

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología

Devenir madre en Alajuelita, elementos culturales de la vivencia de madres primerizas

Sustentante:

Bach. Silvia Herrero Rodríguez, A52775, (593)98346-8359, silviashr@gmail.com

Comité Asesor:

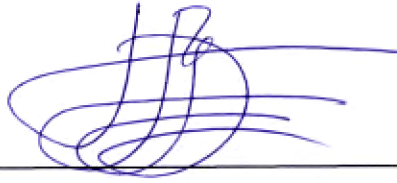
Dr. Mariano Rosabal-Coto, Director

Mag. Esteban Durán Delgado, Lector

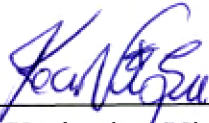
Mag. Mónica Berrocal Kriebel, Lectora

Agosto, 2023

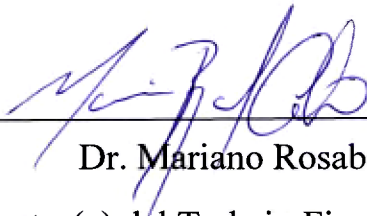
HOJA DE APROBACIÓN



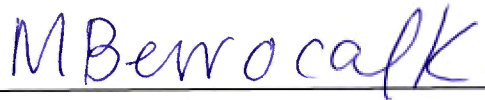
Dr. Jorge Sanabria León
Presidente del Tribunal Examinador



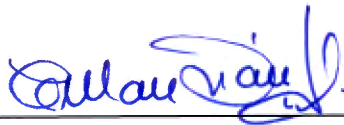
Lic. Katherine Vindas Sánchez
Profesor(a) invitad(a)




Dr. Mariano Rosabal Coto
Director(a) del Trabajo Final de Graduación



Mag. Mónica Berrocal Kriebel
Lector(a)



Mag. Esteban Durán Delgado
Lector(a)



Silvia Herrero Rodríguez
Sustentante

Dedicatoria

A Ceci, mi inspiración cotidiana para luchar por un mundo mejor.

A todas las mujeres que compartieron sus historias conmigo.

Agradecimientos

A todas las personas que participaron en el proceso de investigación, gracias por compartir sus relatos y sus vivencias.

A Mariano Rosabal-Coto, mi director de tesis, por saber escuchar mis inquietudes y ayudarme a construir un marco teórico y metodológico para concretizarlas en un estudio. Por presentarme a la necesidad de una psicología culturalmente sensible y la necesidad de desarrollar un conocimiento científico desde y para nuestras realidades culturales, sin imposiciones colonialistas. Por acompañarme y guiarme a lo largo de todo este trabajo y sin quien nada de esto habría sido posible. Por incentivar me a continuar desarrollándome y estudiando. ¡Muchas gracias profe!

A Esteban Durán Delgado, mi lector de tesis, por todas sus lecturas detalladas de mi trabajo, por sus recomendaciones y su acompañamiento a lo largo de todo el desarrollo de la investigación. Por su aliento y su confianza.

A Mónica Berrocal, mi lectora de tesis, por creer en mí luego de tantos años, por siempre escucharme y sacar tiempo para ayudar a orientarme profesionalmente. Por aceptar ser mi lectora al final del proceso y aun así leer con detenimiento y hacer aportes importantes en mi trabajo.

Al CEN-CINAI por su colaboración en la obtención de la muestra y por su disposición de aportar y apoyar el desarrollo del conocimiento científico en nuestro país.

A mi mamá y mi papá por haberme apoyado a lo largo de la vida, pero principalmente por su apoyo a partir de tornarme mamá y querer volver a estudiar psicología. Y a Mau, mi hermano, por siempre apoyarme y alentarme a ser lo que yo quiero.

A Gui, mi compañero de vida, por tener la paciencia de aprendernos a apoyarnos en cada uno de los nuevos capítulos de nuestra vida juntos(as) y por querer hacerlo. Por estar a mi lado, acompañarme y apoyarme en mi proceso de re-encuentro conmigo misma.

A Diana, mi hermana de la vida, para quien no me alcanzan las palabras para agradecer todo lo que me ha dado. Su compañerismo, su solidaridad, su empatía, su cariño, el compartir sus experiencias y su apoyo al estudio de las maternidades, su mirada feminista y crítica frente a la realidad han sido claves para este trabajo.

A Nati R. por acompañarme con su amistad desde hace más de 20 años, pero sobretodo en el transitar la maternidad y todo lo que esto ha traído a nuestras vidas, incluyendo esta tesis.

A mis suegros y a Sofi, quienes me han apoyado a lo largo de toda la odisea de volver a la universidad con 33 años y una hija.

A Amanda Mesén y Melissa Hernández, cuyos aportes desde el feminismo me permitieron abordar con mayor profundidad las realidades de las maternidades estudiadas. A Melissa, además, por su trabajo y colaboración en la conceptualización de la violencia obstétrica, así como las demás categorías desarrolladas en este trabajo.

A Helga Arroyo, por presentarme a la comunidad de Alajuelita y ayudar a abrirme las puertas de la misma. Por volver a creer en mí después de tantos años.

A Ana Serrano, Montse Blanco y Julie Gamboa, por su apoyo, impulso y compañerismo en el estudio de las maternidades en Costa Rica. También a Montse por su ayuda en el desarrollo de las categorías de análisis del estudio.

A la Dra. Sandra Vargas por todas sus contribuciones por hacer los nacimientos en Costa Rica más humanizados y su interés en desarrollar conocimiento científico en Costa Rica sobre las

vivencias de las madres y su salud, mental y física. Por creer en mí y por su impulso para desarrollar esta tesis.

A Glori Araya, por el impulso inicial para plantearnos la posibilidad de terminar la licenciatura. Por discutir, compartir e investigar las necesidades de producción de conocimiento sobre maternidades en Costa Rica.

A todas mis amigas y familiares que me han apoyado en este proceso. Sin el apoyo de cada una de estas personas, la tesis tal vez no estaría aquí hoy. ¡Muchas gracias!

Contenido

Resumen.....	10
Introducción	11
Capítulo I: Marco Teórico-Conceptual de Referencia	15
Antecedentes	16
Antecedentes Internacionales	16
Antecedentes Nacionales	23
Síntesis de antecedentes:	28
Marco Teórico-Conceptual:	29
Psicología del desarrollo: visiones críticas.....	30
Conceptos desde la psicología cultural del desarrollo.....	33
Psicología Perinatal	36
Capítulo II: Planteamiento del problema	44
Problema:	44
Objetivos:	44
Objetivo general:	44
Objetivo específicos:	44
Capítulo III: Marco Metodológico	45
Diseño Metodológico	45
Características de la Población y Definición de la Muestra.....	46
Técnicas e Instrumentos para la Recolección de la Información	48
Descripción del Procedimiento para la Sistematización y Análisis de la Información.....	49
Criterios para Garantizar la Calidad.....	52
Protección de las Personas Participantes.....	54
Capítulo IV: Resultados	55
Observación de la Comunidad	55
Características Sociodemográficas de las Personas Informantes Claves	58
Categorías en las entrevistas a las personas informantes claves	61
Las creencias sobre maternidad en las personas informantes claves (IC).....	61
Creencias sobre el embarazo de las personas IC	72

Creencias de las IC sobre el Parto	75
Creencias de las personas IC sobre el Posparto (PP).....	77
Creencias de las IC sobre la Alimentación y Lactancia	86
Creencias de las IC sobre Sexualidad.....	90
Características Sociodemográficas de las Mujeres Madres Entrevistadas	94
Categorías en las Entrevistas a las Mamás Primerizas en Alajuelita	96
Creencias sobre maternidad.....	103
Creencias sobre embarazo	111
Prácticas en el Embarazo.....	115
Creencias sobre el parto.....	124
Prácticas en el Parto.....	128
Creencias sobre el posparto (PP).....	139
Prácticas en el PP.....	143
Creencias sobre la lactancia y la alimentación	153
Prácticas relacionadas a la lactancia y la alimentación	156
Capítulo V: Análisis de resultados	162
Maternidad como Evento Bio-Psico-Social en Alajuelita desde la Perspectiva Ecosistémica del Ciclo Vital de la Mujer.....	162
El Microsistema.....	163
El Mesosistema.....	176
El Exosistema	187
El Macrosistema	190
El Cronosistema.....	192
La Maternidad como Evento Bio-Psico-Social desde la Perspectiva del Ciclo Vital de la Mujer	195
Cultura, Elementos Culturales y Maternidad	198
Violencia Obstétrica	198
Maternaje Intensivo, Estrés Parental y Mecanismos de Supervivencia en la Adversidad. .	202
Capítulo VI: Conclusiones	209
Capítulo VII: Limitaciones	217
Limitaciones de Accesibilidad	217

Limitaciones Metodológicas	218
Capítulo VIII: Relato de la experiencia	220
Capítulo IX: Recomendaciones	224
Referencias	226
ANEXOS.....	233
Anexo 1: Entrevista a Informantes Claves	233
Anexo 2: Entrevista a Madres	235
Anexo 3: Consentimiento Informado.....	237

Índice de tablas

Tabla 1 Datos Sociodemográficos de las Personas Informantes Claves.....	59
Tabla 2 Definición de Categorías y Subcategorías en Entrevistas a Informantes Claves (IC).....	62
Tabla 3 Características Sociodemográficas de las Mamás.....	95
Tabla 4 Definición de Categorías y Subcategorías en Entrevistas a Mamás.....	98
Tabla 5 Análisis de Partos.....	130
Tabla 6 Intervenciones en parto y frecuencia.....	133
Tabla 7 Causas del sufrimiento en el parto.....	135
Tabla 8 Tiempo de lactancia por mamá.....	160

Índice de Figuras

Figura 1: Categorías y subcategorías de los elementos culturales en las narrativas de las mamás ubicadas en el microsistema.....	164
Figura 2: Categorías y subcategorías de los elementos culturales en las narrativas de las personas IC ubicadas en el microsistema.....	166

Figura 3: Categorías y subcategorías de los elementos culturales en las narrativas de las mamás
ubicadas en el mesosistema.....180

Figura 4: Categorías y subcategorías de los elementos culturales en las narrativas de las personas
IC ubicadas en el mesosistema.....181

Figura 5: Lectura ecosistémica de devenir madre en Alajuelita197

Glosario de siglas

- CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social
- EBAIS: Equipo básico de atención integral en salud
- GAM: Gran área metropolitana
- IC: Informante Clave
- IDHc: Índice de Desarrollo Humano Cantonal
- PP: Posparto
- UNFPA: Fondo de población de las Naciones Unidas
- VO: Violencia Obstétricas

Resumen

La presente tesis buscó explorar los elementos culturales que se expresan en la vivencia subjetiva del proceso de transformación que se da en las mujeres al convertirse en madres por primera vez en Alajuelita, Costa Rica. Parte de un enfoque crítico a la psicología del desarrollo, buscando hacer un aporte para el desarrollo de la psicología perinatal culturalmente sensible en nuestro país. Así, es una investigación con un enfoque cualitativo y un alcance exploratorio. Para este fin, se entrevistaron a diez mamás primerizas costarricenses de la comunidad de Alajuelita, seis personas informantes claves y se realizaron dos sesiones de observación participante. Por medio de la metodología de teoría fundamentada se construyeron categorías de elementos culturales a partir de las narrativas de las personas entrevistadas. Se realizó un análisis ecosistémico de las entrevistas. Se concluye a partir de los relatos de las vivencias que, a pesar de las contradicciones, las maternidades en la comunidad son frecuentemente espacios de resistencia al sistema capitalista y colonial. Además, existen una serie de elementos culturales específicos de la comunidad de Alajuelita en el proceso de devenir madres, confirmando el *familismo* como característica de la comunidad y la existencia de variaciones culturales de los estilos de maternaje, con el maternaje intensivo como una de las alternativas existentes, no la única. Por último, la violencia obstétrica emergió como una de las prácticas culturales que como sociedad se ejercen sobre las mamás en su proceso de devenir madres.

Introducción

Este documento consiste en una Tesis para optar por el grado de licenciatura en psicología en la Universidad de Costa Rica. El objetivo general es explorar los elementos culturales que se expresan en la vivencia subjetiva del proceso de transformación que se da en las mujeres al convertirse en madres por primera vez en Alajuelita, Costa Rica. Se busca abordar el tema de devenir madres por ser esta una de las principales crisis del ciclo vital de las mujeres que son madres.

Los cambios por los que pasan las mujeres cuando son madres son un proceso que involucra elementos biológicos, psicológicos y culturales. Sin embargo, existen líneas de investigación que promueven una única forma de criar y ejercer el parentaje en la especie humana, lo que se llama *natural parenting*, *intensive mothering* o *attachment parenting*. Tal modelo de maternaje se asocia a muchas horas de contacto físico, lactancia prolongada, colecho, entre otros elementos. (Schon & Silvén, 2007). Es decir, se establece un deber ser de la maternidad a partir de argumentos exclusivamente biológicos. No obstante, es importante tomar en cuenta que el acto de parir (si es esto lo que nos transforma en madres) tiene un componente biológico importante, pero cómo parimos, lo que esto significa y los procesos psíquicos y sociales que se desencadenan a partir de este momento son determinados por la sociedad y la cultura. (Rippeyoung, 2013).

El presente estudio se encuentra ubicado en este límite, entre biología y cultura y las especificidades de la transformación por la cual pasan las mujeres al volverse madres en Costa Rica. Particularmente, en la comunidad de Alajuelita. Este elemento aún no ha sido estudiado desde esta perspectiva en Costa Rica. Para determinar el lugar donde se va a realizar la investigación, tomamos en cuenta la diferencia entre nación y cultura, entendiendo que existen diferentes grupos culturales dentro de un mismo territorio nacional. (Rosabal-Coto, 2012; Otto &

Keller, 2014). Existen algunos estudios que se han realizado en la Gran Área Metropolitana (GAM) con población de escolaridad alta sobre parentaje intensivo (Fallas & Solís, 2020), que analiza especificidades culturales del parentaje en este grupo. Sin embargo, no hay este tipo de estudios en grupos de menor escolaridad. Por esto, se opta por realizar esta investigación en Alajuelita, una comunidad donde sólo 14.2% de la población tiene educación superior completa y el 76.6% de la población económicamente activa trabaja en el sector servicios. (Programa Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible, 2013). Estos datos pueden haber cambiado dada la pandemia, sin embargo, son el último estudio disponible de las características sociodemográficas de la región.

Como lo han demostrado los estudios desde la psicología cultural de desarrollo, frente a necesidades humanas universales, como el apego o el estilo de parentaje, existen diversas respuestas culturales y es necesario comprender esta diversidad para no leer los fenómenos psicológicos en todas las culturas a través de una única norma cultural. Por ejemplo, considerar la clasificación de los estilos de apego de Ainsworth (1985) como la regla para medir toda la población mundial lleva a usar criterios de la cultura occidental de los países industrializados, específicamente aquellas expresiones en las clases medias de estos países (que es donde se desarrollaron los estudios para establecer dicha teoría) en realidades donde esto no necesariamente es coherente con el contexto. (Otto & Keller, 2014; Rosabal-Coto et al., 2017). Específicamente en Costa Rica, se ha investigado sobre estilos de parentaje, apego, estrés y *burnout* parental desde la perspectiva de la psicología cultural de desarrollo, pero no se ha ahondado aún sobre la vivencia específica de las mujeres que se transforman en madres. (Rosabal-Coto, 2012; Tapia, Sanabria & Rodríguez, 2019; Fallas & Solís, 2020). De allí la importancia del presente estudio.

Para realizar esta investigación, se trabajó con una metodología cualitativa porque interesa conocer la narrativa de la experiencia subjetiva de las personas participantes. Específicamente, se utilizó la teoría fundamentada como metodología. Se utilizó esta metodología ya que, en nuestro contexto, el tema de estudio no ha sido completamente desarrollado y se necesita más exploración para incrementar la comprensión. (Corbin & Strauss, 2015). De esta forma, se realizaron entrevistas a profundidad a 10 mamás primerizas costarricenses con hijos o hijas mayores de 1 año que viven en el cantón de Alajuelita. Se llegó a estas mujeres por método de bola de nieve a través de contactos estratégicos de la investigadora. En la teoría fundamentada, cuando comienza la recolección de datos, se inicia el proceso de codificación y comparación constante. Para este propósito se utilizó como apoyo el programa de análisis de datos cualitativos Atlas.ti. Se trabajó con un muestreo conceptual en el análisis tomando como eje para la saturación conceptual los elementos culturales que se expresan en la vivencia de la maternidad.

A partir de las entrevistas realizadas, los elementos culturales que surgieron fueron categorizados en creencias y prácticas sobre la maternidad en general y sobre el embarazo, parto, posparto y lactancia y alimentación. En total se obtuvieron nueve categorías de las entrevistas a las mamás y seis de las entrevistas a las personas informantes claves. De esta manera, fue posible describir tendencias de creencias y prácticas en cada uno de estos aspectos a partir de los relatos de las personas entrevistadas. En términos generales, las maternidades se dan en la adolescencia o adultez temprana, entre las mujeres entrevistadas, pocas se dieron en el marco de relaciones estables. Las maternidades no siempre son deseadas ni planeadas, sin embargo, las mujeres son obligadas a aceptarla. El entorno las acepta casi siempre de entrada, muchas veces sin importar la edad de las mamás. Un elemento cultural que destacó en los resultados es la presencia de violencia obstétrica en casi todos los procesos de atención al embarazo, parto y posparto. Además, de las

intervenciones rutinarias. También destacó el hecho de compartirse muchas prácticas asociadas al maternaje intensivo, sin ser un elemento de defensa ideológica. Estas prácticas aparecen como prácticas para sobrellevar sus maternidades en contextos muchas veces adversos. A partir de esta entrada a veces forzada en la maternidad y a pesar de la ambivalencia presente en la experiencia materna, las maternidades de las mujeres terminan representando espacios de resistencia a la deshumanización capitalista y colonial.

En seguida, se presenta la investigación dividida en ocho apartados. El primero es el marco teórico-conceptual de referencia, el cual está dividido en los antecedentes y el marco teórico-conceptual. A continuación, se encuentra el planteamiento del problema, junto con la formulación del problema de investigación, el objetivo general y los objetivos específicos. Luego se explica el diseño metodológico con la respectiva descripción del tipo de estudio, el diseño metodológico, las características de la población y definición de la muestra, la definición de las técnicas e instrumentos para la recolección de los datos o la información, la descripción de las estrategias para la sistematización y el análisis de los datos o la información, los criterios para garantizar la calidad y los procedimientos para la protección de las personas participantes. A seguir, se presentan los resultados de la investigación, detallando los resultados de las observaciones, así como las categorías que emergieron de las entrevistas a personas informantes claves y a madres primerizas. Luego, se analizan los resultados a la luz de la teoría. Primero, se presenta un análisis ecosistémico del devenir madre en Alajuelita. Segundo, se analizan una serie de elementos culturales presentes en el devenir madre en esta comunidad. A continuación, se presentan las limitaciones del estudio, el relato de la experiencia subjetiva de la investigadora, las conclusiones del trabajo y las recomendaciones. Finalmente, se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

Capítulo I: Marco Teórico-Conceptual de Referencia

El marco de referencia está compuesto, en primer lugar, por los principales antecedentes internacionales y nacionales de nuestra investigación. Aquí se debaten sus principales aportes y los faltantes que de ellos se derivan. En primer lugar, se presentan los antecedentes internacionales sobre varios conceptos relacionados a tendencias culturales en las vivencias de las maternidades que queremos estudiar desde el área de la psicología cultural de desarrollo y la psicología perinatal. Además, de un estudio sobre violencia obstétrica a nivel internacional.

En seguida, se exponen algunos antecedentes nacionales en estos dos ámbitos. Por un lado, estudios sobre tendencias culturales en las vivencias del parentaje, a falta de estudios específicos sobre maternidades desde este enfoque que trabajen los conceptos que nos interesan en la investigación. Por otro lado, tomando en cuenta que la psicología perinatal como área de conocimiento aún no se ha establecido en nuestro país se presentan los estudios sobre maternidad existentes desde la psicología. A la luz de los resultados de la investigación, se vio la necesidad de incorporar el único estudio sobre violencia obstétrica en el país desde la psicología. De esta forma, se determinará el estado de la cuestión relacionado al tema de la presente investigación en Costa Rica. Se concluye esta sección con una síntesis integradora de los antecedentes.

En segundo lugar, se presenta el marco-teórico conceptual, el cual fue reestructurado y enriquecido a partir del proceso de investigación. Así, se presenta una crítica a la psicología del desarrollo desde la perspectiva de la psicología cultural del desarrollo y de Burman (2007). A su vez, se definen los conceptos de cultura, elemento cultural, parentaje, maternaje intensivo y estrés parental. A continuación, se toman conceptos y perspectivas de la psicología perinatal. En primer lugar, clarificando que no hay un marco teórico único en esta área y asumiendo un modelo ecosistémico. Así, se define la perspectiva bio-psico-social de la maternidad y la misma como un

life event. Como parte del modelo ecosistémico, se destaca el contexto. Así, se relata la medicalización del proceso de hacerse mamá y se define violencia obstétrica, adoptando la perspectiva del feminismo decolonial. Esta es, a su vez, coherente con las críticas realizadas a la psicología del desarrollo.

Antecedentes

Antecedentes Internacionales

Entre los principales antecedentes internacionales de la presente investigación tenemos dos ámbitos: por un lado, el estudio de algunas tendencias culturales relacionadas a la vivencia de la maternidad en contextos culturales específicos; por otro lado, la psicología perinatal que se ha dedicado a estudiar el proceso de embarazo, parto y posparto en las mujeres y el desarrollo de la infancia temprana, como el establecimiento del vínculo mamá-bebé. Incluimos la violencia obstétrica en el apartado de la psicología perinatal, al ser un elemento en el proceso del parto. En el presente estudio, se toman estas dos áreas de investigación como antecedentes por el interés de abordar la vivencia de las madres de su propia transformación desde la perspectiva de la psicología cultural del desarrollo, proceso que inicia en el período perinatal.

Tendencias culturales en la vivencia de la maternidad en diferentes contextos

En este apartado, se presentan cuatro estudios sobre la vivencia de la maternidad que abordan varios conceptos en contextos culturales específicos que nos interesa tener como referencia inicial en nuestra investigación. Un estudio en Chile sobre *intensive mothering* o maternaje intensivo, un estudio realizado en París y Londres sobre *attachment parenting* o crianza con apego en usuarias de La Leche League y una investigación en España sobre crianza con apego

y las prácticas de búsqueda de información de las madres que adhieren a este estilo de parentaje. Por último, se presenta un estudio sobre el burnout parental o agotamiento parental y su relación con los estilos de parentaje. Es importante destacar que los conceptos de estilos de parentaje o maternaje que serán abordados son tendencias culturales que se han comenzado a identificar.

El estudio realizado en Chile por Murray (2014) encontró diferencias en la concepción de maternidad y por ende la vivencia de esta dependiendo de la clase social y del nivel educativo. Este estudio etnográfico con 16 mujeres entre 26 y 34 años que iban a parir durante el período 2010-2011 en Santiago, Chile encontró que el concepto de maternaje intensivo¹ (Schon & Silvén, 2007; Rippeyoung, 2013; Rosabal-Coto et al., 2017), no se vivía igual entre los distintos grupos. Los sectores medios querían más rápidamente su independencia de los bebés, comparado a las mamás de clase media-baja y baja. Igualmente, esto tiene resonancia sobre la vivencia de la lactancia. También, las mamás de clase media sentían la necesidad de justificar sus límites al maternaje intensivo, mientras que las mujeres de clase media-baja y baja no lograban costear la toma de decisiones relacionadas con una autorrealización más allá de la maternidad. Así, se vio la influencia del maternaje intensivo en todas las clases, sólo que de forma diferenciada. Este estudio remarca la importancia de analizar de forma no lineal la relación entre clase-poder, maternidad, maternaje intensivo y desigualdad.

En este mismo sentido, Faircloth (2013) llevó a cabo una investigación con madres que participaron en los grupos de apoyo de La Leche League (LLL) en el período 2006-07, en París y Londres. Ella llevó a cabo una observación participante en estos grupos y luego entrevistó a 26 mujeres y a 13 líderes de LLL. Les entrevistó sobre su filosofía de parentaje y la experiencia de lactancia. Luego, realizó una pequeña encuesta con una escala de temas derivados de las entrevistas

¹ Ver pp.34-35 para una definición completa de maternaje intensivo.

con las madres para validar sus resultados. A través de su investigación, la autora debate cómo la cultura de hecho moldea la naturaleza y en el caso de la maternidad, se exige cada día más de las madres. Se desconfía de personas ajenas para el cuidado de los y las bebés y en el grupo específico entrevistado, la lactancia extendida y la crianza con apego² (Rippeyoung, 2013; Rosabal-Coto et al., 2017) se vuelven dos elementos que estructuran la propia identidad de las madres. Al ser este grupo de mujeres de clase media, se considera que expresan los valores sociales de la importancia del maternaje intensivo.

Por su parte, Montesi (2015) realizó una investigación con 15 madres de varias comunidades autónomas de España que adhieren a la crianza con apego, la cual busca fundamentarse en información. Sus resultados demostraron que al transformarse en madres cambia la percepción de sí mismas y para ir adaptándose a los propios procesos de sus hijos(as) ellas van buscando información para saber qué hacer. Principalmente, porque la crianza con apego se entiende como una alternativa menos popular, comparada con las alternativas dominantes o más tradicionales como el conductismo. Uno de los resultados muestra que, dada la cantidad de información conflictiva existente, normalmente se comparte la información sólo entre personas que comparten las creencias. De esta forma, como no hay información clara, entra a jugar el subjetivismo a la hora de buscar y escoger las informaciones.

Al analizar los estudios aquí presentados, se ve que el maternaje intensivo requiere de un gran esfuerzo de la madre específicamente, lo que lleva a preguntarse hasta qué punto es viable practicarlo en cualquier contexto sin que llegue a ser perjudicial. El agotamiento parental³ (Mikolajczak, Gross, & Roskam, 2019) es un fenómeno específico relacionado a la exposición por tiempos prolongados al estrés parental. Mikolajczak & Roskam (2018) llevaron a cabo un estudio

² Ver página 35 para una definición completa de crianza con apego.

³ Ver p. 36 para una definición de agotamiento parental más completa.

longitudinal con 923 padres y madres que sugieren que la teoría de Equilibrio entre Riesgos y Recursos que ellos desarrollaron es un marco significativo para predecir el agotamiento parental. El agotamiento parental resulta de una falta de equilibrio entre riesgos, es decir, factores que promueven el estrés parental, y recursos, o factores que alivian el estrés parental. En este caso específico, los factores que predicen específicamente el agotamiento parental (es decir, no son compartidos con el agotamiento laboral), son aquellos específicos a los riesgos y recursos relacionados al parentaje como las prácticas de parentaje o el co-parentaje. A pesar de que para cada padre y/o madre los factores en juego van a responder a su historia personal y su contexto, este mecanismo de falta de equilibrio sí parece explicar la dinámica en todos los casos.

Los estudios a nivel internacional sobre tendencias culturales de la maternidad aquí presentados se han enfocado específicamente en el maternaje intensivo. Sus características relacionadas a la crianza con apego, la búsqueda de fuentes de información para justificar sus prácticas, la lactancia extendida realmente establece un panorama que puede resultar difícil de mantener en la sociedad capitalista. De allí que el agotamiento parental resulte un elemento importante para analizar la vivencia de las maternidades. Hasta qué punto las prácticas relacionadas al maternaje intensivo son viables y de hecho promueven la salud mental de las mujeres y las familias como un todo es una de las preguntas que resta por responder. Fuera del estudio chileno, los otros estudios sobre maternidad intensiva se sitúan en países desarrollados. Además, dicho estudio presenta rasgos de maternaje intensivo en diferentes clases sociales. En este sentido, cobra relevancia saber hasta qué punto el maternaje intensivo es una práctica generalizada por clases sociales y niveles educativos, o no en países de otras regiones del mundo, pues ha sido relacionado tendencialmente a sectores urbanos con niveles educativos altos.

Psicología Perinatal

La psicología perinatal es el área de la psicología que trabaja con el embarazo, parto y posparto. En realidad, se considera como parte de la psicología de la infancia temprana, pero involucra también el estudio y acompañamiento de la madre durante este período. Esta área se ha desarrollado principalmente en EE. UU., España y Argentina. Algunos otros países como México, Chile o Brasil también han iniciado recientemente. En este apartado, se incluye lo desarrollado por Alicia Oiberman (Oiberman & Galindez, 2005; Oiberman, Santos & Nieri, 2011) en Argentina e Ibone Olza (Fernández & Olza, 2020; Olza et al., 2020) en España, ambas pioneras del tema en sus países. Se optó por no incorporar los estudios norteamericanos, pues están más orientados a la psicología de la salud, estudiando por ejemplo los trastornos anímicos y de la ansiedad en el período perinatal, no tanto al proceso de vivencia de la transformación que se da en las mujeres al convertirse en madres. Es interesante, sin embargo, que varias de las terapias basadas en evidencia que se utilizan en EE. UU. cuando aparecen desórdenes del ánimo en el posparto son basadas en la teoría del apego, como el Security Circle, o la Interpersonal Psychotherapy. (PSI, 2021). A continuación, se presentan dos estudios de las autoras antes mencionadas. También se incluye un estudio sobre violencia obstétrica

Oiberman & Galindez (2005) realizaron una investigación para desarrollar una entrevista que pudiera incorporar los elementos psicosociales en el momento del parto para ser incorporada en el historial clínico neonatal. De hecho, a partir de 1999, fue transformada en un instrumento de lectura óptica sencilla por parte del equipo médico. La entrevista tomó en cuenta no sólo la situación de la mujer, sino la familia, la situación socioeconómica, la actitud hacia el último embarazo y su impacto en el nacimiento, problemas en embarazos anteriores y otros temas que surgieron. Se realizó en 2.087 mamás sanas internadas con bebés sanos y a mamás sanas con bebés

internados por prematuridad o alguna otra patología. Esto se llevó a cabo entre los años 1996 y 2002 en el Servicio de Neonatología del Hospital “Ana Goitía” en Argentina.

El estudio demostró la importancia de tomar en cuenta estos elementos psicosociales del nacimiento para la atención médica, ya que muchas veces se trabaja sin comprender lo que significa el parto para las mujeres, lo cual lleva a una crisis con el equipo de salud. Es importante destacar que las autoras del estudio definen la crisis a la cual se enfrentan todas las madres luego del parto con hijos(as) internados es de doble carácter, una crisis vital y una circunstancial (transformarse en madres y la internación de su bebé), lo que lleva a angustia y ansiedad. Cuando las mujeres buscan ayuda de los médicos, estos pedidos muchas veces tienen elementos psicológicos que ellos no logran entender o traducir para ayudar. Al mismo tiempo, las mujeres sin el apoyo de los y las psicólogas neonatales no logran introducir la palabra y expresar lo que este proceso significa. Con la entrevista perinatal en el posparto inmediato lograron facilitar este proceso.

Por su lado, Olza et al. (2020) publicaron recientemente un estudio sobre los procesos neurohormonales que controlan los aspectos fisiológicos del parto y el nacimiento, que también afectan la experiencia subjetiva del mismo. Los autores integraron los resultados de dos revisiones sistemáticas anteriores para elaborar este nuevo modelo del nacimiento. Uno, relacionado a los niveles de oxitocina durante el parto y otra, una meta-síntesis de experiencias subjetivas de mujeres en el parto fisiológico. Se encontró que la experiencia fisiológica del parto puede sí afectar la transición a la maternidad de forma óptima o no. Igualmente, el apoyo social para reducir el estrés y el dolor en el parto tiene una importancia para los aspectos fisiológicos de la vivencia, al punto que las autoras consideran necesario repensar varios aspectos del cuidado en las maternidades modernas.

Durante el proceso de devenir madre, hay un tipo de violencia que se puede sufrir llamada violencia obstétrica (VO). Azevedo, Furtado de Souza, Wanderlei de Azevedo y Almeida (2021) analizaron las principales formas de VO que sufren las mujeres en América Latina. Las personas autoras realizaron una revisión de bases de datos y sistematizaron la información encontrada. Así, definen la violencia obstétrica como distintos tipos de violencia y daños que cometen los profesionales de la salud en la asistencia perinatal. Ellas sistematizan la VO en seis tipos de violencias diferentes que la componen: abuso físico, imposición de intervenciones no consentidas y/o no bien explicadas, prácticas que no respetan la privacidad de la mujer, abuso verbal, discriminación y abandono, negligencia o negación de la atención. A partir de su investigación establecen que se presenta como violencia de género y violencia institucional en la cual se ve el cuerpo de la mujer como objeto y se imposibilita la manifestación de su autonomía. Además, se plantea que la violencia obstétrica es poco discutida y reconocida como tal, tanto por las personas profesionales como por las víctimas.

Como se puede ver, el desarrollo de la psicología perinatal que incorpore la perspectiva del proceso de la mujer en su transformación es aún incipiente. Principalmente, las prácticas en la mayoría de los centros de salud no incorporan este elemento como parte del proceso a ser atendido a la hora del parto. Los estudios concluyen que es un período de vulnerabilidad para la mujer y que concentra una de las principales crisis vitales para quien se transforma en madre, además de crisis circunstanciales que puedan acompañar. El período perinatal, incluyendo el parto, va a ser determinante para la vivencia de esa maternidad. Es decir, en la transformación que viven las mujeres que se convierten en madres está presente la biología, pero también la cultura.

Antecedentes Nacionales

En el ámbito nacional, la psicología cultural del desarrollo ha estudiado las particularidades culturales relacionadas al parentaje, los estilos de apego, el estrés y el burnout parental. A continuación, se presenta una breve síntesis de dos estudios recientes que están relacionados con tendencias culturales presentes en la vivencia de la parentalidad, pues muestran cómo cada uno de estos temas, que parecen ser problemas universales en el proceso de transformarse en madre/padre, varían de acuerdo con la cultura. Luego, se exponen brevemente algunos estudios que pueden ser considerados antecedentes de una psicología perinatal costarricense, incluyendo violencia obstétrica. De esta forma, se presenta un estado de la cuestión de ambas áreas en el territorio nacional.

Tendencias Culturales en la Vivencia de la Parentalidad en Costa Rica

La psicología cultural del desarrollo, que se preocupa por las especificidades culturales en la psicología, no ha abordado directamente el devenir madre en Costa Rica. Sin embargo, se han estudiado las especificidades del parentaje en diferentes contextos costarricenses. Esto se ha llevado a cabo principalmente desde los programas de investigación del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la UCR. A continuación, presentamos dos estudios que se han realizado en los últimos años y que abordan elementos relacionados a especificidades culturales y la vivencia de la maternidad. Por un lado, el agotamiento parental y por otro, el parentaje intensivo y el estrés parental.

Tapia, Sanabria y Rodríguez (2019) están estudiando el fenómeno del burnout o agotamiento parental en Costa Rica como parte de una investigación internacional de dicho fenómeno. Los autores en este caso seleccionaron una muestra intencional de madres y padres en centros educativos y aplicaron un cuestionario a los y las participantes. Los análisis descriptivos, de

regresión y varianza encontraron baja prevalencia de agotamiento parental. Los autores indican la necesidad de mayor investigación. Principalmente, con muestras más controladas y realizando comparaciones entre grupos con distintas características sociales y educativa.

Sin embargo, complementando los resultados del estudio anterior, Fallas y Solís (2020) desarrollaron un estudio, como parte del proyecto del IIP, sobre rasgos de parentaje intensivo en la GAM y su relación con el estrés parental. Es decir, las investigadoras trabajaron no directamente con el agotamiento, sino el estrés. Para este fin, realizaron una entrevista semiestructurada y aplicaron la escala de Índice de Estrés Parental a treinta familias de la GAM con un nivel educativo alto y con hijas e hijos entre los seis y los diecinueve meses. Las autoras concluyeron que entre más rasgos de parentaje intensivo estén presentes, mayor es el estrés parental. Así mismo, ellas recalcan la importancia del nivel educativo y el contexto urbano para la adopción de este estilo de parentaje.

Tanto el agotamiento parental como el estrés parental son fenómenos relacionados a la vivencia de la maternidad. Sin embargo, no la abordan directamente. Además, se utilizaron metodologías de investigación que difícilmente van a permitir ahondar en los aspectos subjetivos de las vivencias de las participantes. También, ambos estudios presentados demuestran límites con respecto a la muestra. Por su parte, Tapia, Sanabria y Rodríguez (2019) indican la necesidad de muestras más controladas para poder profundizar el estudio del agotamiento parental. Fallas y Solís (2020), a su vez, se concentraron en una muestra con nivel educativo alto, lo cual también limita el grado de generalización posible a partir de su investigación para el conjunto de la sociedad costarricense. En este sentido, no sólo queda por investigar la vivencia de las madres en sí, sino que además se necesita trabajar con muestras de otros sectores sociales y grupos culturales, así como la utilización de metodologías que permitan explorar más elementos de la subjetividad.

Psicología Perinatal

Aún no se puede hablar de una psicología perinatal como área de desarrollo del conocimiento y práctica en Costa Rica. Existen apenas algunas profesionales aisladas que dicen ser psicólogas perinatales en sus prácticas profesionales privadas, sin embargo, no es parte de los currículums de las carreras de psicología del país, no existe ninguna especialidad o posgrado en el área, ni ningún programa de investigación. En ese marco, existen algunas investigaciones relacionadas con la maternidad desde la psicología, todas desarrolladas como trabajos de conclusión de curso, tesis de maestría o doctorados. Así, el psicoanálisis ha comenzado a indagar el tema, al igual que la psicología de la salud y la psicología social. También existen líneas de investigación de estudios de género, estudios históricos y antropológicos sobre maternidad. Desde el área de la salud, existen estudios realizados desde el área de enfermería y la psiquiatría. Sin embargo, consideramos en este apartado exclusivamente los estudios desde la psicología como área del conocimiento. A continuación, se presentan los cuatro principales estudios que se han realizados desde la psicología sobre el tema de la maternidad. Además, dado que fue un emergente en el proceso de investigación, se incluyen el único estudio publicado desde la psicología sobre violencia obstétrica en el país, al ser esta un tipo de violencia que afecta a las mujeres en su devenir madres.

El primer estudio que vamos a abordar es de Valladares (1997), el cual es una referencia para la producción de conocimiento sobre el tema de maternidad hoy (por ejemplo, es uno de los marcos de referencia para Angulo-Sandoval & Solís-Rodríguez (2019)). En su tesis de maestría, Valladares (1997) realizó un estudio sobre el mito social de la maternidad, su transmisión intergeneracional y cómo esto influye en la satisfacción de las madres. La autora realizó entrevistas a profundidad e historias de vida con una metodología de análisis hermenéutica y una metodología

de análisis de la experiencia con 24 mujeres de Palmares y San Ramón, Alajuela. En su estudio, constató que la construcción social de la maternidad dista mucho de la vivencia de maternidad de las mujeres, lo que les genera angustias y vivencias en soledad. Igualmente, vio un cambio a lo largo de las generaciones. Sin embargo, el ideal de la madre sacrificada, abnegada, con un enfoque naturalista de un instinto maternal, continuaban presentes en la sociedad. La autora estableció la necesidad de continuar estudiando el tema.

Desde el psicoanálisis, Chacón (2008), en su tesis doctoral, abordó la pregunta de por qué a algunas mujeres la maternidad las enloquece y a otras no. Su investigación se basó en el análisis de tres casos, uno literario y dos casos de relatos de mujeres de Costa Rica, en su devenir madres. Trabajó con la clínica diferencial de psicosis, específicamente, dos resultados posibles de esta: el delirio psicótico y el acto infanticida. Sus reflexiones a partir de los análisis de caso llevan a comprender la psicosis como la fusión indiferenciada entre madre e hija(o), es decir, la no instauración de la separación a ser realizada por el Nombre-del-Padre, en términos lacanianos. La autora cuestiona cómo la sociedad capitalista globalizada lleva hacia la mismidad, en palabras de Žižek, lo cual dificulta aún más esta separación. Plantea, a partir de esto, la necesidad de la ética de la diferencia, dado que la mismidad lleva a la destrucción.

Los dos estudios citados anteriormente se contrastan desde sus enfoques teóricos, pero no dejan de plantear el elemento colectivo y social de la vivencia de la maternidad. A propósito de esto último, Angulo-Sandoval & Solís-Rodríguez (2019) desarrollaron una investigación para su tesis de graduación de licenciatura que buscaba analizar las vivencias de las maternidades en mujeres con hijas o hijos con diagnósticos de trastornos por espectro autista. Las autoras realizaron una investigación cualitativa a partir de cinco estudios de caso desde un enfoque feminista. Realizaron entrevistas a profundidad, recopilación de documentos personales, sesiones de

observación y una sesión grupal para triangular la información obtenida. Con base en el estudio, concluyen que desde la infancia temprana se moldean los roles de género a través de la socialización, lo cual incide en cómo estas participantes se constituyeron en mujeres y madres. Con el diagnóstico de sus hijos(as), pasaron por vivencias angustiantes y se vieron obligadas a reformular sus maternidades para poder atender a sus hijos(as) de acuerdo con sus necesidades.

También, el estudio de Rojas (2016) realizó una caracterización sociodemográfica y psicológica de las madres con depresión posparto internadas en el Hospital Nacional Psiquiátrico (2010-junio 2015) con base en análisis de expedientes para su especialización en Psicología Clínica. La autora destacó que no existen estadísticas sobre la prevalencia de la depresión posparto (DPP) en Costa Rica. Algunas veces se puede superar la DPP sin tratamiento, otras se necesita tratamiento farmacológico, terapia o incluso internamiento. En este estudio se concluye la necesidad de una atención clínica especializada para las mujeres con DPP por la vulnerabilidad biológica, los síntomas y el riesgo psicosocial que puede conllevar. Así, llama a involucrar a pareja y familiares en el proceso de intervención.

Finalmente, sólo se ha investigado la violencia obstétrica desde la psicología en la tesis de Hernández (2019). La autora desarrolla su tesis como parte de un proyecto de investigación del CIEM-UCR. Ella trabajó con el tema del impacto psicosocial de la violencia obstétrica a través de relatos de vida de mujeres. Fue un estudio exploratorio-descriptivo que recogió las historias de siete mujeres, una de cada provincia. A partir del análisis de los datos, afirma la existencia de violencia obstétrica en las instituciones de salud públicas en Costa Rica. Además, aborda la problemática de la definición del concepto de violencia obstétrica, el cual aún está en desarrollo. En las entrevistas se evidenció la violencia verbal, la física, comentarios sobre el cuerpo, realización de procedimientos sin consentimiento, negación de la atención, negación de la

alimentación, medicalización, no brindar información, anulación de sentimientos, negación de salpin, negación de acompañamiento, exposición a condiciones insalubres, control del cuerpo y violencia psicológica durante la lactancia. Las entrevistadas expresaron haber sufrido más VO durante el posparto. Las causas y los motivos de su manutención como práctica son complejas, pero, de acuerdo con la autora, en sus manifestaciones se expresa la desigualdad, el poder y el intento de construir una feminidad hegemónica. Los impactos en la vida de las mujeres entrevistadas son múltiples y aparecen en distintas esferas de sus vidas.

Los estudios presentados demuestran que de hecho no existe una pauta de investigación en psicología perinatal en Costa Rica. Sin embargo, todos ellos denotan la importancia de continuar desarrollando investigaciones sobre el tema de maternidad y el devenir madre en Costa Rica. Los estudios presentan fuertes mandatos sociales en torno a la maternidad, pero que son vividos por cada persona de acuerdo con su propia historia de vida. También aparecen prácticas y mandatos impuestos en las mujeres madres en la tesis sobre VO. Cada uno de los trabajos aporta a la comprensión del fenómeno de la maternidad. No obstante, existen limitaciones para generalizaciones al ser casi todos cualitativos. De estos se desprende que es necesaria más investigación de la temática en nuestro país y principalmente una agenda de construcción de conocimiento en el área de la psicología perinatal desde Costa Rica.

Síntesis de antecedentes:

La psicología cultural de desarrollo ha demostrado que elementos como la forma en que se desarrolla el apego o el estilo de maternaje son en realidad construcciones culturales que varía incluso dentro de un mismo país, de acuerdo con los grupos culturales que en él se encuentren. Los estudios internacionales nos muestran como la vivencia de las maternidades está influenciado por modelos culturales de maternaje. Sin embargo, el área de psicología perinatal no se ha dedicado

a analizar estas variaciones culturales que son, en realidad de grandísima importancia para no patologizar costumbres e identidades basado en patrones de países WEIRD (Western, Educated, Industrialized, Rich, Democratic), que en realidad representan la minoría de la población mundial (Heinrich, Heine & Norenzayan, 2010; Otto & Keller, 2014).

En Costa Rica, no se ha abordado el tema de la vivencia subjetiva de la maternidad como tal desde la psicología cultural del desarrollo. Los estudios de psicología que sí la han abordado en tiempos recientes, que no llegan aún a conformar un área de investigación en sí, demuestran la necesidad de mayor estudio y de una comprensión de la vivencia de la maternidad en el marco de las particularidades culturales de la realidad costarricense. Es justamente aquí que entra la presente investigación. Se buscó colaborar en este vacío investigativo para desarrollar una comprensión de la transformación que pasan las mujeres que se transforman en madres en el contexto de una comunidad urbana de la GAM el contexto con características sociodemográficas similares a las de muchas otras de la GAM. De esta forma, se busca también construir un antecedente de la psicología perinatal en Costa Rica, sin que se trate de imposición de modelos y categorías ajenas a una de nuestras realidades culturales.

Marco Teórico-Conceptual:

El marco teórico del cual partió esta investigación tomaba de la psicología cultural del desarrollo los conceptos de cultura, elemento cultural, parentaje, maternaje intensivo y estrés parental. Y de la psicología perinatal tomamos el modelo ecosistémico y la concepción bio-psico-social del proceso de transformación que pasan las mujeres que se transforman en madres, así como las implicaciones e interrogantes que de allí se derivan.

A partir de las entrevistas realizadas a 10 mamás costarricenses primerizas de la comunidad de Alajuelita y el conjunto del trabajo de campo, se volvió necesario ampliar el marco teórico para

discutir y analizar los resultados. En ese sentido, fue necesario complementar los conceptos de la psicología cultural del desarrollo y la psicología perinatal de los cuales partió la investigación, una perspectiva teórica desde el feminismo decolonial y una crítica más global al conjunto de la psicología del desarrollo, para poder discutir fenómenos como la violencia obstétrica, así como elementos vinculados a la psicología cultural del desarrollo como el maternaje intensivo con una mirada más profunda. De esta forma, los principales conceptos tomados de la psicología cultural del desarrollo y la psicología perinatal que nos permitieron desarrollar la investigación son enriquecidos con la crítica a la psicología del desarrollo de Burnam (1997; 2008) y el feminismo decolonial (Lugones, 2010).

A continuación, se reestructuró el marco teórico de la siguiente manera. Se presenta una crítica a la psicología del desarrollo desde la perspectiva de Burman (2008) y desde la psicología cultural del desarrollo. Seguidamente, se definen los conceptos de cultura, elemento cultural, parentaje, maternaje intensivo y estrés parental desde la psicología cultural del desarrollo. Por último, se presenta la psicología perinatal y el modelo ecosistémico. Así, se define la perspectiva bio-psico-social de la maternidad y la misma como un life event. Como parte importante del contexto socio-cultural del proceso de hacerse mamá, se ubica la medicalización del embarazo, parto y posparto y se define violencia obstétrica, adoptando la perspectiva del feminismo decolonial.

Psicología del desarrollo: visiones críticas.

La psicología del desarrollo frecuentemente se presenta como una verdad objetiva que se refiere a la naturaleza de los y las niñas, sus cualidades, el crecimiento y cambio y la vida en familia. Las verdades de esta área son utilizadas en la práctica profesional de profesionales de la salud, personas trabajadoras sociales, psiquiatras, enfermeras y profesoras, así como cualquiera

que ha recibido entrenamiento psicológico. Además, estas verdades circulan más allá de los ámbitos profesionales y se encuentran en literatura dirigida a mujeres, libros de auto ayuda y tiendas de juguetes, y establecen un marco para cómo entendemos nuestras experiencias como hijos(as), padres o madres, miembros de familia y/o profesionales en psicología. Sin embargo, lo que la mística del vocabulario científico y su supuesta neutralidad ocultan, es una serie de suposiciones culturales y políticas. (Burman, 1997; Burman, 2008). Hoy en día, esto también se expresa en las redes sociales y los podcasts.

El hecho es que la psicología del desarrollo, por un lado, no ubica el contexto, y por otro, al cambiar de una ciencia descriptiva que cuenta lo que es, a una normativa, estableciendo un deber ser, naturaliza las inequidades de clase, género o relacionadas a cultural. De esta forma, hasta cierto punto hace parecer que el cambio social o la reforma social como algo inaceptable. Incluso propone que el estudio de los(as) niños(as) como individuos independientes de su contexto es resultado de una ideología burguesa de la Ilustración, que planteaba el dualismo individuo-sociedad y la existencia de individuos antes de la sociedad. En una psicología del desarrollo que parta de estas concepciones, no hay espacio para dirigirse a las construcciones culturales de las formas de experiencia. (Burman, 1997). Esto permite regular y desarrollar políticas públicas sobre pobreza infantil o abuso infantil y la defensa de los derechos de las niñas. Pero, es importante desatacar que este conocimiento siempre trabaja con agendas, para desarrollar personas modelos adecuadas para el sistema actual, por ejemplo, personas trabajadoras y consumidoras apropiadas. (Burman, 2008).

Un ejemplo de la relación entre el desarrollo de la psicología del desarrollo y los intereses políticos-económicos es cómo en la segundo pos-guerra, en Inglaterra, se utilizó el discurso del cuidado inapropiado o pánicos morales sobre los “latchkey children” o los “huérfanos diurnos”

para cerrar las guarderías que se habían abierto durante la guerra y llamar a las mujeres a volver a las casas, para darles sus puestos de trabajo a los hombres que había vuelto de la guerra. (Burman, 1993). También, este conocimiento supuestamente científico y objetivo cumple un papel opresivo hacia las mujeres, quienes en teoría tienen la libertad de escoger cómo criar a sus hijos e hijas y en cada momento histórico se les establece patrones diferentes que deben seguir. Sin embargo, no se reconocen las desigualdades de acceso a condiciones para poder tomar estas decisiones. (Burman, 2008).

Así, Burman (1997) realiza un llamado al estudio de las necesidades de las infancias concretas en contexto político-culturales específicos para comprender la realidad específica, más allá de las proyecciones de los y las científicas sobre lo que debería ser o no un niño o una niña, basadas en concepciones androcéntricas e imperialistas. En este sentido, la psicología cultural del desarrollo es una psicología del desarrollo sensible a las variaciones culturales de los diferentes contextos. Así, lejos de buscar explicaciones psicológicas universales, busca comprender la diversidad. De esta forma, al ver la conducta humana como culturalmente moldeada, se entiende la co-existencia de varias aproximaciones psicológicas. Para poder realizar este tipo de aproximaciones, son necesarios enfoques culturalmente sensibles para investigar y producir teoría. (Rosabal-Coto, 2012).

La psicología cultural del desarrollo está cuestionando que conceptos que pretendían ser universales como las formas en que se desarrolla el apego, con sus categorías de apego inseguro, apego seguro, etc., no son universales ni necesariamente las más adaptativas. Las categorías creadas por Ainsworth son en realidad basadas en estudios de sectores de clase media de países WEIRD, lo que lleva a no contemplar las realidades y culturas fuera de estos países. A continuación, vamos a ahondar en este cuestionamiento, destacando los conceptos de cultura y

elemento cultural. Así mismo, vamos a relacionar este cuestionamiento con lo que se ha venido desarrollando entorno al parentaje, la definición de maternaje intensivo y el estrés parental.

Otto y Keller (2014) editaron un libro llamado *Different Faces of Attachment Cultural Variations on a Universal Human Need*. En este escrito, se presentan distintos capítulos debatiendo el apego desde distintas perspectivas: evolutiva, cultural e histórica. También presentan diferentes tipos de apego que de hecho se dan en la realidad y debaten las políticas públicas que se deben derivar de estos estudios. A través de estos capítulos, los diversos autores contextualizan históricamente el surgimiento de la teoría del apego y marcan sus límites para ser generalizado, entendiéndola más como ideología cultural que como teoría realmente científica. Y, con base en casos concretos de diferentes experiencias, plantean la necesidad de ir más allá de la teoría del apego para poder explicar la realidad y de estudiar las relaciones en los contextos.

En esta misma línea, el trabajo de Vicedo (2017) analiza la teoría del apego de Bowlby y Ainsworth, debatiendo cómo ha habido objeciones sobre esta teoría desde el inicio. Así, presenta críticas a dicha teoría desde los años cincuenta de parte de Margaret Mead, ya que no le daba suficiente importancia a la cultura. Al mismo tiempo, contextualiza el desarrollo de la teoría del apego a la post segunda guerra mundial, donde la psicología se desarrolló a partir de observación en experimentos de desarrollo. Su principal conclusión afirma la existencia de distintos caminos para el desarrollo normal de la niñez. Todo depende de la cultura y el contexto.

Conceptos desde la psicología cultural del desarrollo

Ubicada dentro de las críticas a una psicología del desarrollo normativa a partir de una supuesta neutralidad de la ciencia, la presente investigación partió de una serie de conceptos desde la psicología cultural del desarrollo para aproximarse de la vivencia de las mamás primerizas en la comunidad de Alajuelita. A continuación, presentamos los principales conceptos adoptados en

este sentido, que también serán utilizados para realizar el análisis de los resultados en el capítulo correspondiente.

Otto & Keller (2014) proponen la **definición de cultura** que vamos a utilizar en el presente estudio. Los autores proponen que cultura se refiere al conjunto de valores, normas y creencias, así como las acciones y comportamientos de personas en un mismo contexto de nivel de educación formal, edad del primer parto, número de hijos e hijas y composición del hogar. Este conjunto de **elementos culturales** son los que emergen y se expresan en el proceso subjetivo de transformación que se da en las mujeres al tener el primer hijo o hija. De allí la importancia de una investigación con un enfoque que reconozca la variabilidad intracultural en los distintos contextos. (Rosabal-Coto, 2012).

Rosabal-Coto (2012) define **parentaje** como el encuentro entre la cultura y el individuo. Es lo que media entre las demandas y relaciones sociales, por un lado, y las posibilidades ambientales y biológicas de desarrollo del individuo, por otro. Este encuentro se manifiesta en etnoteorías parentales, creencias y estilos de interacción. El presente estudio justamente se centra en los elementos culturales de las vivencias de las madres de sus cambios subjetivos cuando inicia su participación en el parentaje. De allí que interesen los conceptos de “parentaje con apego” y “maternaje intensivo” a esta investigación.

Rosabal-Coto et al. (2017) relacionan **la teoría del apego y el maternaje intensivo**. Ellos analizan la aplicación de esta teoría en diferentes contextos, así como la influencia de esto en el parentaje. Estos autores afirman que basados en la observación de experimentos de laboratorio en la clase media blanca norte americana, se establecieron parámetros para determinar lo que es mejor para todos los y las bebés del mundo. Este conocimiento científico ha tenido traducciones en la vida cotidiana que ha llevado a sobrecargar la madre y retroceder en sus derechos conquistados

(como ingresos o trabajo fuera de casa tiempo completo). Esto, en países desarrollados que pagan licencias de maternidad a veces es posible, pero en los países de América Latina, por ejemplo, termina siendo inviable. Además, esta popularización de algunos principios de la teoría le pone más importancia para este supuesto desarrollo saludable a lo que hagan en términos de cuidado a las mamás que a lo que puedan hacer los padres u otras figuras. A su vez, esto tiene implicaciones para la terapia familiar, la educación temprana, los marcos legales y la política pública. En todos estos ámbitos se aplica la teoría de apego sin base ni evidencia cultural del contexto específico. A forma de conclusión, hacen un llamado a considerar la cultura en todos estos ámbitos y defienden que no existe un único estándar de cómo cuidar, aún menos que sea práctico, realista o universal que una única persona (la mamá) se dedique única y exclusivamente al cuidado del(a) bebé.

De allí que la crianza con apego, entendida esta como la ideologización de algunos principios de la teoría clásica del apego, y el consecuente **maternaje intensivo** deben ser entendidos como dos patrones culturales posibles, no los únicos. En el mismo sentido de los autores anteriores, Rippeyoung (2013) retoma la definición de maternaje intensivo desarrollada por Hays, inicialmente en 1996. La autora indica que es la forma de materner que pone las necesidades del(la) bebé por encima de aquellas de la madre o el padre. Estudios realizados en EEUU y en Canadá demuestran que estos patrones de parentaje están relacionados a la ocupación y a la clase social y están altamente influenciados por consejos de expertos de la cultura pop. En ese sentido, Schon & Silvén (2007) relacionan las prácticas de maternaje intensivo a muchas horas de contacto físico, lactancia prolongada y colecho, entre otros. Prácticas que según argumentan los autores están basadas en nuestra biología y nuestra historia evolutiva.

De esta forma, la popularización de la teoría del apego ha tenido consecuencias sumamente prácticas en quienes adoptan para sí el parentaje con apego. Aún más las madres, que, por la propia

biología, terminan teniendo que literalmente poner el cuerpo para poder garantizar estos beneficios para sus hijos o hijas. Fallas y Solís (2020) retoman las funciones parentales como unos de los roles más desafiantes que puede desempeñar una persona. Ya desde la concepción, puede haber momentos de estrés agudo en el desarrollo de tareas cotidianas, por ejemplo, peleas o estrés clínico. Las autoras sintetizan la definición de **estrés parental** como un proceso en el cual madres (y padres) se sienten desbordadas frente a las demandas de su rol y sus condiciones personales, familiares, sociales y culturales. A su vez, esto se refleja en angustia o malestar vivido por las madres (y padres) en las tareas de crianza.

En ese sentido, como en el presente estudio nos interesa la vivencia de las madres, el **burnout parental** cobra relevancia. De acuerdo con Mikolajczak, Gross, & Roskam (2019), está compuesto por cuatro componentes centrales: el agotamiento del rol de una como madre o padre, los sentimientos de estar harta/o, la pérdida del sentimiento de logro y eficacia como madre/padre y el distanciamiento emocional de los/as hijos/as. Y esto se debe a un desequilibrio entre factores de riesgo de estrés parental y recursos.

Coherente con las críticas de Burman (1997, 2008), la psicología cultural de desarrollo nos permite entender que existe más de una forma de criar a los y las hijas. Lejos de tener que imponer formas de otras sociedades o grupos culturales, debemos entender las realidades locales. Las definiciones presentadas en este apartado buscan sentar una base para poder ver las vivencias del devenir madres en Alajuelita desde la óptica de las propias madres, buscando entender qué elementos culturales de hecho emergen de estos relatos.

Psicología Perinatal

Para comprender la vivencia de devenir madre, es necesario también tener una mirada sobre el proceso que lleva adelante la madre y toda su familia. El área de la psicología perinatal nace

para acompañar y comprender precisamente este proceso. En este apartado, se define la psicología perinatal. Así mismo, se establece el modelo ecosistémico y la perspectiva bio-psico-social de la maternidad y la misma como un *life event*. Finalmente, como parte del contexto del devenir madre en la comunidad de Alajuelita, se ubica la medicalización del embarazo, parto y posparto y se define violencia obstétrica, adoptando la perspectiva del feminismo decolonial.

La psicología perinatal trabaja con más de un sujeto, en realidad trabaja por lo menos con la mamá y el o la bebé desde el embarazo, el parto y el puerperio, así como los primeros meses de vida del o la bebé, es decir, el período perinatal. Busca hacer un trabajo interdisciplinario y preventivo, además de que no tiene un único marco teórico. (Oiberman, 2013). Así, trabaja con los y las distintas profesionales involucradas en el nacimiento y trabaja con la díada, el apego, las interacciones iniciales, la vulnerabilidad de la madre y lo que debería esperarse de la conducta del o la recién nacida. Las investigaciones muestran que la historia, la personalidad y la sensibilidad de cada persona, sea la madre o las otras personas de la familia, es determinante a cómo reaccionan a esta vivencia. (Sub Comisión de Psicología Perinatal del Colegio de Psicólogos de la Pcia de Bs As. –Distrito X., 2019; Oiberman, 2001).

Al no existir un área de estudio establecida como Psicología Perinatal, consideramos fundamental las críticas más globales de Burman (1997, 2008) a la psicología del desarrollo y consideramos que la Psicología Perinatal podría no estar exenta de las mismas. En este sentido, al buscar sentar un precedente de investigación en la Psicología Perinatal en Costa Rica, la presente investigación parte de un modelo ecosistémico para estudiar el proceso del embarazo y el parto, siguiendo la propuesta de Fernández & Olza (2020) y Ramírez (2022). De esta forma, se analiza el proceso psíquico y fisiológico de la mujer, pero también del padre y el conjunto del subsistema en el cual convive la madre. Además, se toma en consideración el contexto más global en el cual

el proceso está inserto. Sin embargo, nos apoyamos en las investigaciones y elaboraciones de la psicología cultural del desarrollo para la comprensión del apego. (Otto & Keller, 2014; Rosabal et al., 2017).

Con el modelo ecosistémico, la mirada se amplía pasando del análisis de la realidad por parcelas a los conjuntos en interrelación. Se asume como un enfoque complejo, circular y válido para la comprensión de los sistemas humanos. Los autores sistémicos observan a la persona en desarrollo en función de los ambientes en los que participa y de aquellos por los que se ve influida. Esta mirada supone una ampliación del foco respecto a las posturas que descontextualizan cada fenómeno humano, simplificándolo y aislándolo para su estudio. (Fernández & Olza, pp. 21-22, 2020).

En este sentido, se utiliza **la teoría ecológica de Urie Bronfenbrenner**, para comprender cómo afecta al desarrollo humano los distintos contextos que rodean a cada individuo, tanto los que están directamente relacionados como los indirectamente relacionados. Por ejemplo, no sólo la familia, la escuela o el sistema de salud, sino también el contexto laboral, institucional y sociocultural. El autor propone cuatro subsistemas, los cuales adaptados a la fase perinatal pueden ser entendidos de la siguiente manera: el microsistema, la díada madre-bebé y las interacciones con la pareja de la madre; el mesosistema que incluye los contextos de los cuales es parte el individuo; el exosistema, que involucra las dinámicas relacionadas a los contextos que le rodean, pero la díada no participa directamente (por ejemplo, historia de la pareja o dinámicas familiares); por último, el macrosistema incluye la influencia de las ideologías y los valores de la cultura y la sociedad en cada uno de los otros sistemas. Finalmente, el cronosistema se refiere a la evolución de todo el conjunto de sistemas ubicada en el tiempo y la historia. En 1994, el autor también agregó el peso de la biología para comprender las dinámicas entre los distintos entornos. (Bronfenbrenner, 1987; Olza & Fernández, 2020).

La biología participa desde lo más básico, la concepción. Sin embargo, los elementos psicológicos y sociales involucrados en todo el proceso van moldeando la biología. Un ejemplo de

esto es el hecho de que, en el embarazo, el principal órgano del cuerpo sobre el cual actúa el estrés es el útero. Así, tanto el flujo sanguíneo como si se contrae o no está totalmente bajo control neurohumoral. De esta forma, lo que la mujer considere estresante o señale como *life event*, elementos que pueden ser de carácter psicológico o social, puede tener impactos directos en la biología del embarazo y el parto, y por lo tanto en su vivencia también. En ese sentido, en casos extremos puede llegar a causar prematuridad. (Oberman et al, 2011). Los elementos bio-psico-sociales continúan estando presentes a lo largo del período perinatal, la lactancia es otro de los ejemplos. **El embarazo, el parto y la maternidad son elementos centrales en la vida de las mujeres y deben ser contemplados desde la perspectiva bio-psico-social.** (Fernández & Olza, 2020).

De esta forma, la psicología perinatal trabaja con el microsistema mamá y bebé durante el período perinatal. Entiende que este proceso genera un cambio psíquico tanto en la mamá como en el papá. **Así, la maternidad es una crisis vital y evolutiva, no sólo para las mujeres sino para todo el grupo familiar** (Oberman y Galíndez, 2005). Incluye el tratamiento de las madres a lo largo de todo el proceso y el vínculo con el bebé. Además, esa crisis vital y evolutiva que se da dentro del microsistema, es una mezcla de **elementos bio-psico-sociales.** (Oberman et al, 2011).

Los distintos entornos (microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema) que acompañan el proceso de devenir madre en Alajuelita, serán descritos a la luz de los resultados de la presente investigación. Sin embargo, un elemento que traspasa estos tres entornos y surgió en las entrevistas tanto con las madres como las personas informantes claves es la violencia obstétrica. Por lo tanto, pasaremos a definir este concepto en sus distintos entornos.

Una definición ecológica de la violencia obstétrica.

En primer lugar, hablar de violencia obstétrica y no de irrespeto y maltrato al parto y al aborto, tal como sí lo hace la OMS (2014), nos parece central, porque se trata de comprender que estamos hablando de prácticas inmersas en entornos y sistemas específicos. No son aisladas. Así, para definir violencia obstétrica, vamos a hacer un ejercicio teórico de afuera hacia adentro, es decir, desde el cronosistema, hasta llegar al microsistema. En este sentido, es importante partir del cronosistema del sistema de salud de la sociedad occidental y su concepción del embarazo. A continuación, presentamos la discusión en torno a la definición de violencia obstétrica y su caracterización como elemento cultural. Seguimos con la definición de violencia obstétrica a partir de algunos elementos del macrosistema vistos desde el feminismo decolonial. Para finalizar en una ejemplificación de sus manifestaciones en el exosistema, el mesosistema y el microsistema.

Al inicio del siglo XX, el embarazo en las mujeres en la sociedad occidental era considerado una enfermedad. Esta concepción está relacionado a la medicalización del parto, el cual se dio conforme se fueron desarrollando técnicas y mecanismos para atender el parto dentro de la medicina, comenzó a concebirse como una enfermedad, en la cual los médicos eran los detentores del saber y las mujeres tenían que ser entes pasivos. Antes de ese momento el parto era atendido por parteras o incluso líderes religiosos. Hoy, si bien el embarazo y el parto no están formalmente definidos como una enfermedad, continúan habiendo expresiones de esta en la ciencia. Además, muchas veces se ve el embarazo como el medio para obtener un producto, es decir, el o la bebé, lo que lleva a minimizar la vivencia de la mujer y el o la bebé. Es en este contexto que existe la violencia obstétrica. (Fernández & Olza, 2020; Hernández, 2019; Fuentes, 2021).

Aún hoy existe un debate sobre la definición de violencia obstétrica en el mundo, es decir en el macrosistema. La primera definición en una legislación fue en la legislación venezolana del 2007 que dice,

“(…) se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.” (Legislación Venezolana, citado por Fuentes, 2021).

En ese marco, existen varias formas de definir, comprender y explicar la violencia obstétrica. Hernández (2019) sistematiza las definiciones de violencia existentes en cinco categorías, “1) como violencia institucional, 2) como una violación a los derechos sexuales y reproductivos, 3) como negligencia médica, 4) como una forma de violencia de género, y 5) como una forma de violencia contra las mujeres.” (Hernández, 2019, p.12). A continuación, buscamos establecer una definición de este concepto también contextualizado a nuestra investigación.

Más allá de las discusiones existentes, hay un acuerdo entre los estados que pertenecen a la ONU sobre los derechos humanos, en tanto derechos inalienables de las personas. La VO viola una serie de derechos humanos de las mujeres y los cuerpos gestantes. Entre ellos, el derecho a la vida, el derecho a no ser torturada, el derecho a la salud, el derecho a la intimidad, el derecho a la educación y la prohibición de la discriminación. (ACNUDH, sf.). De esta manera, independientemente de la definición teórica, la VO constituye una violación a los derechos humanos. No existe evidencia científica para justificar las prácticas que forman parte de ésta, sino que más bien hay evidencia de cómo es perjudicial tanto para la mamá como para el/la bebé (Al Adib et al., 2017; OMS, 2014; UNESCO, 2005; Hernández, 2019). Así, se puede decir que es un elemento cultural del cual son víctimas las mujeres o los cuerpos gestantes que pasan por los sistemas de salud en el proceso de embarazo, parto y posparto. (Olza, 2022).

La existencia de este concepto y sus múltiples definiciones está íntimamente relacionado a las luchas de las mujeres y los feminismos, es decir, las ideologías existentes en el macrosistema. El reconocimiento institucional de estas luchas se puede ver en los derechos humanos de las mujeres y los derechos sexuales y reproductivos de las mismas que han sido reconocidos por los organismos internacionales y los gobiernos. Sin embargo, decir que la violencia obstétrica se limita a una violación de derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos limita la definición a una violación de legislaciones, lo que nos podría llevar a ignorar su relación con lógicas e ideologías que son parte del macrosistema en el cual existe. (Hernández, 2019; Arguedas, 2014; Torres, 2008).

De esta forma, partiendo de una comprensión de una multiplicidad de feminismos, donde cada uno surge en un contexto específico, a veces llevando pautas contradictorias, nos ubicamos desde el feminismo decolonial, como movimiento que surge en los años 1990s en respuesta al recrudecimiento de las políticas neoliberales. Éste entiende que la colonialidad del género es lo que se encuentra en la intersección del género, raza y clase como constructos centrales del sistema de poder del mundo capitalista. (Delap, 2020; Lugones, 2010; Rodrigues, 2022).

En este marco, en la presente investigación, con miras a explorar las vivencias de violencia obstétrica relatada por las mujeres entrevistadas y a partir de estas discutir la definición de la misma, proponemos la siguiente definición. Proponemos hablar de violencia obstétrica como una práctica cultural que refuerza y reproduce la colonialidad del género sobre los cuerpos de las mujeres que son víctimas del mismo, el cual es a su vez una imposición opresiva en la interacción de los sistemas económicos, raciales y de género. (Lugones, 2010; Hernández, 2019; Olza, 2022).

Al mismo tiempo, al ajustar la mirada sobre la violencia obstétrica bajo este lente, y con el interés de aportar a su definición a partir de las vivencias de las mujeres entrevistadas en este

trabajo, es imposible limitar su definición al momento del parto y el posparto inmediato, tal como sí lo han hecho otros estudios (Fuentes, 2021). En ese sentido, vamos a definirla como una serie de prácticas ejercidas por el personal de salud en la atención a la salud reproductiva que se refieren a un trato deshumanizado, un exceso de medicalización y la patologización de procesos que no son enfermedades, y en ese proceso, oprimen a mujeres y niñas. Esto se intensifica durante el período perinatal. (Arguedas, 2014; Hernández, 2019).

Esta definición desde una perspectiva ecológica tendrá expresiones en cada uno de los entornos en el cual están inmersas las mujeres, así como la interacción entre ellos. Por ejemplo, en el exosistema, con la no definición de la misma en la legislación costarricense, en el mesosistema, con la existencia de prácticas de violencia obstétrica en el sistema de salud del cual las mujeres entrevistadas son usuarias y en el microsistema, es decir, en la vida y la vivencia de cada una de las mujeres entrevistadas. Su conceptualización en esta sección del presente trabajo busca establecer un punto de partida para el análisis posterior de los relatos de las mujeres aquí entrevistadas.

Capítulo II: Planteamiento del problema

Problema:

- ¿Cuáles son los elementos culturales que se expresan en la vivencia subjetiva, del proceso de transformación que se da en las mujeres al convertirse en madres por primera vez, en la comunidad de Alajuelita, Costa Rica?

Objetivos:

Objetivo general:

- Explorar los elementos culturales que se expresan en la vivencia subjetiva del proceso de transformación que se da en las mujeres al convertirse en madres por primera vez en Alajuelita, Costa Rica.

Objetivo específicos:

- Determinar las narrativas de la vivencia subjetiva del proceso de transformación que se da en las mujeres al convertirse en madres por primera vez en Alajuelita, Costa Rica.
- Describir los elementos culturales que se reflejan en las narrativas de las mujeres acerca de convertirse en madres por primera vez en Alajuelita, Costa Rica.
- Analizar la forma en que los elementos culturales moldean la experiencia subjetiva de las mujeres al convertirse en madres por primera vez en Alajuelita, Costa Rica.

Capítulo III: Marco Metodológico

En el presente capítulo se detallará la metodología utilizada para llevar a cabo la investigación. Primero, se abordará el diseño metodológico, luego las características de la población y la muestra, a continuación, se describen los instrumentos utilizados para la recolección de información, el procedimiento para la sistematización y análisis de la información, los criterios para garantizar la calidad y, por último, la protección de las personas participantes en el estudio.

Diseño Metodológico

El enfoque del presente estudio es cualitativo y su alcance es exploratorio. La estrategia metodológica seleccionada es la Teoría Fundamentada, que busca construir teorías basadas en la información recolectada en la investigación. La teoría fundamentada es una forma de pensar y estudiar los fenómenos sociales desarrollada inicialmente por Glaser y Strauss (1967) que busca construir una teoría fundamentada en datos. Esta metodología permitió responder a la pregunta de investigación y a explorar las vivencias de las mujeres en su devenir madres primerizas en la comunidad de Alajuelita. Justamente porque sobre el fenómeno de las vivencias de devenir madres en este contexto cultural no se han encontrado estudios, es que se necesita explorar para incrementar la comprensión. De esta forma, es posible identificar conceptos generales, desarrollar explicaciones teóricas más allá de lo conocido y presentar nuevas perspectivas frente a una variedad de experiencias y fenómenos (Corbin & Strauss, 2015).

La teoría fundamentada tiene dos características que la destacan de las otras metodologías cualitativas. En primer lugar, los conceptos a partir de los cuales genera la teoría se derivan de la información recolectada, no se escogen antes de empezar la investigación. En segundo lugar, el análisis de la investigación y la recolección de datos están interrelacionados. Una vez que se

comienza la investigación, se debe iniciar el análisis de los datos, el cual va a guiar el siguiente paso en la recolección de datos. Se forma así un ciclo entre ambas partes que se repite a lo largo de la investigación. (Corbin & Strauss, 2015).

Este proceso de análisis y comparación constante de los datos busca generar categorías con miras a la saturación conceptual. Esto significa que a partir de los datos y su análisis se van a desarrollar conceptos y se llega a la saturación conceptual cuando se han desarrollado los mismos en términos de propiedades y variación en diversas dimensiones. Es decir, va más allá de que dejen de emerger nuevos conceptos. Significa poder establecer una *core category* o categoría nuclear. Para llegar a la saturación conceptual, se utiliza el muestreo conceptual. Este es un método de recolección de datos basado en los conceptos que emergen de los datos. Así, se busca recolectar información de personas, lugares, etc. de forma que maximice las posibilidades de desarrollo de los conceptos en términos de propiedades, dimensiones, variaciones, relaciones entre los mismos conceptos. (Corbin & Strauss, 2015). Para este fin, en el presente trabajo se tomaron como eje los elementos culturales que se expresan en la vivencia de la maternidad. Es decir, las normas, creencias y valores, por un lado, y por otro, las acciones y comportamientos, o las creencias y las prácticas de la maternidad como los hemos nombrado en el presente trabajo.

Características de la Población y Definición de la Muestra

Para cumplir con el objetivo del presente estudio, se trabajó con estudios de caso de dos grupos. Por un lado, se trabajó con las propias mamás primerizas y por otro, se trabajó con personas informantes claves. Esto se realizó para obtener más elementos del contexto para lograr una mejor comprensión de los relatos de las madres con los que se trabajaron. A su vez, esto permitió observar las creencias y las prácticas relacionadas a la maternidad en los relatos no sólo de las madres sino de personas relacionadas a la comunidad. Al mismo tiempo esto también viabilizó la validación

de la información entre las personas informantes y es uno de los criterios para garantizar la calidad de la información y el material desarrollado. (Rosabal-Coto, 2012; Duran, 2012 & Flick, 2007).

A pesar de que la Teoría Fundamentada trabaja con muestreo conceptual, se estableció un máximo de diez mamás y cinco informantes claves a entrevistar, y dos sesiones de observación participante. Esto se debe a que la investigación se trata de una primera aproximación exploratoria. En segundo lugar, dado el contexto del COVID y las implicaciones que esto podría haber tenido en la investigación, se optó por un número limitado de participantes. Finalmente, dado el tamaño de la investigación de la presente tesis, no se llegó a la saturación conceptual, de allí que era necesario establecer un máximo de personas a entrevistar y de sesiones de observación-participante. (Corbin & Strauss, 2015).

Así, se trabajó con 10 mamás primerizas costarricenses con hijos(as) entre 1 años y 3 meses y 6 años que viven en Alajuelita. De las participantes, siete tienen secundaria incompleta, dos estudios superiores incompletos y una primaria completa. Cuatro de ellas se auto reportan como amas de casa, dos como desempleadas, dos como estudiantes, una asistente dental y la otra trabajadora doméstica y niñera. En este sentido, el nicho ecocultural con el que se trabajó son mujeres costarricenses, madres primerizas sin estudios superiores completos, amas de casa o trabajadoras no calificadas del área de servicios. De esta manera, se establece un ambiente sociocultural específico que será estudiado, incluyendo los aspectos materiales y las características socialmente construidas. (Bernheimer, Gallimore & Weisner, 1990).

El contacto con las mamás entrevistadas se realizó a través de tres fuentes de reclutamiento. Se trabajó con una clínica privada que da servicios de forma gratuita a la comunidad de Alajuelita, con financiamiento extranjero, con el comedor comunitario y con el CEN-CINAI.

Además, forman parte de la muestra las seis personas informantes claves que fueron entrevistadas a lo largo de la investigación. Se entrevistaron personas profesionales que por su expertise conocen el lugar, la zona y personas con las características de la población participante del estudio, la mayoría vinculadas a la salud. Una médica, dos psicólogas, un educador, una activista de la comunidad y la señora que limpia la clínica. También se llevaron a cabo dos sesiones de observación-participante. Una en los alrededores de la clínica y en el comedor. Otra, en la clínica y una reunión del grupo de apoyo que se coordina desde allí.

De esta manera, se comenzó a entrevistar a informantes claves el 24 de mayo y la última entrevista a una mamá fue el 1 de noviembre del 2022. La mayoría de las entrevistas fueron realizadas por teléfono. Hubo dos entrevistas presenciales a mamás y una a un informante clave, además hubo dos informantes claves entrevistadas por Zoom. (Corbin & Strauss, 2015).

Técnicas e Instrumentos para la Recolección de la Información

Para obtener la información se utilizaron tres técnicas: entrevistas, tanto semiestructuradas como a profundidad, y observación. Todas las entrevistas fueron grabadas y existe una bitácora de campo con las notas sobre las observaciones realizadas.

Las entrevistas semiestructuradas y la observación fueron utilizadas para conocer el contexto cultural de las participantes del estudio. De esta forma, se realizó la observación-participante de la clínica y los espacios aledaños, entrevistando a figuras clave sobre el lugar. Las observaciones se llevaron a cabo en lugares estratégicos, de acuerdo con la información proveída por las personas informantes claves.

Para las entrevistas semi estructuradas, se trabajó con una guía y preguntas (ver ANEXO 1). Las entrevistas a profundidad fueron desarrolladas con las mujeres-madres participantes. Las entrevistas contaron con una lista de temas a abordar (ver ANEXO 2). Además, una entrevista

inicial alimentó la guía para la siguiente entrevista, dado que una vez que fue realizada empezó el proceso de análisis y comparación que guió la investigación. En ambos casos, las guías se validaron con el criterio de una persona experta, la psicóloga que es informante clave y trabajó por muchos años en la clínica en la comunidad.

El consentimiento informado se realizó a todas las personas participantes. Quedó el registro grabado de todos los consentimientos informados, además de los registros escritos en los casos en que se realizó de forma presencial. Para quienes no se realizó de forma presencial, igualmente además de la lectura conjunta del documento de consentimiento, se entregó una copia digital a las personas participantes.

Descripción del Procedimiento para la Sistematización y Análisis de la Información

Para sistematizar la información recolectada se usaron una serie de procedimientos dependiendo de la técnica. Para la sistematización de la información, las entrevistas fueron transcritas. La transcripción la llevó a cabo la investigadora con ayuda del software Express Scribe y realizó su revisión en ese momento. La bitácora también fue transcrita a formato digital. Es importante destacar que tanto este material como la bitácora de campo serán almacenados en un disco duro externo para garantizar su seguridad por un período de cinco años.

Para el análisis del conjunto de la información recolectada se utilizó el Atlas.ti web como apoyo. Este programa permitió integrar información de distintas naturalezas, permitió ver la información agrupada y organizada de distintas formas, lo que colaboró con el proceso creativo del análisis de la información y su categorización conceptual. Además, permitió llevar control de los pasos que se van realizando en el análisis, así como elementos facilitadores como gráficos, codificación, etc. Es importante destacar que una de las principales preocupaciones que se tuvo a

lo largo del proceso de codificación es que el programa fuera efectivamente sólo un apoyo, es decir, que la investigadora guíe el programa y no al contrario. (Corbin & Strauss, 2015).

Se inició el proceso de codificación una vez que algunas de las entrevistas estaban transcritas. Así, se aplicaron varias técnicas de codificación de la información. En las técnicas de codificación de primer ciclo, es decir, en una primera aproximación a los datos, se realizó una codificación inicial ecléctica como técnica de codificación exploratoria, tal como descrita por Saldaña (2021). Es decir, fue una codificación abierta en los términos clásicos de Glaser y Strauss (1967). Esto se hizo con algunas de las entrevistas que se realizaron a personas informantes claves. Luego el análisis de las entrevistas a personas informantes claves se detuvo para dar prioridad a la codificación de las entrevistas a las mujeres madres.

Una vez que se tuvo varias entrevistas a mujeres madres, se transcribieron estas y se inició el proceso de codificación con las entrevistas a las mujeres madres participantes. De esta manera, se realizó una codificación inicial ecléctica como técnica de codificación exploratoria (Saldaña, 2021). Así, en primer lugar, a partir de los conceptos que fueron emergiendo de las entrevistas a partir de un análisis de parte de la investigadora. Se llegó así a un listado de 62 conceptos.

Para ir más allá de la descripción y construir teoría, se necesita relacionar la acción-interacción con las condiciones en las que se da y ante las cuales las personas responden al actuar y los resultados de dichas acciones e interacciones. Para este fin, se usaron dos herramientas metodológicas propuestas por Corbin & Strauss (2015): el paradigma y la matriz de condiciones/consecuencias. El paradigma es una herramienta analítica que permite generar los códigos alrededor de una categoría. Para esto, la investigadora se realizó preguntas sobre las condiciones, las acciones e interacciones y las consecuencias. Por su parte la matriz de condiciones/consecuencias estableció una relación entre lo macro y lo micro, los distintos niveles

(los autores proponen ocho que van desde la acción e interacción individual, hasta los problemas internacionales) y su interrelación. Lo cual ayudó a organizar y relacionar los conceptos. (Corbin & Strauss, 2015).

Con estas herramientas, se buscaron las condiciones de las participantes, cómo cada una define o le da sentido a las mismas y la acción-interacción que ellas toman frente a las condiciones. Finalmente, se buscó las consecuencias de esta acción-interacción. Ubicar estos elementos en contexto es lo que permitió las posibles consecuencias de las acciones-interacciones de las participantes. De esta forma, se desarrolló de forma exploratoria, una teoría inicial que permite explicar los elementos culturales en vivencia del devenir madres de las participantes. (Corbin & Strauss, 2015).

De esta manera, primero se organizaron los códigos de acuerdo con el momento de la vivencia en que se daban. Es decir, embarazo, parto o posparto, o si se referían al conjunto de la maternidad y de acuerdo con si se refería a creencias o prácticas de cada uno de esos momentos. Seguidamente, luego de revisar y validar las categorías con el director y uno de los lectores de la tesis, se buscó aplicar estas metodologías en un segundo ciclo de codificación axial. Es decir, se buscó reagrupar la información que se dividió en la codificación inicial, buscando los códigos más importantes y reorganizando la información, eliminando códigos redundantes, los sinónimos y eligiendo los más representativos. (Saldaña, 2021). De esta manera, se terminó con nueve categorías y treinta subcategorías.

Este proceso de codificación en dos ciclos se repitió con las entrevistas a personas informantes claves. Sin embargo, en un primer ciclo, se intentó partir de la codificación que se había usado al inicio, utilizar los códigos existentes en las entrevistas a las mujeres madres participantes y se amplió a partir de allí lo que era necesario, agregando dos sub- categorías. En

un segundo ciclo, se redujeron las categorías a seis, todas relacionadas a creencias y no a prácticas, ya que incluso cuando las entrevistas de las personas informantes claves hablan de prácticas, son sus creencias sobre las prácticas de las mamás en la comunidad. Además, se dividieron únicamente en diecisiete subcategorías.

Criterios para Garantizar la Calidad

A la hora de considerar la calidad de la información y el material desarrollado hay distintos elementos a tomar en consideración. Por un lado, la fiabilidad y por otro la calidad en la teoría fundamentada. A continuación, se presentan los criterios utilizados para ambos conceptos y el procedimiento seguido para garantizar la calidad de las categorías y sub-categorías desarrolladas en el análisis.

Para garantizar la fiabilidad del material desarrollado, se realizó un proceso de triangulación de datos y metodológica a lo largo del proceso investigativo. La triangulación de datos se refiere a la recolección de distintos tipos de información, de distintas personas, en diferentes momentos. Es para este fin que se mezcla la observación participante, las entrevistas a informantes clave y a las mujeres-madres primerizas. Asimismo, la triangulación metodológica está relacionada a la utilización de distintos métodos para acercarse al fenómeno de la vivencia de la maternidad. Es decir, entrevistas a profundidad, entrevistas semi-estructuradas y observación participante. (Flick, 2007).

Los criterios de calidad en la investigación con teoría fundamentada están relacionados a la consistencia metodológica, la claridad en el propósito, la consciencia de sí mismo(a), el entrenamiento en cómo conducir investigación cualitativa, la sensibilidad hacia las personas participantes y los datos, la voluntad de trabajar mucho, la habilidad de conectarse con su lado creativo, conciencia metodológica y un gran deseo de investigar. (Corbin & Strauss, 2015).

De esta manera, con el fin de garantizar la calidad de la investigación y afinar el desarrollo de las categorías y subcategorías desarrolladas en el análisis del material, se procedió con una verificación por criterio de experto externo. De acuerdo con Kvale (2008), estos procesos de validación con pares se pueden definir como *intersubjetividad aritmética*, lo cual se refiere a una medida estadística por la cantidad de acuerdo entre observadores o codificadores independientes. Es decir, se realizó un muestreo del 20% de las citas y sus categorías y se les dio a dos investigadoras que no son parte del equipo lector, pero trabajan temas relacionados a maternidad y/o parto, para que las categorizaran de acuerdo con las categorías y sub-categorías desarrolladas por la investigadora. (Guinsburg, 1997; Delval, 2001). Así, se procuró confirmar el grado de fiabilidad intersubjetiva en la codificación de entrevistas en categorías cuantificables.

En el caso de la primera persona experta, se tuvo un 61,54% de coincidencia en la categorización de la muestra de las citas de las entrevistas a las mujeres madres participantes y un 68,42% de coincidencia en la categorización de la muestra de las citas de las entrevistas a las personas informantes claves. Se encontró que la falta de coincidencia estaba concentrada en once de las treinta y un sub-categorías. De esta manera, se procedió a reformular la definición de las sub-categorías. Y se envió a una segunda persona experta.

La segunda persona experta tuvo un 80.22% de coincidencia en las categorías para las entrevistas a las mamás y un 52.6% en las categorías de las personas informantes claves. En este caso, la coincidencia en las categorías de las entrevistas a las mamás se tomó como aceptable. Mientras que las categorías de las entrevistas a las personas informantes claves fue necesario trabajarlas en *intersubjetividad dialogística* (Kvale, 2008), para terminar su proceso de validación. De esta forma, a través de una explicación racional de las categorías y una crítica recíproca entre

la segunda codificadora y la investigadora se llegó a un 89.47% de coincidencia. En este caso se tomó este porcentaje como aceptable.

Protección de las Personas Participantes

El proyecto fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica. Esto, como garantía de cumplimiento de la normativa institucional y nacional en materia de mejores prácticas de investigación observacional con seres humanos. Correspondientemente, se aplicó el respectivo consentimiento informado (ver ANEXO 3), se garantizó la confidencialidad y el anonimato. Si alguna participante solicita la exclusión de alguna parte de la información que surgió en la entrevista, se garantizará que no sea incorporada en el proceso investigativo. Además, si en algún momento una participante desea dejar de participar en el estudio puede hacerlo y por ningún motivo pierde sus derechos.

Capítulo IV: Resultados

En este apartado se presentan los resultados del proceso de investigación llevado a cabo. Primero se presenta un reporte de las dos sesiones de observación participante en la comunidad para dar un contexto más general en el cual se desarrolla la maternidad de las mamás entrevistadas. En segundo lugar, se presentan las características sociodemográficas de las personas informantes claves y las categorías desarrolladas a partir de las entrevistas a las personas informantes claves, incluyendo el sentido de cada categoría, la frecuencia con la que aparece y las subcategorías en las que se divide. Finalmente, se presentan las características sociodemográficas de las mujeres madres entrevistadas y se desarrollan las categorías que emergieron en las entrevistas realizadas a las mamás primerizas de la comunidad de Alajuelita.

Observación de la Comunidad

La observación participante realizada en la comunidad de Alajuelita estuvo concentrada en La Verbena y Tejarcillos, a pesar de que con el transcurso de la semana y media en la cual la investigadora fue todos los días a la comunidad, se pudo también observar la región de San Felipe. Las sesiones de observación se pueden organizar en tres momentos específicos. La primera, el primer día en la comunidad, cuando doña S. llevó a la investigadora a hacer un recorrido por Tejarcillos. La segunda, la participación en el grupo de Mujeres Valientes. Por último, la observación en el comedor a la entrada de Tejarcillos.

El 21 de julio fue el primer día de observación. Al llegar a la clínica, IC 4 (Informante Clave), quien vive en la comunidad y colabora con la clínica, fue indicada por el director de la clínica como la persona para acompañarme a hacer un recorrido de la comunidad. Ella, muy amablemente indicó cómo llegar e ir a Tejarcillos en carro. La investigadora conduciendo y ella

acompañando. La comunidad tiene espacios de servicios sociales. Se destaca a la entrada un gran edificio que tiene el servicio de comedor en la parte de abajo y en la parte de arriba una red de cuido. El EBAIS y la escuela parecían estar en condiciones viables, a pesar de no haber entrado. También hay una cancha de fútbol, una plaza y un play, sencillo pero funcional.

IC 4 indicó que únicamente se iba a circular por la región de calles asfaltadas, que es un proyecto antiguo del INVU. Las casas han sido remodeladas y ampliadas a lo largo de los años. Esta región a las 9 am estaba bastante vacía. Únicamente encontramos dos jóvenes caminando por la calle, quienes IC 4 reconoció como dos usuarios de drogas. Ella describió todos los espacios observados como no aptos para estar con niños y niñas, porque “se ve de todo”.

Al final de la calle asfaltada, continúan caminos y calles de piedra, con casas de latas de zinc. Es el precario de Tejarillos. IC 4 aclaró que muchas veces las casas de zinc tienen más lujo que las casa del INVU, porque las personas al vivir en ranchos logran bonos y ayudas. El director de la clínica indicó más tarde que no se entró al precario porque ni la clínica entra más allí. Hace un tiempo entraron las maras a la región y tienen conflictos entre los distintos grupos, haciendo del lugar un espacio no seguro.

Luego del recorrido por la comunidad, se realizó una hora de observación en el comedor. La coordinadora del espacio se dispuso a colaborar con la investigación desde el inicio, incluso buscando mamás que cupieran en los criterios de investigación. En el comedor, a las 11 am inicia el horario de almuerzo, los y las niñas entraron, se movían por el espacio. Al ver a la investigadora, se acercaban, conversaban y tocaban todas sus cosas (cuaderno, lapicero, bolsa). Se sentaron y comieron.

Al mismo tiempo, las mamás, unas embarazadas, otras con bebés en brazos, hacían fila del lado de afuera, traían bolsas grandes para llevar comida a sus casas, además de la comida de sus

pequeños y pequeñas. Comenzó a llover, pero la lluvia no les ahuyentó, incluso una mamá lo que tenía para protegerse era una sombrilla de playa. La abrió, todas rieron y siguieron en la fila. Otras se cubrieron con el gorro de sus suéteres, con sus sombrillas, con la sombrilla de la vecina o con cosas que cargaban. Se fue la lluvia y la fila siguió creciendo. A una mamá en la fila con una bebé de meses le dieron una bolsa llena de ropa para su bebé. Con quien parece ser la abuela de la bebé, se quedaron viendo todas las ropitas y deleitándose.

Al tiempo, la fila se renovó. Una bebé de meses llamó la atención. Ella estaba tranquila en un coche, ya no llovía, la mamá que estaba viendo para cualquier lado, comenzó a hablarle, la bebé ríó. Otra señora se acercó, le habló a la bebé y luego siguió conversando con la mamá. Después de un rato, más personas se acercaron. Entre ellas una mamá con una hija que parecía tener entre 4 y 5 años y una adulta mayor con un niño en edad escolar. Así se siguió renovando la fila hasta las 12:30 md.

El último segmento de observación fue la participación de la investigadora en el grupo de apoyo dirigido por el director de la clínica. Es un grupo de apoyo que, de acuerdo con lo informado por el director, ha servido de espacio de apoyo más general a las mujeres que en él participan. Así, se ayuda a salir de situaciones de violencia, de carencia, etc. En este momento estaban buscando hacer algún emprendimiento y sobre esto se trató la reunión. Las mujeres que participan en este espacio ya tienen todas más de 30. Aceptaron bien la presencia de la investigadora como oyente. Todas con un buen ánimo, siempre haciendo chistes entre ellas.

Al final, durante el café se pusieron a hablar de la sexualidad de sus hijos e hijas adolescentes y cómo ellas intentan ayudar a que se protejan. No hablaron las cosas con las palabras, sino que dijeron allá abajo para referirse a los órganos sexuales o “conociéndose” para referirse a masturbación. Sin embargo, tienen un enfoque realista de sus hijos e hijas. Por ejemplo, una contó

que está intentando protegerle de no enviar fotos por el celular de sus partes privadas. Otra, de que no tenga sexo (ojalá) en su casa, y aún menos sexo desprotegido. Finalmente, preguntaron la historia más afondo de la investigadora, sobre qué estaba haciendo allí y escucharon.

En el proceso de observación, contrastó el escenario de desolación, carencia, pobreza y violencia observada en la comunidad con los espacios de solidaridad y resistencia de las personas habitantes del espacio. Así, las calles, los parques y el precario se constituyen como espacios violentos, no seguros ni para quienes viven allí, ni para quienes van de paso. La drogadicción, la pobreza, la carencia es parte del paisaje cotidiano que se observó. Por otro lado, la comunidad también ha ido encontrando caminos para resistir y apoyarse unos(as) a otros(as) más allá de sus familias. De acuerdo con lo observado, además de los espacios que el propio estado ha promulgado (escuelas, centros de salud), la propia comunidad ha desarrollado junto con ayudas (como iglesias, ONGs) espacios donde se tejen relaciones más allá de la familia, de solidaridad y apoyo en distintos sentidos. El comedor presenta un espacio el cual las personas usuarias del servicio transforman en un espacio de socialización y apoyo, como se vio con la entrega de ropas para bebés. Mientras que Mujeres Valientes es un espacio de apoyo entre las propias mujeres de la comunidad. Las personas profesionales que acompañan, facilitan el espacio, pero quienes le dan contenido y vida son las habitantes de la comunidad. De esta manera, el comedor y el grupo de Mujeres Valientes son dos herramientas que han sido desarrolladas en la comunidad para la sobrevivencia en un ambiente hostil, no específicamente hacia la maternidad, sino en general.

Características Sociodemográficas de las Personas Informantes Claves

Las personas informantes claves entrevistadas fueron personas que trabajan en la comunidad hace muchos años o que son de la comunidad y se destacan en algún rol de líder. En total se entrevistaron a seis personas informantes claves. Todas estas personas estaban relacionadas

a la clínica privada que ayudó a abrir contactos en la comunidad, en un primer momento. Para mantener la anonimidad, no se relatará la relación específica con la clínica. Además, cada informante clave será llamado IC y la numeración del 1 al 6. (Ver **Tabla 1**).

IC 1 tenía 52 años en el momento de la entrevista. Ella se autodefine como líder de la comunidad, trabajando con distintas instituciones que colaboran en la misma. Ella es mamá y pertenece a una de las familias fundadoras de Alajuelita. Ella trabaja como empleada doméstica. IC 2 tiene 34 años, es médica y trabaja hace siete años en la comunidad. Es vecina de Santa Ana y no tiene hijos(as). IC 3 tiene 40 años, es psicoanalista y trabajó en la comunidad por ocho años. Vive en Santa Ana. IC 4 tiene 50 años, es miscelánea y viven en Alajuelita hace 30 años. Es natural de Nicaragua y tiene varios(as) hijos(as). IC 5 es el único hombre, tiene 42 años, es educador y tiene 17 años de trabajar en la comunidad. Él vivió unos años en Alajuelita durante este tiempo. No es papá. IC 6 es psicóloga clínica, tiene 39 años, vive en Santa Ana y es mamá. Ella ejerció su profesión en la comunidad durante 16 años.

Tabla 1 Datos Sociodemográficos de las Personas Informantes Claves

IC	Edad	Hijos(as)	Profesión	Domicilio	Relación con Alajuelita
1	52	Sí	Líder comunitaria desde hace más de diez años. Ha trabajado con la municipalidad, la iglesia, el barrio y la clínica. Trabaja como empleada doméstica.	Alajuelita	Pertenece a una de las familias fundadoras de Alajuelita. Ha vivido allí toda su vida, así como toda su familia.
2	34	No	Doctora	Pozos, Santa Ana	Trabaja como médica hace siete años en la comunidad. Antes asistía a la iglesia en donde estaba ubicada la clínica. Fue así que encontró el trabajo de doctora allí.
3	40	¿?	Psicoanalista	Santa Ana	Trabajó seis años como voluntaria en la comunidad y luego dos

					más con una relación laboral. En total ocho años.
4	50	Sí	Miscelánea	San Felipe, Alajuelita	Vive hace 30 años en Alajuelita. Antes vivía en Nicaragua (esta es su nacionalidad).
5	42	No	Educador	Cartago	Trabaja hace 17 años en la comunidad. Durante un período vivió allí.
6	39	Sí	Psicóloga Clínica	Santa Ana	Trabaja hace 16 años como psicóloga en la comunidad.

Categorías en las entrevistas a las personas informantes claves

Del proceso de categorización de las entrevistas a las personas informantes claves, surgieron seis categorías, cada una dividida en subcategorías. Las seis categorías son Creencias sobre maternidad, Creencias sobre embarazo, Creencias sobre parto, Creencias sobre posparto (PP), Creencias sobre lactancia y alimentación y Creencias sobre sexualidad. (Ver **Tabla 2**). A continuación, se describen cada una de las categorías y subcategorías, ejemplificando con citas de las personas entrevistadas.

Las creencias sobre maternidad en las personas informantes claves (IC)

La primera categoría que se va a describir es las *creencias sobre maternidad en las IC*, la cual agrupa 44 de las 182 citas categorizadas en las entrevistas a las IC. Esta categoría incluye las subcategorías relacionadas a creencias generales sobre maternidad en la comunidad de parte de las personas informantes claves. A su vez, esta está dividida en tres subcategorías. *Deseo o no de maternidad (IC)*, la cual se refiere a las creencias de las IC sobre si las maternidades en la comunidad son deseadas o no e incluye 18 citas. *Características sociodemográficas de las mamás (IC)* incluye las creencias de las IC sobre las características sociodemográficas de las mamás, compuesto por 20 citas. La última subcategoría es *religión creencias (IC)*, que habla sobre las creencias religiosas y su relación con la maternidad en la comunidad y está compuesto por 6 citas. A continuación, se presenta el contenido de cada una de estas subcategorías.

Tabla 2 Definición de categorías y subcategorías entrevistas informantes claves (IC)

Categorías	# de citas	Definición	Subcategorías	# de citas	Definición
Creencias sobre maternidad de las personas IC	44	Esta categoría incluye las subcategorías relacionadas a creencias generales sobre maternidad en la comunidad de parte de las personas IC.	Deseo o no de maternidad (IC)	18	Esta subcategoría se refiere a las creencias de las IC sobre si las maternidades en la comunidad son deseadas o no.
			Características sociodemográficas de las mamás (IC)	20	Esta subcategoría se refiere a las creencias de las IC sobre las características sociodemográficas de las mamás.
			Religión creencias (IC)	6	Esta subcategoría se refiere a las creencias de las IC sobre las creencias religiosas y su relación con la maternidad en la comunidad.
Creencias sobre el embarazo de las personas IC	23	Esta categoría incluye las subcategorías relacionadas a las creencias sobre el embarazo en la comunidad. Se agrupan aquí tanto lo que creen las peronas IC que creen las personas de la comunidad, como lo que creen que son sus prácticas.	Aceptación del embarazo (IC)	15	Esta subcategoría se refiere a las creencias de las IC sobre la aceptación del embarazo de las mujeres en la comunidad.
			Apoyo al embarazo (IC)	8	Esta subcategoría se refiere a las creencias de las IC sobre el apoyo existente en la comunidad hacia el embarazo, incluyendo apoyo familiar e institucional.
Creencias sobre el parto de las personas IC	11	Esta categoría incluye las subcategorías relacionadas a las creencias de las personas IC sobre lo que es el parto en la comunidad.	Tipo de parto (IC)	6	Esta subcategoría se refiere a las creencias de las IC sobre los tipos de parto en la comunidad.

			Sufrimiento parto (IC)	5	Esta subcategoría se refiere a las creencias de las IC sobre el sufrimiento vivido por las mujeres de la comunidad en el parto, incluyendo violencia obstétrica.
Creencias sobre el posparto (PP) de las personas IC	50	Esta categoría incluye las subcategorías relacionadas a las creencias de las personas IC sobre las creencias y prácticas del posparto en la comunidad.	La mamá como cuidadora principal (IC)	4	Esta subcategoría se refiere a las creencias de las IC sobre las mamás como principales cuidadoras de sus bebés.
			La familia en el PP (IC)	26	Esta subcategoría se refiere a las creencias de las IC sobre el papel de las familias en el PP, tanto la familia extensa como el papá.
			Apoyo institucional (IC)	5	Esta subcategoría se refiere a las creencias de las IC sobre el apoyo institucional al PP en la comunidad.
			Dificultades mamá primeriza (IC)	7	Esta subcategoría se refiere a las creencias de las IC sobre las dificultades vividas por mamás en la comunidad por ser primerizas.
			Sufrimiento posparto (incluye VO ampliada) (IC)	8	Esta subcategoría se refiere a las creencias de las IC sobre el sufrimiento vivido por las mujeres de la comunidad en el PP, incluyendo violencia obstétrica ampliada.
Creencias sobre la alimentación y lactancias de las personas IC	34	Esta categoría incluye las subcategorías relacionadas a las creencias de las personas IC sobre creencias y prácticas de lactancia y alimentación a bebés en la comunidad.	Apoyo a la lactancia (IC)	5	Esta subcategoría se refiere a las creencias de las IC sobre el apoyo existente en la comunidad hacia la lactancia materna.
			Creencias en torno a la lactancia (IC)	17	Esta subcategoría se refiere a las creencias de las IC sobre las creencias en la comunidad en torno a la lactancia.

			Lactancia extendida más de un año (IC)	4	Esta subcategoría se refiere a las creencias de las IC sobre las prácticas de las mamás en la comunidad de lactancia extendida por más de un año
			Alimentación de bebés	8	Esta subcategoría se refiere a las creencias de las IC sobre las prácticas de las mamás de la comunidad de alimentar a sus bebés, es decir, lactancia materna, leche y/o fórmula y el momento de introducir alimentos.
Creencias sobre sexualidad de las personas IC	22	Esta categoría incluye las subcategorías relacionada a las creencias de las personas IC sobre creencias y prácticas de la sexualidad en al comunidad.	Sexualidad (IC)	22	Esta subcategoría se refiere a las creencias de las IC sobre las prácticas sexuales de las personas de la comunidad.

Deseo o No de Maternidad (IC).

A la hora de hablar sobre el deseo o no de maternidad, fue posible ubicar dos argumentos centrales en las entrevistas con las personas. En primer lugar, cinco de las seis personas ubicaron la maternidad como un mandato en la comunidad, más que un deseo individual. En segundo lugar, cuatro de seis personas definieron la maternidad como un proyecto de vida para las mujeres, quienes muchas veces lo deciden ante la falta de alternativas. En seguida ejemplificamos estas afirmaciones.

Las personas entrevistadas ubican que la maternidad es un mandato en la comunidad. IC 1 lo ubica como una obligación prácticamente. IC 2 por su lado ubica que es una gran dificultad para quien no ha logrado ser mamá. Incluso cita una mujer que ya es mamá, pero quiere serlo de nuevo por estar en una nueva relación y sufre por no lograrlo. No sabe si el deseo viene de ella, por tener estabilidad familiar o porque la pareja no tiene hijos(as). IC 5 comentó que no conoce una mujer adulta (mayor de 40) que no sea mamá, a menos las que tienen algún problema biológico. En ese sentido, IC 3 ve la no maternidad como una falta en la propia identidad de las mujeres, pero cree que si no se es madre biológica también la opción de adoptar o maternar hijos(as) ajenos(as) es perfectamente viable para suplir este vacío.

De igual manera, IC 5 comenta que la vida en la maternidad en la comunidad es naturalizada, incluso lo ve como algo de otro tiempo. "...lo que pasaba mucho antes en el tiempo verdad. Muchos años atrás, muchas décadas atrás que la mujer venía, nace, crece, se reproduce y muere." (IC 5, comunicación personal, 21 de julio, 2022). IC 4 también lo ve como costumbre,

Yo creo que eso más que todo es costumbre... sí, porque en realidad, qué les importa. O sea, es cierto, quiera o no quiera tener hijos, no es un problema. Entonces yo creo que más que todo es como de costumbre de ver a la mujer que ya está tan solita y no tiene hijos. Que tenga que quedar embarazada ya a los 25

o 26. Es como costumbre de la gente. (IC 4, comunicación personal, 26 de mayo, 2022)

IC 3 a su vez entiende que la comunidad, específicamente los sectores más marginales, los precarios, tienen muchas carencias y una estructura muy machista. Esto lleva a una relación directa entre ser mujer y ser madre. En este caso, no se trataría de un deseo de ser madre. En sus palabras,

...hay mucha escasez de recursos a todo nivel. A nivel simbólico, a nivel cultural, a nivel educativo, a nivel económico, entonces eso tiene un impacto. Es una estructura en general muy machista, entonces también hay una asociación implícita entre el ser mujer y el ser madre... (IC 3, comunicación personal, 27 de mayo, 2022).

Así, IC 3 continúa cómo la maternidad en la comunidad se vive como una maternidad no desde el deseo y el disfrute,

sí me parece que es importante pensar que estas situaciones de embarazo y maternidad conlleva mucha soledad, en muchos casos. Que al no haber un acuerpamiento (sic.), un acompañamiento del contexto por las mismas condiciones, no por las condiciones de carencia económica, de carencia, y todas las aristas de los que despliega la carencia económica porque es el quizás no poder ayudar pero también la carencia económica uno sale a trabajar muchísimas horas, entonces no está porque está trabajando. Entonces quizás, justamente el criar un nuevo vínculo, el separarse de la familia de origen para armar una nueva pareja quizás porque se quedaron embarazados o porque ya estaba la pareja consolidada y hay un embarazo, sí puede ser en muchos casos una experiencia de soledad. Es una maternidad que se atraviesa de un modo muy como, no me sale la expresión, pero sí es una maternidad, digamos, no es una maternidad que en general... desde el deseo y el disfrute, sino desde un lugar más, sacar las papas del fuego. Es decir, de ir viendo cómo salir adelante, cómo avanzar dentro de ese contexto. Sobre todo pensando el embarazo en estas tempranas, digamos en esta juventud-adolescencia. Cuando ya se da más adelante, quizás tiene más planeamiento, más planificación y eso lo convierte, digamos, se cambian las condiciones, también... (IC 3, comunicación personal, 27 de mayo, 2022).

De acuerdo con IC 2, la maternidad es vista como un negocio. Es decir, las mujeres sí buscan tener hijos(as) y de varios papás, para obtener pensiones y así sobrevivir.

IC 6, a su vez, entiende que más allá de estar vinculado a un tema de educación sexual, la maternidad sí es buscada ya que es vista como la posibilidad de tener algo, de construir una familia.

Ella lo ve como una añoranza de la mayoría de las mujeres en la comunidad. Quien no es madre es porque no puede.

IC 5 e IC 6 comentaron que las adolescentes dejan de estudiar primero y luego deciden embarazarse. Esto les da en qué ocuparse y les da algo propio. IC 5 dijo,

...Digamos ellas dejan de estudiar, porque les da pereza, porque no les gusta, porque se los permiten en las casas, porque no hay una motivación a seguir haciéndolo, y dejan de ir a la escuela, no sé, temprano. 6to, 1er año de colegio y ya sus vidas no tienen un propósito, un fin ni nada, se aburren, empiezan a tener noviecillo, y deciden tener bebés. Es que muchas deciden tener bebés a esas edades. Muchas. Porque piensan que es como, pueden pensar que eso es como lo que sigue, verdad y como te digo muchas de ellas han expresado que es algo que ellas querían tener, tener su bebé, algo como que les pertenezca. Entonces es como esa forma... (IC 5, comunicación personal, 21 de julio, 2022).

IC 6 agrega que el embarazo y el tener un(a) bebé les da un momento de importancia en sus vidas y de gratificación. Esto es así aún más cuando la vida de las personas ha sido más difícil, por ejemplo, migrantes o en situación socioeconómica complicada.

Igualmente, IC 4 considera que las mujeres jóvenes que se embarazan, que son la mayoría de nuevas madres en la comunidad de acuerdo con la informante, los embarazos son muy bien vistos y llenos de ilusión. Las personas adultas aceptan el embarazo porque son sus propias hijas, pero no les parece bien. Incluso, las personas adultas ya se operan para no tener más bebés o cosas por el estilo, son las jóvenes las que no lo piensan así. Según ella, "...lo toman como un juego..." (IC 4, comunicación personal, 26 de mayo, 2022).

De conjunto, vemos cómo las personas entrevistadas piensan que las maternidades, son en realidad casi imposiciones en las mujeres de la comunidad. A pesar de ser a veces una elección consciente, entienden que la elección de la maternidad se debe a la falta de alternativas, es decir, si no sirvo para estudiar, sirvo para parir. Así, son maternidades desde el no deseo o desde un deseo en el marco de muchas limitaciones.

Características Sociodemográficas de las Mamás (IC).

Las personas entrevistadas se refirieron a cuatro elementos sociodemográficos de las mamás en la comunidad: la edad de empezar a tener hijos(as), el número de hijos(as), estado civil, la escolaridad de las mamás y las condiciones materiales de estas maternidades.

La edad en que las mamás empiezan a tener hijos(as) en la comunidad fue identificada por las personas como la adolescencia o adultez temprana. IC 4 e IC 5 ubicaron el inicio de la mayoría de las maternidades en la adolescencia, entre los 14 y 15 años de edad. IC 1 generalizó que antes de los 20 años ya tienen varios(as) hijos(as). IC 2, 3 y 6 ubican que hay maternidades a edades diversas. Ellas indicaron que sí hay embarazos adolescentes y en promedio en la juventud temprana, IC 6 dijo entre los 17 y 19, IC 2 entre los 18 y 25. IC 2 destacó que esto lo ve en población tanto costarricense como nicaragüense. De esta manera, las personas creen que son maternidades en edades tempranas.

Todas las personas entrevistadas establecieron el número promedio de hijos(as) por mamá en la comunidad alrededor de 3 en promedio. Una dijo 2 o 3, dos de ellas(os) dijeron 3 o 4 y uno dijo 4. Es decir, es claro que cada mamá en la comunidad tiene múltiples hijos(as). IC 4 agrega que ella ve que son las jóvenes quienes más quieren tener varios(as) hijos(as), más grandes ya no quieren. IC 5 agregó que el método anticonceptivo en realidad no se utiliza en la comunidad, sino que las mujeres dejan de tener hijos(as) cuando dejan de ser fértiles o cuando las operan. IC 1 también se refirió a las operaciones en este sentido. IC 2 habló sobre el uso de las operaciones en la comunidad para parar de tener hijos(as),

La decisión de la operación es una decisión personal, es una decisión propia. Entonces, la mujer tiene que tomar la decisión de que ya no quiere tener hijos, comentárselo al doctor y que la metan en un programa para la operación. Porque sí les dan bastantes charlas, para que ellas no se arrepientan, para que sepan que ya es permanente, de que ellas están tomando la decisión, formar consentimiento informado, toda la cosa. Sí por supuesto pasa que, si es una persona en riesgo,

una muchacha joven que ya tiene 4 hijos, donde ya, se ve que puede haber riesgo, entonces en el control prenatal del 4to embarazo, ya el doctor que la ve, si topa con suerte, el doctor le dice, usted quisiera operarse para no tener más... (IC 2, comunicación personal, 26 de mayo, 2022).

Sobre el estado civil, IC 6 identifica que la mayoría de la población no es casada. En este sentido no importa mucho su estado civil en la maternidad. Muchas personas viven en unión libre y tienen hijos(as) de diferentes relaciones, las cuales suelen durar alrededor de tres años. Ella ha visto que las mujeres suelen tener como 4 o 5 hijos(as) con 3 papás diferentes, por ejemplo. IC 5 agrega que conforme van teniendo parejas van teniendo hijos(as). Él dice que las relaciones se formalizan no por el matrimonio, sino que tienen hijos(as).

Sobre la escolaridad, IC 5 menciona que las mujeres quedan embarazadas muy jóvenes. Frecuentemente son estas jóvenes que dejaron de estudiar y no tienen qué hacer durante el día. IC 6 agrega,

En lo que se habla habitualmente, también en muchas ocasiones digamos, pues creo que no se transmite otro mensaje. No es que necesariamente se transmita ese, sino que tampoco hay como muchas otras opciones. Por ejemplo, en el sistema educativo, es un acontecimiento frecuente digamos que chicas salgan embarazadas o así, es frecuente. Sobre todo, es mucha, la deserción escolar en estas zonas es muy elevada. Entonces uno ve entrar 4 séptimos y salir un quinto pequeño. Y en el proceso ahí con las chicas pasan cosas como estas todo el tiempo. (IC 6, comunicación personal, 30 de mayo, 2022).

De esta manera, IC 6 observa una gran deserción escolar en la comunidad, de la cual las mamás jóvenes son parte de quienes dejan de estudiar.

Las condiciones sociales de las maternidades son otro de los elementos que surgieron en las entrevistas. IC 5 describió que las jóvenes provienen de casas donde todas las personas duermen en un solo cuarto, entre 6 y 14 personas y nada les pertenece a ellas, ni la ropa. Entonces los(as) hijos(as) vienen a ser esto que les pertenece y ocupa su tiempo. Por su parte, IC 1 ubica problemas como el alcoholismo y la violencia intrafamiliar como motores de que las jóvenes dejen los

estudios por salir a trabajar y luego queden embarazadas. O simplemente dejan el colegio por optar tener hijos(as). Llegan a los 20 años con 2-4 hijos(as). Pero no ve niños(as) desnutridos, bajos de peso, maltratados(as).

A forma de síntesis de las creencias sobre las características sociodemográficas podemos decir que son maternidades que inician en la adolescencia o adultez temprana, que tienen varios hijos(as) a lo largo de los años, en promedio tres, que suelen no casarse y tener hijo(as) con distintos papás. Las mamás son parte de quienes dejan de estudiar antes de terminar el colegio y vienen de casas en condiciones de hacinamiento, con un contexto que presenta alcoholismo y violencia intrafamiliar con frecuencia. Para no tener más hijos(as) las mujeres con frecuencia se operan.

Religión Creencias (IC).

Cinco de las seis personas entrevistadas se refirieron al papel de la religión en las maternidades en la comunidad. Dos de ellas indican que sí hay influencia y cada una lo establece de manera diferente. Además, tres de ellas indicaron que la comunidad en su mayoría no es religiosa, o su relación con la religión es en edades más avanzadas no a las edades en que tienen hijos(as).

Sobre la influencia de la religión y la maternidad, IC 2 ubica que la mayoría de las pacientes de ella son católicas o cristianas entonces no hablan sobre sexualidad, mucho menos sexualidad para el placer. "... sino que es un tema de que, si quedó embarazada, se está portando mal o así..." (IC 2, comunicación personal, 26 de mayo, 2022). Ella cree que no se trata de religión en ese momento para la mujer embarazada, en ese momento sólo está pensando en ella misma. Por otro lado, IC 3 analiza,

... el discurso religioso del matrimonio implica servir al hombre (r e), la condición del matrimonio implica la apropiación, es decir que hay un, o sea desde esa base hay un mandato muy muy fuerte y es muy común encontrar, mismo en situaciones digamos de violencia doméstica, de que van a conversar con el pastor para ver qué hacer y el consejo es sumisión y resignación porque el lugar de la mujer es sirviendo al hombre y el matrimonio es la prioridad, entonces, tiene una incidencia muy muy grande. Y desde ese lugar, también, una mujer jams le puede negar, no debería negarle una relación sexual al hombre, si el hombre quiere. Y si el hombre no quiere cuidarse porque le incomoda el preservativo, digamos ahí tenemos un montón de condiciones que justamente inciden en cómo muchas mujeres salen embarazadas también en casos de violación intramatrimonial,  no? De situaciones de violencia a donde la mujer es violada por el hombre porque ella no quiere tener relaciones y él la fuerza. Ehm, (sic.) los mandatos de lo religioso tienen una incidencia muy grande en el lugar de la mujer, del hombre obviamente también porque es algo vincular, de la posición de la femineidad y de la sexualidad, de la maternidad,  no?, en consecuencia. (IC 3, comunicación personal, 27 de mayo, 2022).

Esto se complementa con la perspectiva de la maternidad en las religiones, de acuerdo con IC 6 en quienes sí son practicantes, “la religión siempre tiene como la visión de la mujer o como madre como el camino posible, digamos y como una bondad en ser madre, entonces de alguna forma, podría tener esa representación en alguna medida en ellas también.” (IC 6, comunicación personal, 30 de mayo, 2022).

IC 6 también agrega que en términos generales la población es cristiana o católica, pero no son muy practicantes. Además, quienes van a los centros religiosos son personas mayores. Esto se corrobora con lo comentado por IC 4, quien dice que más bien le falta religión a la juventud. IC 5 menciona que la principal religión es el cristianismo, que ve todo de forma más castigadora, pero que es una minoría de personas que es religiosa.

Las creencias religiosas en la comunidad están presentes y ejercen su influencia en algún grado de acuerdo con las personas entrevistadas. En este caso, cabe preguntarse si la lógica de las religiones sobre las maternidades opera sobre las personas de la comunidad independiente de si son practicantes o no.

Creencias sobre el embarazo de las personas IC

La siguiente categoría desarrollada a partir de las entrevistas a las personas informantes claves es las Creencias sobre el embarazo. Esta categoría incluye las subcategorías relacionadas a las creencias sobre el embarazo en la comunidad. Se agrupan aquí tanto lo que creen las personas que creen las personas de la comunidad, como lo que creen que son sus prácticas. Reúne 23 de las 182 citas categorizadas. 15 de ellas están en la subcategoría *aceptación del embarazo (IC)*, la cual se refiere a las creencias sobre la aceptación del embarazo de las mujeres en la comunidad. Las 8 citas restantes están en la subcategoría *apoyo al embarazo (IC)*, la cual incluye las creencias sobre el apoyo existente en la comunidad hacia el embarazo, incluyendo apoyo familiar e institucional. A seguir, se desarrollan cada una de estas subcategorías.

Aceptación del Embarazo (IC).

Todas las personas hablaron de la aceptación del embarazo en la comunidad como parte de la vida. Sin embargo, se destacaron señalamientos sobre contextos y situaciones en las cuales hay más aceptación que otras.

IC 6, al referirse a cómo se ve el embarazo en la comunidad dice, “yo creo que con mucha naturalidad. El proceso del embarazo. O sea, se considera como muy parte del ciclo natural, muy esperado. No alarma mucho el embarazo. Ni siquiera el embarazo adolescente alarma mucho en la comunidad.” (IC 6, comunicación personal, 30 de mayo, 2022). Además, agrega que es el momento en el que las mujeres tienen más atenciones y algún beneficio, como a la hora de distribuir la comida. Esto es secundado por IC 2, quien además dice que las mujeres embarazadas cuando son mayores de 18 ven el embarazo normal, ella dice, “es mucho como que el embarazo es parte de la vida, o sea como que así tiene que ser.” (IC 2, comunicación personal, 26 de mayo, 2022). Es algo que las mujeres quieren.

IC 5 mencionó que muchas veces el embarazo, al asociarse a una persona proveedora, es visto en la comunidad como que llega a resolver un problema, así que son bien aceptadas en la casa. Aunque esto no sea totalmente cierto. Y acompañan a las mamás a sus citas y controles. Él lo relacionó con un tema de clase, "...Creo que lo he visto más digamos en clases medias, más, digamos, es más, o sea, lo ven como más, de alguna forma como con más tabú, eh, (sic.) lo ven como que están limitando sus sueños y su futuro, pero en estas comunidades no. No tiene ese peso negativo." (IC 5, comunicación personal, 21 de julio, 2022). Para él, el embarazo en la comunidad siempre está bien. Es decir, el embarazo es aceptado como parte de ese proyecto de vida viable que es la maternidad en la comunidad, mencionado en la subcategoría *deseo o no de maternidad (IC)*.

IC 3 agregó que existen contextos en los cuales el embarazo es aceptable. Por ejemplo, siempre que no sea torta, por trabajo sexual o promiscuidad, entonces es un contexto aceptable. En ese sentido, IC agregó que, si el papá no está del todo, es decir si es sólo la mamá con el embarazo y bebé, se le juzga.

Además, IC 1 comentó que a veces los embarazos no son aceptados por las familias.

Más de una echada de la casa. Hay veces no las aceptan. Cómo le dijera. Es que digamos es una familia. Digamos si fuera sólo un muchacho en un núcleo familiar, menos mal, pero el núcleo familiar donde la mayoría de las muchachas salen aquí embarazadas, son varios miembros. Entonces es como, cómo le dijera, usted salió así, usted se me va de la casa, o usted se me va con el novio, o usted se me va para donde la tía, o usted ve a ver. Los embarazos son muy complicados, es muy difícil. Porque incluso preguntan cómo abortar o qué se hace, para dónde se van. O me da mucha lástima porque ya cuando están embarazadas andan buscando a ver una amiga que las reciba en la casa, como van buscando ropita para sobrevivir, o se van a trabajar embarazadas también. Había una muchacha que se fue a vender flores a las esquinitas. (IC 1, comunicación personal, 24 de mayo, 2022).

La misma persona agregó que cuando se trata de un embarazo adolescente y hay algún grado de no aceptación del mismo en las familias, los hospitales o los colegios mandan a llamar al

PANI, el cual actúa para que la joven no quede desamparada. Igualmente, IC 4 comentó que cuando son embarazos jóvenes se juzgan en la comunidad, pero cuando tienen a su mamá, salen adelante con la ayuda de ellas. En la comunidad, como IC 1 misma dijo, “pueblo chico, infierno grande” (IC 1, comunicación personal, 24 de mayo, 2022), así son juzgadas las jóvenes, se les dice vagas o calentadas. Cuando, de acuerdo con esta persona, no necesariamente esto es así.

IC 3 agregó que una costumbre en casos donde la familia maneja diferente un embarazo no deseado en una adolescente es que mandan a la joven embarazada a tener su hijo(a) a otro lugar con familiares, por ejemplo, Guanacaste. Esto ella lo relacionó con ser casos fuera del matrimonio.

De esta manera, parece que, si hay la presencia de un papá, si se trata de una joven, pero que tenga el apoyo de su mamá y el papá del o la bebé, de una u otra manera el embarazo es aceptado por la comunidad. En los casos de personas mayores de edad, el embarazo parece siempre ser aceptado, de acuerdo con lo presentado por las personas entrevistadas.

Apoyo al Embarazo (IC).

La percepción de apoyo al embarazo en la comunidad por parte de las personas entrevistadas aparece centralmente de dos fuentes en las citas: la familia y el EBAIS. La familia, principalmente concentrada en la mamá de la embarazada. El EBAIS, por su lado, hace el acompañamiento del embarazo, las deriva a la clínica en caso de ser necesario y además imparte un curso de preparación para el parto con información para las mamás. Estos son cursos que se imparten una vez que la mujer ya está embarazada.

Surge la pregunta de si estos apoyos son los adecuados y necesarios en un contexto que se ha mostrado lleno de adversidades. Un contexto que IC 3 llama de “inestabilidad estructural”. (IC 3, comunicación personal, 27 de mayo, 2022).

Creencias de las IC sobre el Parto

La categoría de creencias sobre el parto incluye las subcategorías relacionadas a las creencias de las personas entrevistadas sobre lo que es el parto en la comunidad. En total son 11 citas relacionadas a este tema, seis en la subcategoría de tipo de parto (IC) y cinco en sufrimiento parto (IC). La primera subcategoría citada se refiere a las creencias sobre los tipos de parto en la comunidad. La segunda, a las creencias sobre el sufrimiento vivido por las mujeres de la comunidad en el parto, incluyendo violencia obstétrica. A continuación, se desarrollan y ejemplifican estas subcategorías.

Tipo de Parto (IC).

Existe un acuerdo entre las personas entrevistadas sobre los tipos de parto en la comunidad, esto es que son partos en hospitales. Otro elemento que destaca es que de las seis personas, cinco destacaron que la mayoría son partos vaginales. Sólo una persona dijo que son cesáreas la mayoría de partos de las adolescentes, por ser cuerpos no maduros todavía. La cita de IC 2 ejemplifica esto,

la mayoría es parto vaginal. Se hace cesárea sólo si hay algo que complique el parto vaginal o que amenace la vida de la mamá o el bebé... pero en su mayoría vaginales... Sin epidural y sin nada, así, dándolo todo. (IC 2, comunicación personal, 26 de mayo, 2022).

Es decir, la creencia de la mayoría de las personas sobre los partos en la comunidad es que son partos vaginales sin muchas complicaciones.

Sufrimiento Parto (IC).

Sobre el sufrimiento en el parto, hubo únicamente dos informantes claves que se refirieron al tema. Sin embargo, dada la importancia de este tema en el conjunto de la investigación, mantuvimos esta categoría. Incluso porque el hecho de que sólo dos personas IC hablen de sufrimiento en el parto, mientras todas las madres pasaron por situaciones de violencia obstétrica,

es por sí mismo muy revelador. Se profundizará la discusión de este hecho en el análisis de resultados. A continuación, se presentan las creencias sobre el sufrimiento en el parto presentadas por las dos personas que se refirieron al tema.

La IC 3 se refirió al contexto de violencia obstétrica que existe en los hospitales que atienden los partos,

Con respecto a los partos, en general sí se hacen en los hospitales que funcionan con especialidad obstétrica. Ehm (sic.), sí hay muchas situaciones de bastante violencia por parte de los funcionarios del hospital en ese tipo de contextos, eso sí es algo que aparece mucho. Ehm (sic.), malos tratos, dejarlas en camillas, dejándolas, más tiempo de lo que se debería dejar, partos que han tenido complicaciones justamente por eso, o por que el bebé estaba meconizado y lo vieron y nunca hicieron nada, hicieron una intervención quirúrgica mucho tiempo después. Ese tiempo de historias se, circulan demasiado, quizás... (IC 3, comunicación personal, 27 de mayo, 2022).

Y continúa,

Pero no hay un sistema de cuidado o de acompañamiento más amable de la mujer en ese contexto. La epidural es algo que no, no circula. Que quizás una episiotomía aliviaría muchos desgarros que se terminan dando por no haber hecho una episiotomía a tiempo. Ehm (sic.), estamos hablando de un sistema que creo que está bastante saturado, entonces, eso no justifica, pero quizás explica, pero sí hay muchos casos de tratos que podrían haberse evitado o de riesgos en los neonatos que también se podrían haber evitado si hubiera habido atención más, más cuidadas. (IC 3, comunicación personal, 27 de mayo, 2022).

La IC 2 fue la otra persona que habló de sufrimiento en el parto. Ella se refirió por un lado al sufrimiento debido a la violencia obstétrica que ella misma vio siendo infringida en sus prácticas cuando era estudiante de medicina. Por otro lado, habló también del sufrimiento que vio en las mamás primerizas que no sabían a lo que iban. Sobre la violencia obstétrica ella dijo,

... o digamos ver una muchacha sufriendo demasiado y yo le decía al doctor como no hay nada que se pueda hacer, no se epidural, o algo. O algo, un pañito caliente, lo que sea, uno dice lo que sea, un pañito caliente. Y respuesta, si no le dolió abrir las piernas, se aguante. Así. S: o sea probablemente sí hay un grado de incidencia importante de violencia obstétrica, digamos. IC 2: claro, un montón. Un montón. Hay mujeres que les va muy bien. Y que vienen aquí y me dicen, me fue demasiado bien, todos fueron demasiado lindos, sobre todo cuando

hablan mucho de los enfermeros, las enfermeras son un pan de dios. Pero hay muchos médicos muy insensibles. Horrible. Horrible, horrible... (IC 2, comunicación personal, 26 de mayo, 2022).

Incluso, IC 2 llega a decir que por eso ella no entró a trabajar en la CCSS, porque sentía que allí era inevitable volverse así. Ella además relató el sufrimiento de las mamás primerizas,

Tal vez sí, ahí pensaría como el trauma del parto, que tal vez en más jóvenes puede ser un poco más traumático si no han tenido otros hijos o si no saben a lo que va o si no hay una madurez suficiente para lo que conlleva el momento del parto, que es bastante fuerte. Yo que tuve la oportunidad de estar en sala de parto bastante, en el Hospital San Juan de Dios, yo cuando tenía pacientes jóvenes, adolescentes o más jovencitas, era muy duro. Muy duro, tal vez por la inmadurez emocional, verdad, donde en muchas ocasiones era, no puedo, no puedo, no lo voy a lograr, no puedo, no puedo, no puedo, o sea es como demasiado fuerte, verdad, para ellas es muy fuerte. Cosa que tal vez pacientes que ya habían tenido hijos antes estaban mucho más tranquilas, ya sabían a lo que iban, aunque fuera doloroso, aunque sea doloroso, aunque hagan, aunque se quejen, aunque lo que sea es como diferente como lo pueden manejar. (IC 2, comunicación personal, 26 de mayo, 2022).

Esta última cita, se refiere a un sentimiento de sufrimiento que es difícil separar de la violencia obstétrica. Este elemento, así como la violencia obstétrica relatada por estas dos personas y la falta de relatos de violencia obstétrica en las otras entrevistas será debatido en el análisis de resultados.

Creencias de las personas IC sobre el Posparto (PP)

La categoría de las creencias sobre el posparto es la más numerosa en citas, tiene 50 citas y está dividida en cinco subcategorías. Ella incluye las subcategorías relacionadas a las creencias sobre las creencias y prácticas del posparto en la comunidad. La principal subcategoría es *la familia en el PP (IC)*, que se refiere a las creencias sobre el papel de las familias en el PP, tanto la familia extensa como el papá. En esta están agrupadas 26 citas. Sigue en orden de importancia numérica con 8 citas *el sufrimiento en el PP (IC)*, la cual se refiere a las creencias sobre el sufrimiento vivido por las mujeres de la comunidad en el PP, incluyendo la violencia obstétrica ampliada. Luego está

dificultades de mamá primeriza (IC) con 7 citas, que se refiere a las creencias sobre las dificultades vividas por mamás en la comunidad por ser primerizas. El *apoyo institucional (IC)* es la cuarta subcategoría con cinco citas. Esta habla de las creencias sobre el apoyo institucional al PP en la comunidad. Por último, *la mamá como cuidadora principal (IC)* tiene cuatro citas y se refiere a las creencias sobre las mamás como principales cuidadoras de sus bebés. A continuación, se desarrollan estas cinco subcategorías.

La Familia en el PP (IC).

La familia en el PP es una de las principales subcategorías, no sólo numéricamente, sino que justamente este número refleja una importancia grande del papel de la familia en este período de la vida en esta comunidad. De las citas analizadas, podemos ver cinco aspectos de la familia en el PP: el papel del papá, el cuidado del(la) bebé, la familia como factor de riesgo, el rol de las nuevas mamás dentro de las familias extendidas y el no apoyo de la familia. A continuación, se ahonda cada uno de estos elementos.

Sobre el papel de los papás, hay una perspectiva de que estar en pareja cuando se tiene hijos(as) es una fuente de respeto en la comunidad. IC 1 e IC 4 concuerdan que las adolescentes en general viven con sus propias familias (mamá, etc.), mientras que las mayores de 18 sí se juntan. IC 4 ve a las jóvenes embarazadas como una maternidad más en soledad. En su propio discurso se ve un juicio de valor a esta situación,

... bueno de las que están ya más grandecitas sí hay varias que viven con su pareja y sí tienen su familia a la par, digamos mamá, papá o hermanos. Y también, digamos esta muchacha que tiene 25, tiene 2 niños que vive con su esposo, un muchacho. Las que corren más, así como soledad son estas chiquillas. Las chiquillas porque como todo, seguro lo hacen como un juego. No es como un adulto que ya tiene su pareja y piensan hacer su vida y su hogar. Entonces son las que siempre están solas. Las chiquillas, la mayoría no todas. (IC 4, comunicación personal, 26 de mayo, 2022).

La misma persona agrega que el tener pareja en este momento de la vida cumple un papel de hacer a la mujer merecedora de respeto. Principalmente en las adolescentes, con las adultas ya no importa tanto. Las adolescentes mamás que no están con su pareja, de acuerdo con IC 4, son vistas como “presa fácil”. IC 1 agrega sobre las mamás solteras,

esas sí, porque siguen hablando. Ahorita tiene otro. Ahorita le encajonan otro. Como siempre, ma (sic.). Como siempre... o digamos, va a trabajar y se arregla, entonces ya que ya anda buscando, verdad. Que por eso se fue a trabajar. Son muy mal vistas. Todavía hay gente muy machista. (IC 1, comunicación personal, 24 de mayo).

En ese sentido, IC 6 agrega que el ver bien a las mujeres en pareja viene más de la relación entre las propias mujeres, que lo ven como deseable. Esto se intensifica cuando ya tienen varios(as) hijos(as), lo cual dificulta salir a trabajar y la pareja representa uno de los puntos de sostén económico de la familia. IC 5 agrega que, en la comunidad, las mujeres no se casan y este no es un reproche de la comunidad o la familia. Lo que se hace para consolidar las relaciones es tener un(a) hijo(a), por lo tanto, también es normal

IC 1 comenta que, por ejemplo, en un caso de maternidad y paternidad adolescente, el papá sí asumió su responsabilidad y entonces ambos(as) adolescentes continuaron sus estudios mientras la abuela cuidaba del bebé. Ella agrega que ya sea para estudiar (que son la mayoría) o sino trabajar. Además, hay un grupo de jóvenes que sí pasan por depresión posparto. Ella ve que su corta edad es la responsable por esto.

Otro de los aspectos de esta subcategoría es la familia y el cuidado del(a) bebé. Sobre esto, IC 3 comenta que habría que agregar que la población nicaragüense, que es muy numerosa en la comunidad, tiene la costumbre de que a los(as) hijos(as) les críen sus abuelas, incluso les van a dejar a Nicaragua en sus edades tempranas y luego les traen para el proceso de escolarización. Sin embargo, en la comunidad también es común que las mamás busquen un(a) familiar o vecino(a)

para que ayuden con el cuidado, a pesar de que sí existe una tendencia grande de que las mamás se queden en casa cuidando a sus hijos(as). Esto es reforzado por IC 4, quien dice, "... sí ya niños de 2, de 1 o de 3. Normalmente son ellas, las mamás. Y si no está la hija, la mamá, entonces está la abuela. En el caso de no estar la abuela, bueno sí también porque son dos abuelas, la abuela materna y paterna." (IC 4, comunicación personal, 26 de mayo). Destacando el papel de las mujeres de la familia en el cuidado.

El papel de las abuelas en el cuidado de los(as) bebés tiene dos caras. Por un lado, puede ser un factor protector cuando la mamá o el papá no está en condiciones de cuidar, sea por la edad o por alguna condición de adicción, pero también puede ser fuente de conflicto intergeneracional. De acuerdo con IC2,

Entonces hay mucho conflicto también como entre ellos, verdad. Entonces, eso pasa también mucho. Que las abuelas se hacen cargo de sus nietos, porque los hijos no están en las mejores condiciones, pero también como que los minimizan en muchas ocasiones. No los dejan como tampoco ejercer la maternidad o la paternidad porque los ven como que no puede. (IC 2, comunicación personal, 26 de mayo, 2022).

IC 5, sin embargo, destaca que la relación con la abuela es una de aprendizaje también, donde las nuevas mamás van aprendiendo de sus propias mamás. Por otro lado, IC 3 agrega que en general las mamás viven con la pareja y sus hijos(as) y otros(as) parientes, una casa a la par de la otra. Esto lo destaca como un factor de riesgo para las niñas por ser un formato que promueve el abuso.

Un caso relatado que ejemplifica la vivencia de estas madres y las dinámicas complejas con las familias extendidas es el siguiente,

Entonces el muchacho tampoco tenía trabajo, entonces este tema de que él no tuviera trabajo, ella me escribía todo el embarazo. Porque todavía no había nacido el bebé y ella me escribía que es que él no tenía trabajo, que ella no sabía qué hacer, que entonces ella se sentía incómoda, porque ella estaba viviendo, ella se sentía arrimada, en la casa de él, de los papás de él, verdad. No como con

su familia porque, di, (sic.) fue básicamente lo que pasó. Ella queda embarazada y ella se va con él a la casa de los papás de él en lugar de ella quedarse en su casa. Ehm (sic.), es un tema como complejo y como que pasa mucho eso, verdad. No es como que ellos tienen su espacio como familia, sino que están en el cuarto de otra casa, con otras costumbres. Ahorita que el bebé nace, ella me vuelve a escribir y me dice que, si es normal lo que ella está sintiendo, que ella siente que necesita proteger al bebé porque el suegro, digamos, no para de fumar. Entonces es como que yo ya sé que ella está en una situación emocional complicada, como no sabiendo para dónde agarrar, no tiene trabajo, no terminó sus estudios, tiene un bebé recién nacido, el muchacho está trabajando en una pulpería, o sea, es como un poquito complejo, verdad. (IC 2, comunicación personal, 26 de mayo, 2022).

Sin embargo, IC 6 menciona que casi siempre es con la familia materna que viven las nuevas mamás. Incluso, si se juntan, forman un nuevo núcleo familiar en uno de los cuartos de la familia materna. El ejemplo citado muestra la formación de un nuevo núcleo familiar en un cuarto de la familia paterna.

El rol que cumplen las nuevas mamás en el núcleo familiar es otro elemento de la familia en el posparto. IC 5 describe la situación de la siguiente manera,

... dejan de ser niñas y pasan a ser mujeres. Entonces tienen un rol como más presente como en la familia. Tienen que cuidar, tienen que cocinar, tienen que limpiar, tienen que hacerse cargo como de casa. Antes de eso son chiquillas, entonces creo que sí hay un cambio. Pasan de ser chiquitas, adolescentes, a ser mamás. O sea, jefas de hogar, casi. Generalmente en las casas aquí, es muy matriarcal, porque generalmente no hay una figura paterna porque terminan con sus parejas, cambian de pareja, etc. entonces no hay como una familia, una figura paterna ahí. Entonces las mujeres son las que se hacen cargo de todo. Entonces ellas pasan a ser un soporte de la familia. Ya no son como una carga, digamos, por decirlo así, sino pasan a ser un soporte. Entonces tienen un rol como más activo en el cuidado de la familia, en la protección y en todo eso. (IC 5, comunicación personal, 21 de julio, 2022).

En esta cita podemos observar no sólo el cambio de rol de las nuevas madres, que ahora deben ser proveedoras y cuidadoras, sino también la propia estructura de las familias, consecuencia de las múltiples relaciones de pareja a lo largo de la vida. El factor estabilizador o permanente en los núcleos familiares son las mamás.

También, dentro de la familia en el posparto, se encuentra cuando la familia inmediata no apoya. En ese sentido, IC 4 comenta que, si no es la propia mamá, es la hermana o sino la tía, pero siempre salen adelante las nuevas mamás. IC 2 comenta que más o menos la mitad de las mujeres madres no son apoyadas por sus familias, pero que, tienen otros apoyos,

Entonces, pasa que se apoyan mucho entre vecinos. Eso es algo que también hemos visto. La amiga, o el vecino, o la otra, entonces se encarga como de cuidarle al bebé o de ayudarle los primeros días, etc. De hecho, es muy común que nuestras pacientes vivan en multifamiliares, o sea, son múltiples familias en una sola. Entonces no están como completamente solas en un cuarto, sino que sí están como viviendo con otras familias en su mayoría. Como, voy a decir esta palabra, suena fea, pero como arrimada. O sea, como que entonces esta le dio posada, entonces viene para esta casa donde es la amiga o la prima o la tía que ya tienen su esposo y sus hijos y este hijo también tiene otro hijo que vive ahí mismo, pero en el departamento de arriba, entonces esto pasa mucho, verdad. (IC 2, comunicación personal, 26 de mayo, 2022).

La familia en el PP, de acuerdo con las personas, cumple así un papel fundamental. Es, por un lado, la red de apoyo. Puede ser el papá del(la) bebé, la propia mamá, la suegra, la tía, la prima. Pero es centralmente con este apoyo que salen adelante las mamás nuevas de la comunidad. Este apoyo que viene con sus contradicciones, de limitarles, de ubicarlas en un nuevo rol de proveedoras y cuidadoras e incluso si no está, deben salir a buscar sus redes de apoyo.

El Sufrimiento en el PP (IC).

El sufrimiento en el PP fue descrito por todas las personas. Algunas lo ubicaron más como un tema de adaptación a una nueva realidad. Otras lo vieron como un tema del propio proceso de transformarse en madre en un contexto específico como el de Alajuelita, con carencias materiales y principalmente, con historias de violencias de distintas índoles.

IC 1, por ejemplo, lo ve como que se aburren las jóvenes al ver los cambios en sus cuerpos y la pobreza en la que tienen que ser madres. IC 4, por su parte, identifica que se escucha bastante que las nuevas mamás lloran mucho y no logran dormir. Sin embargo, lo ve como parte del proceso

de aprender a ser mamá. En sus palabras, “Sí, sí, me parece que es normal porque están pasando de una etapa de niñas, donde todo se les da, todo se les ayuda a ellas empezar a ayudar y a darle a otra criatura. Entonces pienso que es normal sí.” (IC 4, comunicación personal, 26 de mayo).

Por su parte, las demás personas identifican que se pasan distintos grados de sufrimiento psíquico en el proceso de posparto en la comunidad. Estos incluyen depresión, ansiedad, miedo, incluso TEPT. Todas coinciden que no hay estadísticas y que muchas veces no se registra. IC 3 dice al respecto,

a veces no es algo que realmente se registre, sino que, o sea hay que tener un espacio psíquico para poder sentir también. Entonces, a veces es algo que en el momento aparece como una crisis que genera, algún tipo de pedido de ayuda, y a veces no. A veces se pasa, se pasa en la soledad, se pasa en la carencia, se pasa en la dificultad y después en algún momento, se aborda por emergencia o por lo que sea, en caso de que tenga la posibilidad de, ¿no? A veces ni siquiera. (IC 3, comunicación personal, 27 de mayo, 2022).

Las historias de violencia intra e extra familiar, la corta edad, la falta de apoyo de la familia, los problemas económicos, son algunos de los elementos que ubican las personas entrevistadas como factores de riesgo. IC 6 comenta,

Historias de vida donde hay acontecimientos como el abuso, donde ha habido violencia, donde este tipo de cosas aparecen y por ejemplo muchas veces hay como susto cuando tienen una niña, como de la preocupación de protegerla, o este tipo de cosas. Entonces que el embarazo implique un cierto grado de angustia es bastante frecuente. Y en esta población que la historia anterior es bien compleja, suele ser frecuente. Muchos de los embarazos implican además una preocupación económica de cómo van a sustentar con el bebé, digamos. Eso también es un factor. No suelen ser, en el mayor de los casos se sienten bien de estar embarazadas, digamos como físicamente, pero a nivel de lo social hay bastantes preocupaciones. Yo creo que debe, yo diría que debe de haber bastante depresión posparto no identificada como tal. O sea que no necesariamente ni siquiera llega a un grado de consulta, sino que lo viven muy en soledad y muy en el contexto de la casa. (IC 6, comunicación personal, 30 de mayo, 2022).

De esta manera, todas las personas ubican estos sufrimientos psíquicos en el devenir madre en Alajuelita. Ven también que son procesos vividos muy en soledad, en casa.

Dificultades de Mamá Primeriza (IC).

Otro elemento relacionado al sufrimiento, pero que tal vez no llega a ese nivel de intensidad, son las dificultades de mamá primeriza que creen las informantes clave que pasan las mujeres de la comunidad. En su mayoría están relacionados con prácticas y creencias sobre cuidados de recién nacidos y desconocimiento de parte de las mamás.

Por ejemplo, IC 1 mencionó que a algunas les cuesta caer en cuenta de que son mamás ahora y todo lo que esto implica. También mencionó que abrigan demasiado a los(as) bebés. Por otro lado, IC 2 comentó que hay que hacer un poco de educación para que las mamás sepan cuáles son los cuidados necesarios para los(as) bebés.

Las personas mencionaron varias prácticas relacionadas a creencias en este período del PP. Poner ajo atrás de la oreja o una semilla grande guindada de una pulsera son amuletos de protección del bebé, poner una moneda en el ombligo o usarles fajero a los(as) bebés para que el ombligo no les quede salido y un ungüento casero que usaban para las quemaduras de mantilla, son algunos de los principales elementos. También hay creencias sobre la alimentación de las mamás en este primer período, que serán abordadas en la categoría *Creencias entorno a la lactancia (IC)*. Sobre las dificultades de mamá primeriza, IC 6 dice,

Aquí generalmente aparece o a veces con un, como con un diente de ajo o ese tipo de cosas, una especie de amuleto que les cuelgan como con unas semillas también. Esas cosas son frecuentes como de protección al bebé. Ehm (sic.), y algunas prácticas también referidas por ejemplo como al hundimiento de la mollera que son habituales, que es muy importante informarlas porque algunas veces es, bueno el hundimiento de la mollera es un tema de deshidratación y muchas veces no lo creen así. Creen que es como una maldición o tal, entonces todo es, hay como mucha cosa mítica digamos con respecto al primer tiempo. (IC 6, comunicación personal, 30 de mayo, 2022)

Es importante aclarar que las personas entrevistadas están acostumbradas a lidiar principalmente con población nicaragüense o descendientes directos de dicha población. Estas

prácticas están muy relacionadas a este origen. Son creencias de la población, que se ubican como parte de las dificultades de mamás primerizas, al tener que ir viendo y aprendiendo qué cosas pueden hacer y qué cosas representan un problema de salud para sus hijos(as), como el ungüento casero o, por ejemplo, el hundimiento de la mollera.

Apoyo Institucional (IC).

Las personas entrevistadas identificaron una serie de apoyos institucionales presentes en la comunidad disponibles para las mamás en el posparto. Se pueden citar el PANI en casos de mamás adolescentes, el IMAS, que da ayudas económicas, La Casita, en San José, que es un colegio adonde mamás adolescentes logran terminar de estudiar mientras les cuidan a sus hijos(as), el CENCINAI, el comedor comunitario, las iglesias y la Red de Cuido. Estos son los recursos ubicados por las(os) informantes en la comunidad para las mamás.

La Mamá como Cuidadora Principal (IC).

Finalmente, hay un elemento de las creencias sobre el posparto en Alajuelita que es la mamá como cuidadora principal. Sobre esto no parece haber unanimidad entre las personas informantes. Algunas como IC 4 o IC 5 consideran que las mamás sí son las cuidadoras principales y se quedan en casa al inicio. Por su parte, IC 6 comenta,

algunas veces ellas mismas y otras veces terceros, en el, cuando es el nacimiento del primer hijo, es usual que lo cuide otra persona que no son ellos... ya cuando tienen varios, usualmente los cuidan ellas... el primer tiempo, muy muy pequeñitos, a veces los cuidan ellas, digamos, pero estoy hablando eso es como del primer mes. Y en algunos casos si se tienen que ir a trabajar, este, incluso los, se los pasan a alguien más estando muy pequeñitos. A veces incluso los van a dejar a Nicaragua, los que tienen familia en Nicaragua o así. Digamos que es frecuente encontrar esa o el pasaje a que los cuide alguien más como alrededor de los tres meses, seis meses, es habitual. (IC 6, comunicación personal, 30 de mayo, 2022).

En esta cita, se evidencia el contacto de las personas entrevistadas con la población nicaragüense en la comunidad. La mamá dedicada únicamente a sus hijos(as) lo ubica como más común al ser varios(as), no cuando es sólo uno(a).

Creencias de las IC sobre la Alimentación y Lactancia

La categoría creencias de las personas IC sobre la alimentación y lactancia incluye las subcategorías relacionadas a las creencias sobre creencias y prácticas de lactancia y alimentación a bebés en la comunidad. Esta contiene 34 de las 182 citas categorizadas y se divide en cuatro subcategorías. Las *creencias en torno a la lactancia (IC)* incluyen las creencias sobre las creencias en la comunidad en torno a la lactancia, con 17 citas. La *alimentación de bebés (IC)* se refiere a las creencias sobre las prácticas de las mamás de la comunidad de alimentar a sus bebés, es decir, lactancia materna, leche y/o fórmula y el momento de introducir alimentos, con 8 citas. El *apoyo a la lactancia (IC)* habla de las creencias sobre el apoyo existente en la comunidad hacia la lactancia materna, con 5 citas. Y la *lactancia extendida más de un año (IC)* aborda las creencias sobre las prácticas de lactancia extendida por más de un año en las mamás de la comunidad, con 4 citas. A seguir, ejemplificaremos estas subcategorías.

Creencias en torno a la Lactancia (IC).

Las creencias en torno a la lactancia se pueden dividir en tres. En primer lugar, la perspectiva más general sobre la lactancia. Luego, lo que las personas IC creen que hacen las mamás a la hora de dar de mamar (si es exclusiva, si complementan, etc.) y, por último, lo que creen que las mamás consumen para ayudar en la lactancia.

La lactancia en la comunidad, de acuerdo con las personas entrevistadas, es visto como algo normal y natural. No se tapan, no hay pena en este sentido. Es la forma más común de

alimentar a los(as) bebés y todas lo hacen (o intentan). Los comentarios en la comunidad a veces se refieren a que las mamás son tan pequeñas que no tienen lo que se necesita para dar de mamar, pero ellas igual lo hacen. En ese sentido, IC 4 dice,

Yo he visto a ellas que como normal. Lo único es como lo que dicen verdad que yo escucho y dicen, que dicen, tan chiquitas no ve que no tiene ni para darle para el bebé. Porque sí a veces son chiquillas tan delgaditas y tan pequeñas tal vez pequeñas de estatura... pero así se la juegan. Sí. Hay una que es pequeñita, pequeñita, pequeñita que el bebé no parece que fuera el hijo, más bien. Es gigante. Tiene un año apenas. Y ahí la veo que ahí le pasa dando. Ahí lo lleva, aunque sea guindando, pero ahí lo lleva. Dándole pecho, sí. (IC 4, comunicación personal, 26 de mayo, 2022).

IC 6 destacó la influencia de la cultura nicaragüense en la comunidad, cuando no es relación directa, la familia o la convivencia lleva a tener influencia. Y, al ser una comunidad muy matriarcal, de mujeres que acompañan los procesos de otras mujeres, se va transmitiendo estas prácticas. Ella destacó que esto se refleja en prácticas como introducción de alimentos sólidos antes de tiempo en los(as) bebés, creer que la fórmula es mejor y la lactancia es cuando no hay dinero. Por ejemplo, se cree que el Gerber o papillas listas son mejores porque se compran hechas. Estas creencias y prácticas son repetidas por las otras personas informantes claves.

También estas personas relataron prácticas y creencias sobre la lactancia ser insuficiente. De esta manera las mamás complementan la lactancia con otras cosas, sea leche, comida u otras bebidas. Por ejemplo, cuando los(as) bebés recién nacidos(as) lloran, que puede ser por muchos motivos, es visto como que la leche materna es insuficiente, de acuerdo con IC 2. Además, IC 1 menciona,

Sí, aquí sí. Me da una risa. Inclusive llegan con el cuponcillo (sic.) con agua de arroz y de todo. Viera qué vacilón... digamos las que les están dando de mamar les hacen unos cuponcillos (sic.) con agua de arroz con canela, para que no les duela el estómago. [ríe] Qué pecado. (IC 1, comunicación personal, 24 de mayo, 2022).

IC 2, por su lado al referirse a la alimentación de las mamás, no destacó nada específico. Sin embargo, sí aseguró la existencia de creencias alrededor de la lactancia, como, por ejemplo, si la mamá tiene anemia, se la pasa al(la) bebé por la leche. Sin embargo, IC 1 agrega que además de mandar a las mamás a tomar mucha agua, toman mucha avena, las abuelas mandaban a tomar agua dulce con leche y las mujeres también hacen agua de masa. Esto es, "...masa de hacer tortillas, le echan agua, la dejan reposar, entonces la estripan (sic.), el agua que suelta la masa la cuelan y eso le dan de tomar con melaza, melaza de dulce, se la toman para hacer más leche." (IC 1, comunicación personal, 24 de mayo, 2022). IC 6 también relata la práctica de comer tortilla y coajada en la cuarentena, además de camote y de evitar la carne de cerdo. En ese sentido, IC 6 destaca que ha habido un cambio de comportamiento, que unos años atrás era más común la práctica de sólo comer tortilla y coajada en la cuarentena.

De esta manera, las personas relatan que la práctica de la lactancia es muy extendida en la comunidad y hay mucha información y prácticas en torno a la lactancia que se basan en tradiciones pasadas de generación en generación.

La Alimentación de Bebés (IC).

La alimentación de los(as) bebés inicia antes de las recomendaciones en la CCSS. Todas las personas coincidieron que, a partir de los dos meses de nacidos(as), es común alimentar a los(as) bebés de la misma manera que comen las adultas. Algunas de las personas entrevistadas responsabilizan la edad de las mamás como la causante de este tema.

Por ejemplo, IC 4 comentó,

Les dan lo que ellos comen... si están comiendo galletas, le desbaratan con la saliva y se la meten a la boca al bebé, que es una porquería. Si está comiendo banano, le desbaratan un pedazo de banano y se lo meten al bebé. Yo pienso que es porque son carajillas (sic.). Que piensan que así se alimentan. Pero eso es lo que hacen... ahí sí yo creo que no hay, o no se les ha instruido cómo alimentarlos

una vez que nacen. O qué pueden comer o qué no pueden comer. Ahí sí es cierto que están bien mal. (IC 4, comunicación personal, 26 de mayo, 2022).

Otros alimentos citados que son introducidos después de los dos meses de nacidos(as) son caldo de frijol, leche pinito, té de manzanilla, nacatamales o frutas. En este sentido IC 3 considera que quienes tienen acompañamientos regulares en el EBAIS sí logran proporcionar una alimentación adecuada, pero que sí ha visto casos extremos de bebés de siete meses con diabetes de todo lo que les habían dado de comer y otro que hasta le costaba respirar de lo gordo que estaba. IC 2 considera igualmente que es un tema de educación.

De acuerdo con las personas entrevistadas, la alimentación de los(as) bebés en la comunidad es entonces vista como un complemento a la lactancia desde antes de lo que debería.

El Apoyo a la Lactancia (IC).

Hay un acuerdo entre las personas informantes claves de que no hay recursos específicos para acompañar la lactancia en la comunidad. Sin embargo, destacan el papel educativo de los hospitales y el EBAIS en el cumplimiento de la ley de lactancia, esto también es reforzado desde la clínica privada cuando es necesario. Además, hay un elemento que IC 6 propuso que es que en la comunidad la lactancia se enseña de generación en generación. Ella dijo "...pero no suele ser frecuente como que haya mayores problemas en la lactancia. Creo que vienen de tradiciones familiares donde la lactancia es muy común. Entonces como que entre ellas mismas me parece que se aconsejan o se apoyan." (IC 6, comunicación personal, 30 de mayo, 2022). En este sentido, se destaca como positivo el papel de transmisión intergeneracional de la práctica de lactancia.

La Lactancia Extendida más de un Año (IC).

Cuatro de las personas entrevistadas se pronunciaron sobre la lactancia extendida a más de un año. Todas estas personas coincidieron en que se les da de mamar a los(as) niños(as) en la comunidad como hasta los 3 o 4 años en promedio. IC 6 comenta,

En general en la comunidad es bien, es vista por las personas como una posibilidad de alimentar al bebé sin que implique un gasto extra. Entonces, la mayoría tratan de generar la lactancia porque comprar la fórmula, o así es mucho más costos o darles leche incluso de caja que les dan en muchas ocasiones cuando no se puede la lactancia. Entonces, tratan de producir la lactancia y hablan bien de ella. O sea, como que han escuchado en algún momento que ayuda a proteger al bebé o ese tipo de cosas son habituales. (IC 6, comunicación personal, 30 de mayo, 2022).

Por otro lado, IC 2 comenta las dificultades que esto puede traer desde la perspectiva de su atención médica,

Entonces, aquí tenemos también muchos chicos con anemia porque la mamá no se lo despega de la teta, porque sólo toma leche, porque no quiere comer nada más. Eso un montón. Es más, ahora que estoy hablando de esto, creo que más. Creo que hay más mamás que no.... El extremo opuesto, sí, no se los despegan, les cuesta mucho y el chiquito llora, entonces se lo vuelven a pegar, entonces solo. O sea, estoy hablando de niños de 3 años, 4 años, entonces anemia, no quieren comer otra cosa, estreñidos. Y este ha sido también un tema como de educarlos. Pasan pidiendo vitaminas o cosas porque el chiquito no quiere comer y cuando le pregunto, cuánta leche toma, ah no doctora, todo el día y toda la noche. Pasan pegados en la teta en la noche. Entonces un montón de caries, por eso digo, hay muy poca educación en lactancia. (IC 2, comunicación personal, 26 de mayo, 2022).

De esta manera, de acuerdo con las personas, se reconoce la existencia de la lactancia extendida. Igualmente, vemos la opinión de IC 2 contra la lactancia extendida dados los problemas que ella identifica que esto trae.

Creencias de las IC sobre Sexualidad

La última categoría que surgió a partir de las entrevistas a las personas informantes claves es las creencias sobre sexualidad. Esta categoría incluye las creencias de las IC sobre las creencias

sobre sexo y las prácticas sexuales de las personas de la comunidad, abordando la relación entre sexualidad y religión como parte de esto. En su totalidad hay veintidós citas en esta categoría. A continuación, se describe y ejemplifica la misma.

Sobre sexualidad en general, uno de los principales temas que presentaron las personas es la educación sexual en la comunidad. IC 1 comentó que en el colegio de San Felipe le estaban dando clases de sexualidad a los(as) jóvenes y hasta huelga hicieron las familias. Igual antes de la pandemia se daban las clases, que eran básicamente de biología. Así, IC 3 mencionó los cursos en las escuelas, pero recordó la incidencia de los demás factores como la familia o la cultura. En ese sentido, IC 2 comentó que no se habla de placer en la sexualidad, ella dice que como médica no puede hablar ni de masturbación en la comunidad pues las personas lo ven como ofensivo.

En ese sentido, IC 1 identificó que el principal problema relacionado a la sexualidad es la falta de información, “en la casa no les hablaban de eso. Diay (sic.), porque era malo, porque no tenía que enterarse, que era que si ya iban a hacer algo. Es que ese es el problema, la falta de información.” (IC 1, comunicación personal, 24 de mayo, 2022). Así no se les informa cómo se generan los embarazos ni sobre anticoncepción. Así, las y los jóvenes muchas veces sólo se están explorando y terminan en embarazos no deseados ni planeados y, agrega IC 2, mujeres siendo madres sin siquiera haber tenido un orgasmo.

IC 1 identificó varios obstáculos para hablarle libremente a la juventud sobre sexualidad. Ella dijo,

entonces más de uno escandalizado, verdad (sic.). Hay que hacerlo porque por eso estamos como estamos. La Iglesia no se atreve, por miedo a los papás que se le vienen encima. El colegio, pide permiso, el EBAIS, sólo cuando están embarazadas dan los cursitos, verdad. Diay (sic.), ¡¿entonces?! ¿Cuándo se le va a hablar de eso a los jóvenes libremente? (IC 1, comunicación personal, 24 de mayo, 2022).

En ese mismo sentido, IC 5 agregó,

Sienten que eso es algo prohibido, cochino, tabú. Y, no transmiten como ese conocimiento. De hecho, también, incluso posiblemente el conocimiento que tengan es muy básico o hasta cierto punto incorrecto. Entonces no se siente incluso capaces ni desean hacerlo. No lo transmiten. Eso es como un tema bastante tabú. A pesar de que empiezan con la práctica sexual desde muy tempranas edades y los papás generalmente saben que está pasando, no hablan sobre eso. (IC 5, comunicación personal, 21 de julio, 2022).

Por su lado, la falta de información, IC 2 lo ubicó en la población más en general también.

Ella dijo,

Muchas veces hay poca educación, lo hacen mal, les da miedo, por ejemplo, nosotras igualmente acá recibimos una donación muy grande de la pastilla de emergencia del día después. Y botamos absolutamente toda la donación porque se venció. Porque culturalmente no se acostumbra a tomarse la pastilla del día después, si no tuvieron protección o si tuvieron relaciones sexuales sin protección. Para ellos eso sería como un aborto o sería como algo terrible entonces culturalmente eso no está. Nosotras tratamos de explicarles y darles charlas de que eso no es así, verdad, que, si se hace en un tiempo seguro, no se estaría cometiendo un aborto, entre otras cosas. (IC 2, comunicación personal, 26 de mayo, 2022).

Igualmente, de acuerdo con las personas, la desinformación se ve también sobre métodos más convencionales, como las inyecciones, los preservativos o las pastillas. A pesar de que en el EBAIS y en la propia clínica privada sí se cuenta con los métodos anticonceptivos como la inyección de cada tres meses, el DIU o el implante subdérmico que dura tres años.

Otro elemento relacionado a sexualidad en la comunidad, de acuerdo con las IC, es que las mujeres, aunque sean menores de edad, una vez que ya han tenido hijos(as), son vistas como sexualmente disponibles para los adultos. IC 4 dijo,

Diay (sic.) que ya como ven que tienen hijos, entonces es como, ay ya esa es una vieja, parida. Una vieja parida, ya no es una chiquilla. Cosas así, las molestan y todo. Yo digo que las tratan como en el sentido de que, aunque sean chiquillas, ya no las ven como una chiquilla decente, ya. Porque escucho que les dicen cosas y sí, groserías, como mami qué rica que está. Cosas así, aunque sean menores, pero como ya tienen hijos entonces piensan que ya pueden faltarles el respeto. Y cosas así. Es porque ya piensan que es una vaga, que es aquí, que es allá, entonces ese es el problema. Y menos si está sola, si no tiene esposo, no tiene un muchacho a la par, nada, peor. (IC 4, comunicación personal, 26 de mayo, 2022).

IC 4, también piensa que el problema es que las jóvenes andan experimentando en un contexto específico. Ella dijo, “Yo veo chiquillas ya cuando se da cuenta uno, quedó embarazada. Entonces me imagino que la misma vagancia, el tomar, el fumar y todo eso, una cosa lleva a la otra y sale panza. Eso es lo que aquí. Porque yo lo he visto con cada una de ellas.” (IC 4, comunicación personal, 26 de mayo, 2022). Entonces, ella ubicó la sexualidad y el embarazo en un contexto de no estudio ni trabajo y de consumo de sustancias.

Finalmente, la relación entre sexualidad y religión fue destacada por algunas personas. Siendo que las principales religiones identificadas en la comunidad son la católica y la cristiana, la segunda con más peso, IC 3 ve una gran influencia.

...me parece que la incidencia de la religión, siempre es muy fuerte, tanto a nivel de la maternidad como de la posición de la femineidad, como de la sexualidad. Es decir que hay un marco de lo aceptado, de lo aceptable y de lo no aceptable, de lo permitido y de lo prohibido muy fuerte. Ehm (sic.), ideales muy puristas de lo que implica esa posición y eso inevitablemente tiene incidencia. (IC 3, comunicación personal, 27 de mayo, 2022).

En ese sentido IC 4 ejemplificó con sus vecinas. Unas eran cristianas y otras testigos de Jehová. Las hijas de ambas familias salieron embarazadas. A ellas les decían que era pecado, que no tenían que andar de pecadoras. IC 1 también agregó que en las iglesias tampoco se habla ni se provee ningún tipo de educación sexual.

De esta manera, la sexualidad en la comunidad de acuerdo con las personas informantes entrevistadas es vivida desde la experimentación, muchas veces con una perspectiva de que es algo sucio o prohibido. Con un acceso muy limitado a la información o incluso cuando se accede a información, se tienen muchos prejuicios, lo cual no permite que se utilice la información debidamente. Al mismo tiempo, parece haber una perspectiva de que quien ya parió, ya está

iniciada en la vida sexual y está disponible para quien quiera. Es decir, una maternidad joven hace que esta mujer ya tenga que estar a disposición de los hombres de la comunidad.

Características Sociodemográficas de las Mujeres Madres Entrevistadas

A continuación, se describen las características sociodemográficas de las mujeres madres que fueron entrevistadas en esta investigación. Se entrevistaron diez mamás primerizas que viven en Alajuelita. Sus edades varían entre los 18 años y los 30 años y las edades de sus hijos e hijas varían entre el año y los tres meses y los seis años. En promedio, fueron mamás a los 19.9 años. Así, seis fueron madres antes de los veinte (de estas cuatro fueron madres adolescentes) y cuatro fueron mamás entre los 20 y los 27. Cuatro tienen hijas y seis tienen hijos. Sólo tres de ellas continúan con el papá de su hijo(a) como pareja y, de ellas, sólo una está casada. (Ver **Tabla 3**).

Tabla 3 Características Sociodemográficas de las Mamás

Mamá	Edad	Edad mamá	Sexo bebé	Edad bebé	Ocupación mamá	Estado civil/pareja	Estudios mamá	Vivienda
Mamá 1	30	27	niña	3 a 7m	Ama de casa / (antes hacía y vendía artesanías)	Casada	8tavo	Vive con esposo
Mamá 2	22	16	niño	6 años	Desempleada / (antes vendedora ambulante)	Se separó de papá de bebé en embarazo	8tavo	Vive con la mamá
Mamá 3	18	14	niña	4 a	Estudiante	Son novios, al cumplir 18 intentaron vivir juntxs pero se devolvieron a vivir separadxs	Faltan 4 materias para bachillerato	Vive con la mamá
Mamá 4	23	19	niña	3 a 4m	Niñera y trabajadora doméstica	Está separada de papá desde embarazo. Está presente “pero no se esmera”	Bachillerato concluido/ curso asistencia en preescolar congelado	Vivía con papá y hermanos y misma propiedad que abuela.
Mamá 5	18	16	niño	1 a 11m	Ama de casa	Se separó hace 6 meses del papá del bebé.	9eno	Vivió juntada en la casa de la mamá desde el embarazo y el parto. Ya luego alquilaron casa.
Mamá 6	28	26	niño	2 a	Ama de casa	Se separó a los dos meses de nacido el bebé.	U incompleta enfermería	Vivió juntada en Cartago con papá de bebé. Se separó y volvió a casa de mamá (adonde vive sola).
Mamá 7	25	23	niño	2 a 5m	Desempleada /plancha ropa	Se separaron recién nacido	9eno incompleto	Vive en casa de la mamá (sola)
Mamá 8	18	17	niña	1 a 3m	Estudiante	El papá de la bebé es su pareja	Está cursando 11avo	Vive con la mamá
Mamá 9	22	19	niño	3 a	Asistente de técnico dental	Separada del papá del bebé. Tiene otra pareja.	Debe matemáticas para tener el bachillerato	Vive con papá y mamá
Mamá 10	24	22	niño	1 a 5m	Ama de casa	Separada del papá del bebé	Sexto de primaria	Vive con la mamá

Sobre el nivel de escolaridad de las mamás, siete no terminaron el colegio. Dos tienen educación superior incompleta. Una sólo completó la primaria. Cuatro de las mamás son amas de casa (una de ellas antes era artesana y vendía lo que producía), dos están desempleadas (una antes era vendedora ambulante, la otra plancha ropa para generar algún ingreso), dos son estudiantes (terminando el colegio) y dos están trabajando fuera de casa (una como niñera y empleada doméstica, otra como asistente de técnico dental).

Las mamás viven en su mayoría con sus propias mamás. Seis de ellas viven con sus mamás. Una de ellas vivió con la mamá y se juntó con el papá del(a) bebé en la casa de su mamá y luego salieron de la casa juntos(as). Dos viven solas, una de ellas vivió un tiempo con el papá de su hijo y luego se fue a vivir sola. Una vive con su papá y su hermano, en la misma propiedad que su abuela. Finalmente, una vive con su esposo, el papá de su hija. Es interesante destacar que las dos mamás que viven solas y la que está casada fueron mamás en sus veintes.

De esta manera, la mayoría fueron mamás en su adolescencia o adultez temprana, sin haber terminado el colegio y no trabajan fuera de casa. Además, no están con los papás de sus hijos(as) y viven con sus familias maternas.

Categorías en las Entrevistas a las Mamás Primerizas en Alajuelita

En el siguiente apartado se presentan las categorías y subcategorías que emergieron de las entrevistas realizadas a las mamás primerizas en Alajuelita. Hay dos tipos de categorías, aquellas relacionadas a las creencias y aquellas relacionadas con las prácticas de las mamás. Esta fue la manera de trabajar el concepto de elementos culturales a la hora de desarrollar las categorías de análisis. En total, se analizaron 456 citas, a partir de las cuales se desarrollaron diez categorías, cada una dividida en subcategorías. Las categorías son: creencias sobre maternidad, creencias sobre embarazo, prácticas en el embarazo, creencias sobre el parto, prácticas en el parto, creencias

sobre el Posparto (PP), prácticas en el Posparto (PP), creencias sobre la lactancia y la alimentación, prácticas relacionadas a la lactancia y la alimentación y prácticas relacionadas a la sexualidad. (Ver **Tabla 4**). A continuación, se definen y se ejemplifican cada una de estas categorías y sus subcategorías.

Tabla 4 Definición de Categorías y Subcategorías en Entrevistas a Mamás

Categorías	# citas	Definición	Subcategorías	# citas	Definición
Creencias sobre maternidad	43	En esta categoría se incluyen las subcategorías relacionadas con creencias (incluye pensamientos y sentimientos) generales de las mamás sobre maternidad.	Tipo de mamá	26	Esta subcategoría se refiere a ideas expresadas por las mamás que se refieren a tipos de mamás, como lo que es ser una buena mamá o no.
			Deseo o no de maternidad	17	Esta subcategoría se refiere a la expresión del deseo o no de ser madres en abstracto, más allá del embarazo específico, de parte de las mamás entrevistadas.
Creencias sobre embarazo	21	En esta categoría se agrupan las subcategorías relacionadas a creencias (incluyendo pensamientos y sentimientos) sobre el embarazo.	Aceptación del embarazo	14	Esta subcategoría se refiere a la aceptación del embarazo independiente de las condiciones en que éste se dio.
			Religión embarazo	7	Esta subcategoría se refiere a expresiones de las creencias religiosas en la vivencia del embarazo. Esto es, todas las referencias a Dios, prácticas religiosas, etc. Las citas pueden contener otros temas y mención a religión, pues interesa ver en relación a qué surge la mención a la religión.
Prácticas en el embarazo	59	En esta categoría se agrupan las subcategorías relacionadas a prácticas de las mamás y su entorno durante sus embarazos.	Apoyo al embarazo	18	Esta subcategoría se refiere al apoyo vivido por las mamás durante su embarazo en la comunidad, incluyendo el apoyo familiar e institucional.
			Decisión o no de embarazo	18	Esta subcategoría se refiere a si la mamá tomó una decisión consciente a la hora de embarazarse.

			Sufrimiento embarazo	23	Esta subcategoría se refiere al sufrimiento expresado por la mamá relacionado a sus vivencias en el embarazo, incluye violencia obstétrica ampliada.
Creencias sobre el parto	38	En esta categoría se agrupan las subcategorías relacionadas a creencias sobre el parto propio, es decir, lo que imaginaba que iba a ser el parto y elementos religiosos que surgieron alrededor de su parto.	Lo que se imaginaron del parto	25	Esta subcategoría se refiere a lo que las mamás habían pensado que sería su parto o un parto antes de su vivencia, incluye lo que ha sido el parto para otras mujeres de su familia o cercanas.
			Religión parto	13	Esta subcategoría se refiere a expresiones de las creencias religiosas en la vivencia del parto. Esto es, todas las referencias a Dios, prácticas religiosas, etc. Las citas pueden contener otros temas y mención a religión, pues interesa ver en relación a qué surge la mención a la religión.
Prácticas en el parto	45	En esta categoría se agrupan las subcategorías relacionadas a prácticas en el parto vivido por las mamás, tanto prácticas propias como de su comunidad y sistema de salud.	Acompañante en parto	6	Esta subcategoría se refiere si durante el parto la mamá estuvo acompañada y por quién.
			Parto: tipo e intervenciones	24	Esta subcategoría se refiere al tipo de parto (cesárea, vaginal) y las intervenciones médicas realizadas en cada parto, algunas pueden ser catalogadas como VO.
			Sufrimiento parto	15	Esta subcategoría se refiere al sufrimiento expresado por la mamá relacionado a sus vivencias en el parto, incluye relatos de VO. Difiere de la categoría anterior porque en las entrevistadas expresan aquí disconformidad con la vivencia.

Creencias sobre el Posparto (PP)	50	En esta categoría se agrupan las subcategorías relacionadas a las creencias (incluyendo pensamientos y sentimientos) de las mamás sobre el posparto.	Ambivalencia ante la experiencia de maternidad	21	Esta subcategoría se refiere a expresiones de las madres de la ambivalencia que sienten y/o piensan frente a la experiencia de la maternidad. Es decir, elementos negativos junto con elementos positivos de sus vivencias.
			Desarrollo de bebé	10	Esta subcategoría se refiere a creencias expresadas por las mamás sobre el desarrollo de sus bebés.
			Religión posparto	19	Esta subcategoría se refiere a expresiones de las creencias religiosas en la vivencia del posparto. Esto es, todas las referencias a Dios, prácticas religiosas, etc. Las citas pueden contener otros temas y mención a religión, pues interesa ver en relación a qué surge la mención a la religión.
Prácticas en el Posparto (PP)	120	En esta categoría se agrupan las subcategorías relacionadas a las prácticas de la mamá y su entorno (familia, comunidad, instituciones) en el posparto.	La mamá como cuidadora principal	15	Esta subcategoría se refiere a la práctica de la mamá como cuidadora principal de su bebé.
			La familia en el PP	42	Esta subcategoría se refiere al papel de la familia en el posparto, incluye familia extensa, el papá del bebé, e incluso el rol de la mamá dentro de la familia. O la ausencia de esta red de apoyo
			Apoyo institucional	3	Esta subcategoría se refiere al apoyo brindado por instituciones a las mamás durante el período de PP.
			Otras actividades en PP	6	Esta subcategoría se refiere a otras actividades desarrolladas por las mamás en el PP.
			Separación PP inmediato	13	Esta subcategoría se refiere a si hubo o no separación mamá-bebé en el PP inmediato.
			Colecho	4	Esta subcategoría se refiere a si se practica el colecho o no.

			Dificultades mamá primeriza	6	Esta subcategoría se refiere a dificultades expresadas por las mamás en su maternidad por ser mamás primerizas. Se refiere al proceso de aprendizaje y de ir conociendo a sus bebés recién nacidos(as).
			Sufrimiento posparto	31	Esta subcategoría se refiere al sufrimiento vivenciado por las mamás en el posparto, incluye violencia obstétrica ampliada.
Creencias sobre la lactancia y la alimentación	19	En esta categoría se agrupan las subcategorías relacionadas a las creencias sobre la lactancia y alimentación. Incluye las creencias no sólo de las mamás sino también de su entorno, y las expresiones de religiosidad en este proceso.	Creencias en torno a la lactancia	12	Esta subcategoría se refiere a creencias expresadas por las mamás sobre la lactancia materna.
			Religión y lactancia	7	Esta subcategoría se refiere a expresiones de las creencias religiosas en la vivencia de la lactancia y/o alimentación de sus bebés. Esto es, todas las referencias a Dios, prácticas religiosas, etc. Las citas pueden contener otros temas y mención a religión, pues interesa ver en relación a qué surge la mención a la religión.
Prácticas relacionadas a la lactancia y la alimentación	60	En esta categoría se agrupan las subcategorías relacionadas a las prácticas de la mamá y su entorno (familia, comunidad, instituciones) relacionadas a la lactancia.	Prácticas familiares en torno a la lactancia	13	Esta subcategoría se refiere a las prácticas en las familias alrededor de la lactancia, incluyendo prácticas de otras mujeres en sus lactancias y prácticas hacia la lactancia de la mamá entrevistada.
			Inicio tardío de lactancia	6	Esta subcategoría se refiere al inicio tardío de la lactancia (no en el PP inmediato).
			Lactancia extendida por más de un año	9	Esta subcategoría se refiere a la práctica de las mamás de lactancia extendida más de un año.

		Alimentación de bebé	15	Esta subcategoría se refiere a la práctica de las mamás de alimentar a sus bebés, es decir, lactancia materna, leche y/o fórmula y el momento de introducir alimentos.
		Sufrimiento relacionado a la lactancia y la alimentación	17	Esta subcategoría se refiere al sufrimiento vivenciado por las mamás en el proceso de lactancia e introducción de alimentos a sus bebés.

Creencias sobre maternidad

La categoría Creencias sobre maternidad incluye las subcategorías relacionadas con creencias (incluye pensamientos y sentimientos) generales de las mamás sobre maternidad. Incluye un total de 43 citas, subdivididas en dos: *Tipo de mamá* con 26 citas y *Deseo o no de maternidad* con 17 citas. La primera subcategoría se refiere a las ideas expresadas por las mamás sobre tipos de mamás, por ejemplo, lo que es ser una buena mamá o no. La segunda subcategoría se refiere a la expresión del deseo o no de ser madres en abstracto, más allá del embarazo específico, de parte de las mamás entrevistadas. A seguir, profundizamos y ejemplificamos el contenido de estas subcategorías.

Tipo de Mamá.

En la subcategoría tipo de mamá podemos encontrar una idea general de cómo son las mamás en Costa Rica o en la comunidad, por un lado. Por otro, lo que caracteriza a una buena o a una mala mamá.

Sobre la idea general de cómo son las mamás en Costa Rica, cabe destacar que cinco de las diez mamás dieron una visión general. Todas de manera positiva. Mamás protectoras, que cuidan a sus hijos(as), que no les dejan andar en la calle sin cuidar, luchadoras, luchonas, valientes, fuertes, que aman, que sacan adelante a sus hijos(as) y trabajan en lo que haya que hacerlo para sustentarles. Para ejemplificar podemos citar a dos mamás,

Mamá 7,

Yo siento que las mamás ticas somos como más protectoras. Como más protectoras, nosotras como que tratamos de que nuestros hijos estén bien a sobre todo y a sobre todos, verdad. Yo como mamá tica, doy fe en mí, de que yo, a donde no cabe mi hijo no quepo yo, claramente y eso lo he dicho millones de

veces. Donde no cabe mi hijo, no quepo yo. Si usted no quiere a mi hijo, no me quiere a mí, básicamente. Porque mi hijo es mi hijo y nació de mí... Yo siento como que las mamás ticas, bueno las que yo conozco hasta el momento, somos como que le echamos ganas a la educación de nuestros niños, tratamos de que nuestros hijos tengan 100% verdad, con su ropita, sus cosas y antes de nosotras vestirnos... yo veo que siempre, siempre, a nosotras nos caracteriza el amor que nosotros le tenemos a nuestros hijos, y la lucha, la lucha porque hay muchos hombres que ahora abandonan su hogar que, por ir detrás de ciertas cosas, verdad. Diay (sic.), y los niños se van ahí verdad de rueda. En cambio, nosotras nos quedamos ahí, fuertes al pie del cañón, para estar ahí con los niños. Nosotros somos como más mamá gallina, diría mi mamá... (Mamá 7, comunicación personal, 9 de setiembre, 2022)

Mamá 5,

... sinceramente, nosotras, porque me incluyo, somos demasiado demasiado, por decirlo así, fuertes, por decirlo así. Porque tener un bebé, bueno requiere tener demasiada paciencia, a veces cuando las mamás son solteras, que ellas sacan adelante a sus hijos, como mi mamá. Mi mamá toda una vida nos ha sacado adelante sola, sin ayuda de nadie. Ella trabaja y si ella no trabaja, diay (sic.) nosotros no comíamos. Entonces las mamás somos muy luchadoras. Todo, cuando cuidamos a nuestros hijos, que tenemos que andar detrás de ellos. Atrás de esto, de lo otro. Entonces sí, somos muy luchadoras, muy fuertes... (Mamá 5, comunicación personal, 8 de setiembre, 2022).

Sin embargo, no todas quisieron generalizar. Dos mamás (3 y 9) consideraron que hay muchos tipos de mamás y dijeron directamente que no se puede generalizar. Ambas dijeron que hay quienes lo hacen bien y quienes lo hacen mal. Mamá 9 dijo que están las responsables, valientes, esforzadas y las irresponsables, que el título de mamá les queda grande. Las otras cinco mamás directamente hablaron sobre lo que es ser buena o mala mamá. A seguir se verán las definiciones de buenas y malas mamás de acuerdo con las demás mamás.

Las buenas mamás descritas por las mamás entrevistadas son aquellas que de forma valiente y empoderada cuidan, chinean, educan y les enseñan a sus hijos(as) y juegan con ellos(as). También se preocupan por su futuro y su salud emocional. Una mamá mencionó que ella busca en

internet qué tiene que hacer siempre, pero sólo actúa cuando un médico le dice qué es lo que tiene que hacer.

En este sentido, mamá 6 comentó,

Pero no, o sea eso es sumamente difícil, son decisiones en las que usted tiene que empoderarse y decir, bueno, vamos con todo y fuerte y valiente porque di son cosas muy difíciles. O sea, tener un hijo es como, como algo que depende mucho de uno entonces uno piensa mucho, bueno yo digo, al menos una buena mamá... Yo pienso todas las cosas, todos los traumas que él pueda tener. En todo, o sea que psicológicamente siempre él esté bien. O digamos yo pienso mucho en todo lo que él, las etapas que él necesita pasar psicológicamente para que sea un hombre productivo y para que él no tenga nada de esas cosas marcadas de su infancia, no sé, que mamá no estuvo ahí o que papá lo dejó o que todas esas cosas. O sea, todas esas cosas le preocupan a uno siempre. Entonces, no es como así tan fácil como cuando uno lo ve, ah sí simplemente ya pañales, comida, escuela, esto y yo otro. O sea no. Eso es para alguien que no le importe el hijo. Pero alguien que realmente ame a su hijo, se preocupa por toodos (sic.) los demás entornos. (Mamá 6, comunicación personal, 8 de setiembre, 2022).

Otros aspectos que también fueron levantados es la comunicación y la posibilidad de que el(la) hijo(a) aprenda a tomar decisiones y sus consecuencias desde pequeño(a), como medida de prepararlo(a) para un futuro, incluso sin su mamá. Así, Mamá 6 siempre le ha hablado mucho y explicado todo a su bebé, por ejemplo, para que él entendiera que ella necesitaba ir a trabajar, pero siempre volvería a él. En ese sentido, Mamá 4 considera que hay que disciplinar a los(as) hijos(as) dentro de casa, no en público. Dejarles expresarse, pero también corregirles. Además, esta misma mamá desde pequeña le ha dado pequeñas responsabilidades a su hija, como llevar ropa sucia a la canasta de ropa sucia, comer sola, escoger su ropa, etc. Ella dijo,

...o sea, nosotros crecimos que hasta el calzón nos elegían. O sea, no nos dejaban, no era que no nos dejaban, porque nosotros no teníamos conocimiento, pero no nos enseñaban esa opción. Y hemos crecido que ya a los 18 años se cumple mayor de edad y usted tiene que ver qué hace, y cómo vamos a saber qué hacer si nunca nos dieron una opción de elegir, de saber tomar una decisión, de conocer equivocarnos. O sea, no, no lo conocimos. Por eso es que nos equivocamos tanto ya viejos y perdemos muchas oportunidades y llegamos a viejos sin nada en la vida, más que trabajar para vivir. (Mamá 4, comunicación personal, 7 de setiembre, 2022).

Para poder proveer todos estos elementos de “buenas madres”, algunas mamás señalaron que no se veían teniendo más hijos(as), incluso porque significaría descuidar un poco a la(el) hija(o) actual. Esto lo mencionaron mamá 4 y mamá 1. En esa dirección, Mamá 5, dijo que para ser mamá hay que tener estabilidad económica y emocional y estar lista, que ella le aconseja esto a quienes conoce.

El ser buena mamá es incluso incorporado como elemento de identidad y orgullo de algunas. Mamá 2 dijo que su mayor miedo siempre fue ser mala mamá. Con su experiencia ella relató,

Ya ahí fue muy bonito porque siempre me han dicho que mi bebé siempre está bien cuidado. Entonces es bonito que la gente diga, no ella lo tiene bien cuidado, a pesar de que lo tuvo joven, ella maduró. Ella ya ve la vida de otra manera, primero está su hijo, porque así tiene que ser. Entonces, pues que a uno le digan eso a pesar de que uno es un chiquito, eh bueno ya tenía 16 pero igual, yo decía, no es bonito, es bonito porque mi hijo está bien cuidado, porque hago lo posible para que a mi hijo no le hace falta, no le falte nada. Y verlo a él ahí, gordito, sano, que él esté ahí dándome alegría, fue una etapa muy bonita, esa fue una etapa muy bonita. Cuando aprendió a caminar, cuando dijo mamá. Primero dijo papá, pero igual fue muy bonito. Yo me emocioné, yo producí (sic.) eso, eso que está ahí, eso bonito, eso tierno... (Mamá 2, comunicación personal, 28 de julio, 2022).

Por otro lado, las malas mamás son descritas como quienes no cuidan, maltratan, no priorizan las necesidades básicas (comida, ropa, etc.) de sus hijos(as) por encima de las propias. También destaca disciplinar (o humillar) a sus hijos(as) de forma irrespetuosa y en público, dejarlos(as) botados(as) y no importarse por quién les cuida.

Mamá 1 comentó que hay mamás que tienen hijos(as) como medio de subsistencia, cosa que ella no piensa que esté bien,

... no sé, siento que para tener pensiones para vivir de las pensiones. Muchas mamás, muchas de aquí viven de pensiones... Viven de las pensiones de sus hijos. Tienen hijos con hombres diferentes, buscan pensiones y viven de eso... Di yo soy mujer. Yo respeto digamos el, cada concepto y cada mujer, pero yo

digo o sea yo soy mamá y yo no puedo con tres hijos de tres papás diferentes y estar viviendo de las pensiones... Y viendo yo a mis hijos siempre con lo mismo y necesitados de cosas. Y yo con buenas cosas. (Mamá 1, comunicación personal, 28 de julio, 2022).

Esta misma mamá comentó que en la comunidad hay mucha pobreza y cree que si ya se tuvo un hijo(a) y no lo puede mantener, debe abstenerse de tener más, para no dejarles sin comer, sin ropa. Para no tratarles mal también. Ella considera que ser mamá es mucha responsabilidad y representa muchos gastos. Por ella, ya se hubiera operado para no tener más hijos(as), puesto que considera que la situación económica no alcanza para darles una buena vida a más de uno.

Por su lado, Mamá 4 comenta sobre cómo debe tratarse con respeto a los(as) niños(as) y estos(as) deben de ser respetuoso con las mamás también.

bueno vieras que ahora hay tantas muchachas de mi edad o tal vez más jovencillas, tal vez 18, que yo ahora las veo y yo digo, dios mío, o sea nunca me permita ser así. O sea, en la calle el bebé hace un berrinche y "levántese que lo voy a levantar yo" o algo así, o les dicen "este mae" (sic.) o así, yo más bien las caracterizo como cholitas. Como corrientes. Muy pocas mamás son de que por lo menos le tienen respeto yo por lo menos a mi bebé lo que le puedo decir es mococilla o carajilla (sic.). Diminutivo para que no lo escuche tan feo. Pero yo he visto a muchachillas, ay terrible, yo las caracterizo, así como, como corrientes. (Mamá 4, comunicación personal, 7 de setiembre, 2022).

El último aspecto es sobre el cuidado, destacado por Mamá 6,

... porque en realidad yo no sé cómo hacen las personas para dejar a sus hijos botados o para maltratarlos o para dejarlos ya que los cuide cualquiera, no importa. O sea, no... (Mamá 6, comunicación personal, 8 de setiembre, 2022).

De esta manera, aparecen dos tipos de mamás bastante evidentes. Si bien la mitad de las entrevistadas hizo una generalización con características positivas como los principales atributos de las mamás de la comunidad, también se delinear en las entrevistas lo que es una mala mamá y lo que es una buena mamá.

Deseo o No de Maternidad.

Otra subcategoría de Creencias sobre la maternidad que emergió en el análisis es el Deseo o no de maternidad en las mamás entrevistadas. Básicamente podemos agrupar a las mamás en quiénes sí lo deseaban y quiénes no.

Siete de las diez mamás sí deseaban la maternidad. Mamá 1 sí lo tenía pensado. Mamá 6 lo veía como uno de sus sueños que un día iba a cumplir. A su vez, Mamá 10 lo quería, pero unos años más adelante, ella dice que como a los 28 y tuvo su hijo a los 22. En ese mismo sentido, Mamá 8 no deseaba ser mamá cuando era pequeña, sino cuando su amiga a los 15 tuvo un hijo, ella dijo que sí quería, pero no propio todavía por la edad. Pero a los meses quedó embarazada.

Mamá 4 dijo "... todo en mí si lo deseaba",

Yo siento que siempre fue algo muy mío. O sea, siempre fui tranquila, como quien dice no fue alborotadilla (sic.) desde chiquitita no. O sea esperé tiempo y que tuviera que pasar cuando fuera pero o sea nunca me importó si pasaba o no. O sea si pasaba ahora y sino también, desde siempre, desde chiquitita. S: ajá como a qué edad te acordás vos que dijiste, quiero ser mamá de verdad. Mamá 4: ah cuando mi hermanastra quedó embarazada a los 13 años. Desde ese momento que yo la vi con su pancita, que los antojos, que una cosa, que la otra. Yo creo que lo anhelé más desde esa edad. Sí como a los 13 años. (Mamá 4, comunicación personal, 7 de setiembre, 2022).

Mamá 9 dijo,

Bueno di (sic.), en sí yo sí quise quedar embarazada. O sea, yo sí quería el bebé. Entonces, digamos, con el papá del bebé la relación era, era rara porque estábamos y no estábamos. Pero yo lo que quería era el bebé y él accedió a darme el bebé. Ya después di (sic.) sí se quedó, pero en sí mi única razón era el bebé. (Mamá 9, comunicación personal, 1 de noviembre, 2022).

En las dos mamás citadas, es interesante ver que el deseo de maternidad no está asociado a una pareja, sino algo de ellas.

Por último, Mamá 7 tuvo nueve embarazos psicológicos antes de concebir a su hijo. Antes de lograr tener a su hijo, tuvo un embarazo anembrionado. Sobre el primero ella comenta,

O sea, ya a mí se me veía pancita, ... me daban antojos. De todo me daba... como si estuviese embarazada, pero no estaba embarazada. Los doctores me decían que no, que la prueba de sangre salió negativo, entonces no estaba embarazada... me devolví a casa, me devolví a casa así como, cómo te explico, como desanimada, desmotivada totalmente, porque yo siempre soñé con tener un hijo. Y bueno mi mamá siempre me dijo, pero estás muy joven. Y imagínate que yo, me fui con este muchacho a los 18 años cumplidos, ... bueno para no faltar el respeto verdad, y perder mi virginidad menor de edad, con mis padres, aquí. Entonces yo me fui mayor de edad ya a hacer mi vida. (Mamá 7, comunicación personal, 9 de setiembre, 2022).

Su deseo de ser madre sólo se intensificaba con sus dificultades para quedar embarazada,

Y bueno fue muy doloroso, porque la verdad es que si yo dije, o sea, estoy progresando, de un embarazo psicológico a uno amembrónico (sic.), o sea se me formó la bolsita y todo, pero no se me formó el feto. O sea, eso quiere decir que ahorita puedo ser mamá, yo dije. Entonces, para mí fue muy doloroso ir ahí y que me dijeran eso. Porque yo le decía Dios Mío qué hice yo para que no me deje ser madre, bueno, en fin. La cosa es que nosotros fuimos a una consulta pagada por aparte. hicimos trámites y todo para ver qué sucedía con nosotros. Y nos dijeron que éramos estériles. Tanto él como yo éramos estériles totalmente, no servíamos como para tener hijos, así fuese con otras parejas, nada. Nos dijo el doctor. Eh, entonces yo, me caí en una depresión horrible. Yo dije, dios mío, pero cómo es posible que yo no pueda tener hijos. Y bueno en esa pura lloradera verdá (sic.). Y así pasé como cuatro meses, llore y llore y llore. En todas las esquinas yo decía que por qué, o sea, en cierto modo, yo en ese momento estaba bien posicionada, con trabajo, y yo decía, yo tengo una buena estabilidad económica, yo tengo, o sea paciencia, yo tengo amor para dar a un bebé, pero por qué a mí no. Y yo veía en las calles, a algunas indigentes embarazadas y yo sentía la necesidad de decirles, vea si quiere se vienen a mi casa, yo les doy de comer y todo y me dan el bebé para yo adoptarlo. Pero no sé, mi marido me decía no haga eso por favor, me decía. (Mamá 7, comunicación personal, 9 de setiembre, 2022).

El caso de Mamá 7 demuestra un deseo enorme de maternidad, en el cual su vida durante un tiempo gira alrededor de esto.

Por otro lado, las tres mamás que fueron mamás más jóvenes no deseaban su maternidad. Mamá 2, por ejemplo, nunca había pensado en ser mamá. A su alrededor las personas no tenían hijos(as) jóvenes. Su mamá incluso le había hablado de anticoncepción y ofrecido ayudarle a

acceder a la misma. Pero ella no lo hizo y no le habló a la mamá. Cuando quedó embarazada, seguía sin querer ser mamá. En sus propias palabras,

Fue una mezcla de emociones, la verdad sentí tristeza, miedo, felicidad, y muchas preguntas, que yo decía, ¿cómo voy a hacer? cómo hago para asimilar que estoy embarazada. También fue un golpe muy duro para mi mamá, para mi familia porque yo pues era la bebé de la casa. Y como que la bebé quedara embarazada no se lo esperaban. Fue una patada muy dura. Me dio como, no estoy embarazada, no siento que estoy embarazada, no me entró ese amor, maternal... y no, o sea todavía es algo que yo digo, soy mamá. Porque a veces uno dice no, me voy a acostumbrar. Pero en realidad uno no se acostumbra porque uno aprende cosas todos los días. Y ya mi bebé está grande y sigo aprendiendo muchas cosas. (Mamá 2, comunicación personal, 28 de julio, 2022).

Mamá 5, “Vieras que no, yo no pensaba tener hijos...porque vieras que, bueno yo, es que cómo lo puedo explicar. Yo veía los niños de afuera y yo decía, no. Yo no quiero tener hijos. Hay que tener paciencia. Demasiada paciencia para tener un hijo. Y era lo que menos tenía.” Además, agregó,

bueno ya después uno de tener al bebé en el pecho de uno, ya uno piensa diferente las cosas. Pero sí el, antes yo decía que no que antes yo no quería tener hijos porque aparte de que es demasiada responsabilidad, hay que tener demasiada pero demasiada paciencia, andar detrás de ellos de que no se coman esto, de que no travesen, de que, no agarren cosas digamos que los puedan poner en peligro. (Mama 5, comunicación personal, 8 de setiembre, 2022).

Mamá 3 relaciona su falta de deseo de maternidad con su edad. Ella dice, “Él estaba súper feliz, pero yo no. Yo no quería ser mamá, no aceptaba a la bebé porque, di tenía 13 años. ¿Qué voy a estar queriendo una bebé a esa edad?” (Mamá 3, comunicación personal, 23 de julio, 2022). Es interesante destacar que estas tres mamás que no tenían un deseo de maternidad, las tres eran adolescentes cuando tuvieron a sus bebés. Dos tenían 16 y una 14. Son las tres mujeres entrevistadas que eran más jóvenes en el momento que tuvieron sus hijos(as).

Creencias sobre embarazo

Esta categoría incluye 21 de las citas categorizadas y agrupa las subcategorías relacionadas a creencias sobre el embarazo, incluyendo pensamientos y sentimientos. De esta manera, tiene dos subcategorías, *aceptación del embarazo*, con 14 citas, se refiere a la aceptación del embarazo independiente de las condiciones en que éste se dio. La otra es *religión embarazo* tiene 7 citas y se refiere a expresiones de las creencias religiosas en la vivencia del embarazo. Esto es, todas las referencias a Dios, prácticas religiosas, etc. Las citas pueden contener otros temas y mención a religión, pues interesa ver en relación con qué surge la mención a la religión. A seguir se profundizan las definiciones y se ejemplifican cada una de estas subcategorías.

Aceptación del Embarazo.

Sobre la aceptación del embarazo, llama la atención que todas las mamás y sus familias, tarde o temprano aceptaron el embarazo. Sin embargo, cinco mamás tuvieron un inicio más difícil en términos de aceptación. Llama la atención que sólo una, Mamá 3, mencionó rechazo por parte de familiares (su papá y tristeza de su mamá), las demás es su propio proceso de aceptar.

Así, Mamá 3 aceptó su embarazo ya cuando estaba avanzado, cuando sintió la posibilidad de que su bebé no estuviera bien. Cuando su mamá se enteró lloró mucho pero nunca la dejó de acompañar. Su papá, por otro lado, sí la rechazó. Sobre su propio proceso de aceptación ella dijo,

Digamos yo estaba embarazada, la bebé digamos, ella se movía mucho porque yo la bebé la sentía desde los dos meses. Ella digamos se movía, era muy inquieta ... Hubo un tiempo que la bebé se dejó de mover en mi panza y yo decía, ¿pero por qué no se mueve? Y ya, yo vi que era yo la que le estaba haciendo daño a la bebé entonces yo decía que la bebé no tenía la culpa, entonces no era justo que yo la hiciera sentir así. Entonces ya luego acepté mi embarazo y que iba a ser mamá, que iba a luchar por ella siempre, que iba a tratar de salir adelante a como pudiera. Y hasta el momento ... salir adelante y agarrar todo lo que pudiera digamos, a estudiar, que cursos, que esto, que lo otro, todo ese tipo de cosas. Y yo iba a aprovechar lo máximo que pudiera. (Mamá 3, comunicación personal, 25 de julio, 2022).

Mamá 2 compartió que ella había pasado por depresión en el embarazo,

... para mi creo que la depresión a muchas suele pasarle, pero de muchas maneras diferentes y esa fue la mía. Yo sentía no quiero estar embarazada, no quiero porque yo qué voy a hacer, soy una carga, yo estoy estudiando, ya no estaba con el papá de mi hijo, yo estaba chiquita, entonces no quiero y no quiero. Pero ya después se me quitó, sí, se me logró quitar. (Mamá 2, comunicación personal, 28 de julio, 2022).

Ella agregó,

Vieras que físicamente... hubo un período de mi embarazo que me sentía que no era bonita, me sentía que no iba a ser una buena mamá, porque en realidad yo no me lo creía todavía, mi bebé, bueno XXX, porque así se llama mi hijo, se movía y no sentía ese amor tal vez porque yo estaba muy chiquita si lo que tenía eran 15 años. Entonces no me entró ese amor. (Mamá 2, comunicación personal, 28 de julio, 2022).

Mamá 6, cuando se dio cuenta que estaba embarazada no estaba feliz por este hecho. Estaba justamente peleando mucho con su pareja y lo que quería era realmente no decirle. Su mejor amiga la convenció de lo contrario y le dijo que lo que pasaban eran las hormonas del embarazo. Cabe destacar que ella se separó el papá a los dos meses de nacido su bebé.

Mamá 7, había visto a una psicóloga luego de sus embarazos psicológicos y de ser declarada infértil junto con su compañero. La psicóloga le había ayudado a entender que ella nunca iba a embarazarse. Sin embargo, esto no fue así y cuando se embarazó de verdad ella demoró varios meses en darse cuenta. Ella nos dijo,

la verdad es que nosotros aquí en nuestra familia, somos de hacerle mucho caso a nuestras madres y a nuestros padres, por respeto verdad. Y entonces yo me fui, porque mi mamá me habló así, muy bruscamente, entonces me fui, me fui a hacer la prueba de sangre y salió positiva. Mi mamá brincaba como una loca, así, como 5 metros brincó de la emoción y yo me quedé como en shock, porque yo ya había estado con una psicóloga en donde ya me había dicho y ya me había hecho entender que yo ya no iba poder ser mamá. Entonces yo ya estaba con ese chip en la cabeza de que yo ya no podía ser mamá. Entonces, diay, (sic.) yo ya tenía ese chip de que yo ya no podía ser mamá. El doctor me dijo, te voy a transferir a la maternidad Carit para que te hagan un ultrasonido, mas todos los chequeos del embarazo para ver si realmente es un embarazo de verdad o es un embarazo

psicológico o uno amembriónico [anembrionado]. Entonces yo le dije, perfecto. Me enviaron y me hicieron un ultrasonido. Cuando me hicieron un ultrasonido se asustaron, bueno porque en el EBAIS me pusieron a mí que yo tenía 3 meses no 4 meses en ese entonces, pero realmente y lo que yo tenía en el embarazo eran ya 8 meses. (Mamá 7, comunicación personal, 9 de setiembre, 2022).

Mamá 8 dijo,

Pues la verdad es que al principio uno como que lo toma como, estoy embarazada... sí fue difícil también. Pero, sí más que todo bueno yo pensaba en la bebé entonces yo pensaba, no yo tengo que comer para alimentarla a ella. Entonces sí,... cambié un poco. Sí. Ya, bueno como que las cosas fueron mejorando. Yo aquí, bueno sin meter religiones, ni nada, yo sentí como, como que ella en ese momento me salvó porque mucha, bueno pensamientos horribles, verdad, usted se debe imaginar cosas así,... pero ya estar embarazada, obvio el momento fue en shock, con el miedo de que mis papás no me apoyaran pero gracias yo topé con la suerte de que sí. (Mamá 8, comunicación personal, 14 de setiembre, 2022).

Las otras cinco mamás y sus familias aceptaron su embarazo desde el primer día. Mamá 8, que no esperaba estar embarazada a su edad, a pesar de sí querer ser mamá, se hizo la prueba de embarazo, lo aceptó y les contó a sus papás en un lapso de dos semanas. Mama 4 relaciona su deseo de embarazarse con su aceptación de este y su falta de achaques y problemas durante este período. Mamá 5 dijo, "... bueno este, obviamente yo tenía 15 años. Pero todos se pusieron contentos, todos brincaban de felicidad." (Mamá 5, comunicación personal, 8 de setiembre, 2022)

Mamá 10 comentó,

Porque los primeros 3 meses yo menstruaba y así entonces no había como sospechas de que estaba embarazada. En eso mi pareja sí, él me decía, usted está embarazada. Y yo no, ando con el período. Por quitar la idea verdad, yo me fui a hacer la prueba de embarazo y ese día yo andaba con el período y cuando me dieron el resultado sólo me dijeron felicidades, va a ser mamá. Y la verdad mi mente se quedó totalmente en blanco. No pensé en nada, no tenía susto o sea sinceramente no tenía ningún sentimiento. Estaba como en shock. Pero, o sea, yo nunca dije no lo quiero tener o por qué ahorita, o así, o sea, nunca hubo arrepentimiento. Tampoco nunca tuve ese sentimiento de no lo quiero verdad, como les pasa a muchas. (Mamá 8, comunicación personal, 14 de setiembre, 2022).

Mamá 9 dijo,

Ya cuando yo quedé embarazada y le dije a mis papás y fue loco por que, di (sic.) yo soy la menor, entonces fue como, como bonito, ¿me entiende? Ya después, pasando unos meses del embarazo, di (sic.) como a los dos meses, el bebé se me quiso venir. Entonces yo le dije a mi mamá que estaba en el hospital, ya después, me hacía como los ultrasonidos para ver si todo estaba bien y salía que todo estaba bien. Al cumplir cinco meses me hice otro ultrasonido como para ya para saber el sexo, y di salió que era varoncito y risas aquí y risas allá porque di (sic.) era lo que quería mi papá. Y di (sic.), todo iba bien. (Mamá 9, 1 de noviembre, 2022).

Sobre la aceptación del embarazo, es interesante destacar que esto se da independiente de la edad de la mamá, de la relación o no de pareja, de la escolaridad, de tener medios de subsistencia o no. Parece que, en la comunidad, los embarazos y los(as) bebés son aceptados, si no es así desde el inicio, eventualmente se aceptan. También se destaca que no todas las mamás que deseaban la maternidad, lograron aceptar sus embarazos de entrada, tanto Mamá 7 como Mamá 6 tuvieron que pasaron por un proceso para aceptarlo.

Religión -Embarazo

La religión que cada una de las mamás o sus familias practican no fue uno de los temas abordados en las entrevistas. Sin embargo, salieron comentarios relacionados a religión en cada fase del proceso. Sobre el embarazo hubo cuatro mamás que mencionaron a dios.

Mamá 8 agradeció a Dios que luego de un inicio difícil, por los comentarios y críticas de la gente, todo salió bien. Antes de quedar embarazada también le pedía a Dios no quedar embarazada, al ver la situación difícil de otras mamás adolescentes. Mamá 7 le preguntaba a Dios por qué no la dejaba ser mamá. También invocó a Dios cuando comenzó a tener síntomas de embarazo luego de ya haber tenido embarazos psicológicos. Mamá 6 tomó como una señal de Dios embarazarse tan rápido. Igualmente, le pedía a Dios que se murieran los dos, porque le daban

depresiones. Por último, Mamá 5 agradeció a Dios que su bebé subió de peso en el embarazo y no tuvo que nacer por cesárea.

De esta manera, la mención a Dios aparece en dos situaciones, para pedir ayuda en determinada situación o para agradecer determinado acontecimiento.

Prácticas en el Embarazo

En la categoría Prácticas en el embarazo se agrupan 59 citas con las subcategorías relacionadas a prácticas de las mamás y su entorno durante sus embarazos. Las tres subcategorías aquí agrupadas son *apoyo al embarazo*, *decisión o no de embarazo* y *sufrimiento en el embarazo*. La primera reúne 18 citas y se refiere al apoyo vivido por las mamás durante su embarazo en la comunidad, incluyendo el apoyo familiar e institucional. La segunda incluye 18 citas y se refiere a si la mamá tomó una decisión consciente a la hora de embarazarse. La última trata sobre 23 citas y se refiere al sufrimiento expresado por la mamá relacionado a sus vivencias en el embarazo e incluye la violencia obstétrica. En esta sección se va a describir cada subcategoría y ejemplificarlas.

Apoyo al Embarazo.

El apoyo al embarazo en la comunidad se puede ver en cuatro elementos de acuerdo con los relatos de las mamás entrevistadas. Ellas citan su familia, los cursos de preparación al parto dados por la CCSS (sea el EBAIS o la Carit), las instituciones educativas y el comedor comunitario.

Uno de los recursos de apoyo citados por las mamás en el embarazo son los cursos de preparación al parto ofrecidos por la CCSS. Mamá 5 tuvo acceso al curso de la Carit de preparación para el parto. Mamá 10 llevó el curso de preparación para el parto en el EBAIS y dijo, “ya yo iba

como quien dice preparada”. Sin embargo, no siempre llegan a tiempo los cursos. Mamá 7 pudo asistir al curso del EBAIS, pero por darse cuenta del embarazo cuando ya estaba muy avanzado no lo logró hacer completo y su fuente de información fue un sobrino e internet. En el curso ella escuchó sobre,

la alimentación mía durante el embarazo, la alimentación del bebé, los primeros auxilios, lactancia, qué consumir para que al bebé le haga bien la leche..., qué más, ah los cambios, los cuidados de él, cómo cambiarle un pañalito a él..., qué hacer en caso de ahogamiento o una muerte súbita, la cunita o el lugar donde dormir, bueno muchas cosas... No había llegado al parto. Imagínese que yo deseaba llegar a ese, ese tema porque yo tenía ciertas dudas, verdad. Más que yo, mi sobrino me había enseñado esos videos, entonces me puse peor. Entonces claramente, di (sic.) tenía ciertas dudas, cuando iban a empezar con la charla del parto, yo ya no, yo tuve que ingresar a sí o sí porque el bebé ya estaba pasadito. (Mamá 7, comunicación personal, 9 de setiembre, 2022).

Esta falta de acceso a información le generó en este caso estrés, miedo y angustia a la mamá. Destacando la importancia de los cursos y cómo son de hecho un apoyo incluso en el embarazo.

Sobre las instituciones educativas, Mamá 8, Mamá 5 y Mamá 9 lograron continuar sus estudios mientras estuvieron embarazadas. Mamá 8 tuvo la particularidad de que su embarazo y parto fue en la pandemia y la educación era virtual, entonces ella logró seguir estudiando sin problemas. Sin embargo, esta no es la historia de todas. Mamá 1 tuvo muchos malestares los primeros cinco meses del embarazo, pasó con vómitos. Los profesores no le aguantaron el ritmo de estarse yendo temprano del colegio o faltando, entonces se tuvo que salir.

Mamá 4 se había salido del colegio al saber que estaba embarazada para no gastar dinero en algo que no iba a lograr terminar. Por otro lado, Mamá 3 buscó alguna institución educativa que acogiera mamás embarazadas y encontró la Casita San José, tuvo también apoyo de otras instituciones y de su familia.

Casita San José se llama... bueno después de eso, pues me intenté meter y todo. Primero me hicieron una entrevista, me llamaron y me dijeron que me aceptaron. Yo empecé a ir a ese colegio... fue un gran apoyo. Es lo mejor que puede existir para una mamá adolescente. Este... después de eso, no, yo seguí estudiando, entré de sétimo, porque yo no tenía ni sétimo. Yo entré desde cero. El colegio es como por materias abiertas... exámenes y luego hay que ir a presentarlos... bueno ya después de eso llegué ahí, el colegio nos daba un almuerzo, desayuno, merienda, nos dan los materiales, un gran apoyo. Pues, ya en abril mi bebé nació, seis días después de que yo cumplía años, mi bebé nació... ya después eso, el PANI me llamó y me aceptó una beca para yo poder ayudarme... para ir al colegio, cuidado de la bebé y ese tipo de cosas. Bueno para eso el papá de la bebé tenía 17 años, le costaba buscar trabajo. El único apoyo que yo tenía así eran como mis papás y mis abuelos por que di el papá de mi bebé no podía trabajar por la edad. (Mamá 3, comunicación personal, 25 de julio, 2022).

Mamá 3 igual tuvo que irse al octavo mes para la casa porque ya estaba muy grande su panza y estaba con miedo de que naciera su bebé en la escuela.

Los apoyos en el embarazo de parte de la familia en términos generales son de parte de la abuela materna y su familia. Mamá 2 destaca el papel de apoyo que tuvo su propia mamá en su embarazo. Ella se sentía muy culpable por hacer a su mamá sentir triste. Pero fue ella (la mamá de Mamá 5) quien la acompañó, le dio fuerzas y la sacó adelante. En algunos casos, el papá de los(as) bebés colabora. Mamá 8 contó con el apoyo económico del papá de su bebé, que era un poco mayor con 20 años. Así como el apoyo en términos más generales del papá de su hermano, su mamá y toda su familia. Mamá 10 contó con el apoyo del papá de su bebé durante el embarazo, al nacer igual llama y lo ve, pues no son pareja ya. Sin embargo, esto no siempre es así. Por ejemplo, Mamá 4 tuvo el apoyo de su propia familia. El papá de su bebé no fue de gran apoyo, hasta el día de hoy existe, pero no hace mucho esfuerzo. O, en una situación contradictoria, cuando supieron que estaba embarazada Mamá 5, el papá del bebé se fue a vivir con ella a la casa de la mamá de ella. Sin embargo, ella sufría mucho por él, ya que se iba de fiesta todos los fines de semana.

Otro recurso de apoyo al embarazo que existe en la comunidad es el comedor comunitario. Mamá 2 cuenta su experiencia,

Luego cuando estaba embarazada sí venía aquí, aquí me consentían... a las mamás sí las dejan, las mamás embarazadas sí. Yo venía aquí y ya luego cuando tuve a mi hijo, vine como tres meses, pero ya yo tenía que trabajar y mi hijo no podía estar viniendo aquí con otra persona, y así, pero de vez en cuando, cuando yo puedo, yo lo traigo... (Mamá 2, comunicación personal, 28 de julio, 2022).

Decisión o No de Embarazo

Sobre la decisión o no de embarazo, sólo dos mamás decidieron embarazarse y quedaron embarazadas como decisión propia más clara. Tres mamás querían embarazarse, dejaron de planificar, pero no esperaban quedar embarazadas en el momento en que quedaron. Cinco mamás no querían embarazarse.

Tres mamás relataron que no buscaron el embarazo, pensaron que no iba a pasar. Mamá 3 perdió su virginidad con su novio y a los dos meses estaba embarazada. No lo buscó. Mamá 10 tampoco buscó su embarazo, recibió la noticia como un shock. Por último, Mamá 2 no planificó su embarazo, pensaba que no le iba a pasar. A pesar de que su mamá sí le informó sobre anticoncepción.

Dos mamás querían planificar, pero por un motivo u otro, no llegaron a planificar a tiempo. Mamá 5 fue a hacerse exámenes para empezar a planificar con el implante y ahí se dio cuenta del embarazo.

bueno no estaba buscándolo... Me di cuenta porque fui a la clínica de Alajuelita a ponerme el implante que es para planificar. Pero ahí siempre le han hecho una prueba de embarazo antes de ponérselo para verificar que no, obviamente que no está embarazada. Y, pero yo le había dicho a la enfermera que yo ya tenía un retraso. Yo siempre he sido muy puntual con la menstruación, entonces yo le dije que, si me podían hacer una prueba o, sino que ponerme el implante. Entonces, bueno me mandaron la prueba, pero me la mandaron para el día siguiente. (Mamá 5, comunicación persona, 8 de setiembre, 2022).

Mamá 8 relató cómo su embarazo vino en medio de una depresión y que ella no lo buscó, sino que su mamá no le permitió planificar.

Pasaba mucho, bueno digamos que el hospital psiquiátrico con muchas citas, tomaba muchas pastillas, tuve un intento de suicidio. Y bueno, muchas cosas, verdad. Después de eso, conocí al papá de la bebé. Hablamos y así, nunca, bueno nunca me cuidé porque no, porque no quería sino porque mi mamá tal vez creía que yo nunca iba a hacer nada verdad y que no iba a llegar a experimentar entonces no, no pude planificar. Cuando lo iba a hacer, vino la pandemia, no daban citas, nada. Entonces bueno, quedé sin, sin la suerte. Después, bueno, antes de quedar embarazada, bueno un mes antes, por ahí, estaba muy mal, la verdad, tanto bueno, cómo explicarle. No, volví como a la depresión de antes por decirle algo, pero ya era más fuerte... no quería nada, no comía, no dormía, nada. Entonces... volví a tomar las pastillas, volví con psicólogo, pero nada. Después, quedé embarazada en, me di cuenta en octubre. (Mamá 8, comunicación personal, 14 de setiembre, 2022).

Tres mamás de las entrevistadas sí buscaban el embarazo. Sin embargo, en el momento en que se dio, no lo esperaban por un motivo u otro. Llama la atención que varias de estas mamás se embarazaron cerca de perder su virginidad, estableciendo una relación directa entre inicio de vida sexual y embarazo (mamás 3, 7 y 8). Mamá 7 había buscado muchísimo su embarazo, tuvo nueve embarazos psicológicos y uno anembrionado. Cuando se embarazó no lo esperaba.

Mamá 1 sí buscó su embarazo, conscientemente dejó de planificar y cinco meses después estaba embarazada. Ella contó,

... diay (sic.) lo decidimos y entre los dos acordamos que fuera así, él quería mucho antes, pero yo siempre le decía que no y que todavía no, que yo no me sentía lista, que esperaríamos un tiempo, acomodarnos mejor económicamente. Que los dos estuviéramos bien. Entonces en ese momento en que yo quería muchas cosas, pasó lo del embarazo. Entonces diay (sic.) me tuve que apartar de muchas cosas del estudio, porque diay (sic.) ya no podía. Yo le decía si yo ahorita aquí no puedo estar ni sentada cinco minutos porque ya estoy metida en el baño, imagínese en el colegio. Yo iba y yo iba con esas náuseas y ya yo iba con un estrés que yo decía esos baños asquerosos, si yo me siento mal o lo que sea, si ya yo me sentía mal antes de saber que estaba embarazada, porque todos los días era náuseas y náuseas y lo único que comía era pinto, pinto, pinto y pinto, pinto en la mañana, pinto en la tarde, pinto en la noche. Y yo le decía a mi esposo, qué raro, me siento mal. Todos los días son náuseas. Pero las náuseas eran en la noche, entonces bueno ya yo me tomaba una gravol y ya amanecía bien. Y al día siguiente era lo mismo y así, así empezó. Y me decía ay seguro debe tener pega o algo le cayó mal, o algo así. Entonces ahí fue a donde yo me fui a la clínica a eso. Pero yo pensé como padezco de gastritis, padezco de colitis, y todo eso,

pensé que era alguna infección o algo así. No pensé que fuera... (Mamá 1, comunicación personal, 28 de julio, 2022).

De forma similar, Mamá 6 buscó su embarazo. Sin embargo, también se embarazó antes de lo que pensó. Ella dijo,

ya no tenía plata para seguirla costeando entonces terminé un poco por ese lado y después decidí como hacer la vida formal con el papá de mi hijo y entonces di como que nos enfocamos un poco en eso. Ya después quería volver a estudiar y se dio lo de la pandemia entonces decidimos como que no, verdad. Y en ese tiempo quedé embarazada. Entonces pensé que no iba a quedar embarazada porque tenía muchos años de planificar, entonces di tomamos como la decisión de dejar de planificar en ese mes y justo en ese mes quedé embarazada. Entonces fue así como medio planeado y medio no porque yo dije bueno vamos a dejar las pastillas porque esto va a tomar como uno o dos años mientras quedo embarazada. (Mamá 6, comunicación personal, 8 de setiembre, 2022).

Finalmente, dos mamás sí buscaban el embarazo y se embarazaron. Era un proyecto de ellas individualmente, no de la pareja. Mamá 9 sí quiso quedar embarazada y el papá del bebé aceptó, a pesar de que la relación no era estable. Una situación similar vivió Mamá 4, “o sea la idea a él nunca le agradó, pero yo le digo, era mi idea, mi deseo y pues no me importó.” (Mamá 4, comunicación personal, 7 de setiembre, 2022). Aquí se ve a las dos mamás optando por embarazarse sin importar el proyecto de pareja.

Sufrimiento en el Embarazo.

Nueve de las diez mamás relataron algún grado de sufrimiento en el embarazo. Ya sea sufrimiento emocional o sufrimiento físico. De estas nueve, ocho dijeron tener algún nivel de sufrimiento emocional y seis, sufrimiento físico. A continuación, se ejemplifican estos sufrimientos que las mamás relataron.

Mamá 1 contó que el embarazo fue marcado por estrés y miedo por la situación de salud de su bebé. Tuvo algunos problemas, el primero de los problemas detectados fue el que desató su angustia,

En uno de los meses, salió que ella tenía el cordoncito enrollado en el cuello. Que tenía como una vuelta, algo así no sé cómo es que le dicen. Y ahí me asusté mucho. Me dio mucho estrés, porque decían que era peligroso, que le podía pasar algo, que no sé qué, bueno un montón de cosas. Entonces a mí me atacaron los nervios y fue el estrés... (Mamá 1, comunicación personal, 28 de julio, 2022).

Mamá 2 describió malestares físicos los primeros dos meses, incluyendo mareos y náuseas.

Además, agregó

pero sí me entró mucha nostalgia, con muchas cosas. Sí me dio por deprimirme, me dio depresión posparto, me, hubo un tiempo que me golpeaba el estómago... mientras estaba embarazada, sí. Yo decía, no quiero tenerlo, no quiero, no quiero porque yo estoy chiquita, no quiero. Entonces sí fue como la etapa más dura para mí durante el embarazo. Pero de ahí con las náuseas y los mareos, en realidad no... El hecho de estar embarazada, sí, que fue muy difícil de asimilar. (Mamá 2, comunicación personal, 28 de julio, 2022).

Mamá 3 comentó que en un inicio de su embarazo estaba muy preocupada por el qué dirán, pero luego, con ayuda de una psicóloga logró entender que eso no importaba. Si ella y su bebé estaban bien es lo que importa. Demoró los primeros cinco meses del embarazo con estas preocupaciones.

Mamá 6 explicó su sufrimiento durante el embarazo,

Como que a uno debería haber un apoyo psicológico durante el embarazo, que uno pudiera, inclusive yo se lo dije a la doctora, yo necesito que usted me refiera con el psiquiatra. Cuando yo estaba embarazada, porque antes de que me diera pre eclampsia y eclampsia, a mí me daba miedo que Lucas se me muriera. O sea, a mí me daba miedo ser una mala mamá y a mí me daba miedo no quererlo. O sea, yo entré como en muchas cosas y ella me decía, pero ¿por qué? y yo decía es que yo siento que yo, que yo me quiero morir, pero yo no quiero que él se muera. O sea, yo siento que, que yo, porque psicológicamente seguro estaba súper mal, o sea de todas las cosas que me pasaban, yo pasaba llorando mucho. Y me daban como depresiones, entonces había días que yo no me quería levantar y yo sólo decía Dios por qué no nos morimos los dos y ya, ¿verdad? Y yo se lo comenté a la doctora y yo le dije yo necesito que usted me refiera adonde un psiquiatra porque yo no, o sea yo no tengo la intensión como de matarnos o de atacarlo a él porque yo lo amo mucho, pero yo no quiero como que él nazca porque la situación está muy difícil y, pero yo no quiero que él se muera tampoco...

... Entonces para mí, en lugar de haber sido una experiencia súper linda, fue como lo peor que me podía haber pasado porque di yo tenía demasiado, demasiado miedo. Tras de todo, ya después de los siete meses, me empecé a complicar mucho entonces me dio pre eclampsia y eclampsia, y no podía ni salir de la casa porque ya se me subía la presión. No comía nada porque estaba súper embotada de agua..., fatal, o sea pasaron un montón de cosas y no recibía visitas porque en eso salió la noticia que una muchacha estaba embarazada y que en el parto se murió porque le dio COVID, entonces yo no quería ni que nadie me visitara, ni ver a nadie. Y diay (sic.) en la situación, los dos encerrados, económicamente mal, entonces diay (sic.) fue como una de las cosas, verdad, peores. (Mamá 6, comunicación personal, 8 de setiembre, 2022).

Mamá 5 relató sufrimiento en el embarazo relacionado a los malestares propios del mismo.

Tenía achaques, vómitos y si caminaba con mucho sol se descomponía.

bueno mis papás me chinearón mucho la panza, me cumplían los antojos. Todos mis antojos eran de puro limón. Puro ácido. Entonces me cumplían mucho mis antojos, a lo último de, digamos los últimos meses del embarazo, ya yo no echaba, ya yo ni dormía, dormía sentada, aparte de las agruras, el bebé era muy inquieto entonces, era varias cosas que no me dejaban dormir. Ya yo no echaba, ya yo le decía a mi mamá, ya yo no puedo. Ya yo no doy más. Y este, pero ya digamos todo el embarazo, sí tuve como esas fallas, pero ya digamos al último mes, a las últimas semanas, el bebé sí me subió súper bien de peso. En la prueba del azúcar salí fatal. Me hicieron como 5 pruebas de ese líquido y todas la rechazé. (Mamá 5, comunicación personal, 8 de setiembre, 2022).

Además, tuvo sufrimiento emocional vinculado a su relación de pareja,

...bueno es que yo en el embarazo me enamoré de una manera del papá del bebé, que para mí sólo era él y él. Y él como, bueno toda la semana pasaba trabajando. Sólo en la noche pasaba conmigo. Y los fines de semana se iba de viernes y llegaba hasta el domingo a las 8 de la noche porque pasaba tomando con los primos y... entonces casi no pasaba conmigo. Entonces para mí ya se me venía el mundo encima y, y como en el embarazo uno se pone más sensible, entonces prácticamente digamos que pasé sufriendo en el embarazo. (Mamá 5, comunicación personal, 8 de setiembre, 2022).

Mamá 8, sobre su salud física indicó haber sufrido de anemia, y,

Después de eso, durante el embarazo también tuve muchos, bueno al principio fue... tuve como la depresión que le dicen verdad a veces, que no.... como que estoy en shock verdad no lo creo. Como que no lo creo y así, pero, bueno lo pasé. Después muchas inseguridades también. Me costaba comer y muchas cosas....

...Sino que mi ansiedad era como si me sentía nerviosa por algo ya todo era comer y comer y comer entonces, los ataques de ansiedad cambiaron como por la comida. Ya no podía como ponerme a llorar o así porque yo sabía que le hacía daño a la bebé. Entonces cambiaba mis lloraderas y de todo por comida para que no me hiciera daño a mí, y tampoco a ella. (Mamá 8, comunicación personal, 14 de setiembre, 2022).

Mamá 7 fue regañada por su ginecóloga el día que descubrió que estaba embarazada,

El ginecólogo me regañó toda. Me dijo hasta de lo que me iba a morir porque yo en cierto modo me sentí mal porque me dijo, ¿cómo es posible que usted no sepa que usted tenía una vida dentro de usted? y usted se ha caído, usted ha tenido un tratamiento de los quistes, de ovario poli quístico y el bebé y que esto y que lo otro y no ve que la prioridad es el bebé, no usted. Bueno me hizo sentir súper mal. Ya lo último me devolví llorando a la casa porque yo sí padecía de mucha sensibilidad... esa vez yo me puse a llorar, no sabía ni qué sentir, no sabía si sentir miedo o qué, yo me sentí nerviosa, me sudaban las manos, sentía que se me resecaba la lengua, la boca. (Mamá 7, comunicación personal, 9 de setiembre, 2022).

Ella también tuvo que pasar por un duelo en su embarazo,

El 8 de noviembre a las 3 de la mañana se me fue. Se me fue mi papá y básicamente, yo me sentí súper mal, a mí me tuvieron que sacar de ahí y a la fuerza porque la verdad es que no quería ni salir, estaba súper sacada verdad de mis casillas, eh, de mis cabales, no tenía uso de razón, no pensaba en absolutamente nada. Solamente en que mi papá había fallecido. Y se me olvidó por completo que yo estaba embarazada, la verdad. Bueno lloré demasiado, entonces, básicamente, pasaron los días, yo, bueno no lo enterraron, lo cremaron sin permiso de nosotros, sin consentimiento de nosotros, mis tías hicieron todo lo que quisieron, entonces básicamente allá ellas con dios verdad. Mi mamá estaba súper afectada entonces ella no podía hacer absolutamente nada. Mi mamá la medicaron, imagínate que vivieron 35 años de casados y eso no se puede tirar así porque así verdad. Entonces pasó verdad el tiempo. (Mamá 7, comunicación personal, 9 de setiembre, 2022).

Mamá 9 contó la historia de su embarazo donde los primeros meses tuvo malestares físicos.

Los primeros dos meses tenía vómitos y luego tuvo sangrados a lo largo del embarazo. Los médicos le ofrecieron un aborto terapéutico porque diagnosticaron al bebé con gastrosquisis etapa 3, es decir los intestinos del bebé estaban afuera de su estómago. Sin embargo, la mamá quiso proseguir con el embarazo. Esto la afectó muchísimo emocionalmente.

Mamá 4 que hasta ahora ha hablado que deseaba su maternidad y decidió su embarazo, sí expresó haber pasado por sufrimiento durante el mismo. Principalmente sufrimiento de problemas de salud. A partir del embarazo tuvo una serie de problemas hormonales que tiene hasta este momento,

bueno el embarazo, me trajo este, digamos que un descontrol hormonal horrible que me provocó digamos que hipertiroidismo, que eso en salud me está dañando mucho, verdad. Creo que eso es como lo que más ha impactado en mí. Y he tenido que luchar mucho porque digamos que lo que es personal, o sea, físicamente me ha atacado mucho y fue por, por el embarazo, por el parto y por demás, el montón de cambios hormonales que produjo en mí. (Mamá 4, comunicación personal, 7 de setiembre, 2022).

De esta manera, el embarazo como un momento que no se pasa bien parece ser una tónica general. Mucho está relacionado a la ansiedad, el estrés, el miedo, angustias o factores externos, como el COVID o la muerte de seres queridos. Incluso tres de las mamás que reconocieron sufrimiento emocional y dijeron padecer de depresiones.

Creencias sobre el parto

La siguiente categoría que emergió en el proceso son las creencias sobre el parto. En esta categoría se agrupan 38 citas, relacionadas a creencias sobre el propio parto, es decir, lo que imaginaban que iba a ser el parto, así como elementos religiosos que surgieron alrededor de la narrativa sobre su parto. La primera subcategoría, *lo que se imaginaron del parto*, tiene 25 citas e incluye lo que las mamás habían pensado que sería su parto o un parto antes de su vivencia, incluye lo que ha sido el parto para otras mujeres cercanas o de su familia. La segunda subcategoría, *religión y parto*, tiene 13 citas y se refiere a las expresiones de las creencias religiosas en la vivencia del parto. Esto es, todas las referencias a Dios, prácticas religiosas, etc.

Lo que se Imaginaron del Parto.

Las mamás hablan de parto natural para referirse a parto vaginal. De esta forma, cuando no las citamos hablamos de parto vaginal. De las entrevistadas, únicamente una consideraba la cesárea como mejor opción por principio y en hospital privado. El resto tiende a preferir parto vaginal, a pesar de a veces no poder ser. Todas entienden el parto como un evento doloroso y varias expresaron sentir miedo a parir durante el embarazo. Algunas expresan sorpresa de qué tan doloroso es o del hecho de que el mayor dolor no es parir en sí, sino las contracciones. Otro elemento que sobresale sobre lo que se imaginaron del parto es que muchas de ellas mencionaron que no se imaginaron teniendo complicaciones. Varias mencionaron prepararse para el parto con el curso de la Caja y viendo videos.

La mamá que pensaba que lo mejor era parir en hospital privado y en una cesárea fue Mamá 1. En su familia todos los partos habían sido cesáreas.

Mamá 7 sólo conoce una persona, su hermana que tuvo dos cesáreas, en la Caja. El resto vaginal. Ella le tenía miedo a parir, principalmente porque un sobrino le puso videos de partos que ella consideró “horribles, espeluznantes”. (Mamá 7, comunicación personal, 9 de setiembre, 2022).

Mamá 10 consideró que sí sabía a lo que iba, no esperaba que fuera a ser tan doloroso el parto, pero sí había hablado con muchas mujeres, visto videos y películas. En su familia todos han sido partos vaginales.

es que vea, vieras que vea, yo tengo un problema en mi espalda verdad, en la columna. Entonces vieras que hay ocasiones que yo, o sea, el dolor a mí me ataca de una manera verdad. Y si yo me pongo a comparar mis dolores lumbares con mis dolores de parto y son muy similares. Tal vez un poquitito más fuerte el de parto, más que fue inducido verdad, provocados los dolores, a lo que me explicaron son más fuertes. Pero sí, o sea, sí había experimentado un dolor similar, pero no así. Entonces, o sea, no me imaginaba que fuera a ser tan doloroso. En realidad, tampoco fue tan doloroso. Para mí lo más complicado fue el momento del alumbramiento, porque los dolores sí fui muy valiente (sic.), lo soporté. (Mamá 10, comunicación personal, 1 de noviembre, 2022).

Mamá 5 dijo que todo lo que había visto en el curso se le olvidó y pensó que no le iba a ir tan mal en el parto, "... si uno qué se va a imaginar qué va a pasar uno en el parto. Pueden pasar muchas cosas." (Mamá 5, comunicación personal, 8 de setiembre, 2022). A lo largo del embarazo lo que había sentido era miedo de parir. Ya cuando se acercaba al final del embarazo ya estaba tranquila porque ya quería parir. En su familia hay tanto partos vaginales y cesáreas, pero su mamá si la tuvo a ella y a su hermano por cesárea.

Mamá 9 había sido informada que iba a ser una cesárea, lo cual ya ha pasado en su familia, tanto su hermana como su mamá. Le daba miedo, de acuerdo con ella porque las cicatrices de ellas son muy grandes, entonces pensaba que iba a doler mucho. Antes de eso ella pensaba que iba a ser parto vaginal, sabía lo que implicaba por las clases de educación sexual en el colegio y porque sus dos hermanos mayores ya eran papás.

Mamá 4, "Porque yo decía, o sea, tenía entendido que el parto era como morirse, tener un pie en el cementerio y otro en la tierra." Pero, "... yo lo imaginaba peor... yo creía que lo que más iba a doler era el momento de que ella salía, yo creí que nosotras íbamos a sentir como una presión, algo terrible, como un ardor, como algo que uno no podía soportar. Y pues no, no fue así." (Mamá 4, comunicación personal, 7 de setiembre, 2022). Ella dijo que tuvo muy presente la información del curso de la Caja.

En la familia de Mamá 6 eran comunes las cesáreas, su mamá y su tía habían tenido varias cesáreas. Pero ninguna tuvo complicaciones como las de ella. Ella dijo,

yo deseaba un parto vaginal porque ese es súper rápido, usted se alivia lo más rápido. Si son dolores muy intensos, pero pasa uno rápido y ya después el día siguiente está usted como si nada. Pero ya cuando empezaron las noticias después de los seis meses que empezamos a tener problemas con todas esas cosas, ya a mí me habían dicho va a ser una cesárea programada, lo mejor va a ser una cesárea programada. (Mamá 6, comunicación personal, 8 de setiembre, 2022)

Ella estuvo tranquila con que le tocara cesárea, aun sabiendo que la recuperación era más lenta y difícil. Ella destacó que estaba tranquila porque la doctora que la atendía era muy buena. Similar a esta mamá, Mamá 3 sabía que iba a ser muy doloroso, pero no se imaginó que podía tener complicaciones.

Mamá 8 comentó que ella no pudo recibir el curso de preparación para el parto porque en la pandemia era vía Zoom, entonces había tanta gente que el zoom la sacaba. Pero sí habló con las mujeres de su familia, amistades y una doctora en el hospital le explicó todo. Ella se había imaginado que lo más doloroso era el parto en sí, no se esperaba que fueran las contracciones. De su familia, sólo su abuela había tenido una cesárea con un bebé muerto.

De esta manera, sólo una mamá lo relató con más tranquilidad. Mamá 2 pensaba que el parto normalmente duele y hay que guardar reposo. Frente a su experiencia entonces le pareció que fue muy sencillo porque sólo tuvo que estar un día en el hospital.

Religión y Parto.

Cuatro de las mamás entrevistadas hicieron referencia a Dios a la hora de hablar de parto. En general, ellas agradecieron a Dios que las cosas salieran bien, la salud de sus bebés, el trato. Mamá 10, por ejemplo, agradeció a Dios que su bebé estuviera sano. Las demás mamás invocaron a Dios en más elemento. A continuación, se ejemplifica.

Mamá 8 agradeció a Dios que todo saliera bien, que fuera muy rápido y que su bebé naciera sana. Agradeció que la única complicación fuera al inicio del parto y que por eso le rompieron membranas y que el obstetra que la atendió fue buena gente y le ayudó. También dijo gracias a Dios que su mamá haya tenido dos partos vaginales.

Mamá 6 consideró que estaba bien que fuera cesárea, porque sucedería si era la voluntad de Dios. “Lo que sí sabía era que la recuperación iba a ser mucho más lenta y mucho más difícil, pero igual yo estaba tranquila, yo solo, di la recibí muy bien. Le dije sí, o sea, si esa es la voluntad de Dios, eso es lo que va a pasar, eso es lo que tiene que pasar y ya.” (Mamá 6, comunicación personal, 8 de setiembre, 2022). Ella además oró en el parto, pidió que le enviaran ángeles para acabar con sus nervios y salir de todo rápido. También invocó a Dios al referirse a su sensación cuando vio a las demás mamás que estaban con suero a su alrededor, dijo “... uy Dios no. Yo no voy a aguantar, yo no puedo, o sea, yo no puedo parir.” (Mamá 6, comunicación personal, 8 de setiembre, 2022). Cuando terminó todo y una anesthesióloga le dijo que todo había salido bien, ella agradeció a Dios.

Mamá 7 agradeció a Dios tener a su hijo. E invocó a Dios a la hora de considerar otro embarazo, “Y si a mi Dios me volviera a prestar vida, yo amo mucho a mi hijo porque sí lo amo. Pero, si me volviera a prestar vida yo creo que no volvería a dar a luz vaginalmente.” (Mamá 7, comunicación personal, 9 de setiembre, 2022). Es decir, Dios como dador de vida.

Prácticas en el Parto

En esta categoría se agrupan 45 citas, relacionadas a prácticas en el parto vivido por las mamás, tanto prácticas propias como de su comunidad y del sistema de salud. 6 de las citas están en la subcategoría *acompañante en parto*, que se refiere a si durante el parto la mamá estuvo acompañada y por quién. *Parto: tipo e intervenciones* agrupa 24 citas y se refiere al tipo de parto (cesárea, vaginal) y las intervenciones médicas realizadas en cada parto, algunas pueden ser catalogadas como violencia obstétrica (VO). Por último, *sufrimiento en el parto* está expresado en 15 citas y se refiere al sufrimiento expresado por las mamás relacionado a sus vivencias en el parto.

Incluye relatos de VO. Difiere de la categoría anterior porque las entrevistadas expresan aquí disconformidad con la vivencia.

Acompañante en Parto.

A pesar de no contar con la información del acompañante de parto de todas las mamás entrevistadas, ya que falta información para una mamá, pareció importante incluir esta categoría por el peso en la historia de cada una el hecho de estar acompañadas o no. Así, a Mamá 4 la acompañó su madrastra y a Mamá 3 la acompañó su mamá. A las Mamás 1, 5, 8, 9 y 10 las acompañó el papá del(a) bebé. En el caso de Mamá 10, el papá pudo estar entrando a verla en el proceso del parto. No se podía quedar porque todavía era época de COVID. Una vez que nació el bebé ya se tuvo que retirar del hospital. Las Mamás 6 y 7 estuvieron solas porque era el inicio de la pandemia. Esta información es importante para luego analizar las historias de parto.

Parto: Tipo e Intervenciones.

Sobre los tipos de partos y las intervenciones realizadas en cada una de ellas, cabe destacar que no hay relato de ningún parto sin intervenciones. Son todos partos hospitalarios que fueron intervenidos de diferentes maneras. Sólo uno de los partos (Mamá 1) fue en hospital privado. De los diez partos, tres fueron cesáreas. De estas sólo una de las mamás (Mamá 1) lo prefería abiertamente. Las otras dos fueron cesáreas de emergencia. Sobre las intervenciones, de los 7 partos vaginales, a 6 les aplicaron suero y otras intervenciones más. (Ver **Tabla 5**, para síntesis de historias de parto).

Tabla 5 Análisis de Partos

Mamá	Tipo parto	Acompañante	Podía comer/beber	Movimiento libre	Intervenciones	Complicaciones	¿Violencia obstétrica?	Sentimientos
1	Cesárea ¿emergencia? Clínica privada	Papá	N/A	N/A	Se le rompió fuente a las 37 semanas, optaron por cesárea.	Mamá con infección urinaria. Hija nació con infección. La separaron en PP inmediato por efecto de anestesia en piernas.	1. Le dieron mal la leche a bebé recién nacido, le llenaron los pulmones de leche con jeringa. 2. Ampliada: una enfermera la culpabilizó por situación de su hija.	Feliz con parto (era lo que ella quería). Traumatizada por experiencia de mala praxis con bebé.
2	Vaginal CCSS	N/A	N/A	N/A	Llegó con 5cm al Hospital / Suero	Nació de 8 meses	N/A	Un parto bonito, común, “rico”
3	Vaginal CCSS	Mamá	N/A	Sí (bola yoga)	Llegó con 3 cm / reventaron fuente	Placenta interna, dos legrados. Infección.	1. Placenta interna que llegó a infeccionarse.	Enojo, nunca se imaginó algo así. Lo identificó como mal trato.
4	Vaginal CCSS	Madrastra	Sí al inicio, no en trabajo de parto activo.	Sí	Llegó sin dilatar, por tiempo de embarazo. Balón/ Suero / reventaron fuente	Placenta adherida, hemorragia	1. Mal trato: enfermera le dijo, está muy feliz para estar con 5 cm 2. Le intentaron extraer la placenta adherida jalándola, ¿es VO?	Tenía miedo, se había imaginado parto peor. Siente que la Dra. Fue un ángel.
5	Vaginal CCSS	Papá	No	Sí	Llegó con 3cm. Suero / muchos tactos / fórceps / maniobra Kristeller	Hicieron MK porque bebé se había dormido. ¿Esto es sufrimiento fetal?	1. Maniobra kristeller, 2. ¿Parto vaginal aun con sufrimiento fetal? 3. ¿ayudar a dilatar con la mano?	Se agotó en trabajo de parto, al punto de pedir una cesárea.
6	Cesárea Emergencia	Sola (Pandemia)	Sí	Sí	Suero / propess intravaginal	Eclampsia. Le habían dicho	1. Desinformación en proceso de parto (va a	Horrible por no tener sus objetos

	CCSS					<p>que iba a C.E. luego la pusieron a intentar parir, luego de nuevo C.E.</p> <p>Anestesia demoró en hacer efecto. Le dio alergia.</p> <p>Se llevaron a bebé y no le informaron nada.</p>	<p>ser cesárea, luego no, luego sí)</p> <ol style="list-style-type: none"> No le permitieron tener acceso a sus objetos personales de aseo (justificado por pandemia) Se llevaron a su bebé y no le informaron nada por horas. 	<p>de aseo personal. Luego sufrió mucho por no tener a su bebé (y no saber nada de él) y todas las mamás a su alrededor estaban con sus bebés en sala de posparto.</p>
7	Vaginal CCSS	Sola (Pandemia)	Sí al inicio	Sí	Iban a inducir, pero inició sólo, 4 cm. Suero/	<p>Desorden hormonal, Sufrimiento fetal</p>	<ol style="list-style-type: none"> Maltrato verbal: La dra. Se enojó con la paciente por no dilatar al ritmo que ella quería; le dijo gorda a la paciente en medio trabajo de parto (cuando la paciente solicitó cesárea); culpabilizó a madre de que se le cerraban las piernas por debilidad diciendo que iba a ahogar a hijo. Maltrato físico: nalgadas en fase expulsiva “se va con 9”, le hicieron pujar desde los 9cm 	<p>Tenía miedo del parto.</p>
8	Vaginal CCSS	Papá	No	Sí	Internada por pérdida líquido amniótico, 1cm.	Taquicardia bebé	<ol style="list-style-type: none"> ¿cuánto de sufrimiento fetal está bien? Le rompieron 	<p>Tenía miedo de que saliera mal</p>

					Óvulo / ruptura membranas/ piquete		membranas porque bebé ya no le llegaba bien oxígeno (“no respiraba bien”) 2. Mal trato: enfermera “fue odiosa”, no le ayudaba a levantarse, a las otras sí. (Ella lo relacionó con ser adolescente).	el parto o la cesárea.
9	Cesárea emergencia CCSS	Papá	N/A	N/A	Le dejaron con suero esperando 3 horas. (no sabemos qué tenía el suero..)	Gastrosquisis	1. Era un caso de gastrosquisis en bebé y le dejaron 3 horas con contracciones antes de pasarla a cirugía.	Siente que la espera con contracciones fue en parte su propia responsabilidad, ella sabía que tenía que ser cesárea de emergencia y no hizo nada.
10	Vaginal CCSS	Papá	N/A	No por monitoreo fetal permanente	Separación de membranas/ Suero / fórceps	Sufrimiento fetal, necesitó ir a neonatos justo después del parto.	1. ¿Desgarre con fórceps? O, ¿eso es normal?	El dolor valió la pena, el bebé está bien.

Sintetizando las intervenciones relatadas, presentamos la Tabla 6:

Tabla 6 Intervenciones en Parto y Frecuencia	
1. Suero	6
2. Ruptura de membranas	4
3. Óvulo Propess	3
4. Fórceps	2
5. Piquete	2
6. Maniobra Kristeller	1
7. Muchos tactos	1

Mamá 2, a quien sólo se le administró suero, describió su parto así,

El parto fue... no fue doloroso. Eh porque a mí no me dieron dolores, a mí me los provocaron. Pero igual no. Y creo que el parto fue muy bonito. La verdad fue muy bonito porque imagínese, verdad, de no quererlo, no sentir ese afecto y después tenerlo y verle los ojitos, las manitas, fue como, no, o sea, yo tengo que estar bien por él, soy mamá. Y no, fue un parto tranquilo, un parto común, en un día común, y fue rico, fue un parto rico porque no me dolió, no me dieron achaques, no me dieron dolores, ni nada así por el estilo y fue parto natural. (Mamá 2, comunicación personal, 28 de julio, 2022).

A parte del hecho de que todos los partos son intervenidos, otro elemento que llama la atención es el nulo uso de analgésicos durante el trabajo de parto y el parto. Por ejemplo, Mamá 10 relató, que fueron como 12 horas con contracciones, incluso con sufrimiento fetal,

... sí, con muchos dolores y a bebé se le bajaba el ritmo cardíaco. Incluso mi panza fue monitoreada, tenía un montón de aparatos amarrados no podía ni moverme. O sea, no tenía opción, era aguántese el dolor y ni siquiera ponerse uno de lado... ya fue cuando ya parto, me quitaron todo y me pasaron. Y ahí el doctor vio que, o sea, no había manera porque sí me dieron mucho chance porque estaban viendo a ver si me hacían cesárea, pero diay (sic.), a uno siempre le dan el chance a ver si lo puede tener uno normal. Entonces ya, pues me dieron el chance que me tenían que dar y me pasaron y ya cuando yo estaba ahí en sala de parto, ya él vio que diay (sic.), que iba a ser difícil que bebé naciera entonces sí, sí utilizaron los fórceps. (Mamá 10, comunicación personal, 1 de noviembre, 2022).

También llama la atención que las dos cesáreas de emergencia que fueron realizadas en la Caja, eran casos que las médicas que acompañaron los embarazos habían dicho que debían ser

cesáreas. Y en ambos casos les intentaron hacer parir. El caso de Mamá 6, que había sido diagnosticada con eclampsia y su médica le había dicho que tenía que ser un parto por cesárea, ella nos cuenta,

Entonces digamos en el expediente está que la doctora me iba a hacer la cesárea programada y que la iba a hacer ella. Lo que pasa es que di yo no sé qué fue si hubo falta de comunicación o algo así que intentaron que lo pariera y que a lo último ella dijo, pero cómo, no, una cesárea de emergencia porque no podemos con todas estas cosas. Entonces al final salió con de emergencia...

... ese viernes que se suponía que me tenían que hacer la cesárea, no me la hicieron. Me empezaron a poner suero para inducirme los dolores y ver si podía parirlo y no. Y yo decía uy dios qué feo porque yo aquí sola verdad y él afuera que no lo dejaba entrar, y después, cuando yo me acordaba que una amiga me dijo, cuando a mí me pusieron ese suero, yo de una vez empecé a dilatar y rapidísimo pude parir. Yo decía, ¿uy señor ahora en qué me metí yo? O sea, qué hago, ahora. Y el suero no, o sea me pasaron dos bolsas de suero y no me dio nada, me dio sólo sueño. Y entonces me dijeron como no, venga ya no dilató nada, vamos. Y tras de todo, las muchachas que les ponían el suero a la par mía, pegaban unos gritos fatales y yo ahí sola y con tanto miedo verdad. Y yo decía uy dios no. Yo no voy a aguantar, yo no puedo o sea yo o puedo parir. ¿Cómo me van a hacer esto? entonces se me subía la presión a cada rato porque me preocupaba mucho. Y al final me dijeron como que no. Ya como a las 6, eso fue desde las 9 de la mañana, ya como a las 6 de la noche, ya la doctora que me veía a mí se había ido y entonces otro doctor que entró me empezó a ver y me dijo, no le voy a poner unos propess intravaginales para que dilate más rápido porque el suero no le hizo nada. Y yo, pero es que yo tengo pre eclampsia y tengo eclampsia, que, No, pero usted puede usted tiene campo. Y yo... bueno, entonces me los pusieron y sólo dilataba un centímetro, pero con un centímetro yo sentía que me iba a morir, entonces yo caminaba por el pasillo, iba y orinaba y se iba la contracción y me devolvía. Y así pasé toda la noche porque me los quitaron como hasta las 10-12 de la noche. Entonces, al día siguiente en la mañana, sábado, llegó la doctora y me dice, pero ¿qué hace usted aquí? Y yo, diay (sic.) todavía estoy aquí, porque me pusieron todas esas cosas y no he podido parir. Entonces me dice no, pero cómo se les ocurre, que la van a poner a parir a usted si usted es un embarazo de riesgo. No, no me dice, vea ya no coma más. Tengo unas cirugías y la meto a de último a usted para que podamos tener por lo menos seis horas de ayuno. (Mamá 6, comunicación personal, 8 de setiembre 2022).

El caso de Mamá 9, es decir, la otra cesárea de emergencia, lo abordaremos en la subcategoría sufrimiento en el parto porque ella lo identificó como tal.

En la Tabla 5, podemos observar que en casi todos los partos hay complicaciones en alrededor del parto. La única mamá que no relató alguna complicación fue un parto prematuro. En el resto, en dos de ellos son en las mamás en el posparto inmediato (placenta interna y placenta adherida) y en siete son en los bebés. Uno de ellos es por la gastrosquisis, los otros seis se relata sufrimiento fetal y a tres de ellos(as) hubo que luego llevarlos a neonatos.

Sufrimiento en el Parto.

El sufrimiento en el parto, más allá del dolor que puede esperarse de partos que no tienen acceso a analgésicos, tiene distintas causas de acuerdo con los relatos de las mamás entrevistadas. A continuación, presentamos una tabla que resume las causas y su frecuencia y luego presentamos algunas citas de las mamás que ejemplifican esta vivencia.

1. Maltrato verbal	3
2. Complicación médica en las mamás relacionada a la atención del parto	3
3. Maltrato físico	1
4. No comer ni tomar nada	1
5. No tener acceso a ítems de aseo personal	1

Mamá 8 relató mal trato de parte de personal médico, sin embargo, ella no quiso confrontarla al estar con tanto dolor,

pues sí, solamente hubo una enfermera, que sí como por, yo digo como lo ven a uno, uno chiquilla, lo quieren como intimidar a uno, como, lo quieren como hacer ver, no sé, menos, me entiende? Entonces la mayoría de muchachas que estaban ahí, eran, eran más más grandes que yo, yo estaba, tenían mayor edad. Entonces, con ellas se comportaron diferente. Y conmigo tal vez, bueno esa enfermera conmigo se comportó... como odiosa tal vez, tal vez yo le decía que, si me ayudaba a levantarme y no, usted lo puede hacer sola y así. Pero con las demás, perfecto. (Mamá 8, comunicación personal, 14 de setiembre, 2022).

Mamá 7,

... sí de hecho, bueno, fue muy conchilla (sic.) conmigo, la verdad. La doctora sí fue así como muy grosera conmigo. Sí ella me pegaba nalgadas porque yo cerraba las piernas, pero no era yo en sí. Yo le explicaba que no era yo. A mí me temblaban las piernas de la nada, se me cerraban así durísimo y ella me volvía a ver, y bueno... qué madre va a querer ahogar a su hijo, o sea, jamás. O sea, tendría que ser una persona súper demasiado mórbida de la cabeza como para intentar ahogar a su hijo verdad, así mismo dentro de uno. Y yo le decía a ella, que yo no puedo, yo no puedo. Que sí usted puede y plá (sic.) me pegaba a mí en las nalgas así en las piernas. (Mamá 7, comunicación personal, 9 de setiembre, 2022).

Esta misma mamá, sufrió malos tratos por parte de la doctora,

Ya a lo último ya la doctora se puso toda enojada porque yo le decía, pero doctora hágame, aunque sea cesárea porque yo ya no aguanto los dolores, es demasiado el dolor que yo siento. Y me dice, ¿es que usted no está para cesárea, usted no se está viendo su cuerpo? Me dice, usted no se está viendo su cuerpo que usted es gordita, que usted es gorda y que a usted no se le puede hacer una cesárea, es muy complicado. Me decía ella. Y yo le decía sí yo entiendo doctora, pero es que me duele mucho. Sí, pero páralo, páralo, páralo y punto, ella me decía. Bueno ya a lo último yo lo tuve que parir... horrible, horrible, horrible fue. (Mamá 7, comunicación personal, 9 de setiembre, 2022).

Mamá 4, "... O sea, siempre me permitieron moverme, me permitieron bañarme, lo único que no me dejaron era tomar agua y comer, porque ya eso es como por di (sic.) por, me imagino que por ellos que por el parto que uno no se defeque ni nada de eso." (Mamá 4, comunicación personal, 7 de setiembre, 2022). Al ser preguntado si le dieron algo para el dolor, ella comentó,

Entonces ya me pasaron a labor y en labor sí me pusieron, este suero... con mi propia fuerza porque estamos di (sic.), en el seguro, la caja, el estado y pues ahí uno no puede pedir mucho. Usted pide algo y más bien la regañan. Ahí era ni chistar... (Mamá 4, comunicación personal, 7 de setiembre, 2022).

También relató sobre un maltrato directo,

Yo entré a labor a las 5, a las 5 me recibió una señora que como que me dio como mal, me dijo que yo estaba muy feliz para llegar con 5 cm y me tactó y ahí me dejó porque yo tenía 5 cm. Fue como la única que yo dije fue una pedante. (Mamá 4, comunicación personal, 7 de setiembre, 2022).

Mamá 4, además, quedó muy débil por mucho tiempo por una hemorragia que se le produjo en el parto, por placenta adherida,

Y para terminarla de hacer, la placenta quedó adherida al útero y costó mucho sacarla y tuvieron que, di que ayudarme. Entonces, ella bien, la que quedó ahí medio chueca fui yo. S: pero, ¿cómo te ayudaron? Mamá 4: diay (sic.) digamos que la doctora me trató super bien porque diay yo digo que tal vez al verme chiquilla y todo pues yo, yo no chisté y con ella todo bien. Ella agarró digamosle que el cordón, lo que es el cordón umbilical que queda guindando, después que cortó lo del bebé, entonces ella lo agarró con una fuerza dándole vuelta como intentando di aflojar, me imagino. Al ver que no salía y no salía, o sea yo pujaba y tampoco salía entonces ella metió su mano y la jaló. Entonces eso me produjo una hemorragia. (Mamá 4, comunicación personal, 7 de setiembre, 2022)

Mamá 3 sufrió en el parto porque le dejaron la placenta adentro y esto le generó una infección. Su madre se indignó,

ella nunca había tenido algo así, jamás. Ella estaba muy molesta con el doctor por lo que dejó que ese muchacho me hiciera eso. O sea, el muchacho no tenía la culpa por que yo entiendo que él está aprendiendo, pero, o sea, cómo se va a poner a practicar con una menor de edad, o sea, él sabía que yo podía hasta llegar a demandarlo, pero, o sea, yo no lo he hecho porque pobrecillo. Él no tiene la culpa, la culpa la tiene el doctor. (Mamá 3, comunicación personal, 25 de julio, 2022).

Mamá 3 contó su historia,

después de eso me hicieron el primer deagrado (sic.), después de la cirugía me pasaron a posparto, me acuerdo que en la madrugada de esa misma noche empecé a bueno amanecí con escalofríos, pasé con, con fiebre, me dolía el cuerpo, sentía que olía feo. Horrible, es horrible. Entonces los doctores me hicieron un ultrasonido vaginal, me dolió mucho. S: ajá C: después me hicieron un ultrasonido normal y me dijeron que tenían que hacerme un segundo deagrado (sic.) porque aún tenía placenta y se me infeccionó. Me hicieron el segundo deagrado (sic.), yo entré a cirugía con, temblando de la calentura o la fiebre. Me acuerdo que me dormí porque no era con anestesia. Después del segundo deagrado (sic.) me pasaron a posparto y luego de eso (se cortó). Corriendo me pasaron de camilla y me llevaron a la UCI. (Mamá 3, comunicación personal, 25 de julio, 2022).

Mamá 6 tuvo el enredo de si le iban a hacer o no cesárea. Además, no le entregaron sus artículos de cuidado personal, “O sea, yo estuve internada, a mí me dieron la salida hasta el

domingo. Y yo estuve internada todos esos días sin cepillo de dientes, sin pasta, sin paño, sin nada. O, con la misma mascarilla, con la misma careta, entonces era súper espantoso.” (Mamá 6, comunicación personal, 8 de setiembre, 2022).

Mamá 9, cuyo hijo había sido diagnosticado con gastrosquisis, estuvo en trabajo de parto por tres horas, poniendo en riesgo la vida de su hijo. Ella culpabiliza a los médicos por descuidados, pero también a sí misma por no insistir,

Y como le digo me tocaron puros chavalillos y se me acercó la doctora y casi que le da un colapso porque las contracciones para el bebé eran muy muy fuertes. Tal vez yo no las sentía así porque sinceramente yo no, sí me dolían pero no un dolor insoportable. Pero para el bebé sí. Entonces ella al ver eso, di al bebé las mismas contracciones me lo estaban matando. Entonces di tras de eso el personal anterior habían perdido las hojas que uno, di para la cesárea. Entonces no las encontraban y corrían y corrían por aquí y corrían por allá que donde están las hojas, que donde están las hojas. Y yo tranquila, tráigame otra que yo puedo firmarlas. Y las volví a firmar e inmediatamente me metieron a sala de partos. Y ella fue la que me hizo ya toda la cirugía en sí...digamos yo digo en sí que es por no fijarse, que tal vez él di me atendió y todo como normal pero como que nunca le puso mucha atención a la, di a la tarjetita. Porque yo sabía que mis contracciones no eran muy muy fuertes, como normalmente cuando ya es emergencia para ellos. Pero ahí di yo también sabía, como, la situación que estaba pasando el bebé. Pero tampoco ni nos pusimos a reclamarle, ni nada. Entonces ahí fue fallo de los dos, él por no leerlo y yo por no insistir. (Mamá 9, comunicación personal, 1 de noviembre, 2022).

En *el sufrimiento en el parto* vemos cómo las mamás describen el sufrimiento a partir de lo que excede sus expectativas de dolor y complicaciones en el parto, además de los tratos específicos del personal médico. Estos elementos, así como algunos de los que están incluidos en *parto: tipos e intervenciones*, pueden ser considerados como VO. Esto será abordado en el capítulo de análisis de resultados.

Creencias sobre el posparto (PP)

La categoría creencias sobre el PP agrupa 50 citas relacionadas a las creencias de las mamás sobre el PP, incluyendo pensamientos y sentimientos. La primera subcategoría es la *ambivalencia ante la experiencia de maternidad* que con 21 citas se refiere a expresiones de las madres de la ambivalencia que sienten y/o piensan frente a la experiencia de la maternidad. Es decir, elementos negativos junto con elementos positivos de sus vivencias. Luego está *desarrollo de bebé* con 10 citas, que se refiere a las creencias expresadas por las mamás sobre el desarrollo de sus bebés. Por último, *religión en el PP*, con 19 citas, se refiere a expresiones de las creencias religiosas en la vivencia del posparto. Esto es, todas las referencias a Dios, prácticas religiosas, etc. A continuación, se profundizan las definiciones y se ejemplifican cada una de estas subcategorías.

Ambivalencia ante la Experiencia de Maternidad.

En los relatos de las mamás sobre sus maternidades surgieron elementos de ambivalencia frente a su experiencia. Casi todas (sólo una dijo que sí sabía a lo que iba) tenían una visión idealizada de la maternidad, como una experiencia únicamente positiva. A pesar de que al transformarse en mamás perdieron esta idealización de la maternidad, también todas destacan elementos positivos de la experiencia. Es esta convivencia de elementos y sentimientos positivos y negativos a lo que llamamos de *ambivalencia ante la experiencia de maternidad*. A continuación, presentamos algunos ejemplos de esta ambivalencia.

Por ejemplo, con su vivencia de maternidad, Mamá 6 concluye,

Entonces yo diría no, yo no podría volver a tener un hijo y que la gente no le cuenta a uno todas las cosas que uno pasa en el embarazo. Porque todo el mundo dice "ay sí, lo más lindo" "ay sí, aquí" y yo no, por qué yo estaba gorda, fea, ya, ya no me gustaba nada, no me podía poner nada, no podía salir a ningún lado, o sea, todas esas cosas le pasan a muchas mujeres y todo mundo se queda cayado y nadie dice nada. Si a uno le explicaran y si uno supiera todas esas cosas, seguro

uno no queda embarazada. (Mamá 6, comunicación personal, 8 de setiembre, 2022).

Pero al mismo tiempo, destaca los elementos positivos de su vivencia,

Igual digamos como las sorpresas, porque ellos siempre dan sorpresas, digamos. Él a veces, yo estoy enojada y yo, uy XXX, vaya para allá un momento verdad. Y ya yo respiro profundo y cuando lo veo se me acerca y me dice, ¡hola!. Y yo jajaja (sic.), ay mi amor, qué cosas verdad. Y él dice, ¿mamá estás enojada? Digamos y así y, o cosas de él que hace, travesuras, que él viene y me dice, "mamá, mamá, mamá, disculpas, mamá disculpas" y yo, ¿qué hizo?, y ya vuelvo a ver y yo... ay papi... (Mamá 6, comunicación personal, 8 de setiembre, 2022).

Otra dificultad que aparece en los relatos, además de la paciencia y el enojo es la falta de tiempo para hacer lo que ellas quieren. Mamá 4, “Decirte que nos volvemos como esclavos a ellos y no porque ellos nos lo digan así sino porque nosotros nos sentimos con esa obligación de estar y velar y cuidar siempre.” (Mamá 4, comunicación personal, 7 de setiembre, 2022). Por su lado, Mamá 8 dijo,

Yo ahorita veo a mi hija y yo digo, bueno yo no era de fiestas y así, pero ahora yo digo, pucha si ahorita no estuviera XXX, yo anduviera ahí con mis amigas. Y... pero no, no es como que, como que una se arrepienta pero sí es muy difícil, a mis propias amigas yo les aconsejo que no, que se cuiden bastante, que no tengan, que ni lo piensen, que lo piensen ya cuando tengan su vida hecha. Una estabilidad económica, su casa. Porque ahorita, por ejemplo, como yo, yo tal vez estoy aquí donde mi mamá, pero tal vez no tengo quién me cuide a la bebé hoy. Entonces tengo que salir corriendo, tal vez no pueda ir al colegio... y son cosas que a uno se le dificultan bastante como por ejemplo los estudios. O el trabajo. (Mamá 8, comunicación personal, 14 de setiembre, 2022).

En el mismo sentido, Mamá 7, destacó la falta de tiempo para atenderse a sí misma,

En mi caso, la maternidad tampoco es que es tan fea, porque no, mi maternidad es muy bonita y yo la disfruto, siempre al máximo, sin embargo, es muy difícil para mí, hay veces que yo deseo tal vez por lo menos tener un toquecito de tiempo o por lo menos quedarme rico en el baño, relajarme con un poco más de agua. (Mamá 7, comunicación personal, 9 de setiembre, 2022).

Mamá 10 contrastó su visión antes de ser mamá y su visión actual, “diay (sic.) yo pensaba como que todo iba a ser más fácil verdad, pero todo siempre tiene su complicación” Igualmente

dice, “Como le digo es muy agotador. Pero después uno ya en la noche cuando uno se acuesta a meditar es como lo más bonito de todo.” (Mamá 10, comunicación personal, 1 de noviembre, 2022).

Otro aspecto es la frustración y la necesidad permanente de aprendizaje. Mamá 2 dijo,

Entonces de ahí para adelante, igual hay días frustrantes, porque yo no soy perfecta, porque yo me sigo equivocando, tengo que seguir aprendiendo. Y ya mi hijo tiene seis años y mi hijo habla y me dice, mamá se está equivocando. Tal vez yo me exalto, grito, me sofoco, y mamá, me está gritando. Entonces yo digo, tengo que seguir aprendiendo, y mi hijo me está enseñando. (Mamá 2, comunicación personal, 28 de julio, 2022).

Estos sentimientos y vivencias contradictorias llevan a que varias mamás se cuestionen si quieren volver a ser mamás. Mamá 3, “sí porque uno tiene que irse preparando psicológicamente, la verdad. Imagínese que ahorita la pienso para tener otro bebé. Porque tener un bebé recién nacido, es mucho tiempo.” (Mamá 3, comunicación personal, 25 de julio, 2022). De esta forma, a pesar de relatar y aceptar aspectos negativos de sus experiencias, todas dicen estar bien donde están ahora, aunque varias no quieren otro(a) hijo(a).

Desarrollo de Bebé.

El desarrollo del(a) bebé aparece como un elemento de orgullo y de cuidado para sus mamás. Sienten que ellos(as) aprenden a veces sin su ayuda y eso les da felicidad. En ese sentido, Mamá 8 relata,

ella ya, ya pasó esa etapa de que gatea, porque me caminó rapidísimo. Entonces ella camina y bueno, uno se siente la verdad bien. Bueno yo me siento realmente bien. Me siento feliz porque como le digo, a pesar de todo, problemas y demás, pero eso no hace que uno se cambie el amor por ellos. Pero sí, todo ha sido, diferente y ha sido muy lindo. (Mamá 8, comunicación personal, 14 de setiembre, 2022).

Mamá 10 comentó cómo ve ella los aprendizajes de su bebé,

sí yo lo veo cómo un logro todo eso. Como un triunfo veo todo. Porque a veces yo decía, cuándo mi bebé me va a decir mamá. Ya después él mamá, mamá. Y yo me quedo así, sí es mi hijo. Ese es mi bebé. Después tal vez que a veces yo me levantaba y él sólo me volvía a ver y mamá. Y yo decía, cuándo será el día que él se siente y me despierte y que me levante, que me jale el pelo verdad. Y ya después un día que él me levantó y, o sea, para mí eso es demasiado. (Mamá 10, comunicación personal, 1 de noviembre, 2022).

Esta perspectiva está presente en todos los relatos sobre el desarrollo de sus hijos(as).

Religión en el PP.

La referencia a Dios en los relatos de las mamás a la hora de hablar del posparto aparece por distintos elementos: agradecimientos, encomendándose, cuestionándolo, pidiendo disculpas y haciendo pedidos. También emerge como la fuente de la sabiduría materna. En este sentido Mamá 2 dijo “Pero igual, Dios lo ilumina a uno y le da la sabiduría de saber qué es. Entonces ahí ya nace el sexto sentido de una madre. De conocer a sus hijos sin que sus hijos hablen.” (Mamá 2, comunicación personal, 28 de julio, 2022). Otro ejemplo que llama la atención porque habla sobre la relación emocional con la religión es la mamá que pide perdón. Mamá 6, dijo,

Cuando yo ya lo tenía en la casa, yo ya estaba súper bien y súper agradecida y súper todo con Dios. Yo decía uy por Dios verdad, perdóneme por todas las tonteras que yo había pensado, perdóneme por todas las cosas tontas que pensé porque di (sic.) esto es lo mejor verdad que me pudo haber pasado. (Mamá 6, comunicación personal, 8 de setiembre, 2022).

Así, vemos a Dios como fuente de bondad, cuya voluntad se cumple y una relación de culpa si en algún momento esto es cuestionado. Esta es la mamá que tuvo pensamientos suicidas y una gran crisis depresiva. De esta forma, independiente de no relatar prácticas religiosas específicas, si se logran identificar formas de pensamiento religioso en las mamás.

Prácticas en el PP

La categoría de prácticas en el PP se relaciona a todas las prácticas de la mamá y su entorno en el PP, es decir, la familia, la comunidad y las instituciones. Es la categoría que por sí sola agrupa el mayor número de citas, con 120 citas. Tiene ocho subcategorías que en orden de importancia numérica son: *la familia en el PP* con 42 citas; *sufrimiento en el PP* con 31 citas; *la mamá como cuidadora principal* con 15 citas; *separación PP inmediato* con 13 citas; *dificultades de mamá primeriza* con 6 citas; *otras actividades en PP* con 6 citas; *colecto* con 4 citas; y *apoyo institucional* con 3 citas.

La familia en el PP se refiere al papel de la familia en el posparto, incluye familia extensa, el papá del bebé e incluso el rol de la mamá nueva dentro de la familia. Asimismo, la ausencia de la red de apoyo. *Sufrimiento en el PP* se refiere al sufrimiento vivenciado por las mamás en el posparto, incluyendo VO ampliada. *La mamá como cuidadora principal* se refiere a la práctica de la mamá como cuidadora principal de su bebé. *Separación PP inmediato* se refiere a si hubo o no separación mamá-bebé en el PP inmediato. *Dificultades de mamá primeriza* se refiere a dificultades expresadas por las mamás en su maternidad por ser mamás primerizas. Se refiere al proceso de aprendizaje y de ir conociendo a sus bebés recién nacidos(as). *Otras actividades en PP* incluye otras actividades desarrolladas por las mamás en el PP. *Colecho* se refiere a si se practica o no el colecto. Finalmente, *apoyo institucional* se refiere al apoyo brindado por instituciones a las mamás durante el período de PP. A seguir, se va a profundizar la definición de cada subcategoría y a ejemplificarlas.

La Familia en el PP.

Esta es una de las mayores subcategorías. Aborda un abanico de situaciones en las cuales la familia cumple un papel muy importante. Uno de los principales roles que cumple la familia en

el período posparto es cuidando a la mamá y al(la) bebé, incluso cuando el papá del(a) bebé es parte de la vida familiar.

Por ejemplo, Mamá 10, “ah sí yo sané muy bien, porque bueno como le digo mi mamá y mi marido me hicieron, bueno el papá del bebé, me hicieron el posparto. Y entonces sí me, sí tuve mucha ayuda por ese lado y me curé muy bien.” (Mamá 10, comunicación personal, 1 de noviembre, 2022). Mamá 2 también relató apoyo por parte de toda su familia,

Vieras que yo vivo en la casa de mi mamá, yo vivo en la casa de mi mamá y mi mamá siempre me ha ayudado. Ella nunca ha dejado de ayudarme. Ella siempre está ahí, tal vez, no económicamente pero mi hijo para ella es mamá también, es la mamá, es su tita, es su mami. Entonces ella me le da amor. Ella cuando puede me le da, me le regala y cuando yo tengo que trabajar me lo cuida mi tía. Yo le pago a mi tía para que me lo cuide. Él ya es un chiquito independiente. Él no necesita que lo bañen, él no necesita que lo cambien, que le amarren los zapatos. Él ya no necesita nada, sólo que me lo vigilen. Y ya después si mi mamá puede irlo a recoger, pues mi mamá lo hacer, sino entonces pues yo lo hago. O sino también tengo a mi hermano, mi hermano a veces cuando no tiene clases, se queda ahí con mi hermano. Y mi hermano también me ayuda en eso, sí. (Mamá 2, comunicación personal, 28 de julio, 2022).

En el caso de Mamá 5, estuvo presente la ayuda de su mamá y otras mujeres de su familia, además de la ayuda del papá de su bebé, al juntarse con él ella dijo

...pero sí ahí estábamos bien... Ah no, mi mamá díganos. O mi mamá llegaba a mi casa o yo venía aquí a donde mi mamá. O mis tías llegaban o la madrina del bebé llegaba. Prácticamente nunca pasaba sola. (Mamá 5, comunicación personal, 8 de setiembre, 2022).

Las mamás también relataron que las familias apoyan materialmente, por ejemplo, Mamá 6 vivía en una casa que es de la mamá de ella sin pagar alquiler. Así como cuando hay problemas de salud.

En los relatos de las mujeres entrevistadas se pudo observar a la familia como transmisora de creencias y prácticas. Por ejemplo, en el relato de Mamá 5, ella cuenta cómo su bebé sufrió “el pujo” los primeros tres meses y su suegra le ayudó a manejar la situación,

porque le dio el famoso pujo... eso es, bueno eso son creencias, pero son unos pelitos que les salen a ellos en la espalda y digamos eso es que alguien lo vino a ver con digamos que viene caminando todo el día y viene todo sudado y viene caliente entonces eso se lo pasa al bebé con sólo la vista o que lo ven así de mal ojo y eso... bueno la mamá, la abuela de él, la mamá del papá, es nicaragüense... y creen mucho en eso entonces me dijo que le diera leche de pecho y empezó a frotarle la espalda y empezaron a salirle un poco pelitos y desde ahí, hasta los 3 meses que se le quitó. Pero eso es horrible. Es horrible porque ellos pujan y pujan, no duermen. Les duele, es horrible. (Mamá 5, comunicación personal, 8 de setiembre, 2022).

Otro elemento que surgió es el cambio de rol de las nuevas mamás dentro de sus familias,

Mamá 3,

con mis papás fue diferente ya una vez que ya uno es mamá, porque ya ellos le dicen que ellos ya no pueden digamos ellos hacerse responsable de uno, porque uno ya tiene que ver por uno mismo... ya es como más difícil, o sea, lo apoyan y todo, pero no es lo mismo a como cuando uno está solo, me entiende... Ellos ya no ven tanto por uno... (Mamá 3, comunicación personal, 25 de julio, 2022).

Es decir, ellas ya no son vistas como quienes deben ser protegidas o mantenidas y sí como quienes deben asumir parte de los gastos, los deberes domésticos, etc.

El último aspecto que surgió de la familia en el PP es el papel que cumplen los papás de los(as) bebés. Cuando están presentes, cumplen un papel colaborando financieramente. A veces, también contribuyen con la inestabilidad emocional de las mamás, con lo cual, en algunos casos, las familias maternas pueden presionar para mantener la relación. Por ejemplo, Mamá 6 relató,

... después de la separación, ya yo regresé a mi casa y mi mamá era como, no, usted no puede dejar al matrimonio botado. Uno tiene que estar en la casa con el esposo por los hijos. Yo no sé qué. Y yo como, madre, o sea, cómo me está diciendo eso si ya él y yo discutimos... y ya yo voy hasta pegarle y yo no me voy a aguantar que después él me vaya a pegar o vaya a ser una mujer agredida sólo porque mi hijo esté en una casa con mamá y papá. O sea, una casa donde no hay amor de nada. Y digamos, de esa parte no recibí como apoyo de ella de nada de esto de que yo pudiera venirme y traer mis cosas. (Mamá 6, comunicación personal, 8 de setiembre, 2022).

Aquí se ve la familia buscando sostener prácticas específicas también. Sin embargo, la ausencia del papá de los(as) bebés es otro elemento que surgió. Mamá 7 contó el caso de ella y su hijo,

Con el pasar del tiempo, a raíz del parto, yo quedé desempleada. Yo quedé desempleada. Yo quedé desempleada... Yo quedé desempleada y diay (sic.) no tuve con quién dejar a mi hijo. El papá de él... básicamente vino, le puso los apellidos y se fue. Y bueno, ahí le estaba pasando alguillo (sic.) mensualmente y cada vez que él podía él le mandaba platilla. Que 30 mil colones, que 50 mil colones, cosa que usted sabe que para un bebé eso no es suficiente. Sin embargo, diay (sic.) así son las cosas. (Mamá 7, comunicación personal, 9 de setiembre).

En el caso de ella, no contaba con familia extensa que le ayudase a cuidarse ni a cuidar a su bebé. Ella añoraba la compañía y ayuda de una pareja. Mamá 1, quien tampoco tuvo este acompañamiento familiar, a pesar de sí tener pareja, dijo,

... pues no era lo que yo quería, porque tal vez yo quería que mi suegra y mi familia estuvieran un poco más. Que me ayudaran un poquito más tal vez con ella, que me la cuidaran un ratito por lo menos para dormir, para yo sentirme un poco más relajada, porque yo con ella me sentía estresada. Al ser ella primera, yo sola. No dormía nada. En las noches tampoco. Entonces era como mucho para mí. Y eso mi esposo no lo entendía a veces, porque él me decía es que yo también tengo que ir a trabajar y yo no duermo y yo aquí y yo allá. Entonces yo lo que decía era di mejor me quedo callada, para qué vamos a discutir. Entonces yo todo eso lo pasé sola. (Mamá 1, comunicación personal, 28 de julio, 2022).

De los relatos de las mamás sobre la familia en el PP, podemos ver que cumple un papel esencial en la vivencia de las mujeres y sus hijos(as). Quienes no cuentan con estos apoyos, pasan por procesos de mucha soledad y a veces carencias.

Sufrimiento en el PP.

El sufrimiento en el PP de acuerdo con los relatos de las mamás se da por varios motivos, por problemas de salud, ya sea propios o de sus hijos(as), por sentimientos de soledad, por la relación con el personal médico y/o el atendimento dado, por la relación de pareja, por problemas

emocionales o por recursos económicos. A seguir, presentamos algunos ejemplos de los relatos relacionados a estos factores.

Sobre el sufrimiento de las mamás en el PP en la mayoría de casos está relacionado a enfermedades de los(as) hijos(as). Por ejemplo, Mamá 5 contó que,

Entonces cuando el viernes como a las 5 de la tarde me llamaron, me dijeron que yo ya tenía salida pero que el bebé se tenía que quedar porque el pediatra me dijo que tenía una infección en el hígado. Y bueno, ahí yo era llanto y llanto y se lo llevaron y yo ni sabía para donde se lo habían llevado ni donde quedaba, entonces llegué y le pedí a una enfermera y ya me enseñó donde quedaba. Lo metieron en neonatos y ya después me vine para mi casa. Tenía que ir a visitarlo una hora por día porque como estaba lo más y mejor de ese virus, el COVID, entonces sólo una hora. (Mamá 5, comunicación personal, 8 de setiembre, 2022).

Otro aspecto que se debatirá más adelante en el análisis son situaciones que generan sufrimiento a partir del trato con el personal médico, situaciones vividas en los hospitales y/o en el atendimento. En ese sentido Mamá 6 nos relata cómo le escondieron información sobre la salud de su bebé, no se lo daban y al mismo tiempo le hacía estar rodeada de otras mamás con sus bebés recién nacidos. Ella contó,

Entonces para mí digamos, ese proceso fue como muy difícil porque yo decía, por qué no las aíslan a las mamás que no tienen hijos porque yo veía a todas con los bebés, bañándolos y dándoles de mamar y a cada rato llegaban a preguntarles que cómo estaban, que les dieran de mamar y esas cosas y yo con nadie. O sea, yo no tenía a mi bebé para hacerlo. Entonces obviamente di yo me sentía súper mal. Tras de que me dolía todo y no podía verlo, verlas a ellas con los bebés me afectaba más. Entonces yo me acostaba y me tapaba con la cobija y me ponía a llorar.

... di lo único fue así como los enfermeros y todo ya después lo único que digamos a mí no me gustó fue eso, que en el momento a mí no me dijeran, que no me dieran la información de qué era lo que había pasado con el bebé porque di yo duré todos esos días y a mi hasta el domingo me dijeron todo lo que había pasado. Desde el viernes que yo estaba internada desde la mañana. (Mamá 6, comunicación personal, 8 de setiembre, 2022).

Otras mamás sufrieron también tratos desagradables del personal médico. Mamá 1 dijo, “Sólo una enfermera que sí se me acercó y me dijo sobre eso de la bacteria y me

dijo que yo dije, o sea, ella no tiene por qué decirme eso. Porque llegó y me dijo, usted tiene la culpa de que su hija está así.” (Mamá 1, comunicación personal, 28 de julio, 2022). Esta misma mamá, fue víctima de una mala praxis realizada a su hija,

... le hicieron como una mala praxis con eso de la jeringa, porque parece que la leche se le fue a los pulmones. Entonces rapidito me la pasaron a cuidados intensivos de la CARIT, porque ahí no la pueden atender. Dijeron que ellos no tenían el equipo necesario para una emergencia así. Entonces, rapidito la agarraron, la entubaron, le hicieron un montón de cosas... y que ella no había tirado el meconio, bueno un montón de cosas cuando nació. Todo eso se vino después porque mi esposo, cuando ella nació, la tuvo él y él estuvo más con ella... y él me decía mi amor, pero es que yo la vi bien. Ella estaba bien. De un momento a otro se la llevaron, le dieron la leche y sí, ya después me llamaron a mí que ya iba para emergencias, que ya iba para cuidados intensivos. (Mamá 1, comunicación personal, 28 de julio, 2022).

Además, varias mamás mencionaron problemas emocionales en el posparto. Algunas mamás hablan de haber pasado por depresión en el posparto. Mamá 7 comentó que ella fue atendida tres meses por la psicóloga de la Carit y luego fue dada de alta. Otras, como Mamá 6 dijo que ella sola salió y le tomó como un año comenzar a sentirse bien. Mamá 7 relató su caso,

La enfermera me decía dale pecho, le tienes que dar el calostro, porque es muy importante para ellos y todo eso. Y yo le decía, yo entiendo, pero es que no, no se no me nace. Y yo pasaba llorando y llorando y llorando y llorando y llorando. Pero usted no sabe cómo yo pasaba llorando. Entonces llegó la psicóloga de la maternidad Carit a hablar conmigo. Yo le conté toda mi historia y ella me dijo que eso era a raíz de que mi psicóloga anterior me había dicho, me había hecho entrar en razón de que yo ya no podía tener hijos... porque tu tanto anhelaste tener hijos, y después te dijeron que no y, o sea, te hicieron ver razón de que no ibas a tener hijos y todas esas cosas, en tu mente se creó ese chip verdad de que ya no, de que ya no se puede. Entonces a la hora de tener tu a tu bebito aquí a la par, tú lo sientes como desconocido. Entonces por eso, por eso es que sientes esa, esa depresión, eso se llama depresión posparto me dijo. Bueno yo pasaba llorando de esquina en esquina. Yo veía la carita de mi bebé y yo me ponía a llorar. (Mamá 7, comunicación personal, 9 de setiembre, 2022).

Mamá 4, relató sobre sentimiento de profundo enojo al punto de tener que dejar a su hija para salir a respirar,

no lo entendía, yo lo deseaba, pero a la vez decía cómo me metí yo en esto. O sea, el saber y el verme ahí y ser la única persona que podía resolver y hacer algo y no saber qué hacer. No saber lidiar con eso. O sea, ya llegó un punto en el que yo me sentía que me iba a volver loca y una vez dejé a la chiquita en la cama así de meses, le puse un montón de almohadas, así de meses y me fui a sentar afuera. Porque yo sentía que era tanto lo que yo sentía, cargada tal vez de tantas emociones y todo lo que uno pasa y estar cuidado, al cuidado de ella, la dejé en la cama y me fui a respirar porque yo decía si no la suelto un momentico, o sea, dios mío, ahorita entiendo a las personas que matan a los niños pequeñitos, del desespero, de una acción que uno no controla, un impulso, ejemplo. Entonces yo dije, la pongo en la cama y me voy para afuera a respirar porque o sea me voy a volver loca. (Mamá 4, comunicación personal, 7 de setiembre, 2022).

La soledad en la vivencia de la maternidad es otro de las causas de sufrimiento que narraron varias mamás. Mamá 8 dijo,

Después de eso, el posparto fue, algo que... algo... no terrible... sino también fue duro la verdad. El papá de la bebé di trabajaba y así, yo prácticamente pasaba sola. Y se me hacía muy difícil. Entonces, no tuve como tal cual la depresión posparto pero sí fue un poco difícil, tal vez lloraba mientras, di mientras le daba pecho a ella porque me veía sola no, aunque él me ayudara y así me sentía sola. No tenía quién me ayudara. O sea. Y ella fue algo como de que no dejaba de llorar. A veces. (Mamá 8, comunicación personal, 14 de setiembre, 2022).

Otro elemento de soledad mencionado fue el cambio en las amistades. Mamá 3 dijo,

... sí pues con mis amigos cambió que como era mamá, pues se fueron. Esos no son amigos... sí amigos hombres, más, bueno y mujeres también, pero las poquitas que se quedaron ahí están. Porque ahora también son mamás... es que yo no sé, yo no sabía, es que como todas éramos pequeñas y tal vez las mamás les decían que yo era mala influencia, que yo esto, que yo lo otro, que yo era lo peor del mundo, por quedar embarazada tan joven entonces, todo ese tipo de prejuicios. (Mamá 3, comunicación personal, 25 de julio, 2022).

Varias de las mamás mencionaron la relación de pareja como fuente de sufrimiento en el posparto. Incluso algunas se separaron en ese período. Fue el caso de Mamá 2,

... sí todo eso pasó porque yo me separé del papá de mi hijo y para mí ese fue otro golpe... mi hijo tenía como un mes... Yo era menor de edad y él ya era un señor. Ya era mayor de edad y para mí fue otro golpe. Y muchas veces le eché la culpa a mi hijo. Muchísimas veces. Y en realidad una aprende que no, o sea,

las cosas pasan por que tienen que pasar. (Mamá 2, comunicación personal, 28 de julio, 2022).

El dinero fue otro de los aspectos, al terminar relaciones y parar de percibir dinero, o al cambiar la situación externa con la pandemia y perder trabajo.

De esta manera, vemos cómo el sufrimiento en las mamás en el posparto es real. Algunas veces relacionado a elementos directamente asociados a la maternidad y otras por circunstancias vitales.

La Mamá como Cuidadora Principal.

Existe una noción entre las mamás entrevistadas de que sus bebés están mejor siendo cuidadas por ellas mismas. Si no son ellas, que sea familiares. Cuando los familiares no son pago, tienden a ser apoyos para momentos concretos. Por ejemplo, Mamá 10 comentó,

Es que, o sea, es muy bonito verdad, pero digamos, bueno di es que yo cuento, bueno siempre he tenido como el apoyo de mi mamá y así, que, si yo voy a comprar la comida, ella me lo ve un momento. O yo sé que, si yo en algún punto de mi vida yo tengo que ir a trabajar, yo sé que ella me lo puede ver. No soy de dejarlo con cualquier persona. (Mamá 10, comunicación personal, 1 de noviembre, 2022).

Incluso mamás que en algún momento habían logrado cuido pago o cuido institucional, buscaron cambiar. Mamá 2 había logrado un cupo en la Red de Cuido y dijo,

... pero, no, es que yo siempre digo que no hay mejor que la mamá. Verdad, para verlos. Y mi hijo siempre fue un chiquito independiente, o sea mi hijo ya quería gatear y hay reglas y tal vez uno como mamá no les pone ciertas reglas y a uno le da cosita. Entonces yo mejor decidí sacarlo y con el tiempo fui poniendo reglas y así, pero mientras no, no he tenido la oportunidad así de Cen-Cinai y todo eso, no. (Mamá 2, comunicación personal, 28 de julio, 2022).

Este sentimiento, de que el(la) bebé está mejor cuidado con la mamá es compartido por Mamá 6, que paró de trabajar y comenzó a vivir sólo de la pensión, porque tuvo varios problemas con las personas cuidadoras que contrató y no tenía red de apoyo familiar para ayudar en esta tarea.

Mamá 4, que desde un inicio había pensado su maternidad sin pareja, comentó que para ella lo que importa es que ella sea la que ponga las reglas,

Entonces yo desde que decía eso, yo decía no voy a permitir que nadie me le diga nada a ella. O sea, si solo uno sabe lo que va a pasar. Cómo alguien va a venir y le va a decir, no sé, póngase un vestido y yo quiero ponerle un pantalón. Entonces yo siento que no. Yo me imaginaba así, sola. Que nadie me le diga "a". (Mamá 4, comunicación personal, 7 de setiembre, 2022).

De esta manera, las mamás entrevistadas son las principales cuidadoras de sus hijos(as). Esto calza con la definición de una comunidad con familias muy matriarcales que hacían las IC sobre las familias en Alajuelita.

Separación PP Inmediato.

La separación entre mamá y bebé en el PP inmediato fue grande y coincide con la necesidad de cuidados especiales médicos ya sea para la mamá o para el(la) bebé. Seis de las mamás fueron separadas de sus bebés. Mientras que sólo cuatro relataron haber sido puestos en contacto rápidamente luego del parto. Sin embargo, incluso quienes no necesitaron atención especial en el PP tuvieron algunos minutos de separación. Sobre eso Mamá 4 dijo,

A mí me pusieron ese suero, me cocieron. Lo que me hicieron fueron como 4 puntaditas y ya me limpiaron, me sacaron, me cambiaron de camilla y me sacaron de parto. Y tardado ella como unos 10 minutos para llegar a la camilla donde yo estaba que no me habían sacado de labor. Y ya me la dieron y nos bajaron a posparto y desde ahí. O sea, no me la dejaron en incubadora, nada de eso. Diez minutos tardó en llegar a mí después de que me cocieron. (Mamá 4, comunicación personal, 7 de setiembre, 2022).

Parte de los protocolos de los hospitales sobre atención a los(as) recién nacidos(as) queda evidenciado en este hecho.

Dificultades de Mamá Primeriza.

Al hacerse mamá, las mujeres que ya habían tenido contacto con bebés pequeños(as) igual tuvieron que pasar por un momento de aprendizaje. Principalmente los primeros meses.

En ese sentido, Mamá 2 dijo,

Sí bueno en realidad vieras que yo, a mí nunca, yo no sé por qué me costó. Porque yo cuidaba niños. Para yo poder el colegio, porque yo viajaba mucho. Entonces yo cuidaba chiquitos, pero ya chiquitos de 2-3 meses, más grandes. Pero igual no, aunque uno esté grande, si usted se vuelve mamá primeriza, teniendo 30 años igual va a ser totalmente nuevo y va a pasar por cosas como yo. (Mamá 2, comunicación personal, 28 de julio, 2022).

En los relatos de las entrevistadas salieron elementos como el miedo, creencias como “el pujo”, el cómo relacionarse con bebés recién nacidos(as) y los cólicos como algunas de las dificultades experimentadas por las mamás primerizas.

Otras Actividades en PP.

Únicamente cuatro de las mamás entrevistadas mencionaron realizar actividades más allá del cuidado de sus bebés en el posparto. Dos mamás retomaron los estudios en el posparto y dos mamás salieron a trabajar a partir de los seis meses. Una de ellas trabajaba sólo una vez por semana, la otra sólo trabajó fuera de casa por seis meses (Mamá 6). Otra dijo que hasta que su bebé cumplió un año y diez meses logró volver a estudiar. Estos hechos refuerzan a las mamás como principales cuidadoras.

Colecho

Únicamente cuatro de las mamás entrevistadas comentaron sobre la forma de dormir. Ellas cuatro hicieron colecho. Sobre esto es ilustrativo cómo lo explica Mamá 4,

... pues bueno yo decía que yo, bueno lo primero verdad, uno dice, no cuando ella nazca y así, yo voy a centrarme más en ella y en mí y bueno y mis pensamientos eran como no, ella, yo le tenía un cuartito a ella con sus cositas,

cuna y todo. Que ella iba a dormir ahí sola, cosas así. Terminó durmiendo con conmigo o con el papá y pues no, yo me imaginaba, bueno, yo decía, como uno dice verdad, yo voy a tratar de ser la mejor madre y todo... (Mamá 4, comunicación personal, 7 de setiembre, 2022).

Es decir, fue algo que les pasó. No fue algo que buscaron intencionalmente.

Apoyo Institucional.

Cen-cinai, Red de cuido, IMAS y comedor fueron los apoyos institucionales que fueron mencionados por las mamás. Sin embargo, sólo una usó por un período corto la ayuda de cuido de la Red y ninguna ha usado el Cen-Cinai en ese sentido. El IMAS está relacionado a ayudas económicas y el comedor con la alimentación. Cada uno de estos fue mencionado por una mamá. Es decir, son pocos los recursos institucionales y no son tan utilizados por las mamás entrevistadas.

Creencias sobre la lactancia y la alimentación

La siguiente categoría agrupa 19 citas relacionadas a las creencias sobre lactancia y alimentación de los(as) bebés. Incluye las creencias no sólo de las mamás, sino también de su entorno y las expresiones de religiosidad en este proceso. Está dividida en dos subcategorías, *creencias en torno a la lactancia* con 12 citas y *religión y lactancia*, con 7 citas. La primera subcategoría se refiere a creencias expresadas por las mamás sobre la lactancia materna. La segunda, a expresiones de las creencias religiosas en la vivencia de la lactancia y/o alimentación de sus bebés. Esto es, todas las referencias a Dios, prácticas religiosas, etc. Las citas pueden contener otros temas y mención a religión, pues interesa ver en relación a qué surge la mención a la religión. A continuación, se va a profundizar las definiciones de las subcategorías y ejemplificarlas.

Creencias en torno a la Lactancia.

Existen muchas creencias en torno a la lactancia. En los relatos de las mamás se pueden ver distintos tipos de creencias. Algunas relacionadas a la calidad de la leche materna y otras a la producción de leche. Otras relacionadas a la introducción de alimentos. A continuación, presentamos algunos ejemplos de estas creencias.

Mamá 7, con su bebé de 2.5 meses contó,

Al día siguiente cuando amanecí, él lo que hacía era primero que todo, era la leche de pecho, entonces yo le metí el pecho. Y cuando veo que le meto el pecho y él se enoja y una lloradera y una lloradera, y cuando me exprimo el pezón, la parte del pezoncito (sic.), no me salió nada, no me salió nada, pero nada, nada, nada. Pero ni líquido transparente ni lechoso ni nada. Entonces yo corrí al EBAIS verdad, yo de mamá primeriza toda asustada, vieras usted cómo agarraba al EBAIS, por cualquier cosita que yo le veía a mi bebé, yo iba al EBAIS, entonces me regañaban. Porque como estaba el COVID, me pegaban una regañada, pues usted viera muchacha. Entonces me da una risa porque esa vez yo fui a verme y me decía el doctor, muchacha, pero es ya a usted ya no le queda leche de pecho. Porque me conectaron a una máquina y en la máquina no salía, pero nada, nada, pero nada. Y me dice muchacha, pero es que ya usted no tiene leche de pecho, ya usted no ya usted no le puede dar pecho a él. Viera usted la llorada que yo me pegué. Yo me sentía súper mal. Yo decía, yo soy una mala madre, decía yo, porque no le puedo dar pecho a mi hijo. Y bueno, o sea, yo toda gorda y cómo es posible que yo no le pueda dar leche a mi bebé. Él necesita mi leche. Entonces el doctor comenzó a aconsejarme y a decirme que por favor que me controlara, que mi estado de ánimo afectaba al bebé también. (Mamá 7, comunicación personal, 9 de setiembre, 2022).

En esta cita se reflejan varias creencias sobre la lactancia. Por ejemplo, que la leche se puede secar de un momento a otro, que si no sale leche con extractor, entonces ya no se produce leche, que si bebé llora en el pecho entonces no sale leche, que dar de mamar está relacionado a ser una buena madre y que el estado de ánimo va a afectar al bebé. Además, esa misma mamá en un momento anterior habló de tener pechos pequeños, como si esto estuviera relacionado a la producción de la leche. Además, Mamá 7 expresó la creencia de que consumiendo determinadas comidas iba a hacerle producir más leche, como leche, avenas, frutas, agua y arroz con leche.

El sentirse mal por no poder dar de mamar es algo compartido por más de una mamá. Sin embargo, Mamá 2, por ejemplo, a donde vio a su bebé ganar peso ya se sintió bien. Por otro lado, Mamá 4 comentó que su deseo de dar de mamar estaba relacionado con el ahorro económico. Mamá 5 dijo que además de económico era beneficioso para la salud del(a) bebé.

A mamá 8 le dijeron que la leche materna no sustentaba y entonces había que complementar. En la misma línea, Mamá 6 cuenta las creencias de su entorno,

... yo pienso que, que ya yo sabía muchas cosas entonces como, por ejemplo, porque como alrededor mío todas son mayores, mis tías mis primas todas son mayores, entonces ellas estaban como criadas al tiempo de antes. Entonces era como a los dos meses, démosle un purecito de papa. Y yo, no, jamás, o sea no. Él hasta los seis meses tiene que probar alimentos. Entonces, verdad porque ellos querían que uno le diera purecito de papa, que probaditas de comida de lo que uno come. Y yo, eso es lo peor que pueden hacer sobre la faz de la tierra. O sea, no me le den nada a XXX porque él no está ahorita apto para comer nada de esas cosas, cuando él cumpla 6 meses... (Mamá 6, comunicación personal, 8 de setiembre, 2022).

Esta misma mamá consideran que es algo instintivo, ella dijo,

... es que sí, es algo como muy natural, eso se da como, como que uno lo trae. Como que en el momento en que ya su bebé nació, uno ya entiende que es mamá entonces darle el pecho es como súper fácil y no, o sea, cura todo y todo. O sea, el bebé está enfermo y usted sólo con el pecho lo sostiene. El bebé llora y usted le da el pecho y ya lo soluciona, o sea es como la teta mágica decía yo, porque tiene sueño, le mete el pecho, se durmió. Tiene hambre, le mete el pecho, tranquilo. Está lloroncito, está enfermito, le pone el pecho, todo, o sea, todo súper bien. Y era así como justo como yo me imaginaba, justo como yo creía que era, así fue. O sea, es que es como muy espontáneo, no es como que uno tenga como que mucha complicación en eso, porque eso se da como muy natural. (Mamá 6, comunicación personal, 8 de setiembre, 2022).

Mamá 1 más bien comentó que ella creía que era fácil, hasta que lo hizo y vio que no. Es decir, son múltiples las creencias en torno a la lactancia. Cabe recalcar que incluso el centro de

salud transmite información no siempre científica. Esto lo profundizaremos en la sección de análisis.

Religión y Lactancia.

La religiosidad de las mamás en torno a la lactancia surge en tres aspectos: agradecimiento a Dios por varios motivos, encomendarse a Dios y hacer pedidos a Dios. Así, los agradecimientos aparecen desde porque pudo dar de mamar sin dolor, porque bebé está bien a pesar de no tener leche materna, porque pudo acostumar al bebé a mamar cuando se podía, no siempre, por la hora de lactancia en el colegio (a pesar de que no sirve de nada de acuerdo con lo que relató la mamá) o por ser muy lechera. El encomendarse estaba relacionado a encontrar la leche adecuada para el bebé y el pedido relacionado a poder dar leche. Así se puede ver que la relación más global con la religión comienza a repetirse, en el sentido de los motivos por los cuales se evoca a Dios.

Prácticas relacionadas a la lactancia y la alimentación

Esta categoría agrupa 60 citas relacionadas a las prácticas de la mamá y su entorno (familia, comunidad, instituciones) relacionadas a la lactancia. Tiene cinco subcategorías. El *sufrimiento relacionado a la lactancia y la alimentación* es la más importante numéricamente, con 17 cita, se refiere al sufrimiento vivenciado por las mamás en el proceso de lactancia e introducción de alimentos a sus bebés. Le sigue la *alimentación de bebé* con 15 citas, que se refiere a la práctica de las mamás de alimentar a sus bebés, es decir, lactancia materna, leche y/o fórmula y el momento de introducir alimentos. Luego, *prácticas familiares en torno a la lactancia*, con 13 citas, se refiere a las prácticas en las familias alrededor de la lactancia, incluyendo prácticas de otras mujeres en sus lactancias y prácticas hacia la lactancia de la mamá entrevistada. La *lactancia extendida por más de un año*, con 9 citas, se refiere a la práctica de las mamás de lactancia extendida por más de

un año. Finalmente, el *inicio tardío de la lactancia*, con 6 citas, se refiere al inicio tardío de la lactancia (no en el PP inmediato). A seguir, se va a profundizar cada subcategoría y ejemplificarlas.

Sufrimiento relacionado a la Lactancia y la Alimentación.

Sobre el sufrimiento relacionado a la lactancia y la alimentación, el principal elemento que lleva a este sufrimiento en las mamás entrevistadas es el dolor físico. Siete de las diez mamás relataron este sufrimiento. Además de este elemento, hubo relatos de dificultades por el internamiento inicial del(a) bebé, la dificultad de compaginar trabajo y lactancia, que el(la) bebé lloraba de hambre y de dificultad de encontrar la leche adecuada para reemplazar la leche materna. A continuación, se ejemplificarán algunos de estos casos.

El relato de Mamá 5 ejemplifica dos de los elementos que más generaron dolor para las mamás entrevistadas, heridas en los pezones y mastitis,

... sí porque vieras que yo casi no tenía pezones entonces costó mucho que él me la agarrara y él me despedazó los pezones. Entonces vieras que bueno a mí me quiso dar mastitis porque yo no aguantaba darle pecho... ya cuando estábamos en la casa, ya digamos como los primero días, los primeros quince días ya a mi bueno a mí me quiso dar mastitis porque no aguantaba darle pecho a él. (Mamá 5, comunicación personal, 8 de setiembre, 2022).

Por su lado, Mamá 1 relató las dificultades y estrés que ella vivenció al intentar establecer la lactancia luego de un período inicial de internamiento de su bebé,

Y eso fue otro estrés, porque ella no me quería agarrar el pecho, y yo no sabía darle y bueno, yo casi no tenía leche. No me empezó a salir leche porque di como ella no estaba conmigo, entonces di no tenía ... entonces me compré un sacaleches y lo usaba en las noches, lo usaba en las madrugadas, cuando tenía tiempo lo usaba... para estimular para poder tenerle leche para darle. Después me dijeron que, si yo me sacaba leche, entonces que la guardara y se la llevara para que se la dieran a ella en el hospital. Y entonces bueno, de verdad. Me empecé a sacar leche y se la llevaba a ella para que se la dieran, se la daban en un vasito. Y bueno, ya ahí empezó todo el proceso y me subió de peso un poquito. Le hicieron varios exámenes y todo para ver qué, por qué era que se estaba poniendo amarilla. Y tenía los, cómo se llama esto, el examen que le hacen para ver si están, se les sube la, bilirrubina es... Entonces le hicieron el examen y

salió en el puro límite. Entonces me dice la doctora, no, está en el puro límite. Ahorita no va a haber problema. Llévsele, me dice, y depende de cómo ella, si se le quita lo amarillo, después, dice, entonces está bien. Si no, si sigue poniéndose más amarilla entonces me la tiene que traer. Pero verdad ya le dieron la salida y todo y la empecé a poner al sol, y la empecé sacar, un poquito más de claridad, porque ella estaba en una oscuridad total. (Mamá 1, comunicación personal, 28 de julio, 2022).

La dificultad para compaginar lactancia y trabajo la relató Mamá 6. Ella dijo,

Entonces todo el mundo decía, no, quítele el pecho, así va a ser más fácil que usted se vaya a trabajar cuando le salen esos trabajos de algún evento, y entonces ya él no va a extrañarla tanto. Y por eso él es tan apegado a usted, porque usted le da mucho pecho. Y yo, bueno sí, o sea, si tomamos en cuenta son un año y 7 meses, o sea, todavía tiene nutrientes, pero él come, entonces de los nutrientes de la leche se los puedo dar en otras cosas, en frutas, en. Entonces yo decía no, no ya no necesita tanto el pecho, o sea. Ya. Y para que yo pueda descansar tranquila porque o sea fueron demasiados días sin poder dormir, sin poder descansar, sin nada. Todavía yo trabajaba y me tenía que despertar a las 4 de la mañana y yo recuerdo a veces a las 12 dándole pecho. Y me volvía a dormir otras dos horitas y a las 3 me levantaba, le metía otra vez la teta y ya a las 4 30 me tenía que levantar a bañarme y todo para venir a trabajar. O sea, no dormía bien. Siempre pasaba trasnochada. Entonces yo dije, no, no. Ya no más, ya hasta aquí y en serio hasta aquí. Ya no se la di más. (Mamá 6, comunicación personal, 8 de setiembre, 2022).

Otro elemento que vimos ejemplificado en creencias sobre lactancia y alimentación que generó malestar en dos mamás es el no haber podido dar de mamar. De esta forma, la lactancia termina siendo una experiencia en su mayor parte dolorosa, estresante y que a veces termina antes de lo deseado por las mamás.

Alimentación de Bebé.

Sobre la alimentación de bebé, sólo cuatro de las diez mamás entrevistadas informaron haber introducido alimentos distintos a leche en los primeros seis meses. Además, dos mamás complementaron con fórmula, una de ellas sólo un mes por factores económicos. Dos mamás alimentaron a sus bebés con leche, quienes sólo dieron de lactar por dos y tres meses. En el primer

caso, esta opción fue así por factores económicos y en otro porque fue la que encontró que le hizo bien.

A continuación, vemos el relato de Mamá 2 y su experiencia introduciendo alimentos antes de los 6 meses,

Vieras que una infección estomacal, porque le di de comer a muy temprana edad. A probar... prácticamente iba cumpliendo mes... Entonces fue muy pesadito para él, pero ya después de ahí esperé como un mesito (sic.) más y ya empecé a darle de comer... Me dijeron que era una infección estomacal, que le cayó mal lo que había comido. Cuando me preguntaron qué comió, ni idea. Yo le empecé a dar a probar cosas, cosas para que el chiquito se vaya acostumbrando, pero ya me explicaron que no tenía que hacer eso. (Mamá 2, comunicación personal, 28 de julio, 2022).

De esta manera, se ve el sistema de salud operando en casos de prácticas que ponen en riesgo la salud de las personas menores de edad. En este caso, la introducción de sólidos antes de que esté listo el sistema digestivo. Sólo una de las mamás que complementó toda su lactancia utilizó fórmula. Las demás fue leche.

Prácticas Familiares en torno a la Lactancia.

Sobre las prácticas familiares en torno a la lactancia, por un lado, llama la atención que en las familias las prácticas son todas de lactancia extendida a más de un año. En dos casos incluso llega a los 3 años y en un a los 7 años. El otro elemento que llama la atención de las prácticas familiares son las otras mujeres de la familia apoyando a las nuevas madres con su lactancia. De esta forma, les ayudan a curarse los pezones y las mastitis para que puedan seguir dando de mamar.

Mamá 4 contó su experiencia con el apoyo de su abuela,

... sí, mi abuela era la que me rallaba zanahoria, me la metía a la refri (sic.) en una tasita y yo me la ponía con pañitos en las tetas... digamos que yo no me eché cremas, no me eché spray, yo no me eché nada, a pura zanahoria... y ya con el tiempo ya fue el agarre bueno y ya hasta la fecha no se despega del pellejo... dice mi abuelita... (Mamá 4, comunicación personal, 7 de setiembre, 2022).

Este elemento es tan fuerte, que incluso Mamá 6 cuando no sintió el apoyo de su pareja en la lactancia, sintió que esto ayudó a que acabara su relación.

Entonces me sentía más mal y que no me podía sacar la leche y que cuando me sacaba la leche sólo pensaba en que di tengo que írsela a dejar, y él no va a tomar lechita de mi pecho, y todo se le va a perder todos los nutrientes, todo el calostro, todo un, o sea un montón de cosas. Entonces vivíamos como peleando por eso verdad, ya nos distanciamos un poco más y ya para mí fue como que se rompió la relación de nosotros dos, porque él no me apoyaba en ese momento y ese momento era como muy importante para mí tener el apoyo de él. (Mamá 6, comunicación personal, 8 de setiembre, 2022).

Los relatos muestran que es una comunidad adonde la lactancia sí es ampliamente practicada por muchos años. En parte esto se logra gracias al apoyo familiar.

Lactancia Extendida por más de un Año.

Las prácticas de lactancia extendida en la comunidad se ven reflejadas en las prácticas de las mamás. Excepto las dos mamás que no dieron de mamar más allá de los meses iniciales, las otras ocho mamás han dado más de un año. A continuación, presentamos un cuadro para facilitar visualizar la información.

1	3 años
3	2 años
4	3 años 4 meses (todavía continúa)
5	1 año 11 meses (todavía continúa)
6	1 año 7 meses
8	1 año 3 meses (todavía continúa)
9	1 año 3 meses
10	1 año 5 meses (todavía continúa)

Este cuadro revela que efectivamente la lactancia es común y es extendida en la comunidad, de acuerdo con los relatos de las mamás.

Inicio Tardío de la Lactancia.

Finalmente, la última subcategoría es el inicio tardío de la lactancia. Cinco mamás relataron haber iniciado horas o días después del parto con la lactancia. Interesante es que de estas sólo 1 paró de dar de mamar a los 3 meses. El resto, una vez establecido siguió hacia lactancias extendidas. Es decir, en el caso de las mamás entrevistadas, el inicio tardío de la lactancia no es un elemento que permita predecir una lactancia corta.

Capítulo V: Análisis de resultados

El presente capítulo busca analizar cómo moldean los elementos culturales, descritos en el capítulo anterior, la experiencia subjetiva de las mujeres al convertirse en madres por primera vez en Alajuelita, Costa Rica. Con este fin, primero vamos a presentar una lectura ecosistémica de la maternidad en Alajuelita, buscando integrar los elementos presentados en el capítulo anterior, tanto de los relatos de las personas informantes clave como de las mamás entrevistadas y algunos elementos teóricos para comprenderlos. Después, pasamos a analizar tres elementos culturales específicos que emergieron a lo largo del estudio y están presentes en varios niveles del análisis ecosistémico, vamos a abordar la violencia obstétrica, el maternaje intensivo y el estrés parental. Así, este capítulo está dividido en dos secciones, la primera, la maternidad como evento bio-psico-social desde la perspectiva ecosistémica del ciclo vital de la mujer; la segunda, sobre cultura, elementos culturales y maternidad en la comunidad estudiada.

Maternidad como Evento Bio-Psico-Social en Alajuelita desde la Perspectiva Ecosistémica del Ciclo Vital de la Mujer.

Para desarrollar esta sección se necesitan retomar algunos conceptos establecidos en el marco teórico. En primer lugar, los cuatro subsistemas de Bronfenbrenner (1987): el microsistema, el mesosistema, el exosistema, el macrosistema y el cronosistema. En segundo lugar, la maternidad como evento bio-psico-social desde la perspectiva del ciclo vital de la mujer. A continuación, se presenta un análisis de los elementos culturales en el devenir madre desde los cinco subsistemas citados, debatiendo en cada nivel los elementos culturales que surgieron de las entrevistas que están relacionadas a este nivel y su relación con la teoría, para luego debatir su lugar como evento bio-psico-social en las mujeres entrevistadas de Alajuelita.

El Microsistema

En el microsistema de la maternidad en Alajuelita se puede hablar de la díada madre-bebé y el grupo familiar en el que esa mamá se encuentre. Es decir, en el caso de las mamás entrevistadas, se refiere a los elementos presentes en la vivencia de la díada y en los casos que hay convivencia con su mamá, con su papá y su madrastra, etc. Es importante recordar que la experiencia de la díada comienza desde el embarazo (Olza, 2020). En este sentido, las categorías que emergieron de las entrevistas con las mamás que están relacionadas con el microsistema son todas las que involucran directamente a la díada. Varias están también relacionadas al patrón de maternaje y el estrés parental de las mamás entrevistadas que, por la importancia de este concepto y su relación con otros niveles, será discutido en una sección específica más adelante contrastada con el maternaje intensivo. (Rosabal-Coto et al., 2017).

Los elementos culturales encontrados en las narrativas de las mamás sobre el microsistema son: las creencias sobre maternidad (tipo de mamá y deseo o no de maternidad); las creencias sobre el embarazo (aceptación del embarazo y religión-embarazo); las prácticas en el embarazo (apoyo al embarazo, decisión o no de embarazo y sufrimiento en el embarazo); las creencias sobre el parto (lo que se imaginaron del parto y religión-parto); las prácticas en el parto (acompañante en parto, parto: tipo e intervenciones, sufrimiento en el parto); las creencias en el PP (ambivalencia ante la experiencia de maternidad, el desarrollo del bebé y religión-PP); las prácticas en el PP (la mamá como cuidadora principal, la familia en el PP, otras actividades en PP, separación en PP inmediato, colecho, dificultades de mamá primeriza y sufrimiento en el PP); las creencias sobre la lactancia y la alimentación (creencias en torno a la lactancia y religión-lactancia); y las prácticas relacionadas a la lactancia y la alimentación (inicio tardío de lactancia, lactancia extendida por más de un año, alimentación de bebé y sufrimiento relacionado a la lactancia y la alimentación). (Ver **Figura 1**).

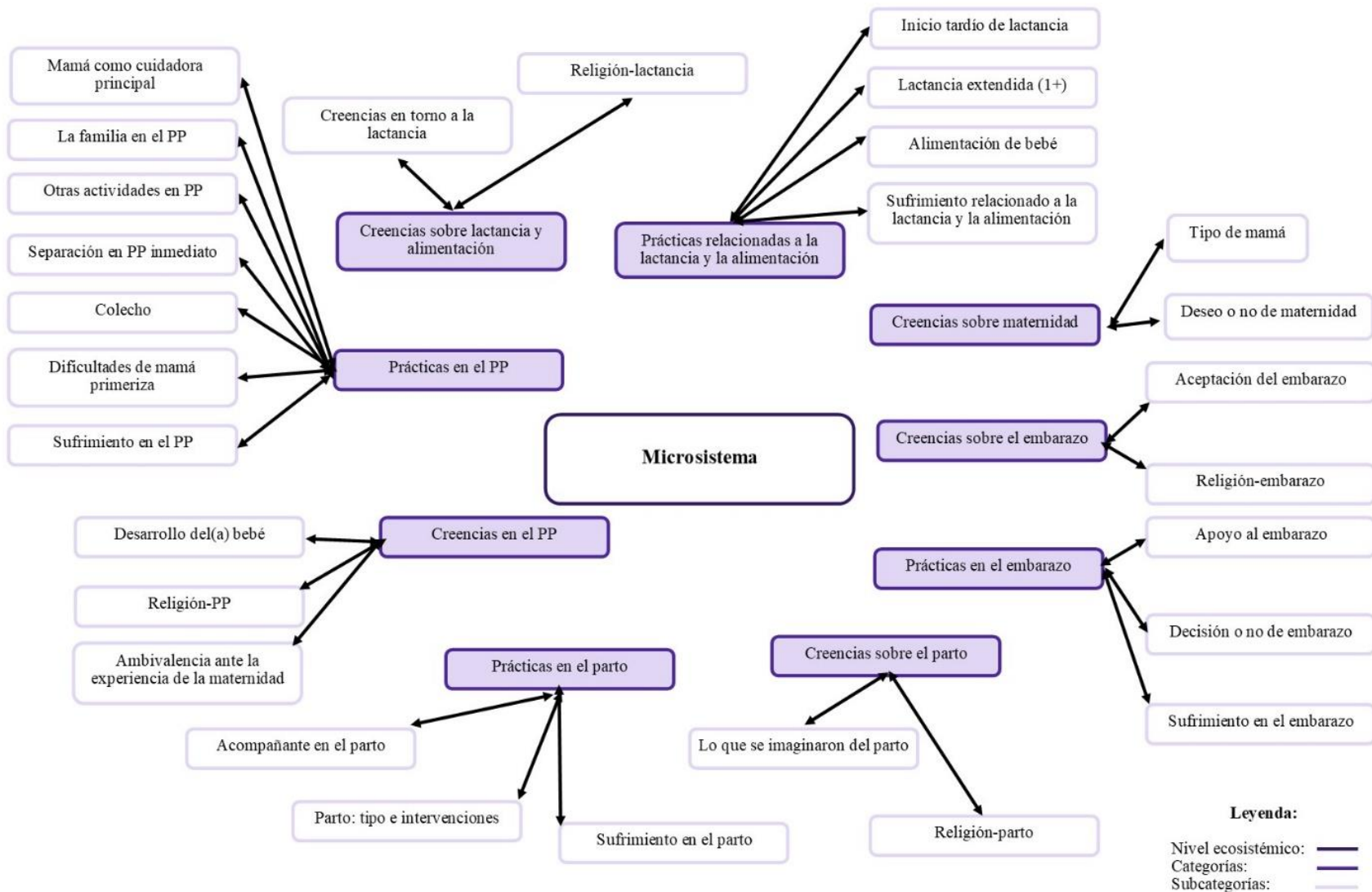


Figura 1: Categorías y subcategorías de los elementos culturales en las narrativas de las mamás ubicadas en el microsistema

En este apartado, se van a contrastar lo que presentaron las mamás en esas categorías y lo que relataron las personas IC en las categorías creencias sobre maternidad (deseo o no de maternidad); creencias sobre el embarazo (aceptación del embarazo); creencias sobre el parto (tipo de parto y sufrimiento parto); las creencias sobre el PP (la mamá como cuidadora principal, la familia en el PP, dificultades de mamá primeriza y sufrimiento en el PP); las creencias sobre la alimentación y lactancias (creencias en torno a la lactancia, lactancia extendida más de un año y alimentación de bebés); y las creencias sobre sexualidad (sexualidad). (Ver **Figura 2**).

Los elementos culturales vinculados a creencias moldearon la perspectiva con la cual vivenciaron las dñadas y sus familiares directos(as) el proceso de devenir madre. Por ejemplo, el deseo o no de ser madre, en los relatos de las mamás apareció en siete de los diez casos. Es decir, es un deseo bastante generalizado, a pesar de que sí aparecen mujeres que aceptan no haberlo deseado, en este caso, las más jóvenes (dos de 16 años y una de 14 años). Estos relatos son coherentes con lo que presentaron las personas IC en la categoría Deseo o no de maternidad. Según estas personas, la maternidad aparece como un mandato en la comunidad y un proyecto de vida viable para las mujeres de la misma (un negocio, la posibilidad de tener algo para sí, una ocupación, o algo que da gratificación e importancia a sus vidas). El problema sobre falta de educación sexual levantado por una de las personas informantes calza en el caso de las mamás más jóvenes entrevistadas. IC3 propuso dos elementos: la maternidad en la comunidad no desde el disfrute y el deseo y como mandato machista. Ambos serán retomados más adelante, a la hora de hablar de la ambivalencia en la experiencia materna y al referirnos al macrosistema.

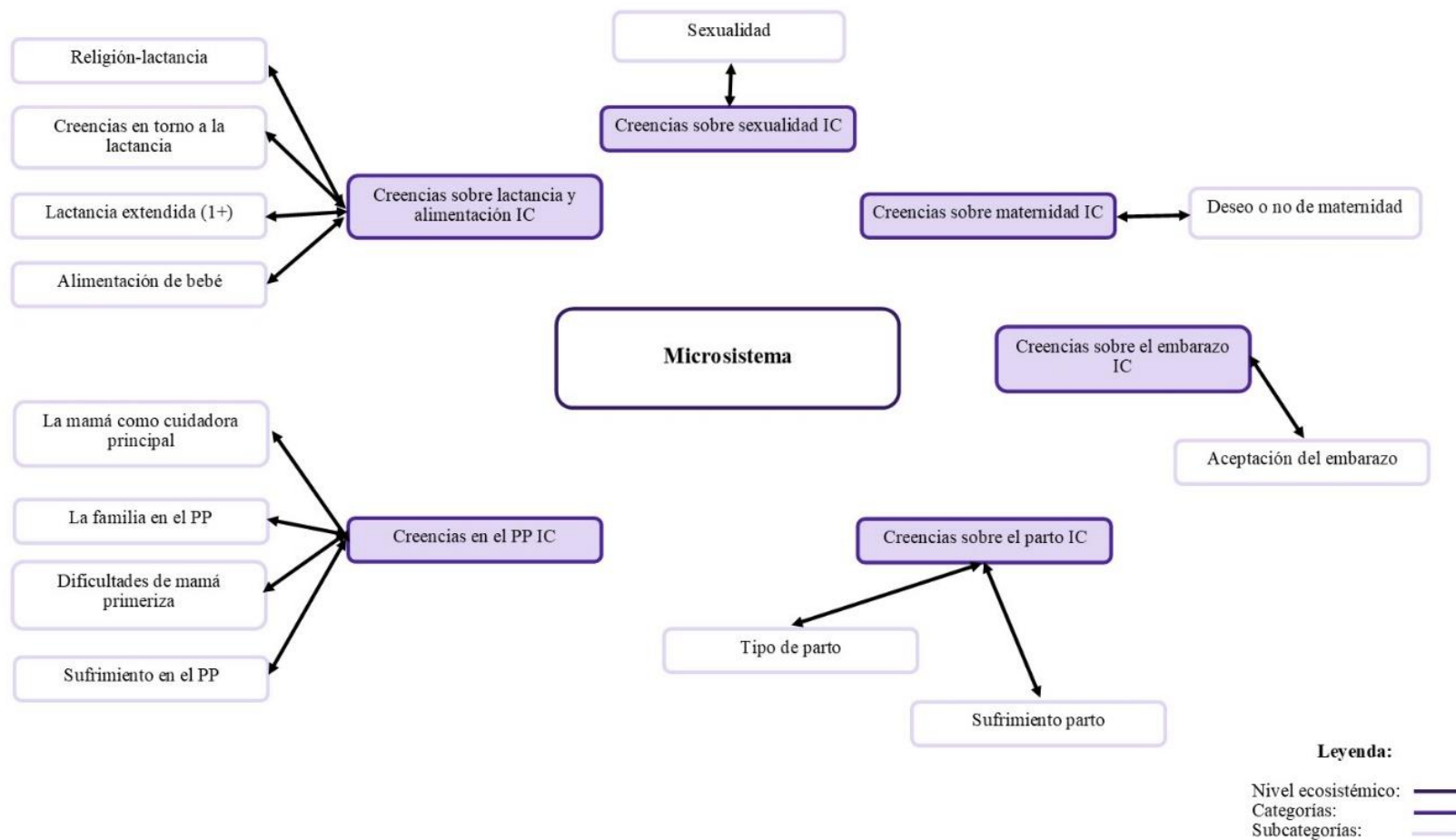


Figura 2: Categorías y subcategorías de los elementos culturales en las narrativas de las personas IC ubicadas en el microsistema

En los relatos de las mamás se presenta una visión idealizada de la maternidad antes de transformarse en mamás. Si bien no todas las mujeres querían ser mamás en sus vidas y varias se embarazaron en un momento que no consideraban ser el mejor, se ve una maternidad idealizada en muchos de sus relatos. Una maternidad adonde todo es lindo, adonde no hay complicaciones, adonde siempre la familia acompaña, adonde se da de la manera que imaginaron, ya sea con o sin pareja y donde no hay sufrimiento, lo cual después contrasta con sus propias experiencias. Es decir, sus experiencias se caracterizan por la presencia de elementos ambivalentes, lo que significa la convivencia de elementos y sentimientos positivos junto con los negativos. Incluso, una mamá dijo que, si la gente hablara abiertamente de la maternidad, seguro nadie tendría más hijos(as). A pesar de la idealización, varias mencionaron que sí sabían que era una enorme responsabilidad.

También, creer que existen tipos de mamás (buenas o malas) y aspirar a ser una buena mamá o su deseo o no de maternidad, luego se relacionan con sus prácticas. Por ejemplo, quienes sufrieron depresión, a veces no querían ser mamás. O, el cansancio y la demanda sobre su propio comportamiento en el PP (sufrimiento en el PP y dificultades de mamás primeriza), lo relatan vinculado a intentar ser buenas madres. En ese contexto, aparece la idea de que las buenas mamás tienen que estar al tanto de sus hijos(as), suplirle las necesidades físicas y materiales, jugar, ser presentes y pacientes, pensar en su futuro. Las malas mamás, por su lado, priorizan sus propios intereses materiales encima de las necesidades de sus hijos(as) y tienen más de un(a) bebé, ya viendo que la situación económica no da para garantizar un nivel mínimo de condiciones de vida para sus hijos(as) (casa, ropa, comida, educación, etc.). Al mismo tiempo, las malas mamás no se importan por quién cuida a sus hijos(as) y los(as) disciplinan en público.

Aquí aparece la imagen de la mamá que vive de pensiones y gasta el dinero de las pensiones en sí misma (uñas o cabello, por ejemplo), mientras sus hijos(as) andan con ropas rasgadas y

desgastadas. Esta visión de malas madres, así descritas por las mamás entrevistadas es una de las perspectivas sobre por qué desean ser mamás las mujeres en la comunidad presentado por las personas IC. Sin embargo, la generalización de cómo son las madres, desde la perspectiva de las mamás entrevistadas es positiva, luchadoras, fuertes, valientes, que hacen lo que deben hacer para garantizar el bienestar de sus hijos(as).

También la aceptación del embarazo que se da en la familia se da independiente de lo contenido en la categoría decisión o no del embarazo, es decir, si las mujeres lo decidieron o si les pasó sin desearlo o sin planificarlo. Esta aceptación apareció también en los relatos de las personas IC, quienes destacaron que ser madre es visto como parte de la vida, como algo que tiene que ser, es decir como parte del mandato de maternidad en la comunidad. Asimismo, vemos que no surgieron relatos de las mamás de intentos de aborto o de informarse en este sentido, es decir las mamás también aceptan a sus bebés. Algunas mamás (mamá 2 y 3) sí desearon la muerte de sus bebés, pero iba junto a la propia muerte, ya que son mamás que dijeron estar pasando por depresiones. En estos dos casos de embarazos no deseados, habría que ver si ante una opción viable y no juzgada de aborto, estas madres hubieran optado por abortos y tal vez no pasado por el mismo proceso depresivo o al menos no de la misma forma. En la perspectiva idealizada de la maternidad que citamos anteriormente no hay espacio para este encuentro entre la vida y la muerte que surge en las experiencias reales de maternidades de los relatos aquí estudiados. De esta manera, en la visión idealizada se niega la relación con la muerte, lo cual a su vez refuerza el mandato de la maternidad y su consecuente aceptación de los embarazos. Esta relación de vida-muerte vuelve a surgir en los relatos al referirse al parto y se profundizará más adelante.

Esta creencia de la aceptación del embarazo también se transforma en una práctica: el apoyo al embarazo. Como parte de la aceptación y el apoyo a los embarazos, en la mayoría de los

casos de las mujeres entrevistadas, viven junto con sus familias maternas (ver Tabla 3), ya que el papel de la familia en el PP es principalmente este, tanto la nuclear como la extensa, lo cual evidencia la característica de *familismo* en la sociedad costarricense (Rosabal-Coto, 2012). En los casos en que las familias extensas no están presentes del todo o están poco presentes, la díada sobrevive de manera muy solitaria. Esto está relacionado a dos temas: el lugar central de las mujeres en las familias y los proyectos de pareja como secundarios. Las familias giran en torno a las mujeres de la familia. Los hombres (parejas) van y vienen y a pesar de ser apoyos económicos importantes en algunos casos, no se constituyen como parte fundamental de las familias en su convivencia cotidiana. Incluso hay mujeres que se pensaron mamás independiente del proyecto de pareja, es decir, en esos casos, ser mamá es un proyecto de ellas, los hombres son secundarios. Las personas IC describieron esta realidad también, destacando que el principal apoyo a las nuevas madres viene de la abuela materna, llegando incluso a llamar a la comunidad de matriarcal. Más adelante, en el macrosistema, se discutirá esta categoría.

Los mandatos sobre cómo llevar la maternidad son impuestos por esta lógica en la cual las mujeres de la familia son la estabilidad o la continuidad se reflejan en los microsistemas estudiados al ver las características sociodemográficas de las mamás entrevistadas. Esto se evidencia en la categoría de la mamá como principal cuidadora y la ausencia de otras actividades en el posparto. La mamá como principal cuidadora y, sobretodo, como la mejor cuidadora para su bebé es un aspecto que surge junto a las prácticas de lactancia (lo analizamos más adelante) y el lugar de la familia en las maternidades. Si bien las familias acompañan, apoyan, ayudan, las principales cuidadoras son las mamás, quienes también relatan una ausencia de otras actividades en el posparto para poder dedicarse a esta tarea de cuidado y lo hacen así hasta que su realidad material les permita, luego algunas se incorporan en algún grado al mercado de trabajo y/o a los estudios.

Esto compagina con el lugar que ocupan las mujeres en las familias de la comunidad, que a su vez refleja un mandato de género, es decir, el lugar de las mujeres madres es en casa encargada de las tareas de cuidado. A su vez es interesante que esta categoría también esté presente en el estudio de Fallas & Solís (2020), ya que ellas trabajaron con un grupo social muy diferente y se trata de mujeres que escogen ser las principales cuidadoras frente a un abanico de posibilidades en sus vidas. En Alajuelita, ellas son las responsables por sacar adelante a sus pequeños(as) y en los primeros años, en general se quedan en casa si pueden, es decir, su preferencia es quedarse con sus bebés por considerar que las mamás logran atender mejor a sus bebés que cualquier otra persona. Este panorama fue confirmado por las personas IC, con excepción de IC 6, quien dijo que con frecuencia con el(la) primer bebé no es la mamá quien cuida, sino una tercera persona. Esta persona afirmó que es ya cuando son varios(as) hijos(as) que la mamá se dedica completamente a esta tarea, pero esto no apareció en los relatos de las mamás entrevistadas.

Las maternidades jóvenes en Alajuelita están frecuentemente asociadas al inicio de la vida sexual (tres de las mamás entrevistadas lo dijeron explícitamente y también fue comentado por las personas IC). Las personas informantes definieron la existencia de tabúes en las familias, motivo por el cual no se habla de sexualidad, dejando la educación sexual en manos de la escuela y el sistema de salud, adonde no se aborda desde el placer, lo cual es coherente con lo presentado por las mamás entrevistadas. De esta manera, muchas de las jóvenes en la comunidad inician su vida sexual como parte de su autodescubrimiento y así llegan a su maternidad. Así estas maternidades prematuras surgen en muchos casos por falta de acceso a información y anticonceptivos (sin tener que pasar por sus mamás), porque las propias familias no ven el despertar sexual de las jóvenes como parte de su desarrollo en su transición a la adultez y un aspecto que podría estar desvinculado de la maternidad. La sexualidad y la maternidad aparecen intrínsecamente unidas, lo cual es parte

de los roles de género en la comunidad, ya que una mujer joven sexualmente activa no está bien vista. Esto probablemente está influenciado por el nivel de religiosidad en la comunidad y el país, como se verá más adelante en el análisis del macrosistema.

Otro aspecto por el que atraviesa la díada es la doble transición de las mamás adolescentes, quienes tienen que pasar de ser niñas, que son cuidadas, a ser adultas que cuidan y ayudan a resolver las cosas en la casa. Así se unen dos transformaciones: hacerse mamá y hacerse adulta. En las mujeres que lo escogen más adelante, en los 20s tardíos, ya no se da este proceso combinado. Es decir, las mujeres que se hacen madres en edades más avanzadas ya son adultas y no se junta el proceso de hacerse adulta con hacerse mamá. Esta transición a la adultez no está necesariamente relacionada con el ingreso al mercado de trabajo, ya que, en su mayoría, no son las jóvenes quienes salen a buscar recursos económicos para la manutención de la familia, por lo menos no en los primeros años de vida de sus bebés. En esos casos, ellas viven de ayudas sociales, de las pensiones, de trabajos informales y flexibles. A su vez, los papás de los(as) bebés cumplen principalmente un papel de colaboradores financieros y a veces son elementos de inestabilidad emocional de las mamás. Por ejemplo, Mamá 5 relató cómo sufrió durante su embarazo porque a pesar de que su pareja se fue a vivir con ella, se iba de fiesta todos los fines de semana, la dejaba sola y ella se sentía muy mal porque quería su atención y cariño y sentía que no lo tenía. Este rol más relacionado a lo material está en acorde con lo que es asumido como un rol “masculino” en los hogares, que se complementa con la ausencia emocional (y a veces física) de los hombres en las familias. (Lugones, 2010; Hernández, 2019).

Por su lado, las creencias en torno al parto demuestran desconocimiento del proceso biológico del parto, a pesar de un acuerdo casi total (con una excepción) de que el parto vaginal es la mejor opción y es un evento doloroso. Así, muchas mamás no pensaban que lo más doloroso

eran las contracciones, pensaban que era el momento de nacer de sus bebés. Lo más común, tanto entre las mamás como entre las familias de las mamás son los partos vaginales, lo cual también fue apuntado por las personas IC. Además de la información de la Caja y sus familias, las mamás entrevistadas buscaron videos e información en internet, lo cual a veces generó más miedo. Una de las mamás entrevistadas dijo que ella pensaba que el parto era como estar entre la vida y la muerte y así lo fue. Las mamás que sufrieron complicaciones no se lo esperaban, sino que simplemente esperaban sus partos dolorosos y luego estar con sus bebés. Sin embargo, la vivencia de los partos estuvo seguida en seis de las diez mamás por separación de su bebé en el posparto inmediato, en todos los casos relacionado a la necesidad de cuidado de bebé o de mamá. La discusión sobre tipos de parto e intervenciones, así como del sufrimiento en el parto serán abordadas en mayor profundidad en la sección sobre violencia obstétrica de este análisis. Estas experiencias de parto y posparto inmediato agregan a la cercanía de la vida y la muerte y su encuentro durante el proceso de devenir madre, no solo de la propia madre, sino también del(a) bebé. Es decir, a partir de las vivencias de las mamás se desmiente la idealización que niega la muerte como parte de la vida.

En el PP tres de los elementos culturales presentes en la díada son: las dificultades de mamá primeriza, la ambivalencia ante la experiencia materna y el desarrollo de bebé como fuente de orgullo y cuidado. Las dificultades de mamá primeriza aparecieron en los relatos de las mamás y de las personas informantes claves y describen elementos del proceso de aprendizaje a ser mamás. Se refieren a cosas que las mamás no sabían sobre bebés y el tener que vivenciar o enfrentarse a creencias en la comunidad sobre cómo cuidar y descubrir por experiencia propia si es el camino que de hecho hay que tomar (por ejemplo, el mal de ojo, el pujo, sobre abrigar a los(as) bebés). Al hablar de ambivalencia, nos referimos a la convivencia de sentimientos y vivencias positivas y

negativas. Mamá 10 lo dice en sus propias palabras, “Y así todo ha sido como, todo es como agotador, pero a la vez es como muy bonito.” (Mamá 10, comunicación personal, 1 de noviembre, 2022). Así, los desafíos, el sufrimiento y demás elementos considerados no positivos tienen una recompensa emocional para las mamás. Incluso quienes pasaron por depresiones hoy consideran que valió la pena, a pesar de que varias dicen no querer otros(as) hijos(as). El desarrollo de sus bebés es parte de los elementos positivos vivenciados. Esta ambivalencia es una de las características de las maternidades en la modernidad, incluso en países del norte global como España (Fernandez & Olza, 2020). En este sentido, la afirmación de IC3 sobre maternidades en la comunidad no desde el deseo y disfrute se muestra en algún sentido invalidada o aparece como un juicio de valor más que una observación embazada en las experiencias de las mamás en la comunidad.

Igualmente surgieron una serie de elementos culturales vinculados a la lactancia y la alimentación tanto en los relatos de las mamás como de las personas IC. En los relatos de todas las personas entrevistadas se destacó que en las diadas en la comunidad la lactancia es la práctica más común, a pesar de la existencia de creencias sobre calidad insuficiente de la leche o creencias sobre prácticas que inciden en la producción de la leche (más allá de succión). Cuatro mamás complementaron con leche o fórmula y cuatro mamás incorporaron alimentos distintos a la leche en los primeros seis meses. Sin embargo, incluso en los casos en los que la lactancia se inició de forma tardía, se llevaron a cabo lactancias prolongadas a más de un año en todos los casos menos uno. Esto es coherente con lo que describieron las personas IC que se practica en la comunidad sobre este tema. Esto además es similar a lo que Fallas & Solís (2020) encontraron en su estudio, ya que, a pesar de ser un grupo social diferente, con otras creencias y práctica, la lactancia prolongada también se realizó de forma generalizada en su muestra. Además, en el presente

estudio, la lactancia por sí sola no apareció como justificativa para dejar de trabajar, a diferencia del estudio citado.

Otro elemento cultural presente en la díada es el sufrimiento, desde el embarazo y el parto hasta el posparto, incluyendo el sufrimiento relacionado con la lactancia y la alimentación. Hay sufrimientos de parte de las mamás a lo largo de sus procesos de devenir madres que está relacionadas con sus sentimientos: ansiedad, estrés, miedo, angustias, soledad, tristeza, enojo. Estos sentimientos se deben a lo largo del proceso a sus propios pensamientos y vivencia sobre el embarazo, parto y posparto, a la relación de pareja, al cambio en amistades, a falta de recursos económicos, a la salud de sus bebés o factores externos como la relación con el personal médico, la pandemia o la muerte de personas cercanas. Por ejemplo, hay dos mamás que demoraron en sentir relación con su bebé y tener sentimientos positivos sobre el embarazo. Mamá 2, que estaba pasando por un proceso depresivo, mencionó no sentir conexión con su bebé, ella se sentía fea y que no iba a ser una buena mamá. Mamá 7 estuvo embarazada por meses y no lo supo, luego de múltiples embarazos psicológicos y pérdidas. Cabe destacar que, sobre la lactancia y la alimentación, la principal fuente de malestar era el dolor físico, no tanto una angustia sobre lograr dar de mamar, ya que la lactancia en todos los casos menos una fue vista de forma práctica como la manera más barata de alimentar bien a sus bebés.

Además, tres de las mamás entrevistadas agregaron haber sufrido depresiones desde el embarazo. Por último, dada su importancia en los relatos de las madres, hay un apartado específico sobre violencia obstétrica y todo lo relacionado a ella. A esta realidad las personas informantes claves añadieron elementos de sufrimiento psíquico en el PP y algunos otros relacionados a los cambios que pasan las mujeres al hacerse mamás en un contexto como Alajuelita, por ejemplo,

TEPT, historias de violencia y carencias (materiales y emocionales). Estas personas además agregaron que todos estos sufrimientos se pasan en soledad, dentro de casa.

Hay tres elementos que surgieron de las entrevistas que no habían sido contemplados en las líneas temáticas de las entrevistas a profundidad. El primero es la violencia obstétrica como práctica generalizada en todas las historias de parto de las mujeres entrevistadas. Este aspecto lo profundizaremos en la sección específica de VO. Otro aspecto presente en cuatro de los relatos es la escogencia del colecho como forma de lidiar con las necesidades de sus bebés, el cual también será profundizado en los patrones culturales de maternaje. El tercero es la religión. La religión apareció en los discursos como creencias y algunas mamás mencionaron la práctica de orar o hacer pedidos a Dios. Más allá de si van a misa o culto, en los relatos sí fue perceptible en cada parte del proceso, encomendarse a Dios, pedirle cosas, agradecerle cosas, preguntarle por qué y pedir perdón, es decir, más allá de si practica o no la religión, esto es parte de sus cosmovisiones y sus vivencias. Esto probablemente está relacionado al contexto costarricense y el nivel de religiosidad que existe en nuestro país, profundizaremos esto en el apartado del macrosistema.

Sea cual sea el caso, las maternidades aparecen como espacio de encuentros consigo mismas y re significación. Independiente de que exista un mandato de maternidad en la comunidad y que la maternidad se presente como el proyecto de vida viable para muchas mujeres, cabe señalar la contradicción de que además de una imposición, emergen como espacios que permiten relaciones más puras y amorosas que lo que se encuentran en la sociedad.

El amor. El amor, el amor a veces lo sana todo. El amor de la inocencia de los hijos... ya después de tenerlo de verlo de acoplarse, de aprender, de enseñar, uno dice, no, tengo por tal persona. Porque hay días en los que mi hijo tiene seis años, pero yo amezco con ganas de llorar, hay días en los que yo digo tengo que desahogar, tengo que hacer algo. Y luego un abrazo, o mamá te amo, lo cura todo... Entonces uno dice claro que no me arrepiento, no me arrepiento y la enseñanza, el amor, el amor de esas cositas pequeñas que al final no tienen la culpa. (Mamá 2, comunicación personal, 28 de julio, 2022).

Además, significa una re-significación de las propias relaciones con sus madres a quienes ahora entienden más y con quienes logran relacionarse diferente. A pesar de su carácter ambivalente, son espacios que contribuyen para prácticas de las mamás de sobrevivencia y resistencia a la deshumanización del sistema capitalista y colonial, o como definido por Lugones (2010), la diferencia colonial. Esto, que apareció muy claramente, en los relatos de las mamás incluso como motivación para tener sus hijos(as), por ejemplo, en Mamá 2 y Mamá 9, quienes querían tener a sus bebés como su propio proyecto independiente de la pareja. También es lo que describieron varias personas IC sobre las motivaciones de las mujeres en Alajuelita para ser mamá. La maternidad es lo propio de ellas, para ellas, en un contexto de despojo y marginalización social, se profundizará sobre esto en el mesosistema.

En esta sección se destacaron los elementos culturales que surgieron en las entrevistas a las mamás y las IC. Se ve una coherencia en los elementos que surgen de las entrevistas a ambos grupos y se dibujan unas maternidades vividas cercadas de violencias y carencias. A su vez las maternidades se constituyen en el único espacio que de hecho le pertenece a las mujeres mamás en sus propias vidas. Una vez establecidos los elementos culturales relacionados directamente a la díada y a la familia en la que conviven, se van a analizar los elementos culturales que emergieron en los relatos y están presentes en los contextos en los cuales están inmersas la mamás.

El Mesosistema

El mesosistema son los contextos de los cuales es parte la díada (Fernández & Olza, 2020). La comunidad para estas madres y bebés es el principal contexto en el cual están inmersas, junto con todas las instituciones que en ella se desarrollan, es decir, la familia, la escuela, el EBAIS, los hospitales de la CCSS, el comedor, la comunidad. Algunas pocas madres han salido a trabajar

fuera de la comunidad, otras han vivido por períodos en otros lugares (dos vivieron en Cartago). A continuación, se presenta una síntesis del contexto de la comunidad de acuerdo con lo observado por la investigadora y por lo relatado por las personas IC, así como algunos datos sobre el desarrollo humano del cantón, seguido por el análisis de las categorías y las subcategorías desarrolladas a partir de las entrevistas a mamás y a informantes claves que se ubican en el mesosistema y su relación con la teoría presentada en el marco teórico.

El panorama general del contexto de la comunidad observado por la investigadora y relatado también por las personas IC agrega mucho a la comprensión del mesosistema porque da elementos del contexto cotidiano de las mamás entrevistadas que no necesariamente surgieron en las entrevistas como parte de los elementos culturales analizados. En la observación se constató un ambiente en el que conviven áreas más seguras que otras, por ejemplo, el precario de Tejarillos, al lado de La Verbena y San Felipe. En el precario, las personas informantes claves indicaron que era tan peligroso que no se puede entrar, mientras que por las otras zonas de Alajuelita, se pudo transitar con relativa tranquilidad. Además, en la comunidad convive la drogadicción y las personas usuarias en los mismos espacios que circulan las mamás, como la zona del comedor, de la escuela o del EBAIS.

Este contexto es coherente con las estadísticas de desarrollo humano presentadas por el PNUD (2021). Por ejemplo, el IDHc (Índice de Desarrollo Humano Cantonal) se refiere a las posibilidades que tienen las personas para ser o hacer lo que consideran importante o desarrollar sus proyectos de vida. Este índice se calcula con base en el índice de esperanza de vida, el índice de conocimiento y el de bienestar material. En Alajuelita el IDHc es de 0,769, este identifica la ubicación del cantón en relación con los otros cantones del país y, en este caso, es parte de los cantones considerados con IDHc alto, que representan el 31,99% de los cantones. Sin embargo, el

IDHc promedio en el país es 0,805, entonces el de Alajuelita se encuentra por debajo de la media nacional. Otro indicador que agrega a este contexto son los años promedio de educación que en Alajuelita son de 8,855, es decir, secundaria incompleta. A la hora de analizar la desigualdad de género en el cantón, el índice de desarrollo de género (IDG) analiza los índices de desarrollo humano adecuado a las diferencias entre hombres y mujeres y en Alajuelita es de 0,978. Es decir, son prácticamente afectadas de la misma manera los hombres y las mujeres de la comunidad por las carencias y a pesar de que se encuentra categorizado como alto, es inferior al IDG promedio que es 0,982. Si bien los índices presentados son estadísticas que representan conceptos complejos que contienen aspectos que quedan fuera de estas mediciones, consideramos importante citar estos números ya que están relacionados al contexto descrito y dan un punto de referencia además de la investigadora, las mamás entrevistadas y las personas IC sobre el contexto estudiado. Es decir, es un cantón a donde las condiciones de desarrollo humano son inferiores al promedio del IDHc del país y que presenta más desigualdad de género que el promedio en el país, junto a un nivel educativo bajo.

En este marco, varios elementos culturales del mesosistema se expresaron en los relatos de las mamás en las creencias y prácticas de las mujeres entrevistadas. En las categorías que emergieron de las entrevistas, se ubican en el mesosistema la creencia en el embarazo de la aceptación del embarazo, la creencia sobre lo que se imaginaron del parto, la práctica en el embarazo de apoyo al embarazo, la práctica en el parto del parto: tipo e intervenciones, de las prácticas en el PP de la familia en el PP, el apoyo institucional y la separación en el PP inmediato y de las prácticas relacionadas a la lactancia y la alimentación, las prácticas familiares en torno a la lactancia. Finalmente, todas las subcategorías relacionadas a sufrimiento comparten elementos del mesosistema. (Ver **Figura 3**). También se va a comparar y contrastar con lo que presentaron

las personas IC en sus creencias sobre características sociodemográficas de las mamás, sus creencias sobre el apoyo al embarazo, el tipo de parto y el sufrimiento en el parto, la familia en el PP, el apoyo institucional en el PP y las creencias sobre la alimentación y lactancias (apoyo a la lactancia, creencias entorno a la lactancia, lactancia extendida más de un año y alimentación de bebés). (Ver **Figura 4**).

La aceptación del embarazo es la primera subcategoría que se abordará. Se presentó en el microsistema y está relacionado con la familia que vive la mamá, pero también con quienes no vive. Es decir, tías, abuelas y otras mujeres y hombres de la familia son parte de esta aceptación que luego se transforma en apoyo en el embarazo y más tarde es parte del papel que juega la familia en el PP. En los relatos de las personas IC también apareció la aceptación del embarazo de forma más general en la comunidad, es decir, en los comentarios de los y las vecinas, en la forma en que se ve a las jóvenes. Por ejemplo, IC 4 e IC 6 consideran que se ve con mucha naturalidad cuando una mujer queda embarazada. IC 5 lo describe así, “...lo que pasaba mucho antes en el tiempo verdad. Muchos años atrás, muchas décadas atrás que la mujer venía, nace, crece, se reproduce y muere.” (IC 5, comunicación personal, 21 de julio, 2022). Estas personas agregaron que cuando no es aceptado el embarazo en la familia, intervienen las instituciones del estado como el PANI, en casos de menores de edad, para forzar la aceptación y el cuidado de la embarazada. También agregaron que a veces las familias mandan a las embarazadas a vivir con parientes fuera de la comunidad (por ejemplo, Guanacaste o Nicaragua). Sin embargo, estos dos casos no aparecieron en las mamás entrevistadas. Además, mencionaron que, en menores de edad, cuando el papá del(a) bebé está presente, esto facilita la aceptación del embarazo, mientras que, en personas mayores de edad, el embarazo parece siempre ser aceptado.

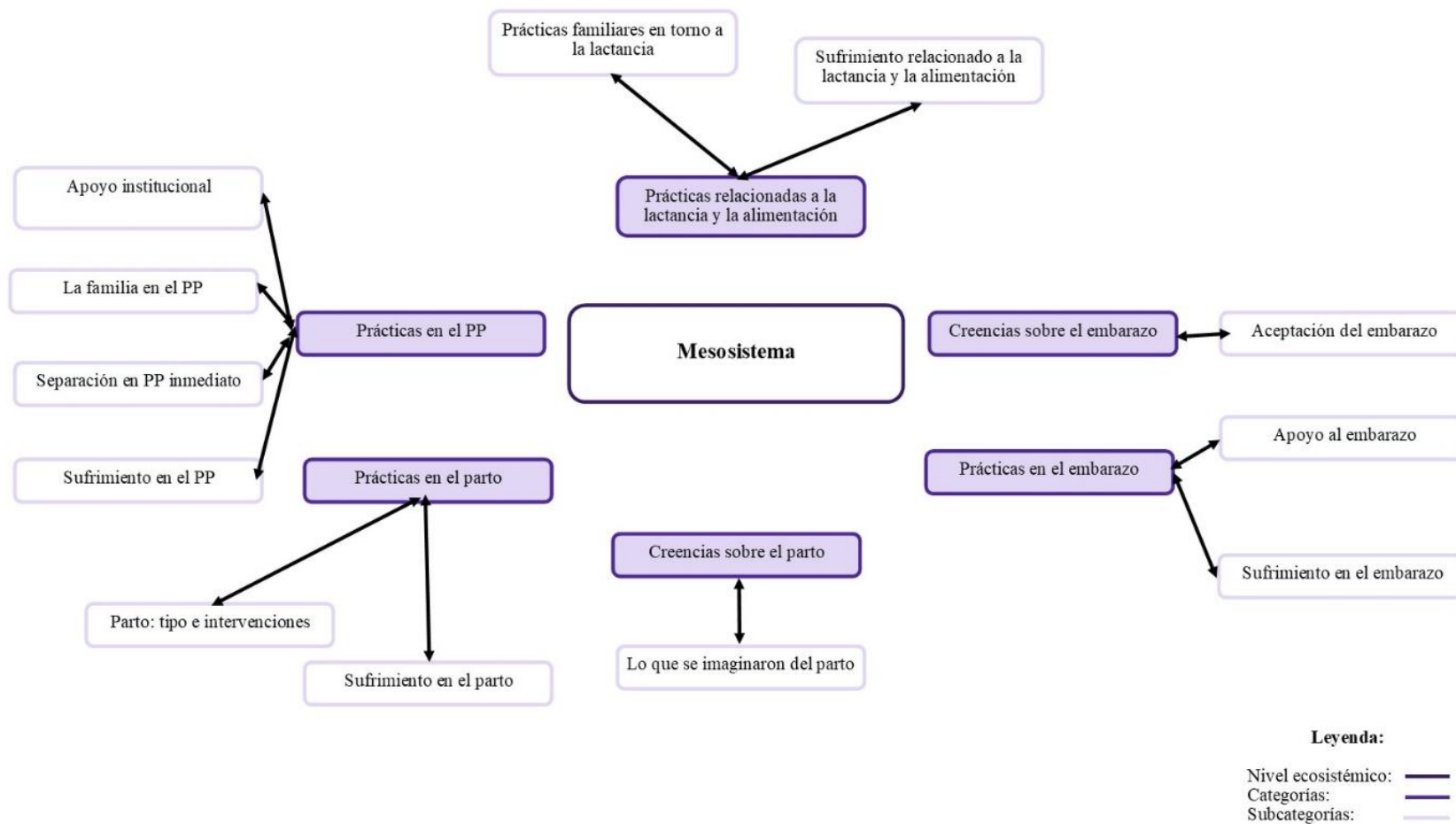
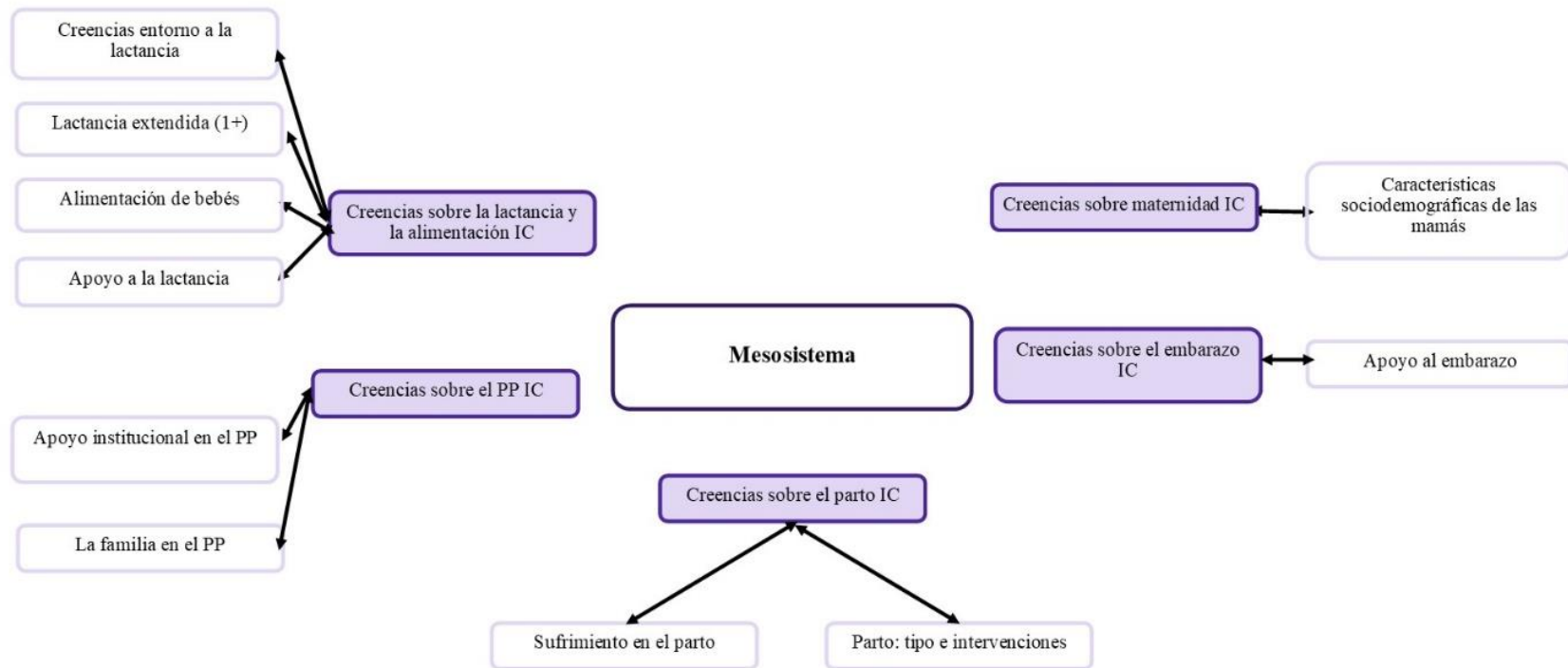


Figura 3: Categorías y subcategorías de los elementos culturales en las narrativas de las mamás ubicadas en el mesosistema



Leyenda:
 Nivel ecosistémico: —
 Categorías: —
 Subcategorías: —

Figura 4: Categorías y subcategorías de los elementos culturales en las narrativas de las personas IC ubicadas en el mesosistema

Sobre el apoyo a las embarazadas, además de la familia nuclear y extensa, aparecen en los relatos de las mamás los cursos de preparación al parto de la CCSS, las instituciones educativas y el comedor comunitario como los espacios de la comunidad que brindan apoyo a las embarazadas. Esto también es coherente con lo que reportaron las personas IC, ya que ellas(os) identificaron dos apoyos al embarazo en la comunidad: los EBAIS y las familias. Sin embargo, son apoyos limitados a información, algún grado de flexibilidad en la educación formal y comida y en ningún caso es un apoyo emocional, es decir, el cuidado emocional queda en manos de las familias. Esto es preocupante dado que, en los relatos sobre sufrimiento en el embarazo, se relataron sentimientos de ansiedad, estrés, miedo, angustias, tristeza, soledad e incluso depresión en tres de las mamás.

A la hora de hablar del parto, lo que se imaginaron del parto las mamás estuvo muy influenciado por lo que las otras mujeres de sus familias vivenciaron. Así, por ejemplo, todos los partos de la familia de Mamá 1 habían sido cesáreas y ella programó su cesárea porque quiso en hospital privado. También Mamá 6, si bien inicialmente deseaba un parto vaginal, cuando supo que iba a necesitar una cesárea, estuvo tranquila porque su mamá y su tía habían tenido varias cesáreas. En este aspecto, influyeron también el curso de preparación del parto de la CCSS y las clases de educación sexual en el colegio, sobre todo Mamá 9 y 4 los citaron relacionados a sus expectativas de dolor en caso de partos vaginales. Por otro lado, todos los partos en la familia de Mamá 10 habían sido vaginales y ella no se esperaba que fuera tan doloroso. Ella se había informado también por videos y películas. Aquí se ven aspectos del mesosistema (familia, CCSS y escuelas) reflejados en las creencias sobre el parto.

Las prácticas sobre el parto: tipo e intervenciones también reflejan aspectos del mesosistema ya que todos los partos de las mamás entrevistadas fueron en hospitales. Esto está relacionado con la cobertura universal del sistema de salud a las personas embarazadas (Ley 5394,

1973). Igualmente, la presencia de cesáreas en el sistema de salud pública es otro aspecto cultural. Por recomendación de la OMS, el porcentaje de cesáreas debe ser 10-15%, en Costa Rica, en los hospitales públicos hay una tasa de cesárea del 19,4% en todos los partos y en partos de bajo riesgo, es de 18,6%. (Morera, 2013). Así, el proceso de intervención en los partos hace que la tasa sea mayor a lo recomendado por la OMS, sin que necesariamente las mamás sean atendidas de la manera más oportuna posible, como se pudo evidenciar en los relatos de este estudio.

El hecho de que todos los partos fueran intervenidos también es un elemento cultural del mesosistema que emergió en los relatos de las mamás. Asimismo, la separación en el posparto inmediato está relacionado al contexto hospitalario costarricense por la forma en que se da. Se ahondará más sobre los elementos relacionados a las intervenciones, la separación y el sufrimiento en el parto y PP de los relatos de las mamás y las personas IC en el apartado sobre violencia obstétrica. Sin embargo, es importante constatar dos aspectos: por un lado, todos fueron partos con intervenciones, y por otro, no existió plan de parto ni consulta a las mamás sobre los procedimientos a ser realizados en sus trabajos de parto. Incluso una mamá mencionó que en la CCSS mejor ni se pregunta porque luego la regañan, es decir, las mamás no son protagonistas de sus partos.

Sobre las prácticas en el PP de la familia en el PP, es importante destacar que es evidente la orientación al *familismo* de las mamás entrevistadas, es decir, existe una relación en la cual se da mucha importancia a las relaciones sociales y la interdependencia con la familia nuclear y extensa, como ya ha sido estudiado previamente por otros autores (Rosabal-Coto, 2012). Específicamente, esto se evidencia en el cuidado que la familia proporciona tanto a mamá como a bebé en el PP. Así las propias mamás, las madrastras y las otras mujeres de las familias cuidaron a las puérperas y sus bebés en la mayoría de las entrevistadas y en los relatos de las personas IC.

En los casos de familias nicaragüenses, las IC agregaron que a veces envían al bebé a ser criado con familiares en Nicaragua y luego le traen para la escolarización en Costa Rica. Las familias también cumplieron el papel de transmisión de creencias y prácticas en los relatos de todas las personas entrevistadas, por ejemplo, en el caso de Mamá 5, con “el pujo”, que es una creencia de un “mal de ojo” que le hace nacer pelos en la espalda a los(as) bebés y les hace pujar. La práctica es frotar a los(as) bebés para que esto pase. También se ve la influencia de las familias y las propias mamás sobre la alimentación de los(as) bebés, quienes consideran que se debe introducir alimentos antes de los 6 meses, edad indicada por la CCSS como la adecuada. Distinguir si esto es verdadero y hasta qué punto hace bien a su bebé es una de las dificultades de mamá primeriza que esta madre encontró.

El *familismo* en la práctica, es transmitido por las mujeres de las familias y principalmente por las familias maternas. Los hombres, cuando no tienen un rol ausente, se pliegan de manera pasiva a esta dinámica. Cuando no hay este apoyo familiar, las mamás lo recienten, como Mamá 1 o Mamá 7, y algunas lo recienten también de sus parejas. Las IC agregaron que la mayoría de mayores de edad sí se juntan con los papás de las(os) bebés e intentan su nueva familia. Pero que, en los casos de adolescente, si los papás son ausentes, esto hace que se respete menos a la nueva mamá, que ahora pasa a ser vista como sexualmente disponible para los hombres de la comunidad.

Hay dos aspectos más señalados por las personas informantes sobre la familia en el posparto que no aparecieron en los relatos de las mamás: la familia como factor de riesgo y el no apoyo de la familia. Sobre el primer elemento agregaron que el hecho de que en la comunidad vivan varios núcleos familiares en una casa o varias casas en un terreno es un formato que promueve el abuso sexual. De esta manera, la cercanía de la familia también es visto como un elemento de riesgo por IC3. También agregaron el caso de que las mujeres no sean apoyadas por

sus familias, situación en la cual reciben apoyo de vecinas, amigas o instituciones. Incluso porque en esos casos es común que vivan en casas con varias familias.

El apoyo institucional mencionado en las entrevistas a las mamás gira en torno a ayudas económicas y/o de comida (IMAS; Cen-Cinai; comedor) y cuidado (Red de cuidado). Además del sistema de salud que cubre a las personas menores de edad de manera universal (Ley 5395, 1973). Sin embargo, como ya fue mencionado, al valorizarse las mamás como cuidadoras principales, sólo una mamá utilizó la Red de cuidado por un período corto de tiempo y luego prefirió seguir cuidando a su bebé. Llama la atención que cada uno de estos servicios fue mencionado únicamente por una mamá. Las personas IC agregaron la existencia de ayuda por parte del PANI (en caso de madres adolescentes), las iglesias y La Casita (colegio para mamás adolescentes en San José, en el cual estudió una de las mamás entrevistadas).

Mientras tanto, el sufrimiento en el PP relatado por las mamás se debe a problemas de salud, sentimientos de soledad, la relación con el personal médico, la relación de pareja, problemas emocionales o recursos económicos. Es decir, fuera de las ayudas económicas y de salud, el sistema de apoyo institucional no atiende las fuentes de sufrimiento de las mamás primerizas entrevistadas en Alajuelita. Esta escasez de recursos y de uso de los recursos disponibles, refuerza el *familismo* como camino para resolver las necesidades que emergen en el devenir madre. (Rosabal-Coto, 2012)

También en el mesosistema aparecen los apoyos y las creencias relacionadas con la lactancia. Las personas informantes claves identificaron dos recursos de apoyo a la lactancia en la comunidad: los hospitales y los EBAIS. Sin embargo, Mamá 7 acudió al EBAIS porque pensó que se había quedado sin leche de un día para el otro y el personal del EBAIS reforzó esta creencia, lo que le llevó a parar de dar de mamar. Aquí también aparece la familia en los relatos de las mamás

como queriendo introducir alimentos antes de los seis meses, esto se concretizó en cuatro de las diez mamás entrevistadas. Estos dos aspectos del mesosistema, son creencias que afectan la lactancia, por no ser información científica y actualizada sobre el tema, es decir, en las familias y entre el personal de salud en la comunidad hay falta de información sobre la lactancia. (ley 7430, 1994; Vargas-Zárate et al, 2020). Esto es interesante porque revela una particularidad de esta comunidad, ya que diferente de lo descrito por Fallas y Solís (2020), quienes trabajaron con grupos medios y presentaron a las asesoras de lactancia como un elemento de apoyo para la lactancia fundamental citado, mientras que en Alajuelita, esta fuente de apoyo no apareció en ningún relato. Esto es un elemento cultural importante que no se puede explicar únicamente por un factor socioeconómico, ya que hay varias opciones de asesoría de lactancia gratuita, como La liga de la leche, por ejemplo. Una de las explicaciones posibles es la brecha digital que existe en el país, razón por la cual tal vez las mamás de Alajuelita no logran saber que estas opciones existen (Montesi, 2015),

Las prácticas familiares en torno a la lactancia es otra subcategoría que se ubica en el mesosistema. La falta de información científica relatada en el párrafo anterior contrasta con las prácticas de lactancia extendida a más de un año en todas las familias de las mamás entrevistadas. Incluso son las mujeres de las familias quienes ayudan a curar los pezones y las mastitis de las nuevas mamás, son ellas quienes ayudan a lidiar con el sufrimiento físico relacionado a la lactancia. Incluso para encontrar la leche adecuada en el caso que se necesitó complementar, la información de las familias es lo que ayudó a orientar qué leche comprar. Esto se constató tanto en los relatos de las mamás como de las personas informantes clave, así es un conocimiento que se pasa entre las mujeres de las familias, apareciendo una vez más el *familismo*. (Rosabal-Coto, 2012).

Los elementos culturales debatidos en esta sección componen así parte del mesosistema, el contexto directo en el que se desarrollan las vivencias de las madres primerizas entrevistadas. Dos aspectos del mismo llaman la atención: el familismo y la poca oferta de apoyos más allá de la familia. El familismo como mecanismo para solventar las necesidades se fortalece frente a la falta de alternativas ofrecidas por el Estado costarricense. Se continuarán analizando los sistemas de apoyo y su lógica en el siguiente subsistema: el exosistema y los contextos circundantes, pero no directamente relacionados con la díada.

El Exosistema

El exosistema involucra las dinámicas relacionadas a los contextos que rodean a la díada, pero esta no participa directamente. En este caso vamos a debatir sobre el modelo biomédico imperante sobre el embarazo y el parto y la legislación vigente en el país que lleva a las vivencias y los elementos contemplados en los puntos anteriores: la ley N 7430 Ley de Fomento de la Lactancia Materna y la ley 5395 Ley General de Salud, así como la ausencia de legislación sobre violencia obstétrica y la ilegalidad del aborto, excepto en casos de aborto terapéutico. Otro aspecto debatiremos a seguir es el carácter confesional del estado de Costa Rica, lo cual es parte de la legislación costarricense y se refleja en la presencia de elementos religiosos en el discurso de las mamás entrevistadas y en la falta de educación sexual.

Varios de los elementos culturales relatados en los niveles anteriores, ponen en evidencia la existencia de un modelo biomédico en la comprensión del embarazo y la maternidad. De acuerdo con Fernández y Olza (2020), el modelo biomédico se refiere a una concepción en la cual el embarazo y parto son tratados desde una lógica de salud y enfermedad y el objetivo del proceso es garantizar la vida del(a) bebé. Así, el embarazo es tratado como una enfermedad y se establecen

relaciones sumamente jerárquicas entre el personal de salud y la paciente. La cita de Mamá 4 ilustra esta relación jerárquica,

Entonces ya me pasaron a labor y en labor sí me pusieron, este suero... con mi propia fuerza porque estamos di (sic.), en el seguro, la caja, el estado y pues ahí uno no puede pedir mucho. Usted pide algo y más bien la regañan. Ahí era ni chistar... (Mamá 4, comunicación personal, 7 de setiembre, 2022).

Es un modelo que, además, según las autoras (Fernández y Olza, 2020) no concibe o minimiza los aspectos psíquicos del proceso. Este modelo se evidencia en el apoyo institucional ofrecido tanto en el embarazo como en el posparto en la comunidad, dado que los recursos se centran en la salud física y los recursos económicos. Es un modelo que está relacionado con la violencia obstétrica (cuyo análisis se presenta más adelante).

Como parte de este modelo biomédico, hay legislaciones que regulan la acción del estado y las personas profesionales del área de la salud. Así, la ley 5395 Ley General de Salud (1973) establece el derecho de toda mujer embarazada a tener sus controles en el sistema de salud y su parto ser atendido en hospitales. Esto se ejemplificó en que todos los partos de la comunidad fueron en hospitales, tanto de los relatos de las mamás como de las personas IC. Además, dentro de los hospitales y en los EBAIS, se cumple hasta cierto punto con la ley N 7430 Ley de Fomento de la Lactancia Materna (1994), fomentando el establecimiento de la lactancia. También la reglamentación sobre el aborto en el país es parte de esto, ya que, en los relatos de las madres, incluso cuando no querían ser mamás, el aborto no aparecía como opción. Esto además puede estar relacionado a la idealización de la maternidad como alternativa de vida. En el caso en que sí fue planteado por los médicos fue un caso de aborto terapéutico, regulado por la norma técnica del artículo 121 del Código Penal (vigente desde el 2019), opción que fue rechazada por la madre en cuestión. Este rechazo a un aborto sabiendo que el bebé tenía una enfermedad concebida como

incompatible con la vida, está probablemente vinculada a una concepción de inicio de la vida religioso.

Así, otro elemento a considerar es el carácter confesional del estado costarricense, el cual es definido en la constitución de la república, que establece que la religión católica romana es la religión del estado y éste debe ayudar a mantenerla. Si bien es una relación que ha tenido oscilaciones y cambios, estudios indican que sí cumple un papel ideológico en la realidad política del país. (Maroto, 2013). Además, 71% de la población en Costa Rica se declara católica y en las últimas décadas, las religiones cristianas evangélicas vienen en aumento. (Ascencio-Franco, 2015). Es decir, se trata de un contexto nacional en el cual las religiones cristianas están muy presentes, por lo tanto, ayuda a explicar invocaciones religiosas de las mamás entrevistadas. Las personas IC, por su parte incluso mencionaron que las creencias religiosas son a veces obstáculos para que las jóvenes de la comunidad reciban la educación sexual que necesitan, llenándolas en lugar de tabúes y culpas. De esta manera, la religiosidad ayuda a perpetuar la relación entre sexualidad y maternidad, siendo no deseada una sexualidad libre por parte de las mujeres.

La influencia de la religión católica en el estado también se puede observar en las discusiones sobre políticas educativas sobre sexualidad, en las cuales se ha visto tensión entre las autoridades en distintos momentos cuando se ha debatido la legislación a ser implementada en el país. Sin embargo, desde hace décadas algunos sectores de la sociedad vienen realizando esfuerzos por desarrollar legislación que permita implementar programas de educación sexual científica en los centros educativos estatales. (Preinfalk, 2022). Compaginado con este proceso vienen los resultados de descenso de embarazos en la población adolescente. De acuerdo con el UNFPA, en el año 2000, 20,5% de los embarazos a nivel nacional eran de adolescentes entre 15 y 19 años, mientras que para el 2021, la cifra se redujo a 8.9%. (Swiss Info, 2022). De esta manera, a pesar

de la influencia de la religión sobre el estado costarricense, progresivamente se han aplicado políticas de educación sexual, las cuales se reflejan en los relatos de las mamás entrevistadas, quienes hacen referencia en varios casos a los cursos y, además, en su mayoría dijo saber que sabía cómo se dan los embarazos.

Los dos aspectos analizados en esta sección son parte de los apoyos o las faltas de apoyo vivenciadas por las mujeres madres entrevistadas. El modelo biomédico se hizo presente en sus experiencias de apoyo en el sistema de salud, así como sus experiencias de parto que serán analizados con mayor profundidad en el apartado de violencia obstétrica. Así mismo, la influencia de la religión afecta la vivencia de las sexualidades y, en algunos casos, lleva directamente a embarazos precoces por falta de información clara o métodos anticonceptivos eficaces. Finalmente, el contexto de legislaciones y modelos descritos anteriormente es parte de un conjunto de valores e ideologías presentes en la sociedad costarricense que analizaremos a continuación en el macrosistema.

El Macrosistema

Para la lectura del macrosistema vamos a apoyarnos en el feminismo decolonial que define que vivimos en un sistema capitalista colonial, que tiene un sistema de poder con elementos constitutivos como la racialización, la explotación capitalista y el proceso de deshumanización e imposición de concepciones de género específicas que se ha llevado a cabo desde el proceso colonial. Es decir, es un sistema de poder que tiene en su centro la intersección entre género, clase y raza dentro de un orden geopolítico mundial adonde hay naciones dominadas o colonizadas (el Sur Global) y naciones dominantes o colonizadoras. A su vez dentro de las naciones colonizadas, hay desigualdades de género, clase y raza que ayudan a mantener la dominación colonial y el

sistema capitalista. Esto incluye una concepción de superioridad cultural del Norte Global, quienes se consideran el centro del mundo y su visión impositiva es una forma de controlar a las personas y el conocimiento (Lugones, 2010; Rodrigues, 2022).

Esto también se expresa en las geopolíticas del conocimiento incluso donde en el Sur Global se reproducen elementos colonizantes, llevando a una mayor marginalización y negación de las realidades de las grandes mayorías. Al vincular los distintos niveles de los sistemas, podemos constatar cómo de hecho el conocimiento científico tiene aplicaciones en la vida real y defiende determinadas agendas políticas. Por ejemplo, el modelo biomédico que rige el apoyo estatal e institucional al proceso del embarazo, el parto y el posparto, que a su vez permite y viabiliza la existencia de violencia obstétrica. (Rodrigues, 2022; Burman, 1997; Burman 2008; Arguedas, 2016). El sistema colonial patriarcal se refleja así en las legislaciones existentes relacionadas en el exosistema, lo cual a su vez tiene reflejo en la comunidad y en la vivencia de la díaada.

En este contexto, vemos en acción los elementos del colonialismo patriarcal, donde justamente existe esta separación hombre-mujer, con ubicaciones muy diferentes en el sistema productivo favorece su oposición, en lugar de su unión para defender sus intereses. Por ejemplo, las estructuras familiares, las cuales las personas IC definieron como matriarcales por ser las mujeres que sostienen las estructuras, giran en torno a las mujeres porque se basan en la posibilidad dada por este sistema de géneros a los hombres de estar emocionalmente y físicamente ausentes, quienes a su vez cuando está presentes cumplen mayormente una función de proveedores económicos. Esto también es reforzado por la inestabilidad e informalidad laboral relatada por las mamás, que las dejó incluso sin condiciones de tomar licencias de maternidad, haciéndolas las

cuidadoras principales. Aunque vemos también que en las narrativas de las mamás ellas lo prefieren así. (Hernandez, 2019).

De esta manera, no se trata de una generalización abstracta de un sistema colonial patriarcal, sino de comprender cómo elementos del macrosistema se expresan en todos los otros sistemas. Por ejemplo, es este marco que permite comprender las vivencias de las maternidades de las mamás entrevistadas en un contexto más amplio. Así, se puede analizar la contradicción que se expresa en las maternidades como los espacios propios de las mujeres entrevistadas de la comunidad, que, al hacerse mamás, a su vez, siguen el único proyecto de vida viable que ellas logran visualizar. Esto es contradictorio porque, por un lado, al hacerse mamás siguen lo que podría verse como una imposición de género, pero al mismo tiempo, es al hacerse mamás que ellas logran construir su propio espacio, determinar en algún grado su vida, su proyecto y resistir así a la deshumanización impuesta por el capitalismo patriarcal. Para concluir el análisis ecosistémico, aún falta ubicar el cronosistema, es decir el tiempo y la historia precisa en la que se llevó a cabo el proceso de investigación y, por lo tanto, en el que están inmersas las vivencias de las madres y los relatos de las personas IC.

El Cronosistema

De acuerdo con Bronfenbrenner (1987), el cronosistema se refiere a la ubicación en el tiempo y la historia. Las maternidades de la comunidad de Alajuelita estudiadas en este estudio se ubican en el tiempo e historia a partir del 2016, momento que la primera mamá tuvo su hijo hasta el 2022 que es el momento en que se llevaron a cabo las entrevistas. En este apartado, vamos a hacer una muy breve síntesis de la situación político-económica en Costa Rica, así como algunos elementos relacionados a la pandemia.

En este período, se mantuvo el sistema democrático en Costa Rica. Primero, hubo dos gobiernos electos por la población del Partido Acción Ciudadana (encabezados por Luis Guillermo Solís Rivera, 2014-2016, y Carlos Alvarado, 2018-2022). Sobre el desempeño de estos gobiernos, el informe del Estado de la Nación del 2016 cuestionó el modelo de desarrollo que se venía aplicando en Costa Rica, por ser un modelo que no aborda los problemas relacionados al desarrollo humano de manera estratégica y no superficial. A pesar de que en el 2015 la conflictividad social disminuyó por el diálogo del gobierno con los sectores, esto no se revirtió en políticas estratégicas en áreas de interés social. (Programa Estado de la Nación, 2016).

Para el 2017, había desaceleración del crecimiento económico, pérdida de empleos, había empeorado la seguridad y la solvencia de las finanzas del estado. (Programa Estado de la Nación 2018). En el 2019, el panorama era incierto sobre las condiciones que iban a darse en el país y en el 2020 llegó la pandemia y con eso una enorme contracción de la economía (-4,1%) y aumento de desempleo y pobreza. Por ejemplo, en el 2019, los hogares que se encontraban debajo de la línea de pobreza eran el 21% (5,8% en pobreza extrema), cifra que en 2020 llegó a 26,2% (7% en pobreza extrema). (Programa Estado de la Nación, 2020; Programa Estado de la Nación, 2022).

La pandemia mundial de COVID-19 inició en marzo de 2020 y hasta el día de hoy tiene consecuencias en las vidas de las personas. Si bien, el estado costarricense pudo dar cuenta a grandes rasgos desde el sistema de salud a la emergencia sanitaria y a su vez mantener el sistema democrático, los efectos económicos de la pandemia hasta el momento en que fue escrito este texto están presentes en la realidad costarricense. En los relatos de las mamás podemos ver cómo aparece la pandemia por las condiciones en que tuvieron que parir o en que tuvieron que vivir sus embarazos o pospartos. A su vez, esta realidad se inserta en un contexto mundial de volatilidad

económica y política, con inflación y tensiones debidas a la guerra en Ucrania. (Programa Estado de la Nación, 2022).

Esto impactó en la realidad costarricense, donde la falta de inversión en los aspectos relacionados a desarrollo humano que se viene acumulando desde el inicio del SXXI y las desigualdades e injusticias se profundizaron aún más con la crisis a partir de la pandemia. Por ejemplo, en el 2021, la productividad de los distintos sectores ya se había recuperado a niveles pre-pandémicos, pero no así los puestos de trabajo que en promedio se había recuperado el 94%. Ya para el inicio del 2022, las personas calificadas ya habían logrado recuperar el nivel de empleo pre-pandémico, pero las personas no calificadas y las personas jóvenes no. Es importante destacar que siete de cada diez personas en Costa Rica son no calificadas (secundaria completa o menos) y el 80% de la población desempleada pertenece a este grupo. Aquí cabe destacar que el promedio de años de escolaridad en Alajuelita es inferior a secundaria completa, es decir, este panorama afecta directamente la comunidad estudiada. (Programa Estado de la Nación, 2022; PNUD, 2021).

En las elecciones de febrero 2022, ganó el Partido Progreso Social Democrático, con una papeleta encabezada por Rodrigo Chaves Robles. Muchas personas (Cascante & Guzmán, 2022; Murillo, 2022) analizan que la elección de Chaves es resultado del proceso de falta de confianza en los(as) políticos tradicionales, puesto que se eligió con un discurso anti-política y anti-corrupción. Sin embargo, junto con ese discurso, también venía la defensa de políticas neoliberales clásicas, como privatizaciones, falta de inversión social y el recorte de derechos laborales. Además, parte de su agenda política es la defensa de sectores conservadores, por ejemplo, atacando la última reforma de educación sexual en el MEP que ha colaborado a que las y los jóvenes de Costa Rica tengan más elementos para decidir su momento de entrar a la maternidad y/o paternidad. (Cascante & Guzmán, 2022; Murillo, 2022).

Este es el contexto histórico y temporal que enmarca las vivencias de las mamás entrevistadas y los relatos de las personas IC. Es decir, el estrés por la situación económica, la falta de recursos, servicios y apoyo institucional y la falta de alternativas narradas por las personas entrevistadas calzan en esta realidad más general. Lo más preocupante es la perspectiva que plantea el Estado de la Nación (2022), que incluso afirma que la falta de atención al desarrollo humano en el país está cuestionando el contrato social establecido en la constitución del país, es decir, la equidad y la educación como base de desarrollo del país no tienen hoy el peso que tuvieron en su momento fundacional. Evidencia de esto es que Costa Rica se ha convertido en uno de los países con más desigualdad en la distribución de los ingresos del continente. (Programa Estado de la Nación, 2022). Las claves para lograr una mejora en las condiciones económicas, sociales y políticas del país sin duda pasan por escuchar, respetar y dar salida a las necesidades de las mamás primerizas de nuestras comunidades, no sólo por la salud y vida de las mujeres, sino por lo determinante que es el inicio de la vida de los(as) bebés en su futuro desarrollo, quienes a su vez son el futuro de nuestro país (Fernández & Olza, 2020).

La Maternidad como Evento Bio-Psico-Social desde la Perspectiva del Ciclo Vital de la Mujer

A lo largo de la investigación, quedó constatado el carácter bio-psico-social del proceso de devenir madre. El proceso biológico que se da en el cuerpo de las mujeres al embarazarse, ya Fernández & Olza (2020) lo han descrito. Así se da un proceso de poda neuronal en el embarazo y posparto, los cambios hormonales a lo largo de todo el período en los cuerpos de las mujeres para poder llevar adelante el embarazo y luego dar de lactar, por mencionar algunos. Esto se evidenció en las vivencias de las mujeres que durante sus embarazos tuvieron distintos síntomas fisiológicos. Además de los malestares físicos varias hablaron de cambios emocionales como

ansiedad, angustia, depresión, estrés. Y como a lo largo del proceso de devenir madres van aceptando sus maternidades, adaptándose a su nueva situación, en el marco de un contexto social que establece las pautas globales para llevar esto a cabo.

Así, el devenir madre en Alajuelita desde una lectura ecosistémica es una transformación en las mujeres que está cruzado por las dinámicas del conjunto de los sistemas en los cuales las mujeres madres en Alajuelita están inmersas. Les cambia su rutina, sus roles, sus responsabilidades, su identidad y su propósito de vida. En muchos casos, principalmente de las maternidades jóvenes, es visto por las personas entrevistadas como el paso definitivo hacia la adultez y en su proceso de hacerse mamás, se les exige también hacerse adultas. En la siguiente sección, debatiremos algunos de los elementos culturales que surgieron en esta definición ecológica del devenir madre en Alajuelita, que consideramos merecen una atención específica.

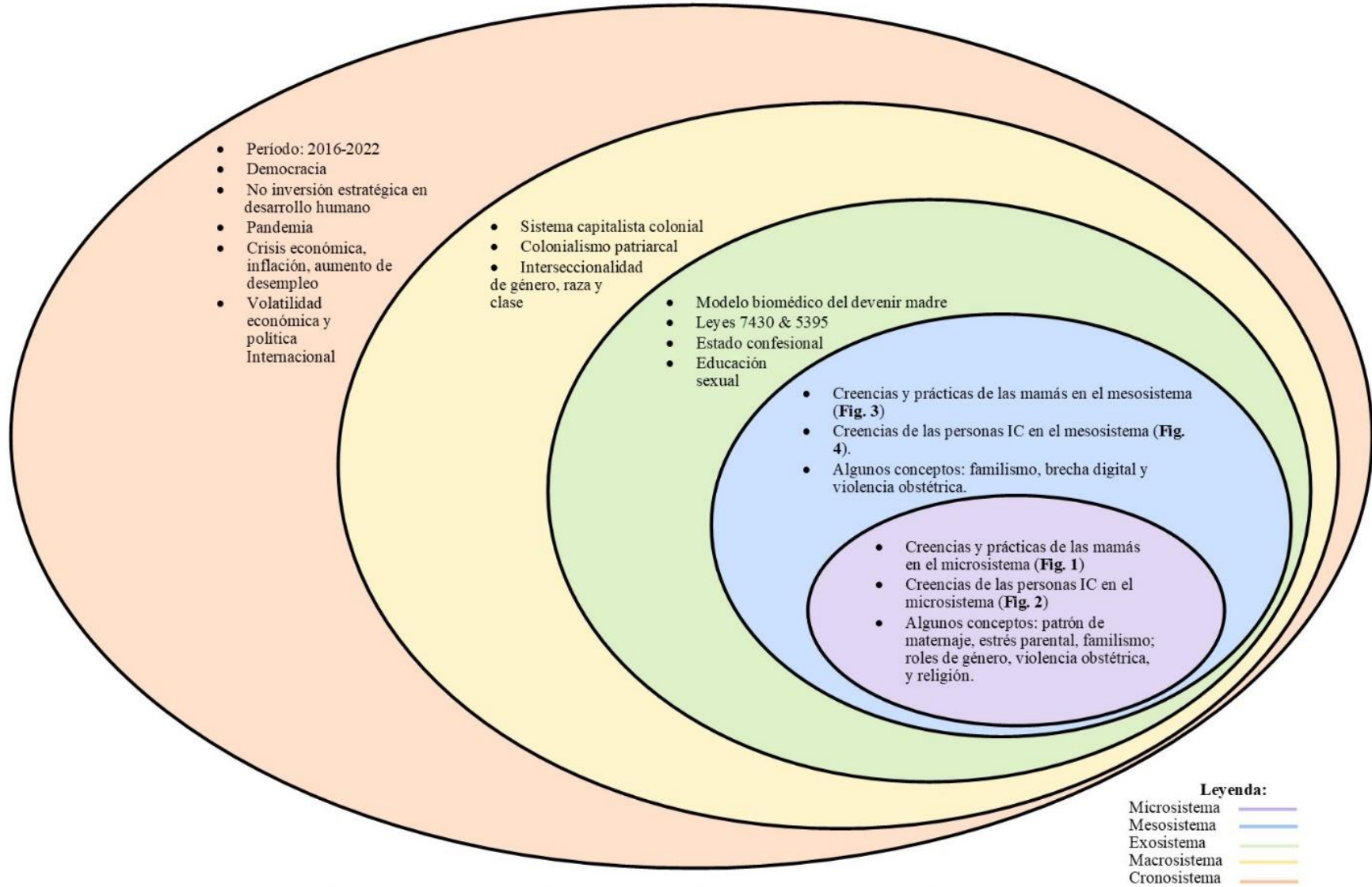


Figura 5: Creencias, prácticas y conceptos teóricos en la lectura ecosistémica de devenir madre en Alajuelita

Cultura, Elementos Culturales y Maternidad

En este apartado, vamos a retomar desde la teoría tres elementos para el análisis. En primer lugar, la violencia obstétrica, de acuerdo como fue definida en el marco teórico, para poder profundizar su comprensión. En segundo lugar, un contraste entre el maternaje intensivo como estilo de maternaje consciente y el estilo de maternaje en la comunidad. Así mismo, nos referiremos al estrés parental descrito por las madres en el marco de su estilo de maternaje.

Violencia Obstétrica

Uno de los resultados que más llamaron nuestra atención es la Violencia Obstétrica. Cabe destacar que no era parte de la lista de temas de la entrevista a profundidad a ser realizada a las mamás, sino que emergió como tema a partir de los relatos. Consideramos que era necesario para debatirlo un apartado específico sobre VO porque justamente es una práctica cultural, con sus manifestaciones en los distintos sistemas en los que están inmersas las mamás. Además, sus ejemplificaciones están en las fases de parto y posparto del proceso de devenir madre, dentro de las categorías de sufrimiento en cada momento, así como en parto: tipo e intervenciones. Es decir, es parte integrante de las creencias y prácticas relacionadas a varios de los momentos que se viven en el devenir madre en Alajuelita.

La definición que propusimos de VO en el capítulo I es *una práctica cultural que refuerza y reproduce la colonialidad del género sobre los cuerpos de las mujeres que son víctimas del mismo, el cual es a su vez una imposición opresiva en la interacción de los sistemas económicos, raciales y de género*. Arguedas (2016) además agrega la edad como un elemento de opresión a considerar en la vivencia de la VO. De esta manera, en la vivencia de las madres, en su interacción

con el sistema de salud, el cual es un elemento de autoridad normativa durante todo el proceso de devenir madres, se ejemplifica este concepto. A seguir, discutimos la definición de esta a la luz de las entrevistas.

Antes de iniciar a debatir la medicalización y la VO, llama la atención que sólo dos de las IC mencionaron la existencia de la VO como un elemento en la vivencia de las mujeres. Además, de las diez mamás, sólo dos no identificaron ni relataron elementos específicos de VO. En parte, esto se debe al modelo biomédico imperante en el sistema de salud, que también afecta a cómo las propias mamás se ubican dentro de su proceso. (Fernández & Olza, 2020). También, en el estudio de Fuentes (2021), él propuso tres hipótesis para explicar que las mujeres en los quintiles de menor riqueza reporten índices menos altos de violencia: el criterio sobre el servicio de las mujeres se basa en tratamientos efectivos y sobrevivencia, no violencia; no ven como negativo el ejercicio de la relación vertical del personal de salud (poder obstétrico); y hay mayor conciencia de género en lo quintiles de mayores ingresos, lo cual ha sido visto en varios estudios en América Latina. A pesar de que no en todos los casos las propias mamás identifican VO, sí se cumplen dos aspectos: la medicalización y el hecho de que las mamás no tienen información sobre lo que está pasando y no toman parte de las decisiones de su propio parto, evidenciando el modelo biomédico, donde quien tiene el control de la situación y decide es el personal médico.

Tomando que el contexto más general de la VO está relacionado a la medicalización del parto (Arguedas, 2016; Fernández & Olza, 2020), es importante analizar el proceso de atención de este, sin aspiración a determinar si son médicamente necesarios los procedimientos realizados en las mujeres. En este sentido, llama la atención que todos los partos fueron intervenidos (ver **Tabla 5**), algunos sólo con suero, pero también hubo un caso de Maniobra Kristeller, que es definida en sí como una forma de violencia obstétrica. Es interesante que todos estos procesos fueron vistos

por las mamás como “ayuda” que les brindaron los(as) médicos(as). De esta forma, el modelo biomédico (Fernández & Olza, 2020) está más instalado más allá de las personas profesionales en salud validando la medicalización del parto, el creer que los(as) médicos(as) son quienes tiene el poder y la información en este momento.

Las experiencias de estas mamás confirman lo que ellas mismas pensaban antes del parto, es decir, que iba a ser un momento de mucho dolor (independiente de si pensaban que iba a ser en el momento del nacimiento y no en las contracciones). Sólo una de las mamás relató solicitar cesárea de tanto dolor, pero ninguna mencionó querer algo para el dolor, aun menos solicitarlo, es decir, no tenían información de que era una opción. Arguedas (2016) describe esta relación entre médicos(as) y mamás en sus investigaciones de la siguiente manera, “Lo que señalo es que no se abre un lugar de intercambio entre interlocutores que se encuentran en igualdad de condiciones y que tienen la obligación de dar explicaciones para luego tomar decisiones conjuntas.” (p.584). Esto es aún más marcado en las mamás adolescentes, quienes son tratadas como inferiores por su propia edad, evidenciando la interseccionalidad de las opresiones.

Si vamos a considerar las formas de violencia obstétrica que experimentaron las mamás, considerando que fueron procedimientos mal hechos y sufrimiento innecesario infligido en ellas, hay varios niveles. A dos mamás les resolvieron mal la placenta, a una no se la sacaron y a otra se la arrancaron con la mano generando una hemorragia severa. Es decir, fueron descuidos o malas praxis con los cuerpos de las mujeres. Además, ambas mamás son jóvenes, una con 14 años y la otra con 19, de las cuales sólo una de ellas identificó el maltrato. Por ejemplo, la mamá a la cual se le generó la hemorragia pensó que la doctora había sido un ángel, aunque esta misma mamá sí identificó maltrato verbal por parte de una enfermera. Aquí cabe resaltar que varias IC mencionaron que las mamás jóvenes no estaban emocionalmente listas para los partos y que por

eso a veces lo sufrían más. Sin embargo, dados los relatos de las mamás que expresan violencias sufridas a lo largo del proceso del embarazo, el parto y el posparto, surge la hipótesis de que puede ser en realidad una sobre posición de opresiones, transformándose la corta edad en un factor de riesgo para sufrir VO.

Dos mamás relataron que lo principal que les generó disgusto fue lo que sucedió con sus recién nacidos(as) justo después del parto. A una bebé le dieron mal la leche con la jeringa y se le fue a los pulmones. Otro bebé necesitó de cuidados intensivos y en lugar de informarle a la mamá, la mantuvieron separada de su bebé, sin darle informaciones y rodeada de mujeres con sus bebés recién nacidos(as). La primera se refiere a una mala praxis de quienes estaban encargados(as) de alimentarla, lo cual sucedió en una clínica privada. Ella además fue culpabilizada por una enfermera por la situación de salud de su hija. La segunda, es esta relación de poder con la información llevada a un extremo, donde la mamá sufrió. Esta mamá además estuvo en un proceso de que cuando iba a parir no le decían qué iba a pasar, mucho menos discutirlo con ella para decidir, (primero le dijeron cesárea, luego le intentaron hacer parir, luego cesárea) y además la dejaron sin sus pertenencias personales todo el tiempo en el hospital.

Otras dos mamás relataron maltratos. Una de ellas, identificó el maltrato como relacionado al hecho de ella ser adolescente, entonces, no le ayudaba a levantarse ni a resolver sus necesidades en el posparto inmediato, aun cuando estaba hospitalizada después del parto. La otra mamá llegó a relatar maltratos verbales, como decirle gorda o hacerla sentir culpable porque en el proceso de trabajo de parto se le cerraban las piernas, momento en el cual también sufrió maltrato físico, recibiendo nalgadas por este motivo. Además, le hicieron pujar a partir de 9 cm.

Todos estos relatos, muestran como la colonialidad del género aparece en el parto entremezclada con todas las opresiones y la VO se transforma entonces en un mecanismo para

concretizar la agresión y la sumisión de las mujeres en este proceso. Arguedas (2016) habla de un poder obstétrico que es ejercido por medio de la VO. La autora dice,

El ejercicio del poder obstétrico sobre los cuerpos gestantes tiene un objetivo disciplinario vinculado con la estructura de relaciones de poder dentro del modelo patriarcal de sociedad, pero ese ejercicio varía según otras características de los cuerpos gestantes, además del género. (p. 573).

Es decir, la violencia obstétrica es el mecanismo para disciplinar los cuerpos gestantes a una determinada estructura de poder. Esto es muy evidente en los relatos de las mujeres, que cuando se dan cuenta de las violencias vivencias, viven sentimientos de enojo, impotencia y frustración. Quienes no se dan cuenta, naturalizan la violencia y piensan que así es como funciona y ese es su lugar, siendo entonces un mecanismo de imposición de la colonialidad del género. Ubicada desde una perspectiva crítica al desarrollo de la ciencia y el conocimiento, el presente trabajo está obligado a cuestionar estos elementos y abordarlos desde la crítica.

Maternaje Intensivo, Estrés Parental y Mecanismos de Supervivencia en la Adversidad.

Existen varios aspectos posibles de analizar sobre los elementos culturales presentes en los relatos de las madres entrevistadas. A continuación, se van a abordar el patrón de maternaje, a partir de la información que tenemos sobre los elementos culturales de las vivencias de madres primerizas, y su relación con el maternaje intensivo. Se van a destacar los elementos sobre los cuales se vivencia el estrés parental relatado por las mamás. Para concluir, se presenta una perspectiva desde los mecanismos de supervivencia de las mamás.

A partir de las entrevistas, se pueden identificar algunos elementos muy claros en los patrones de maternaje/paternaje. En primer lugar, la mamá como principal cuidadora de su bebé. Ellas son las responsables y quienes pasan más horas con sus bebés, a pesar de que algunas cuenten con ayuda de sus familias. Existen los casos concretos en los que al inicio necesitaron más apoyo

de sus mamás, por no saber qué hacer y/o aceptar su maternidad. Sin embargo, eran vistos como períodos de transición. Casi ninguna trabaja fuera de casa. Quienes tuvieron que hacerlo o llevaban a su bebé junto a ellas o dejaron de trabajar para poder estar con su bebé. Y es visto como que el cuidado de las mamás es lo mejor para sus bebés.

En ese mismo sentido, la lactancia extendida aparece como la práctica más común. Es una mezcla de saber que la lactancia es lo mejor para sus bebés, porque así lo informa la CCSS, junto con ahorrar dinero al permitirle no comprar leche. También hay mamás que lo consideran lo más práctico, porque cualquier problema que tenga bebé es sólo darle teta y listo. Una mamá lo planteó como instintivo de las mamás y otra dijo que era parte de ser buena mamá. Sin embargo, en ningún caso apareció la mención de que la lactancia es parte del desarrollo de la relación con afectiva con la mamá, es decir, como práctica que cumpliera un papel importante desarrollando el apego. Esto contrasta con lo que encontraron Johanna, Keller, Rosabal-Coto, Fallas, Solís y Durán, (2023), que identificaron en familias de clase media de la GAM que la lactancia y las formas de alimentar influencia el apego desarrollado por el(la) bebé. De forma similar, el colecho relatado por las cuatro mamás que lo mencionaron era más vinculado a la comodidad y practicidad que a una idea de que así tiene que ser.

De acuerdo con lo que se definió en el marco teórico, el maternaje intensivo es un modelo que prioriza las necesidades de los(as) bebés por encima de sus progenitores. Además, está relacionado a muchas horas de contacto físico, lactancia prolongada, colecho, identificar el llanto como una comunicación de una necesidad y creer que el papá y la mamá instintivamente tienen una sensibilidad a las necesidades de sus bebés. (Schon & Silvén, 2007; Rippeyoung, 2013). Si analizamos estos elementos comparándolos al maternaje intensivo, podemos ver que hay varias prácticas que coinciden, pero no apareció el discurso ideológico de este estilo de maternaje.

Por otro lado, el estrés parental relatado no estaba relacionado en casi ningún aspecto con cumplir o no estos estándares de maternaje intensivo. El aspecto que sí apareció relacionado es la lactancia, es decir, estrés por lograr la lactancia. Apareció relacionado con la salud de los(as) bebés, por su propia soledad, por las relaciones de pareja, por la situación económica, por sentirse abrumada o por problemas emocionales (depresión, ira). Como mamás primerizas, apareció miedo, no saber cómo resolver los cólicos o el “pujo”, o no saber cómo vincularse con su bebé. En ninguno de estos casos, aparece el ideal de una maternidad intensiva.

Estos datos confirman que la maternidad intensiva es sólo un patrón cultural posible, no uno universal. Sin embargo, llama la atención cómo muchas de las prácticas en las mamás de Alajuelita son similares a las predicadas por el maternaje intensivo. Rosabal-Coto et al. (2017) habían cuestionado la viabilidad del maternaje intensivo en países como los de América Latina, adonde muchas veces no hay licencias de maternidad o si las hay, no son suficientemente largas para poder aplicar dicho modelo. Los(as) autores cuestionaron que esto podía sobrecargar a la mamá con tareas de cuidado e incluso retroceder en derechos. Además, ellos(as) hacen un llamado a la necesidad de comprender la evidencia cultural específica antes de establecer un marco normativo de la teoría del apego sin base. En el caso de las mamás de Alajuelita entrevistadas, las conductas que se comparten con el maternaje intensivo son prácticas que les ayudan a sobrellevar sus maternidades en su contexto. Esta forma de maternaje responde a presiones contextuales y sociales que obliga a las madres a asumir el cuidado de manera casi exclusiva.

En el caso de ellas, las mujeres que trabajaban antes de tener a su hijo(a) lo hacían ya sea en condiciones muy precarias, en *call centers* o en negocios familiares. Es decir, lograr quedarse con sus hijos(as) para cuidarles y atenderles no es visto como un retroceso, sino como un proyecto de vida viable. Además, por sus condiciones laborales, no era una posibilidad tomar licencias de

maternidad. Su estrés y concepto de buenas madres sí está relacionado a cuidar de sus hijos(as), sin embargo, más desde el aspecto de las necesidades de salud y materiales que otro elemento. Por ejemplo, no hacer gastos superfluos en sí mismas si no tienen para comprarle una ropita nueva a sus pequeños(as). De esta manera, los elementos de maternaje intensivo que aparecen en las prácticas de las mamás de la comunidad, son en realidad formas de sobrevivir y sobrellevar sus maternidades en la adversidad.

De forma irónica, en ese contexto, sería posible realizar las prácticas de maternaje intensivo. No porque haya licencias de maternidades o condiciones materiales supuestamente ideales para llevar a cabo las tareas de maternidad. Si no, porque la disposición de estas mamás de cuidar y de encontrarse a sí mismas en su maternidad es tal que les permitiría practicarlo en muchos casos. Sin embargo, otros valores, como el que sus hijos(as) ganen autonomía y autosuficiencia rápidamente se imponen en algunos casos, o el hecho de que hacerse mamás les hace entonces responsables de las tareas domésticas en las casas de sus propias madres (en los casos en los que viven allí), que hace difícil practicar elementos como muchas horas de contacto físico, por ejemplo. Además, la idea detrás del maternaje intensivo de que las necesidades del(a) bebé serán atendidas con prioridad por encima de todo (Hays, 1996), no es viable en las realidades relatadas por las entrevistadas. En todo caso, vemos los estilos de maternaje presentes en las narrativas de las mamás como estilos para salir adelante con sus maternidades lo mejor posible para sus hijos(as) en el marco de su contexto.

En este punto, puede surgir la duda de si se trata de un estilo de maternaje impositivo, en el cual las mujeres tienen un único camino para ser mamás prácticamente impuesto por sus condiciones sociales. Sin embargo, ver las maternidades en la comunidad de Alajuelita desde esta perspectiva cae en varias omisiones que son fundamentales para comprender las vivencias de las

mamás entrevistadas y los elementos culturales que en estas se expresan. Si se habla de un maternaje impositivo, por un lado, se anula la agencia de las personas en la comunidad. Es decir, a pesar de que se puede pensar que las maternidades son el único camino para las mujeres de la comunidad, en los relatos, hay varios casos que las mujeres lo escogen conscientemente. Por otro lado, las maternidades son vividas como espacios de amor, de sentido de vida y de humanización. Es una fuente de fuerza para enfrentar el día a día de las mujeres entrevistadas. Negar este aspecto de las maternidades, puede caer en las perspectivas de los feminismos hegemónicos que rechazan a las maternidades como fuente de la opresión de las mujeres. Estos feminismos no logran explicar y entender las maternidades en contextos como el estudiado. (Lugones, 2010; Hernández, 2019).

El estilo de maternaje de las mamás entrevistadas serían prácticas surgidas de la necesidad concreta de sus realidades, no de procesos de investigación por distintas fuentes para llegar a escoger un camino considerado mejor para criar a sus hijos(as), como se puede ver en los casos de maternaje intensivo que Fallas & Solís (2020) identificaron en su estudio de parentaje intensivo en familias de la GAM. Sólo una mamá de las entrevistadas en nuestro estudio indicó que investigaba en internet lo que iba a hacer con su bebé, que es casualmente la mamá que no logró continuar con su lactancia y se sintió mal con esto porque identificaba la lactancia como parte de ser una buena mamá. A su vez, esto puede estar relacionado con el sector social al que pertenecen las mamás entrevistadas, ya que el uso de más información, ya sea internet, libros, manuales, cursos, entre otros, se asocia a niveles educativos más altos en familias urbanas y occidentales. (Fallas & Solís, 2020; Montesi, 2015; Faircloth, 2013; Keller, 2018; Morelli, et al., 2018).

A la luz de las teorías abordadas, los elementos culturales presentes en las vivencias de las mamás primerizas entrevistadas de Alajuelita, queda aún más clara la necesidad de desarrollar teorías a partir de las realidades culturales específicas y no de la generalización. Pedirle a una

mamá que tiene que cuidar de la casa y salir a planchar para tener algún ingreso, además de cuidar de su hijo(a), incluso en el momento que está trabajando, no puede en todo momento priorizar el llanto de su bebé por encima de las tareas que necesita hacer para salir adelante en su vida. Una mamá que le importa que su bebé aprenda desde que logra movilidad a llevar la ropa sucia a la lavandería y recoger sus pertenencias por si un día ella no la logra cuidar, está preparándola para una realidad futura posible en su contexto. Una mamá sola y abrumada por una bebé que no para de llorar, que ella no sabe más qué hacer, que no tiene apoyo de nadie para cuidar de su recién nacida y se quedó sin recursos para enfrentar la situación y se enoja, no va a tener condiciones de priorizar ese llanto (que ni saber a qué se refiere) por encima de su propia necesidad de un espacio.

Estos son algunos ejemplos de los relatos de las mamás, que evidencian realidades que no se deben patologizar a partir de estudios y normalizaciones de otras realidades culturales. Son mamás que intentan darle las herramientas y condiciones a sus hijos(as) para que sobrevivan en el contexto en el cual ellas mismas están inmersas. Sus sufrimientos, sus malestares y sus enfermedades todas deben ser comprendidas a partir de aquí. Emerge aquí la necesidad urgente de una psicología del desarrollo que aborde la psicología perinatal desde una sensibilidad a las múltiples realidades culturales.

De esta manera, los elementos culturales que emergieron a lo largo de las entrevistas, las creencias y prácticas entorno a la maternidad, al embarazo, al parto, al posparto y la lactancia y la alimentación, son los aspectos que moldean de hecho las vivencias de las mamás. Evidencian sus aspiraciones, sus miedos, sus malestares y sus felicidades. En ese mismo sentido, no se trata de idealizar la maternidad desde esta perspectiva, por ejemplo, es importante destacar que las maternidades adolescentes son tema que debe ser abordado por las políticas públicas para permitirles a estas jóvenes tomar las decisiones en su vida con toda la información posible. Es

decir, ellas deberían tener acceso a educación sexual laica y científica y anticonceptivos sin necesidad de que sus responsables mayores de edad tengan que opinar sobre esto. Sin embargo, incluso en un contexto adonde puede ser “mal visto” ser mamás, por el nivel educativo, por las condiciones económicas, por la corta edad, etc., esas maternidades emergen como puntos de resistencia en un sistema deshumanizante, que les permite desarrollar relaciones sobre bases de amor.

Capítulo VI: Conclusiones

El presente estudio cualitativo se planteó la pregunta sobre cuáles son los elementos culturales que se expresan en la vivencia subjetiva del proceso de transformación que se da en las mujeres al convertirse en madres por primera vez, en la comunidad de Alajuelita, Costa Rica. El alcance de esta investigación es exploratorio. Para llevar esto a cabo se establecieron y desarrollaron tres objetivos. El primero, determinar las narrativas de las vivencias subjetivas del proceso de transformación que se da en las mujeres al convertirse en madres por primera vez en Alajuelita, Costa Rica, se llevó a cabo por medio de entrevistas a profundidad a diez mamás primerizas costarricenses de la comunidad. Además, se realizaron observaciones de la comunidad y seis entrevistas a informantes claves. El segundo, describir los elementos culturales que se reflejan en las narrativas de las mujeres acerca de convertirse en madres por primera vez en Alajuelita, se trabajó por medio de la teoría fundamentada y se realizó un muestreo conceptual con eje de saturación de elementos culturales. Finalmente, el tercero era analizar la forma en que los elementos culturales determinados moldean la experiencia subjetiva de las mujeres que se convierten en madres por primera vez en Alajuelita, para lo cual se trabajó con el modelo ecosistémico de Bronfenbrenner (1987) y se destacaron algunos elementos culturales que se consideraron relevantes. A continuación, se resumen los principales resultados y análisis para presentar las conclusiones de este trabajo.

Este proceso investigativo llevó a la generación de 15 categorías de elementos culturales, a partir de 637 citas. De estas, 6 categorías referentes a las entrevistas de las personas informantes claves (IC) y 9 categorías referentes a las entrevistas de las mamás primerizas. Las seis categorías que emergieron de las entrevistas a las IC fueron; creencias sobre maternidad de las personas IC, creencias sobre el embarazo de las personas IC, creencias sobre el parto de las personas IC,

creencias sobre el posparto (PP) de las personas IC, creencias sobre la alimentación y lactancias de las personas IC y creencias sobre sexualidad de las personas IC. Las categorías que emergieron de las entrevistas a las mamás fueron: creencias sobre maternidad, creencias sobre embarazo, prácticas en el embarazo, creencias sobre el parto, prácticas en el parto, creencias sobre el posparto (PP), prácticas en el posparto (PP), creencias sobre la lactancia y la alimentación y prácticas relacionadas a la lactancia y la alimentación.

Las categorías de las IC son todas creencias, dado que son sus creencias sobre el proceso de devenir madre por el cual pasan las mujeres madres en la comunidad. En términos generales, las IC establecieron la maternidad como el proyecto de vida viable para las mujeres en la comunidad, su oportunidad de tener algo propio. Las familias giran en torno a las mujeres de las mismas, puesto que los padres no siempre están. La baja escolaridad no aparece así directamente relacionada a los embarazos en sus relatos, puesto que, para las IC, las adolescentes primero dejan de estudiar y luego se embarazan. Existen en los relatos de varias IC, las mujeres que toman la maternidad como su medio de subsistencia, teniendo varios(as) hijos(as) de distintos padres y luego viviendo de las pensiones. Las IC, si bien consideran que no hay suficiente educación sexual en la comunidad y que hay embarazos que suceden por desconocimiento, en general las maternidades y los embarazos son bien vistos. Sin bien, sí se destacan las maternidades adolescentes con frecuencia en sus relatos y esto es visto por las IC como una mezcla de estos dos elementos, a pesar de que sí creen que muchas veces las adolescentes simplemente están explorando y cuando se dan cuenta, quedan embarazadas.

Los partos son vistos por las IC como naturales. Llama la atención que sólo dos IC hicieron referencia al sufrimiento de VO. A pesar de que sí es sabido que la mayoría son partos vaginales y no se usa ningún analgésico. En el PP, la IC identificaron muchas creencias sobre cómo cuidar

a los(as) recién nacidos(as), principalmente relacionado a la cultura y las tradiciones nicaragüenses, dado que la población que se relaciona con la clínica, la cual fue la fuente de reclutamiento de las IC, es en su mayoría inmigrante. Además, expresaron varias prácticas y creencias sobre la lactancia y la alimentación. Todas identificaron la lactancia como una práctica generalizada y naturalizada en la comunidad, principalmente por motivos económicos. Sin embargo, quienes no dan de mamar, pocas veces dan fórmula, más se usa la leche por los mismos motivos. Finalmente, se cita con frecuencia la práctica de “dar probaditas” o introducir alimentos antes de los 6 meses de los(as) bebés, lo cual algunas veces lleva a problemas de salud de los(as) mismos(as).

Los relatos de las IC son bastante coherentes con los relatos y los elementos culturales que emergieron de las entrevistas con las mamás. Sobre las creencias generales de la maternidad, es interesante que no todas las mamás tenían un deseo de serlo. Además, casi todas expresaron una visión positiva de las mamás en la comunidad, como valientes, fuertes, luchadoras. Esta visión estaba relacionada hacer lo necesario para el bienestar de sus hijos(as). Sin embargo, sí hay en sus discursos dos tipos de mamás, las “buenas” y las “malas”. Justamente, las “malas” aparecen como quienes no garantizan las necesidades materiales de sus hijos(as) antes de gastos superfluos propios, así como quienes no les cuidan de cerca o no les importa quién les cuide. Está asociado a las mamás que viven de las pensiones, o que tienen hijos(as) sin pensar cómo les van a sustentar materialmente.

La aceptación del embarazo surgió como un elemento central de las creencias del embarazo. Las mamás, independiente de la situación, si lo decidieron o no y si deseaban o no una maternidad, tenían que aceptarlo, así como su entorno. En ese sentido, la familia les apoya en su embarazo, principalmente las abuelas maternas o sino las parejas. Los partos son pensados como

momentos muy dolorosos, de sufrimiento. Son todos partos hospitalarios, todos tuvieron intervenciones, comenzando por el uso rutinario del suero con oxitocina. Fueron en su mayoría partos vaginales, sólo tres cesáreas. En ocho de los casos, se evidenció violencia obstétrica. Los otros dos, mostraron únicamente la medicalización del parto y las intervenciones rutinarias.

En los pospartos, las mamás vivenciaron ambivalencia frente a su experiencia materna. Unas veces relacionado a las expectativas que se tenían, otras simplemente porque se vivencian elementos positivos y negativos en el proceso de la maternidad. Todas expresaron sentir felicidad y orgullo a partir del desarrollo de su bebé. En las prácticas del posparto, se evidenció la mamá como principal cuidadora, incluso si hay apoyo de otras personas. Buscando también no trabajar. Y se enfrentan así al proceso de aprendizaje, lleno de dificultades de mamás primerizas. Además, la mayoría tenían a las familias cerca para ayudarles, cuando este no era el caso, aun si estaban en pareja, la vivencia de la maternidad estaba marcada por un sentimiento de soledad. Puesto que el apoyo de parte del Estado o las instituciones en la comunidad para este período es muy marginal. Además, la maternidad es tomada por las familias como el momento en que las adolescentes deben comenzar a ser más responsables y contribuir en la casa con las tareas domésticas.

En el posparto se vieron también elementos de violencia obstétrica, principalmente relacionados al cuidado de los(as) recién nacidos(as). Las mamás presentaron sufrimiento también por otros motivos, a pesar de que la preocupación por la salud de sus bebés es el principal elemento. Esto es consistente con que seis de las mamás tuvieron a sus hijos(as) separados(as) de ellas justo después del posparto por alguna justificación médica. Las creencias y prácticas relacionadas a la lactancia y la alimentación mostraron que en la comunidad la lactancia sí es muy generalizada. Sólo dos mamás no dieron más allá de los tres meses, porque no supieron cómo, a pesar de querer hacerlo. Esto es así incluso con la introducción tempranísima de alimentos y el uso de chupones

con otros líquidos distintos a la leche materna. Al momento de la entrevista, sólo tres de las diez mamás continuaban con el papá de su bebé como pareja.

A partir del análisis de los resultados, fue posible realizar una lectura ecosistémica del devenir madre en Alajuelita. Los distintos sistemas interactuando y moldeando la vivencia subjetiva de las mamás primerizas en la comunidad, evidenciando el carácter biopsicosocial del devenir madre. En el contexto de la sociedad costarricense, con la pandemia en el medio, con crisis económica, sin legislación sobre violencia obstétrica ni parto humanizado. En la comunidad se busca estar con los(as) pequeños(as) en el inicio de sus vidas, para poderles cuidar mejor. Se establecen nuevas relaciones y se resignifican las existentes con los(as) familiares alrededor. Con todas las contradicciones y matices, la maternidad emerge como un espacio de diferencia colonial. Un espacio propio de las mujeres que son madres, a partir del cual resistir con amor, redescubriéndose y reinventándose, a la deshumanización capitalista, que despoja a las personas de opciones de vidas vivibles, incluso en las maternidades adolescentes. Sin embargo, esto no significa una idealización de la maternidad, ni creer que este es el camino. Las mujeres logran hacer de sus maternidades sus espacios de resistencia, pero no tendría que ser un espacio impuesto, como sí lo es en muchos casos.

Dos elementos culturales merecieron destaque en el análisis. Por un lado, la violencia obstétrica y por otro, el estilo de maternaje. La violencia obstétrica surgió como un elemento a partir de los propios relatos, no era parte del listado de temas a ser abordados. Es así como emerge un elemento de opresión como el rito de paso cuando las mujeres se transforman en madres. Un elemento que parte de la medicalización de los partos, de la perspectiva desigual entre médicos(as) y mujeres pariendo y que termina infringiendo una opresión de género que a su vez es diferenciada por otras opresiones, como edad. Además, los relatos sobre las maternidades, llenas de creencias

y prácticas específicas, demostraron que sí hay características específicas en los estilos de maternaje de las mamás primerizas de Alajuelita. Una vez más, se muestra que el maternaje intensivo es sólo un estilo de maternaje posible. El maternaje en Alajuelita, a pesar de compartir prácticas con el maternaje intensivo, las utiliza como mecanismos de sobrevivencia y superación de la adversidad, en lugar de como elementos ideológicos sobre un deber ser materno.

En este punto, se podría preguntar si se llegó a una *core category* o “categoría principal” en este análisis, pero se considera que no. El estilo de maternaje esbozado a partir de las narrativas de las madres entrevistadas, todavía tiene muchos aspectos a ser profundizados y no son tan generalizados. Por ejemplo, la expectativa de la participación paterna en el proceso de crianza existe en varios casos, no en todos. Además, de hecho, hay participación paterna en algunos relatos, a pesar de que la ausencia paterna es un tema muy citado por las personas IC en sus relatos. Otro aspecto que merece mayor investigación es el concepto de maternidad como resistencia a la deshumanización capitalista. En un contexto en el que las maternidades aparecen como el proyecto de vida viable para muchas de las mujeres, cómo se transforma este proyecto en su espacio de fortaleza y sentido de vida para sobrellevar una vida llena de violencias y carencias. En este sentido, se considera que faltaría ampliar los estudios de caso para continuar con el proceso de muestreo conceptual hasta llegar a la saturación conceptual y la categoría nuclear.

Estos resultados y análisis aportan en el marco de las investigaciones existentes en Costa Rica sobre maternidad. Las creencias y prácticas que emergieron de las entrevistas nos permiten aportar al conocimiento sobre las maternidades. Por ejemplo, complementa la investigación de Valladares (1997), develando que hoy no todas las mujeres aspiran a la maternidad, a pesar de que características como la madre que se sacrifica y la idealización de la maternidad, se ven también en la presente investigación. En ese sentido, también aporta a los estudios culturales y de psicología

cultural del desarrollo porque brinda la perspectiva de las mamás en una comunidad y confirma la variación que hay dentro del territorio nacional de los estilos de parentaje/maternaje, a pesar de compartir elementos como el *familismo* (Rosabal-Coto, 2012). Así, los resultados de los estilos de maternaje se diferencian de otros grupos de la GAM que pertenecen a sectores medios como los estudiados por Fallas & Solís (2020). La maternidad adolescente surgió como otro aspecto en el proceso investigativo que, al no ser el foco de la presente investigación no se abordó a profundidad. Sin embargo, habría que cuestionar la suposición cultural de las personas entrevistadas de que la maternidad adolescente es también el rito de paso a la adultez. Finalmente, este estudio devela una práctica cultural muy violenta hacia las mujeres en su parto: la violencia obstétrica.

Todos estos elementos, llevan a la necesidad de asumir la postura crítica de Burman (1997; 2008), que no nos deja olvidar que la ciencia es producida con una agenda política. Esto aplica para psicología que a su vez tiene implicaciones en una serie de ámbitos sociales. En ese marco, la psicología cultural del desarrollo ha aportado la evidencia de las distintas variaciones culturales en modelos de paternaje y maternaje y la necesidad de no normativizar el desarrollo humano a partir de determinados parámetros culturales no universales. Es decir, si queremos desarrollar una psicología perinatal en Costa Rica, debemos de entender en primer lugar, que los límites de la investigación y las teorías circundantes a esta área de conocimiento. Importar directamente teorías y modelos europeos o norteamericanos puede llevar a prácticas no respetuosas y que no logren entender y acompañar las maternidades en Costa Rica. Igualmente, debemos entender que no hay un solo modelo de maternidad en nuestro país, sino que probablemente, hay muchos. Esto es fundamental si se va a pensar en políticas públicas.

Es necesario considerar que, para el desarrollo de una psicología perinatal culturalmente sensible, lo primero que debemos hacer es escuchar a las mamás. En Costa Rica, las mujeres se

han transformado en mamás a lo largo de la historia desde que la biología lo hizo posible. Antes de venir a decir qué está bien, qué está mal y cómo hay que ser mamás, es necesario entender qué se ha venido haciendo, cuales son las vivencias de estas personas y sus necesidades. Hay que partir de que la ciencia no es objetiva per se y hay intereses por atrás. Develar los mismo es un primer paso y estudiar las distintas realidades es un segundo paso. En ese sentido, esta tesis aporta una serie de conceptos a ser estudiados a mayor profundidad y conocer cómo se aplican y expresan en otros contextos culturales en la propia Costa Rica.

De esta manera, la presente investigación ha realizado una aproximación exploratoria con un marco teórico que partió de la psicología cultural del desarrollo y tomó la teoría ecosistémica de Bronfenbrenner (1987) para abordar el devenir madre en comunidad de Alajuelita y consideramos que es un marco de referencia para continuar estudiando las maternidades en Costa Rica. El marco teórico ha sido lo suficientemente flexible y sensible como para poder aproximarse a las realidades de las mamás y sus relatos sin imposiciones teóricas coloniales. Además, la metodología de teoría fundamentada permitió la generación de conceptos a partir de los propios relatos, en lugar de intentar encuadrar el contenido de los relatos en alguna teoría pre formulada y preconcebida. Así, se considera que ambos marcos permitieron la exploración de estas realidades de manera culturalmente sensible y puede dar pistas de por dónde continuar estudiando los elementos culturales en el devenir madres en nuestro país, así como para el desarrollo de una psicología perinatal culturalmente sensible en Costa Rica.

Capítulo VII: Limitaciones

En este capítulo se discuten las limitaciones de la presente investigación. Para efectos de claridad, las presentamos en dos secciones: limitaciones de accesibilidad y limitaciones metodológicas.

Limitaciones de Accesibilidad

Primeramente, una de las principales limitaciones a la presente investigación es que la investigadora, a pesar de ser costarricense, no vive en Costa Rica. Así, para plantear la investigación y para desarrollarla, tuvo que apoyarse en personas e instituciones para encontrar a las personas participantes. De esta manera, el nivel de inserción y relación con la comunidad de la investigadora es limitada y en gran parte mediada por estas otras instancias. Esto se suma a la inexperiencia de la investigadora en investigaciones cualitativas, incluyendo diseño e implementación de estas.

Otra limitación de la investigación fue el método para obtener las personas participantes. Inicialmente se había definido un nicho ecocultural muy reducido definido por ser mamás primerizas costarricenses con hijos(as) mayores de 1 año usuarias de la clínica privada gratuita con la cual la investigadora inició el contacto. Sin embargo, no se logró hacer tan reducido como inicialmente se pensó porque la persona que era el contacto estratégico con la clínica inicialmente, a lo largo del proceso de aprobación del proyecto de investigación en las instancias académicas, dejó de trabajar en la clínica. A partir de eso, no fue posible conseguir las mujeres mamás participantes sin la presencia física de la investigadora en la clínica. Por lo tanto, se tuvo que ampliar las fuentes para reclutar las participantes al comedor y el CEN-CINAI.

Limitaciones Metodológicas

El que la investigadora no estuviera de forma permanente en Costa Rica también influyó en varias limitaciones metodológicas. Por un lado, no se realizó el proceso de comparación y contraste de forma sistemática mientras se recogió la información. Al inicio se realizaron algunas entrevistas virtuales que se fueron transcribiendo y hubo un inicio de codificación. Pero como la investigadora no está en el país de forma permanente, cuando tuvo la oportunidad de ir, concentró las entrevistas y las observaciones que pudo realizar en un período de dos semanas. De forma que realizó varias entrevistas sin parar a transcribirlas y, por lo tanto, sin analizar cada entrevista antes de continuar con la siguiente. También, una vez que empezó a hacer las entrevistas telefónicas a veces había más de una entrevista en un día, razón por la cual no se podía transcribir y analizar.

Igualmente, el medio por el cual se realizaron las entrevistas también es un elemento por considerar. No todas fueron por el mismo medio, lo cual se debe en parte a la pandemia, en parte al hecho de que la investigadora no vive en el país. Algunas fueron por la plataforma Zoom, otras por teléfono y unas pocas presenciales. Entonces, las entrevistas realizadas por Zoom contaron con el elemento positivo de que fueron con cámara abierta y por el hecho de que la pandemia forzó la virtualidad, las personas entrevistadas tenían familiaridad con la plataforma. Las entrevistas telefónicas contaron con la desventaja de no poder ver el rostro y las expresiones de las mujeres madres entrevistadas y a veces tener problemas de conexión en las llamadas, lo que cortó el diálogo y la narrativa de las mamás en algunos casos.

También hay otros aspectos que se constituyeron en limitaciones. Por ejemplo, un aspecto que se dejó de lado en las entrevistas y constituye otra limitación es no haber preguntado con cuál raza se identifica la persona. Es decir, si es blanca, negra, indígena u otra. En este sentido, se dejó

de analizar la intersección con alguna otra característica o grupo social al cual pertenecen las mamás entrevistadas.

Además, por las características de la población, que incluye muchos embarazos adolescentes, y para favorecer conseguir el número de mamás que nos habíamos propuesto, se amplió el criterio de la edad del(a) hijo(a). Es decir, serían mamás primerizas, mayores de edad, que viven en Alajuelita con hijos(as) mayores de un año. Entonces, la perspectiva sobre la propia vivencia puede haber ido cambiando a lo largo de los años. Por ejemplo, una misma mamá puede contar su historia de una manera al año de haber parido y de otra a los tres años de haber parido. Esta variación a lo largo del tiempo no hay cómo controlarla en este estudio.

A pesar de estas limitaciones, consideramos que los aportes de la presente investigación, al ser un estudio exploratorio, continúa sirviendo para plantear temas e interrogantes que se configuran en un puntapié inicial para la investigación de las maternidades en Costa Rica.

Capítulo VIII: Relato de la experiencia

Mi experiencia en este proceso de investigación ha sido de los procesos más ricos que he vivido tanto académica como personalmente. En primer lugar, creo que es fundamental destacar que hace trece años dejé en pausa mis estudios en psicología y fue el hacerme mamá que me llevó devuelta a la universidad. Cuando nació mi hija, se combinaron muchos factores en mi vida lo cual llevó a que la crisis normal del devenir madre fuera aún más profunda. Así, ella nació en San Pablo, Brasil y nos tuvimos que mudar a Guayaquil, Ecuador a los dos meses del nacimiento de ella. En ese momento, además quedé desempleada. Se combinaron así muchas situaciones estresantes y de cambio y en ese proceso yo me perdí a mí misma. Parte del proceso de volverme a encontrar fue decidir que quería estudiar sobre maternidad. Me resultaba difícil entender que había estudiado cuatro años de psicología en la mejor universidad de mi país y no había estudiado sobre la crisis que puede representar la maternidad en las mujeres.

Mi hija nació en el año 2019. Ella cumplió un año la semana que declararon la pandemia. En ese momento yo no tenía todavía muy claro qué hacer, pero había empezado a leer sobre maternidades. En media pandemia, entendí que tenía que volver a psicología. Que era ahí que iba a reencontrarme y así fue. Logré aprovechar la virtualidad para estudiar desde Guayaquil y terminar los cursos de licenciatura que me faltaban, así como desarrollar mi tesis (cuyo trabajo de campo sí hice en Costa Rica). Paralelo a mis cursos y el desarrollo del anteproyecto, fui acompañando maternidades con PSI (Postpartum Support International), fui estudiando las maternidades desde la perspectiva de todos los cursos que llevé y fui llevando cursos sobre salud mental perinatal. Este proceso me parece relevante para esta investigación porque en realidad, mi curiosidad académica surgió de esta experiencia personal.

El segundo semestre del 2020 retomé la licenciatura. Desde el inicio del semestre empecé a buscar cómo hacer esta investigación, pensando con mil y una inseguridades, sin clareza teórica ni metodológica. Me reuní con personas que pensé que conocían más del tema y casi tuve una compañera de tesis. En ese proceso, le escribí a un profesor que yo sabía que trabajaba con psicología del desarrollo y otras profesoras me recomendaron. El prof. Mariano, muy gentilmente accedió a reunirse y no solo eso, supo escucharnos y orientarnos. Para mí, descubrir las investigaciones que él venía desarrollando y la psicología cultural de desarrollo significó un cambio de perspectiva teórica. Además, desde el día uno el profesor me ha acompañado, guiado y orientado para hoy poder llegar adonde estamos. Igualmente, Esteban, ha ido compartiendo sus conocimientos, explicándome y orientándome desde que antes de aceptar estar en el equipo asesor. El apoyo de ellos dos fue central para desarrollar la tesis.

Entender que lejos de querer explicar todo de entrada, lo que interesaba era comprender la diversidad y el universo cultural que estaba estudiando fue algo que me costó entender. Más acostumbrada a una perspectiva de querer cuadrar la realidad dentro de una teoría en lugar de ver la realidad e intentarla comprender tal cual, o al menos develando mi perspectiva y a partir de ella lo que yo pudiera leer. Me costó librarme de esta perspectiva, creo que fue en el proceso de análisis de las entrevistas de las mamás y el desarrollo de las categorías que logré entender esto. Pienso que, si lo hubiera entendido y tenido presente antes, las entrevistas podrían haber aportado aún más. Esta comprensión se la debo a mi director de tesis.

Y así, en un proceso de desarrollo investigativo de dos años y medio, he llegado a redescubrirme a mí también. Una yo mamá, psicóloga, con curiosidad y anhelos a continuar investigando. Una yo también feminista. Esto fue otro elemento que cambió en mí la investigación. Yo hacía años tenía mis reservas a la palabra feminista y a algunos feminismos que conocía. Sin

embargo, terminar de entender mi situación, acompañar a las mujeres con PSI y escuchar las historias de todas las mujeres que compartieron conmigo en el proceso de la tesis, hizo que tuviera que volver a los feminismos. Fue así que entendí que justamente se trata de feminismos, no feminismo. Que mi incomodidad con el feminismo anti-maternidad y elitista tenía lugar también en la teoría, pero que mi realidad y las de todas las mujeres que he tenido el privilegio de escuchar, necesitan de una herramienta para comprender las violencias e injusticias vividas. Principalmente, los relatos de violencia obstétrica fueron los que me llevaron por este camino teórico.

En este camino, lleno de desafíos, uno de los principales fue volver a ser estudiante, ahora siendo mamá y con un compañero. Esto no fue nada fácil. Tuve el apoyo de un sinnúmero de personas, para apoyarme emocionalmente, con el cuidado, para darme tiempo, para escucharme, para darme consejos y para permitirme desarrollarme. Entender que iba a necesitar todo ese apoyo, que ahora lograr sentarse a leer o a escribir implicaba la necesidad de otra(s) persona(s) ayudándome, fue difícil. Sin embargo, creo que nunca habría llegado a mi pregunta de investigación y todo el desarrollo de esta tesis, a no ser siendo mamá.

Es así como este proceso ha sido una revolución en mi vida y una parte fundamental de mi propio proceso de devenir madre y los cambios que esto trajo a mi vida. A su vez que las conclusiones de esta investigación me plantean una serie de desafíos profesionales a futuro. Mi aspiración de desempeñarme como psicóloga clínica perinatal en la realidad latinoamericana trae consigo la necesidad de estar consciente de las variaciones culturales y el carácter colonial de algunas producciones científicas y de producir conocimiento científico a partir de las múltiples realidades latinoamericanas. Entonces, a medida que se cierra el ciclo de la licenciatura en Psicología, se abre un período de práctica clínica y de búsqueda de más entrenamientos clínicos y

programas de posgrado para continuar formándome como investigadora para poder aportar al desarrollo de una psicología perinatal culturalmente sensible.

Capítulo IX: Recomendaciones

1. Sería importante desarrollar una línea de investigación sobre maternidad desde una perspectiva crítica de la psicología del desarrollo, como la psicología cultural del desarrollo en Costa Rica. Parte de los resultados de la presente investigación, así como de otras investigaciones relacionadas a maternidad antes realizadas, demuestran que existen particularidades en las maternidades en Costa Rica y que deben ser abordadas para entenderlas de forma no prejuiciosa y poder colaborar de hecho con el bienestar de las mamás y sus hijos(as).
2. Es necesario tomar acciones contra la violencia obstétrica en Costa Rica. La violencia obstétrica es un problema ampliamente extendido en nuestro país. Las estadísticas lo dicen y esto se pudo verificar en las entrevistas realizadas en el presente trabajo. Esto tiene serias consecuencias para las mujeres víctimas, sus hijos(as) y también para las personas profesionales en salud que atienden los partos y a veces son testigos de estos actos. La legislación por un parto humanizado queda incompleta si no define y pune la violencia obstétrica.
3. Es importante del desarrollo de políticas públicas para el bienestar de las maternidades, para lo cual faltan datos y estadísticas. Sin embargo, en la presente investigación se evidenció que cuando no hay el apoyo de la familia, o incluso si lo hay, puede haber creación de espacios comunitarios de redes de apoyo entre mamás. Por maternidades menos solitarias y para una mejor comprensión de la problemática de las maternidades en Costa Rica.
4. La evidencia científica existente al día de hoy es suficiente para demostrar que el devenir madre es un momento clave en el desarrollo de las mujeres que son madres, que significa mayor vulnerabilidad a sufrir trastornos emocionales. En este sentido, los programas de formación de las carreras de Psicología en Costa Rica deberían de formar sobre las particularidades de este período de la vida. De no ser así, la falta de formación en esta área hace que los sufrimientos de las mamás

no sean bien atendidos y su atención psicológica sea guiada por el sentido común en lugar de por el conocimiento científico existente.

5. Es importante avanzar en política públicas para fortalecer la educación sexual laica y científica en el sistema de educación pública. Esto debe venir acompañado del acceso libre y sin prejuicios de anticonceptivos para las personas adolescentes. Las maternidades deben de ser deseadas en abstracto y también en el momento específico que se da el embarazo. Sino, el sufrimiento por el que pasan las mamás y sus bebés es mucho mayor.

Referencias

- ACNUDH. S.f. *Salud y derechos sexuales y reproductivos. El ACNUDH y los derechos humanos de las mujeres y la igualdad de género*. Accesado el 10 de enero, 2023. En: <https://www.ohchr.org/es/node/3447/sexual-and-reproductive-health-and-rights>.
- Al Adib, M., Ibáñez, M., Casado, M. & Santos, P. 2017. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina legal de Costa Rica*. vol. 34 n. 1 Marzo. 2017.
- Angulo-Sandoval, V. & Solís-Rodríguez, D. (2019). *Vivencias de la(s) maternidad(es) en mujeres con hijas o hijos diagnosticados con trastorno por especto autista*. [Tesis de licenciatura, Universidad de Costa Rica]. <http://repo.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/7505>.
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*. 11(1), 145-169. <https://doi.org/10.15517/c.a.v11i1.14238>.
- Arguedas, G. (2016). Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial, a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en Costa Rica. En: Sagot, M. & Díaz, D. *Antología del pensamiento crítico costarricense contemporáneo* (pp. 569-589). CLACSO.
- Ascencio-Franco, G. (2015). Diversidad religiosa en los textos escolares de Centroamérica. *Revista LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, XIII (2). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272015000200011.
- Azevedo, G., Furtado de Souza, J., Wanderlei de Azevedo, R.L & Almeida, F.L. (2021). Violencia Obstétrica y Atención Perinatal en América Latina: Una Revisión Integradora. *Revista de Psicologia da IMED*. 13(1). <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2021.v13i1.3903>.
- Barrante, K. & Cubero, M.F. (2014). La maternidad como un constructo social determinante en el rol de la feminidad. *Wimb Lu*. 9(1), 29-42. <https://doi.org/10.15517/wl.v9i1.15248>.
- Bernheimer, L. P., Gallimore, R. & Weisner, T. S. (1990). Ecocultural Theory as a Context for the Individual Family Service Plan. *Journal of Early Intervention*. 14(219). <https://doi.org/10.1177/105381519001400304>.
- Blaffer, S. (2011). *Mothers and Others The Evolutionary Origins and Mutual Understanding*. Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Ediciones Paidós.

- Burman, E. (1997). *Developmental Psychology and Its Discontents*. En: Fox, D. & Isaac Prilleltensky, I. (Ed.). (1997). *Critical Psychology An Introduction* (pp. 134-149). Sage Publications.
- Burman, E. (2008). *Deconstructing Developmental Psychology*. (2 Ed.). Routledge Taylor and Francis Group.
- Cascante, M.J. & Guzmán, J. (2022). Reconfiguraciones políticas en Costa Rica Del bipartidismo a la fragmentación. *Nueva Sociedad*, 300. <https://nuso.org/articulo/reconfiguraciones-politicas-en-costa-rica/>.
- Castro, C. (2014). *Caracterización sociodemográfica, psicológica y semiológica de las usuarias egresadas con diagnóstico de psicosis puerperal o psicosis posparto en el Hospital Nacional Psiquiátrico desde enero 2005 hasta julio 2013*. [Tesis de especialización, Universidad de Costa Rica]. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/5861>.
- Chacón, L. (2008). *Maternidad y Psicosis*. Editorial UCR.
- Corbin, J. & Strauss, A. (2015). *Basics of Qualitative Research, Techniques and Procedures for developing Grounded Theory*. (4 Ed). Sage Publications, Inc.
- Delap, L. (2022). *Feminismos, Uma história global*. Companhia das Letras.
- Delval, J. (2001). *Descubrir el pensamiento de los niños. Introducción a la Práctica del método clínico*. Argentina.
- Faircloth, C. (2013). *Militant Lactivism? Attachment Parenting and Intensive Motherhood in the UK and France*. Berghahn Books.
- Fallas, K. & Solís, C. (2020). *Características del parentaje intensivo en familias urbanas del gran área metropolitana (GAM)*. [Tesis de licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica]. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/16851>.
- Fernández, P. & Olza, I. (2020). *Psicología del embarazo*. Editorial Síntesis, S.A.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. (2ed). Ediciones Morata S. L. y Fundación Paideia Galiza.
- Flórez-Estrada, M. (2014). La maternidad en la historia: deber, deseo y simulacro. En: *Cuadernos inter-c-a-ambio sobre Centroamérica y el Caribe*. 11(2). <https://doi.org/10.15517/c.a..v11i2.16585>.
- Fuentes, E. 2021. *Violencia obstétrica en Costa Rica desde la evidencia estadística: Retos para la gerencia de la salud y la tutela de los derechos reproductivos*. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).

- Ginsburg, H. (1997). *Entering the child's mind: The clinical interview in psychological research and practice*. Cambridge University Press.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Aldine de Gruyter.
- González, J. (2018). *Las mujeres con depresión postparto presentan mayor disminución de síntomas depresivos cuando hay intervenciones cognitivas conductuales en comparación con otras intervenciones no cognitiva conductuales*. [Tesis de maestría, Universidad de Costa Rica]. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis91.pdf>.
- Henrich, J., Heine, S. & Norenzayan, A. (2010). Most people are not WEIRD. *Nature*. 466(29). <https://doi.org/10.1038/466029a>.
- Johanna, W., Keller, H., Rosabal-Coto, M., Fallas, K., Solís, C. & Durán, E. (2023). Feeding, food, and attachment: an underestimated relationship? *ETHOS*. 1-19. <https://doi.org/10.1111/etho.12380>.
- Keller H. (2016) Psychological autonomy and hierarchical relatedness as organizers of developmental pathways. *Phil. Trans. R. Soc. B* 371(20150070). <https://doi.org/10.1098/rstb.2015.0070>.
- Kvale, S. (2008). *Las entrevistas en Investigación Cualitativa*. Ediciones Moralta, S.L.
- Ley 5395 de 1973. Ley General de Salud. 30 de octubre, 1973. D.O. No. 222
- Ley 7430 de 1994. Fomento de la lactancia materna. 21 de octubre, 1994. D.O. No. 200.
- Lugones, M. (2010). Toward a Decolonial Feminism. *Hypatia*. 25(4.) Pp. 742-759. <https://doi.org/163.178.171.11>.
- Mardiegue, S. (2009). *Evolución diagnóstica y manejo terapéutico de la depresión y psicosis posparto de las pacientes egresadas del Hospital Nacional Psiquiátrico durante el período comprendido entre el 2000-2007*. [TFG de especialista, Universidad de Costa Rica]. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/5861/1/37932.pdf>.
- Maroto, A. (2013). La confesionalidad del estado costarricense: un proceso en constante renovación. *Revista Reflexiones*, 92 (2), 189-198.
- Mikolajczak, M., Gross, J. J. & Roskam, I. (2019). Parental Burnout: What Is It, and Why Does It Matter? *Association for Psychological Science*. 1-11. <https://doi.org/10.1177/2167702619858430>.
- Mikolajczak, M. & Roskam, I. (2018). A Theoretical and Clinical Framework for Parental Burnout: The Balance Between Risks and Resources (BR²). *Front. Psychol.* 9(886). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.0886>.

- Montesi, M. (2015). Información y crianza con apego en España. *Conference: XII Congreso ISKO España y II Congreso ISKO España- Portugal*. <https://doi.org/10.13140/R.G.2.1.2668.4641>.
- Morelli, G, Chaudhary, N., Gottlieb, A., Keller, H., Murray, M., Quinn, N., Rosabal-Coto, M., Scheidecker, G., Takada, A. & Vicedo, M. (2017). Taking Culture Seriously A Pluralistic Approach to Attachment. In: Keller, H. & Bard, K. A. (eds.) (2017). *The Cultural Nature of Attachment: Contextualizing Relationships and Development*. Strüngmann Forum Reports, vol. 22, series ed. J. Lupp. MIT
- Morera, M. (2013). Variabilidad en la tasa de cesáreas entre hospitales públicos de Costa Rica. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 28 (2), 119-125. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000200008>.
- Murillo, A. (29 de agosto, 2022). El tono agresivo y la popularidad del presidente Rodrigo Chaves miden la estabilidad del sistema en Costa Rica. *El país*. <https://elpais.com/internacional/2022-08-29/el-tono-agresivo-y-la-popularidad-del-presidente-rodriigo-chaves-miden-la-estabilidad-del-sistema-en-costa-rica.html>.
- Murray, M. (2014). Back to Work? Childcare Negotiations and Intensive Mothering in Santiago de Chile. In: *Journal of Family Issues*. 1-21. <https://doi.org/10.1177/0192513X14533543>.
- Oiberman, A. (2001). La palabra en las maternidades: una aproximación a la psicología perinatal. *Psicodebate*. 1, 89-97. <https://doi.org/10.18682/pd.v1i0.525>.
- Oiberman, A. (2019). Autobiografía. *Perinatal*. 1, 6-9. <https://www.psicologosdistrtox.org/wp-content/uploads/2019/12/Revista-Perinatal-N1.pdf>.
- Oiberman, A. & Galíndez, E. (2005). Psicología perinatal: Aplicaciones de un modelo de entrevista psicológica perinatal en el posparto inmediato. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 24(3), 100-109. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/107730>
- Oiberman, A. J., Santos, M. S. & Nieri, L.P. (2011). La dimensión emocional de la maternidad: Construcción de un modelo de trabajo en Psicología Perinatal. *Boletín de la maternidad*. 11(2), 16-19. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/44422>
- Olza, I. (Julio, 2022). Seminario *La salud mental de los profesionales del nacimiento*. Formación Anual en Salud Mental Perinatal. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal.
- Olza I, Uvnas-Moberg K, Ekström-Bergström A, Leahy-Warren P, Karlsdottir SI, Nieuwenhuijze M, et al. (2020) Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLoS ONE* 15(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230992>

- Olza Fernández, I., Ruiz-Berdún, M.D. & Villarrea, S. (2017). La culpa de las madres. Promover la lactancia materna sin presionar a las mujeres. *Revista Internacional de Éticas Aplicadas*. 25, 217-225. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000143>
- OMS. 2014. *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf.
- Otto, H. & Keller, H. (Ed.). (2014). *Different Faces of Attachment Cultural Variations on a Universal Human Need*. Cambridge University Press.
- Paniagua, X. (2013). *Uso de antidepresivos y antipsicóticos durante el embarazo: psiquiatría basada en la evidencia*. [TFG para optar por el título Especialista en Psiquiatría, Universidad de Costa Rica]. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis48.pdf>.
- Piovanetti, Y. (2001). Breastfeeding Beyond 12 Months An Historical Perspective. In: *Pediatric Clinics of North America*. 48(1). [https://doi.org/10.1016/s0031-3955\(05\)70294-7](https://doi.org/10.1016/s0031-3955(05)70294-7).
- PNUD. (2021). *Atlas de desarrollo humano cantonal 2021*. <https://www.undp.org/es/costa-rica/atlas-de-desarrollo-humano-cantonal-2021>.
- Postpartum Support International (PSI). (May 19-202021). *Two-Day Certificate Training on PMADs*. Online course.
- Programa Estado de la Nación en Desarrollo Sostenible. (2013). *Indicadores Cantonales*. San José, PEN/INEC. <https://www.inec.cr/sites/default/files/documentos/poblacion/estadisticas/resultados/repoblacenso2011-01.pdf.pdf>.
- Programa Estado de la Nación en Desarrollo Sostenible. (2016). *Informe Estado de la Nación (22)*. San José, PEN. <https://estadonacion.or.cr/?informes=informe>.
- Programa Estado de la Nación en Desarrollo Sostenible. (2017). *Informe Estado de la Nación (23)*. San José, PEN. <https://estadonacion.or.cr/?informes=informe-2017>.
- Programa Estado de la Nación en Desarrollo Sostenible & Consejo Nacional de Rectores (CONARE). (2018). *Informe Estado de la Nación (24)*. San José, PEN. https://repositorio.conare.ac.cr/bitstream/handle/20.500.12337/2983/capitulo_1_sinopsis_2_018.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Programa Estado de la Nación en Desarrollo Sostenible & Consejo Nacional de Rectores (CONARE). (2019). *Informe Estado de la Nación (25)*. San José, PEN. https://estadonacion.or.cr/wp-content/uploads/2019/11/informe_estado_nacion_2019.pdf.

- Programa Estado de la Nación en Desarrollo Sostenible & Consejo Nacional de Rectores (CONARE). (2020). *Informe Estado de la Nación (26)*. San José, PEN. <https://repositorio.conare.ac.cr/handle/20.500.12337/7992>.
- Programa Estado de la Nación en Desarrollo Sostenible. (2021). *Informe Estado de la Nación (27)*. San José, PEN. <https://repositorio.conare.ac.cr/handle/20.500.12337/8205>.
- Programa Estado de la Nación en Desarrollo Sostenible & Consejo Nacional de Rectores (CONARE). (2022). *Informe Estado de la Nación (28)*. San José, PEN. <https://repositorio.conare.ac.cr/handle/20.500.12337/8405>.
- Ramírez, E. (2022). *Psicología del Posparto*. Editorial Síntesis.
- Rippeyoung, P. L. F. (2013). *Governing Motherhood, Who Pays and Who Profits?* Canadian Center for Policy Alternatives. <https://www.policyalternatives.ca/publications/reports/governing-motherhood>
- Rodrigues, L. (2022). Decolonial Feminism: María Lugones' influences and contributions. *Estudos Feministas*. 30(1), 1-14. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2022v30n184278>.
- Rodríguez, E. (2014). Controlando y regulando el cuerpo, la sexualidad y la maternidad de las mujeres centroamericanas (siglo XIX e inicios del siglo XX). *Cuadernos Inter-c-a-mbio sobre Centroamérica y el Caribe*. 11(2) Julio-Diciembre. <https://doi.org/10.15517/c.a.v11i2.16766>.
- Rojas, K. F. (2016). *Caracterización Sociodemográfica y psicológica de las madres con depresión posparto que han sido internadas en el Hospital Nacional Psiquiátrico entre el año 2010 y el mes de Junio del 2015; Una aproximación a través de la revisión de expedientes*. [Tesis de maestría, Universidad de Costa Rica]. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/xmlui/handle/123456789/10993/statistics>.
- Rosabal-Coto, M. (2012). Creencias y prácticas de crianza: el estudio del parentaje en el contexto costarricense. *Revista Costarricense de Psicología*, 31(1-2). <http://www.rcps-cr.org/openjournal/index.php/RCPs/article/view/10>.
- Rosabal-Coto, M., Quinn, N., Keller, H., Vicedo, M., Chaudhary, N., Gottlieb, A., Scheidecker, G., Murray, M., Takada, A. & Morelli, G. A. (2017). Real-World Applications of Attachment Theories. In: Keller, H. & Bard, K. A. (eds.) (2017). *The Cultural Nature of Attachment: Contextualizing Relationships and Development*. Strüngmann Forum Reports, vol. 22, series ed. J. Lupp. MIT Press.
- Roskman, I., Brianda, M.E. & Mikolajczak, M. (2018). A Step Forward in the Conceptualization and Measurement of Parental Burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA). *Front. Psychol.* 9(758). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00758>.

- Saldaña, J. (2021). *The Coding Manual for qualitative Researchers*. (4 Ed.). Sage Publications Ltd.
- Schon, R. A. & Silvén, M. (2007). Natural Parenting - Back to Basics in Infant Care. *Evolutionary Psychology*, 5(1). <https://doi.org/102-183.10.1177/147470490700500110>.
- Suárez, I. (s.f.). *El lugar de la maternidad en la construcción de la feminidad: un estudio cualitativo de cuatro casos de mujeres adolescentes solteras*. Oficina de la Mujer Municipalidad de Escazú. <https://www.binasss.sa.cr/revistas/ays/7n1-2/art4.pdf>.
- Sub Comisión de Psicología Perinatal del Colegio de Psicólogos de la Pcia de Bs As. –Distrito X. (2019). Psicología Perinatal: Definiendo un ámbito de inserción laboral. *Perinatal*, 1, <https://www.psicologosdistritox.org/wp-content/uploads/2019/12/Revista-Perinatal-N1.pdf>.
- Swiss Info. (26 de setiembre, 2022). *Costa Rica reduce el embarazo adolescente pero persisten retos, dice UNFPA*. https://www.swissinfo.ch/spa/costa-rica-embarazo_costa-rica-reduce-el-embarazo-adolescente-pero-persisten-retos--dice-unfpa/47932060.
- Tapia, J., Sanabria, J. & Rodríguez, A. (2019). Is there Parental Burnout in Costa Rica? (No publicado).
- Torres, I. (coord.). 2008. *Los derechos reproductivos son derechos humanos*. San José, Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
- UNESCO. 2005. *Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa.
- Vicedo, M. (2017). Putting attachment in its place: Disciplinary and cultural contexts. In: *European Journal of Developmental Psychology*. <https://doi.org/10.1080/17405629.2017.1289838>.
- Valladares, B. (1997). *El mito social de la maternidad y la realidad personal de un grupo de mujeres madres de la localidad de Palmares Provincia de Alajuela Costa Rica*". [Tesis de Maestra en Psicología Social, Universidad Nacional Autónoma de México]. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/128456>.
- Vargas-Zárate, M., Becerra-Bulla, F., Balsero-Oyuela, S. & Meneses-Burbano, Y. (2020). Lactancia materna: mitos y verdades. Artículo de revisión. *Revista de la Facultad de Medicina*, 68(4), 608-16. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v68n4.74647>.

ANEXOS

Anexo 1: Entrevista a Informantes Claves

Datos sociodemográficos:

Fecha:

Nombre:

Edad:

Ocupación:

Lugar de residencia:

Teléfono:

Preguntas:

1. ¿A qué edad suelen tener sus hijos e hijas las mujeres en la comunidad de Alajuelita?
[desglosar respuesta en si es en primogénitas y en rango general de edad de hijos]
2. ¿Cuántos hijos e hijas tienen las mujeres en la comunidad? [cuál es el número más frecuente de hijos e hijas que tienen las mujeres en la comunidad]
3. ¿Las mujeres con hijos e hijas pequeñas (menores de un año) trabajan fuera de casa en la comunidad de Alajuelita? [Es frecuente que trabajen fuera]
4. ¿Cómo se vive el embarazo en la comunidad? ¿Qué se dice de las mujeres embarazadas?
¿Cómo se trata a las mujeres embarazadas?
5. ¿Cómo son los partos de las mujeres que viven en Alajuelita? ¿Todos son en hospitales?
¿Mayoría cesárea o vaginal?

6. ¿Cuál es la práctica más común para alimentar a los y las recién nacidas, lactancia, fórmula, o una mezcla? Si involucra la lactancia materna ¿Por cuánto tiempo mantienen la lactancia?
7. ¿Qué dicen las personas sobre la lactancia materna?
8. [Además de lactancia e introducción de alimentos, ¿hay alguna otra creencia o práctica sobre la nutrición o primeros cuidados del o la bebé?]
9. [¿Hay alguna práctica específica relacionada a la alimentación de las madres lactantes?]
10. ¿Con quienes viven la mayoría de las mujeres con hijos e hijas pequeñas?
11. ¿Cómo se trata a las mujeres una vez que han parido? ¿Existe alguna diferencia al comparar el trato hacia ellas antes de haberse embarazado?
12. ¿Qué se piensa sobre la maternidad en la comunidad? ¿De qué forma esto se transmite a las mujeres?
13. ¿Cómo se trata a las mamás [en su posición de madres de familia] en las escuelas? [¿Cuál es la posición que tienen las madres de familia dentro de las instituciones educativas?]
14. ¿Cómo afecta en el trato a las mamás su estado civil o su estado de relación amorosa? [¿Hay diferencia en cómo se ve en la comunidad a las madres de acuerdo con su estado civil?]
15. ¿Qué papel cumple la religión en la maternidad de las mujeres en Alajuelita? [¿Hay diferencias entre las distintas religiones?]
16. [¿Quiénes frecuentemente cuidan a los y las hijas de las mujeres de la comunidad? ¿Ellas mismas o terceros?]

¡Muchas gracias por su colaboración!

Anexo 2: Entrevista a Madres

Datos sociodemográficos:

Fecha:

Nombre:

Edad:

Edad en que parió:

Sexo y edad de bebé:

Ocupación:

Nivel educativo:

Lugar de residencia:

[Lugar de nacimiento]:

Teléfono:

Temas:

- Vivencia de embarazo. Incluir:
 - Estado de salud físico
 - Cómo se sintió. [¿explorar cada fase del embarazo? Salud mental en embarazo]
 - Cambios en la vida (rutinas, casa, trabajo, relación de pareja, relación con familias, [situación emocional], etc.) [Contraste antes y durante embarazo; ver funciones y situaciones más allá de ser mamás].
 - [¿Pandemia? Significado de embarazo en pandemia y su vivencia]
- Vivencia de parto. Incluir:
 - Tipo de parto
 - Tipos de parto común en la familia

- Expectativas versus realidad [Ideas anteriores al parto].
- Relación con el servicio y personal de salud.
- [Qué información tenía previo al parto]
- Lactancia
 - Qué pensaba sobre lactancia [expectativas/información]
 - Historia familiar sobre lactancia
 - Alimentación de bebé. Duración de lactancia materna.
 - [¿Cuáles fueron los retos que se enfrentaron en la lactancia?]
- Vivencia del puerperio [definir, 0-2 años luego de parida]
 - Expectativas versus realidad
 - Red de apoyo
 - [Salud mental posparto]
 - [ver puntos específicos que quiero saber cómo vivió la etapa la mamá- por ejemplo, usar hitos de desarrollo de bebé y cómo lo fue viviendo- así logro explorar lo vincular; trabajo fuera de casa, cuidado]
- Cultura costarricense y su reflejo en la maternidad.
 - Tipo de relación de madres ticas (lo particular y específico)
 - Lo que pensaba sobre maternidad antes de su embarazo y ahora.

¡Muchas gracias por su colaboración!

Anexo 3: Consentimiento Informado.



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología

FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA LEY N° 9234 “LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA” y EL “REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS”

Devenir madre en Alajuelita, elementos culturales de la vivencia de madres primerizas

Código (o número) de “Devenir madre en Alajuelita, elementos culturales de la vivencia de madres primerizas”: _____

Nombre de el/la investigador/a principal: _____

Nombre del/la participante: _____

Medios para contactar a la/al participante: números de teléfono _____

Correo electrónico _____

Contacto a través de otra persona _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO

La maternidad es un tema altamente relevante, pero poco estudiado en nuestro país. El presente estudio es una investigación acerca del proceso de devenir madre en Alajuelita. Específicamente, se busca explorar los elementos culturales que se expresan en la vivencia subjetiva del proceso de transformación que se da en las mujeres al convertirse en madres por primera vez en Alajuelita, Costa Rica. La presente investigación es la tesis del Trabajo Final de Graduación de Psicología de la estudiante Silvia Herrero Rodríguez. El director de la tesis es el Doctor Mariano Rosabal-Coto y las personas lectoras son MSc. Laura López Quirós y Mag. Esteban Durán Delgado. Así, se le está solicitando a las mujeres madres entrevistadas a compartir su experiencia relacionada con el proceso de hacerse madres,

incluso antes de la concepción. Toda la información será usada con fines de investigación y se mantendrá el anonimato.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?

Para llevar a cabo la investigación, se realizarán entrevistas con madres primerizas con hijos o hijas entre 1 y 2 años usuarias del Centro de Salud. Las entrevistas serán de duración flexible, con preguntas abiertas para conocer sobre la vivencia de la maternidad. Las entrevistas serán grabadas (únicamente la voz). También se realizarán entrevistas con personal de la clínica, líderes religiosos y otras figuras importantes de la comunidad para conocer cómo es vista la maternidad por estas personas.

C. RIESGOS

La participación en este estudio no significa ningún riesgo para usted o su familia.

D. BENEFICIOS

La persona participante en este proceso de investigación obtendrá como único beneficio el participar en el proceso de desarrollo de conocimiento sobre la maternidad en nuestro país. Esto colaborará con la comprensión del proceso de transformación que viven las mujeres al entrar en la maternidad en nuestro país. Al mismo tiempo, esto permitirá un mejor abordaje de la salud mental de la mujer durante el período perinatal (embarazo, parto y posparto). La persona participante no obtendrá ningún beneficio directo.

E. VOLUNTARIEDAD

La participación en el estudio es voluntaria y si usted decide retirarse en cualquier momento del proceso, puede hacerlo sin perder sus derechos ni ser castigada por su retiro o falta de participación.

F. CONFIDENCIALIDAD

La investigadora y su equipo asesor va a garantizar la confidencialidad de la información brindada. Esta confidencialidad se mantendrá en la publicación de los resultados de la investigación por medio del uso de seudónimos y sin revelar información que pueda revelar la identidad. De esta forma, es posible que se utilicen a futuro los resultados de esta investigación, pero se mantendrá el anonimato. Las únicas limitaciones a la confidencialidad de la información es lo dispuesto en la legislación costarricense relacionado a cualquier indicio de maltrato o abandono infantil. Las personas que tendrán acceso a los registros de la investigación son únicamente la investigadora Silvia Herrero Rodríguez y su equipo asesor, el Dr. Mariano Rosabal-Coto y Mag. Esteban Durán Delgado. Una vez concluido el

proceso de investigación, la tesis estará disponible en el banco de tesis de la Universidad de Costa Rica.

G. INFORMACIÓN

Antes de dar su autorización debe hablar con el o la profesional responsable de la investigación o sus colaboradores sobre este estudio y ellos deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y de sus derechos. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a Mariano Rosabal-Coto, al teléfono 8399-5716 en el horario de 7 am a 12 pm o de 7pm a 9 pm. Cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica *a los teléfonos 2511-4201, 2511-1398*, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

- H.** No perderá ningún derecho al firmar este documento. Además, recibirá una copia firmada de este formulario para su uso personal.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

***Este documento debe de ser autorizado en todas las hojas mediante la firma, (o en su defecto con la huella digital), de la persona que será participante o de su representante legal.**

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del padre/madre/representante legal (menores de edad)

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la investigador/a que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la testigo

Lugar, fecha y hora

Versión junio 2017

Formulario aprobado en sesión ordinaria N° 63 del Comité Ético Científico, realizada el 07 de junio del 2017.