

Como biblioteca, NLM brinda acceso a literatura científica. La inclusión en una base de datos de la NLM no implica respaldo ni acuerdo con los contenidos por parte de la NLM o los Institutos Nacionales de Salud.

Más información: [Descargo de responsabilidad de PMC](#) | [Aviso de derechos de autor de PMC](#)



[Nacimiento](#). Manuscrito del autor; disponible en PMC 2016 el 1 de septiembre.

PMCID: PMC4992357

Publicado en forma editada final como:

EMSID: EMS69036

[Nacimiento](#). [Septiembre de 2016](#); 43(3): 247–254.

PMID: [27018256](#)

Publicado en línea el 27 de marzo de 2016. doi: [10.1111/birt.12233](https://doi.org/10.1111/birt.12233)

Una comparación de prácticas durante el período de confinamiento entre madres chinas, malayas e indias en Singapur

[Doris Fok](#), FILCA, subdirectora, [Izzuddin M. Aris](#), PhD, investigadora, [Jiahui Ho](#), BSSc, ejecutiva sénior, [Sok Bee Lim](#), MBBS, directora y consultora sénior, [Mei Chien Chua](#), MBBS, neonatóloga consultora, [Wei Wei Pang](#), PhD, investigador asociado, [Seang-Mei Saw](#), PhD, profesor, [Kenneth Kwek](#), FRCOG, director ejecutivo, [Keith M. Godfrey](#), PhD, profesor, [Michael S. Kramer](#), MD, Profesor, y [Yap Seng Chong](#), MD, Director Ejecutivo, en nombre del Grupo de Estudio GUSTO

Abstracto

Fondo

El confinamiento (restricciones en la dieta y en las prácticas durante el mes inmediatamente posterior al parto) representa una característica clave de las poblaciones asiáticas. Sin embargo, pocos estudios se han centrado específicamente en las diferencias étnicas en las prácticas de confinamiento. Este estudio evalúa las prácticas de confinamiento de tres grupos étnicos en una población asiática multiétnica.

Métodos

Los participantes formaron parte de un estudio de cohorte de nacimiento prospectivo que reclutó a 1247 mujeres embarazadas (57,2% chinas, 25,5% malayas, 17,3% indias) durante su primer trimestre. 1220 participantes fueron seguidas 3 semanas después del parto en casa cuando se administraron cuestionarios para determinar la frecuencia de cumplimiento de las siguientes prácticas de confinamiento: ducharse; comidas específicas del confinamiento; salir con o sin el bebé; elección de asistencia del cuidador; y el uso de terapia de masajes.

Resultados



La mayoría de los participantes informaron que siguieron prácticas de confinamiento durante las primeras tres semanas posparto (chinos: 96,4%, malayos: 92,4%, indios: 85,6%). Las madres chinas e indias tendían a comer más dietas especiales de confinamiento que las madres malayas ($p < 0,001$), y las madres chinas se duchaban menos y eran más propensas a depender de niñeras durante este período que las madres de los otros dos grupos étnicos ($p < 0,001$ para todo). Las madres malayas tendieron a hacer un mayor uso de la terapia de masaje ($p < 0,001$), mientras que las madres indias tendieron a tener a sus madres o suegras como asistentes de cuidado ($p < 0,001$).

Conclusión

La mayoría de las madres de Singapur siguen prácticas de confinamiento, pero los tres grupos étnicos asiáticos diferían en prácticas de confinamiento específicas. Los estudios futuros deberían examinar si las diferencias étnicas persisten en las prácticas posteriores de crianza de los niños.

Palabras clave: Prácticas de confinamiento, Población asiática, Cohorte de nacimiento, Posparto

Introducción

Convertirse en padre es un acontecimiento que transforma la vida y el período posparto es un momento vulnerable de adaptación. En muchas culturas, el período de embarazo se considera un estado de "calor", mientras que el período posparto se concibe como un estado frío y vulnerable ([1](#)). Durante este período posparto, las madres suelen someterse a un "confinamiento", un conjunto de prácticas para ayudarlas en su recuperación del embarazo y el parto. Algunas de estas prácticas pueden incluir descanso prolongado ([2](#)), una dieta especial ([3](#), [4](#)) y acciones para aumentar la higiene personal ([2](#)). Las prácticas de confinamiento se han relacionado con condiciones posteriores de salud materna como la depresión posparto ([5](#)) ([6](#)).

En las poblaciones occidentales, las prácticas posparto se han estudiado en el contexto de visitas posparto ([7](#)) o visitas domiciliarias ([8](#)). También se han examinado las prácticas posparto tradicionales de los inmigrantes en los países occidentales en un esfuerzo por comprender cómo las madres inmigrantes se adaptan a la cultura occidental local ([9](#), [10](#)). El período posparto a menudo recibe menos atención en las culturas occidentales ([2](#)) que en las culturas asiáticas ([11](#) - [13](#)). Las estructuras y prácticas de apoyo posparto también tienden a diferir, siendo el etnoparentesco más prevalente y enfatizado en países como Japón y Corea ([14](#)). Además, si bien la medicina occidental se ha centrado principalmente en la salud materna e infantil, los rituales de apoyo social son un foco más crucial de las prácticas posparto en las culturas asiáticas ([2](#)).

Las dietas y prácticas posparto difieren entre las madres de diferentes poblaciones asiáticas, incluso dentro del mismo país. Si bien varios estudios han examinado las prácticas y dietas posparto en diferentes poblaciones asiáticas, como Laos ([3](#)), Myanmar ([15](#)), India ([4](#)), Japón ([16](#)), Taiwán ([17](#)) y Malasia ([18](#)), pocos se han centrado específicamente en las prácticas de confinamiento. Un estudio reciente realizado en Malasia ([18](#)) informó que las prácticas de posparto y de confinamiento de las madres tienen ciertas similitudes entre diferentes etnias. Estudios anteriores de la cohorte "Growing Up in Singapore Towards healthy Outcomes" (GUSTO) ([13](#)) han investigado las prácticas dietéticas en tres etnias durante el embarazo y el posparto ([13](#)). Sin embargo, en este artículo buscamos describir las diferencias generales en las prácticas de confinamiento de los tres grupos étnicos.

Métodos

Población de estudio

El estudio Growing Up in Singapore Towards healthy Outcomes (GUSTO) es un estudio de cohorte prospectivo, cuyos detalles se han publicado anteriormente ([19](#)). Brevemente, se abordó a mujeres embarazadas de 18 años o más durante su ultrasonido prenatal del primer trimestre en las dos principales unidades de maternidad públicas de Singapur, a saber, el Hospital Universitario Nacional y el Hospital de Mujeres y Niños KK, entre junio de 2009 y septiembre de 2010. Los criterios de elegibilidad incluyeron a las mujeres que eran ciudadanas de Singapur o residentes permanentes de etnia china, malaya o india con antecedentes étnicos parentales homogéneos, y que tenían la intención de dar a luz en el Hospital Universitario Nacional o el Hospital de Mujeres y Niños KK y residir en Singapur durante los próximos 5 años. Las posibles participantes fueron contactadas en la clínica cuando tenían al menos 12 semanas de embarazo. Luego se hicieron preguntas para evaluar su elegibilidad para este estudio. De 3751 mujeres examinadas, 2.034 personas cumplieron estos criterios y se reclutó a 1.247 mujeres (tasa de respuesta: 61,3%). Se obtuvo el consentimiento informado de cada participante el día del reclutamiento. Durante la visita de reclutamiento (<14 semanas de gestación) y en la primera visita clínica (26-28 semanas de gestación), se administraron cuestionarios a las mujeres embarazadas para determinar factores demográficos, socioeconómicos y de estilo de vida, así como el bienestar y la salud materna, datos obstétricos y de historia médica.

Cuestionarios de prácticas de confinamiento

Las mujeres fueron seguidas en casa 3 semanas después del parto por entrevistadores capacitados que habían completado con éxito las evaluaciones de competencia GUSTO. Esto incluye la observación y posterior realización de tres visitas domiciliarias supervisadas, así como la prueba final de competencia. Sólo después de que los capacitadores evaluaron que el personal era competente para realizar las entrevistas, el personal de tierra pudo realizar los cuestionarios de forma independiente. Los cuestionarios administrados durante esta visita capturaron la dieta de la madre y la alimentación del bebé. Se pidió a las madres que compararan su dieta actual de confinamiento con su dieta habitual e indicaran si aumentaron, disminuyeron o mantuvieron el consumo de un tipo de alimento en particular durante el período de confinamiento. La frecuencia de adherencia a las prácticas de confinamiento se derivó de preguntas sobre las cinco prácticas de confinamiento siguientes: ducharse, proporción de comidas específicas del confinamiento, salir con o sin el bebé, elección de la asistencia del cuidador y uso de terapia de masajes. Estas preguntas de confinamiento fueron formuladas con base en la descripción de las prácticas de confinamiento por Goh ([20](#)). Los cuestionarios se sometieron a una prueba piloto para garantizar su claridad y comprensión, y se realizaron revisiones después de recibir comentarios de las mujeres y el personal del estudio.

análisis estadístico

Las estadísticas descriptivas se presentan como medias y desviaciones estándar (DE) para variables continuas y porcentajes para variables categóricas. Las diferencias en las prácticas de confinamiento entre etnias se analizaron mediante pruebas de chi-cuadrado. Las asociaciones entre el origen étnico (como variable independiente) y las prácticas de confinamiento (como variable dependiente) se analizaron mediante análisis de regresión multivariable ajustando por edad materna, nivel educativo, ingresos del hogar, tipo de vivienda (gubernamental o privada) y paridad. Para los resultados dicotómicos (es decir, internamiento, uso de terapia de masaje), los análisis se realizaron mediante modelos de regresión logística binaria. Para resultados categóricos (es decir, ducharse, proporción de comidas específicas del confinamiento, salir con o sin el bebé y elección de la asistencia del cuidador), Los análisis se realizaron utilizando modelos de regresión logística multinomial. Todos los análisis se realizaron con SPSS versión 20.0 (IBM, SPSS Statistics, Armonk, NY).

Resultados

Se comparan las características sociodemográficas de las madres de los tres grupos étnicos en [tabla 1](#). La mayoría de los participantes del estudio estaban casados. Se observaron diferencias significativas en el nivel socioeconómico entre las mujeres chinas e indias, por un lado, y las mujeres malayas, por el otro: el 68,7% y el 69,6% de las mujeres chinas e indias, respectivamente, alcanzaron al menos un nivel de educación avanzado (equivalente a pregrado). -educación universitaria), frente al 28,8% de las mujeres malayas ($p < 0,001$). Una proporción significativamente mayor de mujeres chinas e indias (18,6% y 12,0% respectivamente) vivían en viviendas privadas, en comparación con el 6,3% de las mujeres malayas ($p < 0,001$), mientras que el 41,3 y el 23,8% de las mujeres chinas e indias, respectivamente, informaron una ingresos mensuales del hogar superiores a \$6000, en comparación con el 6,1% de las mujeres malayas ($p < 0,001$). Observamos diferencias significativas en la paridad, siendo las mujeres indias las que tienen más probabilidades de ser multíparas ($p = 0,001$).

tabla 1

Características demográficas y clínicas en el estudio de las prácticas de confinamiento de las mujeres de Singapur, 2009-2010

madres	Chino N = 684	malayo n = 319	Indio N = 217	Valor p [±]
Edad (años) Media+DE	31,6 ± 4,9	28,9 ± 5,5 *	30,0 ± 4,9	<0,001
Estado civil (%)				0.327
Casado	96,5	95.0	98.1	
Soltero	3.4	5.0	1.9	
Divorciado	0.1	0.0	0.0	
Educación más alta alcanzada (%)				<0,001
Niveles inferiores a "A"/diploma	31.3	71.2	30.4	
Niveles "A" / diploma o superior	68,7	28,8 *	69,6	
Tipo de vivienda (%)				<0,001
Gobierno	81,4	93,7	88.0	
Privado	18.6	6.3 *	12.0	
Ingreso del hogar (%)				<0,001
Por debajo de SGD \$6000	58,7	93,9	76.2	
Por encima de SGD \$6000	41.3	6.1 *	23.8	
Paridad (%)				0.001
Nulípara	50,5	40.4	38.1	
multípara	49,5	59,6	61,9 *	

[±] Los valores de P en 3 grupos étnicos se determinaron mediante el uso de un análisis de chi-cuadrado (categórico) o ANOVA de 1 factor (continuo)

* $p < 0,05$ en comparación con los chinos

Las mujeres chinas tenían más probabilidades (96,4%) de participar en al menos algunas prácticas de confinamiento, mientras que las malayas [92,4%] y las indias [85,6%] tenían menos probabilidades de hacerlo. ([Tabla 2](#)). Las mujeres chinas también tenían más probabilidades de contratar asistentes de confinamiento (31,0%), mientras que las mujeres malayas [13,5%] y indias [9,4%] tenían menos probabilidades de contratar ayuda de confinamiento. Las mujeres chinas también tenían más probabilidades de que les prepararan todas sus comidas específicamente para el confinamiento (45,9%) que las mujeres malayas (21,3%). El masaje fue particularmente común entre las mujeres malayas (85,9%) y menos frecuente entre las chinas (37,8%). Un porcentaje significativamente mayor de mujeres chinas observaron una restricción de "no bañarse" durante su confinamiento, mientras que la mayoría de las mujeres malayas [96,8%] e indias [88,8%] se duchaban a diario. Los tres grupos étnicos practicaron un verdadero confinamiento (permanecer en casa), y la mayoría de las madres (63,7% de las chinas, 51,4% de las malayas y 60,6% de las indias) permanecieron en casa durante el período de confinamiento. Similarmente, otros familiares evitaron sacar al infante durante el encierro; El 83,7% de los niños chinos, el 66,1% de los malayos y el 79,9% de los niños indios permanecieron en casa durante el período de confinamiento. Sin embargo, las mujeres malayas eran más propensas a salir de casa con su bebé (24,2%), al menos una vez a la semana durante el período de confinamiento.

Tabla 2

Prácticas de confinamiento de madres singapurenses de los tres grupos étnicos

	Chino	malayo	indio	Valor p [±]
Someterse a confinamiento				< 0,001
No	22 (3,6)	19 (7,6)	26 (14,4)	
Sí	584 (96,4)	230 (92,4)	154 (85,6)	
cuidador				< 0,001
Madre/Suegra	333 (59,4)	138 (71,5)	115 (83,3)	
Otros parientes	54 (9,6)	29 (15,0)	10 (7,2)	
Otras personas de confinamiento [±]	174 (31,0)	26 (13,5)	13 (9,4)	
Proporción de comidas preparadas durante el confinamiento				< 0,001
Ninguno	20 (3,4)	39 (17,0)	28 (18,2)	
Menos de la mitad	23 (3,9)	25 (10,9)	13 (8,4)	
Medio	58 (9,9)	81 (35,2)	21 (13,6)	
Mayoría	215 (36,8)	36 (15,7)	27 (17,5)	
Todo	268 (45,9)	49 (21,3)	65 (42,2)	
Masaje durante el confinamiento				< 0,001
No	377 (62,2)	35 (14,1)	90 (50,0)	
Sí	229 (37,8)	214 (85,9)	90 (50,0)	
Ducha durante el confinamiento (%)				< 0,001
Ninguno/una vez por semana	156 (26,0)	5 (2,0)	7 (3,9)	
2-6 veces por semana	147 (24,5)	3 (1,2)	13 (7,3)	
Cada día	296 (49,4)	239 (96,8)	159 (88,8)	
Salir durante el confinamiento (%)				0.014
Ninguno	383 (63,7)	128 (51,4)	109 (60,6)	
Una vez por semana	137 (22,8)	74 (29,7)	49 (27,2)	
≥ 2 veces por semana	81 (13,5)	47 (18,9)	22 (12,2)	
El bebé sale durante el confinamiento (%)				<0,001
Ninguno	504 (83,7)	164 (66,1)	143 (79,9)	
Una vez por semana	73 (12,1)	60 (24,2)	28 (15,6)	
≥ 2 veces por semana	25 (4,2)	24 (9,7)	8 (4,5)	

[±] Los valores de P en 3 grupos étnicos se determinaron mediante el uso de un análisis de chi-cuadrado (categórico) o ANOVA de 1 factor (continuo)

[±] Otras personas de confinamiento se refiere a personas contratadas específicamente para ayudar durante el período de confinamiento, como las niñeras de confinamiento.

Después de ajustar por covariables sociodemográficas (es decir, edad materna, nivel educativo, tipo de vivienda, nivel de ingresos y paridad), observamos diferencias étnicas similares en relación con las prácticas de confinamiento, siendo las mujeres malayas menos propensas a contratar a otros asistentes de confinamiento y tener todas sus comidas preparadas específicamente para el confinamiento, aunque es más probable que se sometieran a masajes, se duchen diariamente y salgan de casa con su bebé durante el período de confinamiento (Tabla 3). Además, observamos que la mayoría de las variables sociodemográficas no se asociaron significativamente con las diversas prácticas de confinamiento, con la excepción de que el ingreso del hogar afectó significativamente la práctica del masaje, y el ingreso del hogar, el nivel de educación materna y la paridad afectaron significativamente los hábitos de ducha diaria (datos tabulares). no mostrada).

Tabla 3

Asociaciones entre etnia y prácticas de confinamiento de mujeres singapurenses, 2009-2010

	O (IC del 95%)		
	Chino	malayo	indio
Sufre un confinamiento cuidador^b	árbitro	0,45 (0,21-0,93)	0,22 (0,12-0,42)
Otros parientes	árbitro	0,92 (0,53-1,62)	0,59 (0,28-1,21)
Otras personas encarceladas	árbitro	0,50 (0,30-0,83)	0,25 (0,13-0,47)
Comidas preparadas para el confinamiento^b			
menos de la mitad	árbitro	0,63 (0,26-1,54)	0,42 (0,16-1,07)
medio	árbitro	0,83 (0,40-1,70)	0,24 (0,11-0,55)
mayoría	árbitro	0,11 (0,06-0,24)	0,11 (0,05-0,23)
todo	árbitro	0,11 (0,05-0,22)	0,21 (0,11-0,41)
Se somete a un masaje	árbitro	18,07 (11,38-28,69)	2,05 (1,41-2,99)
Ducha^b			
2 a 6 veces por semana	árbitro	0,28 (0,03-2,47)	1,98 (0,74-5,32)
cada día	árbitro	39,50 (15,44-101,04)	12,98 (5,83-28,89)
Madre sale durante el periodo de confinamiento^b			
una vez por semana	árbitro	1,53 (1,03-2,28)	1,22 (0,80-1,85)
≥ 2 veces por semana	árbitro	2,21 (1,36-3,57)	1,01 (0,59-1,74)
Bebé sale durante el periodo de confinamiento^b			
una vez por semana	árbitro	2,41 (1,53-3,79)	1,30 (0,79-2,15)
≥ 2 veces por semana	árbitro	4,39 (2,15-8,99)	1,35 (0,57-3,23)

^a Análisis realizados mediante regresión logística binaria, con el origen étnico como variable independiente y ajustado por las siguientes covariables: edad materna, educación, alojamiento, nivel de ingresos y paridad.

^b Análisis realizados mediante regresión logística multinomial, con el origen étnico como variable independiente y ajustado por las siguientes covariables: edad materna, educación, alojamiento, nivel de ingresos y paridad.

Discusión

Si bien la mayoría de las madres de Singapur practican las prácticas de confinamiento descritas, observamos diferencias sustanciales en estas prácticas según el origen étnico de la madre. Aunque se sabe que las prácticas de confinamiento prevalecen en las poblaciones del este, sur y sudeste asiático ([3](#) , [4](#) , [11](#) , [12](#) , [18](#)), estas prácticas rara vez se han comparado entre grupos étnicos asiáticos dentro de un solo país.

Atravesar el confinamiento supone restringir los movimientos al salir del hogar y evitar determinadas conductas, con el objetivo de acelerar el proceso de recuperación. El período de confinamiento suele practicarse durante 30 a 45 días ([21](#)). Si bien este período de descanso designado se practica en muchas culturas asiáticas ([16](#) , [22](#) , [23](#)), también se practica en culturas no asiáticas, incluidas mujeres sudafricanas ([24](#)), mexicanas ([25](#)) y amish ([26](#)). Las prácticas de confinamiento están influenciadas por la asimilación ([27](#)), y pueden surgir desacuerdos entre las tradiciones y las creencias modernas, debido a la creciente influencia de fuentes como los medios de comunicación y los profesionales de la salud ([28](#)).

También se han informado diferencias intraculturales en las prácticas de confinamiento en los principales centros urbanos, donde las mujeres más jóvenes tienen menos probabilidades de participar en ellas ([29](#)). El acto de permanecer en casa durante el confinamiento puede parecer bastante restrictivo para la madre moderna activa. En un estudio de madres chinas de Malasia, las prácticas tradicionales de confinamiento entre los chinos se adaptaron de acuerdo con la percepción de practicidad de las madres ([30](#)).

En nuestro estudio, la mayoría de las mujeres chinas cumplieron con la abstinencia de bañarse durante el confinamiento. Las restricciones al baño durante el período de confinamiento existen en muchas culturas asiáticas, la mayoría de las cuales están relacionadas con las creencias de "calor" y "frío" durante el confinamiento. Si bien las madres chinas en nuestro estudio tendían en su mayoría a evitar las duchas en general, las duchas frías en particular a menudo están prohibidas porque creen que pueden provocar coágulos de sangre y dolor en las articulaciones ([9](#) , [10](#)). En culturas no asiáticas como Guatemala, se cree que bañarse en agua fría disminuye el suministro de leche y que bañarse demasiado pronto provoca dolores de estómago o prolapso de útero ([31](#)). En México, el baño está restringido para proteger a la madre del frío o del "aire maligno" ([25](#)). Sin embargo, los baños y duchas calientes suelen ser prácticas de confinamiento aceptables en las culturas asiáticas, particularmente entre las madres de Tailandia ([32](#)), Malasia ([33](#)) y la India ([4](#)). Una ducha rápida y tibia sin lavarse el cabello ([34](#)) parece ser la práctica adoptada por las madres malayas e indias aquí en Singapur. A las madres puede resultarles incómodo y antihigiénico no bañarse durante el período posparto, especialmente en un clima tropical como el de Singapur. Por lo tanto, las madres que observan prácticas tradicionales de confinamiento deben negociar con sus asistentes cuidadores soluciones alternativas, que pueden incluir el uso de hierbas medicinales añadidas a agua caliente para sus baños diarios, una práctica que se ha adoptado en países como Laos ([35](#)) y China ([17](#)). Esto puede servir como un posible compromiso para que las madres observen las prácticas tradicionales de confinamiento y al mismo tiempo mantengan su higiene personal general.

Observamos una mayor prevalencia del uso de masajes por parte de madres malayas durante el período de confinamiento que por madres de los otros dos grupos étnicos. La práctica del masaje (terapia Jamu) es una práctica predominantemente malaya/indonesia ([36](#) , [37](#)), pero también se practicaba entre mujeres chinas e indias en nuestra población de estudio. Estas prácticas de confinamiento adoptadas por diferentes grupos son indicativas de la influencia interétnica de las prácticas de confinamiento. Naser *et al.* ([38](#)) encontró que las mujeres de Singapur adoptaron prácticas tradicionales que percibían como beneficiosas de otras culturas. La práctica de la terapia de masaje entre madres de los tres grupos étnicos ilustra cómo las diferentes culturas de Singapur influyen en las prácticas de confinamiento.

Se ha demostrado que la dieta es un componente importante de las prácticas de confinamiento. Se cree que el consumo de ciertos alimentos promueve o restaura la salud, mientras que se evitan otros alimentos porque se cree que causan enfermedades inmediatamente o en el futuro. Observamos que las mujeres chinas tenían más probabilidades de tener todas sus comidas preparadas especialmente para el período de confinamiento. Como informó anteriormente Fok (39), las mujeres chinas están influenciadas por el concepto del yin y el yang a la hora de equilibrar sus alimentos durante el confinamiento. Según las creencias tradicionales chinas, se cree que el cuerpo de una mujer está en un estado de "frío" durante el período posparto y, por lo tanto, generalmente se recomiendan alimentos "calientes" (12), como el jengibre y el [vino](#) (28). Aunque estas creencias son comunes en China y otros países del este de Asia, también se encuentran en muchas culturas no asiáticas, incluidas partes de América Latina y África (1). Algunas similitudes en las dietas de confinamiento son evidentes entre los tres grupos étnicos de Singapur. Una bebida de cúrcuma, conocida como Jamu, es particularmente importante en la dieta de confinamiento malaya, ya que se cree que el uso de suplementos correctos es importante para ayudar a las madres a recuperar la energía gastada durante el parto (11). También se sabe que algunas mujeres en Nepal consumen un tónico a base de hierbas que contiene cúrcuma, en un intento de promover la producción de leche durante el período posparto (40). Entre las mujeres guatemaltecas, se toman infusiones de hierbas que contienen artemesia, pimipinela, orégano y miel blanca para aliviar el dolor (41).

La asistencia de los cuidadores durante el parto incluye la prestación de asistencia práctica a la madre (por ejemplo, realizar tareas domésticas, cocinar, cuidar a la madre y a su bebé) y, a menudo, la brindan parientes cercanos o ancianos respetados dentro de la comunidad (2). En nuestro estudio, la mayoría de las mujeres contrataron a parientes cercanos como cuidadores durante el confinamiento (abuelas, suegras, madres, tías y hermanas), una práctica que se adopta universalmente en muchos otros países (2). Las mujeres chinas a menudo contrataban empleadas domésticas o niñeras durante el período de confinamiento. El empleo de niñeras de confinamiento específicamente con fines de confinamiento es exclusivo del contexto del sudeste asiático. Durante el período de confinamiento, las madres chinas pueden contratar niñeras tradicionales (conocidas como *peiyue*) para cuidar de ellas y de su bebé (30). Esta prevalencia de la asistencia del cuidador aumenta el acceso de la madre a apoyo tanto práctico como emocional durante el período de confinamiento. Si bien no preguntamos específicamente a las madres por qué eligieron contratar ayuda durante el confinamiento, el papel combinado del apoyo familiar y la ayuda contratada durante el confinamiento en general es importante para ayudar a las madres en cuestiones de recuperación física y cuidado de su bebé.

Las fortalezas de nuestro estudio incluyen su diseño prospectivo, alta tasa de seguimiento y comparación entre diferentes grupos étnicos asiáticos. No conocemos ningún estudio previo que haya examinado las diferencias étnicas en las prácticas de confinamiento en una población multiétnica. Sin embargo, existen algunas limitaciones a considerar. No utilizamos discusiones de grupos focales con los participantes del estudio. Tales discusiones ayudarían a las madres a verbalizar sus pensamientos (42) sobre las prácticas de confinamiento y nos permiten comprender mejor las razones por las que las madres de Singapur participaron o no en las prácticas de confinamiento que estudiamos. Tampoco somos capaces de desenredar las influencias potenciales de la elección personal y la asimilación sobre las diferencias étnicas observadas en las prácticas de confinamiento. Los estudios futuros también se beneficiarían al examinar las diversas razones por las que las madres eligen practicar prácticas de confinamiento o las razones por las que las madres son selectivas en las prácticas que siguen.

Conclusiones

A pesar de las tendencias modernizadoras, la mayoría de las madres singapurenses practican prácticas tradicionales de confinamiento. También existen diferencias sustanciales en esas prácticas según el origen étnico de la madre. Estos hallazgos pueden ayudar a los profesionales de la salud a comprender mejor la naturaleza

dinámica y étnica de las prácticas de confinamiento, permitiéndoles así brindar un mayor apoyo y adaptar la atención posparto a las madres según su etnia. .

Información del colaborador

Doris Fok, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina Yong Loo Lin, Universidad Nacional de Singapur, Sistema de Salud de la Universidad Nacional, Singapur.

Izzuddin M. Aris, Instituto de Ciencias Clínicas de Singapur (SICS), Agencia de Ciencia, Tecnología e Investigación (A*STAR), Singapur.

Jiahui Ho, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina Yong Loo Lin, Universidad Nacional de Singapur.

Sok Bee Lim, Departamento de Desarrollo Infantil, KK Women's & Children's Hospital (KKH), Singapur.

Mei Chien Chua, Departamento de Neonatología, Hospital de Mujeres y Niños de KK (KKH)

Wei Wei Pang, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina Yong Loo Lin, Universidad Nacional de Singapur.

Seang-Mei Saw, Escuela de Salud Pública Saw Swee Hock, Edificio de la Fundación Tahir, Universidad Nacional de Singapur y Director de la Unidad de Miopía, Instituto de Investigación Ocular de Singapur, Singapur.

Kenneth Kwek, Departamento de Medicina Materno Fetal, Hospital de Mujeres y Niños de KK (KKH)

Keith M. Godfrey, Unidad de Epidemiología del Curso de la Vida del Consejo de Investigación Médica, Southampton y Director del Centro de Investigación Biomédica NIHR Southampton, Universidad de Southampton y Hospital Universitario de Southampton NHS Foundation Trust, Southampton, Reino Unido.

Michael S. Kramer, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina Yong Loo Lin, Universidad Nacional de Singapur, y Profesor del Departamento de Epidemiología, Bioestadística y Salud Ocupacional, Facultad de Medicina, Universidad McGill, Canadá.

Yap Seng Chong, Instituto de Ciencias Clínicas de Singapur (SICS), Agencia de Ciencia, Tecnología e Investigación (A*STAR) y consultor principal y profesor asociado del Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina Yong Loo Lin, Universidad Nacional de Singapur .

Referencias

1. Kim-Godwin YS. Creencias y prácticas posparto entre culturas no occidentales. *MCN, Revista Estadounidense de Enfermería Materno-Infantil*. 2003; 28 (2): 74–8. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
2. Dennis CL, Fung K, Grigoriadis S, Robinson GE, Romans S, Ross L. Prácticas y rituales tradicionales posparto: una revisión sistemática cualitativa. *Salud de la mujer (Londres, Inglaterra)* 2007; 3 (4): 487–502. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
3. Barennes H, Simmala C, Odermatt P, Thaybouavone T, Vallee J, Martinez-Aussel B, et al. Tradiciones posparto y prácticas nutricionales entre mujeres urbanas laosianas y sus bebés en Vientiane, República Democrática Popular Lao. *Revista europea de nutrición clínica*. 2009; 63 (3): 323–31. [[Artículo gratuito de PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

4. Choudhry Reino Unido. Prácticas tradicionales de mujeres de la India: embarazo, parto y atención del recién nacido. *Revista de enfermería obstétrica, ginecológica y neonatal*. 1997; 26 (5): 533–9. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
5. Grigoriadis S, Erlick Robinson G, Fung K, Ross LE, Chee CYI, Dennis CL, et al. Prácticas y rituales tradicionales posparto: implicaciones clínicas. *Revista canadiense de psiquiatría Revue canadienne de psychiatrie*. 2009; 54 (12): 834. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
6. Bao W, Ma A, Mao L, Lai J, Xiao M, Sun G, et al. Intervenciones en la dieta y el estilo de vida en mujeres posparto en China: diseño del estudio y justificación de un ensayo controlado aleatorio multicéntrico. *BMC salud pública*. 2010; 10 (1):103. [[Artículo gratuito de PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
7. Piejko E. La visita posparto - ¿Por qué esperar 6 semanas?: 1. *Médico de familia australiano*. 2006; 35 (9):674. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
8. Biro MA, Yelland JS, Sutherland GA, Brown SJ. La experiencia de las mujeres en la atención posnatal domiciliaria en Victoria y Australia del Sur: una encuesta poblacional. *Revisión de salud australiana*. 2012; 36 (4): 448–56. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
9. Davis RE. La experiencia posparto para las mujeres del sudeste asiático en los Estados Unidos. *MCN Revista estadounidense de enfermería materno-infantil*. 2001; 26 (4): 208–13. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
10. Arroz PL. Nyo dua hli: confinamiento de 30 días: tradiciones y cambios en las creencias y prácticas sobre la maternidad entre las mujeres hmong en Australia. *Partería*. 2000; 16 (1): 22–34. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
11. Haron H, Hamiz M. Un modelo ontológico para el conocimiento indígena de la dieta de confinamiento malaya. *Revista de software*. 2014; 9 (5): 1302. [[Google Académico](#)]
12. Pillsbury BL. “Haciendo el mes”: confinamiento y convalecencia de mujeres chinas tras el parto. *Ciencias sociales y medicina Parte B: Antropología médica*. 1978; 12 :11–22. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
13. Chen LW, Low YL, Fok D, Han WM, Chong YS, Gluckman P, et al. Cambios en la dieta durante el embarazo y el período posparto en mujeres chinas, malayas e indias de Singapur: el estudio de cohorte de nacimientos GUSTO. *Nutrición de salud pública*. 2014; 17 (09): 1930–8. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
14. Posmontier B, Horowitz JA. Prácticas posparto y prevalencia de la depresión: perspectivas culturales tecnocéntricas y de parentesco etno. *Revista de Enfermería Transcultural*. 2004; 15 (1): 34–43. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
15. Sein KK. Creencias y prácticas en torno al período posparto entre las mujeres de Myanmar. *Partería*. 2013; 29 (11):1257. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
16. Yoshida K, Yamashita H, Ueda M, Tashiro N. Depresión posparto en madres japonesas y la reconsideración de 'Satogaeri bunben' *Pediatrics International*. 2001; 43 (2): 189–93. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
17. Li R, Li S, Long C, Liu Y, Liu F, Lee S, et al. Hierbas para baños medicinales entre las comunidades tradicionales Yao de China. *Revista de Etnofarmacología*. 2006; 108 (1): 59–67. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
18. Fadzil F, Shamsuddin K, Wan Puteh SE. Traditional Postpartum Practices Among Malaysian Mothers: A Review. *Journal of alternative and complementary medicine (New York, NY)* 2015 Jul 13; Epub 2015/07/15. Eng. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
19. Soh S-E, Tint MT, Gluckman PD, Godfrey KM, Rifkin-Graboi A, Chan YH, et al. Cohort profile: Growing Up in Singapore Towards healthy Outcomes (GUSTO) birth cohort study. *International journal of epidemiology*. 2014;43(5):1401–9. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
20. Goh E. Research and Information Dept., Singapore Council of Social Service; 1990. Research on crisis and depression of motherhood: an exploratory study of the support needed by mother with young babies. [[Google Scholar](#)]
21. Koon PB, Peng WY, Karim NA. Postpartum dietary intakes and food taboos among Chinese women attending maternal and child health clinics and maternity hospital, Kuala Lumpur. *Malays J Nutr*. 2005;11:1–21. [[Google Scholar](#)]
22. Park E-HM, Dimigen G. A cross-cultural comparison: Postnatal depression in Korean and Scottish mothers. *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient*. 1995 [[Google Scholar](#)]

23. Liamputtong P, Yu Duan Practices as Embodying Tradition, Modernity and Social Change in Chiang Mai, Northern Thailand. *Women & Health*. 2004;40(1):79. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
24. Selepe HL, Thomas DJ. The Beliefs and Practices of Traditional Birth Attendants in the Manxili Area of KwaZulu, South Africa: A Qualitative Study. *Journal of Transcultural Nursing*. 2000;11(2):96–101. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
25. Niska K, Snyder M, Lia-Hoagberg B. Family ritual facilitates adaptation to parenthood. *Public health nursing (Boston, Mass)* 1998;15(5):329–37. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
26. Finn J. Leininger's Model for Discoveries at the Farm and Midwifery Services to the Amish. *Journal of Transcultural Nursing*. 1995;7(1):28–35. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
27. Chee CYI, Lee DTS, Chong YS, Tan LK, Ng TP, Fones CSL. Confinement and other psychosocial factors in perinatal depression: A transcultural study in Singapore. *Journal of Affective Disorders*. 2005 Dec;89(1–3):157–66. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
28. Raven JH, Chen Q, Tolhurst RJ, Garner P. Traditional beliefs and practices in the postpartum period in Fujian Province, China: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2007;7(1):8. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
29. Hundt GL, Beckerleg S, Kassem F, Jafar AMA, Belmaker I, Saad KA, et al. Women's health custom made: Building on the 40 days postpartum for Arab women. *Health care for women international*. 2000;21(6):529–42. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
30. Chin YM, Jaganathan M, Hasmiza AM, Wu MC. Zuo yuezi practice among Malaysian Chinese women: tradition vs modernity. *British Journal of Midwifery*. 2010;18(3):170–5. [[Google Scholar](#)]
31. Lang JB, Elkin ED. A study of the beliefs and birthing practices traditional midwives in rural Guatemala. *Journal of Nurse-Midwifery*. 1997;42(1):25–31. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
32. Kaewsarn P, Moyle W, Creedy D. Traditional postpartum practices among Thai women. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;41(4):358–66. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
33. Laderman C. Destructive heat and cooling prayer: Malay humoralism in pregnancy, childbirth and the postpartum period. *Social Science & Medicine*. 1987;25(4):357–65. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
34. Nahas V, Amasheh N. Culture Care Meanings and Experiences of Postpartum Depression among Jordanian Australian Women: A Transcultural Study. *Journal of Transcultural Nursing*. 1999;10(1):37–45. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
35. de Boer HJ, Lamxay V, Björk L, Institutionen för o, Uppsala u, Biologiska s et al. Steam sauna and mother roasting in Lao PDR: practices and chemical constituents of essential oils of plant species used in postpartum recovery. *BMC complementary and alternative medicine*. 2011;11(1):128. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
36. Chuthaputti A. Traditional Medicine in REPUBLIC OF INDONESIA2010. Available from: http://www.searo.who.int/entity/medicines/topics/traditional_medicines_in_republic_of_indonesia.pdf.
37. Beers S-J. *Jamu: the ancient Indonesian art of herbal healing*. Periplus Editions (HK) Limited; 2001. [[Google Scholar](#)]
38. Naser E, Mackey S, Arthur D, Klainin-Yobas P, Chen H, Creedy DK. An exploratory study of traditional birthing practices of Chinese, Malay and Indian women in Singapore. *Midwifery*. 2012;28(6):e865–e71. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
39. Fok D. Cross cultural practice and its influence on breastfeeding-the Chinese culture. *Breastfeed Rev*. 1996;4:13–8. [[Google Scholar](#)]
40. Reissland N, Burghart R. Active patients: The integration of modern and traditional obstetric practices in Nepal. *Social Science & Medicine*. 1989;29(1):43–52. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
41. Callister LC, Vega R. Giving birth: Guatemalan women's voices. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG*. 1998;27(3):289–95. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
42. DiMatteo MR, Kahn KL, Berry SH. Narrativas del nacimiento y el posparto: análisis de las respuestas de los grupos focales de nuevas madres. *Nacimiento (Berkeley, California)* 1993; 20 (4): 204–11. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]