beber y comer alimentos “calientes” para que no afecten su salud, ni la de su recién nacido. Se describen además problemas en el acceso geográfico y de vinculación al sistema de salud (p. 36-52).

En Latinoamérica, Medina y Mayca (2006) describen que las culturas Awajun y Wampis de Perú mantienen varios cuidados en la mujer para una rápida recuperación y para evitar enfermedades como es “el sobreparto” sobretodo. La mujer restringe su vida sexual y su alimentación, limitando la ingesta de productos animales y vegetales, para brindar una adecuada lactancia a su hijo.

“La mujer no debe matar serpientes, no debe comer carne de venado... no debe bañarse en el río, se debe bañar con agua hervida de hierbas como Matico (*Buddleja globosa*), Sangre de Drago (*Croton lechleri*), durante dos semanas todos los días. No puede comer atún, puede dar el sobreparto...no debe comer hígado de los animales, porque al niño se le puede hinchar el hígado, tampoco comer las tripas de los animales, porque el niño sufrirá de diarreas... La madre debe comer cabeza de chonta para que tenga más leche...” (Medina y Mayca, 2006; p. 26-28. Wikipedia, 2018).

Prieto y Ruiz (2007), en su estudio *Significados durante el puerperio* realizado en Tunja-Colombia, describen cinco ejes en el cuidado de las puérperas: el uso de plantas medicinales, el reposo de las actividades del hogar, la protección del frío y del calor, ajustar el cuerpo, e ingerir alimentos protectores. La alimentación se basa en la ingesta del pollo campesino, que es considerado beneficioso para la recuperación ya que carece de sustancias químicas. Además ingieren infusiones calientes de plantas medicinales, chocolate y huevos tibios con ruda, para evitar la anemia. (p. 1).

Acosta et al. (1997) en su estudio *Creencias populares sobre el autocuidado durante el puerperio, en las instituciones de salud de nivel 1* realizado en zonas urbanas de Cali-Colombia explica que la transmisión de las prácticas ancestrales ha sido en el seno familiar, por las experiencias de aprendizaje a través del tiempo, de generación en generación (p. 12).

A nivel nacional, Faicán y Moreta (2018) en su estudio *Cambios biológicos y socio culturales en el puerperio desde las experiencias de las abuelas, madres y futuras madres que acuden a la consulta externa del Centro de Salud N1, Distrito 17D07*, realizado Quito-Ecuador, destacan que el 71.9% de las encuestadas guarda reposo para la recuperación de su cuerpo durante cuarenta días, el resto no lo hace debido a las obligaciones laborales y domésticas. El aseo diario es realizado por todas las mujeres, por motivos de higiene y bienestar, a pesar de considerar como contraproducente la exposición al frío. El 85.2% no reposó por sus obligaciones laborales y por la falta de apoyo familiar. Todas las encuestadas consideraron fundamental el cuidado en la alimentación, ya que de ello dependía su salud y la de su hijo. Las mujeres de la familia se encargaron de los cuidados, sobretodo las madres, quienes además eran las principales transmisoras. Las púerperas refirieron que el cuidado familiar femenino les brindó seguridad, lo que facultaría la continuidad en las próximas generaciones (p. 53-59).

A continuación se exponen las principales bases teóricas para sustentar el estudio:

3.2 Puerperio

El puerperio es el período posterior al parto en la mujer. Inicia con la salida de la placenta y culmina con su completa recuperación anatómica y fisiológica (Peralta, 2006; p. 1). Es un periodo de transición que dura entre seis a ocho semanas, en el que se desarrollan procesos de adaptación madre-hijo-entorno (Bezaro, 2009; p. 431). Se divide en tres períodos:

- Inmediato: Primeras veinte y cuatro horas postparto.
- Temprano: La primera semana postparto.
- Tardío: Hasta los cuarenta días postparto, tiempo en el que involucran los órganos genitales a su condición pregestacional (Peralta, 2006; p. 1).

3.2.1 Cambios anatómicos y fisiológicos.

Los órganos y sistemas involucrados en el embarazo y parto presentan modificaciones para retornar a las condiciones pregrávidas.

Útero. Después del alumbramiento continúan las contracciones, para favorecer la hemostasia y la regresión de la masa muscular uterina (1000 g en el puerperio inmediato a 100 g en la sexta semana). El cuello uterino se mantiene dilatado de 2 o 3 cm en la primera semana, para disminuir finalmente a 1 cm (Peralta, 2006; p. 1).

Loquios. Es la secreción líquida normal uterina debido a la cicatrización superficial secundaria al desprendimiento placentario. Los primeros días son rojos, conteniendo sangre fresca y decidua necrótica, luego se tornan más pálidos (serosos y albos) hasta desaparecer en cuatro a seis semanas (Peralta, 2006; p. 2).

Vagina. Después de tres semanas disminuye el edema, con recuperación de los pliegues. A las seis semanas recupera la tonicidad (Peralta, 2006; p.3).

Mamas. Se inicia la lactancia con la acción de la prolactina sobre el epitelio mamario, desencadenado por el descenso de los esteroides y lactógeno placentarios. Aumenta la vascularización de la glándula y por ende su volumen; se pigmenta la mama y el pezón (Aguarón, 2010; p. 5).

Sistemas cardiovascular y hematológico. El volumen sanguíneo y el gasto cardíaco disminuyen progresivamente hasta la sexta semana. La masa eritrocítica aumenta, llegando a parámetros normales en 3 a 4 meses. Se produce en la primera semana trombocitosis y leucocitosis con neutrofilia, aumenta el fibrinógeno y el factor VIII, con lo que existe un alto riesgo de complicaciones tromboembólicas (Aguarón, 2010; p. 3-4).

Agua y electrolitos. El agua corporal durante el embarazo es de 8.5 litros aproximadamente, perdiéndose 1.5 litros semanales en el postparto, a expensas del líquido extracelular. Además, aumenta la reabsorción de sodio, al disminuir la progesterona (Peralta, 2006; p. 5).

Aparato digestivo. Con la regresión uterina y descenso de la presión abdominal, se reubican las vísceras de la cavidad. En los primeros días, por acción de la progesterona placentaria sobre el músculo liso, persiste la hipotonía intestinal que produce estreñimiento, sumado al dolor perineal (Peralta, 2006; p. 6).

Peso corporal. Disminuye de 5 a 6 kg aproximadamente con el parto y las pérdidas insensibles. Posteriormente, se pierde 1.5 kg por semana en las semanas siguientes (Peralta, 2006; p. 6).

3.2.2 Adaptación psíquica y social de la puérpera.

Los cambios físicos del puerperio obligan a la mujer a atravesar procesos adaptativos que tienen repercusiones en su estado emocional, social y familiar. La recuperación holística de la mujer entonces, implica una transformación de su identidad, siendo un proceso individual, y que puede demorar mucho más allá de cuarenta días. Rubin menciona tres fases de adaptación (González, 2011; p. 82):

3.2.2.1 Fase dependiente (recibir). Durante los primeros días posparto predominan las necesidades de cuidado físico y emocional, tanto de la madre como del niño. La madre, a pesar de la incomodidad física, se enfoca en el cuidados de su hijo más que en las propias (González, 2011; p. 82).

3.2.2.2 Fase dependiente-independiente (apoderarse). Desde el décimo día a las primeras semanas. La madre alterna entre la necesidad de cuidado personal, apoyo y aceptación familiar en la nueva etapa, y el deseo de empoderarse en este rol. Es la etapa ideal para el aprendizaje (González, 2011; p. 82).

3.2.2.3 Fase interdependiente (dejar ir). Se establece la adaptación a la nueva etapa de vida como madre, en donde se reorganizan las relaciones interpersonales y demás roles. En este proceso, los resultados serán más positivos en la medida que se cuente con una sólida red de apoyo (González, 2011; p. 82).

Percatarse de los cambios físicos, psicológicos y sociales de la nueva madre permitirá brindar recomendaciones de un cuidado integral en este periodo y permitir su rápida recuperación y reinserción en su mundo habitual.

3.3 Familia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la familia como “un grupo de personas con cierto grado de parentesco, por sangre o adopción, que viven juntos en un mismo espacio físico”. Según Torres, Ortega, Garrido y Reyes (2008) es un “sistema de interrelación biopsicosocial que media al

individuo con la sociedad; y se encuentran unidos por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio o adopción”. Armas (2007) describe a la familia como “la unidad social básica formada por dos o más adultos que viven en la misma casa y cooperan en actividades económicas, sociales y protectoras, en el cuidado de los hijos propios o adoptados”. La definición de Armas no exige que sus integrantes compartan lazos legales ni religiosos, “probablemente el mayor nexo entre ellos es el amor” (Armas, 2007; p. 11-30).

En la familia, las acciones de cada miembro generan repercusiones sobre los demás, es decir es un sistema natural abierto. Frente a un evento estresor hay familias que se adaptan y se equilibran, mientras que otras entran en entropía, incidiendo en su funcionamiento y en los procesos de salud-enfermedad (Armas, 2007; p. 12-13).

La familia es un sistema que cuenta con una estructura y organización propios, integrada por subsistemas (holones) a través de los cuales cumple sus funciones (Armas, 2007; p. 15. Gallego, 2015; p. 7).

3.3.1 Subsistemas familiares.

- **Subsistema conyugal.** Conformado por la pareja, con reglas, límites y espacio psicosocial propio para diferenciarse e interactuar con los otros sistemas.
- **Subsistema paterno.** Se forma con el nacimiento de un hijo con lo que se reorganizan las funciones familiares.
- **Subsistema fraterno.** Se establece en la relación entre hermanos.
- **Subsistema individual.** Corresponde a cada individuo de la familia, para permitir su desarrollo propio y las relaciones con otros sistemas (Armas, 2007; p. 17-18).

3.3.2 Funciones de la familia.

Existen funciones innatas a todos los sistemas familiares en respuesta a los requerimientos de la sociedad, como son:

- Reproducción
- Protección
- Afecto

- Socialización.

Las tareas internas dependen de la dinámica de su desarrollo. Su cumplimiento ayuda a determinar la funcionalidad de la familia, entre ellas están:

- Cohesión
- Armonía.
- Comunicación
- Afectividad
- Adaptabilidad
- Permeabilidad (Armas, 2009; p. 14-16).

3.3.3. Roles familiares.

Los roles no son estáticos, y tendrán que reajustarse según las etapas del ciclo vital familiar. Ellos se definen en función de la posición de un miembro dentro del sistema y se construye en función de los roles de los otros miembros. Además, están enmarcadas bajo un conjunto de reglas y expectativas determinadas por la propia familia y por la sociedad. Se dan de acuerdo a la posición y jerarquía dentro del sistema familiar, pudiendo ser de esposos, parental, hermanos. Los roles identificados son idiosincráticos y tradicionales.

- ***Roles idiosincráticos.*** Proveen de una identidad al individuo dentro del sistema familiar.
- ***Roles tradicionales.*** Se transmiten de generación en generación, con funciones otorgadas de acuerdo a la jerarquía y el género (Armas, 2007; p. 19).

3.3.4 Tipología familiar según su estructura.

Se refiere a la organización del grupo familiar, su distribución y jerarquía, establecidos según los roles. Se puede representar con el genograma, el cual permite explorar a la familia desde la parte biológica (enfermedades y factores de riesgo), psicológica (enfermedades mentales, actitudes ante la enfermedad, suicidios) y social (estilos de vida, funcionamiento y estructura familiar) (Armas, 2007; p. 30. Gallego, 2015; p. 16). Se clasifica en:

- **Pareja sola.** Cuando se conforma recientemente y no tienen hijos.
- **Familia extensa.** Conviven más de dos generaciones.
- **Familia ampliada.** Cualquier tipo de familia que crece con la llegada al hogar de un pariente consanguíneo más lejano.
- **Familia nuclear.** Conformada por los padres y sus hijos. Según la cercanía de otros parientes, puede ser con o sin parientes próximos. Según los núcleos de hijos, puede ser mono, bi, trinuclear. Según la presencia de los padres, es mono o biparental.
- **Personas sin familia.** Cuando viven solos.
- **Equivalentes familiares.** Individuos adultos que conviven en el mismo hogar sin constituir un núcleo familiar.
- **Familia corporativa.** Son grupos de individuos que viven juntos y están organizados alrededor de actividades importantes desarrolladas en común (Armas, 2009; p. 29-32).

De acuerdo a su integración se clasifican en integradas o desintegradas; según su desarrollo pueden ser tradicionales o modernas; por la demografía pueden ser urbanas o rurales; por la dinámica y relaciones son funcionales o disfuncionales; por la ocupación del jefe de la familia en campesinas, obreras, profesionales o comerciantes (Armas, 2009; p. 30-34).

3.3.5 Genograma.

Constituye un recurso importante en el proceso de evaluación del sistema. Al ser una fotografía familiar, permite una fácil visualización de roles y patrones de interacción entre sus miembros, que puede incluir como mínimo tres generaciones. Debe mostrar la conformación familiar, edades de los miembros, las fechas de eventos trascendentales, así como la presencia de factores biopsicosociales de riesgo o protección (Domínguez, 2015; p. 7-18).

Los principios para su interpretación no han sido establecidos en forma explícita (Domínguez, 2015; p. 7-18), pero se han establecido para su análisis seis categorías, como son:

- **Estructura familiar.** Permite generar hipótesis sobre los datos proporcionados, como roles y relaciones familiares existentes, basadas en expectativas normativas, las constelaciones y las configuraciones inusuales visualizadas.
- **Adaptación al ciclo vital.** Implica la aptitud para adaptarse a las transiciones del ciclo vital familiar.
- **Repetición de pautas a través de las generaciones.** Su reconocimiento ayuda a las familias a no repetir conductas nocivas en el presente y transmitir las en el futuro. Se deben buscar pautas de funcionamiento, vinculares y estructurales repetitivas.
- **Sucesos de la vida y funcionamiento familiar.** Sirve para identificar eventos trascendentales en la vida de sus miembros y comprender su conexión con cambios en el funcionamiento familiar.
- **Pautas vinculares y triángulos.** Definidas como fusionadas, hostiles, conflictivas o distantes. Las triangulaciones son interrelaciones entre tres miembros, en el cual el funcionamiento de cada par influye en los otros dos.
- **Equilibrio y desequilibrio familiar.** Su análisis es complejo, para lo cual se integran todos los elementos y principios recolectados anteriormente, incluida la estructura, funcionalidad y roles (Domínguez, 2015; p. 7-18. Armas, 2007; p. 35-42).

3.4 Rol de la familia en el puerperio

El papel de la familia es determinante en la forma como se vive el postparto. La abuela materna, la madre y el compañero son las principales figuras de apoyo de la mujer puérpera. El soporte familiar es multidimensional, determinando la capacidad de adaptación del sistema a los nuevos sucesos, ofreciendo el apoyo y los recursos necesarios para sobrellevarlo (Bensaja, García, Neiva, Nieto, Koller, 2011; p. 4).

Así, las relaciones familiares positivas y cercanas permiten el desarrollo de sentimientos de pertenencia y la movilización de recursos físicos, psicológicos y sociales para lidiar con los eventos que surjan (Silva, Nakano, Gomes, Stefanello, 2009; p. 2). Sin embargo, el puerperio a pesar de ser un evento anticipado y aceptado por la familia, podría generar tensión en las relaciones familiares y desequilibrio de todo el sistema (Bensaja, García, Neiva, Nieto, Koller, 2011; p. 4).

La vivencia de esta etapa está influenciada por la calidad de las relaciones entre sus holones. La familia entonces puede ser considerada como un factor de protección para la madre y su nuevo hijo si proporciona una relación positiva, de apoyo, con proximidad, consistencia y continuidad; o como un factor de riesgo, al estar ausente o ser disfuncional (Bensaja, García, Neiva, Nieto, Koller, 2011; p. 4).

Las prácticas del puerperio tienen su origen y fundamento en la familia, con un importante componente cultural y generacional, por lo que es fundamental analizar la teoría de las representaciones sociales.

3.5 Teoría de las representaciones sociales

Las representaciones sociales son definidas como sistemas de conocimientos con una lógica y un lenguaje propio. Se conocen como “saber del sentido común”, es decir, opuestas al conocimiento científico. Son valores, ideas y prácticas que, con un orden, permiten a los individuos orientarse en un mundo material y dominarlo; así como comunicarse, al proveerles un código en el intercambio social, para referirse con claridad a aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal (Materán, 2008; p. 244. Mora, 2002; p. 2).

Las representaciones sociales cumplen diferentes funciones, como son:

- Transformar una realidad extraña en familiar para el grupo social.
- Fomentar la comunicación social, con puntos de vista compartidos y divergentes sobre diferentes problemáticas.
- Promover el pensamiento colectivo y la reflexividad, proporcionando una identidad social.
- Justificar las decisiones y conductas que se dan en las interacciones sociales (Materán, 2008; p. 245).

Una representación social es un conocimiento que surge y se comparte en un grupo, con una dinámica individual, lo cual refleja la diversidad de los agentes y la pluralidad de las construcciones simbólicas. Según Moscovici, surgen en momentos de crisis, de una manera convergente, a través de las conversaciones interpersonales, posicionándose entre los conceptos y la percepción (Materán, 2008; p. 246).

Para la creación de una representación social se requieren tres condiciones: la dispersión de la información, la focalización del sujeto individual y colectivo, y la presión a la inferencia del objeto socialmente definido (Materán, 2008; p. 246).

Se expresan en proceso y contenido, la primera hace referencia a como se adquieren los conocimientos, el segundo se manifiesta en tres dimensiones, como son actitud, información y campo de representación. La actitud es el aspecto afectivo de la representación; la información es lo que se explica; y el campo de la representación es como se organizan los elementos que la estructuran (Materán, 2008; p. 246).

Pierre Bourdieu refiere que los hábitos desempeñan un papel importante en las representaciones sociales. Ellas manifiestan la parte subjetiva de las personas, y se manifiestan en sus acciones habituales. Las representaciones sociales y los hábitos son conceptos homólogos y construyen estrategias que los agentes utilizan para desenvolverse dentro de su campo y espacio social (Piñero, 2008; p. 2-8). A la vez Moscovici manifiesta que algunos de sus elementos son estables, por lo que pueden continuar manifestándose por un largo tiempo, permitiendo su identificación (Materán, 2008; p. 248).

4. Metodología

4.1 Materiales y método

El presente es un estudio cualitativo, prospectivo, de orden fenomenológico, orientado a la descripción y comprensión de las prácticas culturales que realizan las mujeres puérperas en la parroquia Molleturo, en el contexto de la estructura familiar.

Para identificar a los posibles sujetos de estudio se solicitó a la Coordinación Técnica del centro de salud Molleturo, y a los informantes claves en cada comunidad, el registro de las mujeres embarazadas y de las puérperas. Se realizó una prueba piloto previa de la entrevista semiestructurada a tres de las mujeres identificadas, con el fin de validar el instrumento, sin que la información proporcionada forme parte de los resultados de este estudio (ver anexo 2). Posteriormente, tomando en cuenta los criterios de inclusión y heterogeneidad planteados, se seleccionó a las participantes del estudio, y se les explicó los objetivos de la investigación, quienes confirmaron su participación mediante la firma del consentimiento informado.

La recolección de la información fue realizada por el investigador mediante la aplicación de la entrevista a profundidad y del genograma con el programa GenoPro. La información fue levantada y registrada en el domicilio de cada una de las participantes, evitando interrumpir las actividades de cuidado y la privacidad del entorno familiar. Las entrevistas fueron transcritas por el investigador y, con el fin de garantizar la confidencialidad de los datos, los nombres de los participantes fueron codificados, para lo cual se utilizó la primera letra del nombre y del apellido, más el número correspondiente al orden en que se realizó la entrevista.

Para el análisis se utilizó el programa Wordle online, que permitió identificar las palabras núcleo y sus sintagmas; simultáneamente se identificó el modo de prédica y el grado de referencia de los discursos. Posteriormente se realizó el estudio narrativo del contenido, con la identificación de las categorías centrales del estudio. Se analizó conjuntamente la estructura familiar de cada entrevistada, utilizando la teoría de las representaciones sociales. Finalmente se realizó la triangulación de datos con ayuda de dos expertos en el tema.

4.2 Tipo y área de estudio

Se trata de un estudio cualitativo, prospectivo, con enfoque fenomenológico que consta de tres partes: la descriptiva, la estructural y la de discusión, lo que permite situarse en el marco de referencia interna de las puérperas para conocer lo que vive y experimenta.

4.3 Selección de la unidad de análisis y observación del paciente

El universo estuvo constituido por todas las mujeres puérperas de la parroquia Molleturo. La obtención de la muestra fue intencional y razonada; se estableció mediante saturación de discurso, la misma que se logró con seis puérperas.

4.3.1 Perfil de las participantes.

- Mujeres que cursan hasta los 2 meses postparto, que acudan o no al control de salud en el “Centro de salud tipo B Molleturo”.
- Cualquier tipo de parto
- Que firmen el consentimiento informado.

4.3.2 Criterios de heterogeneidad.

- Extranjeros con poco tiempo de residencia o de visita
- Mujeres con déficit cognitivo
- Pacientes sedadas o que tomen medicación psicotrópica.

4.4. Categorías

Es importante indicar que las preguntas de la entrevista fueron planteadas en base a una proyección de las categorías (Anexo 1). Después del discurso emitido por las puérperas se reclasificaron en: apoyo familiar, transmisor cultural, y rituales fortificantes del postparto, las cuales serán analizadas posteriormente (ver resultados).

4.5 Análisis de la entrevista

Se registró y grabó la información obtenida mediante la aplicación de la entrevista semiestructurada y el genograma en cada una de las participantes, hasta la saturación del discurso. Se analizó la información obtenida, identificando la idea núcleo, el modo de prédica y el grado de referencia.

Las entrevistas realizadas fueron codificadas y transcritas, las frases que están entre comillas son las expresiones que emitieron las puérperas. La presencia de puntos suspensivos (...) entre los diálogos significa que se eliminaron algunas expresiones poco o nada relevantes. Los discursos fueron analizados utilizando la teoría de las representaciones sociales. Finalmente, las categorías obtenidas permitieron describir las prácticas culturales en el contexto de la estructura familiar.

Para la triangulación de los resultados se realizaron entrevistas con una partera de la zona y con un ginecólogo de la ciudad de Cuenca, lo que ayudó a comprender el conocimiento que tienen sobre las prácticas de cuidado de las mujeres en el postparto.

4.6 Aspectos éticos

Previo a la realización del estudio, se solicitó la aprobación del protocolo de la investigación al tribunal designado de la Universidad del Azuay. Para reclutar a las puérperas que cumplieron los criterios de inclusión, se les explicó los objetivos y propósitos del estudio, así como también se receptaron inquietudes sobre el mismo; además se solicitó que firmen el consentimiento informado escrito, en donde se menciona la posibilidad de abandonarlo en cualquier momento. También se les insistió en que la información obtenida será únicamente utilizada para fines investigativos y que el nombre de los participantes será mantenido bajo estrictas normas de confidencialidad.

5. Resultados

5.1 Características demográficas de las entrevistadas

Las participantes fueron en su totalidad mujeres mayores de 18 años, que cursaban los dos primeros meses postparto. Fueron captadas en las consultas médicas del centro de salud y en las visitas domiciliarias de las comunidades rurales de la parroquia Molleturo: “Trece de Abril”, “Suro”, “Pueblo Nuevo”, “Ocho de septiembre” y “Yumate”. La muestra se saturó con seis participantes. La codificación permite no identificar a las personas participantes más que para los fines de análisis.

5.2 Configuraciones familiares de las entrevistadas

Las entrevistadas son, en su mayoría, adultas jóvenes y multíparas. La edad del primer parto, en cinco de las seis entrevistadas, fue en la adolescencia. El último parto fue, en cuatro de las seis entrevistadas, de tipo domiciliario. Todas ellas cumplieron con las prácticas culturales en el puerperio que cursan (ver tabla 2). La mitad de las entrevistadas son el soporte económico único de la familia (ver tabla 1).

Tabla 1

Distribución de las participantes según edad, número y tipo de parto, y cumplimiento de las prácticas culturales, 2018

Código	Edad (años)	Número de gesta	Tipo de parto	Prácticas culturales
DG01	32	Multípara	En domicilio	Sí
LG02	35	Multípara	En domicilio	Sí
DG03	26	Multípara	En domicilio	Sí
JC04	19	Primigesta	Hospitalario (eutócico)	Sí
BM05	45	Multípara	En domicilio	Sí
JB06	20	Multípara	Hospitalario (eutócico)	Sí

Fuente: Trabajo de investigación

Realizado por: Autora

5.2.1 Interpretación de los genogramas

- **Estructura familiar.** Cuatro de las seis familias se clasifican según su estructura en extensas, es decir, cuentan con tres o más generaciones; siendo por el núcleo de hijos la mayoría mononucleares; y por la presencia de los padres todas con familiares cercanos. Tres de las familias están desintegradas, dos de ellas se han reconstituido. Según su desarrollo, la mitad de las mujeres entrevistadas aporta económicamente al hogar de forma regular, es decir, se clasifican como modernas, sin embargo este rol es suspendido en el puerperio. Los hallazgos se resumen en la tabla 2.
- **Subsistemas.** Tres de las seis entrevistadas conviven con sus parejas, refiriendo una relación positiva entre ellos. Las demás mujeres describen una ruptura total del holón conyugal y padre-hijo. Respecto al holón individual, todas las entrevistadas han sido madres a temprana edad (adolescencia tardía), lo que ha repercutido en el desarrollo de sus proyectos de vida.
- **Adaptación al ciclo vital.** Las familias de las seis entrevistadas se encuentran en un proceso adecuado de adaptación a los cambios del puerperio y a la integración del nuevo miembro familiar, aportando positivamente en los cuidados de las mujeres.
- **Pautas repetitivas.** Como se mencionó anteriormente, en todas las mujeres entrevistadas se cumplieron las prácticas de cuidado puerperal, encontrándose en el genograma como una pauta repetitiva, es decir, se ha presentado en todas las generaciones graficadas, tanto en las líneas maternas como paternas, por lo que la transmisión es fuerte. Otras pautas repetitivas encontradas fueron el apoyo familiar, el embarazo en adolescentes y la migración (ver gráficos 1 y 2).
- **Sucesos de la vida y funcionamiento familiar.** En una de las entrevistadas, por hospitalización de su recién nacido, se interrumpieron los cuidados a los quince días postparto.
- **Triangulaciones.** No se evidenciaron triangulaciones en los genogramas, pero si una relación positiva con las figuras femeninas, tanto de su propia familia como de la de sus parejas, en cuatro de las seis familias.
- **Equilibrio y desequilibrio familiar.** La cercanía de los padres y el apoyo familiar recibido, con la oportuna planificación y modificación transitoria de los roles de cuidado y de sustento económico,

brindaron los recursos necesarios para permitir el cumplimiento de las prácticas de cuidado y facilitar la transición del nuevo periodo, es decir, todas las familias se encuentran equilibradas.

Tabla 2

Distribución de las familias de las participantes según su tipología, 2018

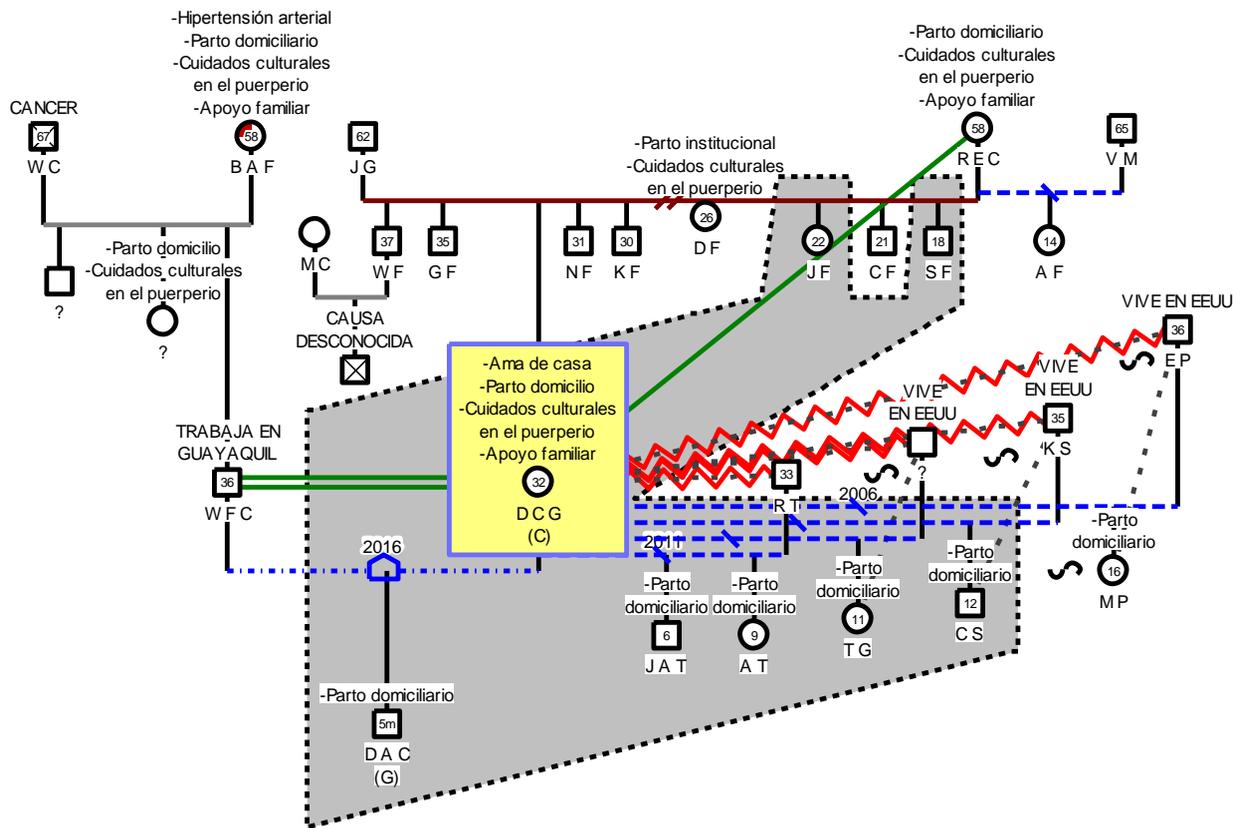
Código	Tipo de familia				
	Estructura	Residencia	Integración	Ocupación	Desarrollo
DG01	-Extensa -Pentanuclear	Rural	Desintegrada (reconstituida)	Campesina	Moderna
LG02	-Mononuclear	Rural	Integrada	Campesina	Tradicional
DG03	-Binuclear	Rural	Desintegrada (reconstituida)	Campesina	Moderna
JC04	-Extensa -Mononuclear	Rural	Integrada	Campesina	Tradicional
BM05	-Extensa -Mononuclear	Rural	Integrada	Campesina	Moderna
JB06	-Extensa -Mononuclear	Rural	Desintegrada	Campesina	Tradicional

Fuente: Trabajo de investigación

Realizado por: Autora

A continuación se exponen dos genogramas realizados que permiten realizar el análisis de la estructura y relaciones familiares.

Figura 1: Genograma de DG01, 2018

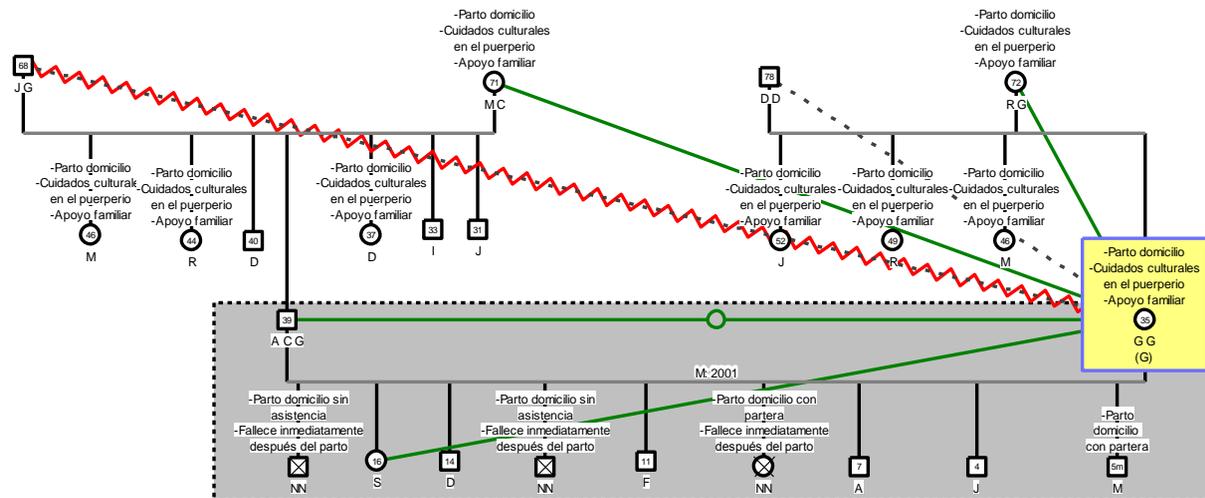


Fuente: Trabajo de investigación

Realizado por: Autora

La familia de DG01 es extensa, pentanuclear, moderna, reconstituida y, por las relaciones familiares, de tipo disfuncional. La relación de la persona índice con sus ex parejas es distante y conflictiva, la cual se expresa como una pauta repetitiva; sin embargo cuenta con el apoyo materno y de su nueva pareja para los cuidados. El parto en domicilio se visualiza además en las tres generaciones, junto con los cuidados culturales del posparto.

Figura 2: Genograma de LG02, 2018



Fuente: Trabajo de investigación

Realizado por: Autora

La familia de LG02 es mononuclear, integrada, tradicional y funcional por las relaciones descritas entre sus miembros. Se evidencia la repetición en tres generaciones de pautas como: los partos domiciliarios, el cumplimiento de las prácticas culturales y el apoyo familiar de las líneas materna y paterna que fortalecen la transmisión hacia la persona índice. Se manifiesta una buena relación en el holón conyugal y parental.

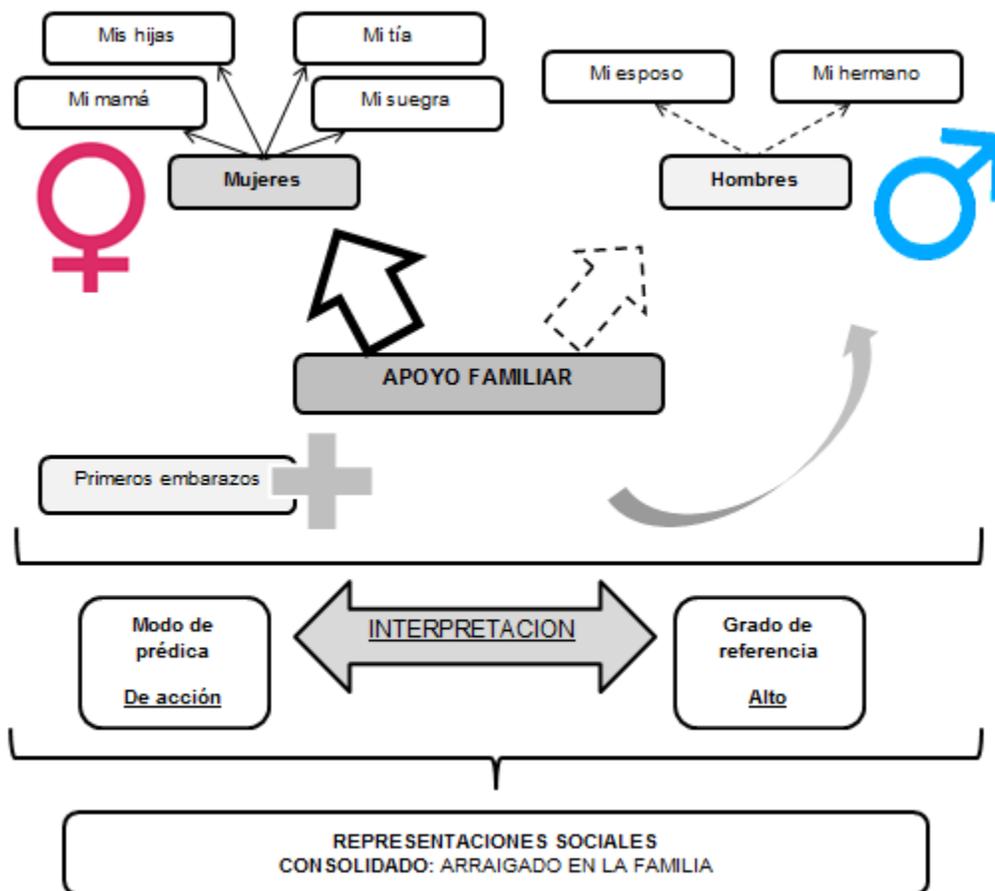
Con los datos recolectados se evidencia que todas las mujeres han cumplido con las prácticas culturales de cuidado puerperal, independientemente de su edad, el número de gesta, y tipo de parto y de familia. Todas las entrevistadas han contado con fuertes redes de apoyo familiar, que han influido en su cumplimiento, y en de las anteriores generaciones.

5.3 Análisis de las categorías

Con los datos recolectados de las entrevistas se obtuvieron tres categorías, las mismas que se analizan a continuación:

5.3.1 Apoyo familiar.

Figura 3: Apoyo familiar de las púerperas de la parroquia Molleturo, 2018



Fuente: Trabajo de investigación

Realizado por: Autora

Las entrevistadas hablaron de su soporte social, quedando a cargo exclusivamente de la familia. Se identificaron las ideas núcleo: “mujer” y “madre”, con otras actrices femeninas como sintagmas (“mi suegra”, “mi tía” y “mis hijas” en el caso de múltiparas). Las madres se encargan del rol de cuidado familiar en este periodo, desde tiempos ancestrales.

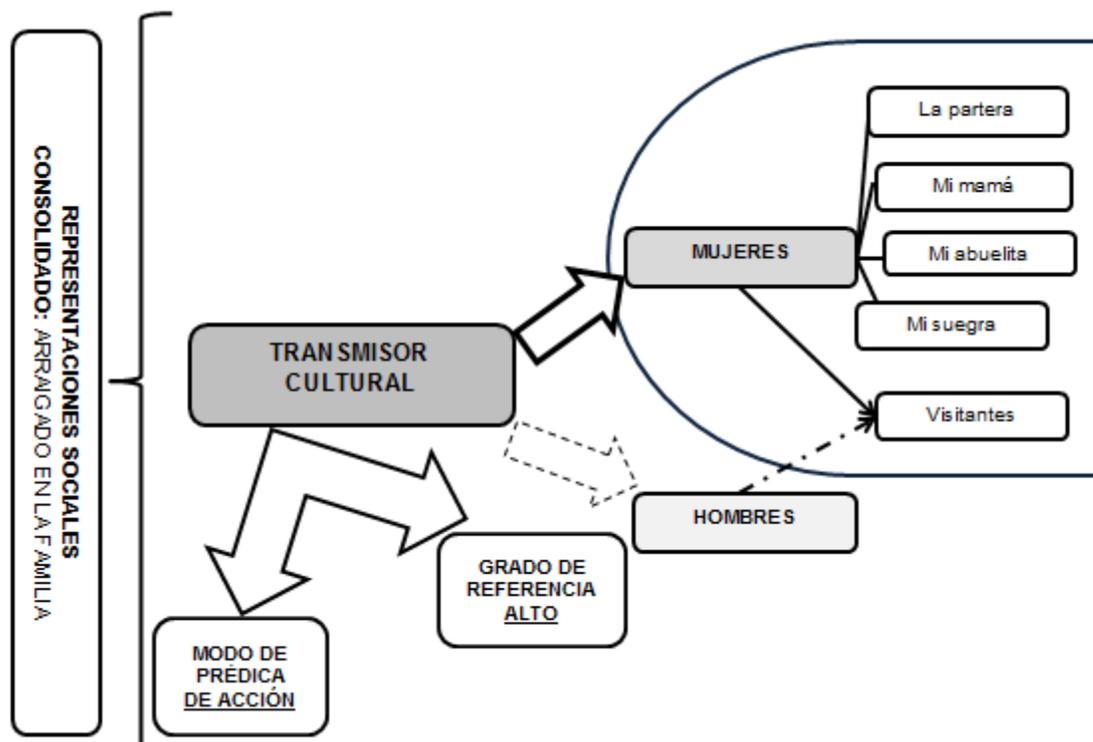
El apoyo familiar se identificó como requisito indispensable para el cumplimiento de las prácticas en todas las familias, en especial de las madres primerizas, visualizándose como una pauta repetitiva y que probablemente continuará transmitiéndose a las siguientes generaciones. Es un rol asignado al sexo femenino, pero se evidencia también la participación masculina en ellos.

LG02: “Cuando di a luz mi mamá atendió el primer niño, de ahí mi esposo, de ahí aprendió el....”.

El modo de prédica de todos los discursos fue de acción con un alto grado de referencia, con lo que se concluye que el apoyo familiar corresponde a una representación social consolidada, que se ha comunicado entre los individuos a través del tiempo para dar soporte a los cuidados del puerperio.

5.3.2 Transmisor cultural.

Figura 4: Análisis e interpretación de la categoría “Transmisor cultural” en las púerperas



Fuente: Trabajo de investigación

Realizado por: Autora

Respecto a los transmisores culturales, la idea núcleo obtenida es “mujer” nuevamente, con sintagmas como “la partera”, “mi mamá”, “mi abuelita”, “mi suegra”, “los que visitan”.

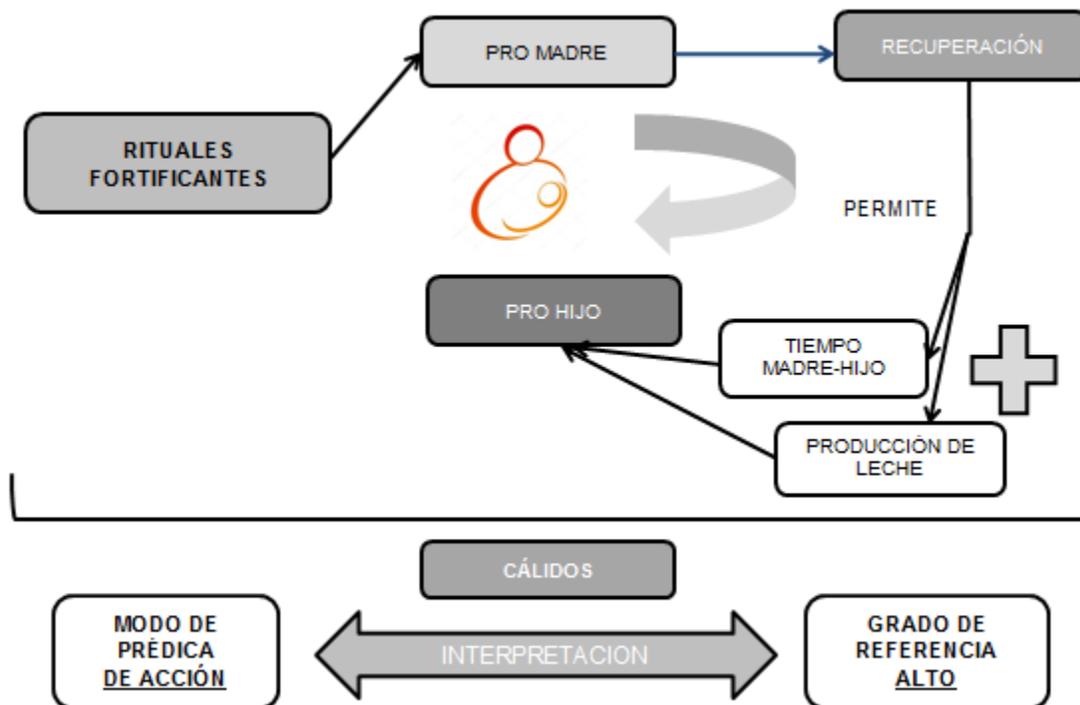
JC04: “Mi mami y la partera, siempre me dicen qué hacer, qué no hacer...”.

Las expresiones se vierten como una pauta de repetición, siendo también un rol asignado a las mujeres de la familia y de la comunidad. El modo de prédica de los discursos es de acción, con un alto grado de referencia, por lo que se puede afirmar que la transmisión cultural a cargo de las figuras femeninas de la comunidad se ha consolidado claramente como una representación social, comunicándose en este grupo social a lo largo del tiempo para dar continuidad a los cuidados de las mujeres puérperas.

LG02: “Eso saben comentar mis abuelitas, de ahí vuelta mi mamá, mi suegra también... Cuando luego di a luz mi mamá atendió el primer niño, de ahí mi esposo, de ahí aprendió el...”.

5.3.3 Rituales fortificantes.

Figura 5: Análisis e interpretación de la categoría “Rituales fortificantes” en las puérperas, 2018



Fuente: Trabajo de investigación

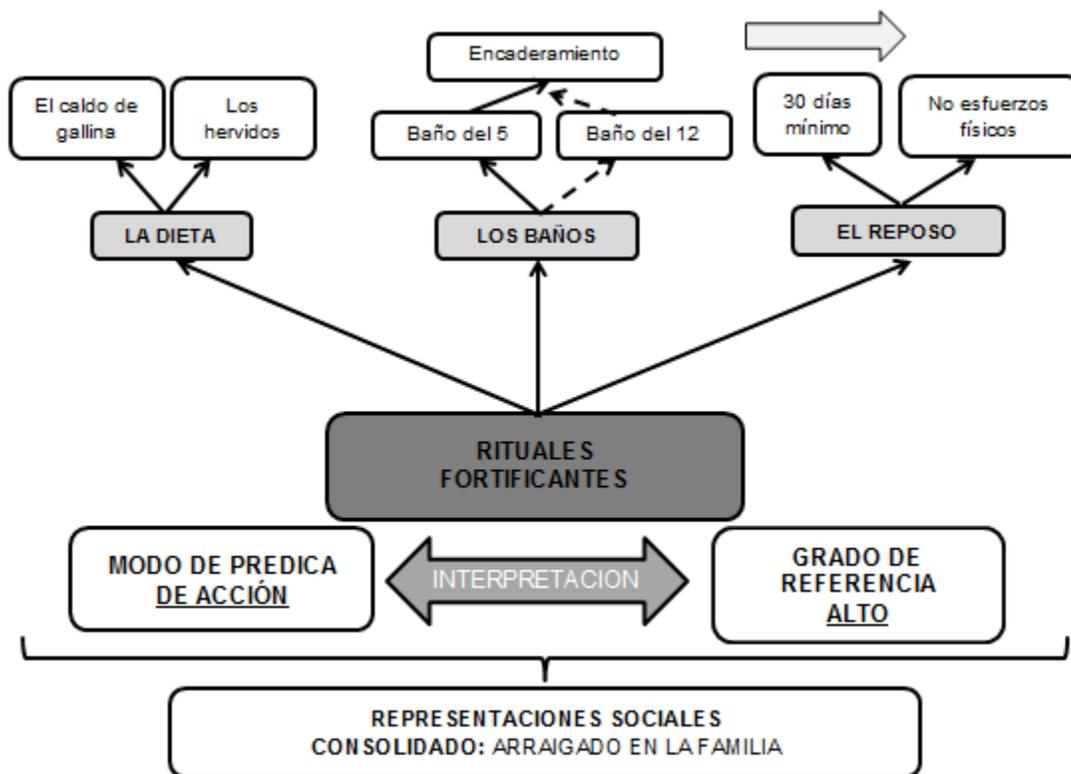
Realizado por: Autora

Las entrevistadas mencionaron al “fortalecimiento” y la “recuperación” como objetivos de los cuidados del puerperio, con un enfoque no solo físico, sino biopsicosocial, y no solo de sí mismas, sino además de sus recién nacidos. Las mujeres reconocen que, al cumplir con todas las prácticas recomendadas, podrán recuperarse rápidamente y cuidar de mejor manera a sus hijos, mencionando una adecuada práctica de lactancia en especial. Además reconocen la importancia de la calidez en todas las prácticas, reconociendo al frío como generador de enfermedad en el dúo madre-hijo.

BM05: “Me decían esito tomará, cuida los fríos, y para que llegue leche para el bebé...”.

DG03: “Todo es hervido, nada frío...”.

Figura 6: Descripción de la categoría “Rituales fortificantes” en las puérperas, 2018



Fuente: Trabajo de investigación

Realizado por: Autora

Dentro de los rituales descritos se identifican como ideas núcleo: “la dieta”, “los baños” y “el reposo”, con sintagmas como “el caldo de gallina”, “el cinco”, “encaderar”, “no hacer fuerza”, “pasar en cama”. Todos ellos tienen como propósito la recuperación física y emocional madre-hijo.

Los discursos tienen un grado de referencia alto y un modo de prédica de acción. Los rituales son una manifestación directa de la teoría de la representación social de Moscovici, que se han generado a través de la comunicación entre las diferentes generaciones del grupo social, siendo aceptados y preservados hasta el momento, para cuidar la salud de estos grupos poblacionales. Se analizan a continuación:

Tiempo de cuidado.

El tiempo destinado al cuidado de la puérpera es de un mes, con el fin del retorno “a la normalidad”, es decir al estado pregestacional. Sin embargo la duración de este periodo depende de la disponibilidad del tiempo del cuidador. Así, se evidencia que las actividades de la vida moderna, sobretodo de tipo laboral han influido en su disminución.

BM05: “Con el último guagua un mes me cuidé, pero ahora en este último me guardé masito porque ya había quién atienda...”.

Alimentación.

A base del caldo de gallina y huevos criollos, a más del chocolate y abundantes líquidos. La dieta gira en torno a la provisión de nutrientes (“alimento”) para recuperar a la puérpera, así los alimentos criollos proporcionan una mayor cantidad de vitaminas para la puérpera, sin contener químicos. Los caldos y demás líquidos sirven para favorecer la hidratación y producción de leche para su hijo.

JC04: “Sólo la gallina criolla porque dicen que es alimento, porque uno pierde bastante sangre dando a luz...”.

El chocolate “nacional” debe ser sembrado y cosechado en sus tierras, preparado por ellas mismas o por sus madres antes del parto. Se lo consume por favorecer la involución uterina, eliminación de loquios y fortalecer a la mujer. Por las mismas razones se consumen otros alimentos como la colada de avena, de maíz y machica.

LG02: “El chocolate es bien alimento, toditos los días sé tomar, para qué ayude a botar todas esas basuras que cría adentro, en dónde está el niño...”.

Los “hervidos” son aguas de montes cálidos, a los que si se les adiciona licor se denominan “gloriados”. Sirven para saciar la sed de la puérpera, recuperar los líquidos perdidos en el parto, y tranquilizar a la mujer, así como facilitar la producción de leche. El alcohol utilizado es generalmente artesanal, con una concentración desconocida, en dosis matinal de aproximadamente 50 cc. Únicamente la mitad de las entrevistadas lo consumieron en algún momento del postparto aduciendo que no es una práctica obligatoria.

DG03: “El día primero sabe ser el gloriado para que el estómago se endure... se toma cada mañana, hasta los 15 días. Yo tomaba porque decían las comadronas, así mismo mi mamá...”.

Otras hierbas medicinales como la Hierba de Infante (*Desmodium molliculum*), de Paraguay (*Ilex paraguariensis*) y el Poleo (*Mentha pulegium*), utilizadas en infusiones, además de hidratar a la mujer, favorecen la contracción uterina, la producción de leche, y evitan la “recaída” (Wikipedia, 2018). Se recalca la importancia de no dar los alimentos cálidos en exceso, porque también producirían enfermedad.

DG01: “Agua de remedios tomo para la sed... cuida de los fríos, y para que llegue leche para el bebé...”.

Alimentos prohibidos.

Así mismo hay ciertos alimentos que las puérperas evitan en este periodo, como son: verduras, frutas, granos, papas, coles, cebollas, café, gaseosas, enlatados, y cualquier alimento frío. Aducen que, por ser demasiado “frescos” producen malestar e irritabilidad en el recién nacido y en ellas enfermedades como: “recaídas”, “flujo” y “pasma”, caracterizados por cefalea, dolor estomacal, sudoración, erupciones cutáneas, caída de dientes, disminución de la producción de leche, sangrados vaginales, etc. Se explicarán en detalle estas enfermedades (ver triangulación de datos).

DG03: “Las frutas viene a dar la caída de la dentadura, es que son frescos, y hace mal al estómago...”.

JC04: “Me quitaron la cebolla porque dicen que es pasmiento y seca la leche...”.

Reposo.

El descanso en la mujer equivale a su recuperación. Es absoluto durante los primeros cinco días, cuando se realiza el primer baño (“del cinco”), ritual necesario para el fortalecimiento físico, después del cual puede levantarse de su cama, por primera vez desde el parto, y deambular, pero únicamente para dedicarse a los cuidados propios y los de su hijo. El reposo se convierte en relativo y se mantiene hasta el mes generalmente, o hasta que la mujer y su familia lo consideren necesario.

LG02: “No me levantaba de la cama, sólo cuando llega señora Lucha a hacerme bañar del 5 me levanto... Después ya bajo al suelo, adentrito ando...”.

Si no se cumple con el reposo, las mujeres refieren presentar “flujo” (sangrado vaginal), y asociado al esfuerzo físico describen además el descenso del útero asociado a otras complicaciones (ver triangulación de datos).

Aseo y rituales de baño.

Los baños, como rituales, se realizan cuando el cuerpo de la mujer ha descansado y se ha endurecido lo suficiente, sirven para refrescar y fortalecer aún más su cuerpo. El primero se realiza al quinto día postparto, es llamado el “baño del cinco”, y posteriormente se realiza un segundo baño en el día doce (“baño del doce”). Ambos se llevan a cabo junto a la cama de la puérpera, son realizados por una tercera persona, generalmente una partera o cualquier experto. Para su preparación se utilizan varios tipos de montes cálidos, y licor. Se va introduciendo a la mujer en el recipiente con el preparado, lavando con cuidado el cuerpo desde abajo, a la vez que se le hace beber un poco de la mezcla. A todas las entrevistadas se les bañó en el día quinto, únicamente la mitad se realizaron el baño del doce, ya que a su criterio, el primero es el más importante y es suficiente para su recuperación.

DG03: “El cuerpo queda sensible, yo no podía pararme, me quedaba débil, entonces con lo que me dan el gloriado y me bañan, es como que el cuerpo me viene a endurecer...”.

El baño del quinto día se realiza con más montes cálidos, con mucho cuidado y detenimiento, sin mojar su cabeza, ya que la puérpera tiene frío acumulado en el útero. En el baño del doce se lava el cabello únicamente con el preparado, para evitar su caída y aclaramiento. La falta de realización del segundo baño se asocia con el “pasma”, secreciones vaginales, tiñas y alopecia.

DG01: “Una señora que no hizo baño del doce, se ha criado una nata, aquí (señala vagina), aquí (señala pies), después ha empezado a partirse... Porque en el baño del doce se le soba bien todito como sacando el cutis antiguo, y no pela mucho el pelito...”.

Las puérperas, después del baño del quinto, se pueden realizar duchas vaginales con aguas de montes cálidos, pañitos húmedos o alcohol, esperando hasta el mes para el aseo habitual. Esta práctica se debe a que el canal vaginal está sensible y requiere cuidados más delicados que los regulares y desinfección; así mismo en la ducha el piso y el agua de baño pueden ser fríos, lo cual produciría las enfermedades mencionadas.

LG02: “Mi esposo me compra la Manzanilla (Chamaemelum Nobile) y el Infante (Mentha pulegium), eso me da toditos los días. Lo otro me sabe dar el alcohol, hace que pase con algodón por la vagina para que desinfecte sabe decir él...” (Wikipedia, 2018).

Encaderamiento.

Se realiza luego de los baños, tanto del cinco como del doce (“renovación de la cadera”). Consiste en fajar el abdomen de la puérpera para favorecer la involución uterina y prevenir su descenso. Después del baño se realiza un masaje en todo el cuerpo, ajustando el útero y las piernas a su posición normal, las mismas que quedan desiguales después del parto, así mismo para evitar la formación de várices; luego se coloca el emplasto de montes cálidos o el “Parche de León” (preparado con Capsaicina) en el abdomen de la mujer para disminuir los entuertos y favorecer la involución. Se deja fajando hasta cumplir el mes (Wikipedia, 2018).

DG01: “Después del baño me acosté y me compone el útero, me pone el parche de León, luego se soba todo el cuerpo para que no haga las várices. También los pies bien igualaditos. Y ahí se encadera...”.

LG02: “Para que venga a endurecer el vientre rectito dónde es y que venga a unirse las llaves, por eso es bien apretado...”.

No cumplir con esta práctica produce debilidad, incapacidad de caminar largas distancias y de trabajar con regularidad por una continua sensación de descenso del útero.

BM05: “Eso se deja el mes siquiera. Si no se encadera le baja el vientre, es cuando por andar que quiere caer alguna cosa...”.

Cuidados del frío.

Como se mencionó en líneas anteriores, todas las prácticas giran en torno a lo cálido. Las puérperas evitan la exposición al frío por causar numerosas enfermedades en ellas y en sus hijos, como “recaídas”, “pasma”, “resfrío”, disminución de producción de leche, como se profundiza más adelante (ver triangulación de datos).

DG03: “El frío me venía a hacerme sudar, me daba escalofríos, decían que da recaída...”.

JC04: “Si estoy en el frío me sale granos, y eso seca la leche...”.

Actividades prohibidas en el postparto.

Dentro de las actividades que las puérperas no pueden realizar en este periodo se identifica la idea núcleo: “no fuerza”; y a sus sintagmas: “no cosas de la casa”, “no barrer”, “no limpiar”, “no cocinar”, “no subir y bajar gradas”, “no exponerse al frío”, “no leer”, “no ver televisión”. No se deben realizar actividades que involucren un esfuerzo físico, mental y sensorial, ya que el cuerpo continúa debilitado, y requiere reposo para su completa recuperación. Su incumplimiento durante el primer mes postparto produce en la mujer enfermedades como: “recaída”, “flujo”, descenso del útero, “pasma”, cataratas y pterigium (ver triangulación de datos).

LG02: “Si barro, ese polvo del suelo levanta y crecen más pronto las cataratas, las carnosidades de los ojos... el vientre sabe querer bajar por hacer fuerza...”.

Las relaciones sexuales también están prohibidas en este periodo según cinco de las seis entrevistadas. Se debe a la debilidad del canal del parto, y para su recuperación se debe esperar de uno a tres meses.

Mencionan que sus parejas respetan esta práctica, aduciendo que un periodo de espera prudente permitirá la recuperación completa del cuerpo de la mujer para reanudar posteriormente su vida sexual sin complicaciones.

LG02: “No estamos juntos íntimamente hasta los cuarenta días porque sabe decir para que endure bien y no vaya a dar infección, el útero está tierno y lastimado, sabe decir que después tiene todo el tiempo...”.

5.4 Síntesis de las categorías

Tabla 3

Síntesis del análisis de las categorías del discurso

Análisis

Categoría	Idea núcleo	Grado de referencia	Modo de prédica	Conclusiones
Apoyo familiar	-“Madre”	Alta	De acción	Representación social consolidada
	-“Mujer”			
Transmisor cultural	-“Mujer”	Alta	De acción	Representación social consolidada
Rituales fortificantes	-“Recuperar”	Alta	De acción	Representación social consolidada
	-“Fortalecer”			
	-“Dieta”			
	-“Baños”			
	-“Reposo”			
Interpretación				<u>CUIDADO MADRE-HIJO</u>

Fuente: Trabajo de investigación

Realizado por: Autora

5.5 Triangulación de datos

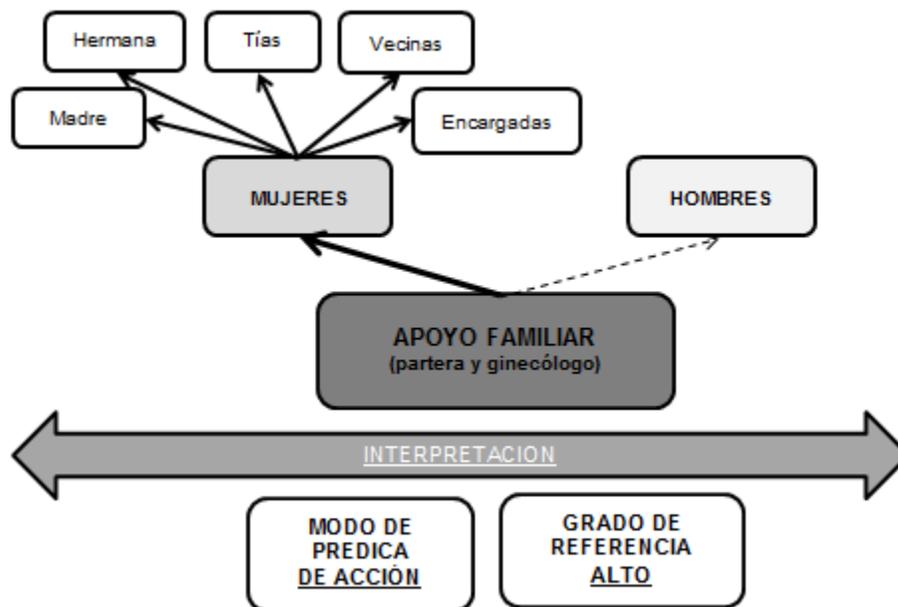
Se realizó la triangulación de las entrevistas con dos expertos en el tema: una partera de la zona (codificación LP) y un ginecólogo de la ciudad de Cuenca (codificación DD), al no existir este tipo de profesionales en la zona de estudio.

Las preguntas que se les realizó se enfocaron en las categorías que se obtuvieron de los discursos de las púerperas, estas preguntas fueron: ¿Conoce usted cómo se cuidan las mujeres después del parto?, ¿Quiénes le apoyan en estos cuidados?, ¿Quiénes transmiten estos conocimientos?

A continuación se describe el aporte realizado por los profesionales.

5.5.1 Apoyo familiar.

Figura 7: Apoyo familiar en el puerperio, según expertos, 2018



Fuente: Trabajo de investigación

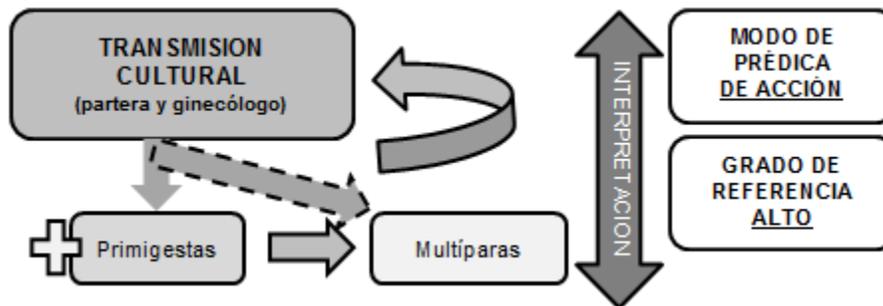
Realizado por: Autora

Ambos profesionales coinciden en que el apoyo familiar es indispensable para la realización de las prácticas, sobretodo de las figuras femeninas. El modo de prédica de los discursos fue de acción y el grado de referencia alto. Al respecto la partera LP menciona además, que cuando existe machismo en la familia, no hay participación masculina en el proceso. Así mismo describe una práctica discriminatoria, con disminución de los cuidados en las madres solteras.

LP: “Del reposo unos no hacen caso, el seis (día sexto postparto) ya levantan, pero bien ajustadas, cuando tienen maridos bravos que ya quieren ir botando, o las madres son solteras...”.

5.5.2 Transmisión cultural.

Figura 8: Transmisión cultural de las prácticas culturales en el puerperio, según expertos, 2018



Fuente: Trabajo de investigación

Realizado por: Autora

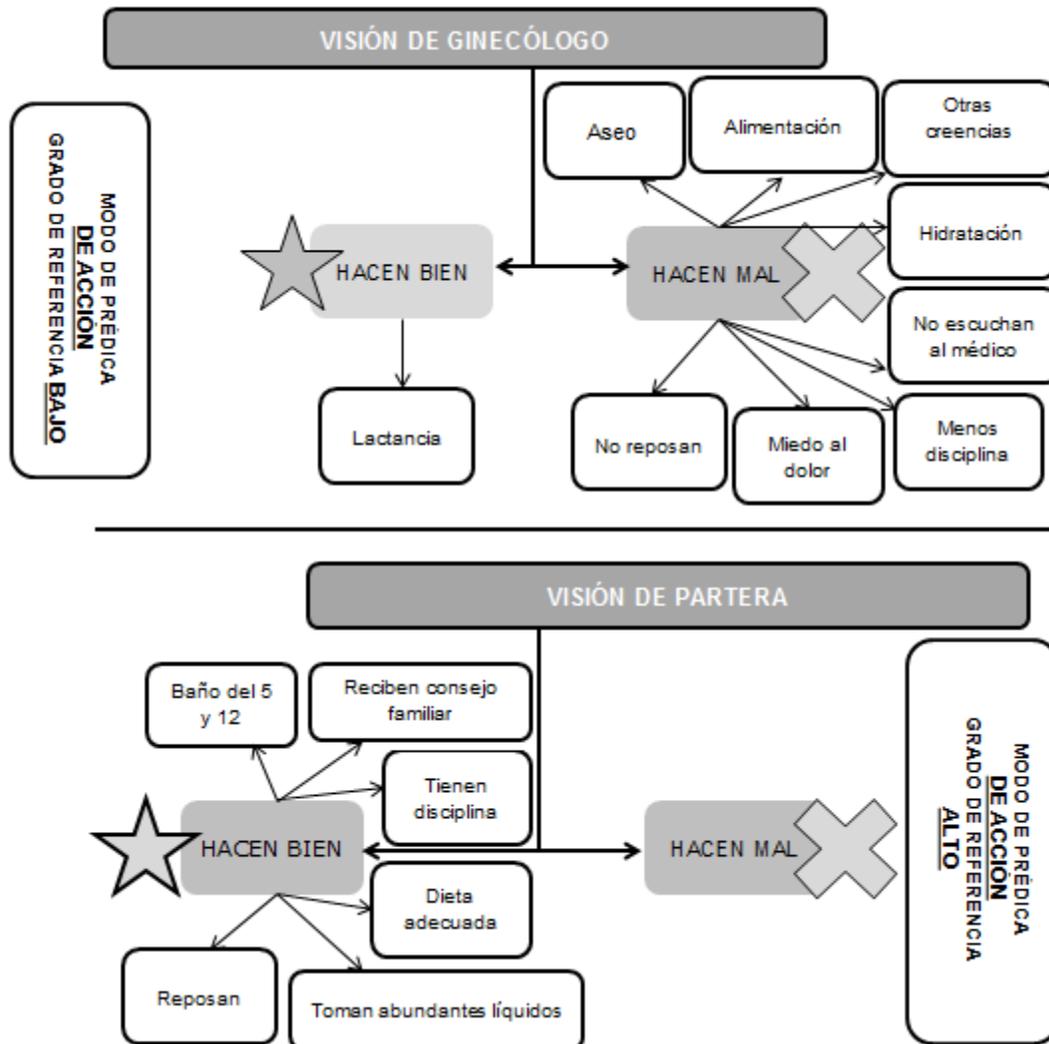
Los discursos de los profesionales tuvieron un modo de prédica de acción, con un grado de referencia alto y coinciden con los de las mujeres entrevistadas. La transmisión cultural toma principal importancia en las madres primerizas, quienes buscan consejo en los expertos, es decir, en las mujeres de la familia y la comunidad. Luego, con la experiencia adquirida, pueden cuidar de sus otros hijos, y a la vez continuar transmitiendo sus conocimientos a las demás familias. En este proceso también participan las figuras masculinas, sobretodo en mujeres múltiples, contribuyendo en los cuidados y ayudando a la vez en su permanencia a lo largo del tiempo.

LP: “Las que tienen varios hijos siguen la costumbre que ellas han tenido. Y cuando son los primeros preguntan a uno qué hará mal, qué se puede comer, que será alimento...”.

5.5.3 Visión de las puérperas.

El ginecólogo DD emite varias opiniones, desde el punto de vista profesional, acerca de las prácticas de las puérperas de la zona de estudio, que difieren ampliamente de las observaciones de la partera LP.

Figura 9: Visión de las puérperas, según expertos, 2018



Fuente: Trabajo de investigación

Realizado por: Autora

DD refiere que las pacientes del sector poseen un “conocimiento diferente” al científico, basado únicamente en el pensamiento mágico y cultural; y que además rechazan las indicaciones médicas brindadas, lo que genera una mayor incidencia de complicaciones en este grupo poblacional.

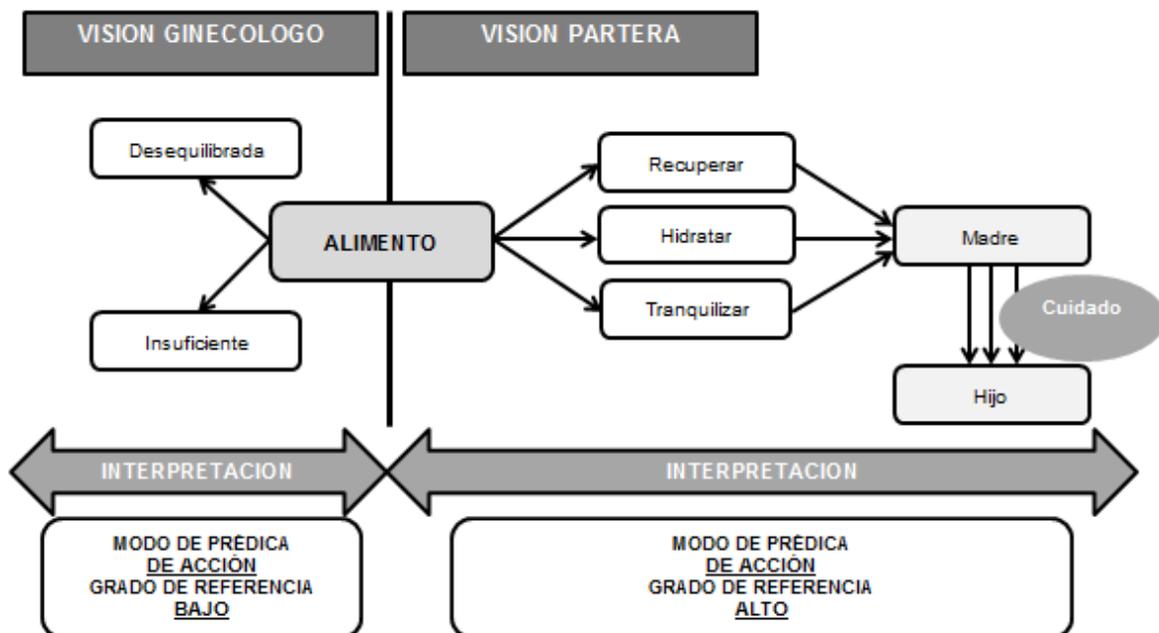
Describe que siguen una alimentación no balanceada, rica en carbohidratos, con hidratación y aseo deficientes; no acatan el reposo recomendado debido al modo de vida rural basado en el trabajo del campo para subsistir. Refiere que ellas tienen “miedo al dolor”, lo cual difiere ampliamente del criterio anterior. Ninguna de estas observaciones coincide con los datos recolectados en el estudio. Manifiesta que la única práctica positiva es la lactancia materna, con numerosos beneficios para su recuperación física. El modo de prédica del discurso es de acción, con un grado de referencia bajo, así:

DD: “A diferencia de la mujer de la ciudad, la mujer campo es muy disciplinada en la lactancia materna... a la larga tiene beneficios en el manejo del puerperio...”.

La partera LP defiende las prácticas de cuidado culturales realizados por las puérperas, las cuales están destinadas a recuperar física y emocionalmente a la mujer, así como también al beneficio del recién nacido. No refieren ninguna práctica de riesgo o inadecuada. El modo de prédica es de acción, con un grado de referencia del discurso alto, coincidiendo con los datos recolectados en las entrevistas.

5.5.4 Alimentación de las puérperas.

Figura 10: Alimentación de las puérperas, según expertos, 2018



Fuente: Trabajo de investigación/Realizado por: Autora

Los expertos mencionaron, dentro de los rituales más importantes, a la alimentación. Según el ginecólogo DD, la alimentación de las púerperas está basada en carbohidratos, con déficit de los demás grupos alimentarios, por producir una supuesta dispepsia, la cual no reconoce. Se refiere en específico a la falta de consumo de cebolla, por su supuesta interferencia con la cicatrización de heridas, y que coincide con los discursos. El modo de prédica es de acción, con un grado de referencia bajo.

DD: “Tienen miedo de los alimentos grasosos, piensan que afectan la cicatrización de las heridas...tienen miedo a los granos... tienen mucho miedo al dolor...”.

La partera LP menciona que la dieta gira alrededor del consumo de todo lo que sea alimento para la mujer, que le llevará a recuperarse tempranamente y evitar discapacidades en el futuro, pero sobretodo a ser capaz de cuidar de su recién nacido. Su discurso coincide con el de las entrevistadas, una dieta en base a la gallina criolla y sus derivados, así como del chocolate y los hervidos, es decir alimentos cálidos. Recomienda además el consumo de zanahorias y manzanas para recuperar la función mental y vista de la mujer, así como para evitar la caída de los dientes (“recaída”). El modo de prédica del discurso fue de acción, con un grado de referencia alto.

LP: “Lo que es lindo alimentar en el parto, es lindo, para toda la vida se ponen duras...”.

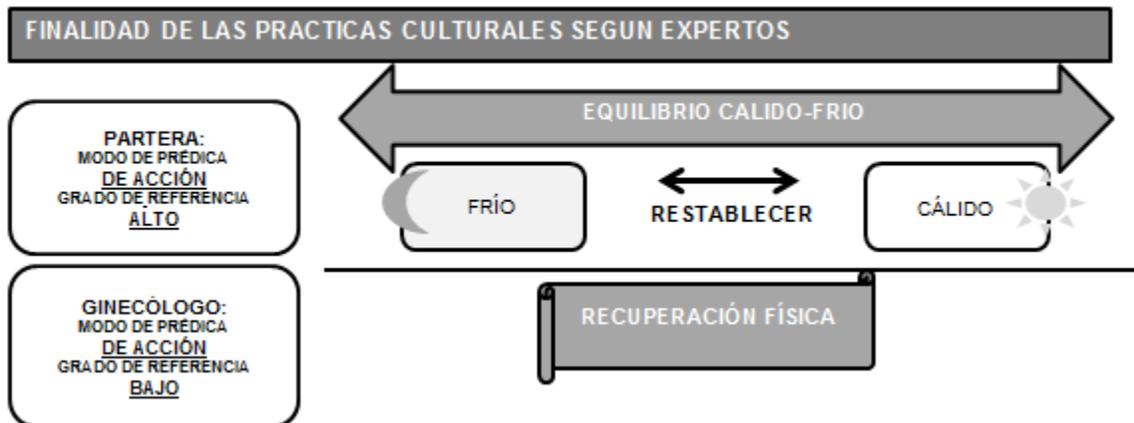
A más de los “hervidos” tradicionales y los “gloriados”, la partera habla de la importancia de beber un preparado de Guayusa (Ilex Guayusa) (Wikipedia, 2018), planta propia del sector medio-alto de la parroquia, con el objetivo de calmar la sed y favorecer la involución del útero.

LP: “De bebida tiene que tener la agüita de Guayusa para la sed que siempre tiene después del parto... La guayusa le incorpora al útero...”.

La alimentación, según el ginecólogo, es inadecuada, orientada por el pensamiento mágico, que beneficia poco a la recuperación física de la madre; según la partera es una práctica beneficiosa y busca el fortalecimiento integral (biológico, psicológico y social) del dúo madre-hijo.

5.5.5 Objetivos de los cuidados.

Figura 11: Objetivo del cumplimiento de las prácticas en las púerperas, según expertos, 2018



Fuente: Trabajo de investigación

Realizado por: Autora

El ginecólogo refirió que la finalidad de las prácticas es la recuperación del cuerpo de la mujer (modo de prédica de acción y grado de referencia bajo), mientras que la partera LP menciona que, al ser el parto un proceso frío, todos los cuidados servirán para restaurar el equilibrio térmico previo. Ella concuerda con las entrevistadas en la importancia de no extremar el calor brindado, sobretodo en la alimentación. El exceso de calor generaría mayor deshidratación y retarda la recuperación (modo de prédica de acción, grado de referencia alto).

Dentro de los alimentos con mayor calidez está el chocolate, que se brinda a la púerpera desde el día doce (entrevistadas lo toman de inmediato), combinado con otros nutrientes para neutralizarlo, como es la avena o el arroz. Dentro de los alimentos frescos o fríos se encuentran las verduras y frutas sobretodo. El exceso de alimentos cálidos o fríos produce malestar estomacal en la mujer, así:

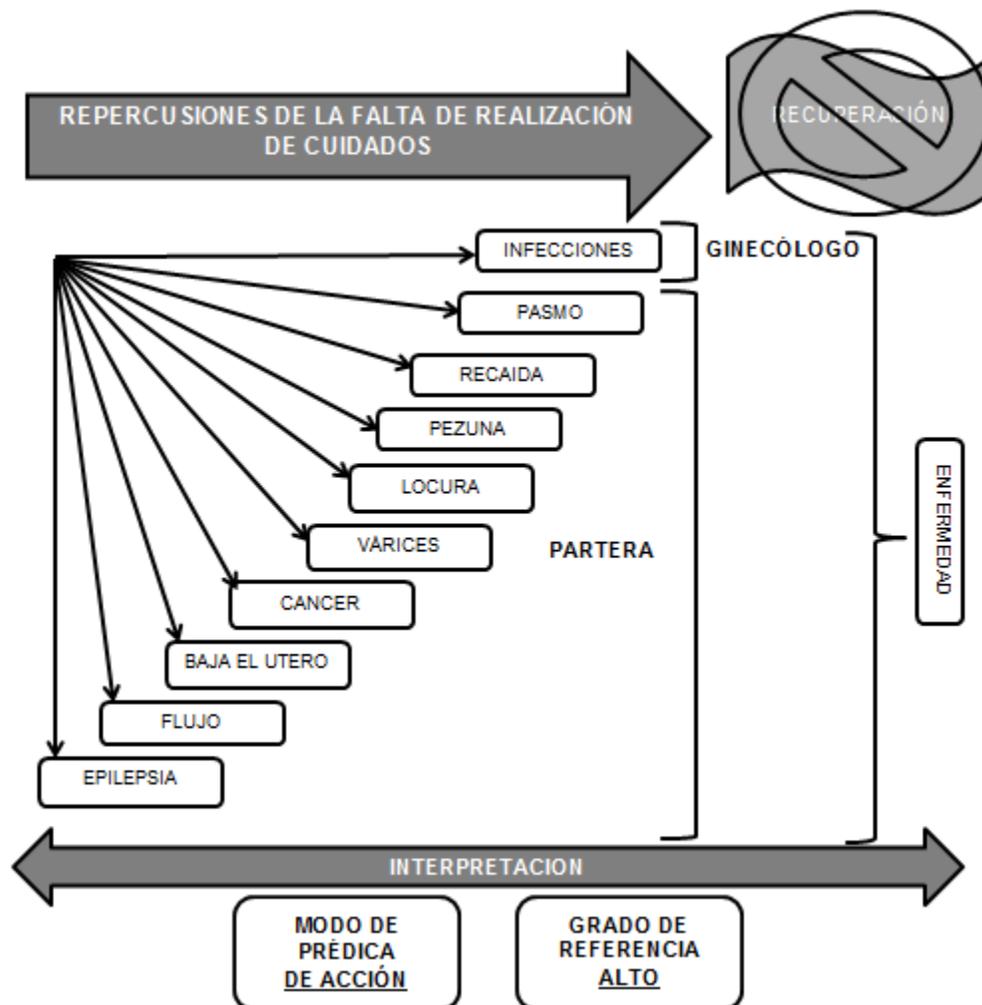
LP: "Muy cálido hace mal a la mujer... Frescos tampoco puede, tiene que comer así normalito, templadito..."

Estos cuidados térmicos están involucrados en todas las prácticas. Así se menciona por ejemplo el “evitar tocar la cuchara fría” que podría producir “resfríos”, “recaídas”, “pasma”, dolores musculares e infecciones respiratorias (se explican detalladamente más abajo):

LP: “La parturienta que no coja pronto la cuchara, que no coja el frío, o sino ¡zaj! (grita) una punzada (muestra cuello) y eso lo que sufren bastante. Y la cabeza que no tengan descubierto, para que no dé neumonía...”.

5.5.6 La falta de cuidados en el postparto.

Figura 12: Repercusiones por la falta de cuidados en el puerperio, según expertos, 2018



Fuente: Trabajo de investigación

Realizado por: Autora

El ginecólogo DD menciona que las mujeres de la zona no mantienen hábitos higiénicos adecuados. Manifiesta que ellas no acostumbran un aseo regular, a excepción del baño del quinto día, lo que genera una serie de complicaciones, sobretodo endometritis e infecciones de heridas. El modo de prédica del discurso es de acción, con un grado de referencia alto.

DD: “Por las creencias sobretodo del quinto día, no se bañan y llegan con complicaciones...”.

La partera LP coincide con los discursos previos, describiendo el “baño del cinco y del doce” para fortalecer y refrescar a la mujer que se encuentra débil y que ha perdido gran cantidad de líquidos. Advierte no mojar la cabeza de la puérpera antes del día doce porque produce “locura”. El modo de prédica del discurso es de acción y el grado de referencia es alto.

Así mismo LP menciona en su discurso varias enfermedades producto de no seguir los cuidados recomendados, como son:

Pasmo. Afección que resulta de la exposición al frío. Se caracteriza por sarpullido de la piel y prurito.

LP: “Qué se hace como brechitas en la piel, qué anda como gusanitos, como estar andando arañas. Viene cuando coge cosas frías...”.

Resfrío. Asociado con la recaída, es descrita como calambres en el cuerpo, malestar estomacal, astenia y falta de apetito. Se produce por la exposición al frío.

LP: “El frío da recaídas, da calambres... Unos calambres es a la pierna que no le deja funcionar, o sino los dedos, eso es porque coge los fríos, la ropa mojada...”.

Recaída. Se produce cuando no se guarda reposo durante el primer mes, así como por la exposición al frío. Las manifestaciones incluyen: sudoración, desmayos, hemorragias, cefalea, calambres, cólicos, caída de dientes, dolor de huesos, y dolor de cabeza y espalda.

LP: “Empieza lagrimeo a los ojos, esta recaído, y también destiemplos los dientes... El frío da recaídas, da calambres...”.

Pezuña. Cuando no se realiza el baño del día doce. Se caracteriza por hiperqueratosis de palmas y plantas, seguida de una descamación de la capa superficial.

LP: “Los pies tienen como cueros, es como estar puesto en el agua y lo que salen como cueros los pies...”.

Locura. Se da cuando se moja la cabeza antes del día doce, sobretodo si es con agua fría.

LP: “La señora se hizo loca, y había sido la causa solo que bañó la cabeza en cinco (día cinco)...”.

Várices o bejucos. Aparecen cuando no se da un masaje adecuado en las piernas después del “baño del cinco”, quedándose la sangre atorada en ellas.

LP: “Después del cinco (día cinco) encaderar, poner bien apretado, igualando, pateando, porque atora la sangre y cría la várice...”.

Cáncer (útero). Se da al no realizar ningún cuidado después del parto, en especial el encaderamiento.

LP: “Una mayor así murió, así había dado cáncer por estar muy abajo el útero...”.

Descenso del útero. Cuando la mujer no reposa, o realiza actividades físicas intensas antes del mes y sin encaderar. Se describe como una sensación “de que algo va a caer”, asociado con el “flujo”.

Flujo: Conocido también como hemorragia vaginal. Se produce al realizar esfuerzo físico intenso en el puerperio.

Epilepsia. Se describen como convulsiones. Se produce cuando las mujeres tienen emociones fuertes en el primer mes postparto.

LP: “No puede ni tener iras, porque ese ratito puede quedar epiléptica...”.

6. Discusión

En las categorías analizadas: apoyo familiar, transmisor cultural y rituales fortificantes del puerperio, están presentes las representaciones sociales consolidadas, cuyos conocimientos han surgido para cuidar de la salud de las puérperas de la comunidad, y se han compartido y difundido de generación en generación en el seno de un grupo social primario, en este caso, la familia. Silva, Nakano, Gomes & Stefanello (2009) en su estudio *Significados atribuidos por puérperas adolescentes a la maternidad*, realizado en zonas rurales de Brasil, coinciden en que el puerperio engloba prácticas y creencias que tienen su origen en las construcciones culturales de cada sociedad (p. 49).

En la parroquia Molleturo existen varios factores que influyen en el mantenimiento de las prácticas de cuidado a través del tiempo, siendo el principal la transmisión cultural a cargo de las mujeres de la comunidad mayormente. Así mismo son elementos cruciales el difícil acceso a los servicios de salud, y dentro de ellos el desconocimiento de las prácticas por parte de los profesionales que trabajan en el territorio. Laza y Puerto (2011), describen similares condiciones en su trabajo *Cuidados genéricos para restablecer el equilibrio durante el puerperio* realizado en Bogotá-Colombia. Mencionan que la preferencia por la atención tradicional se relaciona con las dificultades de acceso a los servicios sanitarios, tanto físicos como culturales (p. 6). Es así que los saberes ancestrales siguen siendo la mejor opción para cuidar de la salud de las puérperas y de sus hijos en la parroquia.

El cumplimiento de las prácticas, se relaciona sin duda con la transmisión cultural, pero es únicamente posible con el apoyo de la familia, independientemente de su tipología. Las figuras femeninas, maternas en especial, son las que enseñan y transmiten estos cuidados. El estudio de Castro et.al (2005) *Prácticas y creencias tradicionales en torno al puerperio* realizado en Bogotá-Colombia, también define al apoyo familiar como factor indispensable para la realización de los cuidados, destacando sobretodo el rol de las mujeres (p. 9). Prieto (2012) describe posteriormente, en la misma zona de estudio, a la figura del cuidador, asignando al esposo un papel con gran influencia en este periodo (p. 4). Laza y Puerto (2011) refieren además que la intimidad del hogar favorece la seguridad de la puérpera, brindando la calidez necesaria para su recuperación, aunque exponen a este periodo como un “asunto propio de mujeres” (p. 7). No se encontraron estudios respecto a la tipología familiar.

El tiempo de duración de los cuidados del puerperio es de un mes, aunque las mujeres deseaban cumplir la cuarentena. En este hecho influyen las obligaciones laborales y de la vida diaria de los cuidadores. Con los siguientes estudios se puede comprobar que la duración de este periodo es similar en todo el mundo, en donde se reconoce la recuperación física de la mujer dentro del primer mes postparto, que se corresponde con la involución uterina y recuperación completa de los órganos genitales (Peralta, 2006).. Raven et.al (2007), en su publicación *Traditional beliefs and practices in the postpartum period in Fujian-China*, describen el restablecimiento del equilibrio en la mujer en los primeros treinta días postparto (p. 2). Alarcón y Nahuelcheo (2008) en su estudio realizado en mujeres mapuche de la región de la Araucanía-Chile, relatan que la cuarentena postparto es el periodo de mayor fragilidad en la vida de la mujer (p. 9).

Uno de los rituales más importantes del puerperio es la alimentación con productos cálidos, es decir con gallina y huevos criollos, chocolate e infusiones de montes, evitando productos frescos como las verduras y frutas, por producir enfermedad en el binomio madre-hijo. En Fujian-China, Raven et.al (2007) describen también en este periodo la eliminación de frutas y hortalizas de la dieta, por ser alimentos “fríos”, ya que producen diarrea en el niño y en la madre, a más de resfrío y retardo de la involución uterina (p. 4). En Bogotá y Cali-Colombia, Argote et.al (2009) refieren que se ingieren únicamente alimentos calientes para evitar también dolor estomacal en el bebé, suprimiendo la ingesta de productos grasosos, salados y poco cocidos porque retardan la cicatrización de las heridas del parto (p. 26). En la misma zona, Cardozo y Bernal (2009) mencionan que las mujeres evitan la ingesta de frutas ácidas porque “les corta la sangre” (p. 86). Burgos (1995) en la zona sur andina de Perú describe la ausencia de sal y condimentos en la alimentación de las puérperas, y de cuatro días de dieta líquida seguida de ocho días de dieta blanda, con el fin de purificar el cuerpo y de no causar malestar estomacal en este periodo (p. 183). Así se explica entonces el fundamento de la alimentación de las puérperas, que por recomendación ancestral, busca evitar la enfermedad en ella y su hijo, a pesar de las indicaciones médicas.

La dieta de las puérperas es hiperproteica, poco balanceada, y con una ingesta adecuada de líquidos. Si bien es cierto se requiere proporcionar un aumento calórico en la dieta durante este periodo (640 kcal diarios adicionales a la dieta regular), debe ser suplida con todos los grupos nutricionales. La OMS (2013)

sugiere una “alimentación balanceada en calorías, proteínas, fibras y líquidos abundantes para favorecer la evacuación intestinal y suplir las necesidades nutricionales tanto de las puérperas que lactan como la de las que no lo hacen” (p. 3). La dieta debe proporcionar además otros nutrientes, como vitamina C y minerales como hierro y calcio (Martínez, 2014; p. 34). La partera LP sí recomienda ingerir zanahoria y manzana en este periodo, los cuales contienen carotenoides, Quercetina, y vitamina C, con efecto antioxidante, beneficioso para la recuperación integral de la mujer. Así mismo Martínez (2014) desaconseja el consumo de alimentos con preservantes, altos contenidos grasos y calóricos, bebidas alcohólicas y otros estimulantes (p. 35).

En el puerperio se aumenta la ingesta de líquidos cálidos, en forma de infusiones de montes aromáticos, con el fin de hidratar y promover la producción láctea. Utilizan especialmente el Inga Poleo (*Mentha pulegium*), Hinojo (*Foeniculum vulgare*), Manzanilla (*Chamaemelum Nobile*) y Paraguay (*Ilex paraguariensis*) (Wikipedia, 2018). Estas plantas tienen propiedades estimulantes, antiinflamatorias, antiespasmódicas, antihistamínicas, diuréticas y favorecen la regeneración tisular (Cracker et.al, 1986, p. 2-8). Esta práctica es similar en los países vecinos, como Colombia, en donde también se utiliza la Manzanilla, Hierbabuena (*Mentha spicata*), Caléndula (*Calendula officinalis*), Albahaca (*Ocimum basilicum*) y Toronjil (*Melissa officinalis*) para limpiar el cuerpo y favorecer la involución uterina (Argote et.al, 2009, p. 27. Wikipedia, 2018). Sin embargo, la recomendación científica dicta que no hay datos suficientes para validar la seguridad de la ingesta de hierbas medicinales en el puerperio, en especial de la Manzanilla, Equinácea (*Echinacea angustifolia*), Ginseng (*Panax ginseng*), Gingko biloba y Valeriana (*Valeriana officinalis*), ya que se han reportado efectos adversos de su uso tanto en la madre (como hepatitis) y recién nacido (como cólicos, somnolencia, alteraciones de la glucemia y coagulación) (Sachs, 2018; p. 12. Wikipedia, 2018).

Se describe además la ingesta diaria de alcohol, en pequeñas cantidades (“los gloriados”), así como del agua de Guayusa, para hidratar a la mujer, favorecer su recuperación, y tranquilizarla. En el estudio *Plantas medicinales utilizadas durante el proceso de parto y puerperio en madres de la comunidad nativa Awajun de Achoaga* realizado en Perú se describe también el uso del agua de Guayusa oral, tópica o rectal en el puerperio para el aseo, disminuir el dolor posparto y detener las hemorragias vaginales

(Yampis, 2015, p. 15). Estos efectos se corresponden con el estudio de Cracker et.al (1986), en donde explican que la Guayusa, al contener cafeína, teobromina y L-teanina, tiene efectos estimulantes del sistema nervioso, por lo que se utiliza para reducir la fatiga y estrés (p. 7). El consumo de alcohol se utiliza en varios países, para aumentar la calidez de las infusiones, como en China, en donde se utiliza jengibre y vino (no se refiere cantidad) para enriquecer la sangre, estimular la expulsión de los loquios y la producción de leche materna (Raven et.al, 2007; p. 14). En Chile se ingiere todas las mañanas (sin mencionar cantidades) para además reponer la sangre pérdida (Alarcón y Nahuelcheo, 2008; p. 10). Cardozo y Bernal (2009) en Colombia refieren que 8% de las puérperas estudiadas ingieren alcohol para aumentar la producción de leche materna, en especial de cerveza (p. 88). Al respecto, Noriega (2012) destaca el efecto vasodilatador del alcohol, así como analgésico y sedante, por lo se explican los efectos de calidez y bienestar en la puérpera tras su uso, ayudando incluso a contrarrestar los sentimientos de ansiedad y cansancio, producto de la privación de sueño, entuertos y congestión mamaria, característicos de esta etapa (p. 1-3). Sin embargo la ABM (Academy of Breastfeeding Medicine, 2015) no recomienda su consumo durante la lactancia, o en su defecto, realizar un consumo ocasional y moderado (0.5 g de alcohol/kg/día, equivalente a 8 oz de vino o 2 latas de cerveza por día) y niega el aumento de producción láctea con la ingesta de cerveza (p. 15). Mennella (2005) refiere que el consumo de alcohol, si aumenta discretamente los niveles de prolactina, pero también seda al lactante, inhibiendo la secreción de oxitocina en la madre y el reflejo de eyección de la leche, por tanto reduciendo su producción en un 10-25% (p. 3).

El aseo es otro de los rituales importantes del postparto. Tradicionalmente, un experto realiza los “baños del cinco y doce” a la mujer, con un preparado de montes cálidos y licor, con el fin de agilitar su recuperación. En el primer baño no se debe lavar la cabeza porque puede producir locura en la mujer, y en el segundo solo puede realizarse con el preparado de Chichira (*Lepidium meyenii*) y alcohol para evitar su caída y aclaramiento. Se realiza el aseo vaginal diario después del “baño del cinco” con agua de montes cálidos y alcohol preparados con sus familiares. Raven et.al (2007) describen una práctica similar en las mujeres de Fujian-China, en donde se prohíbe el lavado del cabello después del parto, ya que el agua puede entrar al cuerpo a través de los poros abiertos, causando edema y reumatismo; el aseo se realiza día intermedio con hierbas medicinales para prevenir la absorción de frío y con vino por su acción

desinfectante (p. 5). En Bogotá-Colombia, Cardozo y Bernal (2009) refieren que las puérperas utilizan plantas medicinales con altas propiedades antiinflamatorias también, como la Caléndula y Manzanilla, para baños genitales y para desinflamar y limpiar el cuerpo (p. 87). No existe una recomendación de la OMS (2013) respecto al frío, pero resalta la importancia de la higiene y el lavado de manos en el posparto, sobretodo si la mujer tuvo un desgarro perineal (p. 7).

El “encaderamiento” es un ritual que se realiza después de los “baños del cinco y doce”, para reducir la luxación de la cadera sufrida en el parto. Sirve además para sujetar al útero y evitar su desplazamiento durante las actividades físicas posteriores. En Cali-Colombia, Acosta (2007) refiere que “con el encaderamiento se cierran los músculos, el útero se acomoda y se evita que el abdomen quede grande” (p. 9). En la zona sur de Perú, Burgos (1995) describe que se acostumbra colocar una faja en el abdomen de la puérpera junto con los calcetines del marido, para que la "matriz no se voltee" (p. 185). La postura científica al respecto no es única, Cañamero (2016) recomienda esta práctica únicamente cuando la distensión de los rectos abdominales es mayor a 5 cm y a partir del mes postparto, caso contrario no beneficia el proceso natural de reacomodación visceral y muscular (p. 1). Según las indicaciones de la Guía Técnica para la atención del parto culturalmente aceptado del Ministerio de salud pública del Ecuador (MSP, 2008), en el puerperio se debe permitir que la paciente sea fajada si es una costumbre de la comunidad (p. 92).

El reposo es fundamental en esta etapa. Están prohibidas las actividades domésticas y laborales, ya que se cree que el cuerpo queda debilitado, y que requiere como mínimo un mes de descanso para recuperarse. La falta de reposo, asociado al incumplimiento del “encaderamiento” produce el descenso del útero con hemorragias, dolores crónicos de espalda, así como la incapacidad para trabajar posteriormente. Esta costumbre es común en varios países y coincide con la recomendación médica actual. Acosta (1997) en Cali-Colombia, prohíbe también la realización de las actividades del hogar debido a que el cuerpo, después del parto, no está apto para el trabajo, produciéndose dolor de espalda y cadera, sangrado vaginal y daño en los riñones si no se lo realiza (p. 12). Burgos (1995) describe que en las zonas andinas de Perú se acostumbra reposo absoluto durante 8 días, seguido por 15 días de actividades ligeras y reanudando al mes sus actividades normales, relacionado probablemente al mes

lunar (p. 185). La OMS (2013) concuerda en esta práctica, recomendando no realizar esfuerzos físicos intensos, pero si la deambulacion precoz, que disminuye el riesgo de fenomenos tromboembolicos, favoreciendo la eliminacion de loquios, funcion evacuatoria, y restableciendo la tonicidad de los musculos abdominales (p. 7).

Esta etapa de reposo incluye a las relaciones sexuales, por considerarse que el canal del parto queda debilitado. Se debe esperar de uno a tres meses para su completa recuperacion, situacion que es apoyado por las parejas de las puerperas, con el fin de que en un futuro no existan problemas en su vida sexual. Acosta (1997) en Cali-Colombia, describe tambien que el coito en el puerperio esta prohibido. Es considerado "sucio, cochino, incómodo y fastidioso", produciendo en la mujer sangrados vaginales y en el hombre lupus (p. 11). Burgos (1995) menciona que en las zonas bajas de Perú las relaciones sexuales tampoco estan permitidas hasta el octavo dia postparto, y que ademàs, durante la lactancia la pareja debe mantenerse alejado de la mujer porque se "corta la leche" (p. 186). Esta practica coincide ademàs con la recomendacion de la OMS (2013), que menciona que se puede reiniciar la vida sexual cuando haya desaparecido el sangrado y las molestias en la mujer, es decir durante el primer mes (p. 8).

El incumplimiento de las practicas produce varias enfermedades, como el "descenso del útero" y el "flujo" debidos al esfuerzo fisico intenso o exposicion al frio, que comparten similitudes en países vecinos. En Chile, Alarcón y Nahuelcheo (2008) describen al "sobreparto" por realizar trabajos fuertes o por contacto con el frio, que consiste en que "el útero queda suelto y con sangre retenida, y que si ademàs hace fuerza puede salir y sangrar" (p. 9). Burgos (1995), en Cusco-Perú menciona tambien el "sobreparto" al exponerse a cambios bruscos de temperatura y al tocar agua pura, que "causa un dolor abdominal más fuerte que el parto mismo" (p. 185). Acosta (1997) en Cali-Colombia, habla del "pasma", en donde se seca le leche por exceso de frio o calor en el cuerpo, producido por coger cuchillos, tocar la cocina o abrir la nevera (p. 11). No se ha encontrado una recomendacion médica respecto al cuidado del frio.

Los disgustos en este periodo, o los esfuerzos mentales y sensoriales, producen en la mujer epilepsia, cataratas, sequedad de la leche, etc. En Cali-Colombia, Acosta (1997) describe tambien que para el cuidado de los ojos se debe evitar coser o ver television, porque se podría producir ceguera permanente,

además de “pasma”, dolor de espalda y de riñones (p. 10). En la zona sur de Perú se evitan las emociones fuertes para que el niño no se intoxique con la bilis a través de la leche (Burgos, 1995, p. 187). No se ha encontrado una recomendación médica respecto a este cuidado.

Después del análisis de las prácticas descritas se puede concluir que comparten varias similitudes con los cuidados puerperales en diferentes partes del mundo y sobretodo con los países vecinos, al compartir antecedentes históricos culturales y preservar su influencia hasta la actualidad. La razón de ello es porque su cumplimiento genera un beneficio real, es decir, favorecen la recuperación del dúo madre-hijo, y además, en su mayoría, tienen un fundamento científico y son, por tanto, compatibles con las recomendaciones médicas actuales. La alimentación desequilibrada y con consumo de alcohol (mayor a 0.5g/kg/día) se ha impregnado culturalmente a través del tiempo, siendo su transmisión más fuerte que las indicaciones médicas.

La transmisión de las prácticas culturales se ha fortalecido a través del tiempo mediante los sistemas familiares de la parroquia, consolidándose como representaciones sociales, por lo que se espera que ellas continúen perpetuándose. El profesional sanitario, sin embargo se demuestra alejado e ignorante de estos cuidados, con lo que se explica la brecha existente entre la salud comunitaria y el sistema sanitario actual. Los hallazgos de esta investigación reflejan la necesidad de establecer un acercamiento y espacios de diálogo entre los dos sistemas para construir una mediación, y finalmente un empoderamiento real de la salud comunitaria.

Respecto a la metodología utilizada, se concluye la validez del tipo de investigación usada, ya que solo con un estudio cualitativo se podría conocer a profundidad las prácticas culturales y las experiencias de las mujeres de la comunidad, pudiendo analizar, a la vez, al entorno, a la persona y al discurso. La entrevista utilizada permitió recolectar los datos necesarios para cumplir con los objetivos planteados, siendo necesario un investigador capacitado. Los resultados del estudio se pueden generalizar a la población de la parroquia Molleturo, surgiendo a la vez la necesidad de realizar más investigaciones en zonas aledañas con inquietudes surgidas, como son:

- ¿Cuál es el grado de participación masculina en el cuidado de las mujeres puérperas?

- ¿Cuál es el grado de satisfacción de las mujeres que cumplen con las prácticas culturales vs las mujeres con cuidados exclusivamente biomédicos?
- ¿Cuáles son las diferencias en los cuidados culturales en las zonas urbanas y rurales?
- ¿Cuál es la relación entre el consumo de alcohol durante el puerperio y el alcoholismo en las familias de la puérpera?
- ¿Qué estrategias podrían acercar a los profesionales de la salud con los agentes ancestrales de la parroquia?

7. Conclusiones

El postparto es una etapa importante en la vida de la mujer, con dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales; que implican un complejo proceso para el restablecimiento del equilibrio de la mujer y la formación de un vínculo con su hijo. En el puerperio cultural la mujer puede enfocarse exclusivamente a su recuperación y al cuidado del nuevo ser, dentro del seno familiar.

En este periodo se integran una serie de prácticas y creencias con una alta influencia cultural, cuyo cumplimiento será posible únicamente con la existencia de sólidas redes de apoyo, sobretodo de tipo familiar, en donde intervienen todos sus miembros, incluso las figuras masculinas. Ellas se cumplieron en todas las familias estudiadas, independientemente de su tipología.

Las prácticas culturales del puerperio se identificaron como pautas repetitivas, junto con el apoyo familiar. Ellas han sido y continúan siendo socialmente aceptadas como la mejor opción para preservar la salud de las puérperas de la parroquia y de las nuevas generaciones, correspondiendo a representaciones sociales consolidadas. Su transmisión está a cargo sobre todo de las mujeres de las familias y comunidades.

Se ha evidenciado que los profesionales de la salud desconocen la realidad social y cultural de las puérperas, por ello es que el enfoque positivista tradicional no ha logrado resultados visibles en este ámbito. Son los agentes ancestrales los verdaderos vigilantes de la salud comunitaria en la parroquia. Por ello es necesario un reenfoque profesional hacia la familia y la cultura comunitaria, integrando a estos agentes en el proceso.

8. Recomendaciones

8.1 A los profesionales de la salud se recomienda involucrarse como agentes activos en cada una de las comunidades donde laboren, intentando comprender y empatizar, mirando a la familia como origen de salud o enfermedad y como un verdadero recurso a utilizar. Así mismo considerar al ser humano de forma holística, para lograr cambios en salud.

8.2 No estigmatizar a las costumbres diferentes a las propias, practicar el respeto y la tolerancia.

8.3 Continuar con proyectos de investigación, de este y otros temas, basados en las necesidades de cada comunidad.

9. Referencias bibliográficas

Bibliografía citada

Acosta M, et.al. (1997). Creencias populares sobre el autocuidado durante el puerperio, en las instituciones de salud de nivel 1. Revista Colombia médica. Vol. 28 N° 1, 1997. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/283/28328108.pdf>

Aguarón, G. (2010). Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Cambios en la madre durante el puerperio-Lactancia materna. Complejo hospitalario universitario de Albacete. Recuperado de http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2009-2010/sesion20100428_1.pdf

Alarcón, A, & Nahuelcheo, Y. (2008). Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas. Revista Scielo, 40(2), 193-202. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-73562008000200007>

Argote, N; Bejarano, N; Ruiz de Cárdenas, C; Ruiz de Cárdenas, C, Muñoz de Rodríguez, L; Muñoz de Rodríguez, L; Vásquez, M; & Vásquez, M. (2009). Transitando la adolescente por el puerperio. Amenazas, peligros y acciones de protección durante la dieta. Aquichan, 4. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/46>

Armas, N; Díaz, L. (2007). Entre voces y silencios, las familias por dentro. Disponible en <http://www.semefec/joomlasemef/images/PROTOCOLOS/Familias%20por%20Dentro.pdf>

Bensaja, E; García, A; Neiva, L; Nieto, C; Koller, S. (2012). Características familiares y apoyo percibido entre adolescentes brasileños con y sin experiencia de embarazo. Avances en Psicología Latinoamericana [en línea] 2012, 30 (Sin mes): [Fecha de consulta: 10 de diciembre de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79924085005>> ISSN 1794-4724

Bohórquez, O; Santana, A; Pérez, L. (2009). Seguimiento de enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras hospitalarias. 2012: Vol 35; 27 p.

Burgos, M. (1995). Aspectos socio-culturales de la concepción, embarazo, parto, puerperio, recién nacido y parteras tradicionales en la zona sur-andina del Perú. Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen. Recuperado de https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/145948/mmubn000001_197782531.pdf

Cajiao, G; Acosta, M; Alegría, M; Llano, A, Valencia, C; Zuluaga, P. (1997). Creencias populares sobre el autocuidado durante el puerperio, en las instituciones de salud de nivel 1. Colombia Médica 1997; 28: 42-50.

Callister, L. (2006). Making Meaning: Women's Birth Narratives. Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing, volume 33, issue 4, pages 508-518

Cañamero, A. (2016). Cuidados de la mujer después del parto. Revista El País (internet), vol 32: 46-48.

Cardozo, S; Bernal, M. (2009). Adolescentes en puerperio y sus prácticas de cuidado. Av. enferm. No. 27 (2): 82-91.

Castro, E; Muñoz, S; Plaza, G; Rodríguez, M; Sepúlveda, L. (2005). Prácticas y creencias tradicionales en torno al puerperio, Municipio de Popayán. Revista Infancia y Adolescencia, Colombia, ISSN 1900-8211. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/769/76910109.pdf>

Chalán, L; Guamán, M. (2015). Concepciones y prácticas en la atención del embarazo, parto y postparto de las parteras tradicionales en las comunidades indígenas de Saraguro, Loja, 2014. Universidad de Cuenca. (Fecha consulta dic 2016). Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21443/1/TESIS.pdf>

Chantry, J; Eglash, A; Labbok, M. (2015). ABM Position on Breastfeeding. Breastfeeding medicine, Volume 10, Number 9. DOI: 10.1089/bfm.2015.29012.cha

Cisneros, C. (2003). Saber popular y prácticas de embarazo, parto y puerperio en Yahuío, Sierra Norte de Oaxaca. Perinatol Reprod Hum 2003; 17: 36-52. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2003/ip031f.pdf>

Craker, L.; Simon, J. (1986). Herbs, Spices, and Medicinal Plants. Recent Advances in Botany, Horticulture, and Pharmacology. Food Products Press. ISBN 1-56022-043-0

Domínguez, A. (2015). Capítulo 1: El genograma. Libro sn. Recuperado de <https://docplayer.es/40633186-El-genograma-familiar.html>

Flores, C. (2003). Saber popular y prácticas de embarazo, parto y puerperio en Yahuío, Sierra Norte de Oaxaca. *Perinatol Reprod Human* 2003; 17: 36-52. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=21232>

Gallego, A. (2012) Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. Colombia. *Rev.VirUCN* (internet); 35: 326-345 Disponible en <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile/364/679>

González, G; Del Toro, M., Fernandez, S; & Díaz, A. (2016). Aspectos culturales de la puérpera que influyen en el cuidado del primer hijo. *Revista Cubana De Enfermería*, 32(1). Recuperado de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/934/150>

González, L. (2011). Tema 46: Atención de enfermería a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Grupo CTO. Recuperado de [http://www.ctoenfermeria.com/ALUMNO_EIR/pdf/2011/ONV/anexos/TEMA46\(2\).pdf](http://www.ctoenfermeria.com/ALUMNO_EIR/pdf/2011/ONV/anexos/TEMA46(2).pdf)

Grupo de trabajo sobre asistencia al parto y puerperio normal (1995). Sección de medicina perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Editor: E. Fabrè González. pp.: 367-420.

Laza, C; Puerto, M. (2011). Cuidados genéricos para restablecer el equilibrio durante el puerperio. *Revista Cubana de Enfermería*; 27 (1): 88-97.

Martínez, J; Pereira, M. (2014). Prácticas de cuidado que realizan las puérperas en los municipios de Sincelejo, Corozal, Tolú, Sampués y San Onofre (Sucre, Colombia) 2014. *Revista científica Salud Uninorte*, 2016 (fecha de consulta enero 2017), vol 21, N1. Disponible en <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/8427/8883>.

Materán, A. (2008). Las representaciones sociales: como un referente teórico para la investigación educativa. Trujillo.

Medina, A; Mayca, P. (2006). Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(1), 22-32. Recuperado en 02 de octubre de 2018, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000100004&lng=es&tlng=es.

Menela, J; Pepino, M; Teff, K. (2005). Acute Alcohol Consumption Disrupts the Hormonal Milieu of Lactating Women. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Volume 90, Issue 4, 1 April 2005, Pages 1979–1985, <https://doi.org/10.1210/jc.2004-1593>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2008). Guía de práctica para el parto culturalmente aceptado. Recuperado de https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/msp_2008_guia_tecnica_atencion_parto_culturalmente_adecuado.pdf

Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Revista Athenea Digital* número 2.

Noriega, P. (2012). Efectos del alcohol sobre la fisiología humana. *Revista Elsevier*. Recuperado de <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/efectos-del-alcohol-sobre-la-fisiologia-humana>

Organización Mundial de la Salud (2013). Atención posparto a madres y recién nacidos. Recuperado de <https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2016/03/WHO-PNC-2014-Briefer-A4-SP.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2014-2023). Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional. Recuperado de <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>

Peralta, O. (2006). Aspectos clínicos del puerperio. Manual para el entrenamiento del personal de los servicios de salud. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER), 2006. Recuperado de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34283322/puerperio_.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1538607531&Signature=qVBub%2FHN6DZ%2FmSb%2BrhpyL

Rwn%2FbY%3D&response-content-

disposition=inline%3B%20filename%3DASPECTOS_CLINICOS_DEL_PUERPERIO.pdf

Piñero, S. (2008). La teoría de las representaciones sociales y la perspectiva de Pierre Bourdieu. CPU-e, Revista de Investigación Educativa, núm. 7, julio-diciembre, 2008, pp. 1-19

Prieto B. (2012). Significado que le asigna la madre al cuidado cultural de ella misma y su recién nacido durante el puerperio a partir de sus prácticas y creencias. Universidad Nacional de Colombia Facultad De Enfermería Programa De Maestría En Enfermería. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/8930/1/05539469-2012.pdf>

Raven, J. H., Chen, Q., Tolhurst, R. J., & Garner, P. (2007). Traditional beliefs and practices in the postpartum period in Fujian Province, China: a qualitative study. BMC Pregnancy and Childbirth, vol 7, 8. Disponible en <http://doi.org/10.1186/1471-2393-7-8>.

Sachs H. (2013). Committee On Drugs. The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: an update on selected topics. Revista Pubmed; 132(3):e796-809. doi: 10.1542/peds.2013-1985.

Silva, L; Nakano, A; Gomes, F, & Stefanello, J. (2009). Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 18(1), 48-56. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000100006>

Vásquez, C; Puerto, M. (2011). Cuidados genéricos para restablecer el equilibrio durante el puerperio. Revista Cubana de Enfermería volumen 27, páginas 88-97.

Wikipedia, La enciclopedia libre. (2018). Ilex guayusa. Fecha de consulta: 18:01, noviembre 30, 2018 desde https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Ilex_guayusa&oldid=112232610

Yampis, J. (2016). Plantas medicinales utilizadas durante el proceso de parto y puerperio en madres de la comunidad nativa Awajun de Achoaga, Amazonas 2015. Universidad Nacional "Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas". Recuperado de <http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/834/Plantas%20medicinales%20utilizadas%20durante%20el%20proceso%20de%20parto%20y%20puerperio%20en%20madres%20de%20la%20comunidad%20nativa%20Awajun%20de%20Achoaga%2C%20Amazonas%202015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Bibliografía consultada

Bezares, B; Sanz, O; Jiménez, I. (2009). Patología puerperal. An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32 (Supl. 1): 169-175. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia7.pdf>

Buitrón, O; Sandoval, M. (2018). Cambios biológicos y socio culturales en el puerperio desde las experiencias de las abuelas, madres y futuras madres que acuden a la consulta externa del Centro de Salud N1, Distrito 17D07, Quito, 2017- 2018.

Casas G. (sf). El genograma y la evaluación familiar. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000212.pdf>

Castillo, E; Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Revista Colombia Médica, vol. 34. ISSN 1657-9534. [Consultado abril 13 de 2017]. Disponible en: <http://simef.univalle.edu.co/colombiamed/Vol34No3/cm34n3a10.htm>.

Compañ, V; Feixas, G; Muñoz, D; Montesano; A. (2012). El genograma en terapia sistémica familiar. Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32735/1/EL%20GENOGRAMA%20EN%20TERAPIA%20FAMILIAR%20SIST%20C3%89MICA.pdf>.

Eberhard, M; Garthus, K; Garthus, S; Eskild, A. (2010). Postnatal care: a cross-cultural and historical perspective. Arch Womens Ment Health, vol 13:459–466.

González, L; Sanchón, M. (2016). La sexualidad femenina en el postparto: una investigación cualitativa desde la teoría fundamentada. Universidad de Cantabria. Recuperado de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8559/GonzalezRoblesL.pdf?sequence=4>

Herrera, R. (2004). Prácticas de cuidado que brindan las comadronas tradicionales durante el parto y postparto [Tesis de maestría]. Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972013000100002

Huerta J. Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. México, DF: Editorial Alfil; 2005; pág. 15-21

Laza C, Prieto B, Significado que le asigna la madre al cuidado cultural de ella misma y su recién nacido durante el puerperio a partir de sus prácticas y creencias Universidad Nacional de Colombia Facultad De Enfermería Programa De Maestría En Enfermería Bogotá, Colombia. 2012

Mimón, R; Pérez, I; Lafuente, E; Navarret, R; López, R. (2011). Cuidados de enfermería durante el puerperio. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de A.T.S de Valencia*, [citado 2014 dic 12]ISSN 0214-0128, Nº. 93, 2011, págs. 31-33 Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/93/ENF-INTEG-93.pdf>

Moñivas, A. (1994). Epistemología y Representaciones Sociales: Concepto y Teoría. *Revista de Psicología* (internet). (citado 27-09-2018), 47(4), 409-419. Disponible <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2385297>

Moreno, C; et.al (2014). La mujer en posparto: un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería. *Revista Cuidarte*, 5(2), 739-747. <https://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.86>

Prieto, B; Ruiz, C. (2013). Significados durante el puerperio a partir de prácticas y creencias culturales, Chía, Colombia. Volumen 13, número 1, recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4324451>

RDACCA, MSP Ecuador, 2016.

Ruiz, C. (2002). Cuidado neonatal y materno con apoyo del grupo familiar. En: *El arte y la ciencia del cuidado*. Bogotá: Grupo de cuidado, Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.

Shaw, E; Levitt, C; Wong, S; Kaczorowski, J; and The McMaster University Postpartum Research Group (2006), Systematic Review of the Literature on Postpartum Care: Effectiveness of Postpartum Support to Improve Maternal Parenting, Mental Health, Quality of Life, and Physical Health. *Birth*, 33: 210–220. doi:10.1111/j.1523-536X.2006.00106.x

Sidali, K; Yépez, P; Garrido, E. (2016). Food Tourism in Indigenous Settings as a Strategy of Sustainable Development: The Case of *Ilex guayusa* Loes. in the Ecuadorian Amazon. *Revista Sustainability*, volume 8, issue 10.

Spradley, J. (1979). The ethnographic interview. Orlando, Florida: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=33562>

10. Anexos

10.1 Operacionalización de categorías previo a la realización del estudio

Tabla 4

Operacionalización de categorías previo a la realización del estudio

Categorías	Definición	Pregunta
Estructura familiar	Persona o conjunto de personas que viven bajo el mismo techo, en un mismo entorno, compartiendo lazos de consanguinidad o no.	¿Cómo está conformada su familia? ¿Quiénes viven con usted? ¿Qué parentesco tienen con usted? ¿Quiénes comparten los alimentos con usted?
Puerperio cultural	Prácticas que cumple en los 40 días posteriores al parto, en donde los cuidados de la mujer son regidos por la cultura propia del lugar.	¿Qué actividades usted realiza en el cuidado de su postparto?
Transmisor cultural	Persona que tiene la virtud de cumplir con prácticas de los antepasados o relativo a ellos.	¿Quién le recomendó los cuidados que realiza? ¿Desde cuándo usted realiza esta práctica? ¿Quién le ayuda a realizarlos?
Naturaleza cómplice	Elementos poco trabajados o elaborados que se utilizan para las prácticas del puerperio cultural	¿Qué elementos de la naturaleza se utilizan en el cumplimiento de las prácticas culturales? ¿Qué hace con ellos, cómo los utiliza?
Práctica cultural	Actividad y forma en la que realizan las puérperas su cuidado.	¿Por qué lo hace o cómo lo prepara? ¿Cómo se los realiza?
Beneficios de la práctica ancestral	Utilidad que tiene la puérpera al realizar las prácticas ancestrales en su recuperación	¿Qué beneficios usted ha tenido o tiene al realizar esta actividad? ¿En qué le afecta el no realizar esta práctica?

Fuente: Trabajo de investigación

Realizado por: Autora

10.2 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido invitado a participar en una investigación sobre "Cuidados culturales que realizan las puérperas, y estructura familiar, parroquia Molleturo, 2018", cuyo objetivo es describir las prácticas culturales que realizan las puérperas que acuden y no acuden al centro de salud, y su estructura familiar. El estudio tiene una duración de 6 meses, durante este tiempo participaré activamente. Entiendo que ello significa que tendré que responder a una entrevista y luego elaborarán un familiograma. He sido informado de que no hay riesgos en mi salud. Se me ha indicado que los resultados generales serán publicados para que otras personas interesadas aprendan de esta investigación, pero mis datos personales serán confidenciales. Soy consciente que no hay beneficio personal y no seré compensado. Los costos del estudio corren por cuenta del investigador es decir que para mí no tendrá costo alguno. Se me ha proporcionado el nombre de la investigadora que es la Md Stephanie Morales, la cual puede ser contactada fácilmente usando el número 0983888568 que se me proporcionó. Ha sido leída la información sobre el estudio. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente.

Participo voluntariamente en este estudio y entiendo que tengo el derecho a retirarme en cualquier momento sin que afecte de ninguna forma la atención que merezco.

Nombre del Participante:

Teléfono:

Dirección:

Firma del Participante:

Fecha:

_____ Día/mes/año

Nombre del Investigador:

Md Stephanie Morales

Firma del Investigador:

Fecha:

_____ Día/mes/año

10.3 Entrevista semiestructurada

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Código _____

Edad: _____

Residencia: _____

Número de hijo: _____

Tipo de parto: _____

OBJETIVO 2

1. ¿Me podría especificar (comentar) quienes forman parte de su familia? ¿Quiénes viven en su casa? ¿Quiénes comparten alimentos con usted?
2. ¿Cómo se lleva usted con cada miembro de su familia?
3. ¿Qué función cumple cada persona de su familia en el hogar? ¿Cuándo dio a luz, quien le cuidó?

OBJETIVO 3

4. Podría contarme ¿qué hace usted para cuidarse después del parto?
5. En base a lo que usted me acaba de contar, ¿cómo realiza usted esos cuidados?
6. ¿Qué alimentos son beneficiosos después del parto para usted?, ¿con qué ingredientes?, ¿qué hierbas o plantas tomas o utilizas para tu cuidado después del parto?, ¿cómo los preparas?
7. ¿Qué cosas usted no puede hacer después del parto? En relación a alimentos, aseo, relaciones sexuales, trabajo en casa... ¿por qué no puedes realizarlas?
8. ¿Cómo asea su cuerpo después del parto?
9. ¿Qué beneficios te trae cumplir con estos cuidados? ¿Qué pasa contigo si no los cumples?

OBJETIVO 4

10. ¿Quién le recomendó estos cuidados?
11. ¿Quién o quiénes de la familia le apoyan para su cuidado después del parto?
12. ¿Desde cuándo usted realiza estos cuidados?

Observaciones

10.4 Registro fotográfico de las entrevistadas

Se tomaron las fotografías con la autorización previa de las participantes del estudio.

Fotografía 1: DG01 en la visita domiciliaria, junto a su hijo, 2018



Tomada por: Autora

Fotografía 2: JC04 en la visita domiciliaria, junto a su hijo, 2018



Tomada por: Autora

Fotografía 3: Camino a la comunidad "Suro", 2018



Tomada por: Autora

Fotografía 4: Triangulación de datos con LP



Tomada por: Autora