



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD COMUNITARIA**

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO: PRÁCTICAS DE CUIDADO DE MUJERES RURALES RESIDENTES EN RINCÓN DE COLOLÓ Y SAN DIOS

Autor:

Lic. Esp. Adelina Otero Gómez

Tutor:

Mag. Valeria Grabino Etorena

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2020



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD COMUNITARIA



Embarazo, parto y puerperio: prácticas de cuidado de mujeres rurales
residentes en Rincón de Cololó y San Dios (Soriano, Uruguay)

Lic. Esp. Adelina Otero Gómez

TESIS PARA: la obtención del título de Magister en Salud Comunitaria en el marco
del Programa de la Maestría en Salud Comunitaria

Tutora: Mag. Valeria Grabino Etorena

Montevideo, diciembre 2020

DEDICATORIAS

A mis hijos Juan Ignacio, Valentín y Santiago, que muchas veces sin comprender lo complejo del proceso, entendieron lo que significaba este trabajo para mí.

A mi esposo Carlos, que desde su paciencia y apoyo incondicional me alentó a seguir con este desafío.

A mi mamá, que a su manera siempre estuvo presente.

Y a mi papá, que desde el cielo me iluminó.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento en primer lugar, a mi tutora Valeria Grabino, por su ímpetu, sabiduría y paciencia, así como también por su certeza en que este trabajo se lograría con éxito.

Mi agradecimiento especial también, a las mujeres residentes en Rincón de Cololó y San Dios, que participaron de las entrevistas e hicieron posible esta investigación, brindándome su compromiso y confianza y que, sin lugar a duda, dieron luz y sentido a este trabajo.

A los maestros de las escuelas de Rincón de Cololó y San Dios, Sebastián y Cecilia, por su apoyo incondicional en todo el proceso.

Quiero destacar también mi agradecimiento a la comunidad en general de las localidades de Rincón de Cololó y San Dios, quienes me hicieron sentir parte de ellos en las diferentes festividades inolvidables de las cuales participé.

Al Centro de Posgrado de la Facultad de Enfermería y docentes, por permitirme formarme en esta especialidad en la cual transito hace años y disfruto cada día, la Salud Comunitaria y por brindarme la sabiduría y las herramientas para este nuevo logro profesional.

A mi familia, SIEMPRE.

A todos aquellos que estuvieron conmigo incondicionalmente, especialmente en los momentos difíciles que me tocó transitar a lo largo de estos últimos 5 años.

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
BVS	Biblioteca Virtual en Salud
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FCI	Family Care International
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
INE	Instituto Nacional de Estadística
LILACS	Literatura Latinoamericana de Información en Ciencias de la Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
OPP	Oficina de Planeamiento y Presupuesto
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RAP	Red de Atención Primaria
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
TGF	Tasa Global de Fecundidad
UDELAR	Universidad de la República
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund

RESUMEN

La investigación que se presenta tiene como objetivo analizar las prácticas de cuidado durante el embarazo, parto y puerperio de mujeres rurales residentes en Rincón de Cololó y San Dios del departamento de Soriano, Uruguay. La metodología utilizada para este estudio fue de tipo cualitativo, analítico. El trabajo de campo se llevó a cabo con la participación de mujeres rurales residentes en Rincón de Cololó y San Dios del departamento de Soriano, que han transitado uno o más procesos completos de embarazo, parto y puerperio, en dichas localidades. Se realizaron nueve entrevistas en profundidad, que, en diálogo con las instancias de observación participante y el registro en el cuaderno de campo, permitieron indagar en las dimensiones consideradas relevantes para abordar el problema de investigación. Los hallazgos de la investigación muestran que las mujeres mayores de ambas localidades y las mujeres más jóvenes de la localidad de San Dios, perciben el *embarazo* como un proceso “natural” que no afecta las actividades de la vida diaria. Mientras que para las mujeres más jóvenes de Rincón de Cololó, el embarazo es concebido como un momento que requiere especial cuidado. Las prácticas de cuidado en las mujeres mayores de Rincón de Cololó y en la mayoría de las mujeres de San Dios, se basaron en saberes populares, entre los que en ocasiones identifican saberes transmitidos generacionalmente. Por otro lado, las mujeres más jóvenes de Rincón de Cololó, se vincularon principalmente a prácticas de cuidado basadas en saberes de la medicina científica profesional. Las prácticas de cuidado más frecuentes durante el embarazo entre las mujeres de ambas localidades rurales fueron la disminución de la fuerza y cuidados en adoptar ciertas posturas y movimientos bruscos. Las mujeres mayores de ambas localidades realizaron los controles de embarazo en un centro de salud en forma más irregular que las mujeres más jóvenes debido principalmente a dificultades en la accesibilidad geográfica. En relación al *parto*, la totalidad de las mujeres entrevistadas tuvieron un parto institucionalizado, en un centro de salud y los cuidados en esta etapa se basaron principalmente en los saberes de la medicina científica profesional. El *puerperio* fue vivenciado como una etapa que en general no alteró las actividades de la vida diaria. Las mujeres adoptaron algunos cuidados recomendados por el personal de salud, pero principalmente se apoyaron en los saberes populares y saberes populares transmitidos generacionalmente como la higiene personal evitando el lavado de cabeza, cuidado de la herida operatoria y disminución de la fuerza. Los saberes populares transmitidos generacionalmente fueron un pilar importante en favorecer la *lactancia materna y el cuidado del bebé*. La investigación da cuenta del modo en que las prácticas de cuidado durante el embarazo, parto y puerperio entre las mujeres residentes en las localidades rurales de Rincón de Cololó y San Dios, resultan de una conjunción entre saberes de la medicina científica profesional, saberes populares y saberes transmitidos generacionalmente. La forma en que se articulan dichos saberes y el peso que cobra cada uno de ellos, es diferente de acuerdo a cada etapa del proceso que se transita (embarazo, parto o puerperio).

Palabras claves: Cuidado, Embarazo, Parto, Puerperio, Mujeres Rurales

ABSTRACT

The aim of the research presented is to analyze the care practices during the pregnancy, birth and puerperium of rural women who are residents of Rincón de Cololó and San Dios in Soriano, Uruguay.

The methodology used for this study was qualitative, analytical. The field work was carried out with the participation of rural women residing in Rincón de Cololó y San Dios in Soriano, who have undergone a one or more complete processes of pregnancy, birth and puerperium in the locations mentioned earlier. Nine interviews were conducted in depth, which, in dialogue with the observation instances and the notebook field registration, allowed inquiries considered relevant regarding the dimensions to approach the investigation problems.

The research's finding shows that older women in both localities and younger women in San Dios, perceive the *pregnancy* as a 'natural' process that does not affect the daily activities. Meanwhile, for younger women in Rincón de Cololó, the pregnancy is conceived as a moment that requires special care.

The care practices of older women in Rincón de Cololó and in most women in San Dios, were based in popular knowledge, which sometimes are transmitted from generation to generation. On the other hand, younger women in Rincón de Cololó, were related to care practices based in scientific professional medicine knowledge.

The care practices most frequent during the pregnancy among women of both rural localities, were the decrease of strength, care in adopting certain positions and abrupt movements. Older women in both localities carried out pregnancy checks in a health facility more irregularly than younger women, mainly due to difficulties in geographic accessibility.

In relation to *birth*, all the women interviewed had a delivery institutionalized, in a health facility and the care in this stage were based mostly in scientific professional medicine knowledge.

The *puerperium* was faced as a stage, which generally did not affect the daily activities. Women adopted some recommended care by the health staff, but mostly they leant on popular knowledge and popular knowledge transmitted from generation to generation as personal hygiene, avoiding head wash, post-operative care and decrease of strength.

Popular knowledge transmitted generationally was an important factor promoting the *breastfeeding and the baby care*.

The research reveals the way in which care practices during the pregnancy, birth and puerperium among rural women residing in Rincón de Cololó y San Dios, result from a conjunction between professional scientist, popular and generationally knowledge. The way in which that knowledge articulates and the weigh that each of them takes, is different according to each stage of the process they are going through (pregnancy, birth or puerperium).

Key words: Care, Pregnancy, Birth, Puerperium, Rural women.

TABLA DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I.....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS.....	3
2.1 Objetivo General.....	3
2.2 Objetivos Específicos.....	3
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
4. JUSTIFICACIÓN.....	6
5. ANTECEDENTES.....	8
CAPÍTULO II.....	14
6. MARCO CONCEPTUAL.....	14
6.1 Mujeres Rurales.....	14
6.2 Salud Reproductiva.....	15
6.3 Embarazo.....	16
6.4 Parto.....	18
6.5 Puerperio.....	19
6.6 Cuidado.....	22
6.7 Accesibilidad.....	23
6.8 La Dimensión Sociocultural en los Sistemas de Cuidados.....	24
7. CONTEXTO DONDE SE DESARROLLÓ LA INVESTIGACIÓN:.....	29
CAPÍTULO III.....	35
8. METODOLOGÍA.....	35
8.1 Tipo de Estudio:.....	35
8.2 Área de Estudio:.....	35
8.3 Población y Muestra:.....	35
8.4 Criterio de inclusión:.....	36
8.5 Criterio de exclusión:.....	36
8.6 Técnicas de Obtención de los Datos:.....	36
8.7 Instrumentos.....	37
8.8 Proceso de Recolección de datos.....	38
8.9 Análisis de los datos.....	39
8.10 Aspectos Éticos.....	40
CAPÍTULO IV.....	41
9. RESULTADOS.....	41
9.1 Caracterización de las mujeres entrevistadas.....	41
9.2 Ejes temáticos de la entrevista en profundidad.....	42
9.2.1 Percepción de la localidad donde vive.....	43
9.2.2 Familia.....	48
9.2.3 Embarazo.....	51
9.2.4 Parto.....	65
9.2.5 Puerperio.....	73

9.2.6 Alimentación del recién nacido.....	79
10. DISCUSIÓN.....	88
10.1 Caracterización de las mujeres entrevistadas.....	88
10.2 Percepción de la localidad donde vive.....	91
10.3 Familia.....	98
10.4 Embarazo.....	100
10.5 Parto.....	109
10.6 Puerperio.....	114
10.7 Alimentación del Recién Nacido.....	119
11. CONCLUSIONES.....	125
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	131
13. ANEXOS.....	140
ANEXO N° 1 Pauta de la Entrevista.....	140
ANEXO N° 2 Consentimiento Informado.....	143
ANEXO N° 3 Autorización de Implementación de Proyecto de Investigación..	145
ANEXO N °4 Aval de Comite de Ética.....	146

AVAL TUTORA

Montevideo, 20 de mayo 2021

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Centro de Posgrado
Maestría en Salud Comunitaria

Ref. Aval de la tutora a la presentación de versión final de tesis de la Lic. Esp. Adelina Otero Gómez.

De mi mayor consideración,

Tengo el agrado de acompañar con esta carta la presentación de la versión final de la tesis "Embarazo, parto y puerperio: prácticas de cuidado de mujeres rurales residentes en Rincón de Cololó y San Dios (Soriano, Uruguay)" de Adelina Otero Gómez (CI: 3.305.865-6). La tesis explora las prácticas de cuidado de mujeres residentes en localidades rurales en torno a los procesos de embarazo, parto y puerperio, posicionándose desde una mirada holística y comprensiva de la salud.

A mi juicio, en el escrito que se presenta, se han atendido las observaciones y sugerencias formuladas por el Tribunal integrado por la Prof. Esp. Mercedes Pérez, la Prof. Agda PhD. Graciela Umpiérrez y la Prof. Mg Esther Lacava (presidente), en el acto de defensa celebrado el pasado 9 de abril y, por tanto, cuenta con mi aval como tutora.

Quedo a su disposición para cualquier otra información que juzguen necesaria y aprovecho la ocasión para saludarles muy atentamente,



Mag. Valeria Grabino
CI. 4.377.067-4

Montevideo, 17 de diciembre 2020

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Centro de Posgrado
Maestría en Salud Comunitaria

Ref. Aval de la tutora a la presentación de tesis de la Lic. Esp. Adelina Otero Gómez.

De mi mayor consideración,

Tengo el agrado de acompañar con esta carta la **presentación de la tesis “Embarazo, parto y puerperio: prácticas de cuidado de mujeres rurales residentes en Rincón de Cololó y San Dios (Soriano, Uruguay)” de la maestranda Adelina Otero Gómez (CI: 3.305.865-6)**. La tesis explora las prácticas de cuidado de mujeres residentes en localidades rurales en torno a los procesos de embarazo, parto y puerperio, posicionándose desde una mirada holística y comprensiva de la salud. La presentación de esta tesis es el resultado de una intensa labor y un importante esfuerzo de investigación cualitativa, y cuenta con mi aval como tutora para ser presentada a evaluación.

Desde las primeras reuniones que mantuvimos en el mes de diciembre del año 2017, vengo acompañando el recorrido de formación de posgrado e investigación de Otero, en su condición de alumna de la Maestría en Salud Comunitaria de la Facultad de Enfermería. Durante el tiempo de la tutoría mantuvimos con Otero un intercambio constante, del que quiero destacar su responsabilidad y compromiso con el desarrollo de este estudio y también, con sus interlocutoras durante el trabajo de campo; así como su escucha atenta y disposición a los intercambios disciplinares involucrados en el proceso de trabajo.

A partir de lo expuesto, puedo afirmar que se encuentra en condiciones de defender la tesis presentada.

Quedo a su disposición para cualquier otra información que juzguen necesaria y aprovecho la ocasión para saludarlos muy atentamente,



Mag. Valeria Grabino
CI. 4.377.067-4

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

Esta investigación tiene como objetivo analizar las prácticas de cuidado durante el embarazo, parto y puerperio de mujeres rurales residentes en Rincón de Cololó y San Dios del departamento de Soriano, Uruguay.

Embarazo, parto y puerperio son procesos que trascienden los cambios biológicos que acontecen, dado que implican, además, un impacto psicológico, social y emocional significativo en la vida de la mujer y su familia.

La mirada social sobre la mujer que transita este proceso es fundamentalmente como una persona responsable y cariñosa que cuidará de ese nuevo ser y de su hogar, dejando de lado el abanico de significados que puede representar para ella. Por lo que surge la necesidad de considerar elementos que forman parte de la vida cotidiana de las mujeres (sociales, culturales, creencias y experiencias de vida) que podrían comportarse como determinantes en las prácticas de cuidado durante el embarazo, parto y puerperio.

Ana Castro (como se citó en Orellana, 2015) entiende que “Mostrar la realidad de mujeres que son madres en un contexto rural, presenta desafíos que no siempre son considerados en las políticas públicas” (p. 6). Estos desafíos adquieren características específicas en la población de Rincón de Cololó y San Dios con apenas veinticinco y treinta y ocho habitantes respectivamente.

Conocer cómo son las prácticas de cuidado de mujeres rurales de Rincón de Cololó y San Dios en el embarazo, parto y puerperio, permitirá problematizar las políticas públicas y su consideración en la academia.

De esta manera, la investigación que se presenta, pretende ser un aporte para los equipos de salud, en busca de la construcción de un modelo de atención que incorpore los diversos factores que conforman la vida cotidiana de las mujeres rurales en relación a las prácticas de cuidado durante el embarazo, parto y puerperio.

En el Capítulo I se presenta la introducción; el objetivo general y los objetivos específicos; el planteamiento del problema; la justificación del objeto de estudio y los antecedentes del problema de investigación desde una revisión bibliográfica.

En el Capítulo II, se describe el marco conceptual donde se especifican los conceptos centrales que fueron referentes para el desarrollo de la investigación. Seguidamente se presenta el contexto donde se desarrolló la investigación.

En el Capítulo III, se presenta la metodología de trabajo: el tipo y área de estudio, población y muestra; las técnicas e instrumentos de obtención de datos; el proceso de recolección y análisis de los datos y los aspectos éticos.

En el Capítulo IV, se presentan los resultados; la discusión y las conclusiones.

Finalmente se detallan las referencias bibliográficas y los anexos.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar las prácticas de cuidado durante el embarazo, parto y puerperio de mujeres rurales residentes en Rincón de Cololó y San Dios del departamento de Soriano, Uruguay.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1- Conocer y describir las prácticas de cuidado que llevan a cabo las mujeres rurales durante el embarazo, parto y puerperio.

2- Comprender la forma en que las mujeres rurales significan las prácticas de cuidado involucradas en sus procesos de embarazo, parto y puerperio.

3- Explorar el modo en que los factores culturales, sociales y las interrelaciones dadas entre las personas usuarias y los efectores de los centros de salud, actúan como elementos determinantes para las prácticas del cuidado durante el embarazo, parto y puerperio en el medio rural.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

González, Jaso y Domenech (2015) sostienen que para Uruguay:

la salud rural es una prioridad en las políticas públicas en el camino de la inclusión, la igualdad, la justicia social y la disminución de las brechas de desigualdades que existen para el acceso de los pobladores rurales a una atención a la salud integral, de calidad, con equidad, brindada por un equipo, asegurando la continuidad de los cuidados en una red de servicios mediante la participación social.

Sin embargo, diversos autores concluyen que la incomodidad de los medios de transporte disponibles, la precariedad de las vías y las zonas alejadas en el medio rural donde residen las mujeres, restringen el acceso a los centros de salud. (Giraldo, Muñoz, Buitrago, Abadía, 2016)

Por otra parte, Umpiérrez (2012) subraya que los problemas de accesibilidad a los servicios de salud están referidos a la construcción cultural y simbólica, y también, son generados específicamente en los centros de salud, en el vínculo entre los usuarios y los integrantes de los centros de salud. La autora plantea que las condiciones y discursos de los servicios de salud tanto públicos y privados no han mostrado una buena disponibilidad a brindar información a los usuarios sobre la oferta y demandas de los servicios, así como también la burocracia existente en el sistema y el modelo de atención en proceso de cambio, fundamentalmente asistencialista con una hegemonía médica predominante, contribuyeron a la existencia de esta barrera socio cultural.

Esto lleva a entender que independientemente de que las personas residan en localidades que cuenten con servicios de salud (acceso geográfico), existen otros factores de acceso como los culturales, sociales y de relacionamiento entre las personas de la comunidad y el personal sanitario lo que limita la concurrencia a los centros de salud y en consecuencia el cuidado sanitario.

La policlínica rural más cercana a las localidades de Rincón de Cololó y San Dios es la Policlínica de Sacachispas (antiguamente denominada Villa Darwin) y se encuentra a una distancia de 22 y 15 kilómetros respectivamente mientras que los diferentes servicios de salud de la ciudad de Mercedes se encuentran a una distancia de 32 y 65

kilómetros respectivamente. La distancia podría llevar a que las mujeres no asistan regularmente a los centros de salud y por tanto en la etapa de embarazo, parto y puerperio las mujeres podrían integrar en su cuidado prácticas propias de la tradición local o transmitidas generacionalmente, que pueden no coincidir con los cuidados que se aportan y sugieren desde el sistema de salud.

En este marco surge la pregunta problema:

¿Cuáles son las prácticas de cuidado durante el embarazo, parto y puerperio de las mujeres rurales residentes en Rincón de Cololó y San Dios (Soriano, Uruguay) y de qué forma dichas prácticas son significadas?

4. JUSTIFICACIÓN

Lustemberg (2015) indicó que la mortalidad materna en Uruguay es una de las más bajas respecto del promedio de América Latina y Basso (2018) expresó que la mortalidad infantil disminuyó de 7,9 en 2016 a un 6,6 en 2017 cada 1.000 nacidos vivos.

Sin embargo, Romero (2018) explicó que dicha disminución se debe, sobre todo, a la caída de los fallecimientos en el período neonatal precoz (antes de la semana de vida) y señaló que “es la mortalidad infantil más difícil de correr, porque responde al control del embarazo de la madre, a la salud que lleve el adulto y a la calidad del nacimiento”. Cabe mencionar que las principales posibles complicaciones responsables de muertes maternas son las hemorragias intensas (generalmente puerperales), las infecciones, los trastornos hipertensivos del embarazo, el parto obstruido y las complicaciones de un aborto peligroso. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2007)

Con más de seis años de experiencia en el trabajo rural como enfermera observé que la dificultad de acceso a los servicios de salud en las localidades rurales implica inconvenientes en la atención de la población.

Dicha dificultad puede comprometer en el normal desarrollo del proceso y, por tanto, la existencia de riesgo en la salud de la madre y el bebé. Sumado a esto, disminuye la posibilidad de que las mujeres accedan a los diferentes programas de prevención y promoción en salud existentes en el primer nivel de atención.

En tal sentido conocer las prácticas de cuidado durante el embarazo, parto y puerperio de las mujeres que residen en localidades rurales contribuirá a diseñar estrategias para mejorar el abordaje de dicha población y en consecuencia favorecer a que continúen descendiendo las tasas de morbimortalidad materna infantil.

Desde el punto de vista académico, es importante mencionar que la difusión de este conocimiento en los centros de enseñanza permite reafirmar la educación de la salud materno infantil y así realizar un abordaje que considere elementos contextuales, sociales y culturales.

Los cuidados llevados a cabo en el contexto de una comunidad rural podrían comportarse como factores que impiden la prevención y la detección precoz de las complicaciones por lo que es importante que para el desarrollo del cuidado de enfermería se incluya el conocimiento de los elementos que forman parte de las prácticas de cuidado que las mujeres realizan, principalmente las rurales que, debido a factores de accesibilidad, suelen tener un menor vínculo con el personal de salud.

5. ANTECEDENTES

Los antecedentes bibliográficos se obtuvieron a través de la búsqueda en la biblioteca virtual en salud (BVS) de Enfermería y de la base de datos internacional Lilacs (Literatura Latinoamericana de Información en Ciencias Sociales)

La búsqueda se realizó desde las palabras claves: cuidado, embarazo, parto, puerperio, mujeres rurales. Además, se realizaron búsquedas intercalando las palabras claves o incluyendo la palabra mujeres debido a que no se encontraron documentos referentes al tema de investigación con la palabra clave mujeres rurales. (Ejemplo de búsqueda: cuidado, embarazo, parto, puerperio, mujeres)

Si bien los documentos encontrados son numerosos, la mayoría de ellos no hacen específicamente referencia al problema de investigación por lo que no fueron considerados.

Del relevamiento bibliográfico se destaca un trabajo realizado en Colombia que hace referencia específicamente al problema de investigación: Giraldo, Muñoz, Buitrago, Abadía (2016). También se encontró una investigación realizada en Brasil: Alende Prates et al., (2019) que puede considerarse un antecedente específico.

Por otro lado, la investigación realizada en México por Lina Rosa Berrio (2013) surge también como antecedente específico la cuál fue proporcionada por la tutora.

Posteriormente se incluyó una investigación realizada en Argentina y dos trabajos realizados en Uruguay pertinentes para esta investigación: Pozzio (2011), Grabino (2007) y Evia (2015) las cuales fueron facilitadas por la tutora.

De las seis investigaciones, cinco son en idioma español y una en portugués, realizadas en América Latina entre los años 2007 y 2019.

El trabajo realizado en Colombia por Giraldo, Muñoz, Buitrago y Abadía (2016) sobre las interacciones entre el cuidado doméstico y hospitalario, aseguran que la familia es receptiva a las recomendaciones que brinda el personal de salud, sin embargo, no lo

admiten como una única verdad, dado que integran además saberes que reflejan sus conocimientos legados.

Dichos autores observaron que, durante el embarazo, existen cuidados similares a los recomendados por el personal de salud como la prevención de adoptar ciertas posturas y las caídas, así como también evitar levantar objetos pesados.

De esta investigación se desprende, que las recomendaciones familiares estaban relacionadas a evitar exponerse a la luna y al sol, dado que el frío podría provocar dolores corporales y el calor podría provocar la expulsión del bebé.

Con respecto a la alimentación, los autores mencionan que las mujeres continúan con su dieta habitual, no incluyendo frutas y verduras como se lo recomiendan, dado que no son alimentos habituales en sus hogares o por falta de recursos económicos para su adquisición. También todos aquellos elementos, plantas, bebidas o actividades que lleven calor al vientre se perciben como nocivas para la salud. (Giraldo et al., 2016)

Los autores concluyen que “Para desarrollar estrategias de educación en salud acertadas, los profesionales de salud deben aceptar que la comunicación con las gestantes y sus familiares es una negociación de significados sobre el bienestar.” (Giraldo et al., 2016, p. 228)

Es decir, durante la atención, se debe incluir los saberes populares para promover el diálogo entre los efectores de salud y las mujeres y sus familias, considerando además las condiciones de vida socio económicas de las usuarias con la finalidad de “adaptar los servicios a las necesidades de ellas y sus familias”. (Giraldo, et al., 2016, p. 228-229)

El trabajo realizado en Brasil por Alende Prates et al. (2019) denominado "Pasado de generación en generación": las prácticas de cuidado de las mujeres quilombolas, refleja que los cuidados durante el embarazo fueron variando con respecto a la cultura de sus antepasados.

Según los autores, antes el embarazo se pensaba como un estado que no implicaba demasiados cuidados, sin embargo, en la actualidad conciben al embarazo como un “... estado patológico que necesita ser controlado y tratado por los profesionales de la salud” es decir está enmarcado dentro de un paradigma patologizante y biologicista. (p. 12)

Alende Prates y demás autores, entienden que este nuevo paradigma, determina cuidados como la disminución de tareas de la vida diaria dado que puede poner en peligro la vitalidad de su bebé.

De esta investigación se desprende que el parto también presentó un cambio sustancial; culturalmente el mismo era asistido por sus madres u otras mujeres, sin embargo, actualmente el mismo ocurre en un centro hospitalario con un equipo de profesionales. (Alende Prates et al., 2019)

Los autores observaron que con respecto al cuidado del bebé y al amamantamiento, "... los saberes científicos de los profesionales de la salud fueron impuestos a las mujeres como verdades absolutas, que deberían ser incorporados al cotidiano de cuidados con el recién nacido". (p. 13) En consecuencia, estas imposiciones por el personal de salud originaban en las mujeres un sentimiento de culpa cuando ellas no podía o no deseaban amamantar a su bebé. (Alende Prates et al., 2019)

Los autores describen que, a pesar de las recomendaciones brindadas por el equipo de salud, las mujeres continuaban adoptando cuidados para su bebé a través de saberes populares transmitidos por sus madres y sus abuelas como la ingesta de té y el uso del ombligo. A pesar de que los cuidados tenían un especial significado dado que provenían de mujeres con experiencia, preferían mantener dichas prácticas de cuidados en forma oculta.

Los autores concluyen que a pesar de que el modelo biomédico quiere imponerse como una única verdad, el mismo, a lo largo de la historia convive con las prácticas de cuidado y creencias de la cultura de la comunidad quilombola. (Alende Prates, et al., 2019)

El trabajo realizado en dos comunidades indígenas en México por Lina Rosa Berrio (2013) señala que los cuidados a la salud en todo el proceso reproductivo están basados en una conjugación de prácticas provenientes de curadores pertenecientes al sistema de salud, de experiencias propias y de personas que hayan vivido situaciones similares. La autora sostiene que la idea de la adultez social está asociada a la maternidad, las mujeres de generaciones mayores son las que brindan la orientación y cuidado a las más jóvenes.

Berrio (2013) expresa que desde la comunidad se concibe al embarazo como un hecho natural en la vida de la mujer que debería de transitarse sin mayores problemas y cuidados especiales. El embarazo no significa una reducción del trabajo productivo y reproductivo dado que se continúa con el trabajo cotidiano, el cuidado del hogar y de los hijos.

En algunas comunidades del estudio mencionado los cuidados radican en “no cargar pesado como leña, no hacer coraje y comer bien pero el trabajo cotidiano no se detiene”. (pp. 221-22)

Con respecto al parto Berrio (2013) señala que hay tres tipos de atención: la tradicional con partera, la autoatención por parte de la mujer o sus familiares y la biomédica.

La autora menciona que el tipo de atención va a depender de la:

...disponibilidad de recursos de atención presentes en la localidad, la continuidad con el curador seleccionado en el control prenatal, la decisión de la suegra, los costos, la experiencia reproductiva de la mujer y los discursos institucionales hegemónicos en torno a la salud materna, entre otros. (Berrio, 2013, p. 250)

Berrio (2013) concluye que durante el parto la participación de la red familiar incluyendo los varones es de importancia en este proceso. Si el parto ocurre a nivel hospitalario el varón adquiere un rol de proveedor económico para poder asumir los costos del parto. Además, los promotores, intérpretes y organizaciones sociales juegan un papel fundamental como intermediarios entre los dos mundos, es decir, la parturienta y su familia y el personal de salud.

Durante el puerperio, Berrio (2013) señala que en las diferentes comunidades indígenas, los cuidados son fundamentalmente domésticos y están relacionados a: la abstinencia sexual por 40 días de la mujer y el varón, dado que si esto no se cumple podrían ocurrir infecciones y otras afecciones en la pareja y el bebé; al baño mediante el uso del temazcal (preparado por el varón) y de diferentes hierbas para promover la salud de la mujer, hábito básicamente de las mujeres mayores; al baño con agua tibia; evitar alimentos frescos y fríos; el uso de pañuelo en la cabeza para evitar el frío; amarrarse un trapo a la cintura para reacomodar el cuerpo, entre otros.

Con respecto a la alimentación del recién nacido cuando la madre no puede amamantar se recurre a diversas opciones como té y bebidas para fomentar su producción y se

solicita apoyo temporal con alguien más de la comunidad que este amamantado o se le brinda al niño leche de fórmula. (Berrio, 2013)

La investigación realizada en La Plata denominada “Madres, Mujeres y Amantes”, da cuenta cómo las políticas públicas en salud visualizan a las mujeres principalmente como madres y a la vez cómo los integrantes del equipo de salud reinterpretan y ajustan la implementación de las políticas en base a las relaciones mantenidas con las destinatarias (mujeres), a sus formaciones y trayectoria, así como también a su sociabilidad. (Pozzio, 2011).

Desde la idea de que la maternidad no es un asunto que le atañe únicamente a la mujer, Lamas (como se citó en Pozzio, 2011) considera a la maternidad como un hecho socio cultural, revertido de aspectos simbólico; y también como una práctica que compete a toda la sociedad debido a que se trata de una responsabilidad emocional, de crianza y cuidado de los hijos que no compete exclusivamente a la mujer.

Con respecto a investigaciones realizadas en Uruguay, el trabajo de Grabino (2007) denominado Identidades de género “en juego”: Itinerarios de salud sexual y reproductiva en una población del medio rural uruguayo, desde la antropología, da cuenta de prácticas y significados en torno a la salud sexual y reproductiva en una población del medio rural del departamento de San José.

La autora menciona que, la idea de identidad femenina va de la mano de la idea de maternidad, destacándose la tríada identidad femenina- maternidad- realización como rasgo constitutivo de las relaciones de género. Grabino entiende que la salud sexual y reproductiva puede pensarse como un “locus femenino” o feminizado, tema del que los varones aparecen muy alejados y presentan una fuerte resistencia a hablar sobre él.

La autora también observó que las consultas ginecológicas se realizan fundamentalmente para el control del primer embarazo y durante el parto y post parto y son las mujeres de las familias o vecinas en general, quienes acompañan y transmiten sus saberes para el cuidado de la mujer y del recién nacido. (Grabino, 2007).

Por su parte Evia (2015), realizó una investigación en una policlínica de Montevideo, que pretendía evidenciar la perspectiva de los usuarios con respecto a los procesos de salud y enfermedad.

Evia observó que determinadas enfermedades eran visualizadas como un “flujo normal de la vida” o parte de la vida cotidiana como por ejemplo el dolor de panza, el mal de ojo, la paletilla caída, entre otras, recurriendo a cuidados de autoatención y/o a curadores populares. Sin embargo, cuando se trataba de experiencias de enfermedades significativas, los usuarios realizaban sus cuidados en base a terapias médicas, así como también a otros sistemas de atención como los religiosos, popular y new age.

Los antecedentes de investigación relevados dan cuenta que los factores culturales, sociales y las interrelaciones dadas entre las personas usuarias y los efectores de los centros de salud actúan como elementos determinantes para las prácticas del cuidado.

CAPÍTULO II

6. MARCO CONCEPTUAL

En el marco conceptual se abordarán los conceptos de mujeres rurales, salud reproductiva, embarazo, parto, puerperio, cuidado, accesibilidad y la dimensión sociocultural en los sistemas de cuidados.

6.1 MUJERES RURALES

Diferentes autores han realizado trabajos definiendo a las mujeres rurales considerando el componente social y el cultural.

Rabanaque (s.d) plantea que la situación social de la mujer en medio rural presenta una gran variabilidad dependiendo del lugar donde viven (pueblos más o menos aislados), el tipo de trabajo que realizan, el nivel de formación que presentan, las circunstancias culturales, el peso de las tradiciones, el acceso a los diferentes servicios y medios de transporte, así como también el acceso a la tecnología lo que permite la entrada de otras culturas y formas de vida en los hogares más apartados. La autora entiende que esta variabilidad da lugar a que disminuya la brecha entre mujer rural y urbana dejando atrás el estereotipo de "la mujer de pueblo".

Un trabajo realizado por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación de Chile (FAO, s.d.) da cuenta que, para entender la situación y las condiciones de vida de las mujeres rurales, es preciso comprender las relaciones establecidas con la familia, con el medio ambiente y a la diversidad étnica dadas por la cultura rural. El trabajo menciona que dicha cultura permite visualizar la reproducción de desigualdades y discriminación entre géneros y grupos étnicos, por lo que hay que considerar la vida cotidiana, la lengua, la tecnología, los modos de vida, la relación de

los grupos humanos con su entorno y la naturaleza, así como también los valores, entre otros factores.

Por otra parte, Gil La Cruz, Izquierdo y Martín (2008) desde la perspectiva de género plantean que la mujer rural se encuentra en una situación de vulnerabilidad que obliga a los agentes sociales a la articulación de medidas específicas de desarrollo y participación. Los autores consideran que las mujeres en el entorno rural han estado presionadas por las creencias tradicionales y estereotipadas sobre lo que es “femenino” y “masculino” como la pasividad, la paciencia, la emotividad, la abnegación, la ternura, la orientación hacia la familia, cumplir el rol de madre y esposa lo que han contribuido a ubicar a la mujer básicamente en el entorno doméstico y en una esfera privada en la que ejercen de cuidadoras o de mesoneras.

En nuestro país 175.613 personas viven en zonas rurales dispersas, y de ellas, 76.855 son mujeres. (Instituto Nacional de Estadística (INE), 2011).

6.2 SALUD REPRODUCTIVA

La OMS (como se citó en Mazarrasa, Gil, (s.d)) define a la salud reproductiva como “un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”. (p. 4) Incluye además disfrutar de la vida sexual en forma segura, satisfactoria y con la libertad de decidir cuándo procrear.

Otros autores entienden que el concepto de salud reproductiva va más allá de las normas políticas de la población y se hace necesario un concepto desde un enfoque social para comprender la salud reproductiva en el contexto de la vida de las personas.

La Fundación Ford (como se citó en Facultad latinoamericana de ciencias sociales (Flacso), s.d.) expresa que se necesita una nueva clase de ciencia de carácter multidisciplinaria, vinculada a las realidades biológicas de la salud y la enfermedad y que además sea capaz de proveer una comprensión de los problemas multifacéticos de las mujeres desventajadas y sus niños, y como la salud figura entre ellos. Además, debe basarse en los temas de la pobreza, de la etnicidad y de género.

En este sentido proponen que el enfoque social de la salud reproductiva debe abordarse desde:

- La relación entre salud reproductiva y relaciones de género dado que no se puede seguir entendiendo las decisiones reproductivas al margen de las relaciones de poder hombre-mujer.
- La relación entre salud reproductiva y estatus de la mujer donde surge la necesidad de superar la subordinación de la mujer y el reconocimiento de sus derechos.
- La relación entre salud reproductiva y sexualidad para poder comprender que la manera en que las personas interpretan y viven su sexualidad enmarca su comportamiento reproductivo.
- La relación entre las mujeres y los servicios de salud referido a la relación establecida con el personal de salud, cómo se entrega la información, cómo se respeta sus derechos y su dignidad y cómo se podría incorporar a los hombres, así como también el concepto de salud-enfermedad y de educación sexual culturalmente apropiados.
- La relación entre salud reproductiva y cultura refiriéndose a la relación entre visiones de mundo, religiones, ideologías y la reproducción.

La Organización Panamericana de la Salud ((OPS), 1998) entiende que la salud reproductiva:

Es uno de los elementos fundamentales del desarrollo humano y, como tal, constituye el eje principal de la promoción y protección de la salud. Se reconoce como un concepto socialmente definido con vínculos importantes con la identidad y la cultura de cada persona. (p. 7)

Family Care International (FCI) Bolivia y Fundación Interarts (2008) proponen que:

La salud sexual y reproductiva equilibrada, sana y plena de las mujeres contribuye al bienestar económico y sociocultural de las sociedades. En el momento que las mujeres no tienen el pleno disfrute de sus derechos sexuales y reproductivos fácilmente tampoco disfrutaban de su existencia cultural en condiciones de igualdad y respeto. (p. 47)

6.3 EMBARAZO

Ucha (2008) define al embarazo como:

Al período de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En éste se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes

cambios que experimenta ésta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos.

Otros autores consideran que “el embarazo puede ser una buena o mala noticia para la mujer por tanto la consulta precoz es de gran importancia ante la posibilidad legal de realizar una interrupción voluntaria del embarazo”. (Fiol, Putti, Gorgoroso, Pons, Aguirre, 2014, p. 32)

El embarazo está dividido en tres trimestres:

Para Varney, Kriebs y Gegor (2006) el primer trimestre del embarazo es el período que significa la aceptación de la realidad por parte de las mujeres y la mayoría pasa por un período de desaliento, rechazo, ansiedad, depresión e infelicidad, incluso aquellas mujeres que han deseado o buscado su embarazo.

Dichos autores consideran que es un período de preocupación debido a los sentimientos de ambivalencia en relación al embarazo, al enfrentar cualquier mala experiencia gestacional previa, el efecto que el embarazo tendrá sobre su vida, las nuevas responsabilidades o adicionales que tendrá que asumir, las preocupaciones económicas y las aceptaciones por parte de los familiares. Esta ambivalencia suele desaparecer al finalizar el trimestre en el caso en que acepta su embarazo.

Algunos cambios que están presente en este trimestre son las náuseas, fatiga, cambios de apetito, cambios en el peso, aumento del tamaño de las mamas, irritabilidad emocional y cambios en la libido. (Varney, Kriebs, Gegor, 2006)

También puede aparecer alteraciones en el gusto, el olfato, rara vez modificaciones en la vista, alteraciones en el sueño (exceso o insomnio) y como elemento patológico más significativo de este trimestre es la genitorragia que puede estar acompañada de dolores siendo un factor de riesgo para la amenaza de aborto. (Topolanski, Burgos, 1987)

Para Varney, Kriebs y Gegor (2006) el segundo trimestre es el período de salud radiante donde la mujer se siente bien y está libre de las molestias normales del embarazo.

Dichos autores consideran que es la fase de regresión e introspección de la gestación dado que comienza a experimentar los movimientos fetales y eso hace que la mujer presente un completo resurgimiento y la revaloración de todos los aspectos de la relación con su madre.

Los autores también entienden que a través de los movimientos fetales ella percibe a su hijo como un individuo separado de ella y comienza su preocupación por el bienestar del niño y la bienvenida al grupo familiar.

El segundo trimestre está relativamente libre de molestias físicas, el tamaño del abdomen no es un problema, existe una buena lubricación vaginal, disminuyen las preocupaciones, ansiedades y angustias por lo que es un momento propicio para las relaciones sexuales placenteras. (Varney, Kriebs, Geger, 2006)

En esta etapa también pueden estar presente las genitorragias y las infecciones urinarias. (Topolanski, Burgos, 1987)

Para Varney, Kriebs y Geger, (2006) el tercer trimestre significa la espera vigilante en el cual comienza a manifestarse sentimientos de ansiedad por el nacimiento del bebé. Los movimientos fetales y el crecimiento del útero promueven que la embarazada centre su atención en el bebé y se vuelva protectora de su hijo y a la vez miedosa al contacto con el mundo exterior ya que lo percibe como peligroso.

Los autores conciben que aparece el miedo de las embarazadas a su propia seguridad y vida, al hecho de que su hijo tenga alguna anomalía y a lo que suceda durante el trabajo de parto.

En esta etapa la mujer presenta molestias físicas y se puede sentir torpe, fea y sucia y disminuye la sexualidad estimulada del segundo trimestre debido al aumento del abdomen. (Varney, Kriebs, Geger, 2006)

Topolanski y Burgos (1987) expresan que en el presente trimestre se observa el descenso del fondo uterino, pueden aparecer edemas, cefaleas, acufenos y fosfenos lo cual puede orientar al diagnóstico de toxemia que se verificará con el examen de orina y el control de las cifras tensionales.

Los autores también expresan la importancia de valorar la presencia de genitorragia, contracciones, la pérdida del tapón mucoso y los síntomas de una infección urinaria.

6.4 PARTO

Según Fiol et al. (2014) para que se produzca el parto, la mujer debe transitar por el trabajo de parto, que se define como "...la presencia de contracciones uterinas regulares

de intensidad, frecuencia y duración suficientes para producir el borramiento y dilatación cervical progresiva”. (p. 75)

Los autores mencionan que el período expulsivo comienza con la dilatación completa y da lugar al nacimiento del bebé y el período de alumbramiento implica el desprendimiento y expulsión de la placenta, así como también de las membranas ovulares.

El alumbramiento pasivo, espontáneo o fisiológico es cuando la expulsión de la placenta suele producirse en forma normal antes de los 30 minutos de nacimiento. Cuando estas se desprenden se observa sangre oscura incoagulable que sale por la vulva y cesa espontáneamente. Si la placenta no se desprende en forma espontánea luego de sesenta minutos de producido el nacimiento implica que la placenta está retenida y el alumbramiento debe hacerse de forma manual en block quirúrgico bajo anestesia. (Fiol et al., 2014)

Desde el punto de vista psicológico en esta etapa se observa sentimientos de estrés, depresión, baja autoestima, ansiedad los cuales podrían desencadenar partos más prolongados y nacimientos de niños pretérminos. Cooper et al., Steer, et al. (como se citó en Marín, et al., 2008)

Por otro lado, diferentes autores han concluido que la toma de decisiones de la mujer en su proceso de parto, la sensación del control por parte de la gestante, la información y el apoyo de la pareja y el personal sanitario se relaciona con una experiencia positiva durante el parto. Capogna et al., Kannan et al. (como se citó en Marín, et al., 2008).

6.5 PUERPERIO

El puerperio es el período que transcurre desde la expulsión de la placenta y las membranas hasta el retorno del aparato reproductor de la mujer a su estado de no embarazo. (Varney, Kriebs, Gegor, 2006)

Aguarón (2010) expresa que el puerperio dura alrededor de 40 días (6 semanas), y se divide en 3 etapas:

Puerperio inmediato: primeras 24 horas; Puerperio clínico: desde el final del puerperio inmediato hasta que la mujer es dada de alta del medio hospitalario (2 a 4 días); y

Puerperio tardío: El final coincide con la aparición de la primera menstruación (aproximadamente 6 semanas).

Durante el puerperio existen cambios a nivel de los diferentes órganos en el cuerpo de la mujer como, por ejemplo:

Útero

Aguarón (2010) expresa que los cambios a nivel del útero van a estar determinado por la involución uterina, la regeneración del endometrio y los loquios.

Dicho autor menciona que la involución uterina se presenta inmediatamente después del alumbramiento.

En la primípara, el útero puerperal presenta una contracción tónica y en las mujeres multíparas la contracción se da de manera vigorosa originado los entuertos. Los mismos aumentan cuando el recién nacido succiona el seno materno. (Cunningham et al., s.d.)

Aguarón (2010) menciona que la regeneración del endometrio se presenta alrededor de la tercera semana y la regeneración e involución de implantación placentaria tiene lugar entre la octava y decima segunda semana.

Dicho autor define a los loquios como la secreción postparto. Entre el segundo y tercer día los loquios tienen una coloración roja, después de tres o cuatro días son rosados o serosos, a partir del décimo día se tornan blancos y alrededor de la quinta semana postparto cesa la expulsión de los loquios.

Según la OMS (2007), en el año 2005, a nivel mundial, del total de las causas de mortalidad maternas, un 25% pertenecen a hemorragias graves generalmente puerperales.

Cambios vías urinarias

La vejiga puerperal tiene mayor capacidad y es relativamente insensible a la presión del líquido intravesical por lo que puede aparecer una distensión excesiva, vaciamiento incompleto y orina residual. En consecuencia, esta característica resulta ser un factor de riesgo para la aparición de las infecciones urinarias. (Cunningham, et al., s.d)

Cambios en la glándula mamaria

La ingurgitación mamaria se produce entre el 3er y 4º día postparto pudiendo provocar un aumento fisiológico de la temperatura (no más de 38°C). El calostro es la primera secreción de la glándula mamaria y está presente durante los primeros 5 días del postparto. Contiene minerales, proteínas, inmunoglobulinas, menos azúcares y minerales, lactosa, ácidos grasos, agua y vitaminas. (Aguarón, 2010)

El calostro está presente durante unos cinco días y a lo largo de las 4 semanas siguientes del post parto se va a ir convirtiendo en leche madura. (Cunningham, et al., s.d)

Durante el período postparto temprano se debe valorar aspecto e integridad de los pezones, la contusión o la irritación del tejido mamario, la presencia de calostro, congestión mamaria y signos de mastitis potencial. (Varney, Kriebs, Gegor, 2006)

Cambios Psicológicos

Para Varney, Kriebs y Gegor, (2006) la madre experimenta cambios físicos y fisiológicos extensos, ha hecho ajustes enormes de su cuerpo y de su psiquis y está en el proceso de exploración y asimilación de su hijo, así como también está bajo presión para lograr conocer y cuidar del mismo.

Dichos autores entienden que todas las madres experimentan estos cambios, pero su intensidad y como lo sobrelleven dependerá del escenario donde se encuentren. “En la casa, una mujer aprende y hace los ajustes con la seguridad y el confort de su propio ambiente donde puede ejercer el control” mientras que en el Hospital carece de estos apoyos y los sentimientos de vulnerabilidad y frustración pueden dar lugar a la depresión post parto.

Varney, Kriebs y Gegor (2006) mencionan que en hasta el 70 % de las mujeres presentan el fenómeno de la depresión postparto el cual aparece a los pocos días después del nacimiento y se resuelve a los 10 a 14 días. Las causas pueden ser un ambiente de parto que no brinda apoyo, cambios hormonales rápidos, inseguridad en el nuevo rol de madre y la privación del sueño. Los síntomas son llanto, sentimientos de decepción por la experiencia del parto, agitación, inquietud, humor cambiante y distanciamiento y rechazo al niño y a la familia. En estos casos viene bien el apoyo de la

familiar y brindar oportunidades de mayor reposo, así como también expresarle la reafirmación positiva de sus éxitos en la crianza del recién nacido.

Cuando acontece el alta hospitalaria, el personal de salud debe asegurarse de brindar todas las recomendaciones acerca de los síntomas y signos por los cuales la mujer debe consultar, salud sexual y anticoncepción, asegurarse de que la mujer haya comprendido dichas recomendaciones y que exista una situación familiar adecuada. (Fiol et al., 2014)

6.6 CUIDADO

Pérez Porto y Gardey (2010) definen el cuidado como “La acción de cuidar (preservar, guardar, conservar, asistir). El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio”. (1 párrafo)

Melguizo y Alzate (2008) plantean que “Las creencias sobre el cuidado de la salud pueden considerarse desde las ideas que las personas aceptan y expresan sobre cómo conservan o recuperan su salud o como conductas verbales que las personas expresan”. Las autoras entienden además que “...es de esperarse que cada persona elabore, acepte, conserve y utilice un repertorio de creencias de cuidado de la salud, que dependerá, también, de su posición social”.

Por su parte Marie Françoise Collière (como se citó en Melguizo, Alzate, 2008) afirma que "Los cuidados dan lugar a prácticas y hábitos que se forjan partiendo del modo en que los hombres y mujeres aprehenden y utilizan el medio de vida que les rodea (...) y cuando las prácticas se perpetúan generan por sí mismas ritos y creencias".

Esta relación dinámica dada entre las prácticas de cuidado y las creencias es mencionada también por Marvin Harris (como se citó en Melguizo, Alzate, 2008) quien establece en su definición de cultura que “Las creencias influyen en las prácticas y éstas a su vez pueden modificar las creencias”. Melguizo y Alzate entienden que “...tanto las creencias como las prácticas emergen de la realidad misma que rodea a las personas y que se utilizan para adaptarse o responder a su entorno”.

P. Benner (como se citó en Melguizo, Alzate, 2008) plantea la relación de las prácticas de cuidado de la salud según el contexto cultural donde está inmersa la persona y

considera que la práctica está constituida culturalmente y es una fuente de innovación debido a que “Los seres humanos constantemente refinan prácticas en los diferentes contextos, lo cual permite y promueve la actualización de la noción del bien que hay dentro de ellos”.

Muñoz (como se citó en Melguizo, Alzate, 2008) por su parte en una investigación denominada "Prácticas de cuidado materno perinatal" realizada en Colombia, define las prácticas de cuidados como:

Actividades que realizan con ellas mismas las gestantes en el periodo prenatal, con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, atender sus enfermedades y conservar su bienestar, basadas en su sistema de creencias y tradiciones culturales difícilmente reemplazadas por nuevos conocimientos y además desconocidos por quienes ofrecen el cuidado.

Los autores mencionados conciben al cuidado como una acción que va a estar determinada por factores intrínsecos de una comunidad como la cultura, las tradiciones, las creencias, el entorno y la variabilidad de dichos factores dependerá de donde las personas nacen, crecen y se desarrollan.

6.7 ACCESIBILIDAD

Referente al concepto de accesibilidad Frenk (como se citó en Umpiérrez, 2012) plantea que:

...por las características -amplias y ambiguas del concepto de accesibilidad-, se tiende a confundir en la cotidianeidad con los conceptos de disponibilidad y acceso. Se entiende por disponibilidad la capacidad instalada de recursos materiales y humanos, así como la capacidad de producción de servicios de salud, mientras que el término “acceso” alude a la capacidad de un usuario para buscar y obtener atención. (p. 40)

Por su parte Comes (como se citó en Umpiérrez, 2012) piensa que la “...accesibilidad tiene un alcance mayor que el término acceso ya que no podemos hablar de accesibilidad simplemente por el hecho de que el usuario haya tenido acceso a la atención, sino que el mismo implica resolver su problema de salud”. (p. 40)

En base a las definiciones de esto dos autores, se puede decir que está claro que no solamente debemos promover el acceso de la población a los servicios de salud, sino

que también debemos abordar determinados factores que puedan estar obstaculizando la solución a los problemas de salud de dicha población.

Umpiérrez (2012) entiende que existe consenso en diversos autores, en identificar diferentes dimensiones involucradas en la noción de accesibilidad:

- 1 - Geográfica que refiere a la distribución y localización de los servicios en una zona con una población asignada. Dicha dimensión pone de manifiesto el componente territorial, implica la distancia, el transporte, barreras naturales.
- 2 - Económica o financiera Proporción del gasto en Salud cubierto por el sistema sanitario, expresa la protección financiera que permite liberar a los individuos del gasto personal y posee dos niveles; uno se relaciona con la capacidad adquisitiva de la población para hacer frente a los gastos de los servicios sanitarios (medicamentos, aranceles, cuota mutual, transporte, etc.) y el otro con la inversión del Sistema Sanitario, lo que implica la existencia de un cierto subsidio en los gastos en salud para los usuarios.
- 3 - Organizacional o burocrática se trata de la organización interna de los servicios para brindar la atención a la población, tales como turnos, horarios, recorridos, lista de espera, disponibilidad de recursos, difusión de información, etc.
- 4- Socio demográfica que es la oferta de servicios a todas la edades y sexos.
- 5- Legal. Se vincula con las disposiciones jurídicas y políticas del Estado en materia de salud. En Uruguay, las mismas están amparadas en la Constitución Nacional, la Ley Orgánica de Salud Pública, la Convención de los Derechos del Niño y la ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y descentralización de ASSE.
- 6 – Cultural: Implica el universo simbólico de los sujetos (creencias, saberes, hábitos, prácticas, actitudes, etc.). Phillips, Najera, Chias et al. (como se citó en Umpiérrez, 2012, pp. 40-41)

6.8 LA DIMENSIÓN SOCIOCULTURAL EN LOS SISTEMAS DE CUIDADOS

Andrea Quadrelli (2013) en su trabajo sobre la enseñanza de humanidades en medicina trae la concepción de la medicina occidental o biomedicina la cual, para Hahn, Bohannan, Helman, Good (como se citó en Quadrelli, 2013) deja de lado la formación humanista y se centra en una excesiva tecnología fomentando la “despersonalización en

la atención al enfermo y descuidando la perspectiva del paciente y los aspectos emocionales de la enfermedad”. (p. 2)

Bohannan (como se citó en Quadrelli, 2013) transmite el concepto antropológico de etnocentrismo el cual se refiere a que las conductas y valores de determinados grupos sociales son siempre mejores, más adecuadas o importantes que las conductas y valores de otros grupos sociales. “...el hecho de crecer y aprender una cultura nos hace humanos, pero el hecho de que aprendamos una cultura nos hace muy difícil aprender otra cultura de la forma profunda y natural en que aprendemos la primera”. (pp. 2-3)

Minayo (como se citó en Quadrelli, 2013) expresa que desde una mirada antropológica surge la necesidad de relativizar los conceptos biomédicos, comprender el proceso salud enfermedad en un contexto histórico, de clase, género, edad y etnia, así como también reconocer cómo es vivido el problema de salud por las personas según sus aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales.

Para que esta perspectiva antropológica sea adoptada por los profesionales de la salud primero deberían escuchar al interlocutor: atender a cómo plantea su situación; conocer su experiencia biográfica y desde ese lugar, qué piensa, siente y actúa; conocer su conocimiento y experiencias vividas, considerando que desde esa óptica interpreta el mundo y pauta su acción. Minayo (como se citó en Quadrelli, 2013).

Martínez Hernández (2007) plantea que el determinismo biológico supone una jerarquía en el orden de las cosas donde en primer lugar aparecen los procesos biológicos que ejercen su determinación en la vida humana donde se encuentra las conductas individuales y procesos psicológicos y en un segundo plano aparece las relaciones sociales y la producción cultural de símbolos y representaciones compartidos.

El determinismo biológico “es la negación a que, en la jerarquía en el orden de las cosas, lo cultural o lo psicológico afecte lo biológico y es la ilusión de la independencia que tiene lo biológico de todo contexto social e histórico”. (Martínez Hernández, 2007, pp. 12-14).

Para el autor desde una perspectiva médica la vida, la patología y la muerte básicamente son el resultado de causas biológicas. Las enfermedades son entendidas como anomalías biológicas o psicobiológicas que afectan las funciones y las estructuras de los órganos y que se expresan mediante signos y síntomas y por tanto el objetivo de la biomedicina es

restituir el equilibrio biológico o paliar algunas de sus expresiones. (Martínez Hernández, 2007)

Sin embargo, Martínez Hernández (2007) plantea que desde la antropología se tiene una visión diferente de la enfermedad, la salud, la aflicción y la muerte donde los mismos se relacionan con fenómenos dependientes de la cultura y la vida social.

Siguiendo a Seppilli (como se citó en Martínez Hernández, 2007) se puede decir que:

Las representaciones culturales, formas de vida, hábitos dietéticos, percepciones sociales, estigmas o etiquetamientos, la pobreza, las migraciones, el desarrollo del capitalismo, las conductas sexuales o las condiciones sociales de existencia son variables que se asocian con los procesos de morbimortalidad en todas las sociedades y que definen el acceso a los tratamientos médicos y biomédicos y a la resolución de las enfermedades. (pp. 26-27)

El autor expresa que "...la antropología ha puesto en evidencia la necesidad de una perspectiva crítica y constructivista que observe las categorías biomédicas como producto de la vida social". (Martínez Hernández, 2007, p. 26)

Martínez Hernández (2007) menciona la teoría del social support-stress-disease, un paradigma que define a la enfermedad como resultado de factores complejos biológicos y sociales, la cual plantea que la autopercepción de la enfermedad o de una disfunción se comportan como factores que pueden provocar un estado de empeoramiento o la falta de salud, por ejemplo, la emocionalidad y sus correlatos psicológicos y neuroquímicos. Mientras que desde la concepción antropológica el proceso salud enfermedad difiere en su comportamiento de acuerdo con los fenómenos socio culturales, Martínez Hernández (2007) entiende que desde la biomedicina la enfermedad se concibe como invariable, es decir "se espera que los signos y síntomas de una enfermedad sean los mismos en diferentes períodos históricos y en diversos marcos socioculturales". (pp. 34-35)

Siguiendo la línea en cuanto a que existen fenómenos socioculturales que determinarían el comportamiento del proceso salud enfermedad, Kleinman (1976) plantea un modelo el cual es "...un intento en comprender la salud, la enfermedad y la curación en

sociedad como un sistema cultural, y para comparar tales sistemas transculturalmente”¹ (p. 85)

El autor sostiene que las creencias sobre lo que causa la enfermedad, experiencias previas de los síntomas, el comportamiento de las enfermedades, decisiones frente a otros tratamientos alternativos, prácticas de terapias actuales y las evaluaciones de los resultados terapéuticos, determinan el sistema de cuidado durante la enfermedad.

(Kleinman, 1976)

Kleinman (1976) plantea los siguientes escenarios como parte del sistema de cuidado de salud: los profesionales, populares y familiares. Los populares contemplan el contexto familiar de la enfermedad y el cuidado, incluyendo además las redes sociales y comunitarias. En el ámbito profesional se encuentra la medicina científica profesional o tradiciones curativas indígenas profesionalizadas como por ejemplo la terapia china entre otras.

Freidson (como se citó en Kleinman, 1976) expresa que los sistemas de cuidado de salud mencionados construyen diferentes realidades sociales basados en creencias, expectativas, roles y escenarios socialmente legitimados.

Cay et. al y Cane et al. (como se citó en Kleinman, 1976) entienden que dentro del trabajo de sistema de cuidado de salud existen algunos obstáculos que impiden efectivizar el cuidado de la salud como las grandes discrepancias entre los objetivos terapéuticos de los practicantes y pacientes.

Harwood y Snow (como se citó en Kleinman, 1976) expresan que la comunicación juega un rol determinante del cumplimiento, la satisfacción y el uso adecuado del paciente en los centros de salud, así como también entienden que cuando las influencias culturales no son apreciadas o atendidas durante la comunicación clínica aparecen los problemas en el cuidado del paciente.

Kleinman (1976) concluye que:

...los practicantes profesionales hablan sobre la enfermedad en un sector de lenguaje específico del sector de funciones y comportamientos biológicos, mientras que los

¹ Traducción propia del original en inglés: an attempt to understand health, illness, and healing in society as a cultural system, and to compare such systems cross-culturally.

pacientes y familias, aun cuando incorporan términos del primero, hablan de la enfermedad en un amplio lenguaje de experiencia cultural.²(p. 88)

La jerarquía del saber médico se relaciona con las transformaciones sociales en cuanto a la importancia que adquieren históricamente, los diferentes saberes en el cuidado de la salud.

Barrán (como se citó en Bonino, 2014) menciona que, en Uruguay a principios del novecientos acontece una transformación en lo que respecta a los principales responsables del cuidado de la salud. En ese sentido, aparece una sociedad medicalizada, donde todos los actores (curas, hermanas y superiores) que tenían un papel preponderante en la toma de decisiones sobre la salud de los enfermos, fueron sustituidos por los médicos, quienes hasta entonces estaban subordinados por los actores anteriormente mencionados. Es decir, "...la vida larga se transformó en el objetivo de la existencia individual y la salud pública en la suprema ley del Estado". (p. 8) La medicalización de la sociedad aconteció en tres niveles de diferentes ritmos históricos y grados de profundidad: el nivel de atención donde el médico adquiere un rol más jerárquico en el tratamiento de la enfermedad, la conversión de la salud como elemento supremo de la sociedad y la adopción de conductas, valores colectivos e imágenes de la vida cotidiana de la sociedad basados en el saber médico. Barrán (como se citó en Bonino, 2014). Bonino (2014) sostiene que el proceso de medicalización de la sociedad generó un gran protagonismo de los médicos, no solo como productores de individuos sanos, sino como "...consejeros familiares, ampliando su poder más allá del ámbito que les compete, convirtiéndose en autoridad social". (p. 11)

² Traducción propia del original en inglés: Professional practitioners talk about sickness in a sector-specific language of biological functions and behavior, whereas patients and families, even when they incorporate terms from the former, talk about sickness in a culture-wide language of experience.

7. CONTEXTO DONDE SE DESARROLLARÓ LA INVESTIGACIÓN: RINCON DE COLOLÓ Y SAN DIOS



Imagen 1 MAPA DEL DEPARTAMENTO DE SORIANO

Fuente:

https://www.google.com.uy/search?q=mapa+de+san+dios+soriano&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=Td93VjJWQe9IMM%253A%252Cd39SD9NjfiaJNM%252C_&usg=__IZBbsEk8FS6V5wMNGGQCWcGhHJE%3D&sa=X&ved=0ahUKEwjbuv-4r4DYAhULC5AKHcdEDaoQ9QEIkzAC#imgdii=JV-BXFFgbCOYQM:&imgrc=Td93VjJWQe9IMM:

La investigación fue realizada en las localidades rurales de Rincón de Cololó y San Dios en el departamento de Soriano.

Rincón de Cololó se ubica a 32 km. de la ciudad de Mercedes, se accede por ruta 14 y en el kilómetro 8 debe transitarse por camino de tierra y pedregullo para llegar a la localidad.

San Dios se ubica a 65 Kilómetros de la ciudad de Mercedes, se accede por ruta 14 y en el kilómetro 31 debe transitarse por camino de tierra para llegar a la localidad.

La contextualización se realizó en base a fuentes secundarias, información proveniente de mi desempeño profesional como enfermera en el medio rural, información y

documentos aportados por los directores de las escuelas de las localidades y a las instancias de observación participante durante el trabajo de campo.

El departamento de Soriano es conocido como “Departamento Fértil” y está ubicado hacia el área suroeste del país, bordeando con el Río Uruguay en el suroeste, con el Río Negro en el norte, con el departamento de Colonia en el sur y con el departamento de Flores en el este.

Soriano es uno de los departamentos del país de mayor producción cerealera, tanto en cantidad de productos como por los rendimientos por hectárea. (Ecured, 2015)

Este departamento tiene una población total de 82.595 habitantes de los cuales 6.612 pertenece a la población rural. (INE, 2011)

La policlínica más cercana a las localidades de Rincón de Cololó y San Dios es la Policlínica rural de Sacachispas, en la cual me he desempeñado profesionalmente como Licenciada en Enfermería desde el año 2011 al 2017.

La Policlínica de Sacachispas (antiguamente denominada Villa Darwin), se encuentra a 22 kilómetros de Rincón de Cololó y 15 kilómetros de San Dios, pertenece a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), e integra la Red de Atención Primaria (RAP) de Soriano.

Rincón de Cololó

Esta localidad (Ver Imagen 2 y 3) antiguamente llegó a presentar 200 habitantes sin embargo actualmente entre los pobladores que residen en la zona existe solo 4 familias con 40 años de antigüedad.



Imagen 2 Localidad de Rincón de Cololó

Fuente: Autoría propia, fotografía tomada en el marco de trabajo de campo.



Imagen 3 Localidad de Rincón de Cololó

Fuente: Autoría propia, fotografía tomada en el marco de trabajo de campo.

La Escuela N° 38 de Rincón de Cololó es el lugar de referencia y actualmente cuenta con 5 alumnos, pero cabe destacar que entre los años 1950 y 1960 llegaron a concurrir alrededor de 96 alumnos. La escuela es el lugar de encuentro para la celebración de las diferentes festividades de la comunidad.

En la zona hay un almacén donde se vende provisiones básicas, bebidas y tabaco. Existen dos Establecimientos que se destacan por ocupar la mayoría del territorio circundante a la Escuela, “La Charoleza” que abarca aproximadamente 5000 hectáreas y “El Pajonal” el cual presenta alrededor de 2000 hectáreas en donde están la mayoría de las taperas de los antiguos pobladores de la zona.

En cuanto al nivel de instrucción de los habitantes, la gran mayoría cuenta con primaria completa y ciclo básico incompleto y en general las personas trabajan como capataz de estancia y tractoreo, así como también existen lugareños que se dedican a la cría de animales.

En cuanto a la producción, en primer lugar, se encuentra la actividad agrícola donde se planta soja, trigo, maíz y sorgo y, en segundo lugar, se encuentra la ganadería en donde se trabaja mayoritariamente los campos de montes naturales que no se aprovechan para la agricultura.

La mayoría de los lugareños cuentan con vehículo, sin embargo, esta comunidad presenta inconvenientes debido al mal estado de los caminos y a las crecidas de arroyos durante los días de lluvia, lo que les impide trasladarse a otras localidades. Cabe mencionar que no existe medios de transportes públicos.

San Dios

San Dios (Ver Imagen 4 y 5) es un centro poblado que presenta 38 habitantes entre mujeres, hombres y niños y comienza geográficamente en el Establecimiento “El Árbolito” y finaliza en el Establecimiento “Paso del Correntino”.

El nivel de instrucción de sus habitantes es de primaria completa o incompleta y básicamente son empleados rurales, jubilados y amas de casa.

La localidad cuenta con la Escuela N°19 de San Dios, una Iglesia y dos almacenes. La Escuela de San Dios, es el lugar de encuentro más importante de la comunidad donde se realizan la mayoría de las actividades sociales de la localidad.

Es importante resaltar que la localidad de San Dios queda aislada del Pueblo de Sacachispas y de la ciudad de Mercedes por presentar caminos intransitables y por el crecimiento de arroyos en días de abundantes precipitaciones.

Algunos de los problemas que presentan es el estado de los caminos que, si bien los arreglan, cuando pasa la maquinaria rural pesada y el clima se presenta lluvioso, los caminos vuelven a quedar en mal estado. Cabe mencionar, que no existe medios de transporte públicos, lo que trae como consecuencia depender de la buena voluntad de un vecino que cuente con vehículo para poder trasladarse a otra localidad.



Imagen 4 Localidad de San Dios

Fuente: Autoría propia, fotografía tomada en el marco de trabajo de campo.



Imagen 5 Localidad de San Dios

Fuente: Autoría propia, fotografía tomada en el marco de trabajo de campo.

CAPÍTULO III

8. METODOLOGÍA

8.1 Tipo de Estudio:

El presente estudio es de carácter cualitativo, de tipo analítico.

8.2 Área de Estudio:

El estudio se realizó en las localidades de Rincón de Cololó y San Dios, Departamento de Soriano, República Oriental del Uruguay.

Las localidades de Rincón de Cololó y San Dios fueron seleccionadas para la presente investigación debido a que son localidades rurales que se encuentran a varios kilómetros de las policlínicas de los centros poblados más cercanos y los caminos se vuelven intransitables los días con abundantes precipitaciones. Cabe destacar de que se trata de localidades rurales con dificultad en la accesibilidad a los centros de salud, por lo que el análisis de las prácticas de cuidado de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en su particularidad se vuelve pertinente.

8.3 Población y Muestra:

Para la investigación la población estuvo compuesta por las mujeres rurales residentes en Rincón de Cololó y San Dios del Departamento de Soriano y la muestra son las mujeres rurales residentes en las localidades de Rincón de Cololó y San Dios del departamento de Soriano que cumplen con los criterios de inclusión.

Si bien al momento de la selección de la muestra no se definieron franjas etarias, luego de realizar el procesamiento de las entrevistas desgrabadas, la dimensión de la edad de las mujeres (mujeres mayores de 50 años y mujeres menores de 50 años) surge como un elemento significativo en relación al problema de investigación. Por tal motivo en la investigación, se mencionará como las mujeres mayores y mujeres menores o más jóvenes, siendo el punto de referencia o quiebre 50 años.

8.4 Criterio de inclusión:

Las mujeres con residencia en la localidad. En esta investigación se consideró

“residencia en la localidad” cuando se vive en ella la mayor parte del año.

Que hayan vivido y completado uno o más embarazo, parto y puerperio en la localidad.

Que acepte y firme el consentimiento informado. (Ver Anexo Nro. 2)

8.5 Criterio de exclusión:

Mujeres con algún impedimento para la comunicación verbal y por tanto que no puedan participar de las entrevistas en profundidad.

8.6 Técnicas de Obtención de los Datos:

La principal técnica llevada a cabo durante el trabajo de campo de la investigación fue la entrevista en profundidad, la cual se grabó en audio, que permite hacer que “...la gente hable sobre lo que sabe, piensa y cree”. Spradley (como se citó en Guber, 2001, p. 30)

La información brindada por las personas suele referirse a “...la biografía, al sentido de los hechos, a sentimientos, opiniones y emociones, a las normas o standards de acción, y a los valores o conductas ideales”. (Guber, 2001, p. 30)

Luego que el investigador culmina la primera parte de la entrevista donde se propone armar un marco de términos y referencias significativo; aprende a distinguir lo relevante de lo secundario, lo que pertenece al informante y lo que proviene de sus propias inferencias y preconcepciones, podría estar en condiciones de comenzar a focalizar o profundizar la entrevista donde puede dedicarse a ampliar, profundizar y sistematizar el material obtenido. Aquí “...se puede avanzar sobre temas que, por considerarse tabú, conflictivos, comprometedores o vergonzantes, no se han tratado en los primeros encuentros”. (Guber, 2001, p. 38)

Además de entrevistas en profundidad, se realizó observación participante. Cruz (como se citó en Restrepo, 2018) menciona que “La técnica de la observación participante se realiza a través del contacto del investigador con el fenómeno observado para obtener informaciones sobre la realidad de los actores sociales en sus propios contextos” (p. 56). Esta técnica permite al investigador “...observar y registrar como se hacen las cosas,

quienes la realizan, cuando y donde”. (Restrepo, 2018, p. 57). Para que el investigador pueda observar debe ser aceptado por las personas con las que trabajará, así como también debe haber generado cierto grado de empatía. (Restrepo, 2018)

Cabe mencionar que, Guber (como se citó en Restrepo, 2018), destaca que “El acto de participar cubre un amplio espectro que va desde “estar allí” como un testigo mudo de los hechos, hasta integrar una o varias actividades de distinta magnitud y con distintos grados de involucramiento”. (p. 57)

Por razones de factibilidad, las instancias de observación participante no se realizaron en relación a los procesos de embarazo, parto y puerperio de las mujeres que participaron en la investigación. Se realizó observación participante en eventos comunitarios, con el objetivo de explorar las dinámicas sociales en Rincón de Cololó y San Dios, los vínculos de las mujeres con sus vecinos y vecinas, y con sus familias. Entre otros asuntos, permitió identificar a la accesibilidad geográfica como una problemática central, lo que también fue mencionado por las mujeres en las entrevistas. La observación realizada fue registrada en el cuaderno de campo y posteriormente considerada en el análisis.

8.7 Instrumentos

Como instrumento para la recolección de datos se utilizó una pauta de entrevista (Ver Anexo N° 1) que permitió indagar en los ejes temáticos considerados relevantes para abordar la problemática de investigación.

También se utilizó un cuaderno de campo en el cual se registró elementos relevantes para los objetivos de la investigación, que estuvieron vinculados al desarrollo de la entrevista.

El cuaderno de campo permite recuperar y analizar críticamente los acontecimientos y detalles de nuestras instancias con los/as participantes de la entrevista.

Para Guber (2004) el registro:

... implica un recorte de lo que el investigador supone relevante y significativo, es una valiosa ayuda no sólo para preservar información, sino también para visualizar el proceso por el cual el investigador va abriendo su mirada, aprehendiendo el campo y aprehendiéndose a sí mismo. (p. 166)

La autora entiende además que es importante determinar el momento adecuado para registrar, debido a que si se realiza durante la entrevista puede incomodar al informante limitando la espontaneidad de lo expresado. Por tanto, es aconsejable que el investigador pueda "...postergar el registro o tomar nota indicando los temas tratados y algunas expresiones que parezcan "interesantes" en función de los objetivos del investigador, sus hipótesis o, incluso, sus intuiciones". (Guber, 2004, p. 168)

8.8 Proceso de Recolección de datos

En primera instancia se realizó una reunión con las mujeres en las escuelas de Rincón de Cololó y San Dios. Cabe destacar el rol fundamental que tuvieron los maestros directores de las escuelas, para realizar la convocatoria a las mujeres que finalmente participaron en la investigación dado que son uno de los referentes principales de las localidades.

En dicha reunión se explicó el fundamento de la investigación y se las invitó a participar en la misma aclarando que su participación sería voluntaria.

Posteriormente, contacté directamente en sus domicilios a las mujeres que no asistieron a la reunión de la escuela.

Las dificultades que se presentaron para incluir más participantes en la investigación fueron:

- Algunas mujeres no cumplían con el criterio de inclusión.
- Si bien había mujeres que cumplían con el criterio de inclusión, no accedieron a participar en la investigación.
- Desconocimiento de otras posibles participantes por residir en lo rural profundo.

Con las mujeres que aceptaron participar de la investigación se realizó un segundo encuentro (en las escuelas o en sus domicilios) con el objetivo de coordinar el día y el lugar de las entrevistas.

Se realizaron 5 entrevistas a mujeres que residían en Rincón de Cololó y 4 entrevistas a mujeres que residían en San Dios.

De la totalidad de las entrevistas, 8 se llevaron a cabo en los domicilios rurales de las mujeres y 1 en la casa familiar situada en Mercedes, siendo ellas las que decidieron el

momento y el lugar que consideraban más adecuado para la realización de las entrevistas.

Previo a cada entrevista se leyó en voz alta el contenido del consentimiento informado y se le solicitó la firma de dos copias, dejando una copia para la participante y otra copia para la investigadora.

Cabe destacar que todas las mujeres participantes me recibieron cordial y afectuosamente.

Previo al inicio de las entrevistas y luego de finalizada las mismas se mantuvo un fluido y cálido diálogo, en el cual se abordaban temáticas de la vida cotidiana de las participantes referente a la familia y la localidad donde residían, así como también mis experiencias de vida con la finalidad de propiciar tranquilidad y confianza.

Durante la entrevista se plantearon comentarios generales y preguntas disparadoras para luego centrarse en el tema y los objetivos de la investigación.

Cabe agregar que los encuentros con las participantes duraron en promedio dos horas y media entre las charlas informales y las entrevistas grabadas.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas por mí.

Se realizó observación participante en instancias comunitarias, concurriendo a festividades de ambas localidades: fiestas de fin de curso en las escuelas de ambas localidades y el festejo del día del padre realizado en Rincón de Cololó. Dichas jornadas de festejos permitieron incorporar al análisis elementos relacionados a las costumbres y dinámicas sociales de ambas localidades.

Vale destacar que durante todo el proceso del trabajo de campo se mantuvo una actitud ética y se respetó la confidencialidad de la información obtenida.

8.9 Análisis de los datos

El material producido en el trabajo de campo fue organizado y analizado cualitativamente, de acuerdo con los objetivos de la investigación. La información que surgió de las entrevistas desgrabadas fue sistematizada y puesta en diálogo con el cuaderno de campo, organizando la información y aplicándose análisis de contenido siguiendo la propuesta de M. Cecilia Minayo (1995). Para la autora “desde el punto de vista operacional el análisis de contenido parte de una literatura de primer plano para

alcanzar un nivel más profundo: aquel que supere los manifiestos”, relacionando estructuras semánticas (significantes) con estructuras sociológicas (significados) de los enunciados. La autora además expresa que el análisis de contenido “Articula la superficie de los textos descrita y analizada con los factores que determinan sus características: variables psicosociales, contexto y proceso de producción de mensaje”. (p. 245).

Operativamente y en diálogo con el concepto de “categorías” utilizado por Minayo (1995), se utilizó el concepto de “ejes temáticos”, que fueron definidos previamente siguiendo el diseño de la investigación. Para el análisis se organizó el material de cada entrevista por eje temático y luego, se exploró el significado de las prácticas de cuidado durante el embarazo, parto y puerperio, poniendo en diálogo las entrevistas con el cuaderno de campo. El análisis permitió, además, comparar hallazgos entre grupos de edades y por localidades. De este modo, la herramienta teórico-metodológica de Minayo (1995), permitió acceder a diferentes capas de sentido en los discursos de las entrevistadas, pasando de un nivel más literal a un nivel más profundo del mismo.

8.10 Aspectos Éticos

En primera instancia se solicitó la aprobación ante la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería y luego de haber obtenido su aval se comenzó con las entrevistas a las mujeres participantes de la investigación.

Al ser las entrevistas desarrolladas en el ámbito social no se solicitó más autorización que a la propia entrevistada.

Las entrevistas se realizaron en forma voluntaria manteniéndose siempre la confidencialidad y el anonimato de la persona entrevistada. Con ese fin cada persona entrevistada fue identificada en la investigación con un nombre ficticio que la persona eligió.

Previo a la entrevista se firmó el consentimiento informado (Anexo N° 2); se procedió a la lectura de mismo subrayando las consideraciones más importantes como el anonimato, que podía abandonar la entrevista cuando lo deseara y que los datos serían utilizados solo para uso científico.

Por otra parte, se mantuvo en todo el proceso de investigación una actitud ética en el sentido planteado por Restrepo (2018). Este autor concibe la ética como una dimensión transversal al proceso de investigación en su conjunto, como reflexión y posicionamiento sobre el conjunto de principios que deben orientar las prácticas de investigación en sus diferentes fases. (Restrepo, 2018)

CAPÍTULO IV

9. RESULTADOS

En las localidades de Rincón de Cololó y San Dios se realizó un arduo trabajo para contactar mujeres que hubieran vivenciado el embarazo, parto y puerperio en la misma localidad. A través de los referentes comunitarios como los maestros de las escuelas, se logró entrevistar a 9 mujeres, las cuales cumplían con el criterio de inclusión propuesto en el presente trabajo de investigación.

Estas dificultades se vinculan con la escasa cantidad de habitantes de las diferentes localidades y la migración de sus pobladores, es decir, si bien había mujeres que residían en las localidades las mismas habían vivenciado el embarazo, parto y puerperio en otra localidad y por otro lado había mujeres que si bien habían nacido y vivido en dichas comunidades ya no residían en las mismas. Esta situación estaba dada por factores laborales o familiares según lo manifestado por integrantes de la comunidad. En total se llevaron a cabo 9 entrevistas en profundidad, de las cuales 8 se realizaron en los domicilios rurales donde residen las mujeres y 1 en la casa familiar de una de las participantes, situada en la ciudad de Mercedes.³

9.1 Caracterización de las mujeres entrevistadas

³ La participante se encontraba por temas personales en la ciudad de Mercedes y prefirió que se le realizara la entrevista en dicho lugar.

De las mujeres entrevistadas, 5 viven en la localidad de Rincón de Cololó y 4 en la localidad de San Dios y la gran mayoría de estas residen en sus respectivas localidades desde que nacieron.

Al momento del trabajo de campo, las edades de las mujeres estaban comprendidas entre los 25 y 66 años, presentando la mayoría de las participantes, edades mayores a 50 años.⁴

El promedio de cantidad de hijos de las interlocutoras es de 2 y todas las mujeres tuvieron su primer hijo siendo mayores de edad, con un promedio de 23 años.

Cabe mencionar que la mayoría de las mujeres mayores están casadas, mientras que las más jóvenes se encuentran en unión libre, en ambos casos con el padre de sus hijos.

En la actualidad, la mayoría de las mujeres mayores conviven solamente con su pareja mientras que las entrevistadas más jóvenes conviven con sus parejas e hijos.

No se observó mayor diferencia entre las mujeres más jóvenes y mayores con respecto a su nivel de instrucción, siendo primaria completa la característica más recurrente.

En relación a la situación laboral de las mujeres al momento de las entrevistas, tres de ellas se desempeñan como empleadas rurales (encargadas de la cocina y limpieza de la casa de la estancia), una trabaja en un almacén instalado en su hogar, otra como auxiliar de servicio y cocinera de la escuela del pueblo. Se destaca la escasa cantidad de mujeres jubiladas en ambas localidades, así como también es escasa la cantidad de mujeres que se dedican exclusivamente a las labores del hogar.

En base a las entrevistas, observaciones y encuentros informales, se puede afirmar que las mujeres de Rincón de Cololó se encuentran en una situación económica más favorable que las que residen en San Dios, encontrándose diferencias en relación al estado general y comodidades de las viviendas, el tipo de trabajo desempeñado por las mujeres y sus parejas, así como también por el medio de transporte con que la familia cuenta o carece.

Cabe mencionar que, no se accedió a información estadística referida a estas localidades para dar cuenta de la situación socioeconómica de sus habitantes.

⁴ En adelante, se utilizará el término “mayores” para dar cuenta de las experiencias de las mujeres mayores de 50 años y el término “mujeres menores” o “más jóvenes” para dar cuenta de las experiencias de las mujeres menores de 50 años.

Finalmente, la cobertura de salud más frecuente que presentan las usuarias es la mutualista privada.

9.2 Los ejes temáticos que se abordaron en las entrevistas en profundidad fueron:

- 1) Percepción de la localidad donde vive (vivencia, ventajas y desventajas de vivir en el área rural, relacionamiento con la comunidad)
- 2) Familia (relación con la familia, rol que cumple la mujer dentro de la familia)
- 3) Embarazo (noticia del embarazo, vivencia y recuerdos, cuidados realizados y creencias, experiencia con el personal de salud (trato y recomendaciones), relación con la familia y apoyo).
- 4) Parto (expectativas, cuidados, vivencia y recuerdos, apoyo)
- 5) Puerperio (información recibida por el personal de salud, vivencias y recuerdos, cuidados realizados y creencias, relación con la familia y apoyo)
- 6) Alimentación del recién nacido (recomendaciones recibidas por el personal de salud, vivencias y recuerdos, cuidados realizados y creencias, relación con la familia y apoyo)

A continuación, se describen los resultados de la investigación de acuerdo con los ejes temáticos y subejos temáticos definidos. Si bien el campo no mostró diferencias significativas entre las prácticas de cuidado de San Dios y Rincón de Cololó, cuando se crea conveniente para el análisis, se indicarán particularidades de cada localidad.

9.2.1 Percepción de la localidad donde vive

a) Vivencia, ventajas y desventajas de vivir en el área rural:

De las entrevistas realizadas, surge que, tanto las mujeres de Rincón de Cololó como las que residen en San Dios, experimentan un sentimiento de bienestar, tranquilidad y seguridad con respecto al lugar donde viven.

“Me encanta vivir acá porque es tranquilo, acá es tranquilo, tranquilo, puedes dejar abierto, o te vas y dejas algo arriba de algo y está, es una cosa que nadie toca nada”
(E1, Luz)

“Y yo me siento bien, vivo bien acá en la campaña todo, todo tranquilo vivo. La ciudad que uno esta intranquilo por el ruido y todo, acá no, acá es diferente. No tiene mucho ruido ni nada. Tranquilo, todo tranquilo.” (E5, Mabel)

“Y me siento bien. Pueblo querido es. Me siento bien” (E7, Noemí)

“A mí me re gusta el campo. Yo me crié en el campo porque en el (...) vos ves que también es como campo y acá me encanta, es tranquilo, no tenés peligro de nada, yo me siento como libre acá” (E9, Laura)

En las observaciones realizadas durante las entrevistas y encuentros informales, quedó reflejado a través de expresiones gestuales como cálidas sonrisas, la dicha y tranquilidad que les genera a las mujeres residir en el campo, principalmente cuando relataban el disfrute de sus experiencias y anécdotas de vida en la localidad.

Al mismo tiempo, en las entrevistas queda reflejado que cuando deben viajar a la ciudad, en algunas mujeres se generan sentimientos de necesidad de retornar a sus hogares.

“Voy a Mercedes hacemos las cosas y lo que quiero es venirme para mi casa, viste, extraño la casa.” (E1, Luz)

“Cuando voy a la ciudad extraño San Dios. Lo que quiero es venirme para acá”. (E7, Noemí)

“No me gusta mucho Mercedes a mí, el ruido, viste que vos estás acostumbrada acá el silencio, escuchar pájaro, vaca, vos en Mercedes escuchas ese ruido a moto, los

vehículos, la cabeza me queda así, me da un dolor de cabeza que, no, no, la ciudad no es para mí.” (E9, Laura)

Las entrevistadas también destacan la tecnología con la que cuentan actualmente en sus hogares como un elemento favorable: tener luz eléctrica, televisión, conexión a internet, teléfono, lo que hace un disfrute aún mayor el vivir en el campo.

“...antes difícil, cuando los arranques eran muy difícil...mirá, no había luz, no teníamos televisión, no teníamos, antes era blanco y negro el que tenía batería. Ahora estoy perfectamente bien, cómoda, tenemos la luz, tenemos cable, viste que eso, cambia viste”. (E2, Elizabeth)

“Imaginate, ahora tenemos todo eso, ahora todo teléfono, si internet, Youtube, todo, ahora estás conectado con todo. Tenemos tías, que ni siquiera viven acá ni en Mercedes y estamos todo el tiempo conectadas con todo y vivir afuera ahora imaginate como vivíamos antes, no había luz...Y nos cambiaron cosas sí, digo que tenemos con todas las comodidades, ahora no nos iremos nunca más, por lo menos si no me pasa nada, si Dios quiere, no me pienso ir más”. (E3, Sofía)

En las instancias de realización de las entrevistas, se pudo observar que la mayoría de los hogares contaban con televisión, conexión satelital, las mujeres también contaban con teléfonos celulares. Sin embargo, ellas reconocen los inconvenientes de vivir en una zona rural, principalmente en épocas de lluvia, lo que provoca crecidas de arroyos, quedando las localidades aisladas del resto del departamento.

“Llueve mucho y el del medio no te deje pasar, un chaparrón fuerte y ya el del medio te corta, si llueve mucho que habían las tales crecientes...” (E2, Elizabeth)

“Si llueve mucho, me crece los dos arroyos, quedo aislada de los dos arroyos, Cololó, ahora estuvimos aislados hace poquito, cuando creció Mercedes, viste, tuvimos aislados, no teníamos salida...” (E4, Luján)

“Cuando hay creciente grande en Mercedes, una vez llegamos a estar 20 días aislados de los dos arroyos.” (E4, Luján)

“Si llueve mucho quedamos aislados sí, no podemos ni por el Chispa ni por acá, ni por Rincón.” (E8, Alejandra)

También expresan la dificultad que existía años atrás acerca del mal estado de los caminos, situación que fue mejorando a lo largo del tiempo debido al mantenimiento realizado en los diferentes caminos de las localidades.

“De barro, camino de tierra. No había carretera, no había luz, no había nada, era tierra todo, todo era sí.” (E5, Mabel)

“Horrible, horrible, era de pedregullo, pero no estaba tan lindo, no había tránsito, porque no se hacía agricultura, y era todo ganadería, y venía algún patrón de estancia, no había este tránsito que hay ahora, no.” (E4, Luján)

“Horrible, horrible era, pero ahora está pasable, lo que anda la máquina más seguido y acomodan.” (E8, Alejandra)

Esta problemática expresada por las mujeres pude vivenciarla durante el trabajo de campo al concurrir a las localidades rurales, dado que principalmente los días de lluvias, algunos tramos de caminos por momentos se volvían intransitables.

Otro de los problemas manifestados fue la dificultad que tenían antiguamente con el traslado, dado que, si bien contaban con un ómnibus pequeño recorriendo la zona que pasó por algún tiempo, principalmente se dependía de contar con vehículo propio o la buena voluntad de otras personas que tuvieran vehículo para trasladarse a otras localidades.

“Y después en una época llego a pasar el ómnibus chiquito que venía de Villa Darwin, pasó también...Y sí, nosotros llegamos a ir en Charro o sino cuando tenías que ir, tenías todo pronto, venía el patrón y te buscaba. Como nosotros teníamos patrones, nos llevaba los patrones”. (E4, Luján)

“No teníamos ni para movernos, después compramos un auto viejo, viejo era, sino viajaba en ómnibus”. (E2, Elizabeth)

“Si, el transporte, la caminería, que no teníamos tampoco poder económico viste cuando arrancamos era muy muy difícil”. (E2, Elizabeth)

En la actualidad, el traslado sigue siendo percibido como una dificultad, principalmente por las mujeres de San Dios.

“Lo único malo es que no tenés ómnibus, pero tenemos que trasladarnos con vehículo propio y que un vecino nos saque hasta Sacachispas o la ruta que en el Chispa si sale ómnibus acá no, no hay”. (E6, Gilda)

De las conversaciones informales con las mujeres y las instancias de observación participante surge que, en la actualidad, todas las mujeres de Rincón de Cololó cuentan con vehículo lo que facilita el traslado a otras localidades a excepción de los días de abundantes precipitaciones que provoca la crecida de arroyos.

b) Relacionamiento con la comunidad:

En los relatos, tanto las mujeres de Rincón de Cololó como de San Dios, representan a sus localidades como comunidades con espíritu colectivo, dado que siempre están dispuestos a ayudarse entre ellos si la situación lo amerita.

“Todos somos uno. Te ayudas entre todos. Te falta algo y el otro pide ayuda, la leña o algo no pasa nada”. (E1, Luz)

“...la gente es buena, somos poquitos, pero muy familiares, si alguien necesita algo, siempre dándonos la mano”. (E6, Gilda)

“Cada uno vive en su casa, pero cuando precisan algo así como vecino uno da una mano. Lo que precisen todo, por ejemplo, allá donde vivo yo, hay un vecino ahí, que ahí voy todos los días a verlo porque es veterano, le hago los mandados todo...” (E7, Noemí)

En las instancias de observación participante quedó reflejado que ambas comunidades comparten un espíritu de unión y festejo cuando se organizan eventos en la Escuela que son motivo de reunión de la mayoría de las personas de ambas localidades.

Los maestros directores de las escuelas son referentes comunitarios, muy queridos y respetados por las personas que allí residen.

Rincón de Cololó siempre está compartiendo eventos festivos realizados en la Escuela, donde participan los familiares de los niños y demás vecinos de la zona. Por ejemplo, el festejo del “Día del padre”, la “Fiesta del examen”, el “Acto cultural de fin de año”, entre otros.

Entre paseos a caballo, partidos de fútbol, bailes realizados por los niños (entre otros el pericón⁵), chorizos y hamburguesas a la parrilla bajo una enorme fogata y abundantes brasas, así como también risas cómplices que se aprecian en todo momento, se puede percibir la calidez y espíritu de alegría que generan dichos encuentros en la comunidad. Con respecto a la localidad de San Dios, uno de los principales eventos festivos de la localidad es el “Acto cultural de fin de año” realizado en la Escuela.

En dicho encuentro los niños realizan sus presentaciones de baile con alegría y orgullo ya que algunas de las coreografías son ideadas por ellos mismos y las familias participan y comparten la instancia con mucha expectativa.

⁵ El Dr. Roberto Bouton expresaba en 1961 que “el pericón es genuinamente oriental. De todos los bailes criollos, es el que se conserva hermoso e inocente como siempre. Por eso sin duda que se baila en teatros, salones y hasta en los colegios. Ahora felizmente vuelve a entrar de moda. Su música rítmica tiene hermosas cadencias.”. (Bouton, 1961, pp. 393-394)

Al finalizar el baile, se comparte un “picoteo”⁶, chorizos a la parrilla siendo éste el broche de cierre de una de las principales festividades que reúne a la comunidad de San Dios.

9.2.2 Familia

a) Relación con la familia:

En los relatos recabados está presente la idea que la mayoría de las mujeres se sienten a gusto con su familia y perciben un importante apoyo por parte de ésta.

Las entrevistadas representan a sus esposos como compañeros con quienes comparten la toma de decisiones en lo respecta al hogar.

“Es un ángel”. (E1, Luz).

“Es el mejor hombre”. (E2, Elizabeth)

“No somos de salir separados, por ejemplo, que mi esposo se vaya para un lado, yo para el otro, nunca fue la costumbre de nosotros, entonces como que siempre estamos juntos. Cuando vamos al médico ...dice ahí vienen las perdices”. (E4, Luján)

“Porque siempre, pienso que en todos lados debe ser igual, si el padre reta por algo, la madre tiene que ver, callarse porque de repente el papá tiene razón, como cuando la mamá los reprende, el papá.... En eso fuimos así, los dos igual”. (E4, Luján)

“Yo me siento bien, tomamos la decisión los dos, yo le planteo mirá vamos para tal lado y me dice sí, no es que yo sola decida, nos llevamos bien, decidimos los dos”. (E9, Laura)

⁶ Algo para comer picadito como se denomina en Soriano.

Cabe destacar que una de las mujeres expresó que su esposo participa en las tareas domésticas del hogar.

“...si cenamos hace algo en la parrilla, cenamos, quiere ir a lavar la loza, y yo le digo que no, él limpia la loza...Él ayuda, y bastante, porque si yo estoy lavando igual él está barriendo, es compartido”. (E2, Elizabeth)

Una entrevistada expresa que, si bien ella y su esposo dialogan en conjunto sobre los asuntos referente al campo, generalmente es su esposo quien toma las decisiones.

“...como que el que manda es él, viste, y se hace lo que él dice, si porque en el campo yo lo dejo porque es él, el que entiende, viste, de animales y esas cosas, pero igual, los dos siempre opinamos los dos”. (E2, Elizabeth)

Las mujeres destacan el acompañamiento y el apoyo en todo momento por parte de sus hijos.

“Yo los adoro... las dos nos apoyamos, yo la adoro.”. (E1, Luz)

“En todo me ayudan, en hacer las cosas todo, vio. Si yo tengo que hacer algo, ellas van y me las hacen. Todo eso, vio. Si tengo que lavar van ellas y me ponen la ropa. Me ayudan, vio. Cocinar, también”. (E5, Mabel)

“Yo me siento bien, contenta de tener una familia así. Nos queremos mucho los 4 nos queremos mucho, somos muy cariñosos y todo eso lo importante, que se lleve bien la familia”. (E6, Noemí)

“...los chiquilines ayudan mucho”. (E8, Alejandra)

Durante algunas entrevistas y encuentros informales se pudo observar el trato afectuoso y respetuoso entre las entrevistadas y sus hijos. Con respecto a sus esposos, se apreció un trato amable hacia su esposa y en algunos casos fueron partícipes en las

conversaciones previas y posteriores a las entrevistas en las cuales se dialogaba sobre el clima, aspectos generales referentes a la localidad entre otros temas.

b) Rol que cumple la mujer dentro de la familia:

En los relatos, algunas mujeres expresan que los hijos recurren a ellas cuando quieren plantear alguna situación.

“Los chiquilines incluso igual. Ellos tienen algún problema es a la madre la que cuentan, vos sabés que sí...enseguida vienen a mí” (E2, Elizabeth)

“A veces los chiquilines quieren tal cosa, no se animan a decirle al padre, y allá voy yo y tengo que estar en el medio”. (E8, Alejandra)

Además, la mayoría de las entrevistadas se sienten indispensables para satisfacer las necesidades y tareas del hogar.

“Si vamos a Mercedes él no sabe lo que tiene que traer ni nada, soy yo. Todo soy yo, pa comprar y eso soy yo”. (E1, Luz)

“Funciona toda la casa porque yo estoy todo el día en la casa, yo me ocupo de lo que funciona todo en la casa, los surtidos...yo cocino, lavo, plancho, bueno ta la limpieza, todo.”. (E3, Sofia)

“Y yo soy todo para ellos. Porque si no estoy yo, si yo no estoy no hay nada... porque nomás cuando estuve internada me llamaban allá a ver que hacían, donde estaba como ser la ropa, donde estaba la cosa de ellos, la madre es todo...cuando me ha tenido que ayudar que yo estoy operada, estoy enferma o algo ayuda, las tareas de la casa, ayuda a tender la ropa...”. (E8, Alejandra)

9.2.3 Embarazo

a) Noticia del embarazo:

De los discursos de las entrevistas se desprende que a tres mujeres les tomó por sorpresa la noticia del primer embarazo debido a que se percibían muy jóvenes para tener un bebé y/o a que estaban tomando anticonceptivos.

Una mujer experimentó cierto asombro en su tercer embarazo debido a que estaba utilizando métodos anticonceptivos, sin embargo, recordó que había presentado vómitos por lo que concluyó que los anticonceptivos habían perdido su efecto.

Otro relato describe que la noticia del embarazo le generó nerviosismo y desconcierto, debido a que los síntomas que padecía no los consideraba como probabilidad de embarazo. En este caso recientemente se había extraído el implante subcutáneo por lo que pensó que el efecto de anticoncepción sería más duradero en el tiempo.

“Me casé, y en la noche empecé a tomar las pastillas. No me sirvieron de nada. A los dos meses yo estaba embarazada. Bueno, a ahí fue que fui a un ginecólogo... Era el primero imagínate”. (E1, Luz)

“... (nombra hijo menor) vino de sorpresa, no lo esperaba, porque estaba tomando pastilla y quede con las pastillas. Me hacían mal... me hacían dar asco y las vomitaba”. (E8, Alejandra)

“El de... (hija mayor) me shockeó, sería porque era la hija mayor, me shockeó, o yo era muy chica, tenía 18, a los 19 ya estaba con..., tuve a... (hija mayor) era muy joven, de repente fue eso, que después todo bien...” (E4, Luján)

“Yo me vine a enterar a los 3 meses que estaba embarazada, no estaba ni enterada, yo le decía a la cocinera, ando descompuesta le decía, ando mal, le digo a mi madre que me cure, le dije a otro señor que me curara y me decían que no estaba empachada.... Yo quede como que me hubieran echado un balde de agua fría, quede como diciendo ¿ehh? ¡No puede ser! Salí como mal de ahí, me había entrado como unos nervios, viste cuando no podés parar, que me había entrado como..., como un tembleque”. (E9, Laura)

“... hacía unos días que me había sacado el implante yo dije capaz que todavía tengo... Por eso no sospechaba tampoco, como a mí me corto cuando me puse el implante.”

(E9, Laura)

Otra emoción que surgió fue el miedo, en base a la experiencia del primer parto.

“...fui a ver el médico y me decía que estaba embarazada. Yo no podía, estaba deseando eso adentro. ¿Vos sabés lo que era eso? Y lloré tanto... Cuando me dijeron que estaba embarazada yo lo que quería era, me moría... Yo lloraba por lo que me había pasado. Yo dije, ahora me muero con todo. Por eso yo digo si a una primeriza no se lo sacan capaz no lo tenés sola”. (E1, Luz)

Otros relatos recabados permitieron conocer que cuatro de las mujeres entrevistadas percibieron la noticia de los embarazos con mucha felicidad y orgullo dado que fueron embarazos programados y muy deseados.

En sus sonrisas y ojos iluminados durante las entrevistas, quedaba reflejada la felicidad que expresaban estas mujeres frente a sus experiencias con la noticia del embarazo.

“Feliz... Yo lo encargué, después ya estaba casada, 4 años y pico porque llegamos casi a 5 años, ... nació en abril y en mayo hacia 5 años de casada, lo encargué, no quedé embarazada enseguida, como 3 meses demoré”. (E2, Elizabeth)

“Estábamos locos, locos, locos. Y la familia ah no imagínate, mi hijo al día de hoy es bautizado con 4 padrinos, si bautizado en la iglesia con 4 padrinos. Porque todos “que yo quiero que yo quiero”, todo eso fue una alegría que no te puedo explicar... Yo estaba feliz con mi pancita, no me hacía nada mal, nada. Yo estaba solo feliz”. (E3, Sofía)

“Feliz, tener un hijo es lo más grande no... Estar embarazada, llevar el proceso, los primeros movimientos, en el momento del parto... Lo programé nomás, pensaba, quería

tener un hijo, ver qué era, cómo era, las señoras de antes tenían todos hijos, es precioso”. (E6, Gilda)

“Y me cayó bien y feliz porque yo quería tener un hijo y varón el sueño mío toda la vida un hijo varón. Ta quedé embarazada, nos enteramos los dos, yo y mi esposo, y ya quedamos contentos”. (E7, Noemí)

En un sólo relato, la noticia del embarazo generó incomodidad dado que el embarazo no había sido planificado. Este sentimiento estaba determinado por el desconocimiento sobre la crianza de un niño lo que provocaba no querer tener hijos. Cabe mencionar que, si bien los embarazos que cursó después de su primer hijo fueron vivenciados con más optimismo, tampoco los mismos habían sido planificados.

“No estaba a gusto, no estaba a gusto. Pero tuve que tenerla nomás. Tuve que aguantar nomás. No me gustaba tener gurises. Vamos a decir que no sabía lo que era tener un chiquilín...No, no lo encargué, no quería estar embarazada” (E5, Mabel).

“Fue mejorando la noticia. Ya sabía lo que era tener un chiquilín...Siempre vinieron solos. Siempre vinieron solos” (E5, Mabel)

En esta última entrevista el relato estuvo acompañado de expresiones gestuales como seriedad en el rostro, cabeza hacia abajo y volumen de voz baja.

Cabe mencionar que en ningún momento de la entrevista surgió la voluntad de haber querido interrumpir su embarazo.

b) Vivencia, recuerdos, cuidados realizados y creencias:

Rincón de Cololó

Es importante mencionar que existieron algunas diferencias entre las mujeres de distintas edades en los cuidados adoptados durante el embarazo. Las mujeres mayores de 50 años vivenciaron el embarazo como un estado de bienestar, por lo cual

continuaban realizando las actividades de su vida cotidiana, como las tareas domésticas y las de su trabajo.

“Yo me sentía bien” (E1, Luz)

“No me cuidaba de nada, ni en las comidas ni nada y no me hacía mal nada” (E1, Luz)

“Yo trabajaba normal hasta que estaba de 7 meses por ahí, si yo andaba” (E1, Luz)

“Seguíamos haciendo las cosas brutas, pesadas, vistas.” (E1, Luz)

“... íbamos en el auto y para salir de ahí yo cinchaba a caballo, vos sabés, al auto estando embarazada, yo seguí mi vida normal” (E2, Elizabeth)

“...lamentablemente acá en el campo, no sé si todas iguales, no nos cuidábamos, solo íbamos al control cuando teníamos que ir” (E4, Luján)

De cualquier manera, algunas de las entrevistadas relataron que en algún momento de la etapa del embarazo adoptaban determinados cuidados como disminuir y/o evitar determinadas actividades que requirieran fuerza, así como también cuidados que favorecían al descanso.

“...para agacharte, si agarrabas alguna cosa o algo ya andabas con más cuidado sí, pero no que la dejaba de hacer” (E2, Elizabeth)

“...en verano que se me hinchaban los pies, ponía los pies en una palangana con agua, de tanto andar, viste, como yo seguía andando, viste que los pies se te hinchan” (E4, Luján)

“...del primero, sí tenía un poco de pérdidas, pero el Dr. me dijo que no era nada, ta ahí me cuidaba un poco, de hacer fuerza, porque uno hace fuerza en el campo, bastante” (E2, Elizabeth)

Sin embargo, en los relatos de las mujeres menores de 50 años, quedó reflejado que durante todo el embarazo restringían o evitaban realizar actividades en sus hogares o trabajo, especialmente aquellos que guardaban relación con hacer fuerza.

“...yo en las colmenas no anduve más. (E3, Sofía)

“...no agacharme mucho, rápido, porque yo antes me agachaba rápido”. (E9, Laura)

“...yo en el parque subía escalera cuando no estaba embarazada de una, después no lo podía hacer, cortaba pasto y después no lo podía hacer, manejar a lo último no podía manejar el camión para regar, me tenían que ayudar” (E9, Laura)

Una sola entrevistada en Rincón de Cololó, mencionó haber asistido al curandero para que le aliviara el dolor de cabeza como un cuidado que adoptó durante el embarazo.

“Me aguantaba el dolor de cabeza sino le decía al curandero que me curara la cabeza” (E9, Laura)

Vale mencionar que, en uno de los relatos, apareció el sentimiento de culpa con respecto al cuidado, dado que la entrevistada entendía que en algún momento había realizado actividades que pudieron haber afectado a su bebé, cuando concurrió a realizarse una ecografía.

“...es más de repente hice algo malo por no cuidarme” (E3, Sofía)

“...yo me acuerdo que llegamos a una estación de servicio, yo no daba más de calor, con la panza y todo compré un chocolate pero era tanta la sed que tenía, me tomé una

coca. La Dra. me decía increíble pocas veces vi una criatura que estuviera, tan, tan excitado, porque se daba vuelta, era impresionante.” (E3, Sofía)

Con respecto a los controles de embarazo en un centro de salud, las mujeres mayores de 50 años asistieron al control de embarazo en menos ocasiones que las participantes más jóvenes. De acuerdo a sus relatos, esta situación estuvo condicionada por factores de accesibilidad geográfica por caminos intransitables y crecidas de arroyos en épocas de lluvias, por la precariedad del vehículo con que contaban y en algunos casos, por la accesibilidad a los servicios de salud debido a la dificultad para conseguir turnos.

“A lo primero cuando me dijeron que estaba embarazada...sabía que estaba embarazada, la panza seguía todo bien, todo bruto acá...Después fui más para el medio y cuando fui a tener. Pero no iba a todos los controles, no, porque acá no había carretera. Teníamos un camión viejo, y no había carretera, era imposible salir, sino tenías que salir en carro. En carro iba la gente.” (E1, Luz)

“Era un problema porque no teníamos teléfono. No te atienden, no te atendían. Y porque llevaba el turno de en lejo en lejo uno saca viste o manda a sacar.” (E1, Luz)

“Y entonces cuando decidí encargar, no teníamos ni para movernos, después compramos un auto viejo, viejo... A los 3, 4 meses cuando empecé a tratarme, con el médico, ahí iba en ómnibus, el ómnibus pasaba una vez a la semana, yo buscaba ese día.” (E2, Elizabeth)

“...eran autos Chevrolet de los de antes, 4 puertas, eso que yo te digo que a veces arrancaban y a veces no arrancaban. Por eso cuando yo estaba más próxima de a... me fui a quedar 1 mes a Mercedes porque si no un día te vas a descomponer y el cachilo no te va a arrancar.” (E4, Luján)

Las mujeres más jóvenes concurren al control de embarazo en más ocasiones y además una de ellas manifestó la importancia de los controles por la información que adquirirían cuando interactuaban con otras mujeres en la sala de espera durante control.

“¿Ah el primer control mío? Ah no, de dos días ponele. Imaginate, antes que me dijeron en el laboratorio yo ya...a parte toda esa primera parte fue particular hasta que después si porque por el Sanatorio ya es más común, ya seguís los controles y todo eso.” (E3, Sofía)

“Viste que esta bueno también aparte que me gusta mucho conversar, entonces yo sacaba mucha información. Imaginate desde las 9 que atendía la partera hasta la 1 de la tarde que nos atendía la Dra.” (E3, Sofía)

“Yo iba cada 15 días allí..., me controlaba” (E9, Laura)

San Dios

En primer lugar, es importante mencionar que a diferencia de Rincón de Cololó la edad de las mujeres en esta localidad no fue una variable que marcara prácticas diferenciales respecto al cuidado durante el embarazo.

En los relatos de las mujeres de San Dios, se pudo apreciar recurrentemente la idea de que el embarazo se percibía como algo “natural” y no era identificado como una enfermedad.

“...todos siempre me decían que el embarazo no era una enfermedad, era algo tan natural en la mujer..., solamente que tengas patologías que te indiquen más reposo, ahí sí..., ...pero si es un embarazo normal, no, todo natural.” (E6, Gilda)

“...y seguí trabajando hasta una semana antes de tener a mi hijo menor..., trabajaba, no me impidió, el estar embarazada no era una enfermedad.” (E8, Alejandra)

“...prácticamente hacía como si no estuviera embarazada, no era una enfermedad, andaba, trabajaba y si tenía que subir a caballo, ir al campo, andaba, me subía e iba, no me impedía para nada.” (E8, Alejandra)

En base a que las mujeres vivenciaban al embarazo como algo “natural”, no generaban grandes cambios de conducta en su vida cotidiana, es decir, continuaban realizando las mismas actividades en el hogar y/o en el trabajo.

“...me cuidaba a veces y a veces no me cuidaba” (E5, Mabel)

“...y yo hacía todo, lo de la casa acá hacía todo, porque antes no teníamos nada, no teníamos bomba para el agua, no teníamos luz, yo acarreaba agua en baldes de 20 litros.” (E5, Mabel)

“...y los embarazos fueron así, sin cuidarme ni nada, pero, sin embargo, todo bien”
(E5, Mabel)

Otras de las razones esgrimidas por las mujeres sobre por qué continuaban realizando las tareas domésticas, aunque éstas requirieran fuerza durante el embarazo, fue no contar con otra persona que las ayudara lo suficiente a realizar todas las tareas del hogar.

“...no podía lavar tampoco, andar agachándome ni nada, pero yo tenía que hacerlo. Ella (se refiere a su madre) me ayudaba, pero no mucho, porque era yo que hacía todas las cosas” (E5, Mabel)

Vale destacar que algunas mujeres disminuyeron la carga de trabajo como una práctica de cuidado: no hacer fuerza en determinadas actividades, así como también tratar de descansar un poco más. De cualquier manera, nunca dejaron de hacer sus actividades tanto en el hogar como en el trabajo.

“...siempre traté de no andar haciendo fuerza, no andar mucho agachada, de comer sano, de no pasar mal, malas noches...tratar de descansar. (E6, Gilda)

“...ya no trabajar tampoco con excesividad, como se trabaja normalmente, de picar leña, de acarrear leña, andar con baldes pesados, todo eso nada, muy poquito sino con menos...para lavar los pisos, todo eso, yo tenía un palote largo, para no agacharme.” (E6, Gilda)

“... caminar, no estar muchas horas sentada” (E6, Gilda)

“...cuando eso lavaba a mano, andaba con los tarros, acarreando agua, pero cuando ya estaba más pesada, no. (E7, Noemí)

“...no hacer fuerza, eso ya no hacía mucho...no andar mucho en moto... no andar en bicicleta, tampoco, era muy de andar en bicicleta yo... del frío también” (E7, Noemí)

Por otro lado, las creencias y saberes populares transmitidos generacionalmente estuvieron presentes en algunas conductas adoptadas para el cuidado del embarazo en las mujeres de San Dios.

“...y yuyo tomaba cuando estaba empachada sino no tomaba...y tomaba té de menta y manzanilla.” (E5, Mabel)

“...porque dice que se le enreda el cordón al bebé...no tiene que coser los últimos meses, vio...si está de 8 o 9 meses no tiene que coser.” (E5, Mabel)

“...y no se puede andar en moto tampoco, porque si usted está embarazada y anda en moto, se le enreda el cordón al bebé en el cuello.” (E5, Mabel)

“...había que tener mucho cuidado, la precaución de no levantar cosas en seco porque se podía desprender el bebé, todo eso.” (E6, Gilda)

Con respecto a los controles de salud, algunas mujeres los consideraban importantes y necesarios. Sin embargo, dichos controles, se podían ver afectados por dificultades en la accesibilidad geográfica como caminos intransitables y crecidas de arroyos cuando llovía, así como también a dificultades con el transporte para el traslado.

“Del primer momento hasta el último...iba todos los meses y después cada 15 días me parece, después a la semana.” (E8, Alejandra)

“Es necesario, sino como van a saber ellos como viene el bebé. Para eso tenía cabeza”. (E8, Alejandra)

“...iba cuando me lo indicaba, solamente que lloviera que había un arroyo que se crecía y no daba paso y ta no podía ir”. (E6, Gilda)

“De acá me iba al Chispa y del Chispa me iba en el ómnibus para Mercedes. Sino me llevaba un hombre que había en ... (nombre estancia)” (E6, Gilda)

Por otro lado, también surgieron relatos que daban cuenta de la no concurrencia a los controles del embarazo dado que las mujeres percibían un embarazo saludable por lo que consideraban que podían postergar el control. A esto se le sumaba dificultades en la accesibilidad geográfica por el estado de los caminos y dificultades por no contar con vehículo propio para trasladarse.

“Iba cuando podía ir sino no iba. Me daban que tenía que ir tal fecha, pero no podía ir, no iba. Sabiendo que estaba bien, ta.” (E5, Mabel)

“Porque no había en que ir, quien me iba a llevar...un día cuando estaba embarazada ...agarré tiraje con unos camiones ahí que te llevaban en... y agarraba tiraje yo.” (E5, Mabel)

“...si por la lluvia no salía nadie, no salía nadie con la lluvia. Andar en el barro...” (E5, Mabel)

“A los 5 meses recién tuve control... Como me sentía bien, todo bien, cuando fui allá me preguntaron, pero estas de 5 meses, ah cuando me atendieron estaba todo perfecto.”
(E7, Noemí)

“Tenía que ir en tiraje o al Sacachispas a agarrar el ómnibus ahí. A veces mi esposo me llevaba en moto, pero muy poquitas veces.” (E7, Noemí)

Rincón de Cololó y San Dios

Considero que las clases de parto integran el cuidado durante el embarazo debido a que implica una reflexión sobre el proceso de embarazo, recibir información y el intercambio con otras mujeres.

Tanto en Rincón de Cololó como en San Dios, fueron recurrentes los relatos donde se reflejaba que las mujeres mayores de 50 años no concurrieron a las clases de parto porque no se brindaba el servicio en los centros de atención o por desconocimiento de la existencia del mismo.

“No, no había. Que va a haber”. (E1, Luz)

“No, no, no. Es que no se si había cuando eso. Quizás no, no, no. No hace muchos años ya. Capaz que no había. Pero igual no hubiera ido tampoco”. (E2, Elizabeth)

“Eso sí que no, no no. No fui nunca yo. Clases de parto, no...No, yo que haiga sentido, no”. (E5, Mabel)

Por otra parte, las mujeres más jóvenes, también de ambas localidades, manifestaron que básicamente las razones por las que no concurrieron a las clases de parto fueron por las dificultades en la accesibilidad geográfica y económica.

“...viste la camionetita esa que yo te digo, sin aire y sin nada, los calores. A mí me agarró en pleno febrero, noviembre, diciembre, enero estar con esa panza...La

polvareda, que en ese entonces están todos acarreando sojas, los camiones. Yo llegaba acá debajo de una polvareda”. (E3, Sofía)

“Nunca fui. Porque tenía como es, viajar de nuevo a la clase de parto. No estaba para viajar todos los días...Por los tirajes. Tiraje y plata porque hay que tener plata para viajar”. (E7, Noemí)

Otras razones esgrimidas por las mujeres más jóvenes sobre por qué no concurren a las clases de parto fueron: no tener confianza en la información recibida o contar con conocimiento previo al tema dado que ya habían tenido hijos.

“No, porque no me quería asustar, porque dicen que en las clases de parto te dicen una cosa y en realidad es otra” (E9, Laura)

“Me dijeron, pero nunca fui. Porque cuando yo ya sabía lo que era tener...y nunca me dio por ir”. (E8, Alejandra)

Cabe señalar, que las mujeres de Rincón de Cololó y de San Dios, afirmaron no haber adoptado cambios significativos en los hábitos alimenticios.

“No me cuidaba de nada, ni en las comidas ni nada y no me hacía mal nada”. (E1, Luz)

“Normal, comida de estancia, y cuando uno decía estas mal de...el matecito de yuyo común de la comida en invierno, viste. Ponía, cedrón, marcela, cascarita de naranja, de limón, mate con cascarilla”. (E4, Luján)

“Comía de todo”. (E7, Noemí)

c) Experiencia con el personal de salud (trato y recomendaciones):

En los relatos recabados queda evidenciado que las mujeres de Rincón de Cololó y San Dios percibieron amabilidad y comodidad cuando interactuaron con el personal de salud durante los controles de embarazo.

“Todo bien, eso todo bien, eran todos amables”. (E1, Luz)

“Bien, bárbaro. Siempre me trataron bien, vos sabés, siempre”. (E2, Elizabeth)

“Ah re lindo. Yo me sentía recontra cómoda...Todo bien. Todo perfecto. (E3, Sofía)

“Todo bien, las enfermeras. Ellos son buena gente, todos los doctores, los médicos, buena gente...” (E5, Mabel)

Por otro lado, en lo referido a las recomendaciones recibidas por parte de los profesionales de salud, algunas de las entrevistadas recuerdan haber sido aconsejadas sobre estimulación en la ingesta de agua, evitar el consumo de alcohol, cigarrillos, alimentos con sal, así como también tener precaución sobre la ingesta de ciertos fármacos. También manifestaron haber recibido recomendaciones referentes a la precaución de realizar fuerza.

“Si del agua y todo eso, porque yo no sé tomar agua”. (E3, Sofía)

“Que no comiera sal, que no comiera bueno que muchas frituras pero que no cenara mucho”. (E2, Elizabeth)

“Me decían que no anduviera haciendo fuerza y que me cuidara...que no tomara también, que no fumara, porque muchas personas que están embarazadas y fuman y eso le hace mal al bebé”. (E5, Mabel)

“Y bueno que no hiciera desarreglos, que no anduviera haciendo fuerza, no tomar bebida, no fumar”. (E6, Gilda)

“Lo único que no podía tomar pastilla de esas otras pastillas, afectaba al nene. Por ejemplo, aspirina, eso no podía tomar”. (E7, Noemí)

“Si tenía que tomar antibiótico primero tenía que ir a preguntar o alguna aspirina o cosas de esas”. (E8, Alejandra)

Sin embargo, otras mujeres expresaron no haber recibido recomendaciones específicas sobre cuidados durante el embarazo en el centro de salud, o no tener recuerdos de haberlos recibidos.

“Yo ya ni me acuerdo de eso...no había eso. Y ta, pa fuera...Antes no había nada de eso”. (E1, Luz)

“Yo no me acuerdo, no, no te daban, el control nomás, los análisis. Era la fecha que te mandaba el ginecólogo...que te dijeran hace tal cosa, no. No sé si sería porque yo siempre estaba bien”. (E4, Luján)

d) Relación con la familia y apoyo:

Las mujeres de ambas localidades reconocen que durante el embarazo diferentes integrantes de su familia madres, hermanas y esposos resultaron ser personas significativas percibiendo recibir apoyo y seguridad por parte de ellas.

Cabe señalar que una interlocutora refiere a su pareja como el principal apoyo en esta etapa.

“Y yo tengo mis hermanas y mi mamá estaba acá también. Feliz los dos, los dos embarazos, bien, tranquila, o quizás el estar bien en la pareja” (E1, Luz)

“Ah de mis padres, fundamental, no te digo que vivían enfrente y por estar todos los días, imagínate que, si pasábamos todos los días así, tomamos mate y que se yo, imagínate cuando está embarazada”. (E3, Sofía)

“Siempre, tenía mis hermanos varones igual estaban casados, mis cuñadas también, pero siempre fue mi mamá y mi esposo, siempre, siempre, siempre”. (E4, Luján)

“Con mi marido, que siempre estaba y mi madre”. (E6, Gilda)

“...estábamos acá nomás, con mi marido y los dos nenes después nadie más”. (E8, Alejandra)

“Con mi pareja, él me acompañaba para todos lados, él no se quería perder ni una, yo tenía control y él iba entraba, preguntaba si tenía alguna duda todo, era todo él. Y yo me sentía más asegurada y tranquila con él”. (E9, Laura)

9.2.4 Parto

Es importante mencionar que todos los partos de las entrevistadas fueron institucionalizados, es decir acontecieron dentro del sistema de salud.

a) Expectativas:

Del análisis de las entrevistas surge que las mujeres de ambas localidades imaginaban diversos escenarios con respecto a la vivencia durante el momento del parto.

Algunas mujeres imaginaron el dolor como una experiencia que padecerían durante el parto.

“Doloroso, y era doloroso, pero no...Lo que pasa que acá como que estamos acostumbrados mucho a los animales. Una vaca bala, bala de dolor y era sabido viste que es doloroso, no todos los animales son iguales, no todas las personas no somos iguales, y doloroso sí, pero bien, era como yo lo había imaginado”. (E2, Elizabeth)

“Pensaba que tenías que sufrir porque ahí había una cosa que era pequeña, que se crió ahí adentro tuyo, que fue creciendo y que eso tenía que salir. Que dolor ibas a sentir...” (E6, Gilda)

“Y pensaba, no sé, que iba a sufrir más, estaba como con miedo, pero después que nació ya era distinto, ya estaba más contenta, alegre, porque ya había pasado esto.” (E8, Alejandra)

Otras entrevistadas, imaginaron que el parto sería un proceso por el cual transitarían sin mayores dificultades, mientras que otras mujeres tenían confianza de que no las iban a dejar sufrir demasiado.

“Yo pensé que era ir y tenerlo, así nomás”. (E1, Luz)

“Me hacía la idea que el parto era algo más fácil, siempre lo decía, si es algo que está dentro tiene que salir”. (E4, Luján)

“...yo dije, no será así, que te hagan sufrir tanto si saben que no es para parto normal, ellos se tienen que dar cuenta que no es para parto normal, que es para cesárea, no te van a hacer sufrir”. (E9, Laura)

“Y bien nomás. Un parto bien nomás...”. (E5, Mabel)

Cabe destacar, que en uno de los relatos surge que se imaginaba el momento del parto adoptando prácticas que la entrevistada asociaba a pueblos originarios con quien se

sentía identificada con ellas por vivir en lo rural profundo, opción que fue transmitida al profesional médico y aceptada por el mismo.

“Y a mí se me había entrado que yo quería tener a mi hijo como las indias. Yo todavía que estoy en el medio del campo, en el medio de la nada, yo lo quería tener como las indias en cuclillas... Yo sacaba la cuenta que ellas eran más sabias que nosotros ¿no? Porque viste que curarse y eso no se usaba remedios...” (E3, Sofía)

“Un día vine y le dije a la Dra. se me había dado con el tema de las indias... (E3, Sofía)

“Eso era de cada una. Si cada una lo siente hay que darle para adelante”. (E3, Sofía, respuesta de la Dra.)

b) Cuidados, vivencia y recuerdos:

Con respecto a los cuidados y las vivencias durante el parto la mayoría de las entrevistadas manifestaron que lo transitaron con mucho sufrimiento y algunas de ellas experimentaron complicaciones durante el mismo.

A algunas mujeres le realizaron fórceps, experiencia que recuerdan con mucha angustia.

Pero cuando llegaba el momento de las nenas que sufrí mucho, venía una contracción, se me iba, no tenía dilatación yo, y no tenía los 7 que tenés que tener de dilatación, sí, sí, el parto de las nenas demoró, demoró...siempre me llevaban al block quirúrgico para hacerme cesárea. Porque venían contracciones, pero no tenía fuerza, pero era ir al block, me ponían suero y oxígeno, me venía la fuerza y nacían las niñas”. (E4, Luján)

“Contracciones, dolores, las caderas. Y me llevó y tuve al día y medio por lo menos, no salía la criatura, no salía. Me lo sacaron con unos fierros. Me desgarré, como 18

puntos me pusieron...si no me lo sacan me muero con todo...Eso fue lo más doloroso en mi vida". (E1, Luz)

"...horrible los dolores, pero nació la cabeza, así como que asomo y el chiquilín no nació más y me hicieron el fórceps...fue espantoso vos sabes, casi me morí de dolor... Ese fórceps por favor ni al peor enemigo deseárselo". (E2, Elizabeth)

Otra de las complicaciones que experimentaron y que les generó mucha preocupación y angustia, fue que el parto se realizara por cesárea. Esto fue una situación inesperada dado que las mujeres imaginaban y deseaban tener a su bebé mediante parto vaginal. Cabe agregar que la mayoría de los partos se realizaron por vía vaginal.

"Le daba fuerza, que no me venía fuerza, yo le daba fuerza, pero regaba todo mal con líquido...Y él me dijo (el Dr.) vamos a ir a cesárea porque no estaba bajando y se estaba empezando a complicar con esa segunda bolsa, tantos días con pérdida, vamos a ir a cesárea. Y yo que no, que a mi cesárea no me iban a hacer". (E3, Sofia)

"La nena si ya me hicieron cesárea. Venía de cadera, venia con la manito para atrás. No venía como tenía que nacer". (E7, Noemí)

"...yo ya me empecé a asustar por el tema de que no nacía, y me dicen tenés 5 de dilatación, no vas a llegar al parto normal, digo pero yo quiero parto normal, viste, no quiero cesárea, porque me decían que la cesárea era horrible, viste que te queda molestia, y todo y yo por primera vez quería tener mi hijo por parto normal, y ta y no pude". (E9, Laura)

"Y (hija menor) fue una cesárea. Porque no dilataba. Me llevaron y todo, pero ya se pasaba la hora, eran las 9 y media y no había caso. Me tuvieron que llevar urgente a hacerme la cesárea". (E5, Mabel)

Por otra parte, una de las entrevistadas mencionó entre su experiencia de parto, la dificultad en expulsar la placenta y la hipertensión durante el parto.

“Cuando la más chica la tuve el parto normal, y se me atracó la placenta y me iban a hacer la cesárea... Porque yo dije no puede ser Dra. parí el gurí y me van a hacer la cesárea ahora. Porque no despegaba no despegaba. Parece que no desprendía ni toda ni nada. Me van a hacer la cesárea. Esto es injusto y me subió la presión”. (E6, Gilda)

Situaciones incómodas experimentadas con el personal de salud también fueron relatadas entre las vivencias del parto.

“La Dra. dijo que no, que tenía que tenerlo porque era primeriza, me judearon empila y así nomás como me judearon, lo tuve. ¡¡¡Me machucaban toda!!! Aunque no crea, se subieron arriba de la panza mía”. (E7, Noemí)

En menor medida las mujeres relataron experiencias de partos sin dificultades, o percibidos como un proceso desencadenado en forma rápida.

“Y bien nomás. Un parto bien nomás. Primer parto lo más bien...La tuve en la cama. No me dieron tiempo ni para ir para la sala ni nada, ya me miraban las enfermeras. Ay la señora tuvo en la cama, todas contentas las enfermeras. Sí, tuve en la cama la nena. La única que me llevaron para la sala de parto fue a ... (tercera hija). Medio raspando vamo a decir, no del todo, me llevaron porque me llevaron. Pero todo bien”. (E5, Mabel)

Los recuerdos de las mujeres asociados al parto incluyeron la mención al sufrimiento prolongado, la realización del fórceps, y la utilización de la aguja para suturar. Al mismo tiempo, aparece el sentimiento de culpa por conductas adoptadas por ellas mismas que entienden, pudieron haber complicado el nacimiento del bebé.

“Con dolores muchos dolores, sí...Las contracciones eran horribles parecía que se me juntaba lo de adelante con la cadera”. (E6, Gilda)

“Ese fórceps por favor ni al peor enemigo deseárselo”. (E2, Elizabeth)

“Sentías clarito todo. El dolor cuando pasa la aguja y yo preguntaba y ya está y ya está. Eso si se me quedó y la aguja la veía y todo”. (E1, Luz)

“Todo mal porque el gurí casi que lo mate por tenerlo como a las indias y por todo ese mundo de pavadas que por ahí se te meten viste. Culpable claro hasta el día de hoy”. (E3, Sofía)

Cabe señalar las expresiones corporales de las mujeres durante las entrevistas como las manos apretando la zona abdominal y el ceñido del rostro, como reflejo de lo expresado verbalmente en cuanto a la experiencia del parto.

De acuerdo con los resultados descriptos anteriormente sobre la vivencia y recuerdos durante la etapa del parto, se puede decir que el dolor fue la característica más frecuente que padecieron las mujeres, coincidiendo con lo imaginado por algunas entrevistadas referente a cómo sería el momento del parto.

Fueron recurrente los relatos que describían el primer encuentro con el/la bebé asociado a sentimientos de felicidad y emoción, a pesar del sufrimiento padecido durante el parto.

“Estábamos enloquecidos, yo estaba enloquecida”. (E1, Luz)

“Ah divino, divino, yo cuando ...Me lo pusieron acá en el pecho viste lo tuve y todo viste, y precioso., ni bien me lo sacaron me lo pusieron”. (E2, Elizabeth)

“Ah feliz, chiquitito así, era precioso. Antes nacía te lo ponían acá (se señala el pecho), antes de bañarlo y todo”. (E6, Gilda)

“Y me sentí feliz. Alegría, alegría de tener el nene, que tenía un hijo y después me lo llevaron a la cama ahí y ta. (E7, Noemí)

“Sentí como una alegría como una emoción, de repente me daba ganas de llorar, no sé cómo estaba, era algo que no yo sabía que me estaba pasando.” (E8, Alejandra)

“Me lo traían me lo pusieron así arriba de mi pecho, se me cayeron unas lágrimas cuando lo vi.” (E9, Laura)

c) Apoyo:

Las mujeres de ambas localidades expresaron mayoritariamente que los integrantes de la familia que las acompañaron y apoyaron en el momento del parto eran los esposos y madres. Otras entrevistadas también mencionaron haber sido acompañadas por otros familiares como su suegra, tía, hermano o prima.

“Estábamos yo y aquel (esposo) nomás, pero aquel no entró.” (E1, Luz)

“Fue en el parto, pero más mi mamá que mi marido, cuando empezaba que yo gritaba ya él ya se pelaba. No quería no... y mamá si estaba más.” (E2, Elizabeth)

“...estaba mi esposo conmigo adentro, no entraba nadie.” (E3, Sofia)

“...cuando nació la mayor siempre con mi esposo, pero mi mamá y mi suegra porque era la primera, las dos afuera y después siempre con mi esposo.” (E4, Luján)

“...una tía, un primo si me acompañaba cuando iba así a tener, pero después ya pasaba sola.” (E7, Noemí).

Por otro lado, otras entrevistadas manifestaron haber estado solas durante todo el proceso de parto debido a que sus esposos no la podían acompañar porque estaban trabajando o porque tenían su familia en otro departamento del país.

“Ah yo sola, siempre...Siempre sola con las enfermeras ahí los doctores”. Si él trabajaba (esposo), no va a perder de trabajar por ir a acompañarme.” (E5, Mabel)

“Mi esposo nunca me acompañó porque estaba trabajando lejos”. (E7, Noemí)

“Cuando la mayor estaba sola, porque tenía el varón y se lo quedo la señora que yo estaba... Nadie estuvo cuando yo tuve familia... Y la familia mía está en ... (nombra un departamento)”. (E6, Gilda)

En relación con el eje temático “acompañamiento a las mujeres en la sala de parto por parte de familiares” se puede decir que la mayoría de las mujeres no fueron acompañadas durante el parto. Existieron diferencias en las experiencias de las mujeres mayores de 50 años con respecto a las menores de 50 años en ambas localidades. Las mujeres mayores de 50 años relataron que entraron solas a la sala de parto debido a que desconocían si podían ser acompañadas por algún familiar o expresaron que no estaba permitido.

“Con la gente esa, nomás, las parteras y enfermeras ahí. Antes yo no sé si se podría entrar, calculo que no dejaban entrar. Antes en aquellos años, no, ahora dejan viste, pero antes no”. (E1, Luz)

“Si no dejaba o simplemente no entraron. Capaz que no dejarían, vos sabes que yo antiguamente vos sabes que yo creo que no escuche decir que entraran al parto. En mis tiempos no”. (E2, Elizabeth)

Otras entrevistadas manifestaron que entraban solas a sala de parto por no estar acompañadas de un familiar.

“Siempre sola con las enfermeras ahí los doctores”. (E5, Mabel)

“No. Y porque viste de la primera estaba la señora y se quedó con el nene y en la otra esta señora se vino porque estaba con el esposo...” (E6, Gilda)

Por otro lado, la mitad de las mujeres menores de 50 años expresaron haber sido acompañadas por su pareja u otro familiar en la sala de parto o block quirúrgico.

“Si, entró mi hermana”. (E8, Alejandra)

“Él entró cuando me cortaron viste, cuando me cortaron recién entro él, y ta, y el llevo y me miraba porque no podía ver tampoco la cesárea, entonces me tenía que mirar a mí. Y el me miraba a mí y se reía, y yo lo miraba y yo dije, ya va a nacer ya en cualquier momento en cualquier minuto...” (E9, Laura)

En este grupo etario, la mitad no fueron acompañadas debido a que su pareja no pudo entrar a la cesárea o a que los familiares allí presentes no accedieron a acompañar a las mujeres a la sala de parto.

“No, en cesárea no quedás”. (E3, Sofía)

“Ahí estaba sola. Porque no querían entrar nomás. El que iba conmigo no quería entrar”. (E7, Noemí)

9.2.5 Puerperio

a) Información recibida desde el personal de salud:

Con respecto a las recomendaciones del personal de salud sobre el cuidado durante el puerperio, las mujeres de ambas localidades recuerdan que se les brindó información acerca de no realizar fuerza, el control de las características del sangrado, la importancia y cómo realizar la higiene corporal, así como también el cuidado y de las heridas.

“Lo que sí dijeron que usara jabón ..., porque como me habían cortado” (E2, Elizabeth)

“...que te iba a venir el sangrado y todo eso, pero que no me asustara obvio no, todo eso sí. Que tenía que lavar, que no levantara fuerza y todo eso... El tema de los puntos

también, como cuidarme la herida, todo eso, no sé a los cuantos días que tenía que venir a sacarme los puntos”. (E3, Sofía)

“Como tenías que higienizarte, como tenías que lavarte, cuantas veces al día...era lavarte, jabón”. (E4, Luján)

“Que tenía que controlarme el sangrado, si era mucho o era menos, que no fuera a tener olor, que tenía que higienizarme...de no andar haciendo mucha fuerza porque como eso estaba todo vivo adentro, que era un parto, que se había abierto todo y tenía que cuidarme yo”. (E6, Gilda)

“Me decían que por la cesárea tenía que tener cuidado de no agacharme de una, suave, que tuviera más cuidado, no hacer fuerza porque estaba todo fresquito...” (E9, Laura)

Cabe señalar, que muy pocas mujeres expresaron haber recibido consejería sobre el cuidado en el reinicio de las relaciones sexuales y sobre métodos anticonceptivos.

“Cuando el alta no, después cuando yo vine al control con la Dra. ahí sí”. (E3, Sofía)

“Ellos lo que me decían que me cuidara, usted doña cuídese de no quedar embarazada. Sí, le digo yo. Pierdan cuidado que yo me voy a cuidar le digo...”. (E5, Mabel)

“Tenía que estar 40 días, que es la cuarentena, para después recién tener algún tipo de relación”. (E8, Alejandra)

d) Vivencias y Recuerdos:

La mayoría de las mujeres de Rincón de Cololó y San Dios recuerdan haber experimentado un puerperio sin dificultades, retornando rápidamente a sus tareas.

“No, no, ni siquiera viste una vez que sangras mucho, no, no, no, viste, siempre fue bien, siempre, ni siquiera viste después tampoco, viste, no tuve problema”. (E2, Elizabeth)

“...Ayy que divino, lo que pasa que tuve una buena sutura, siempre, siempre, pero yo a los 20 días La cicatrización yo creo que a los 20 días ya lo tenía”. (E4, Luján)

“Normalmente así nomás hacía las cosas, hacía todo. Complicación no, no tuve ninguna”. (E7, Noemí)

“...ya le digo que no es una enfermedad, no es una enfermedad. Sí, sí enseguida empecé. Estando acá que voy a hacer, tengo que limpiar, cocinar, y lavar, hacer todo, y como había sido parto normal, no tenía problema ninguno”. (E8, Alejandra)

Sin embargo, algunas de ellas recuerdan haber vivenciado el puerperio con angustia y preocupación, sentimientos que estuvieron relacionados a complicaciones durante el amamantamiento.

“Andaba mal, andaba histérica, de mala onda, de mala gana. No quería ni que fuera gente a mi casa porque parece que me estaba enloqueciendo yo con tanta cosa... Toda esa parte para mí fue pa horrible, mal, fea, fea. No tenía ni un ratito porque yo me imaginaba amamantar debe ser algo.... ... y fue un horror eso. Horror, sufrimiento”. (E3, Sofía)

Durante este relato la entrevistada gestualizaba con la mano en la cabeza y el ceño fruncido expresando corporalmente emociones vinculadas a su experiencia en el puerperio.

Otro recuerdo expresado fue la preocupación por las características en el sangrado lo que implicó la consulta al centro de salud y el asesoramiento por parte del equipo sanitario.

“Me dijeron que más o menos 45 días podía estar con el sangrado. Yo tuve 3 días, 3 días no, 1 semana tuve yo con el sangrado. Yo fui consulte dije que había estado 1 semana nomás con el sangrado y me dijeron que hay personas que están los 45 días...y hay personas que están con menos, que era normal, que no me asustara”. (E9, Laura)

c) Cuidados realizados y creencias:

Entre los cuidados recurrentes que practicaron las mujeres de ambas localidades durante el puerperio, se encuentra la higiene corporal utilizando jabón neutro o de glicerina con agua tibia. Particularmente, las mujeres a las que se les practicó cesárea relataron que realizaron un especial cuidado de la herida operatoria. El uso del secador de pelo para favorecer la cicatrización también fue un cuidado mencionado por una de las entrevistadas.

“Me lavaba con un latón, echaba agua tibia al latón y me lavaba con un jabón todo... Mamá decía siempre, y con agua tibia lavate. (E5, Mabel)

“Viste que no tengo calefón, siempre tenés que calentar agua usar un balde bien limpito como siempre y llevar y higienizarte en el baño. Usaba Bulldog ⁷ o uno que se comparaba un jaboncito blanco en la farmacia neutro, solamente para higienizarme las partes, un jaboncito blanco chiquito era”. (E6, Gilda)

⁷ Es una marca de jabón.

“Cuando yo vine acá me lavaba la herida, todos los días, porque tenías que lavarte todas las veces que podía, me lavaba, me miraba si estaba bien...” (E9, Laura)

“...yo me lavaba bien con jabón viste, más de lo que me decían, para que se me secaran más rápido y incluso hubo una que era las de más atrás, llegue a secar con secador...” (E4, Luján)

En los relatos de algunas mujeres de ambas localidades, apareció la creencia de los saberes populares transmitidos generacionalmente por la familia de no realizar lavado de cabeza durante la higiene corporal, debido a que se concebía como una conducta contraproducente para su cuerpo.

“Me pasaba un trapo húmedo en el cuerpo. Y la cabeza no me la lavaba, por unos días no me la lavé, como 2 semanas no me lavé la cabeza. Porque se te puede cortar la menstruación eso que estabas echando, y era peligroso, dice. Y que se te cortara eso, y se te va para adentro, te puede agarrar fiebre”. (E1, Luz)

“Me lavaba y todo. La cabeza no. Yo que se mojarse la cabeza ya, le ataca dolor de cabeza o le queda mal el cuerpo o algo así. Queda como mareada”. (E5, Mabel)

“Nunca cuando vos vayas a tener familia no te mojes la cabeza. Pasate la mano con agua y nada más”⁸ (E5, Mabel)

“No estoy acostumbrada a lavarme la cabeza andando con el sangrado no. Solo me lavaba nomás esa parte nomás y ta. Acá en el cuello nomás. Pero no todo el cuerpo. Porque se puede resumir en la cabeza el sangrado o en los pechos, en los pulmones”. (E7, Noemí)

⁸ Se refiere a un consejo que le dio su madre.

El uso de las toallitas de tela para el sangrado, así como también la adopción de las fajitas para el abdomen sugeridas por la familia, fueron otros de los cuidados mencionados por las mujeres mayores de Rincón de Cololó.

“Toallitas. Y las toallitas esas eran de esponja”. (E1, Luz)

“Y antes tampoco usábamos adherentes como ahora, usábamos de paño viste, viste ese de la toalla, bueno teníamos viste para ponernos, no teníamos adherentes, y teníamos que lavarlos...Me lavaba, usaba el jabón Bulldog, me enjuagaba, y me secaba bien y usaba los paños limpios, pero viste que lo lavábamos bien, y que bravo era secar eso”. (E2, Elizabeth)

“Mi vieja, mi madre, mi suegra, una fajita, que hay que usar una fajita, una bombacha con fajita, a lo primero no se hallaba las bombachas con fajitas, mi suegra, en aquellos entonces, a la bombacha le había hecho de las fajas comunes le había cocido”. (E4, Luján)

De los relatos recabados surge además que las mujeres evitaban realizar fuerza durante sus tareas principalmente las que habían tenido el parto por cesárea.

“En la cesárea sí, no levantaba peso así ni levantaba, nada de eso, ahí sí me cuide más”. (E7, Noemí)

“Yo no lavaba pisos, que antes lo lavaba, no manejé más la moto, me tenía que cuidar de la moto, no podía manejar por un tiempo”. (E9, Laura)

d) Relación con la familia y apoyo:

En la etapa de puerperio las mujeres entrevistadas de ambas localidades relataron que el principal apoyo que recibieron provino de sus madres, hermanas y esposo o pareja

quienes colaboraron básicamente con la crianza del recién nacido y la adecuada recuperación de la puérpera.

“Y yo tengo mis hermanas y mi mamá estaba acá también. Y por mi pareja seguro. Todos estaban enloquecidos... Con el gordo chico después que nació”. (E1, Luz)

“Con mamá que me ayudaba, venían mis hermanas, las otras solteras, y me ayudaban con el chiquilín y eso, porque no lo podía ni cambiar muchacha, no podía casi caminar. Mi marido siempre me llevaba el cafecito a la cama, ...miraba el niño, era el único que teníamos viste, y era una alegría”. (E2, Elizabeth)

“Allá era todo fácil, porque mi madre prácticamente se había ido a vivir conmigo”. (E3, Sofía)

“Y por los padres míos que estaba con ellos acá”. (E5, Mabel)

“Con mi marido y los dos chiquilines. No había más nadie”. (E8, Alejandra)

9.2.6 Alimentación del recién nacido

a) Recomendaciones recibidas desde el personal de salud:

Las mujeres de ambas localidades expresaron que el personal de salud les brindó información sobre la técnica correcta de posición y prendido del bebé a pecho, así como también los tiempos que deben transcurrir entre una lactada y otra.

“En esa época te enseñan cómo tiene que agarrar la teta ahí...”. (E1, Luz)

“Sólo que le diera, cuando le diera que lo parara un ratito, que le golpeará la espaldita, que lo volviera a prender de a poquito”. (E2, Elizabeth)

“Sólo te enseñaban a prender el bebé en el sanatorio, el pezón, como tenés que

ponerlo.... Que cada 3 horas el bebé tenía que tomar teta”. (E4, Luján)

“Que lo tenía que colocar en el brazo y lo tuviera medio así para poner en el pezón pero que él lo agarrara, no que le pusiera en la boca, que él lo agarrara para apretar y succionar la leche para que saliera porque al niño lo ponemos, y el niño no toma el pezón está en la boca, pero no toma nada, eso sí me asesoraban”. (E6, Gilda)

“Como tenía que poner el nene, como tenía que darle la teta, y todo eso”. (E7, Noemí)

“...cada 3 horas que le diera, o ponerlo y que no le fuera a dar chupete y cosas de esas, y mamadera tampoco, únicamente que fuera necesario”. (E8, Alejandra)

Además, recibieron información sobre acciones para favorecer la lactancia materna y prevenir las lesiones en el pezón.

“Con agua caliente que me pusiera debajo de la ducha a ver si aflojaba...”. (E3, Sofía)

“Mucho líquido, todo líquido que yo pudiera tomar agua, mate, líquido es lo que favorece a juntar la leche.... Esa crema, siempre que, si el pezón se agrieta, porque el niño a veces aprieta demasiado porque no saca leche y por eso se rompe. Lo que tenías es que lavarte y ponerte y aunque te doliera volver a lavar y volver a prender”. (E6, Gilda)

“Si que me lo cuidara, que primero tenía que echar un chorro de leche ahí...”. (E8, Alejandra)

En algunos relatos se menciona haber recibido información sobre técnica de curación e higiene del cordón umbilical del bebé.

“Una gasa toda la vueltita del ahí del cosito y le dejaba la gasita mojada con alcohol, hasta que se cortó viste 8 días me parece que lleva”. (E1, Luz)

“Me decían que tenía que echarle bastante alcohol, hacerle el cuerito del ombligo para abajo y echarle bastante alcohol para que se saliera todo eso amarillito. Y que más o menos entre 8 o 10 días podía voltear el ombliguito”. (E9, Laura)

b) Vivencia y recuerdos:

Algunas de las mujeres entrevistadas en ambas localidades recuerdan la alimentación de su hijo recién nacido como una etapa en la cual les hubiese gustado alimentar a su hijo mediante pecho directo, pero reconocen que existieron dificultades que obstaculizaron dicha conducta.

“Se me había retirado hasta la leche...Y después le habré dado una semana nomás. Nunca tuve leche para ninguno de los dos. Te das cuenta vos, me daban unas pastillitas, que iba a bajar, que iba a bajar”. (E1, Luz)

“Le quería dar pecho y no se me había ni siquiera formado el pezón...prácticamente, ya casi no sé si tenía leche, o no tenía, no sé, me salía cualquier cosa ahí...Lloré tanto cada vez que se prendía al pezón, lloraba tanto, pero tanto de dolor y me había agarrado mastitis”. (E3, Sofia)

“Le daba yo, pero era imponente lo que me dolía y con esa se me agrietaron los pezones...Juntaba tanta cantidad que los chiquilines no la tomaban y se me infectó un seno y me agarré mastitis y después se me retiró y se me retiró”. (E6, Gilda)

“Sí con el nene sí. Con la nena ya no casi, un poquito después una compañera en cama le dio la teta a la nena mía. Cuanti más teta tome el bebé mejor. Es buena la leche de la madre. Me hubiese gustado sí. Pero no pude” (E7, Noemí)

“Él no se prendió de un primer momento, me lo querían prender y no se prendió, nunca, no me bajo leche a mí, y me decían que era por la cesárea, por la anestesia, que después me iba a bajar leche. Que lo prendiera a él, que él aprendiese a chupar, e iba a bajar leche, pero no, él nunca me quiso agarrar”. (E9, Laura)

Otras entrevistadas, concebían que tener hijos mayores sumado a las tareas cotidianas del hogar, dificultaron un amamantamiento más prolongado en sus hijos menores.

“El primero hermoso, 2 años tomó, 2 años, ahora el chico no habrá tomado 2 meses, y ya le tuve que empezar a dar mamadera... , pero allá la primer lactancia cuando (hijo mayor), yo estaba sola para él y no tenía que hacer que tenía trabajar con el chico, no era lo mismo viste, aquel yo estaba tranquila. Tenía que cocinar, no podía estar quieta, porque tenía los quehaceres, entonces quizás por eso la leche no anduvo”. (E2, Elizabeth)

“Y pecho tuve con la grande hasta el año más o menos, con... (hija del medio) tuve menos y con el varón no tuve casi nada..., ...pero yo pienso que era el estrés que yo trabajaba...” (E4, Luján)

Por otra parte, otro relato reflejó que la lactancia materna era vivenciada como una experiencia no deseada, adoptando alimentación alternativa.

“No soy mujer de tener leche. No, porque no quería, nunca quería. Cuando eran de meses sí. Yo decía si se retira la leche de las mamas mejor. Mejor se criaron guachas las gurisas que dándoles pecho. La leche de teta es también alimento para la criatura, pero si uno no tiene, tiene que darle leche de vaca. (E5, Mabel)

Cabe mencionar que otras mujeres expresaron que la lactancia materna fue vivenciada como una experiencia agradable y en algunos casos se extendió por un período prolongado. También era concebida como un factor protector para el desarrollo de enfermedades en el bebé.

“Hasta los 4 años a todos les di, tomo 4 años el grande, nació el del medio y tomo 4 año y enseguida di al otro 4 años, prácticamente di 12 años...que mejor comer sano que eso, no se enfermaban casi nunca, se enferman más ahora que son grandes que cuando eran chiquitos, si tendrá que ver el pecho de la madre”. (E8, Alejandra)

“A mí me encantaba prenderlo...Y tenía esas condiciones que cada vez que tenía que amamantar le cambiaba el pañal, lo higienizaba primero, me lavaba la teta, me sentaba y le daba, no que te daba un traguito y me iba, le daba hasta que fuera suficiente”. (E6, Gilda)

c) Cuidados realizados y creencias:

Del análisis de los relatos recabados, se desprende que las mujeres de ambas localidades practicaron diferentes cuidados para favorecer la lactancia materna, algunos de ellos relacionados a las creencias y saberes populares transmitidos generacionalmente.

“Que me pusiera pañitos de agua tibia, que afloja. A veces mi mamá, viejas de antes, si el bebé está durmiendo dejalo que duerma un ratito más, a veces se le corría una hora más, y había que darle la leche que yo juntaba”. (E4, Luján)

“Yo me echaba agua tibia, que dicen que echas agua tibia por si tenés leche para que afloje y te apretás y salga, pero sabes que me salía con una agüita no más”. (E9, Laura)

“...cuando vine para acá ya tomaba mate dulce, me hacía avena, que mamá siempre decía que la avena con la leche de vaca es el tal alimento para tener leche para los niños” (E6, Gilda)

“La tranquilidad, tomábamos mate y era mate amargo, no era mate dulce que te dicen que..., y leche si tomábamos de mañana. Si fuera por mamá nos daba mate todo el día, tomar líquido era el tema de ella, avena con agua”. (E2, Elizabeth)

“Mamá era muy de la avena Quaker⁹, si con agua la hacían, no la hacían con leche, alguna malta te hacían tomar, todo líquido, para tener la leche”. (E4, Luján)

“Mi abuelo hacía jarros de Quaker para que yo tomara porque dice que con eso te viene la leche. Yo sin gustarme eso me tomaba los jarros esos... Otra cosa que tomaba mucho era mate dulce porque me decían que el mate dulce te hacía producir leche”. (E3, Sofía)

Además, las mujeres adoptaron determinadas conductas para la cicatrización de pezones lesionados y así poder favorecer el amamantamiento.

“Con esa pomada que viene para la ubre de la vaca. Cada vez que amamantaba me la tenía que lavar con agua tibia, poner un pañito que se secura o una gasa y después ponerme eso. Volverme a lavar cada vez que fuera a amamantar”. (E6, Gilda)

“Mirá que mi esposo sólo se venía a la farmacia a comprar esto a ver que me daban, inclusive llevaba unas tetinas de silicona creo que era, en aquel momento, no sé ahora, no debe haber más, para poner dentro del pezón entonces el bebé que no tocara el pezón”. (E3, Sofía)

“Inclusive otra tía allá, ella me llevaba, me acuerdo esperá, era una crema para lo coartado de las vacas de los caballos una pomada que se usaba de uso veterinario” (E3, Sofía)

La mayoría de las mujeres de ambas localidades describieron que optaban además por brindar a su bebé recién nacido y/o con meses de edad otras alternativas de alimentación como la leche de vaca y maicena, conducta fuertemente arraigada a saberes populares transmitidos generacionalmente por sus madres y abuelas.

“Leche de vaca, con tres gotitas de limón...Para que le cortara la leche, dice que ya

⁹ Es una marca de avena.

llega cortada al estómago, no sé, y con eso se criaron. Sí, sí una tradición familiar”.
(E1, Luz)

“...acá en el campo que le das, leche de vaca, y la cortaba...Con un poquito de agua, y me parece que le ponía limón”. (E2, Elizabeth)

“Leche de vaca ordeñada, que ordeña del tarro de la vaca, las hervís 3 veces, era lo que nos enseñaron las veteranas, si le sacas la gordura de arriba, viste, y después preparas la memita...y 3 gotitas de limón. Es la que le hace cortar vamos a decir, la leche...porque dice que, si el bebé la vomita, el bebé engorda”. (E4, Luján)

“Y después que el bebito, que ya no era más bebito más grandecito, le hacíamos con maicena, maicena tipo agüita más especita, leche más especita, una memita más pesadita”. (E4, Luján)

“Son guachas a mamadera...Se criaron a mamadera. Leche con maicena le dábamos”.
(E5, Mabel)

“Hervía la leche, le echaba una cucharadita de maicena después, y la entreverabas con azúcar. Ordeñaba la vaca, traía la leche y hervía acá...Siempre hervida y con loza. Vamos a suponer un plato de loza que se le quiebre, saca un pedazo y le echa a la leche. Para sacarle todos los microbios que tenga o alguna cosa. Nosotros siempre usábamos la loza en la leche. Si tiene algo la leche le saca la loza. (E5, Mabel)

Otros preparados caseros que surgen de los saberes populares transmitidos generacionalmente para favorecer el bienestar del bebé expresadas en las entrevistas y en encuentros informales, eran el té de manzanilla, el anís estrellado y la menta.

“...otra cosa que siempre mi mamá me decía que miel no se podía porque pincha la pancita, le produce gases. Si venía mamá y no veía que había agüita de anís estrellado...Dicen que le hacía bien como calmante y que le hacía bien para la pancita también. Te cambiaba, o anís estrellado o manzanilla”. (E4, Luján)

“Manzanilla, anís estrellado para que no le duela la panza”. (E7, Noemí)

“Ya no sabíamos que tenía esa criatura por qué lloraba de esa forma. Mi abuela le hizo, fue acá en el fondo, hay menta, mi abuela vino y le hizo un tecito de menta y le dio, porque dice capaz si era la pancita o algo, viste las abuelas de antes...” (E3, Sofia)

Otras prácticas de cuidado adoptadas para el bienestar del bebé estaban relacionadas al cuidado del cordón umbilical y a otras conductas arraigadas a saberes populares transmitidos generacionalmente por la familia.

“Y sería para sostenerle el ombligo ahí... Porque cuando gritan viste que se le, dicen que se pueden herniar si son gritones, que lloran mucho, dice que se pueden herniar. Por eso se usaba el ombligero dicen no sé”. (E1, Luz)

“Antiguamente los primero te lo ataban, vos lo lavabas, lo higienizabas, y lo ponías ahí, le ponías el pañal, porque antes yo los crié con pañal de tela, a los tres, le ponías el pañal, lo dejabas ahí con el chiripá y todo, pero después ya se le pusieron pinza. Lo higienizaba, le ponía la gasa seca, y después le ponía el ombligero para que no se moviera para ningún lado, porque a mí me parecía que eso le hacía doler”. (E6, Gilda)

“Le ponía una lanita roja y después le golpeabas un poquito la espalda boca abajo y hacia provecho y ahí se le iba el hipo”. (E1, Luz)

d) Relación con la familia y apoyo:

La mayoría de los relatos de las mujeres dan cuenta de que las personas que principalmente las acompañaron durante la etapa de la alimentación de su recién nacido fueron sus madres. Otras mujeres también expresaron haber recibido apoyo por parte de sus padres.

“Siempre era mi mamá la que andaba, como era la única hija mujer, viste, siempre fue ella. Claro que, si tenía que hacer alguna pregunta o algo de lactancia, por ejemplo, mi mamá estaba la antigua viste, que hay que tomar leche”. (E4, Luján)

“Y por los padres míos que estaba con ellos acá... Y si, yo estaba con mis padres acá sola y todo...” (E5, Mabel)

En un caso, la experiencia del amamantamiento significó que la mujer quisiera interactuar solamente con los integrantes de su familia más cercanos, como sus padres.

“Buena, pero solo con mi papá y mi mamá. Porque el resto de la gente todo me molestaba. Andaba mal, andaba histérica, de mala onda, de mala gana. No quería ni que fuera gente a mi casa porque parece que me estaba enloqueciendo yo con tanta cosa.... Con mi mamá si porque era la que me ayudaba en todo, mi pobre madre”. (E3, Sofía)

10. DISCUSIÓN

En este apartado se analizan los hallazgos de la investigación buscando dar cuenta de las prácticas de cuidado durante el embarazo, parto y puerperio de las mujeres rurales que residen en las localidades de Rincón de Cololó y San Dios.

Los hallazgos fueron analizados de acuerdo a Minayo (1995) partiendo de un nivel superficial donde se articulan los relatos de las entrevistas y los registros en el cuaderno de campo, alcanzando un nivel más profundo en el significado de lo expresado y lo gestualizado. Este proceso de análisis logra vislumbrar los sentidos (significantes-significados) de las prácticas de cuidado de las mujeres los cuales estaban íntimamente relacionados a factores psicosociales y de contexto.

10.1 Caracterización de las mujeres entrevistadas

Con respecto a la caracterización de las mujeres entrevistadas, la gran mayoría residía en las localidades estudiadas desde su nacimiento y en general pertenecían al grupo etario “mayores de 50 años”, lo que podría estar determinado por el proceso migratorio de la población rural más joven.

Según un trabajo realizado por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República (Udelar) en el Centro Universitario de Tacuarembó, el proceso de migración campo ciudad con marchas y contramarchas, se denomina proceso de “des-ruralización” lo cual fue determinado por la temprana urbanización del país. En Uruguay, en el año 1963 la población rural representaba el 19 %, en el año 1996 un 9,2 % y según el censo 2011, la población rural reflejaba un 5,3 %, lo cual demuestra un significativo descenso de dicha población. (2015)

Según este estudio, la migración está determinada por la atracción de la vida urbana, reforzada por medios de comunicación, vías de comunicación y medios de transporte, expansión de patrones culturales urbanos, tecnologías ahorradoras de mano de obra, avance de procesos concentradores de tierra y desplazamiento de la producción familiar. (Udelar, 2015)

Si bien el promedio en la cantidad de hijos de los diferentes grupos etarios no reflejó una marcada diferencia, 2,8 en mujeres mayores de 50 años y 1,75 en el grupo menor a 50 años, los mismos acompañan el descenso de la tasa global de fecundidad (TGF) ¹⁰ en Uruguay dado que entre los años 1970-1975 correspondió a 3, entre 1980 y 1990 era de 2,5, entre los años 2000 y 2005 representaba un 2,2 y entre 2010-2015 un 2,04. (Oficina de planeamiento y presupuesto (OPP), 2016). En el año 2018, la TGF en Uruguay continuó su descenso ubicándose en 1,60 hijos por mujer. (Ministerio de Salud Pública (MSP), 2019)

Los fenómenos sociales y culturales asociados a otros factores como el comercio internacional, inversiones externas y de inmigración de ultramar, fomentaron en la sociedad uruguaya mentalidades y comportamientos “modernos”, lo cual quedó reflejado en el cambio de la familia, la relación entre los sexos y las actitudes frente a la reproducción. Además, la emigración que había comenzado entre las décadas de 1960 y 1970, agudizada a principios del siglo XXI, sumados a la reducción de la fecundidad han provocado que la población crezca a un ritmo lento hace varias décadas. (Pellegrino, 2008)

La transición demográfica que viene desarrollándose en Uruguay, impacta también en las poblaciones rurales de San Dios y Rincón de Cololó, quedando reflejada la gradual disminución de la tasa de fecundidad entre las diferentes generaciones.

En relación con la situación de pareja, se observó que la gran mayoría de las mujeres mayores de 50 años estaban casadas, mientras que las mujeres menores de 50 años presentaban pareja en unión libre, característica que acompaña los cambios en las modalidades de las uniones de las parejas y de familia que acontecieron en Uruguay.

En el plano sociocultural, Uruguay atravesó grandes transformaciones sociales que contribuyeron a cambiar los patrones normativos de la familia legitimando nuevos comportamientos sociales. La tasa de nupcialidad se redujo a la mitad de su valor inicial entre 1985 y 2000. Esta disminución podría visualizarse por la pérdida de vigencia del vínculo legal como marco socialmente legítimo de inicio de la vida conyugal y al aumento de

¹⁰ Tasa global de fecundidad (TGF) es la cantidad media de nacimientos que se producirían en un año si todas las mujeres de una región sobreviven su etapa fértil y tienen hijos según la tasa de fecundidad por edad. (Pérez Porto y Merino, 2014)

las uniones consensuales, lo que constituye la nueva modalidad en la formación de familias. Cabe mencionar, que las uniones consensuales aumentan en todas las edades, particularmente entre las generaciones más jóvenes. (Cabella, 2007)

La mayoría de las mujeres contaban con un nivel educativo de primaria completa, rasgo mayoritariamente característico en las mujeres de más de 50 años.

Esto podría relacionarse a la accesibilidad geográfica Phillips, Najera, Chias (como se citó en Umpiérrez, 2012, pp. 40-41) y económica, debido a que antiguamente no existía centros de nivel educativo secundario en dichas localidades y en zonas aledañas a las mismas. Sumado a esto, el estado de los caminos vecinales, el crecimiento de arroyos en épocas de lluvias y la falta de transporte de algunas familias expresados por los propios pobladores como un problema durante las entrevistas y encuentros informales, probablemente se comportaba como una barrera para el acceso a los centros educativo-secundarios que se ubicaban únicamente en la ciudad.

Cabe destacar, que actualmente, existe en la escuela del pueblo de Sacachispas, localidad cercana a San Dios y Rincón de Cololó, la modalidad de educación media rural; séptimo, octavo y noveno, lo que equivale a 3er. año de ciclo básico, lo cual facilita el acceso a los estudios secundarios. Según datos recabados, algunos hijos adolescentes de las mujeres residentes en San Dios concurren a dicha Institución educativa.

Con respecto a la ocupación, la gran mayoría de las mujeres trabajan principalmente como empleadas rurales quienes se desempeñan como empleadas domésticas y cocineras, en el mismo establecimiento rural donde realizan sus actividades laborales sus esposos quienes se desempeñan como capataces o peones del establecimiento.

Vitelli (2003), en su trabajo de la situación de las mujeres rurales en Uruguay, explica que la producción ganadera extensiva, principalmente en la región norte y noreste del país, "...limita la presencia de la mujer y expulsa mano de obra femenina". (p. 48)

Niedworok (como se citó en Vitelli, 2003), señala que uno de los factores que determina esta situación es que "Los trabajadores residen en los establecimientos ganaderos -"es-

tancias”-, pero no se les permite traer a su familia. Por lo general, sólo el Capataz o Encargado vive con su esposa, la que trabaja como cocinera y limpiadora”. (p. 48)

Sin embargo, en las localidades de Rincón de Cololó y San Dios, existe una situación diferente a la que Niedworok describe dado que tres mujeres son empleadas rurales que trabajan en el mismo establecimiento rural junto a sus esposos y residieron o residen con toda su familia en el lugar de trabajo.

Por otra parte, dos de las entrevistadas se desempeñan como auxiliares en la escuela de las localidades, aunque una de ellas actualmente está certificada y en proceso jubilatorio.

Otra mujer es jubilada por haber tenido un almacén junto a su esposo en la localidad. Además, se dedicaba al trabajo de las colmenas junto con su esposo, actividad que ya no realizan hace varios años.

Por último, tres de las mujeres entrevistadas actualmente se dedican a las tareas del hogar y la producción en su propio predio para el consumo de la familia, como por ejemplo cría de gallinas.

La gran mayoría de las mujeres presentan una cobertura de salud privada, ya sea por la situación laboral de la mujer o la de su esposo. Esta característica coincide con el hallazgo en la población rural de Colonia Fernández Crespo- San José (INC) donde al momento de la investigación, más de la mitad de sus pobladores presentaban cobertura de salud privada. (Grabino, 2007).

10.2 Percepción de la localidad donde vive

Vivencia, ventajas y desventajas:

Las mujeres rurales se sienten a gusto, tranquilas y seguras en su entorno, sumado a esto, contar con tecnología en su medio (televisión, internet, teléfono) hace que sea aún más disfrutable vivir en el campo.

Cabe señalar que, cuando deben viajar a la ciudad, surge el espíritu de añoranza inmediata y la necesidad de retornar a su medio, lo que está relacionado al sentimiento de bienestar que presentan como característica natural del lugar donde viven.

De tal manera, los sentimientos y actitudes que responden de las mujeres referidas a su lugar de residencia están relacionadas a las percepciones, ideas, experiencias que presentan de su entorno. (Ver Imagen 6, 7, 8 y 9)



Imagen 6 Acceso a Rincón de Cololó

Fuente: Autoría propia, fotografía tomada en el marco de trabajo de campo.



Imagen 7 Acceso a Rincón de Cololó

Fuente: Autoría propia, fotografía tomada en el marco de trabajo de campo.



Imagen 8 Acceso a San Dios

Fuente: Autoría propia, fotografía tomada en el marco de trabajo de campo.



Imagen N° 9 Localidad de San Dios

Fuente: Autoría propia, fotografía tomada en el marco de trabajo de campo.

Sin embargo, las mujeres reconocen inconvenientes relacionados a la accesibilidad geográfica como la crecida de arroyos en época de abundantes precipitaciones y el estado de los caminos, lo que provoca que las localidades queden aisladas del resto del departamento. (Ver Imagen 10, 11, 12 y 13)



Imagen 10 Arroyos que provocan crecidas. Acceso a Rincón de Cololó.

Fuente: Autoría propia, fotografía tomada en el marco de trabajo de campo.



Imagen 11 Arroyos que provocan crecidas y caminos. Acceso a Rincón de Cololó.

Fuente: Autoría propia, fotografía tomada en el marco de trabajo de campo.



Imagen 12 Caminos de San Dios.

Fuente: Autoría propia, fotografía tomada en el marco de trabajo de campo.



Imagen 13 Caminos de San Dios.

Fuente: Autoría propia, fotografía tomada en el marco de trabajo de campo.

Para las mujeres de Rincón de Cololó el traslado (a excepción de los días de abundantes precipitaciones que provoca crecida de arroyos) no se percibe como un problema dado que en general cuentan con vehículo propio y/o de los patrones. Sin embargo, para las mujeres de San Dios, en general el traslado continúa siendo una dificultad por la falta de ómnibus de recorrido y/o vehículo propio.

Páez et al. (como se citó en Ubilla, 2017), definen a la accesibilidad geográfica como “El potencial para alcanzar o conseguir oportunidades que se distribuyen en el espacio. Estas oportunidades son elementos que ofrecen servicios cuya localización es fija”. (p. 196).

Como vimos anteriormente Phillips, Najera, y Chias (como se citó en Umpierrez, 2012) plantearon la accesibilidad desde una óptica multidimensional; la geográfica, la cual implica distancia, transporte y barreras naturales; la económica o financiera, que abarca el gasto en Salud cubierto por el sistema sanitario y la capacidad de los usuarios de afrontar los gastos de los servicios sanitarios; la organizacional o burocrática y la cultural que refiere al universo simbólico de los sujetos.

Por otro lado, Aunta Peña (citado en Ubilla, 2017), trae el concepto de conectividad geográfica y sostiene que “Es la identificación de atributos naturales y artificiales que determinan la integración de un territorio”. (p. 196)

Podemos decir que la accesibilidad y conectividad geográfica son conceptos ligados entre sí los cuales determinan la posibilidad de alcanzar los servicios ubicados en otras localidades del departamento.

Relacionamiento con la comunidad:

En base a las entrevistas y observaciones realizadas, quedó evidenciado el espíritu colectivo existente en las localidades rurales. El sentido de apoyo entre los vecinos si la situación lo amerita y el ánimo de festejo fue una característica que comparten las comunidades donde se centró el estudio.

Esquivias (como se citó en Estrada, 2012) referente a lo que motiva al individuo a integrarse a una colectividad, expresa que “Lo que nos hace pertenecer a un grupo es la identificación con los valores y los ideales, que predominan en el mismo, de tal forma que nos sentimos integrados en un mismo orden de ideas y valores”. (p. 10)

En tal sentido, se puede decir que dichas comunidades comparten gustos, tradiciones e ideales que favorecen al mencionado espíritu colectivo lo que impulsa a participar en diversos escenarios.

Los directores de las instituciones educativas son reconocidos como referentes comunitarios y junto con las familias de los niños y demás vecinos del lugar, organizan y colaboran con los eventos festivos que se realizan en la sede de la escuela, espacio de sociabilidad central, en ambas localidades.

Esta característica de las escuelas rurales como centro de encuentros festivos coincide con el trabajo realizado por Grabino (2007) que menciona a la escuela rural de la localidad donde se realizó el estudio como un espacio que ha sido y continúa siendo un importante espacio de socialización donde las fiestas y reuniones comunitarias se realizaban en sus instalaciones.

El relacionamiento comunitario de ambas localidades está sustentado principalmente por las actividades festivas organizadas en las escuelas. Estas instancias se destacan, porque son los niños quienes ofrecen un espectáculo de disfrute para los habitantes de la localidad.

10.3 Familia

Relacionamiento con la familia y rol que cumple dentro de la misma:

La mayoría de las mujeres perciben un acompañamiento incondicional en las diferentes situaciones familiares.

Las entrevistadas refieren ser el núcleo fundamental para el funcionamiento de la casa como las necesidades y tareas de la casa. Si bien manifiestan que junto a sus esposos comparten la toma de decisiones del hogar, entienden que promueven, además, la relación entre los integrantes de la familia. Es decir, tienen el rol de mediadora entre los hijos y los padres y de consejeras cuando los hijos plantean diferentes inquietudes.

La participación de la mujer en la toma de decisiones en el hogar, en primera instancia me lleva a pensar que existe cierto grado de empoderamiento de la mujer en el seno familiar lo cual podría estar relacionado al hecho de que las mujeres cuentan con un trabajo. Cabe destacar que la mayoría de las mujeres entrevistadas trabajaban al momento de la entrevista, o habían trabajado.

García y Oliveira (1994) sostienen que al ejercer el trabajo extradoméstico “se obtienen éxitos, superación, reconocimiento, autoestima, satisfacción e independencia económica. El trabajo es un medio para obtener el bienestar personal, familiar y comunitario”. (p. 106).

Sin embargo, en un seminario realizado por la Udelar y United Nations International Children’s Emergency Fund (Unicef), Casique (2003) concluye que la incorporación de la mujer en el ámbito laboral no determina siempre su auto empoderamiento. Sus hallazgos concluyen que el trabajo extra-doméstico y un mayor poder de decisión de las mujeres se traducen a mayor riesgo de violencia por parte de su pareja. Es decir, los nuevos

roles adoptados por las mujeres van en contraposición con lo cultural y socialmente aceptado lo que trae aparejado un aumento en los conflictos en la pareja y el hogar.

En los relatos de las entrevistas no surgieron vivencias de conflictos intrafamiliares como consecuencia del trabajo.

Con respecto a la participación del esposo en las tareas del hogar, en la presente investigación quedó evidenciado que la mujer es quien básicamente realiza dicha tarea independientemente de su situación laboral.

Un estudio realizado por Batthyány, Perrota y Scavino (2018), reflejó que el trabajo remunerado de las mujeres no garantiza una distribución más equitativa del trabajo doméstico de cuidados en las parejas, principalmente en la generación de las abuelas, en las mujeres que son madres actuales de nivel socioeconómicos altos y en las mujeres de sectores socioeconómicos bajos.

Por su parte Cabella (como se citó en Grabino, 2010) trae una categoría interesante denominada tensiones entre “trabajo y la familia” que describe esa continua y ardua responsabilidad que adquiere la mujer en sus diversos ámbitos cotidianos. La autora sostiene que:

...la creciente participación de la mujer en el mercado de trabajo no ha sido acompañada por una readecuación del contrato doméstico. Las mujeres siguen siendo las principales encargadas del cuidado del hogar y los hijos, y sobre ellas recae el grueso de las tareas necesarias para la reproducción cotidiana”. (p. 5)

El estudio de Cabella citada por Grabino está enmarcado en mujeres de un contexto urbano donde articulan el trabajo para el mercado y trabajo doméstico y de cuidados no remunerado en esferas separadas temporal y espacialmente.

Grabino (2010) expresa que, si se contextualizara un análisis de cuidado para el medio rural sistematizando información disponible para sistemas de producción familiar, la carga del trabajo productivo y el trabajo doméstico de la mujer estaría determinada por la continuidad existente entre la casa y el trabajo.

En el caso de las mujeres rurales de la presente investigación, si bien su situación laboral no responde al sistema de producción familiar, en general comparten el territorio donde trabajan y residen por ser empleadas rurales.

El trabajo de la mujer puede visualizarse como un elemento ambiguo; si bien se puede comportar como un elemento favorecedor para la toma de decisiones en el hogar junto a su esposo, no la exime de las tareas del hogar dado que sigue siendo la principal responsable del trabajo doméstico, así como también aparece como el nexo fundamental para promover el relacionamiento entre los diferentes integrantes de la familia.

10.4 Embarazo

Noticia del embarazo

El significado del embarazo está impregnado de experiencias y vivencias con la familia y el entorno lo que determina la mirada de la mujer frente a dicho proceso. En este sentido y como ya lo mencionamos Lamas (como se citó en Pozzio, 2011) plantea esta relación ya que entiende a la maternidad como un hecho socio cultural que compete a toda la sociedad y no exclusivamente a la mujer.

Durante el embarazo se espera que surjan naturalmente sentimientos en la mujer de alegría y deseo, sin embargo, pueden presentar una diversidad de emociones que difieren de lo esperado. Según López y Carril (2010):

El imaginario social en nuestra cultura ha soldado el ser mujer con la maternidad a partir de la capacidad reproductiva de las mujeres. El embarazo y la posibilidad cierta de ser madre, se significa como un acontecimiento que automáticamente genera sentimientos de alegría, gozo y plenitud. (p. 11)

En primer lugar, es importante señalar que la reacción de las entrevistadas frente a la noticia del embarazo no guardó relación a los grupos etarios que pertenecían.

Las reacciones de las mujeres frente a la noticia del embarazo fueron múltiples y presentaron varios matices. De los relatos se desprendió el sentimiento de satisfacción dado que los embarazos eran deseados y programados; la sorpresa y asombro por perci-

birse muy joven para vivenciar dicho evento o porque estaban utilizando métodos anti-conceptivos y el miedo generado por las malas experiencias padecidas durante el parto en los embarazos previos.

La noticia del embarazo generó desconcierto a una de las entrevistadas, por entender que todavía se encontraba bajo los efectos del método anticonceptivo que recientemente se había retirado. El embarazo tampoco fue advertido por otras mujeres integrantes de la familia, como se ha observado para otros contextos.

Lina Rosa Berrio (2013) en su estudio realizado en México menciona que el primer embarazo en general es identificado inicialmente por las mujeres con más experiencia como madres y suegras y son las que orientan en este proceso, aunque las mujeres más jóvenes asocian la falta de la menstruación con un posible embarazo.

Otro sentir frente a la noticia del embarazo que surgió y que difiere sustancialmente de las emociones mencionadas anteriormente, fue la incomodidad que le provocó a una mujer debido a la inexperiencia y desconocimiento en relación con la crianza de los niños. López y Carril (2010) expresan que “...ni todas las mujeres reciben la noticia de la misma manera o reaccionan emocionalmente de acuerdo a lo socialmente esperado” (p. 11), generando sentimientos de sorpresa, estupor, indignación y miedo cuando el embarazo no es deseado. Cabe agregar que no existieron relatos que den cuenta de querer interrumpir el embarazo.

Independientemente de los sentimientos asociados a la noticia del embarazo, todas las mujeres adoptaron diferentes prácticas de cuidado con el fin de favorecer el transcurso de un embarazo saludable.

Vivencia, cuidados realizados y creencias:

Entre los hallazgos obtenidos surgieron diferencias y similitudes en cuanto a la vivencia, cuidado, y creencias en relación con el embarazo de las mujeres de Rincón de Cololó y San Dios.

En general, las mujeres mayores de Rincón de Cololó y la mayoría de las mujeres de San Dios adoptaron prácticas de cuidado basados en saberes populares y saberes populares transmitidos generacionalmente, mientras que las mujeres más jóvenes de Rincón de Cololó en general adoptaron prácticas de cuidado sustentados en saberes de la medicina científica profesional como lo define Kleinman (1976).

Las generaciones mayores de Rincón de Cololó concebían al embarazo como un proceso que les permitía continuar con su “vida normal” por no incidir en la realización de su trabajo y en las actividades diarias en el hogar. Además, parecería que la responsabilidad que adquiere la mujer en el hogar y las actividades que implican el trabajo de campo, estarían dificultando la posibilidad de reducir la carga laboral.

Sin embargo, las mujeres jóvenes de esta localidad tenían una concepción que difería de las generaciones mayores. Las mismas entendían que el embarazo era un evento que marcaría una diferencia en sus vidas, lo cual las llevó a modificar sus actividades cotidianas en el hogar y en el trabajo.

Esta concepción del embarazo de las mujeres más jóvenes de Rincón de Cololó refleja similitudes con los hallazgos de la investigación en Brasil ya mencionada donde los cuidados durante el embarazo fueron variando con respecto a la cultura de sus antepasados; las mujeres de las nuevas generaciones de Quilombolas acompañan un nuevo paradigma el cual conlleva a la disminución de tareas de la vida diaria dado que puede poner en peligro la vitalidad del bebé. (Alende Prates, et al., 2019)

La mirada y el sentir de las nuevas generaciones de Rincón de Cololó sobre el proceso de embarazo, a diferencia de las generaciones mayores de la misma localidad, se traduce en mayor atención en cuanto a la reducción de las tareas y el trabajo diario en base al argumento que podría afectarse el desarrollo de su embarazo.

En San Dios, todas las entrevistadas independientemente de su edad, sostuvieron que el embarazo no era “una enfermedad” y que lo vivenciaron como “algo natural”. Por tanto, el embarazo no tuvo efecto en sus actividades o trabajo cotidiano. Cabe agregar que uno de los relatos justifica la continuidad en la realización de las tareas en el hogar debido a que la mujer se identifica como la persona indispensable para llevar a cabo dicha tarea.

En este caso se observa una similitud en cuanto a la percepción que tenían las mujeres mayores de Rincón de Cololó en relación con el embarazo, es decir lo vivenciaban como un proceso de la vida que debía transitarse sin alterar su vida cotidiana, sin olvidar la responsabilidad que adquieren como organizadoras del hogar y en el campo lo cual podría actuar como una barrera para la reducción de sus labores diarios.

Tal como plantea Berrio (2013) las mujeres que participaron en esta investigación traen la concepción tradicional comunitaria donde el embarazo se percibe como un proceso natural que forma parte de la vida cotidiana.

La práctica de cuidado es una conducta arraigada a las concepciones de las personas según sus experiencias, creencias y al entorno donde residen.

Como expresa Menéndez (como se citó en Berrio, 2013) en los procesos de salud-enfermedad-atención y en las prácticas de atención desarrolladas por las mujeres gestantes, se conjugan cuidados que se basan en saberes médicos y otros saberes alternativos complementarios.

En Rincón de Cololó, las mujeres mayores, si bien percibían el embarazo como algo que les permitía continuar con las actividades cotidianas, las mismas adoptaban determinadas conductas orientadas principalmente a disminuir o evitar la fuerza. Por ejemplo, tomar precaución al agacharse y tomar algún objeto y a favorecer el descanso como colocar los pies en una palangana con agua.

Las mujeres más jóvenes de la misma localidad también destacaron tomar precauciones en las actividades que implicaban fuerza, como agacharse en forma brusca, cortar el pasto, manejar el camión para regar, entre otros.

Con respecto a las mujeres de San Dios, si bien relataron que durante el embarazo continuaban realizando sus quehaceres diarios, llevaron a cabo algunas prácticas de cuidados similares a las adoptadas por las mujeres de Rincón de Cololó, es decir, los cuidados estaban relacionados a disminuir la carga de trabajo y a favorecer el descanso como tomar precaución al levantar objetos pesados, agacharse, evitar andar en moto y bicicleta.

Estos cuidados expresados por las mujeres de ambas localidades son coincidentes con los hallazgos ya planteados por Giraldo et al. (2016) y Berrio (2013) los cuales implicaban la adopción de cuidados relacionados a la prevención de la fuerza, ciertas posturas y caídas entre otros.

Como ya fue mencionado Muñoz (citado en Melguizo y Alzate, 2008) las prácticas de cuidado en las gestantes se relacionan a seguir viviendo, mantener la salud y atender las enfermedades sustentadas en sus creencias.

Los cuidados adoptados basados en creencias y tradiciones se relacionan con el concepto de medicina tradicional entendida como:

Prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades. OMS (como se citó en Tabakián, 2016, p. 4)

En nuestra investigación, una mujer de Rincón de Cololó expresó haber recurrido al curandero para aliviar el dolor de cabeza. Otros relatos dejaron en evidencia prácticas de cuidado como la ingesta de hierbas como el té de manzanilla y menta como método de tratamiento cuando estaban “empachada”.

Del análisis surge que los saberes populares transmitidos generacionalmente fueron considerados para los cuidados adoptados durante el embarazo en las mujeres de San Dios. Por ejemplo, algunas mujeres concebían que, si levantaban objetos en forma abrupta, cosían o andaban en moto principalmente en la última etapa del embarazo, podría dañar al bebé.

Independientemente de la normativa de control de embarazo que regía en el momento en que las mujeres entrevistadas en Rincón de Cololó y San Dios estuvieron embarazadas, todas se realizaron controles en el centro de salud como parte del cuidado. En general las mujeres mayores se controlaron irregularmente y las jóvenes regularmente, aunque su cumplimiento estuvo determinado por varios factores.

En una investigación realizada en Argentina que abordaba la accesibilidad en el ámbito de salud materna de mujeres rurales, los autores concluyeron que la distancia que se presenta del lugar donde viven las mujeres a los centros de atención, constituye un problema, desencadenado por caminos de tierra vulnerables en caso de lluvias, falta de transporte público y a la falta de dinero para poder solventar el traslado. También quedó evidenciada la barrera administrativa determinada por la dificultad en obtener turnos para el control médico. (Landini et al., 2015). De forma coincidente las mujeres mayores de Rincón de Cololó manifestaron que la concurrencia a las instancias de control de su embarazo estuvo sujeta a la posibilidad de trasladarse, dado que la localidad presentaba caminos intransitables y crecidas de arroyos en épocas de lluvias quedando aislados por varios días. También la concurrencia a los controles estaba condicionada por la dificultad en el traslado por la precariedad del vehículo que contaban y en conseguir los turnos en los centros de salud.

Sin embargo, la dificultad del traslado no fue manifestado por las mujeres más jóvenes de la misma localidad quienes concurren al control de embarazo regularmente probablemente debido a la mejora de los caminos y a que cuentan con vehículo para trasladarse.

Para la mayoría de las mujeres mayores y una mujer joven de San Dios, si bien los controles de embarazo eran visualizados como importantes y necesarios, la concurrencia a los centros de salud se vio afectada por la accesibilidad geográfica similar a la problemática vivenciada por las mujeres mayores de Rincón de Cololó y por la dificultad en el transporte para el traslado. En este sentido, como mencionaban Phillips, Najera, Chias et al. (como se citó en Umpiérrez, 2012), entre otras dimensiones involucradas en la noción de accesibilidad se encuentran las geográficas, económicas y financieras. Dichas dimensiones fueron identificadas como barreras de acceso por las mujeres en las localidades rurales mencionadas.

Retomando la noción de sistemas culturales trabajada por Kleinman (1976) y los diferentes factores culturales y sociales mencionados por Sepilli (como se citó en Martínez Hernández, 2007) la investigación recogió otros sentidos en relación a la concurrencia a los controles de salud. Algunas mujeres de San Dios concebían que, si el proceso de

embarazo se transitaba sin dificultades, se podía postergar el control de embarazo en los centros de salud.

Evia (2015), como ya vimos en su investigación menciona que entre sus interlocutores algunas enfermedades se transitaban como un “flujo normal de la vida”, es decir, mediante la autoatención, así como otras situaciones implicaban cuidados médicos.

En este sentido, los hallazgos coinciden con lo que plantean los autores mencionados, independientemente del acontecimiento relacionado al cuerpo por el que estén atravesando las personas (embarazo, enfermedad, etc.), la perspectiva que adquieren las mismas con respecto al proceso salud-enfermedad-atención trasciende lo esperado dado que las conductas de cuidado van a estar determinadas por creencias y saberes populares transmitidos generacionalmente y las experiencias adquiridas durante dicho proceso.

Un trabajo novedoso realizado por antropólogas en las salas de espera de diferentes policlínicas rurales del departamento de Cerro Largo mediante una metodología disruptiva y abordando temas relacionados a los derechos sexuales y reproductivos, reflejó que las usuarias y usuarios discutían y dialogaban sobre sus problemáticas en torno a salud y otras temáticas, planteaban posibles resoluciones, evidenciaban las carencias y potencialidades de los servicios de salud y daban cuenta de las barreras objetivas y subjetivas vinculadas a la atención en salud y a la calidad de vida. (Rostagnol, Grabino y Mesa, 2010). La experiencia de una de las entrevistadas coincide con el trabajo mencionado dado que en la sala de espera durante el control de embarazo aprovechaba la oportunidad para intercambiar información de cuidados con otras mujeres. Esta experiencia de intercambio en la sala de espera es una instancia enriquecedora para las usuarias y para el equipo de salud. Es una oportunidad de intercambio y adquisición de diferentes conocimientos lo que podría ser productivo para reflexionar, comprender, dar solidez y repensar las diferentes prácticas de cuidados adoptadas por las mujeres embarazadas.

Según las guías en Salud Sexual y Reproductiva elaboradas en Uruguay, los servicios de salud donde se atiende la mujer embarazada deberán garantizar los recursos humanos y materiales necesarios para orientar a la mujeres y su pareja u otros acompañantes en cuanto a sus necesidades, dudas, experiencias y temores. Las recomendaciones están

orientadas a informar sobre: los derechos y responsabilidades de las mujeres, la pareja u otro acompañante; la importancia de adoptar comportamientos preventivos para disminuir complicaciones; la aparición de signos y síntomas por los cuales debe consultar y los cambios fisiológicos/psicológicos que se presentarán durante el proceso de embarazo. Estas instancias se deberían llevar a cabo en las consultas de control de embarazo y en las clases de preparación para la maternidad y paternidad. (Fiol et al., 2014)

Las mujeres de Rincón de Cololó y San Dios no concurrieron a las clases de parto durante su embarazo. Las mujeres mayores argumentaron no haberlo realizado debido a que no brindaban ese servicio de salud antiguamente o que desconocían la existencia del mismo.

Por otro lado, las más jóvenes expresaron no haber concurrido debido a la dificultad en el acceso geográfico y económico (combustible y boletos) por la frecuencia de las clases. Esta idea se adecúa al concepto de accesibilidad de Comes et al. (2006) quien señala que es "...la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población". (p. 202)

Otros relatos dejaron en evidencia motivos relacionados a no tener confianza en la información recibida o contar con conocimiento previo al tema dado que ya habían tenido hijos.

En relación con la alimentación durante el embarazo, no realizaron cambios en la variedad de la ingesta de alimentos. Las mujeres de ambas localidades continuaban con la ingesta de las comidas tradicionales lo que está en sintonía con la investigación de Giraldo et al. (2016), que mostró que las mujeres embarazadas continuaban con su dieta diaria no integrando otros alimentos como las frutas por no ser habitual en su alimentación o por no poder costearlas económicamente.

El uso de infusiones calientes durante el embarazo como uso frecuente o para el tratamiento de algunas enfermedades fue un hallazgo característico en las mujeres de ambas localidades como el mate con cedrón, marcela, cascarita de naranja y limón como uso frecuente y la ingesta de té de menta y manzanilla para el tratamiento del empacho.

Contrariamente a los hábitos de cuidados adoptados por algunas mujeres de nuestra investigación como método para aliviar el malestar, en el estudio de Giraldo, et al., (2016) como ya vimos se rechazaba bebidas, plantas o actividades que implicaran calor al vientre de la madre ya que podría ser dañino para la salud.

Bouton (1961) en su trabajo de la vida rural en Uruguay, destaca el mate de yuyos como medicina rural utilizada el cual se puede preparar con diferentes hierbas como el malvarisco, cepa caballo, zarza parrilla, coronilla del campo, siendo el más usado la marcela principalmente como digestivo para después de comer.

Quedó reflejado que las costumbres o tradiciones rurales en Uruguay que están relacionadas al tratamiento de ciertas enfermedades aún continúan arraizadas en nuestra comunidad rural actual como es el caso de la infusión de diferentes yuyos.

Experiencia con el personal de salud (trato y recomendaciones):

Las usuarias expresaron haberse sentido cómodas y haber recibido un trato amable por parte de los diferentes integrantes del personal de salud.

Sin embargo, relataron que las recomendaciones para el cuidado del embarazo por parte del personal sanitario fueron escuetas mencionando algunos cuidados y en otros casos estuvieron ausentes o no fueron recordados por las entrevistadas.

Algunas mujeres (tanto las mayores como las más jóvenes) expresaron haber recibido recomendaciones para el cuidado del embarazo orientados a estimular la ingesta de agua, evitar la fuerza, el consumo de alcohol, cigarrillos, alimentos con sal, así como también sobre la ingesta de ciertos fármacos.

Según las guías en Salud Sexual y Reproductiva elaboradas en Uruguay, los servicios de salud donde se atiende la mujer embarazada deberán garantizar los recursos humanos y materiales necesarios para orientar a la mujeres y su pareja u otros acompañantes en cuanto a sus necesidades, dudas, experiencias y temores. (Fiol et. al, 2014)

Lo expresado por las entrevistadas respecto a al escaso asesoramiento por parte del equipo de salud puede interpretarse en el caso de las mujeres mayores, como consecuencia del modelo biomédico que prevaleció en los servicios de salud durante muchos años.

Sin embargo, en el caso de las mujeres más jóvenes llama la atención dicha situación, dado que, a partir del año 2008, se pone en práctica el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) la cual a través de la ley 18.211 plantea como uno de sus objetivos el nuevo modelo de atención con un enfoque de promoción a la salud, preventivo e integral. Esto puede analizarse como una brecha que aún persiste entre lo que se define desde las políticas públicas y las prácticas sanitarias efectivas.

Relación con la familia y apoyo:

A raíz de los cambios psicológicos transitados durante los diferentes trimestres del embarazo (Varney, Kriebs, Gegor, 2006) surge la imperiosa necesidad de contar con el apoyo y acompañamiento inquebrantable por parte de diferentes integrantes de la familia con la finalidad de generar un clima de solidez y seguridad para enfrentar la diversidad de emociones que experimentan las mujeres durante el proceso de embarazo. En el caso de la investigación realizada, las mujeres entrevistadas percibían un vínculo significativo con su familia, principalmente por parte de madres, hermanas y esposos o parejas. Las mujeres se refieren a sus familias como un sostén cotidiano durante su embarazo.

10.5 Parto

A diferencia de la investigación de Berrio (2013), donde la atención del parto de las mujeres pertenecientes a las comunidades indígenas de México podría acontecer en el domicilio o en una institución de salud, en esta investigación todas las mujeres que fueron entrevistadas en ambas localidades atendieron su parto dentro de un centro de salud.

No surge de las entrevistas el motivo exacto por el cual decidieron tener su parto en un centro de salud. Sin embargo, en base a los relatos se podría decir que era algo que no se

problematizó. En ningún caso se mencionó la posibilidad de que el parto se desencadenara en el hogar por lo que los cuidados se basaron en los saberes de la medicina científica profesional.

Como mencionaba Barrán (como se citó en Bonino, 2014) y Bonino (2014), el proceso de medicalización generó un valor absoluto y supremo en el saber médico, fenómeno que aún está presente en nuestra sociedad y que se evidenció en esta investigación durante el proceso del parto.

Expectativas:

De las diversas vivencias que imaginaron las entrevistadas con respecto al momento del parto, el dolor fue uno de los escenarios esperados por las mujeres. El dolor es visualizado como una situación que deben atravesar y genera temor, sin embargo, aparece como un evento aceptado durante el proceso del parto.

Brodrick, Costa, Pacheco y Figueiredo (citados en Centenaro, Marin, Da Silva y Golembiewski, 2015) conciben que “El dolor parece ser una de las dimensiones preponderantes en la experiencia de parto, dado que la mayor parte de las mujeres espera llegar a sentir (y de hecho siente) dolor en esa ocasión. (p. 337)

Sin embargo, otros relatos dan cuenta que las mujeres imaginaban el parto como un proceso que implicaba transitarlo sin mayores dificultades. Cabe mencionar que una de las entrevistadas manifestó tener confianza en el equipo de salud en cuanto a que éstos adoptarían un modelo de atención que no le permitirían padecer demasiado dolor.

Una sola entrevistada imaginó su parto como lo hacían “las indias” pertenecientes a pueblos originarios rurales debido a que se identificaba con ellas por vivir en lo rural profundo. Cabe mencionar que esta opción de transitar su parto fue transmitida al profesional médico durante los controles de embarazo quien no cuestionó su decisión.

Vivencias, cuidados y recuerdos:

Tal cual lo plantean Fiol et al. (2014) durante el proceso de parto la mujer debe atravesar por varias etapas. En este arduo proceso están presentes situaciones fisiológicas, psicológicas y sociales las cuales tiene un impacto en la vivencia y memoria de las mujeres.

En este sentido, algunas de las vivencias durante el parto mencionadas fueron: el dolor relacionado a procedimientos médicos realizados como el fórceps; la angustia por complicaciones que se presentaron durante el parto; y, determinadas maniobras realizadas en el cuerpo de la mujer por parte del personal de salud.

Algunas mujeres tenían la ilusión de tener a su bebé por vía vaginal sin embargo diferentes complicaciones obligaron la finalización del parto a través de la cesárea originando sentimientos de preocupación y decepción.

La dificultad en la expulsión de la placenta y la elevación de las cifras tensionales provocó en algunas mujeres situaciones de intranquilidad y preocupación.

La realización de maniobras durante el parto por parte del personal de salud, como ejercer presión sobre el abdomen de la mujer, fue percibida como una violencia física hacia su cuerpo. La práctica que relata la entrevistada podría referirse a la maniobra de Kristeller¹¹, lo que coincide con lo observado en una investigación realizada en Brasil sobre la violencia obstétrica durante el parto y nacimiento en una región rural. Allí se evidencia que la maniobra de Kristeller fue percibida por las púerperas del estudio como un evento de abuso y falta de respeto. (Cruz Da Silva et al., 2018)

Este caso, da cuenta que las diferentes maniobras médicas o de enfermería realizadas durante el parto o parto tal vez no son claramente informadas a las embarazadas lo que puede generar cuestionamientos sobre el accionar del personal sanitario; dado que lo visualizan como un acto injustificado hacia su cuerpo.

¹¹ La maniobra de Kristeller “consiste en hacer presión en el fondo uterino en el período expulsivo, la segunda etapa del trabajo de parto”. Es utilizada para fortalecer las contracciones uterinas débiles del período expulsivo. (Becerra-Chauca, N, Failoc-Rojas, V, 2019)

En menor frecuencia, el parto se visualizó como un evento que se desencadenó en forma rápida y sin complicaciones.

Los recuerdos que afloran en la memoria de las mujeres en la mayoría de los casos se relacionan al sufrimiento prolongado y la realización de diferentes procedimientos médicos que generaron dolor.

En el trabajo de Grabino (2007) el momento del parto es recordado como una experiencia negativa. Entre las palabras que se asocian al parto se destacan el descontrol, susto, miedos, shock, desinformación, sufrimiento, soledad, dolor, dificultades y horrible, siendo varios de estos sentimientos coincidentes con los hallazgos de esta investigación.

Otro recuerdo significativo expresado por una de las mujeres fue el sentimiento de culpa como consecuencia de que durante el trabajo de parto eligió adoptar la posición “en cuclillas como las indias” para pujar durante el trabajo de parto. Si bien esta posición fue aceptada por el personal de salud, no resultó efectiva para el nacimiento del niño, finalizando el proceso en cesárea.

A excepción del caso descrito anteriormente, en general el parto aparece como un elemento externo a las mujeres donde los cuidados están mediados en particular por saberes de la medicina científica profesional, no teniendo mucho margen de decisión sobre cómo parir.

Berrio (2013) refleja la dificultad existente en el sistema de salud en considerar los saberes y prácticas tradicionales de las mujeres. Es decir, cuando una parturienta ingresa debe respetar y adecuarse a la normativa de la institución, así como también a los posibles maltratos o deficiente calidad de atención que pueda recibir.

Cabe destacar que el proceso de parto también da cuenta de otros sentidos, debido a que cuando acontece el primer encuentro con el bebé surgen sentimientos reconfortantes y de alivio ya que, a pesar del sufrimiento, todo salió bien.

Este acontecimiento generó en las mujeres entrevistadas sentimientos de felicidad y emoción a pesar del sufrimiento padecido durante el parto. Es decir, el contacto piel a piel con su hijo trascendió toda situación negativa experimentada.

Apoyo

A través de los relatos recabados, quedó evidenciado que el acompañamiento durante la etapa de parto estuvo dado principalmente por parte de los esposos y las madres de las mujeres entrevistadas. Otros integrantes de la familia como hermanas, suegras y primas se comportaron como lazos de apoyo durante la internación.

Sin embargo, otras mujeres transitaron este período en forma solitaria debido a las responsabilidades laborales del esposo y a la residencia del resto de su familia en otro departamento del país.

En referencia al acompañamiento de las mujeres embarazadas en la sala de parto, se identificó una franca diferencia entre las mujeres mayores y las más jóvenes de ambas localidades.

Las mujeres de generaciones mayores ingresaron a la sala de parto sin la presencia de un familiar debido a que desconocían si podían ser acompañadas, percibían que esta posibilidad no estaba permitida o simplemente no contaban con algún familiar que las acompañe.

Por el contrario, en esta investigación quedó revelado que la mitad de las mujeres de generaciones más jóvenes contaron con el acompañamiento de su esposo u otro familiar en la sala de parto mientras que el resto de este grupo etario transitó el nacimiento de su hijo sin acompañantes.

En el trabajo de Grabino (2007) el parto aparece como un “asunto femenino”. En general, quienes participan de esta instancia son acompañantes femeninas como la madre, hermana, una vecina quedando el hombre invisibilizado en este evento. Para la autora esta modalidad de acompañamiento es más frecuente en los relatos de las mujeres mayores donde se repite el “ritual” de que el hombre espere en casa paterna la noticia del nacimiento.

Berrio (2013) plantea también el cuidado de la parturienta por parte de otras mujeres como suegras y cuñadas: “Las madres no cuidan prioritariamente de sus hijas sino de

sus nueras y esperan que las otras suegras cuiden de sus hijas del mismo modo”. (p. 291)

En el caso de las mujeres más jóvenes el acompañamiento de la pareja u otros familiares en la sala de parto o block quirúrgico podría estar determinado por las políticas sanitarias implementadas en Uruguay como la Ley Nro. 17.386 la cual se refiere al acompañamiento durante el trabajo de parto y nacimiento, lo que favorece el involucramiento del hombre durante parto, acontecimiento que antiguamente estaba ligado en general al cuidado femenino como citan Grabino y Berrio en sus investigaciones.

En conclusión, la mayoría de las mujeres no estuvieron acompañadas durante el parto, inclusive las más jóvenes quienes por la ley anteriormente mencionada tenían ese derecho adquirido. El hecho de que la mujer este acompañada por la persona que ella elija durante tan significativo acontecimiento merece una especial reflexión dado que generalmente genera confianza y tranquilidad durante el proceso repercutiendo en los cuidados de la mujer y el bebé.

10.6 Puerperio

Información recibida por el personal de salud

Como lo plantean Varney et. al (2006) durante el puerperio se transita por varios cambios biológicos.

Este período implica múltiples cuidados para favorecer una óptima y pronta recuperación y disminuir el riesgo de complicaciones en las puérperas. Por tal motivo las recomendaciones por parte del personal de salud previo al alta y durante los controles posteriores de la mujer adquieren un papel fundamental en la etapa del puerperio.

Este estudio evidenció que las recomendaciones recibidas por parte del personal de salud hacia las mujeres estuvieron relacionadas a evitar la fuerza, al control de las características del sangrado, a la importancia y estrategias para realizar la higiene corporal, así como también al cuidado de la herida quirúrgica en caso de que haya transitado por una cesárea.

Por otro lado, según se desprende de los relatos, no se destaca el abordaje en las puérperas mayores y más jóvenes por parte del personal de salud en lo que refiere a recomendaciones de la salud sexual y en la utilización de métodos anticonceptivos.

Como ya se mencionó, el equipo de salud previo al alta debe informar a la puérpera y su entorno sobre los motivos por los cuales debe consultar, realizar educación acerca de la salud sexual y cronograma de consultas puerperales, así como también un brindar espacio de consultas para aclarar dudas e inquietudes. (Fiol. et al., 2014)

En el caso de las generaciones mayores, la dificultad en el asesoramiento durante el puerperio sobre sexualidad y anticoncepción podría estar relacionada al enfoque biomédico que regía en el sistema de salud, el cual no se caracterizaba por desarrollar acciones de promoción a la salud y prevención de enfermedades, como actualmente se desprende de los objetivos de la ley 18.211 del SNIS.

Sin embargo, para el caso de las mujeres de generaciones más jóvenes que ya vienen transitando el nuevo modelo de atención orientado a la promoción y prevención, la dificultad en la información recibida sobre cuidados en la sexualidad y anticoncepción durante el puerperio podría deberse:

- 1) A que nos encontramos en un período de transición entre el modelo biomédico y el actual modelo de atención, donde las instancias de orientación a la salud se encuentran aún algo invisibilizadas.
- 2) O a que las estrategias utilizadas por el personal de salud para brindar información no incorporan suficientemente los elementos sociales, culturales, entre otros, que conforman y determinan la vida cotidiana en la mujer y su familia. En consecuencia, esta situación da lugar a que la información brindada se perciba como no recibida por parte de las usuarias.

En este sentido, como ya se mencionó Giraldo et al. (2016) señalan sobre la importancia de llevar a cabo estrategias de brindar información considerando los conocimientos y experiencias que las usuarias han adquirido a lo largo de toda su vida. Es decir, los profesionales de la salud deben negociar los significados de las gestantes y sus familias.

Como ya mencioné Harwood y Snow (como se citó en Kleiman, 1976), plantean que la comunicación juega un rol importante en el cumplimiento, satisfacción y uso adecuado de los centros de salud principalmente cuando se consideran las influencias culturales durante la atención al paciente. Vale destacar además lo mencionado por Minayo (como se citó en Quadrelli, 2013), desde la visión antropológica surge la necesidad de que el profesional de la salud debería primero escuchar al interlocutor, conocer que siente, piensa y actúa debido a que desde esa óptica interpreta el mundo y pauta su acción.

Vivencias y Recuerdos:

La etapa de puerperio pareciera no haber modificado significativamente la vida cotidiana de las mujeres, tanto las mayores como las más jóvenes, dado que la mayoría presentó una rápida recuperación.

De la misma manera que la mayoría de las mujeres percibieron el embarazo como un evento que no modificó la realización de sus actividades en el trabajo y en sus hogares, en general el puerperio aparece en los relatos como una experiencia que no modificó la vida cotidiana de las mujeres.

Por otro lado, Berrio (2013) observó como la reanudación de las tareas cotidianas durante el puerperio dependía del momento de la vida que se encontraban, la cantidad de hijos previos, la escasa participación de otros familiares en las labores de cuidado y el tamaño de la familia. En general las primigestas o muy jóvenes tenían la posibilidad de dedicarse a sí mismas y al bebé, mientras que las mujeres mayores debían incorporarse a las labores del hogar más pronto.

En el contexto de nuestra investigación, el hecho de tener otros hijos, no contar con otros familiares que ayuden en las tareas domésticas y las responsabilidades laborales del esposo que limitaron la ayuda en el hogar, pueden ser considerados elementos que facilitaron el rápido retorno a las actividades cotidianas, fundamentalmente tareas domésticas y de cuidado. Sin embargo, en algunos casos, cuando las mujeres tenían su pri-

mer hijo, pudieron dedicarse mayor tiempo al cuidado del bebé como observó Berrio en su investigación.

Otra vivencia y recuerdo expresado durante el puerperio fue la preocupación por las características del sangrado lo cual provocó que la usuaria consultara en el centro de salud siendo abordada sus dudas e inquietudes por parte del personal sanitario.

Como expresa Varney et al., (2006) durante el puerperio la mujer atraviesa cambios físicos, fisiológicos y psíquicos, es esperable que surjan preocupaciones y emociones abrumadoras como las expresadas por algunas mujeres en la presente investigación.

Cuidados realizados y creencias

Durante la etapa de puerperio no se evidenciaron prácticas de cuidado que marcaran grandes diferencias entre las generaciones mayores y más jóvenes. En general se destacan cuidados sustentados en saberes populares y saberes populares transmitidos generacionalmente y en menor proporción, aparecen cuidados basados en la medicina científica profesional.

Los cuidados estaban centrados principalmente en la higiene corporal utilizando jabón neutro o de glicerina y agua tibia.

Además, las mujeres a quienes se les practicó cesárea adoptaron cuidados en cuanto al control de la herida operatoria y a la disminución de la fuerza durante las actividades cotidianas en el hogar y en el trabajo.

Por otro lado, como creencia familiar, evitar el lavado de cabeza en la higiene corporal durante los primeros días de la cuarentena se identificó como un cuidado recurrente en ambas localidades rurales. Lavarse la cabeza para algunas mujeres traía como consecuencias complicaciones corporales, como fiebre, interrupción del sangrado, dolor de cabeza y mareos. Además, creían que el sangrado se podía “resumir”¹² a la cabeza, los pechos y a los pulmones, conceptos que estaban arraigados a las creencias y tradiciones

¹² Resumir: significa acumular sangre, lenguaje utilizado por la entrevistada.

familiares. Esta práctica de cuidado mencionada en nuestra investigación se asemeja al trabajo de Berrio (2013) la cual refleja que en una de las comunidades de México como tradición de cuidado durante el puerperio “...únicamente se lava la parte baja del cuerpo de la mujer, ya que, si se baña toda, es decir desde la cabeza hasta los pies, se dice que le entra frío”. (p. 307)

El uso de las toallitas de paño para el sangrado, así como la adopción de faja diseñadas por madres o suegras para colocárselo en el abdomen, fueron prácticas de cuidados mencionadas principalmente por algunas mujeres mayores de Rincón de Cololó. Esta práctica fue identificada también por Berrio (2013) quien relata que las mujeres solían amarrarse un trapo a la cintura para reacomodar el cuerpo.

Relación con la familia y apoyo:

Durante el puerperio las mujeres recibieron amplio apoyo por parte de diferentes integrantes de su círculo familiar más íntimo. Sin embargo, el cuidado estuvo determinado principalmente por parte de las mujeres de la familia como madres y hermanas quienes participaron en la crianza del recién nacido y la adecuada recuperación de la mujer puérpera.

Algo similar acontece en el trabajo de Grabino (2007) donde la práctica de cuidado durante el período de post- parto se efectúa en la casa materna, para facilitar el cuidado del recién nacido y de la madre puérpera. Las mujeres de la familia y/o vecinas, son quienes transmiten las técnicas del “maternaje”.

Por su parte, en Berrio (2013), también son las madres, suegras y la propia mujer quienes mayoritariamente asumen el cuidado durante esta etapa.

En general, entre las mujeres de Rincón de Cololó y San Dios, persiste la mirada de que el puerperio es cosa de mujeres, es decir, quienes tienen la sabiduría del cuidado para la puérpera y el bebé son las mujeres de la familia con un tímido matiz de cuidado por parte de la pareja.

Si bien el esposo aparece como una figura que participó en brindar apoyo a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, se destaca que el principal sostén provino de las integrantes femeninas de la familia debido a que son percibidas como portadoras de experiencias y conocimientos que favorecen el buen transcurso del proceso.

10.7 Alimentación del recién nacido

Recomendaciones recibidas por el personal de salud:

Durante la internación y previo al alta el personal de salud debe promocionar el amamantamiento siguiendo las Normas de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (Fiol et al., 2014)

La OMS y UNICEF (1990) elaboró 10 pasos que favorecen la lactancia materna como parte de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño que comenzó en 1990. Los mismos incluyen: Tener por escrito sobre la lactancia que pone en conocimiento al personal de la maternidad rutinariamente; capacitar al personal de salud para implementar esta política; estimular la lactancia materna en la primera hora después del parto; orientar a las madres como amamantar; no ofrecer a los recién nacidos alimentos o líquidos que no sean leche materna excepto que este indicado por el médico; permitir que las madres y el recién nacido estén las 24 horas juntos; formar grupos de apoyo de lactancia materna para referir a las madres después del alta; no ofrecer chupetes y biberones; fomentar la lactancia exclusiva hasta los 6 meses de vida. En este sentido, todo el equipo de salud que trabaja en una maternidad debe estar capacitado para brindar educación a las usuarias y su familia para promover esta práctica de alimentación.

En las diferentes generaciones de Rincón de Cololó y San Dios, el personal de salud acompañó en menor o mayor medida esta práctica de promoción a la lactancia materna. En general las mujeres de ambas localidades rurales recibieron información referida al tema durante la internación, como por ejemplo la técnica correcta de posición y prendido del bebé a la teta, así como también los tiempos que deben transcurrir entre una lactada y otra.

Además, las mujeres entrevistadas relataron haber recibido por parte del personal sanitario, información sobre cuidados para la madre que favorecían a la producción y descenso de la leche como bañarse en la ducha caliente, e ingerir abundante líquido. También recibieron recomendaciones sobre las acciones para prevenir las lesiones en el pezón.

Vivencia y recuerdos:

La mayoría de las mujeres concebían a la lactancia materna como una forma de proporcionar un alimento favorable para el niño y un factor protector para el desarrollo de enfermedades. Esta concepción coincide con una investigación de Costa Rica en la cual las madres de una comunidad rural consideran a la lactancia materna como una necesidad biológica debido a que nutre al niño protegiéndolo de enfermedades y repercutiendo positivamente en su salud y desarrollo. (Gutiérrez, Marín, 2017)

Frente a este reconocimiento sobre la importancia de la lactancia materna para el niño, tanto en Rincón de Cololó como en San Dios, existieron diversos escenarios que condicionaron esta práctica de alimentación.

En general, las mujeres que participaron de la investigación expresaron que les hubiera gustado alimentar a su hijo mediante pecho materno; sin embargo, reconocen y lamentan que esa práctica se haya visto obstaculizada. De acuerdo a sus percepciones las dificultades estuvieron asociadas en primer lugar, a la baja producción de leche, y luego, a la forma del pezón y/o lesiones en el mismo, lo que generaba complicaciones en el correcto prendido del bebé. La mención en la dificultad en la bajada de leche coincide con uno de los hallazgos presentes en una investigación realizada en una comunidad rural de Chile donde la hipogalactia (baja producción de leche materna) fue uno de los factores más importantes que favorecieron al cese de la leche materna exclusiva. (Pino, López, Medel y Ortega, 2013)

Otra dificultad expresada fue tener hijos mayores, hecho que, sumado a las tareas cotidianas del hogar, influyó considerablemente en el amamantamiento prolongado en el recién nacido.

El amamantamiento no deseado también fue un sentir que condicionó la lactancia materna exclusiva.

En Rincón de Cololó y San Dios, la identificación de esta problemática no se limitó exclusivamente a las madres primerizas donde la falta de experiencia podría ser una de las causas en la dificultad en la lactancia materna, sino que también estuvo presente en mujeres con hijos mayores. Uno de los factores que pudo haber influido en este escenario es la no concurrencia de las mujeres embarazadas a clases de preparación para el parto, instancias donde el personal de salud proporciona estrategias y herramientas para favorecer la lactancia materna desde el embarazo, además de abordar otras temáticas.

Por otra parte, queda planteada la interrogante de si durante la internación post parto previo al alta, la información brindada por el personal de salud fue suficiente y en caso de que sí, si fue comprendida por las mujeres puérperas.

De todos modos, algunas de las mujeres entrevistadas tuvieron experiencias positivas en torno a la lactancia materna, siendo recordada como un evento agradable, reconfortante y en algunos casos, se extendió por un período prolongado.

Cuidados realizados y creencias:

La mayoría de los cuidados adoptados por las mujeres para favorecer la lactancia materna estuvieron profundamente relacionados a los saberes populares transmitidos generacionalmente. Estas prácticas de cuidado involucran la ingesta de líquidos como avena con leche, agua, mate, así como también el uso de paños tibios para favorecer el amamantamiento.

Para el cuidado de pezones lesionados las prácticas de las mujeres estaban dirigidas al uso de diferentes cremas, el lavado con agua tibia y el uso de intermediarios de silicona.

Con respecto a la alimentación del recién nacido, fue recurrente la mención de uso de biberones de leche de vaca con gotitas de limón y maicena, conducta fuertemente arraigada a tradiciones familiares heredadas de sus madres y abuelas. Se mencionó que las

gotitas de limón cortaban la leche y ocasionaba que el niño vomitara, y según las creencias esto favorecía a que el niño engordara.

En algunos casos durante la preparación del alimento del niño se utilizaba un trozo de loza para hervir la leche con la finalidad de quitar los microbios mientras se hervía el alimento.

Es interesante mencionar la experiencia y el cuidado llevado a cabo por una de las entrevistadas que percibió no tener suficiente leche para amamantar y decidió alimentar a su hijo mediante el pecho materno de su compañera de habitación durante la internación.

En la investigación realizada en Uruguay por Brena (2015), se refleja que “El acto de compartir los alimentos, históricamente, ha incluido la leche materna, práctica mantenida por las mujeres de origen africano desde la época colonial (a través de la figura de las nodrizas o amas de leche) hasta la actualidad”. (p. 25) Dicha autora menciona que las categorías clasificatorias utilizadas por los afrouruguayos denotan que dicha práctica de amamantamiento genera relaciones de parentesco y la costumbre de dar y recibir hijos de crianza en forma temporal o permanente basada en acuerdos “de palabra”.

Al mismo tiempo, Berrio (2013) observó que cuando una mujer no puede amantar a su hijo recurre a la leche de fórmula o a la alimentación de pecho compartido por alguien más de la comunidad que este amamantado.

Por otro lado, Alende Prates et al. (2019) afirman que “El amamantamiento es una práctica de cuidado impuesta y cobrada a la mujer por los profesionales de la salud” (pp. 13-14). Este discurso es percibido por la mujer como una obligación y en caso de que no se pueda lograr (cuando no se desea o no se logra amamantar), emerge en su imaginario el sentimiento de culpa cuando ella no desea o no logra amamantar. Los autores concluyen que el amamantamiento debe ser repensado y visto una de las tantas posibilidades en la vida de la mujer y no como algo único y obligatorio.

En nuestra investigación, esta práctica puede ser analizada de la siguiente manera:

1) En Berrio (2013) y Brena (2015), la práctica de compartir el amamantamiento, entre otros motivos se traduce como un apoyo temporal. En nuestra investigación también se podría pensar como un cuidado alternativo hacia el niño frente a la dificultad de no poder ser alimentado por su propia mamá.

2) Acordando con Alende Prates (2019), esta práctica es interpretada como una estrategia en la cual el sentimiento de impotencia experimentado ante la dificultad del amamantamiento fue superado a través de la solidaridad de otra mujer puérpera, conducta que se oculta frente a las imposiciones del personal de salud.

La experiencia de amamantamiento compartido relatada por una de las mujeres entrevistadas deja planteada la interrogante sobre en qué medida el personal de salud promueve un espacio de diálogo libre de prejuicios, donde las usuarias expresen sus dudas e inquietudes en relación al cuidado.

En los relatos surgió que -de acuerdo a las creencias familiares- surge que para el tratamiento del “dolor de panza” del niño, los cuidados incluyeron el uso del té de manzanilla, menta y anís estrellado.

Otras prácticas de cuidado orientadas al bebé se focalizaron en el uso de ombligüero para disminuir el riesgo de la aparición de la hernia umbilical y a adoptar conductas para el tratamiento del hipo como el uso de una lanita roja. Estas prácticas fuertemente arraigadas a las creencias y tradiciones familiares también fueron encontradas en Alende Prates et al. (2019) donde a pesar de las recomendaciones brindadas por el equipo de salud, las mujeres continuaban adoptando prácticas de cuidados para su bebé basados en saberes populares, transmitidos por sus madres y sus abuelas como la ingesta de té y el uso del ombligüero.

En diferentes trabajos mencionados al igual que en nuestra investigación, se puede observar una conjunción de saberes, es decir, las madres recurren a diferentes estrategias para la alimentación y cuidados del bebé.

Este modo de percibir, entender y actuar de las mujeres y de su familia, debería ser respetado por el equipo de salud, considerando la diversidad de experiencias y formas de resolver escenarios que se relacionan con el cuidado del recién nacido.

Relación con la familia y apoyo

Gutiérrez y Marín (2017) plantean que “el entorno familiar se constituye en el espacio donde reciben el mayor apoyo para llevar a cabo exitosamente el proceso de la lactancia materna”. (p. 18) El principal apoyo que tuvieron las mujeres durante la alimentación del recién nacido provino de su entorno familiar, más precisamente por parte de sus madres quienes a través de sus saberes y creencias influyeron ampliamente en las prácticas de cuidado hacia el bebé. Cabe agregar, que este vínculo se hizo más robusto en aquellas experiencias marcadas por momentos de estrés para la mujer durante el amamantamiento.

A partir de los hallazgos de esta investigación, es posible afirmar que, durante el proceso de crianza y alimentación del recién nacido, independientemente de la consejería brindada por el personal sanitario, la familia, más específicamente las mujeres, poseen un rol fundamental en la toma de decisiones en cuanto a las estrategias de prácticas de cuidado, las cuales generalmente están íntimamente ligados a las experiencias y creencias familiares.

11. CONCLUSIONES

Esta investigación tuvo el propósito de analizar las prácticas de cuidado durante el embarazo, parto y puerperio de las mujeres rurales residentes en Rincón de Cololó y San Dios, localidades del departamento de Soriano, Uruguay.

Se desarrolló un estudio de tipo cualitativo, analítico, mediante la realización de entrevistas en profundidad y observación participante en diferentes instancias comunitarias. El trabajo de campo permitió aproximarse a la experiencia de nueve mujeres residiendo en Rincón de Cololó y San Dios, respecto a sus procesos de embarazo, parto y puerperio y las prácticas de cuidado asociadas.

En las instancias de entrevistas en profundidad se indagó en los siguientes ejes temáticos: Percepción de la localidad donde vive, Familia, Embarazo, Parto, Puerperio y Alimentación del recién nacido.

En relación a los sentidos en torno al *embarazo*, las mujeres mayores de Rincón de Cololó y la mayoría de las mujeres de San Dios, expresaron que su embarazo fue vivenciado como “algo natural”, un proceso de la vida que no alteró su vida cotidiana. El trabajo rural por sus características, junto a la responsabilidad que asumen en este contexto las mujeres en el hogar, fueron factores que dificultaron la reducción de la carga laboral.

Sin embargo, las mujeres más jóvenes de Rincón de Cololó, concibieron su embarazo como un evento que marcó una diferencia en sus vidas, modificando sus actividades en el hogar y en el trabajo.

Los cuidados durante el embarazo de las mujeres mayores de Rincón de Cololó y la mayoría de las mujeres de San Dios estuvieron determinados principalmente por saberes populares y saberes populares transmitidos generacionalmente. Dentro de este conjunto de cuidados se mencionó la disminución de la fuerza, el cuidado en adoptar ciertas posturas, evitar andar en moto o en bicicleta, la ingesta de té de manzanilla y menta cuando estaban empachadas, así como también evitar coser debido a que ponía en riesgo la salud del bebé. Sin embargo, las tareas domésticas y el trabajo no se dejaron de realizar.

En el caso de las mujeres más jóvenes de Rincón de Cololó si bien sus cuidados se basaron principalmente en saberes de la medicina científica profesional, presentaron similitudes con el resto de las mujeres entrevistadas, por ejemplo, disminuir o evitar acciones que requirieran fuerza y la precaución de realizar movimientos bruscos tanto en el hogar como en el trabajo.

Con respecto a la alimentación, las mujeres no realizaron cambios significativos en sus hábitos alimenticios.

Los controles de embarazo en el centro de salud que en esta investigación fueron entendidos como cuidado fueron menos frecuentes en las mujeres mayores de Rincón de Cololó y San Dios. Ello estuvo determinado por dificultades en la accesibilidad geográfica como consecuencia principalmente de tres factores: a) la presencia de caminos intransitables y crecidas de arroyos en épocas de abundantes precipitaciones, b) la precariedad del vehículo con que contaban, c) la dificultad de transporte para trasladarse (no contaban con vehículo propio o no estaba disponible transporte público). Sumado a esto, en la experiencia de algunas mujeres de San Dios el hecho de que el embarazo transcurriera sin mayores dificultades fue un motivo para postergar el control prenatal.

Por el contrario, la mayoría de las mujeres jóvenes de ambas localidades realizaron controles de embarazo en forma regular debido a la importancia que atribuían a los controles y a que contaban con vehículo para el traslado.

La concurrencia a las clases de parto no fue un cuidado adoptado por ninguna de las mujeres de ambas localidades. En el caso de las mujeres mayores se debió a que desconocían su existencia, o a que antiguamente no se contaba con ese servicio. En el caso de las mujeres más jóvenes, a la dificultad en el acceso geográfico y económico. Si bien las mujeres expresaron haberse sentido cómodas con el personal de salud durante los controles de embarazo, percibieron haber recibido escasa información por parte del equipo sanitario sobre los cuidados durante dicha etapa. Esto podría deberse a que durante mucho tiempo el sistema de salud jerarquizó el modelo biomédico, o a que no se implementó efectivamente el nuevo modelo de atención orientado a la promoción y prevención.

El apoyo familiar estuvo presente durante el embarazo en las experiencias de las mujeres que participaron de la investigación, destacándose el apoyo de las madres y hermanas en la transmisión de conocimientos y experiencias.

Los partos de las mujeres rurales de ambas localidades fueron institucionalizados, es decir, se desencadenaron dentro de un centro de salud. Si bien el dolor fue una instancia imaginada y esperada durante el proceso del parto, este evento es recordado con mucha angustia por las mujeres. Los diferentes procedimientos médicos realizados se significaron como un acto de violencia hacia su cuerpo. Puede plantearse la hipótesis de que el personal de salud no informó claramente a las usuarias de estos procedimientos médicos, generando sentimientos negativos sobre el accionar del equipo sanitario.

Solo una de las entrevistadas, programó su parto en conjunto con su ginecóloga. A pesar de que no pudo llevarse a cabo por complicaciones ocurridas durante el proceso, resulta una experiencia significativa dado que tuvo la oportunidad de tomar una decisión sobre su cuerpo y el tipo del parto deseado.

A pesar de los sentimientos de angustia y dolor que vivenciaron las mujeres durante el momento del parto, la alegría y la emoción emergió en el primer encuentro con su bebé. Las parejas y madres de las mujeres son los integrantes de la familia que en general estuvieron presentes durante la etapa de parto. Cabe destacar que dos de las mujeres de la franja más joven fueron las únicas que contaron con acompañamiento en la sala de parto o block quirúrgico.

El puerperio, en general, fue vivenciado como una etapa que no modificó la vida cotidiana de las mujeres, la mayoría retomaron sus tareas laborales y domésticas sin mayores dificultades. Sin embargo, se identificó que algunas mujeres primigestas pudieron gozar de un reposo más prolongado y dedicarse mayormente a su bebé, en comparación a las mujeres con hijos mayores o que no contaban con algún familiar que colaborara en el hogar, lo que propiciaba el reintegro a las tareas en forma precoz.

Con respecto a los cuidados durante el puerperio si bien se evidenció que las mujeres adoptaron algunos cuidados recomendados por el personal de salud, el saber popular y el saber transmitido generacionalmente por las madres y abuelas ocupó un lugar privilegiado en esta etapa del proceso.

Los cuidados en el puerperio se basaron en general, en la higiene corporal evitando lavarse la cabeza durante el baño, cuidados de la herida operatoria en caso de haber transitado por una cesárea, disminución de la fuerza durante las actividades en el hogar y en el trabajo y el uso de una faja a nivel del abdomen diseñado por las madres o suegras (en el caso de las mujeres del tramo etario mayor).

Las recomendaciones por parte del personal de salud estuvieron enfocadas a evitar la fuerza, controlar las características del sangrado, la higiene corporal y cuidados de la herida operatoria en caso de haber transitado por una cesárea.

No se destacaron recomendaciones por parte del personal de salud referidas a los cuidados de la salud sexual y reproductiva, previo al alta. En el caso de las mujeres mayores esta situación podría estar relacionada al modelo de atención biomédico que prevaleció durante muchos años mientras que en las generaciones más jóvenes podría estar relacionado a la dificultad de llevar a cabo el modelo enfocado en la promoción a la salud y prevención de enfermedades, o a las estrategias utilizadas por el personal de salud para brindar información.

El puerperio se visualiza como un asunto de mujeres, es decir se destaca el apoyo de madres, abuelas y hermanas, quedando la figura del varón-padre algo invisibilizada en esta etapa. En este sentido, la mirada que tienen las entrevistadas sobre el puerperio define a otras mujeres de la familia, sus experiencias y saberes, como eje central en el cuidado de la puérpera y el recién nacido.

En referencia a *la alimentación del recién nacido*, si bien las mujeres rurales de ambas localidades expresaron haber recibido información por parte del personal de salud con el objetivo de promover la lactancia materna, los cuidados se basaron especialmente en saberes populares transmitidos generacionalmente, concebidos como verdades confiables por parte de las mujeres.

Las prácticas de cuidado para favorecer la lactancia materna adoptada por las mujeres rurales se centraron en la ingesta de avena con leche, agua, mate, así como la aplicación de paños tibios a nivel de las mamas.

En relación al cuidado del pezón lesionado surgió el uso de cremas, lavado con agua tibia y el uso de intermediario al momento de la alimentación del niño.

Como alimentación recurrente que se le brindó al bebé fue la leche de vaca con gotitas de limón y cuando el niño padecía “dolor de panza” se le proporcionaba al niño té de manzanilla, menta y anís estrellado.

La alimentación compartida también fue una estrategia de cuidado de una entrevistada, frente a la dificultad de alimentar a al bebé.

Otra práctica de cuidado orientada hacia el bebé fue el uso de ombligüero como método para prevenir la hernia umbilical y el uso de una lanita roja para el tratamiento del hipo. Las mujeres entrevistadas recordaron que el equipo de salud brindó información en relación a la correcta posición del bebé, tiempo entre una lactada y otra, la importancia de ingerir abundante líquido, realizar un baño caliente para estimular la producción y descenso de la leche, así como también cuidados para evitar lesiones del pezón. Sin embargo, situaciones relatadas por las mujeres como las relacionadas a la dificultad del descenso de leche, a la formación y lesiones del pezón, el padecimiento de mastitis y experiencia no deseada, obstaculizaron la posibilidad de lograr una lactancia materna eficaz. Queda planteada la interrogante de si la falta de oportunidades de participación en clases de preparación para el parto fue una barrera para contar con herramientas en relación a la lactancia. También, si el lenguaje o la estrategia utilizada por el personal de salud para transmitir la información previo al alta, fue la más adecuada o lo suficientemente clara.

Se evidencia la solidez en los vínculos de las mujeres entrevistadas con sus familias para la alimentación y el cuidado del bebé destacándose el rol de las madres quienes a través de sus saberes y creencias brindaron diversas recomendaciones en esta etapa.

La investigación realizada permite concluir que entre las mujeres residentes en las localidades rurales de Rincón de Cololó y San Dios las prácticas de cuidado durante el embarazo, parto y puerperio resultan de una conjunción entre saberes de la medicina científica profesional (provenientes de las instancias asistenciales donde el personal de salud orienta y realiza actividades de promoción) y saberes populares (recuperados por las mujeres o provenientes de actores comunitarios) como saberes populares transmitidos generacionalmente (provenientes principalmente de las tradiciones o creencias familiares). La forma en que se articulan estos saberes y el peso que cobra

cada uno de ellos, es diferente de acuerdo a cada etapa del proceso que se transita (embarazo, parto o puerperio). Por otro lado, dicha articulación debe pensarse como una relación dinámica, en diálogo con un conjunto de elementos materiales y simbólicos que la investigación permitió explorar:

1. La accesibilidad geográfica y económica.
2. Las experiencias previas en las tres etapas del proceso.
3. La percepción de las actuaciones y estrategias del personal de salud.
4. El apoyo familiar.
5. El significado otorgado a las creencias y tradiciones familiares.

De la investigación realizada se desprenden dos posibles líneas de trabajo en relación al cuidado del embarazo, parto y puerperio de las mujeres rurales.

Por un lado, la realización por parte de los equipos de salud de actividades de sensibilización y formación, con el objetivo de promover prácticas de cuidado entre aquellas mujeres que, por vivir en el medio rural, pueden tener menos acceso a los centros de salud durante sus procesos de embarazo y puerperio. Dichas actividades podrían incluir, además, a las redes de apoyo (madres, hermanas, vecinas), que como la investigación evidenció, son figuras significativas en la etapa de puerperio. El fortalecimiento de estas redes femeninas (no solo brindándoles información, sino también rescatando sus experiencias y saberes transmitidos generacionalmente) redundaría en una mejora en las prácticas de cuidado.

Por otro lado, la investigación coloca el desafío de incorporar en las instancias de asesoramiento y consulta durante los procesos de embarazo, parto y puerperio, la dimensión socio-cultural; las creencias, experiencias de vida y las barreras que genera la accesibilidad (geográfica y económica) de las mujeres que viven en el medio rural con la finalidad de promover desde los equipos de salud un cuidado integral.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguarón, G. (2010). Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Cambios en la madre durante el puerperio. Lactancia materna. Recuperado el 13/01/2019 de http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2009-2010/sesion20100428_1.pdf
- Alende Prates, L., Oliveira, G., Wilhelm, L., Cremonese, L., Carbonel, C., y Ressel, L. (2019). Vem passando de geração para geração: as práticas de cuidados de mulheres quilombolas. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 9(40), 1-22. Recuperado de <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/33450/pdf>
- Basso, J. (27/02/2018). Mortalidad infantil está en su mínimo histórico. *El País*. Recuperado de <https://www.elpais.com.uy/informacion/mortalidad-infantil-minimo-historico.html>
- Batthyány, K., Perrota, V., y Sacavino, S. (2018). *El trabajo remunerado de las mujeres madres a lo largo de tres generaciones. ¿Un camino hacia la igualdad de género?*. Recuperado de https://www.academia.edu/38919476/El_trabajo_remunerado_de_las_mujeres_madres_a_lo_largo_de_tres_generaciones_un_camino_hacia_la_igualdad_de_g%C3%A9nero
- Becerra, N, Failoc, V. 2019. 45(2). Maniobra Kristeller, consecuencias físicas y éticas según sus protagonistas. *Revista cubana de obstetricia ginecología* 45(2). Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v45n2/1561-3062-gin-45-02-e331.pdf>
- Berrio, L. (2013). *Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero* (Tesis de doctoral). Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/TESIS/1_D153.pdf
- Bouton, R. (1961). Comida, bebidas y vicios. En R. Bouton, *La vida rural en el Uruguay* (pp. 101-120). Montevideo: Monteverde y CIA S.A.

- Bouton, R. (1961). Bailes y canciones. En R. Bouton, *La vida rural en el Uruguay* (pp. 373-424). Montevideo: Monteverde y CIA S.A.
- Bonino, E. (2014). *La salud que todo lo contempla: Medicalización de la sociedad, ¿necesidad o imposición?* (monografía de grado). Recuperado de https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9813/1/TTS_BoninoSandeElizabeth.pdf
- Brena, V. (2015). *Saberes y sabores. Prácticas y representaciones culinarias de la población afrouriaguaya* (Tesis de maestría). Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9293/1/Brena%2C%20Valentina.pdf>
- Cabella, W. (2007). *El cambio familiar en Uruguay: una breve reseña de las tendencias recientes*. Montevideo: Trilce. Recuperado de http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/369/126_Cabella_2007_El%20cambio%20familiar%20en%20Uruguay%20breve%20reseña%20de%20las%20tendencias%20recientes.pdf?sequence=1
- Casique, I. (2003). Trabajo femenino, empoderamiento y bienestar de la familia. En Universidad de la República, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Nuevas formas de familias perspectivas nacionales e internacionales* (pp. 271-299). Montevideo. Recuperado de http://files.unicef.org/uruguay/spanish/libro_familia.pdf
- Centenaro, D., Marin, H., Da Silva, C. y Golembiewski, M. (2015). ¡Llegó la hora! Expectativas y experiencias de parto de adolescentes embarazadas. *Revista de Psicología*, 33(2), 333-361. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v33n2/a04v33n2.pdf>
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S. y Vázquez, A., Stolkiner, A. (2006). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones*, XIV, pp. 201-209. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943019.pdf>
- Cruz Da Silva, M., Feijó, B., Sousa, F., Farias, F., Santiago, I., De Oliveira, G., Silva, S. (2018). Parto e nascimento na região rural: a violência obstétrica. *Revista de*

enfermagem, 12(9), 2407-2417. Recuperado de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234440/29934>

- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Gilstrap, L. y Wenstrong, K. D. (s.d.) Puerperio. En F. Cunningham., K. Leveno, S. Bloom, , J. Hauth, L. Gilstrap, y K. Wenstrong, *Obstetricia de Williams (695-710)*. México, México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Ecured. (2015). Departamento Soriano (Uruguay). Recuperado el 17/01/2019 de [https://www.ecured.cu/Departamento_Soriano_\(Uruguay\)#Desarrollo_econ.C3.B3mico](https://www.ecured.cu/Departamento_Soriano_(Uruguay)#Desarrollo_econ.C3.B3mico)
- Evia, V. (2015). Los procesos de salud-enfermedad-atención desde la perspectiva de los usuarios de una policlínica del primer nivel de atención en Montevideo, Uruguay: Análisis de trayectos terapéuticos. *Salud Colectiva*, 11(4), 537-552. Recuperado de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/794>
- Estrada, A. (2012). La actitud del individuo y su interacción con la sociedad. Entrevista con la Dra. María Teresa Esquivias. *Revista Digital Universitaria*, 13(7). Recuperado de <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num7/art75/art75.pdf>
- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y Andes. (s.d.) *La salud reproductiva*. Recuperado de <http://biblio.flacsoandes.edu.ec/catalog/resGet.php?resId=19984>
- Facultad de Ciencias Sociales (2015). Cambios productivos y sociedad rural en el siglo XXI. Pro Eva Universidad de la República. Montevideo. Recuperado de https://eva.udelar.edu.uy/pluginfile.php/472962/mod_resource/content/1/Clase%203.pdf
- Family Care International (FCI). Bolivia y Fundación Interarts. (2008). *Derechos culturales en la salud sexual y reproductiva. Con énfasis especial en Bolivia*. Recuperado de http://www.culturalrights.net/descargas/drets_culturals253.pdf
- Fiol V, Putti F, Gorgoroso M, Pons C. y Aguirre R. (2014). Orientación para la mujer embarazada. En V. Fiol, M. Gorgoroso, C. Pons y R. Aguirre, *Guías en salud sexual y reproductiva: Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio* (pp. 23- 26). Montevideo.
- Fiol V, Putti F, Gorgoroso M, Pons C. y Aguirre R. (2014). Atención durante el embarazo. En V. Fiol, M. Gorgoroso, C. Pons y R. Aguirre, *Guías en salud sexual*

y reproductiva: *Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio* (pp. 27- 67). Montevideo.

Fiol V, Putti F, Gorgoroso M, Pons C. y Aguirre R. (2014). Atención durante el trabajo de parto y parto. En V. Fiol, M. Gorgoroso, C. Pons y R. Aguirre, *Guías en salud sexual y reproductiva: Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio* (pp. 69- 98). Montevideo.

Fiol V, Putti F, Gorgoroso M, Pons C. y Aguirre R. (2014). Asistencia del puerperio. En V. Fiol, M. Gorgoroso, C. Pons y R. Aguirre, *Guías en salud sexual y reproductiva: Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio* (pp. 99- 107). Montevideo.

García, B y De Oliveira, O. (1994). El significado del trabajo femenino en sectores medios y populares medios urbanos. En *Ttrabajo femenino y vida familiar en México*, B. García y O. De Oliveira, (99-149). México, México: El Colegio de México. Recuperado de <http://www.cervantesvirtual.com/obra/trabajo-femenino-y-vida-familiar-en-mexico-888945/>

Gil Lacruz, M., Izquierdo, A. y Martín, P. (2008). La participación de las mujeres en el desarrollo rural y el bienestar social. *Persona*, (11), 129-142. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147117608008>

Giraldo, V., Muñoz, C., Buitrago, M. y Abadía, C. (2016). Interacciones entre el cuidado doméstico y hospitalario durante la gestación y el puerperio entre mujeres que viven en condiciones socioeconómicas adversas que asisten a una clínica de maternidad en Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 44(3), 222–227. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472016000300007

González P, Jaso M, Domenech D. (2015). *Reperfilamiento de los equipos de salud rural en base a la estrategia de Atención Primaria de Salud*. Recuperado de http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/REPERFILAMIENTO%20DE%20LOS%20EQUIPOS%20DE%20SALUD%20RURAL.pdf

Grabino, V. (2007). *Identidades de género “en juego”: Itinerarios de salud sexual y reproductiva en una población del medio rural uruguayo*. “Taller II Antropología Social, Licenciatura en Ciencias Antropológicas (Tesina de

Grado)”. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República, Montevideo.

- Grabino, V. (2010). “Cada cual atiende lo suyo”: una mirada al campo de la organización social del cuidado en Uruguay. *Prácticas de oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales*, 6, 1-14. Recuperado de <https://www.ides.org.ar/node/2984>
- Guber, R. (2004). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Editorial Paidós SAICF.
- Guber, R. (2001). *La Etnografía. Método, campo y la reflexividad*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Gutiérrez, Y. y Marín, L. (2017). Significado de lactancia materna y leche materna para las madres de una comunidad urbana y otra rural de Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(1), 241-264. Recuperado de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v15n1/1659-0201-psm-15-01-00241.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. (2011). *Censo 2011*. Recuperado de <http://ine.gub.uy/web/guest/censos-2011>
- Instituto Nacional de Estadística. (2011). *Censo 2011* Recuperado de <http://www5.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/soriano.html>
- Kleinman, A. (1976). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, 12, 85-93. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0160798778900145>
- Landini, F., González, V., Bianqui, V., Logiovine, S., Vázquez, J., Viudes, S. (2015). Accesibilidad en el ámbito de la salud materna de mujeres rurales de tres localidades del norte argentino. *Saúde Soc. São Paulo*, 24(4), 1151-1163. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000401151
- López, A y Carril, E. (2010). Aborto voluntario y subjetividad en contextos de penalización. Efectos y significados en mujeres, varones y profesionales de la salud. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(2), 1 - 32. Recuperado de <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/40/>
- Lustemberg, C. (2015). Uruguay tiene la menor tasa de mortalidad materna y es

- tercero en cuanto a la infantil. Montevideo: Uruguay Presidencia. Recuperado de <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/uruguay-indicador-mortalidad-materna-infantil-america-latina-lustemberg-msp>
- Marín, D., Bullones, M., Carmona, J., Monge, I., Carretero, M., Moreno, M., Peñacoba, C. (2008). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. *Nure Investigación* (37). Recuperado de <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/422>
- Martínez Hernández, A. (2007). Cultura, enfermedad y conocimiento médico. Bilbao, País Vasco: OSALDE. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/236209034_Cultura_enfermedad_y_conocimiento_medico
- Mazarrasa, L, Gil, S. (s.d.). *Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado de https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf
- Melguizo, E. y Alzate,, M. (2008). Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Avances en Enfermería*, 26(1), 112-123. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12891/13649>
- Minayo, M. C. (1995). La etapa del análisis en los estudios cualitativos. En M. C. Minayo, El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud (pp. 165-207). Buenos Aires, Argentina: Lugar. Recuperado de: http://www.psicol.unam.mx/Investigacion2/pdf/239_270.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2019). *Presentación sobre natalidad, fecundidad y mortalidad infantil en Uruguay 2018*. Recuperado en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/presentacion-sobre-natalidad-fecundidad-y-mortalidad-infantil-en-uruguay>
- Ministerio de Salud Pública. (2006). Ley 17386. *Acompañamiento de la mujer durante el parto, parto y nacimiento*. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17386-2001>
- Ministerio de Salud Pública. (2007). Ley 18211. *Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Recuperado de

<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/86022/96727/F565346650/URY86022.pdf>

Oficina de Planeamiento y Presupuesto. (2016). *Diagnóstico prospectivo en brechas de género y su impacto en el desarrollo. Tendencias demográficas de la población uruguaya*. Recuperado de

https://www.opp.gub.uy/sites/default/files/inline-files/Genero_demografia.pdf

Orellana, M. (2015). *Maternidad y ruralidad. Experiencia de ser madres en un sector rural* (Tesis de pregrado). Recuperado de:

<http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/1416/1/Orellana%20Almarza%2C%20Maria%20Jesus.pdf>.

Organización Mundial de la Salud. (2007). Mortalidad materna. Recuperado de

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (s.d.). *¿Qué significa ser mujer rural?* Recuperado de

<http://www.fao.org/docrep/pdf/009/ah492s/ah492s01.pdf>

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (1998).

Población y salud reproductiva. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/19099/doc224.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (s.d.). *Los hospitales amigos del niño facilitan la lactancia materna*. Recuperado de

https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=197:los-hospitales-amigos-nino-facilitan-lactancia-materna&Itemid=227

Pellegrino, A. (2008). La población y el crecimiento. En C. Varela Petito (Coord.), *Demografía de una sociedad en transición. La población uruguaya a inicios del siglo XXI* (pp. 13-16). Montevideo, Uruguay: Trilce. Recuperado de

http://repositorio.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/370/128_Varela%20Petito_2008_Demografia%20de%20una%20soc%20en%20transicion_ProgPoblacion.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Pérez Porto, J. y Gardey, A. (2010). *Definición de cuidado*. Recuperado de <http://definicion.de/cuidado/>
- Pérez Porto, J. y Merino, M. (2014). *Definición de tasa de fecundidad*. Recuperado de <https://definicion.de/tasa-de-fecundidad/>
- Pino, J., López, M., Medel, A., y Ortega, A. (2013). Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. *Revista chilena de nutrición*, 40(1), 48-54. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v40n1/art08.pdf>
- Pozzio, M. (2011). *Madres, mujeres y amantes: usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas de salud*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Quadrelli, A. (2013). La enseñanza de humanidades en medicina: reflexiones a partir de una mirada antropológica. *Páginas de Educación*, 6(1), 127-137. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-74682013000100007&lng=es&tlng=es
- Rabanaque, G. (s.d). *Mujer rural, salud y calidad de vida*. Mujeres en red. Recuperado de <https://www.nodo50.org/mujeresred/rural-ruralia-salud.html>
- Restrepo, E. (2018). *Etnografía, Alcances, técnicas y éticas*. Recuperado de <file:///C:/Users/59891/Downloads/Etnografia-Restrepo.pdf>
- Romero, C. (27/02/2018). Mortalidad infantil está en su mínimo histórico. *El País*. Recuperado de <https://www.elpais.com.uy/informacion/mortalidad-infantil-minimo-historico.html>
- Rostagnol, S., Grabino, V. y Mesa, S. (2010). *En la sala de espera: una metodología disruptiva en el trabajo en derechos sexuales y reproductivos*. Publicaciones de extensión, 1, pp. 70-81. Recuperado de <https://www.extension.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2017/11/Extension-en-Obra.pdf>
- Tabakián, G. (2016). *Etnobotánica de plantas medicinales en el departamento de Tacuarembó, Uruguay* (Tesis de maestría). Universidad de la República Uruguay, Montevideo.
- Topolanski, R, Burgos, J. (1987). Interrogatorio. En R. Topolansky, *Semiología obstetrica y neonatal*. (pp. 19-33). Montevideo, Uruguay.

- Ubilla, C. (2017). *Accesibilidad y conectividad geográfica en áreas rurales*. Caso de la comuna de María Pinto, Chile. *Papeles de Geografía*, (63), pp. 195-209. Recuperado de <https://doi.org/10.6018/geografia/2017/299271>
- Ucha, F. (20/10/2008). *Embarazo*. Recuperado de <http://www.definicionabc.com/salud/embarazo.php>
- Umpiérrez, G. (2012). *Accesibilidad simbólica: Barreras psicosocioculturales en la accesibilidad de la población adulta en los servicios del Primer Nivel de Atención, en la zona de influencia del Programa APEX-Cerro*. (Tesis de Maestría). Universidad de la República, Montevideo.
- Varney, H, Kriebs, J, Gegor, C. (2006). Atención del embarazo antes del parto. En H. Varney, J. Kriebs y J. Gegor., *Partería profesional de Varney* (575-601). Washington, Estados Unidos: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Varney, H, Kriebs, J, Gegor, C. (2006). Puerperio normal. En H. Varney, J. Kriebs y J. Gegor., *Partería profesional de Varney* (1101-1127). Washington, Estados Unidos: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Varney, H, Kriebs, J, Gegor, C. (2006). Base de datos del embarazo normal: adaptaciones de la madre, crecimiento y desarrollo del embrión, el feto y la placenta. En H. Varney, J. Kriebs y J. Gegor., *Partería profesional de Varney* (575-601). Washington, Estados Unidos: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Varney, H, Kriebs, J, Gegor, C. (2006). *Tercer período normal del trabajo de parto*. Mc Graw-Hill Interamericana, Partería Profesional de Varney (pp. 943-949).
- Vitelli, R. 2003. Las mujeres rurales y el mundo del trabajo. En R. Vitelli, *La situación de las mujeres rurales en Uruguay* (p. 48). Montevideo, Uruguay. Recuperado de http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/416/356_Vitelli_2003_La%20situación%20de%20las%20mujeres%20rurales%20en%20Uruguay..pdf?sequence=1&isAllow/ed=y

13. ANEXOS
ANEXO N°1
PAUTA DE LA ENTREVISTA

La pauta de la entrevista se elaboró a partir de los ejes temáticos significativos para los objetivos de la investigación que se listan a continuación:

Percepción de la localidad donde vive (vivencia, ventajas y desventajas de vivir en el área rural, relacionamiento con la comunidad)

- ¿Cuánto hace que vive en este lugar?
- ¿Cómo se siente viviendo en este lugar?
- ¿Cuénteme cómo es un día en su vida?

Familia (relación con la familia, rol que cumple la mujer dentro de la familia)

- ¿Qué edad tiene?
- ¿Cómo está compuesta su familia?
- ¿Con quiénes vive?
- ¿Tiene pareja?
- ¿Cuántos hijos tiene?
- ¿De cuántos de ellos transcurrió el embarazo, parto y puerperio?
- ¿Cómo se siente con su familia?
- Para usted ¿Cuál es el rol que entiende ocupa dentro de su familia?

Embarazo (noticia del embarazo, vivencias, recuerdos, cuidados realizados y creencias, experiencia con el personal de salud (trato y recomendaciones), relación con la familia y apoyo)

- ¿Cómo vivió la noticia de su embarazo?
- ¿Qué cosas cambiaron en usted?
- ¿Por quiénes se sintió acompañada?
- ¿Cómo era la relación con su familia en ese momento?
- ¿Cómo cuidó su embarazo?

¿Controló su embarazo en algún servicio de salud?

En caso de que haya controlado su embarazo en un servicio de salud ¿Cómo fue su experiencia con el equipo de salud?

¿Qué información recibió sobre los diferentes cuidados por parte del personal de salud?

Además de los cuidados indicados por el personal de salud ¿Adoptó otro tipo de cuidados?

¿Practica alguna religión?

¿Ha asistido alguna vez al curandero?

¿Tomó yuyos durante el embarazo?

¿Qué recuerdos tiene del embarazo?

Parto (expectativas, cuidados, vivencia y recuerdos y apoyo)

¿Cómo imaginó el momento del parto?

¿Contó con preparación para el parto?

¿Cómo fue su vivencia durante el parto?

¿Estuvo acompañada durante el momento del parto?

Si es afirmativa:

¿Por quién?

Si es negativa:

¿Por qué no?

¿Cómo fue el primer encuentro con su bebé?

¿Qué recuerdos tiene de ese momento?

Puerperio (información recibida personal de salud, vivencias y recuerdos, cuidados realizados y creencias, relación con la familia y apoyo)

Cuénteme ¿Qué información acerca de los cuidados posparto recibió por parte del equipo de salud?

¿Qué cuidados con respecto a su cuerpo adoptó luego del parto?

¿Asistió al curandero?

¿Tomó yuyos?

¿Cómo era la relación con su familia?

¿Por quién se sintió acompañada en ese momento?

¿Qué recuerdos tiene de ese momento?

Alimentación del recién nacido (recomendaciones recibidas por el personal de salud, vivencias y recuerdos, cuidados realizados y creencias, relación con la familia y apoyo)

¿Cómo fue su experiencia durante el amamantamiento?

¿Contó con asesoramiento/preparación para el mismo?

¿Qué cosas favoreció al amamantamiento?

¿Quién la apoyaba para favorecer el amamantamiento?

¿Qué recuerdos tiene de ese momento?

ANEXO N°2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de este documento me presento a usted como responsable de la investigación a la que invito a participar. Mi nombre es Adelina Otero estudiante de la Maestría en Primer Nivel de Atención a la Salud, Facultad de Enfermería Universidad de la República.

Esta investigación tiene como título Embarazo, parto y puerperio: Construcción de cuidados en mujeres rurales residentes en Rincón de Cololó y San Dios (Soriano, Uruguay) y el objetivo general es analizar la construcción del cuidado durante el embarazo, parto y puerperio de las mujeres rurales residentes en Rincón de Cololó y San Dios (Soriano, Uruguay).

Se llevará a cabo por entrevistas individuales a las participantes, las que serán grabadas en audio. Después de la desgrabación se analizará junto con la de los demás participantes.

Ningún participante será identificado personalmente, utilizando para el mejor análisis un nombre ficticio elegido por ellos.

Por su parte los resultados serán divulgados en revistas y eventos científicos y estarán a su disposición y la de los demás participantes.

Es importante destacar que no existirá beneficios para las personas que participen en la investigación, así como también no tendrán derecho a ninguna remuneración ni compensación de carácter económico.

En relación con posibles riesgos, la misma no acarreará riesgos ni daños físicos, pues no será realizado ningún procedimiento invasivo y/o doloroso, como recolección de material biológico o experimento con seres humanos.

Durante la entrevista las respuestas serán de libre y espontánea voluntad. En caso de que las preguntas trajeran malestar emocional, podrá interrumpir y/o desistir de participar en cualquier momento, sin prejuicio alguno. Esta instancia busca valorizar, reconocer, reflexionar sobre sus actividades y conocimientos con relación a los cuidados de las mujeres rurales en su embarazo parto y puerperio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mercedes, a los _____ del mes _____ del año: _____

Yo: _____ Cedula de Identidad: _____

manifiesto que he sido informada, sobre el trabajo de investigación que se va a realizar sobre Embarazo, parto y puerperio: construcción de cuidados en mujeres rurales residentes en Rincón de Cololó y San Dios (Soriano, Uruguay).

Comprendo la información recibida, siendo aclaradas mis dudas al respecto.

A sí mismo, se me ha asegurado la confidencialidad de los datos otorgados y que me puedo retirar si así lo deseara.

En consecuencia, doy mi consentimiento para participar en la investigación.

Participante de la investigación:

Firma:

Aclaración.....

CI:.....

Investigador responsable:

Firma:

Aclaración.....

CI:.....

Responsable de la investigación

Adelina Otero

Participante en la investigación

Nombre Completo: _____

Número telefónico de contacto: _____

Domicilio: _____

Correo electrónico: _____

ANEXO N°3

AUTORIZACIÓN DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD DE LA
REPUBLICA DE
LA PLATA



REPÚBLICA
DE ENFERMERÍA
POSGRADO



La Comisión de Posgrado, reunida en fecha 07 de marzo de 2019, con la asistencia de: Prof. Mag. Josefina Verde, Prof. Esp. Lic. Margarita Garay, Prof. Esp. Esther Lacava, Prof. Agda. Mag. Annalet Viera, Prof. Agda. Mag. Rosa Sangiovanni, y Prof. Agda. Dra. CS. Graciela Umpierrez, considerando los siguientes asuntos, resuelve:

1. **Exp. s/N°** – Adelina Otero, estudiante de Maestría en Primer Nivel de Atención a la Salud Generación 2014, presenta Protocolo de Tesis de Maestría: "*Embarazo, parto y puerperio: construcción del cuidado en mujeres rurales residentes en Rincón de Cololó y San Dios (Soriano, Uruguay)*". (*) Presenta aval de Tutora, Mag. Valeria Grabino, informando haber atendido observaciones y sugerencias formuladas por Com. Evaluadora (Prof. Esp. Mercedes Pérez y Prof. Agda. Dra. Graciela Umpiérrez).

Visto el Protocolo de Tesis de Maestría presentado por la Lic. Adelina Otero y considerando el informe de la Tutora de Tesis, Mag. Valeria Grabino informando haber atendido las observaciones y sugerencias formuladas por la Comisión Evaluadora oportunamente designada, Comisión de Posgrado resuelve:

- a. Autorizar la implementación del proyecto de investigación.
- b. Notificar a las interesadas.

UNANIMIDAD.


Daniel Barbosa
Comisión Directiva
Centro de Posgrado



ANEXO N°4
AVAL COMITE DE ÉTICA



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



Montevideo, 31 de mayo de 2019.

De: Comité de Ética de la Investigación.

A: Lic. Adelina Otero

El comité de Ética de la investigación ha recibido el Protocolo de Tesis "Embarazo, parto, y puerperio; construcción del cuidado en mujeres rurales residentes en Rincón de Cololó y San Dios (Soriano, Uruguay).

El mismo cumple con los resguardos éticos para la protección de los participantes de la investigación. En tanto lo expresado el protocolo presentado es aprobado por este comité.

Estas actuaciones se remiten a la Comisión Académica de Posgrado para su conocimiento.

Por el Comité de ética de la Investigación de la Facultad de Enfermería

Prof. Inés Umpiérrez 

Dr. Alejandro Caráballo

Prof. Adjunto Araceli Otarola 

Lic. José Luis Priore

SEDE CENTRAL: JAIME CIBILS 2810. TEL: (598) 2487-00-50 /2487-00-44 FAX: (598) 2487-00-43
SEDE HOSPITAL DE CLÍNICAS DR. MANUEL QUINTELA: Avda. Italia s/n 3er piso TELE-FAX: (598) 2480-78-91/2487-69-67
C.P.: 11600 página web: www.fenf.edu.uy correo electrónico: secretaria@fenf.edu.uy
Montevideo-República Oriental del Uruguay