

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CREENCIAS DE LAS MUJERES ACERCA DEL EMBARAZO, PARTO Y
PUERPERIO PARA FORTALECER EL CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL
EN ENFERMERIA OBSTETRICA EN SANTA BÁRBARA DE PAVAS
DURANTE EL PRIMER SEMESTRE 2017

Trabajo final de Investigación Aplicada sometido a la consideración de la
Comisión del Programa en Ciencias de la Enfermería para optar al grado y título de
Maestría Profesional en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal

LILLY JOAN MATARRITA HERNÁNDEZ

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2020

DEDICATORIA

Primeramente, dedico este trabajo Dios que definitivamente sin su ayuda y bendiciones no podría estar donde estoy. A mi madre, que gracias a ella estudie la bella carrera de Enfermería. A mi esposo Juan Pablo y mi hijo Miguel que a través de todo este proceso me han apoyado en las buenas y en las malas, a mi hermano Jair y mi padre Luis que sin ellos no hubiera podido llegar al punto donde estoy en todo este proceso, y a todas aquellas personas de que una o de otra manera me han apoyado para poder llegar a lograr este gran logro. Quiero también dedicarle este trabajo a mi abuela y a mi Tía Vicky ellas me enseñaron la importancia del estudio, apoyándome siempre en las buenas y las malas. No me alcanzarán los años para mostrarles lo agradecida que estoy con todos y cada uno de ellos.

A las personas de mi comunidad y familia que se han preocupado por mi desde el momento que salí a estudiar, por darme la confianza que soy capaz de esto y muchas cosas más.

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco en primer lugar a Dios, por brindarme la oportunidad de estudiar y alcanzar el sueño de ser profesional.

A mis familias, porque siempre han estado a mi lado y me han ayudado a vencer las dificultades con su amor y compañía.

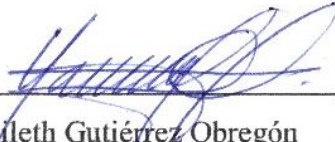
Le agradezco de todo corazón a nuestra directora de tesis, por su gran dedicación y paciencia, pues su guía fue un pilar fundamental para poder concluir esta meta.

A todas los participantes de nuestro estudio, por habernos abierto las puertas de su corazón y por compartir con nosotras sus experiencias.

A todos y todas, quienes nos han ayudado constantemente en este proceso, mil gracias.

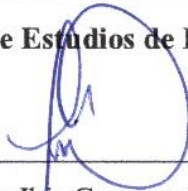
Lilly Matarrita Hernández

"Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal.



M.Sc. Yamileth Gutiérrez Obregón

**Representante del Decano
Sistema de Estudios de Posgrado**



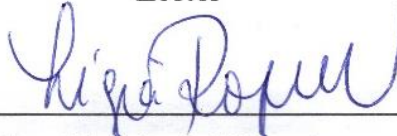
M.Sc. Ana Ibis Campos González

Profesora Guía



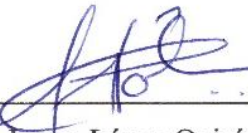
M.Sc. Randall Rivera Soto

Lector



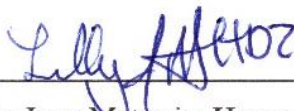
Dra. Ligia Rojas Valenciano

Lectora



M.Sc. Laura López Quirós

**Representante de la Directora del Programa de Posgrado en Enfermería
Ginecológica, Obstétrica y Perinatal**



Lilly Joan Matarrita Hernandez

Sustentante

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|------------|
| DEDICATORIA..... | ii |
| AGRADECIMIENTOS..... | iii |
| HOJA DE APROBACION | iv |
| TABLA DE CONTENIDO | v |
| RESUMEN | ix |
| | |
| INTRODUCCION | 1 |
| CAPÍTULO I..... | 3 |
| INTRODUCCIÓN..... | 3 |
| 1.1. ANTECEDENTES | 4 |
| 1.2. JUSTIFICACIÓN | 10 |
| 1.3. OBJETIVOS..... | 17 |
| 1.3.1. OBJETIVO GENERAL:..... | 18 |
| 1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:..... | 18 |
| CAPÍTULO II | 19 |
| MARCO DE REFERENCIA..... | 19 |
| MARCO CONCEPTUAL | 20 |
| 2.1. MITO Y CREENCIA | 20 |
| 2.2. EMBARAZO | 21 |

| | |
|--|-----------|
| 2.2.1. CREENCIAS Y MITOS DEL EMBARAZO | 22 |
| 2.1.1.1. ALIMENTACIÓN | 22 |
| 2.1.1.2. CREENCIAS DEL SEXO DEL NIÑO | 28 |
| 2.1.1.3. CREENCIAS SOBRE LAS ETAPAS DEL EMBARAZO. | 28 |
| 2.3. CREENCIAS SOBRE POSICIONES DEL PARTO..... | 32 |
| 2.4. <i>CREENCIAS SOBRE EL POST PARTO O PUERPERIO:</i> | 36 |
| CAPÍTULO III..... | 43 |
| MARCO METODOLÓGICO..... | 43 |
| 3.1. MODALIDAD DEL TRABAJO | 44 |
| 3.2. APROXIMACIÓN AL OBJETO DE ESTUDIO | 44 |
| 3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN | 46 |
| 3.3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN | 46 |
| 3.4. UNIDADES Y CATEGORÍAS DE ANÁLISIS..... | 48 |
| 3.4.1. CATEGORIZACIÓN DEL FENÓMENO DE ESTUDIO | 49 |
| 3.5. PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN..... | 53 |
| 3.6. SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES..... | 53 |
| 3.6.1. POBLACIÓN | 53 |
| 3.7. MUESTREO:..... | 54 |
| 3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS..... | 57 |
| 3.9. PRINCIPIO DE BENEFICENCIA..... | 57 |
| 3.10. PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA: | 58 |
| 3.11. PRINCIPIO DE RESPETO POR LA AUTONOMÍA: | 58 |

| | |
|--|-----------|
| 3.12. INSTRUMENTACIÓN: PARA LA RECOLECCIÓN DE LA | |
| INFORMACIÓN..... | 58 |
| 3.12.1. INSTRUMENTO Y TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN | |
| DE INFORMACIÓN..... | 58 |
| 3.11.2. VALIDEZ..... | 59 |
| 3.12.2. RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 59 |
| 3.12.3. SELECCIONAR LAS TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE LOS | |
| DATOS:..... | 62 |
| 3.13. ALCANCES, APORTES Y POSIBILIDADES FUTURAS: FASE | |
| EVALUATIVA..... | 63 |
| CAPÍTULO IV..... | 64 |
| RESULTADOS..... | 64 |
| 4.1. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS..... | 65 |
| 4.1.1. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN..... | 65 |
| 4.2. CREENCIAS Y HÁBITOS EN EL EMBARAZO..... | 66 |
| 4.2.1. “DEL SEXO DEL BEBÉ”..... | 66 |
| 4.2.2. FORMA DEL ABDOMEN..... | 68 |
| 4.2.3. USO DE ARTÍCULOS CASEROS..... | 70 |
| 4.2.4. ALIMENTACIÓN..... | 70 |
| 4.2.4.1 “ALIMENTACIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y CAMBIO | |
| EN EL ESTILO DE VIDA”..... | 72 |
| 4.2.5. “CUIDADOS DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO” ... | 74 |
| 4.2.6. “CONTROL PRENATAL”..... | 75 |

| | |
|--|-----|
| 4.2.7. PERCEPCIÓN DE SEXUALIDAD EN EL EMBARAZO..... | 76 |
| 4.3. CREENCIAS Y HÁBITOS PARTO Y PUERPERIO..... | 80 |
| 4.3.1. “CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO” | 80 |
| 4.3.1.1. “CUIDADOS DEL OMBLIGO” | 81 |
| 4.3.1.2. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO | 83 |
| 4.3.1.3. “LACTANCIA MATERNA COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO” | 84 |
| 4.3.1.4. “INICIO DE ALIMENTACIÓN EN EL RECIÉN NACIDO”.. | 84 |
| 4.4. CUIDADOS POST PARTO” | 87 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 89 |
| 5.1. CONCLUSIONES..... | 90 |
| 5.2. RECOMENDACIONES | 92 |
| 5.3 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 93 |
| CAPÍTULO VI..... | 106 |
| ANEXOS | 106 |

RESUMEN

El estudio se llevó a cabo en la comunidad de Santa Bárbara de Pavas Primer Semestre del año 2017. Es un estudio de tipo cualitativo, descriptivo, se realizó con el objetivo de describir los mitos y las creencias de las mujeres acerca del embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido para fortalecer el conocimiento del profesional en enfermería ginecológica, obstétrica y perinatal en Santa Bárbara de Pavas, segundo semestre 2017. La muestra se constituyó de mujeres de la zona de Santa Bárbara de Pavas que aceptaron realizar la entrevista, se utilizó un muestreo de conveniencia, dicha muestra fue de 15 mujeres que cumplieron criterios de inclusión requeridos para el estudio. La técnica de recolección de información fue la encuesta. Las edades de nuestras entrevistadas se encontraban entre los 46 y 91 años de edad. Respecto a la variable escolaridad, se encontró que un 73,00% no habían terminado su escolaridad. En referencia al estado civil de las mujeres en estudio, 46% son casadas, de 13,00% solteras, y 41% viudas. Dichos mitos y creencias son parte de sus prácticas cotidianas, de las participantes según se logra ver en el estudio, siendo para ellas de gran importancia para la salud y el cuidado de tanto de la madre como del feto, ellas refieren que no se pueden cambiar a pesar de los avances tecnológicos, aceptando la ayuda de los médicos, pero al mismo tiempo les dan su espacio a sus creencias. En este estudio se le dio especial énfasis de las participantes a los mitos relacionados con la alimentación, lactancia, cuidados del embarazo, cuidados del recién nacido, sobresaliendo la importancia de la parte alimenticia para la determinación del sexo del bebe y su beneficio para la salud materna y fetal, sin dejar de lado aquellos alimentos perjudiquen la salud del bebé y la madre tales como el alcohol y la canela. Los cuidados del recién nacido y de la “cuarentena” sobresalen, dándole énfasis a los primeros días para un adecuado desarrollo de tanto la madre como el menor. Entre las conclusiones más importantes es que en esta comunidad existe diferenciación entre la concepción del embarazo, parto y puerperio entre mujeres jóvenes y adultas mayores, cambiando su aplicación en ciertas creencias y mitos, y pueden ser de especial importancia para el personal sanitario.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Lilly Matarrita Hernández, con cédula de identidad 112360479, en mi condición de autor del TFG titulado Creencias de las mujeres acerca del embarazo, parto y puerperio para fortalecer el conocimiento del profesional en enfermería obstétrica en Santa Bárbara de Pavas en el primer semestre 2017

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Lilly Jean Matarrita Hernández

Número de Carné: A33111 Número de cédula: 112360479

Correo Electrónico: joliermat@gmail.com

Fecha: 8 marzo 2021 Número de teléfono: 88532806 / 88130062

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): Ana Ibis Campos Gonzalez

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

INTRODUCCION

Esta investigación se creó con la finalidad de describir las creencias de las mujeres acerca del embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido, con el fin de fortalecer el conocimiento del profesional en enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal, tomando como punto de referencia a las señoras de la comunidad en Santa Bárbara de Pavas durante el primer semestre de 2017.

Pelastre, B, Villegas, N, De León, V, Díaz, A, Ortega, D. & Santillana, M. (2005). Nos menciona que cada cultura interpreta y da significado a su propia existencia y al mundo que la rodea, pensando y organizando la realidad de una manera determinada. Lo anterior se aplica a todos los eventos de la vida entre los que se cuenta la maternidad, que en este sentido se ve revestida de valores culturales, sociales y afectivos. Las creencias, mitos y tabúes alrededor de la maternidad muchas veces se conjugan en la figura de la partera, además menciona estos autores mencionan que en la misma se deposita gran parte de la responsabilidad para el cuidado de la reproducción biológica y sociocultural a nivel de los barrios y pueblos.

Para Pelastre, Villegas y colaboradores (2008), la comprensión de las costumbres, las creencias y acciones asociadas a la reproducción, el embarazo, el nacimiento y la crianza de las niñas y los niños, es el primer paso para integrar esta práctica en esquemas alternativos de atención, cuyo objetivo sea la eliminación paulatina de los riesgos asociados a una maternidad en condiciones de desigualdad y marginación, y representa, al mismo tiempo, la oportunidad de crear un modelo de partera, capacitada especialmente para las circunstancias de cada lugar.

Por sistema de creencias en salud se entiende el conjunto relacionado de valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados a la salud, que sin ser necesariamente coherentes o estar científicamente fundados, tampoco son erróneos. En este sentido, el profesional de enfermería se obliga a retomar la propuesta que sugiere que el lenguaje es un recurso para comprender los significados que construyen realidades sociales, es de allí que conocer en un contexto social sus mitos y creencias mejora la práctica del ejercicio, abordando la subjetividad del cuidado y explorando su humanización, de acuerdo con Arrolla, Carrasquilla y colaboradores (2015).

Este estudio que se encuadró desde un enfoque de cualitativo de tipo descriptivo, según Hurtado J (2010), es “una teoría aplicable a la investigación social, en sentido amplio, puede definirse como la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable”. Todo esto con el fin de hacer una investigación que creará una descripción exacta del saber y las creencias de las señoras de la comunidad de Pavas, sin acudir a explicación de los aspectos e implicaciones en profundidad del objeto.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES

Este apartado está dedicado a exponer investigaciones que se aproximan al objeto de estudio. Es importante acotar que, sin pretender la exhaustividad en la búsqueda, los estudios que se describen a continuación son especialmente internacionales, ya que a nivel nacional fue muy limitada la evidencia, por no decir que los estudios son inexistentes.

Como primer acercamiento al tema en estudio, Castro, Peniche y Peña (2012), realizaron una investigación respecto a la sexualidad y mitos relacionados con el embarazo. Un aspecto importante a resaltar es la relación que hacen los autores entre los anticonceptivos y las creencias; concluyen que esta relación puede tener una connotación negativa y mágica. Este estudio permite visualizar la influencia de la sexualidad y los mitos sobre el embarazo en la población, debido a que como sugieren los autores los mitos y creencias como: “quitan el deseo sexual, no son seguros, orinar después de la relación no deja embarazar, entre otros” (p.105), dan al traste con la prevención del embarazo y que este se puede prevenir con el uso de métodos de planificación familiar cuya responsabilidad recae, por lo menos en los adolescentes, en su pareja y no en ambos.

Con todo lo anterior es claro que los mitos entorno al embarazo no radican solamente en el tiempo que la mujer se encuentra embarazada, sino incluso antes de la concepción (el intento de quedar embarazada) y después la anticoncepción en el post parto mediano y posterior. Los autores concluyen que ante los resultados que se obtuvieron de esta investigación, logran observar que a pesar de la formación que los

estudiantes puedan recibir ya sea en el contexto familiar o escolar, sobre los métodos anticonceptivos, en muchas ocasiones cargada de mitos y creencias erróneas, lo cual podría justificar una actitud de rechazo a los métodos anticonceptivos.

Por su parte, Castellano, Heizen & Nión (2012) realizaron una investigación denominada “Creencias populares en la salud materna” utilizando un “diseño abierto, exploratorio y descriptivo con un enfoque principalmente cualitativo”. El objetivo fue exponer los principales resultados vinculados a las creencias populares referidas por las usuarias con respecto a la salud materna, y proponer la reflexión en torno a estas creencias y su relación con el “saber profesional”. Entre los resultados más relevantes se pueden mencionar que existe la necesidad de “ser escuchadas” por el personal de la salud durante todo el proceso (gestación y nacimiento), además que el miedo al parto está presente más allá de las experiencias previas de las mujeres y en ocasiones; incluso, condicionado por las mismas experiencias de mujeres cercanas.

Llega a la conclusión, pues, que el saber popular y la ciencia no tienen una convivencia para su aplicabilidad en las instituciones de salud y que por esta razón no se ha podido implementar el saber en estas. Se identifica en este estudio que, en cierta medida, el saber científico no es de importancia para las mujeres mientras se encuentren en conflicto con su saber familiar. Por lo tanto, la “creencia popular” y la ciencia necesitan un espacio de reflexión por parte de los profesionales; de tal manera que se puedan concatenar ambos conceptos durante el embarazo, parto y post parto. En esta investigación se concluye que no es posible construir modelos de salud integrales, capaces de responder a las necesidades reales de la población, que generen

resultados positivos para el conjunto del colectivo social, si no se tienen en cuenta las bases culturales y el modo de vida de quienes hacen usufructo de los servicios si no se establece un verdadero vínculo entre “saber popular” y “saber experto”.

Otros autores como Cabré & Venegas (2013) cuyo estudio de tipo exploratorio describe las creencias sobre prácticas de autocuidado en segundo y tercer trimestre del embarazo en mujeres y hombres mayores de 18 años. Introduce la influencia que ejercen las personas mayores para que se mantenga una creencia, y por lo tanto, se podría cuestionar sus prácticas de autocuidado y manejo tanto del embarazo, parto y puerperio. Según los autores, las creencias que no se ponen a prueba pierden su veracidad en las nuevas generaciones. Además, las autoras mencionan con respecto de los hombres que:

“Por el contrario, los hombres ven las creencias como algo más verídico y que tiene lógica con la razón y la realidad del medio ambiente, se aprecia que los varones creen más en las creencias escuchadas al contrario de las mujeres, puesto que los que mencionaron creencias, las mencionaron con gran seguridad y credibilidad, aunque no entendían bien por qué sucedía, daban explicaciones lógicas a los fenómenos que habían escuchado. Al igual que las mujeres, los varones recibieron la información de forma oral y por parte de antiguos, es decir, las personas con mayor edad en la familia o en la comunidad”. (p. 43).

Las autoras concluyen que: “...algunas de las mujeres entrevistadas perciben tener creencias acerca del embarazo y parto, pero las conciben como inciertas, puesto que no saben si son verídicas; además, debido a que provienen en su gran mayoría de

personas de mayor edad”. (p. 43), adicionalmente a esto concluyen que la protección del menor (hijo o hija) según las creencias no siempre son válidas o verdaderas, pero que tienen por único objetivo resguardar el bienestar tanto materno como fetal según la creencias de las participantes.

Por otro lado, Saidman, Natalia, Raelle, María Gabriela, Basile, Mariana, Barreto, Luciana, Mackinnon, María José, Poy, Mabel Susana, Terraza, Raúl, & López, Laura Beatriz. (2012) realizaron un estudio descriptivo, transversal y exploratorio con análisis cualitativo, basado en los conocimientos, intereses y creencias sobre alimentación y nutrición en gestantes, mayores de los 17 años de edad donde se realizaron entrevistas semiestructuradas a 117 participantes y posteriormente una entrevista a profundidad a seis de estas mujeres. Llegaron a la conclusión de que estas mujeres agregan un valor negativo a ciertos alimentos, aduciendo que los rechazan porque los consideran dañinos para el menor y que producen aumento de peso, por lo cual los han eliminado de sus dietas. Además, hacen notar el desconocimiento que poseen las mujeres con respecto a los alimentos que pueden consumir o no. Por otra parte este estudio, permite visualizar la importancia de iniciar acciones de consejería nutricional durante el control prenatal focalizado en ofrecer un acompañamiento especializado en nutrición durante el control del embarazo. Los ejes centrales de dicha intervención serán; el componente educativo y la consejería nutricional que se formularán priorizando los conocimientos, intereses y creencias identificadas en este grupo de gestantes

García Romero (2014) realiza un diseño cuasi experimental pretest-postest sobre “La Sexualidad en el Periodo Gestacional”, su objetivo principal fue identificar

los cambios y/o problemas más frecuentes que presenta la mujer embarazada respecto a su sexualidad y, promover una actividad sexual saludable en la gestante y su pareja. La conclusión más importante es la escasez de estudios que establezcan este tipo de atención relacionada con la sexualidad y trabajo ante la temática de si se debe o no tener sexualidad en el embarazo y la falta de importancia que se le da a la mujer y su pareja. Concluye que la concienciación y la creación de programas que instruyan a la población en esta temática serían muy beneficiosas dejando ver la sexualidad como un tema prohibido, lo que supone un lastre para el desarrollo de esta dimensión de la personalidad al dar un giro a nuestras creencias y culturas,

Autores como Medina y Mayca (2009) desarrollaron un estudio etnográfico titulado “Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis”, este estudio fue de tipo etnográfico descriptivo, con metodología cualitativa, en la cual se recogieron las experiencias en «investigación de campo», a través de entrevistas a profundidad, grupos focales y la observación participante, que permitieron lograr el involucramiento con los pobladores nativos, tratando de comprender su naturaleza humana y su ámbito natural. Entre los resultados más importantes menciona que; “para la cosmovisión Awajun y Wampis, la concepción del mundo tiene características vivas y vivificantes, todo lo que existe tiene vida propia, la densa vegetación, refieren, antes han sido personas”, mencionando en este punto basados en lo anterior que la mujer es propensa a la enfermedad y por lo mismo deben existir ciertos cuidados especiales basados en sus vivencias anteriores para poder superar este periodo. Se concluye que en estas comunidades las personas tienen percepciones y creencias muy arraigadas con

respecto de las etapas estudiadas y que estas creencias son la guía de su comportamiento, lo cual tiene un efecto en la salud de la madre y el niño, por lo que es necesario capacitar al personal en salud para que les eduque y trate de comprender y es necesario difundir y educar para una mejor nutrición, utilizando los recursos que ellos tienen a mano.

Finalmente, Castro, Peniche & Peña (2012) en su investigación cuantitativa descriptiva sobre “Conocimientos, mitos y prácticas sobre el uso de métodos anticonceptivos asociados al incremento de embarazos no planificados en estudiantes adolescentes en dos instituciones educativas en la ciudad de Cartagena”, destacan que los adolescentes de estos centros educativos tienen creencias erróneas con respecto a la anticoncepción y además tienen una actitud negativa con respecto a estos.

Entre las conclusiones más relevantes indican que los estudiantes adolescentes poseen un escaso grado de conocimientos globales sobre la salud sexual general, lo que los conlleva a una actitud negativa y basada en una información poco objetiva sobre los métodos anticonceptivos además mencionan que los mitos y creencias más sobresalientes que citaron fue que los anticonceptivos quitan el deseo sexual, que no son seguros, que orinar después de la relación no deja embarazarse, entre otros. Es importante acotar que este autor incluye solamente la parte de anticoncepción y el estudio deja vacíos porque solamente se centra en esta temática y no profundiza en ningún otro mito o creencia.

Posterior a la exposición de los antecedentes en el siguiente apartado se llevará a cabo la justificación de la investigación.

JUSTIFICACIÓN

En este apartado se expondrán las razones por las cuales se realizó el estudio.

Bautista, J., Escobar, V., Miranda, R. Afirman que desde el inicio de los tiempos, “...*las creencias se refieren a los juicios de una persona de probabilidad subjetiva sobre algún aspecto discriminable de su mundo; que se ocupan de la comprensión de la persona misma y de su entorno...*” (2016). Aquí se logra ver que las creencias como tal han existido de los orígenes del ser humano y han sido creadas como una necesidad de darle valor a la existencia del mismo ser humano.

Para Cabré y Venegas (2013) las creencias son:

“son un conjunto de pensamientos, acompañados muchas veces de sentimientos que genera una persona de forma subjetiva, creadas a partir de la interacción con el entorno e individuos, otorgándole el carácter de verídico”, (p.7)

Aquí se logra visualizar que las creencias en general y especialmente sobre el embarazo, son una necesidad que surge en el ser humano para poder justificar o llenar campos vacíos en su mismo saber, es así que entonces las creencias relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio no se aíslan de esta realidad, cosas como sexo del bebé, forma de nacer, “males de ojo”, etc., pueden tener en ocasiones significaciones mágicas o fenomenológicas, esto lo respalda Cabré & Venegas (2013), quienes denominan a los mitos como ideologías, y lo definen como una serie de hechos o fenómenos que generan un sistema de creencias, valores, compromisos que distorsionan la comprensión del fenómeno de la salud. Esto nos lleva a lo que conocemos como “mitos”.

De Sevilla, M., de Tovar, L., & Arráez, M. (2006) mencionan que desde la remota antigüedad el mito del griego (“mythos”, que significa “fábula, leyenda”), ha permitido al hombre explicar una realidad que se le presenta de manera irracional relacionado con seres extraordinarios; estas pueden variar en alguna forma la manera de pensar de la gente, a veces de forma positiva y en otras ocasiones de manera negativa. El mito es parte de la vivencia humana.

El inicio de un mito y creencia no necesariamente se encuentran definidos, pero son conceptos que toman fuerza a lo largo de los años, como una búsqueda de seguridad del mismo ser humano. Las creencias no necesariamente son falsas, equívocas o dañinas para la salud de la madre y el menor, más bien muchas veces se convierten en recomendaciones sobre cosas que se deben o no hacer durante los periodos relacionados con la gestación; pero al mismo tiempo estas creencias podrían causar preocupaciones innecesarias tanto a la gestante como a la familia, provocando que tomen medidas o cuidados que podrían ser beneficiosos o perjudiciales para ambos.

Basados en lo anterior, es necesario aclarar todos estos términos y confrontarlos con la realidad, aunque se sabe que estas creencias y mitos poseen una base cultural y con muchos años de existencia, es importante aclarar que algunos de estos no tienen una base científica que compruebe su eficacia. A pesar de esto, enfermería debe conocerlos para un mejor abordaje y educación a la población y con este conocimiento poder brindar una mejor atención en salud a las mujeres que se encuentran en etapa reproductiva y gestacional.

También las autoras mencionan que los mitos o creencias se pueden interpretar de acuerdo con su carácter supersticioso, religioso o pagano, y que sus prácticas pueden ser inofensivas a la hora de su aplicación para la salud, pero a pesar de esto pueden existir otras que podrían generar repercusiones negativas en el feto como también en la gestante.

En diferentes países como México, Perú, Guatemala se han hecho estudios sobre mitos y creencias para ser aplicables en la práctica de enfermería, por ejemplo: Colorado, T. (2008). Lora Encalada, M., & Narváez Lucero, A. (2010) y García De Alba García, J., Troyo-Sanromán, R., Herrera-Suárez, C., Vásquez-Garibay, E., Romero-Velarde, E., & Romo-Huerta, H. (2012), dichos autores se refieren a las creencias en sus respectivos países, además de la aplicabilidad del mito y la creencia en la etapa gestacional en la atención de las mujeres.

Desdichadamente en nuestro país no existen antecedentes de estudios similares ni estudios que traten de conocer cuáles son esos mitos y su relación con las etapas del embarazo parto y puerperio, de ahí la importancia de la realización de este tipo de estudios, que puedan servir de base para la aplicabilidad de mitos y las creencias en el beneficio de las usuarias.

En Costa Rica es necesario dar respuesta a estos hechos de la vida, los cuales son resueltos por las mismas usuarias o sus familiares a través de mitos y creencias, albergados en el saber social, que han sido transmitidas de generación en generación y valorar si realmente estas creencias y mitos han perdido importancia a través del tiempo o por el contrario permanecen y se transmiten de manera intergeneracional.

Según menciona Alarcón & Nahuelcheo (2008) el conjunto de normas sociales y culturales definen “lo que es y no es permitido para la embarazada, definiendo diferentes pautas y medios de rigor en su actuar, que afectan a las mismas en los campos en que se desenvuelve”. Este estudio indaga las creencias en una población específica (indígenas) relacionado con el embarazo, parto y puerperio, mencionan que en la práctica clínica empírica de las enfermeras obstetras; en cuestiones tan simples como que los productos alimenticios, existen algunos que pueden repercutir de manera sumamente negativa en el bienestar de la madre, pero de la misma manera existen otros alimentos como la linaza, que podrían ser sumamente beneficios para una labor de parto natural, como lo mencionan; Lora Encalada, M., & Narváez Lucero, A. (2010):

“Como es el caso del agua de linaza o el agua de melloco que ingieren algunas parturientas, según sus creencias estas aguas ayudan a resbalar al feto y placenta”. (p. 28).

De ahí la importancia de acercarnos a los aspectos culturales positivos y negativos de una comunidad para entender sus formas y estilos de vida.

También Juárez & Rojas (2012) en su estudio sobre “Implicaciones culturales en el embarazo parto y post parto en la zona de Q'eqchi'” mencionan que las creencias de las mujeres y de la población en general con respecto del embarazo tienen que ver con los elementos culturales que sustentan las prácticas de la población y su filosofía trata en la práctica de lo bueno y lo malo. Esto nos lleva a pensar que es necesario indagar sobre las creencias a nivel nacional para poder abordar desde el sector salud la vinculación entre cultura y cuidado enfermero. Estos autores mencionan que “en la

práctica tradicional se asocian a una interpretación sobrenatural o mágica, los tratamientos son también rituales espirituales asociadas al uso de elementos naturales...”, basados en lo anterior podemos ver que los mitos y las creencias son partes de la sociedad a nivel mundial, estas tienen a conllevar en muchas ocasiones connotaciones mágicas e incomprensibles. Este estudio justifica esta investigación debido a que ambos tratan de revelar mitos en relación a una población específica y su importancia en la vida cotidiana, logrando dar un mejor entendimiento a estos conocimientos que se han transmitido de generación en generación.

Consecuente con lo anterior, Cabré, N. & Venegas, C. (2013) mencionan que la antropología médica ha enseñado que se puede realizar cambios en atención en salud dándole suma importancia a las creencias y mitos, no sólo en las temáticas referentes a la gestación y el parto, sino también en lo referente a la etiología y manejo del proceso de enfermedad como tal. Basados en lo anterior se logra ver que todos estos procesos sociales y culturales son de suma importancia para el desarrollo del ser humano, pero que estos al mismo tiempo pueden ser esenciales para lograr una atención de calidad y más acertada de las necesidades de los mismos, sin importar el momento de la vida en que se encuentren. Por esta razón el hecho de conocer los mitos y las creencias de las personas son herramientas que nos pueden ayudar a ser más acertados en su atención.

Por esta razón es necesario llegar a un reconocimiento de las creencias relacionadas con el proceso de salud-enfermedad y a partir de este punto poder inspeccionar e identificar las creencias en el embarazo, con el fin de poder prestar una

atención de calidad a la madre gestante, su bebé y el entorno comuno-familiar que los rodea.

Según menciona Collaguazo & Cumbe & Espinoza (2014):

“En las comunidades de otros países como en el Ecuador, el embarazo, parto y postparto son vistos con un profundo respeto, un evento tan significativo como éste, posee un orden normativo con reglas de comportamiento definidas y sistemas rituales, que sirven como base para la organización de la vida social de un grupo determinado. En este contexto, el parto trasciende el ámbito biológico para convertirse en un fenómeno social y cultural”. (p.20).

Pelastre, B., Villegas, N., de León, V., Díaz, A., Ortega, D. & Santillana, M. (2005) mencionan la importancia que debe tener para el personal de salud, la comprensión de cómo es el pensamiento y el sentir de las personas que atiende, expresados en la salud materna y del feto, estos pueden ser inocuas e incluso beneficiosas.

De acuerdo con lo anotado anteriormente, el entendimiento de las situaciones relacionadas con las creencias conciernen a quienes dirigen los sistemas de atención en salud, los mismos deben basarse en el respeto a las particularidades, a las prácticas culturales de las personas a las cuales brindan atención, asegurando así el cumplimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, haciendo que la atención sea lo más conducente, de calidad y equitativa para todos, sin importar su procedencia, creencias o costumbres, dándoles siempre la información adecuada y oportuna, con el fin de obtener la mejor atención por parte del profesional, pensando en todo lo anterior

es de suma importancia el enlace de las creencias de los pueblos y la atención del personal de salud.

Por tanto, la relevancia de este estudio es darle valía a dichas creencias que han traspasado las épocas y con base en evidencia determinar cómo los factores culturales o “creyenceros” y los científicos unidos pueden ser útiles a la hora de la atención de la usuaria obstétrica en sus distintos periodos en la etapa de gestación y postparto.

Sin lugar a dudas las creencias tienen una especial influencia en el embarazo, parto y puerperio, por lo que deben ser tomadas con respeto, pero ante todo debe existir un conocimiento para poder educar la población general sobre cuáles pueden ser los beneficios o perjuicios reales tanto para la madre como para el feto; pensando en lo anterior y al ser una rama meramente vivencial, puede que estas prácticas sean beneficiosas en cantidades controladas, pero perjudiciales cuando se aplican en exceso. En resumen, si estas prácticas se estudian con ahínco y se realizan las pruebas necesarias, estas podrían ser aplicables en el cuidado de la madre y su bebé en el periodo del embarazo, parto y puerperio.

Respecto a Costa Rica, existe escasez de estudios relacionados con la identificación de las creencias populares referentes al embarazo, parto y puerperio. Por lo cual, es imperante la investigación sobre esta temática que evidencie los fines terapéuticos y las formas de aproximación hacia la población de interés en este estudio; por ejemplo según menciona Taipe Campos, N. (2014)

“la cultura indígena en nuestro país sobrevive siguiendo una serie de creencias respecto de su salud que han pasado de una generación a otra, las cuales dejaron de ser simplemente un mito y han llegado a ser una forma

de abordaje a una realidad sin ayuda de las bases científicas de la sociedad moderna”.

De tal forma, que adquieren importancia las creencias y su aplicabilidad y que podemos validarlas para su implementación en el área de la salud.

Lo expuesto anteriormente es relevante para la disciplina de enfermería ginecobstetricia, ya que esta investigación viene a clarificar una serie de actuaciones sociales alrededor de la salud reproductiva y el embarazo y facilita el abordaje y el cuidado de calidad a esa población.

Este trabajo surgió como resultado de la experiencia personal en práctica clínica y la vivencia cotidiana con las mujeres en estado de embarazo, parto y puerperio, en dicha vivencia se ha divisado que, los temas relacionados con mitos, creencias de las púerperas, sobre todo en las primigestas, son temas pocos estudiados especialmente por el profesional de enfermería a nivel nacional, a pesar del valor que le dan las gestantes a los mismos.

Con este estudio se pretende promover el diseño de programas de prácticas saludables relacionadas con el cuidado de las mujeres obstétricas, basados en los mitos y creencias de las mujeres de la sociedad costarricense; con el conocimiento de éstos se podría mejorar la atención de las mujeres logrando utilizar medios más naturales para que sean beneficiosos para ellas, para lo cual este estudio empezó por documentar toda aquella información sobre los mitos, creencias y costumbres de nuestra sociedad acerca del embarazo, parto y puerperio, en la comunidad Santa Bárbara de Pavas en el periodo del 2017.

OBJETIVOS

1.1.1. Objetivo general:

Describir los mitos y las creencias de las mujeres acerca del embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido para fortalecer el conocimiento del profesional en enfermería ginecológica, obstétrica y perinatal en Santa Bárbara de Pavas, segundo semestre 2017.

1.1.2. Objetivos específicos:

- Identificar las creencias y mitos de las mujeres respecto de los cuidados durante el periodo de embarazo, parto y puerperio

- Indagar las creencias de las mujeres acerca de los cuidados del recién nacido y la lactancia materna.

CAPÍTULO II

MARCO DE REFERENCIA

MARCO CONCEPTUAL

En este apartado se describe una serie de distinciones conceptuales y organización de ideas en las cuales se apoyó la investigadora para sustentar la investigación.

2.1. MITO Y CREENCIA

Para poder trabajar con mitos y creencias en el embarazo, parto o puerperio primero se tiene que empezar por definir conceptos como mito y creencias. Según Castro, Peniche & Peña (2012): los mitos son: “aquellas explicaciones o interpretaciones falsas, como mentiras, que se han transmitido o heredado por generaciones, a tal punto de que se llegan a considerar como verdades naturales y aceptables”.

Además, para los mismos autores la creencia es:

“Estado de la mente en el que un individuo tiene como verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene a cerca de un suceso o cosa, generalmente basado en la fe, creado por nuestra mente, lo cual luego por la interpretación deviene en un contenido cognoscitivo de un hecho concreto o abstracto, que no presentará una demostración absoluta y ni siquiera tampoco se le exigirá un fundamento de tipo racional que lo explique, pero que aún ante esta situación de carencia de comprobación, tiene serias y ciertas chances de remitir a una verdad”. (p.56)

2.2. EMBARAZO

A continuación, se mencionan algunos autores que describen la conceptualización del embarazo y sus diferentes etapas, dando un mejor entendimiento de su definición

Israel, Lugones, Valdespino & Ambrosio (2005) definen el embarazo como el periodo que: “abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto”. En el ser humano la duración media es de 269 días (cerca de 10 meses lunares o 9 meses-calendario),

Siguiendo adelante, podemos definir la concepción como “el momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide, comienzan a producirse en el cuerpo de la mujer, una serie de cambios físicos y psíquicos importantes destinados a adaptarse a la nueva situación y que continuarán durante los nueve meses siguientes. Esto que conocemos como un embarazo es necesario que la mujer acepte y sepa llevar lo mejor posible estas transformaciones”. Esta definición es reforzada por Towle, 2010 quien describe el embarazo como: “el período durante el cual las madres llevan en el útero a sus hijos mientras se están formando”.

Al poderse describir el embarazo se puede por medio de los sucesos que acontecen a lo largo de las 40 semanas del desarrollo fetal, se logra ver que el embarazo es un proceso sistemático para el cual se llega a un resultado, “hora del nacimiento”, teniendo, pues, un inicio y un resultado al final con período específico de duración.

2.2.1. Creencias y mitos del embarazo

Habiendo definido el concepto del embarazo, procedemos a enmarcar el mito y las creencias como un medio de correlación entre estos y aquel, logrando por medio del entendimiento de estos conceptos una interrelación entre ellos.

Ramírez, E (2014) define mito como:

“Hablar de mito, como ya se señaló, es hablar de relatos imaginarios maravillosos protagonizado por seres sobrenaturales extraordinarios como dioses, semidioses, héroes o monstruos, forman parte de la religión de la cultura, las cuales la consideran verdaderas, las cuales dan un respaldo narrativo a las creencias fundamentales de la comunidad”.

Además, esta autora menciona que el filósofo mexicano Luis Villoro en 1922 utiliza el término creencia como “un concepto epistémico”, que define como “un estado disposicional adquirido, que causa un conjunto coherente de respuestas y que está determinado por un objeto y situación objetiva aprehendidos”. Él distingue dos tipos de creencias: las “creencias básicas” que conforman el trasfondo y el supuesto del entendimiento del mundo y las creencias de las que se da razones y que se adquieren por otras creencias o por nuestra experiencia en el mundo.

2.1.1.1. Alimentación

La alimentación siempre es un factor importante en el desarrollo del ser humano, con mucha más razón en el periodo del embarazo, en donde cobra un papel de suma importancia en la preparación de un cuerpo sano; más cuando se encuentra una nueva

vida en proceso. Es de suma importancia y necesario tomar conciencia, que los cuidados que deben brindarse, comenzado en el mismo momento que la misma madre toma conciencia de este proceso. Con todo lo anterior, en este apartado se expondrán los cambios que se pueden presentar en este periodo relacionado con la alimentación.

a) “Antojos” en el embarazo

La idea de los “antojos” en la mujer embarazada existe desde la época prehispánica, en donde se pensaba que los antojos eran una manifestación de las necesidades del niño a través de su madre y si ella no cumplía lo que el antojo le indicaba el bebé tendría alguna complicación.

Según Maldonado-Duran, M. (2008), es común que en el primer trimestre del embarazo la mujer sienta gran cansancio, somnolencia y náusea, además de vómito matutino. De hecho, aproximadamente el 80% de las gestantes tendrán náuseas y vómitos, aunque es probable que en algunas culturas tradicionales estos síntomas sean mucho menos frecuentes. También este autor menciona que existen muchos reportes de varios grupos culturales con los “antojos” por cosas que antes no comían o comidas especiales”.

En realidad la cantidad de información que explique la duración y el origen de los antojos es poca, pero según las creencias populares se puede decir que suele asumirse como necesario que la mujer ingiera estos alimentos o preparaciones anhelados, como parte de la atención normativa de la embarazada y que su compañero o miembros de la familia extendida, satisfagan estos nuevos deseos.

Lora, G; Narváez, A. (2010) define los antojos

“como un reprimiento de un deseo compulsivo de consumir distintos grupos alimentarios, rechazando otros, pero si se dejan llevar a un aumento de esperar mayor a los 9 a 11 kg deseados y más bien entre 11 y 15 kilos aproximadamente o tal vez más, pero gracias a ese aumento de peso durante los 9 meses de embarazo, puede ser dañino para la madre y el recién nacido”. (p.16)

También menciona que existen algunas creencias relacionadas con que el tipo de antojo, tiene que ver con el sexo del bebé, entre más dulce deseen es niña y entre más salado o amargo deseen es niño y que si no se cumplen esos antojos puede llegar a un aborto del bebé.

b) Alimentación en las etapas del embarazo

Ya sabemos que el embarazo es una etapa en la que ocurren muchos cambios y deben tomarse acciones, varios autores se han referido a esto.

Según Sánchez, F. et al. (2013), el embarazo es:

“...una etapa de vital importancia, donde tienen lugar múltiples procesos hiperplásicos, hipertróficos, de adaptación metabólica y de preparación para la vida extrauterina. En esta revisión se analizan aspectos centrales de la nutrición durante el embarazo, tanto en la etapa embrionaria como fetal. Se exponen los cambios más importantes que tienen lugar en el páncreas fetal, con especial mención de la susceptibilidad de este órgano central en la homeostasis de la glucosa a enfrentarse a cambios nutricionales durante su desarrollo y maduración”. (p. 250).

Para el Ministerio de Salud (2012) “la adecuada alimentación de la mujer durante el embarazo es de vital importancia tanto para ella misma como para el bebé en gestación. Un inadecuado estado nutricional, tanto preconcepcional como durante el embarazo, impactará de forma negativa sobre la capacidad de llevar adelante ese embarazo y sobre la salud de la madre y el niño. En contraparte, una correcta alimentación contribuirá a disminuir el riesgo de bajo peso al nacer, prematuridad, inadecuaciones nutricionales de la madre y el feto, etc.”.

Además, varios estudios como los de Orane Hutchinson, A. (2016) y Lora, G; Narváez, A. (2010), demuestran que el costo y necesidad energética para una mujer embarazada se ha estimado entre 75.000 y 80.000 kcal, el cual tiende a aumentar por día las necesidades en unas 150 kcal diarias en el primer trimestre del embarazo y en 340 kcal en los trimestres restantes, esto significa un aporte extra de aproximadamente 55.000 kcal durante todo el embarazo. Con todo lo anterior se puede decir que el requerimiento alimentario de la mujer gestante debe ser modificado a lo largo de los tres trimestres, siendo el último semestre el de mayor requerimiento total.

De los nutrientes necesarios en la época de gestación se pueden mencionar los macronutrientes, que se dividen en: (a) proteínas, (b) hidratos de carbono y (c) los lípidos (ácidos grasos libres, triglicéridos, colesterol total y fosfolípidos), siendo la primera mitad del embarazo una época importante para el consumo de estos nutrientes debido a que existe una mayor tendencia a más consumo de alimentos ricos en carbohidratos y lípidos, que aseguran la síntesis y depósito de grasa; y en la segunda

mitad “se reduce la ingesta de alimento, existe una resistencia periférica a la insulina y los cambios hormonales favorecen la utilización de las grasas acumuladas”.

c) Alimentación en el post parto

El tema de la nutrición durante el embarazo y la lactancia es complejo; lo más probable es que existan diferencias entre las creencias de los individuos y poblaciones, en cuanto a la cantidad de nutrientes que asegura la integridad y buen funcionamiento del organismo y en contraparte, según menciona Mosteiro, M. (2012):

“La adecuada alimentación de la mujer durante el embarazo es de vital importancia tanto para ella misma como para el bebé en gestación. Un inadecuado estado nutricional, tanto preconcepcional como durante el embarazo, impactará de forma negativa sobre la capacidad de llevar adelante ese embarazo y sobre la salud de la madre y el niño. En contraparte, una correcta alimentación contribuirá a disminuir el riesgo de bajo peso al nacer, prematuridad, inadecuaciones nutricionales de la madre y el feto, etc.”. (p. 2).

Esto quiere decir que el tema en la nutrición de la embarazada, es un proceso donde no solo hay que tomar en cuenta factores psicosociales, físicos y ambientales de la madre y el menor, sino también que se debe tener especial cuidado en el aspecto de la alimentación.

d) Creencias y hábitos alimentarios durante el embarazo y el post parto

La Universidad Estatal a Distancia (UNED) de Costa Rica, 2005; menciona que son muchos los mitos que rodean las recomendaciones nutricionales de la embarazada.

Por ejemplo: no es cierto que se deba “comer por dos”. En cualquier caso, es evidente que la alimentación y la gestación están ligadas en el curso de un embarazo normal. Desde el comienzo del embarazo, la mujer demanda abundancia de alimentos (hiperfagia), que suele durar los dos primeros tercios de la gestación. Por ello, es muy importante que la reserva de energía se lleve a cabo de una forma nutricionalmente adecuada para compensar las necesidades madre – hijo y así evitar situaciones que puedan alterar el desarrollo del embarazo.

Existen creencias tales que la mujer embarazada tiene que “comer por dos”, Fernández Barriga, M. (2017), menciona que hay que comer más porque ahora tiene que alimentar a ella y al bebé que crece, pero esto no es del todo cierto; en el embarazo las mujeres no necesitan comer más sino realizar una dieta balanceada que cubra las necesidades de ambos, que contenga las proteínas, vitaminas y minerales, necesarias para ambos, para lograr una adecuada evolución de embarazo y llevarlo a término de manera adecuada.

En relación con el aumento de peso y consumo diario, autores como Okumura, Maticorena, Tejeda & Mayta-Tristán (2014) y San Román Diego M. (2013), recomiendan que la dieta diaria no exceda un aumento de más de cuatrocientas kcal adicionales a su dieta, para que el aumento de peso se mantenga entre los 0.5 a 1.5kg por mes, con un total de aumento de peso desde el inicio del embarazo que se mantenga entre 9 y 15 kilos; mas de eso sería perjudicial para ambos, primero para el menor porque su aumento de peso no será el adecuado, y en la madre al subir tanto de peso

puede favorecer patologías agregadas como la preeclampsia, eclampsia o diabetes gestacional.

2.1.1.2. Creencias de cómo averiguar el sexo del niño

Existen miles de creencias populares para averiguar el sexo del bebé; hay mujeres que creen que la forma del abdomen, “*si tienen la barriga baja esperan niños, mientras que las mujeres que llevan las niñas tienen las barrigas altas*”. Otra creencia es respecto de lo que se “*antoja*” así será el sexo del bebé. “*Si prefieres las cosas amargas será niño, si se te antoja lo dulce niña*”. Estos mitos y creencias pueden ser parte de la cultura general y ser una herramienta sobre cómo las mujeres pueden predeterminar cuál será el sexo de su hijo, nos dice Lora, M. (2010),

Todas estas creencias se dan a partir de los años y la diversidad de las personas que se relacionan. Basado en esto, así serán las experiencias, creencias y mitos que tenga esa persona ya sea por los padres, abuelos o conocidos. Ciertos o no, toda persona necesita siempre una base para cosas como cuando está embarazada y necesita saber cosas respecto al sexo, facciones y tendencias del nuevo bebé.

2.1.1.3. Creencias sobre las etapas del embarazo.

El embarazo es un periodo que está compuesto por muchos cambios, algunos casi imperceptibles y otros tan marcados que no se pueden pasar por alto, en este apartado se desarrollarán estos cambios.

a) Cambios normales en cada semestre del embarazo

El embarazo es considerado por muchos el inicio de la vida de la persona. Según Lora Encalada, M. & Narváez Lucero, A. (2010), *“el parto humano, también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, el periodo de salida del infante del útero materno”*.

En su libro “Naturaleza del Niño” Fernández Barriga, N. (2017), menciona que la primera descripción de un parto normal fue hecha por Hipócrates (460-377 a.C.). Este autor tenía la teoría de que el feto se acomodaba con más frecuencia con la cabeza hacia abajo, debido a que el peso de la parte superior del cuerpo, desde el ombligo a la cabeza, era mayor que el peso de la parte inferior, desde el ombligo a los pies. También aseguraba que la bolsa de las aguas se rompía porque el feto hacía movimientos de sus manos o pies para romperlas”.

Para complementar esto también DeCherney y otros (2014) hacen mención a que “antes del inicio del trabajo de parto verdadero, era común que se presentarán diversos cambios fisiológicos preparatorios. El progreso del trabajo de parto se encuentra dictado por las dimensiones y configuración de la pelvis, el tamaño del feto y la fuerza de las contracciones.” Estos mismos autores continúan diciendo que “la intensidad del dolor depende de las relaciones fetales/pélvicas, de la fuerza de las contracciones uterinas, y del estado emocional y físico de la paciente”.

b) Etapas del Parto:

El proceso del trabajo de parto normal posee tres fases: La **primera** se extiende desde el momento en que se inicia este mismo hasta el momento en donde se da la dilatación completa del cuello uterino, pasando luego por la **segunda** fase que consiste en el espacio que transcurre entre la dilatación completa del cuello y el nacimiento del feto, pasando por último a la **tercera** fase que consiste entre el nacimiento del niño y la expulsión de la placenta.

Cunningham, G., Bloom, S., Leveno, K., Williams, J., & Hauth, J. (2011) y Ladewig, P. (2006) describen que en el parto se consideran cuatro períodos, a saber:

Fase I del parto: quiescencia uterina y ablandamiento del cuello uterino: Incluso desde antes de la implantación, se impone un periodo muy eficaz de quiescencia miometrial. En condiciones normales, esta fase comprende 95% del embarazo y se caracteriza por estabilidad del músculo liso uterino con mantenimiento de la integridad estructural del cuello uterino. El ablandamiento del cuello uterino se debe al aumento de la vascularidad, hipertrofia estromal, hipertrofia glandular y cambios en la composición o estructura de la matriz extracelular. Como resultado de las fuerzas de contracción, tienen lugar dos cambios fundamentales, borramiento y dilatación, en el cuello uterino ya maduro.

Además, Ladewig (2006) menciona que en la primera etapa se da la dilatación y borramiento, se caracteriza porque se incluye en este periodo la fase latente “el verdadero trabajo de parto empieza cuando aparecen las contracciones regulares, que son habitualmente moderadas. La mujer se siente capaz de aguantar las molestias”.

Además, estos autores mencionan que es el periodo que va desde que inicia la dilatación hasta los 4 cm de dilatación y un borramiento de un 80%” y la fase activa “verdadero trabajo de parto, corresponde al periodo de dilatación del cuello uterino desde los 4 cm hasta los 10cm, o del borramiento desde el 80% hasta el total borrado o ambos”

- i) Segundo periodo: el expulsivo, *“corresponde a los eventos desde que se alcanza la dilatación completa de 10 cm y total borrado hasta la expulsión del feto”, definido también como el periodo que “comienza con la dilatación cervical completa y termina con el nacimiento del bebé. El pensamiento tradicional indica que la segunda etapa debe ser completada en 2 horas tras la dilatación completa del cuello uterino en las primigrávidas; esta etapa dura de media a 15 minutos en las multíparas”.*
- ii) Tercer periodo: el alumbramiento. *“Esta etapa comienza justo después del nacimiento del feto y consiste en la separación y expulsión de la placenta y las membranas. Cuando el feto sale, el útero se contrae en forma espontánea en torno a su contenido decreciente. En condiciones normales, para cuando el recién nacido está fuera, la cavidad uterina está casi obliterada”.*
- iii) Cuarto periodo: el periodo uterino *“corresponde a partir de la expulsión completa de la placenta y las membranas, hasta las siguientes horas de la fase del puerperio; mencionan que “La cuarta etapa del parto es el tiempo, entre 1 y 4 horas tras el parto, durante el cual comienza el reajuste fisiológico del cuerpo de la madre”.*

Después de mencionar los periodos del parto, en el siguiente apartado se describen las posiciones del parto.

2.3. CREENCIAS SOBRE POSICIONES DEL PARTO

Basados en lo que Towle, M (2010) nos dice, podemos afirmar que existen distintas posiciones del parto como:

(A) En decúbito lateral (izquierdo) con apoyo de la pierna derecha.

(B) Taburete de nacimiento.

(C) En decúbito supino con apoyo por parte del acompañante.

(D) Posición sobre manos y rodillas (también llamada posición rodilla tórax), indicada en caso de prolapso del cordón umbilical.

Todas estas posiciones son creadas a raíz de la costumbre popular, por ejemplo la posición arrodillada en la época hispánica fue desarrollada por las comadronas colocándose delante de la parturienta y la tenedora a su espalda, siendo tarea de ambas sacar a la paciente del incómodo momento en que se encontraba, según lo menciona Lugones Botell, M & Ramírez Bermúdez, M, (2012).

Además aclaran que “los factores que influyen en la posición que adoptan las mujeres durante el parto son numerosos y complejos. Es difícil identificar la conducta "instintiva" propia de la mujer, porque está fuertemente influida por las normas establecidas de cada lugar, de cada país”. Aquí se logra ver que conforme transcurre el periodo del parto la posición puede cambiar, según el estudio de Pelastre, B., Villegas, N., de León, V., Díaz, A., Ortega, D., & Santillana, M. (2005).

Pelastre, B., Villegas, N. y otros (2005) mencionan que; las mujeres adoptaron otras posiciones para el acto de parir, una sentada, otra en silla especial, según las

madres y la costumbre general ellas saben elegir cuál es la mejor posición para el nacimiento de su hijo y se refiere que debido a “fuentes consultadas no hemos encontrado referencia alguna al papel que juega el esposo a la hora del alumbramiento en el territorio novohispano”. Lo que puede significar que la elección de la posición del alumbramiento es decisión meramente de la madre y no de su pareja.

Con base en la información anterior, Lugones M. y Ramírez M. (2012) también mencionan que “las diferentes posiciones adoptadas por las mujeres durante el parto han constituido hitos importantes a través de la historia, algunos de los cuales no están totalmente resueltos”. Además, afirman que “la mayoría de las mujeres occidentales tienen sus partos en la llamada posición dorsal, la que supone permite al médico controlar mejor el estado del feto, garantizando así un parto seguro, fundamentalmente para promover su bienestar. De esta manera, se ha dicho que se ha cambiado la tradicional forma de parir, dominada por la movilidad y verticalidad, a la pasividad y horizontalidad”.

Lora Encalada, M. & Narváez Lucero, A. (2010) enumeran varios tipos de posiciones que adoptan las mujeres durante el parto, las cuales las mencionan y las describen de la siguiente manera:

2.3.1. Posición cuclillas

Puede facilitar la bajada del bebé y hacer que nazca más rápido, ya que la mujer cuenta con la ayuda adicional de la fuerza de gravedad. Este tipo de parto se puede

apoyar con sillas especiales que se encuentran en algunos centros de maternidad. Entre las ventajas de esta postura se encuentra:

- Puede requerir menos puje.
- Se cuenta con la fuerza de gravedad a favor.
- La pelvis se abre más que en otras posiciones.
- Favorece una rotación del bebé si es que así se necesitará.
- Facilita la salida del bebé, pero es muy importante tener en cuenta una complicación que podría surgir y es que cuando la cabeza del bebé ejerce presión sobre la pelvis, puede producir desgarros en la zona del periné y como consecuencia, una recuperación lenta y dolorosa para la mamá.

2.3.2. Posición de rodillas

En esta posición la gestante adopta una postura cada vez más reclinada conforme avanza el parto. Para facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comodidad

2.3.3. Posición semisentada

La paciente se apoya sobre almohadas o sobre su compañero. Puede sentarse derecha, doblarse hacia delante en el piso o en el borde de la cama, esta posición relaja y permite que la pelvis se abra.

Ventajas:

- Aprovecha algo la gravedad.

- La inclinación pélvica permite una mayor apertura de la salida pélvica.
- Buena posición para descansar.
- Puede ser utilizada con el monitoreo fetal.
- Permite realizar exámenes vaginales.

2.3.4. Posición Sentada

Parir en posición sentada puede facilitar el descenso del bebé por el canal de parto, según algunas mujeres que adoptan esta posición. El cambio de posición es aconsejable cuando se trata de disminuir malestares y mejorar la comodidad de la madre. En algunos casos, ayuda a acelerar las contracciones al principio del trabajo de parto y así, amenizar las tensiones.

Para algunas mujeres permanecer en posición sentada facilitan la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, lo cual aumenta el diámetro total de la pelvis. Sin embargo, eso no elimina la posibilidad de que se tenga que realizar una episiotomía o un parto instrumental.

Ventajas:

- Aprovecha algo la gravedad.
- Buena posición de descanso.
- Puede ser usada con el monitoreo fetal.
- Puede inclinarse para adelante para ayudar a aliviar los dolores de espalda; buena posición para dar masaje en la espalda

2.3.5. Posición Cogida de la Soga

La gestante se sujeta de una soga que está suspendida de una viga del techo. El favorecido es el feto, quien ayudado por la fuerza de gravedad, avanza por el canal de parto suave y calmadamente.

Además, estas mismas autoras afirman con base científica que existen diversos factores que se pueden modificar con un hecho tan sencillo como es la variación de las posturas durante el parto, como lo son:

- Diámetros de la pelvis.
- Eficacia de las contracciones uterinas.
- Posición del feto.
- Oxigenación fetal.
- Duración del parto.
- Intercambio de gases en la madre.
- Dolor de espalda en la madre.
- Pérdida de sangre.
- Desgarros en el periné
- Uso de medicamentos (analgésicos, oxitocina).
- Estado psicológico de la madre.

2.4. CREENCIAS SOBRE EL POST PARTO O PUERPERIO:

El puerperio se puede definir como *“periodo desde la expulsión de la placenta, hasta un límite variable, generalmente seis semanas, en que ocurre la primera*

menstruación y vuelve a la normalidad el organismo femenino” de acuerdo a Cunningham, G., Bloom, S., Leveno, K., Williams, J. & Hauth, J. (2011), este se puede dividir en:

- Puerperio inmediato: 24 horas. Incluye el puerperio postparto (2 primeras horas, vigilar hemorragias).
- Puerperio precoz o propiamente dicho: primera semana.
- Puerperio tardío: 40-45 días (retorno de la menstruación).
- Puerperio alejado: 45 días hasta un límite impreciso.

Una vez definidas las etapas del puerperio se mencionan a continuación todos aquellos factores que pueden afectar este periodo.

La decodificación cultural del estado de salud-enfermedad del organismo se basa en los signos y síntomas que se consideran indicadores de la situación de bienestar o malestar biopsíquico, como así también, la intensidad y frecuencia de los síntomas llevarán a considerar la mayor o menor urgencia de esa condición de acuerdo con Castellano, G., Heinzen, J., & Nión, S. (2011). Estos elementos en su conjunto construyen una tipología de enfermedades-síntomas-situaciones definida socio-culturalmente por los individuos, teniendo en cuenta causas, sintomatologías y afectaciones de las mismas. El proceso de atención de la mujer en el periodo post parto se puede dividir en distintas etapas según Ludwig, P. (2006), como se describen a continuación:

- a) **Detección de factores de riesgo:** Se debe realizar una valoración y educación de la señora actualmente, con el fin de cubrir las necesidades de la familia, mujer y recién nacido y para detectar y tratar posibles complicaciones, como hemorragia post parto o complicaciones propias del recién nacido.
- b) **Valoración física:** Aquí se debe dar un seguimiento inmediato-mediató de los distintos signos vitales y alteraciones en lo referente a los cambios y modificaciones propias del cuerpo de la madre y el recién nacido a partir del momento del nacimiento en adelante.
- c) **Valoración psicológica:** La valoración adecuada de la adaptación psicológica de la madre es una parte integral de la evaluación posparto. Esta valoración se centra en la actitud general de la madre, sus sentimientos de competencia, los sistemas de apoyo disponibles y sus habilidades como cuidadora

2.4.1. Creencias sobre la lactancia materna y la secreción de leche

Un punto importante en lo que es la lactancia materna de acuerdo con la evidencia científica, según menciona Sánchez Terrer, M. (2010). “Dar el pecho es el mejor recibimiento que podemos ofrecer a nuestros hijos porque, sencillamente, es para lo que su organismo está preparado”.

Respaldando lo anterior, Mántaras, R (2012) menciona que durante muchos años de la historia humana la transmisión de conocimientos acerca de la lactancia materna se daba de madres a hijas. Todas las mujeres conocían la lactancia en la vida cotidiana, pues a su alrededor veían cómo las madres amamantaban a sus hijos y la red social contribuía a que la mayoría de los niños fueran amamantados, pero lastimosamente esta práctica a lo largo de los años se ha ido perdiendo, debido a factores tanto sociales, culturales, demográficos como económicos.

De los aspectos más importantes que se pueden resaltar de la causa de este cambio es el ingreso de la mujer de manera más marcada al mercado laboral, lo cual ha creado una modificación en la organización social de la familia, aunado a la falta de redes de apoyo a la lactancia a nivel de la sociedad costarricense.

Entre las creencias que menciona este autor, destaca la creencia del uso de la malta para el aumento de la producción de la leche materna, pero el mismo estudio cita la falta de pruebas del efecto estimulante sobre la secreción láctea. A diferencia de esto sí se plantea la importancia del consumo de líquidos durante todo el embarazo y fundamentalmente durante la lactancia, sugiriendo un consumo mayor de 2 litros.

En el estudio antes mencionado se hace referencia a los alimentos que se deben evitar durante el embarazo y la lactancia de acuerdo con las creencias de las usuarias, como la cafeína o los cítricos. También mencionan que estos u otros alimentos no afectan directamente la lactancia y que por el contrario es importante consumirlos en la primera etapa de la lactancia en jugos y luego puros por sus altos consumos de vitamina C y ácido fólico.

2.4.2. Creencias sobre los cuidados del recién nacido

Ladewig, P. (2006), define como cuidados del recién nacido toda atención inmediata del recién nacido normal después de su nacimiento; se debe efectuar en el recién nacido sano, suministrando al neonato en sala de partos los cuidados esenciales para su salud.

Además, el mismo autor menciona que; la valoración del recién nacido es un proceso continuo destinado a evaluar su desarrollo y su adaptación a la vida extrauterina. Todo esto debido a que el recién nacido hace la transición crítica de la vida intrauterina a la extrauterina. Los riesgos de morbilidad y mortalidad de este período son altos. La valoración del recién nacido es esencial para garantizar una transición satisfactoria.

Además, según el Ministerio de Salud de Chile (2013):

“La OMS exige condiciones obstétricas y neonatales esenciales, que deben cumplirse en todos los servicios que asisten partos, cualquiera sea su nivel de complejidad, entre ellas está la evaluación del riesgo materno - feto - neonatal; asistencia neonatal inmediata y reanimación si corresponde.

Se debe garantizar una atención prenatal eficiente y con impacto en el control de los factores de riesgo, con la existencia de diferentes niveles de atención, según la complejidad, para garantizar que los embarazos de alto riesgo sean atendidos en establecimientos que cuenten con cuidado intensivo” y que “la atención inmediata es el cuidado que recibe el recién nacido al nacer y su principal objetivo es detectar y evaluar oportunamente las situaciones de emergencia vital para el recién nacido”. (p.7).

Con respecto a las creencias del cuidado en el recién nacido, Delgado, M... (2006), Mencionan en su estudio una serie de creencias que van desde el cuidado de la piel hasta la presencia de diarrea en el niño; lo cual es respaldado por Cunningham, G., Bloom, S., Leveno, K., Williams, J. & Hauth, J. (2011), quienes mencionan que, *“después del parto debe limpiarse con suavidad el exceso de vérnix caseosa, así como de sangre y meconio. Cualquier vérnix caseosa remanente se absorbe con facilidad y desaparece por completo en el transcurso de 24 h”*.

Según estos autores, la creencia con respecto del cuidado de la piel consiste en que la madre debe bañar al recién nacido hasta su tercer día de vida, con agua de lluvia, tibia o mezclada con alcohol y si es posible durante la mañana para evitar corrientes de aire.

Cunningham, G., Bloom, S., Leveno, K. y demás (2011), mencionan en su estudio que las mujeres comentan que; el uso del pañal creen que si está mal lavado o le cae una llovizna, que el niño llega a adquirir una enfermedad llamada “sereno”, cuya característica principal son las deposiciones verdosas y la aparición de un brote en la

piel; para estos brotes la mujer utiliza ciertas especias para disminuir este efecto que se le atribuye al calor. Para concluir, es importante mencionar que toda esta teoría relacionada con las creencias, le dan riqueza a este estudio porque a pesar de no ser estudios a nivel nacional, son maneras que las mujeres en distintos países pueden llegar a darle sentido al proceso del embarazo, parto y puerperio cuando no puede ser fundamentado con una base científica, sirviendo de insumo para realizar un análisis de los datos más adelante.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. MODALIDAD DEL TRABAJO

La presente investigación responde a las disposiciones del Sistema de Estudios de Posgrado. Es una investigación aplicada, la cual es definido según Lozada, J. (2014) *“como la generación de conocimiento con aplicación directa y a mediano plazo en la sociedad o en el sector productivo”*.

Este estudio describe las vivencias, mitos y creencias de las mujeres de la zona de Santa Bárbara de Pavas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, y su interrelación con el contexto familiar en el que se desenvuelven.

3.2. APROXIMACIÓN AL OBJETO DE ESTUDIO

Para aproximarnos al objeto de estudio primero debemos plantear ciertos supuestos que siendo posteriormente verificados, sustentado en la posición ontológica o concepción del objeto en sí mismo, la epistemológica a partir de la relación sujeto - objeto y la metodológica que nos conduce hacia la realidad y la construcción del objeto desde su intersubjetividad, desde el punto de vista de Hurtado, J. (2010).

Siguiendo la línea de este autor se buscó aproximarse al objeto de estudio desde la vista de enfermería ginecoobstétrica y perinatal, se empezó por conocer los fenómenos inductivos y analíticos que iniciaron con la observación. Se realizó análisis del conjunto de hechos cuyas relaciones se quisieron revelar, posteriormente se hizo el planteamiento de objetivos siendo los mismos una guía importante para establecer métodos y técnicas de recuperación de información para posterior realizar el análisis y comprensión de los datos.

Se dejó de lado los propios estereotipos y mitos, dando especial importancia a los contextos y situaciones vividas de las participantes, para construir y comprender los diversos momentos; por lo tanto se llegó a plantear una caracterización de la forma más natural posible la esencia de las vivencias de estos padres y madres que se tenían sobre el fenómeno.

3.3.TIPO DE INVESTIGACIÓN: ESTUDIO CUALITATIVO DESCRIPTIVO

3.3.1. Tipo De Investigación

Es un estudio encuadrado desde un enfoque cualitativo de tipo descriptivo que según Hurtado J (2010), es *“una teoría aplicable a la investigación social, en sentido amplio, puede definirse como la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable”*.

Al ser una investigación cualitativa descriptiva, nos permitió indagar respecto del pensamiento y sentir de un grupo en específico, para comprender las creencias, comportamientos y actitudes que posee la población. Bautista (2011), define este método como *“descriptivo de lo que la experiencia ofrece sin acudir a explicaciones causales, penetrando sin abstracción en los distintos aspectos e implicaciones en profundidad del objeto”*.

Además, menciona Hurtado de Barrera, J. (2010) que *“la investigación descriptiva se realiza cuando la experiencia y la exploración previa indican que no existen descripciones precisas del evento en estudio, que las descripciones existentes son insuficientes o han quedado obsoletas debido a un flujo distinto de información, a la aparición de un nuevo contexto, a la invención de nuevos aparatos o tecnología de medición, entre otros”*.

También menciona que la investigación descriptiva tiene como objetivo lograr la precisión y caracterización del evento de estudio dentro de un contexto particular. Esta autora cita a Hernández Sampieri (1991), quien plantea los estudios descriptivos como los que *“buscan especificar las propiedades de personas, grupos, comunidades,*

objetos o cualquier otra unidad sometida a investigación”; nombra también a Ander-Egg (1995), quien los define “*como aquellos cuyo objetivo es caracterizar un evento o situación concreta, indicando sus rasgos peculiares o diferenciadores*”. En síntesis, esta autora resume una investigación descriptiva direccionando a:

- Captar la presencia o la ausencia de un evento en un contexto, independientemente de que el contexto sea amplio o reducido.

- Caracterizar globalmente el evento de estudio e identificar sus cualidades específicas.

- Identificar las formas o modalidades bajo las cuales aparece el evento.

- Identificar y clasificar eventos dentro de un contexto.

- Detectar cuántas veces aparece un evento o con cuál intensidad, así como dónde aparece, cuándo y quiénes participan en él.

- Describir el desarrollo y los procesos de cambio en un evento a lo largo del tiempo.

- Tipificar casos y grupos, crear perfiles, índices y taxonomías.

- La investigación descriptiva es realizada cuando la experiencia y la exploración previa indican que no existen descripciones precisas del evento en estudio, que las descripciones existentes son insuficientes o han quedado obsoletas debido a un flujo distinto de información, a la aparición de un nuevo contexto, a la invención de nuevos aparatos o tecnología de medición, entre otros.

La presente investigación, se desarrolló en diversas etapas y pasos, con base en la metodología planteada por Hurtado de Barrera, J. (2010), los mismos mencionados a continuación:

3.4. UNIDADES Y CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Con el fin de obtener una mejor recolección de la información, datos adecuados y completos, se crearon unidades de análisis y categorías de análisis basadas en el modelo planteado por Martínez, M. (2006):

“El enfoque cualitativo se apoya en la convicción de que las tradiciones, roles, valores y normas del ambiente en que se vive se van internalizando poco a poco y generan regularidades que pueden explicar la conducta individual y grupal en forma adecuada. En efecto, los miembros de un grupo étnico, cultural o situacional comparten una estructura lógica o de razonamiento que, por lo general, no es explícita, pero que se manifiesta en diferentes aspectos de su vida”. (p.2).

Con base en lo anterior, logramos distinguir “entre categorías que denotan un tópico en sí mismo y las subcategorías que detallan dicho tópico en micro aspectos”, según menciona (Cisterna, 2005); procediéndose a la elaboración de dichos tópicos antes de la recolección de la información, con el fin de facilitar la comprensión de los resultados obtenidos. De acuerdo a dichos tópicos, se elaboró una entrevista semiestructurada para el trabajo con las participantes. A continuación, se detallan las unidades temáticas y las categorías de análisis.

3.4.1. Categorización del fenómeno de estudio

| FENÓMENO DE ESTUDIO | OBJETIVO GENERAL | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | CATEGORÍAS | SUB CATEGORÍA | SUBCATEGORÍAS (PREGUNTAS) |
|--|--|---|------------------|---|--|
| | | | | | |
| Mitos y Creencias acerca del embarazo, parto y puerperio en mujeres que residen en la zona de Pavas en el primer semestre del 2017 | Describir los mitos y las creencias de las mujeres acerca del embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido para fortalecer el conocimiento del profesional en enfermería ginecológica, obstétrica y perinatal en Santa Bárbara de Pavas, segundo semestre 2017. | Identificar las creencias y mitos de las mujeres respecto de los cuidados durante el periodo de embarazo, parto y puerperio | Creencias | Sobre alimentación en el embarazo, parto y puerperio | ¿Cómo averiguan las futuras madres el sexo del bebe relacionados con la alimentación? |
| | | | | | ¿Cuáles son las creencias sobre las razones de las molestias del embarazo, que se puede comer y que no? |
| | | | | | ¿Cuáles alimentos favorecen o perjudican la labor de parto? |
| | | | | | ¿Cuáles son los alimentos más perjudiciales para el feto? |

| | | | | | |
|--|--|--|--------------------------|------------------|---|
| | | | | | ¿Cuáles son las creencias relacionadas con la alimentación en la embarazada? |
| | | | Mitos | Sobre sexualidad | ¿Cuáles son los mitos relacionados con la pareja de la mujer gestante durante este periodo? |
| | | | Creencias | Sobre el Parto | ¿Cuáles son las creencias sobre las cosas necesarias en el momento del parto? |
| | | | | | ¿Cuáles son los mitos y creencias relacionados con la sexualidad de la embarazada? |
| | | | Mitos y Creencias | | ¿Cuáles son los Mitos y creencias sobre las cosas que afectan el momento del parto? |
| | | | | | ¿Cuáles son los mitos y |

| | | | | | |
|--|--|--|--------------------------|---|---|
| | | | | | creencias relacionados con la alimentación a la hora del parto? |
| | | Indagar sobre las creencias de los cuidados del recién nacido y lactancia en mujeres de la zona de Pavas | Mitos y Creencias | Sobre el puerperio recién nacido, lactancia materna | ¿Cuáles son los mitos y creencias relacionadas con el bien o mal del futuro del bebé? |
| | | | | | ¿Cuáles son los mitos y creencias relacionadas con la cuarentena en el puerperio? |
| | | | Creencias | | ¿Cuáles son las creencias relacionadas con la producción de leche materna en el puerperio? |
| | | | | | ¿Cuáles son las creencias relacionadas con los cuidados del recién nacido? |

| | | | | | |
|--|--|--|--------------|--|--|
| | | | Mitos | | ¿Cuáles son los mitos relacionados de cómo mantener la condición de salud del bebé? |
|--|--|--|--------------|--|--|

3.6. PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN

En la investigación descriptiva el enunciado holopráxico (praxis global) interroga acerca de cualidades o características de una o más unidades de estudio. En esta fase se delimitó el desarrollo del tema precisando el enunciado, es decir; se buscó características de: (a) quiénes, (b) en cuál contexto y (c) cuándo serían los más adecuados para la investigación.

Es de interés describir los mitos y creencias acerca del embarazo, parto y puerperio, y para ello se seleccionó a la comunidad de Santa Bárbara de Pavas, por tratarse de una población con grupos de familias centralizadas en un mismo sector.

Para hacer la selección de las participantes, fue importante la descripción de la comunidad, tal y como es presentado a continuación:

3.7. SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

3.7.1. Población

Jiménez Paneque, (1998) define la población objeto de estudio como “aquella sobre la cual se pretende que recaigan los resultados o conclusiones de la investigación; y la muestra es la parte de esta población que se observa directamente”.

Basados en lo anterior definiremos nuestra población bajo criterios de inclusión.

- Población: Mujeres que habitan la zona de Pavas centro
- Lugar: Santa Bárbara de Pavas Centro
- Criterios de inclusión:

- Mujeres entre los 20 y 80 años de edad
- Habitantes de la zona de Pavas Centro
- Que estuvieran en la disposición y desearan participar en el estudio

3.8. MUESTREO:

La muestra estuvo constituida por mujeres de la zona de Santa Bárbara de Pavas que aceptaron realizar la entrevista. Cabe destacar que para determinar cuántos casos se iban a estudiar fue tomado en cuenta el muestreo de conveniencia, el cual “permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos, esto fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador”, según Otzen, Tamara & Manterola, Carlos (2017); lo cual es apoyado por Guevara Valtier, M., Cárdenas Villarreal, V. & Hernández Cortés, P. (2017), quienes determinan que “este tipo de muestreos la “representatividad” la determina el investigador de modo subjetivo, siendo este el mayor inconveniente del método ya que no podemos cuantificar la representatividad de la muestra”; según estos autores, esto es la forma más fácil de determinar el método estudiado, en donde se escogen las mujeres al azar, visitando las casas de la zona, presentándoles el estudio y su finalidad. En esta visita se toma en cuenta, los criterios y características de inclusión, si las mismas aceptaban participar en el estudio y cumplían con dichos criterios, brindando de manera personal el consentimiento informado para que lo firmaran y posteriormente, se les realizaba la entrevistas para la recolección de datos.

Además de tomar en cuenta los criterios de inclusión, se consideró la disponibilidad de tiempo para realizar la entrevista, y con ello obtener una mayor accesibilidad de la información.

Fueron entrevistadas un total de 15 mujeres, todas ellas en su casa de habitación, quienes habitan en la zona Sta. Bárbara de Pavas San José; a las cuales se les brindó un consentimiento informado, respetando el principio de autonomía de querer participar en el estudio y si cumplían con los criterios de inclusión. Previo a la aplicación del instrumento y respetando los principios bioéticos, se informó a las participantes que los resultados del estudio serán confidenciales y que no implicaría daño alguno a las mismas. Dicho consentimiento se les entregó en persona previo a la realización de la entrevista, la entrevista se realizó de manera oral, previamente permitiendo que las participantes leyeran las preguntas para su mayor comprensión. Además, con el fin de respetar su anonimato, se le brindó un nombre ficticio a cada una de ellas, a saber:

- **Participante 1:** Johanna
- **Participante 2:** María
- **Participante 3:** Penélope
- **Participante 4:** Lilly
- **Participante 5:** María José
- **Participante 6:** Gabriela
- **Participante 7:** Joselyn
- **Participante 8:** Olga

- **Participante 9:** Tatiana
- **Participante 10:** Carmen
- **Participante 11:** Ester
- **Participante 12:** Cristina
- **Participante 13:** Sophya
- **Participante 14:** Carolina
- **Participante 15:** María Auxiliadora

Además de darle confidencialidad con un nombre ficticio, se indago edad, número de hijos, estado civil, escolaridad, a fin de caracterizar la población, lo cual sirvió para el análisis de resultados.

El lugar donde se llevó a cabo la investigación fue la comunidad de Santa Bárbara, distrito Pavas, cantón San José. Esta comunidad está ubicada al extremo oeste de la ciudad capital y en distrito de Pavas, considerada la más grande del cantón y en donde se encuentra la mayor concentración de población. Sin embargo, en densidad poblacional Pavas, es superado por distritos de San Sebastián y Hatillo.

– **Barrios:**

Aeropuerto, Alfa, Asturias, Asunción, Bribri, Favorita Norte, Favorita Sur, Galicia, Geroma, Hispania, Libertad, Lomas del Río, Llanos del Sol, María Reina, Metrópolis, Navarra, Pavas Centro, Pueblo Nuevo, Residencia del Oeste, Resto, Rincón Grande, Rohrmoser (parte), San Pedro (Finca San Juan), Santa Bárbara (Zona Industrial Pavas

Este), Santa Catalina, Santa Fe, Triángulo, Villa Esperanza,
Zona Industrial Pavas Oeste.

3.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Al encontrarnos inmersos en una sociedad de la cual todos forman parte y son agentes autónomos con ideas sobre moral distintas y criterios muy diferentes acerca de lo que es malo y lo que es bueno, es de suma importancia que, como personal de salud partamos de principios ya establecidos que sirvan como base para realizar cualquier estudio que involucre a otras personas; por lo cual tomamos siempre en cuenta los siguientes principios para la realización de todo el proyecto.

3.10. PRINCIPIO DE BENEFICENCIA

La esencia de este principio consiste en la obligación ética de aumentar, tanto como sea posible, los beneficios y reducir al mínimo los daños y perjuicios que el individuo pueda recibir. No causar daños y hacer el bien al usuario.

Del principio bioético de la beneficencia se derivan normas que exigen el establecimiento de los riesgos de la investigación, que éstos sean del todo razonables, tomando en consideración los beneficios esperados, que la concepción de la investigación que se pretende realizar sea sensata y atinada y que los investigadores quienes habrán de intervenir tengan el grado de idoneidad requerido para llevar a cabo debidamente sus tareas, al tiempo que salvaguarden el bienestar de los sujetos de la investigación.

3.11. PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA:

Este importante y trascendental aspecto de la beneficencia se expresa a veces como un principio separado de la Bioética, al cual se le ha dado la denominación de principio de la no-maleficencia o no ocasionar daño alguno.

3.12. PRINCIPIO DE RESPETO POR LA AUTONOMÍA:

El respeto por la autonomía del individuo se sustenta primordialmente en el respeto a la capacidad que tiene cada persona para su autodeterminación en relación con las diferentes opciones que se le presenten. Además, toma en cuenta la protección de los individuos con deficiencias o disminución de su autonomía y que a estas se les proteja contra cualquier intención de daño o abuso por otras partes.

3.13. INSTRUMENTACIÓN: PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.13.1. Instrumento y técnicas para la recolección de información

Con el fin de promover una adecuada recolección de datos se realizó una entrevista semiestructurada, la cual se define como:

“Un «guión», que recoge los temas que debe tratar a lo largo de la entrevista. Sin embargo, el orden en el que se abordan los diversos temas y el modo de formular las preguntas se dejan a la libre decisión y valoración del entrevistador. En el ámbito de un determinado tema, este puede plantear la conversación como desee, efectuar las preguntas que crea oportunas y hacerlo en los términos que estime convenientes, explicar su significado, pedir al entrevistado aclaraciones cuando no entienda algún punto y que profundice en algún extremo cuando le parezca

necesario, establecer un estilo propio y personal de conversación". Corbetta, P. (2003: p.374-376).

Con la entrevista semiestructurada de 25 preguntas, se procedió a indagar y se determinaron los mitos y creencias de las mujeres que habitan la zona de estudio, debido a que según menciona Rojas (2007), "se emplea un listado de preguntas ordenadas y redactadas por igual, para todos los entrevistados (as); pero abierta y de respuesta abierta"; en caso que los participantes lo permitieran se realizará una grabación de audio, con el fin de corroborar datos.

3.11.2. Validez

Antes de realizar la aplicaciones de la entrevista semiestructurada, procedimos a la validación de la misma, por medio de diez de expertos relacionados con tema en estudio, entre los cuales estaban: obstetras, enfermeras licenciadas y médicos generales, tanto del gremio de la CCSS, como del sector privado, esto con el fin de comprobar la viabilidad de la información y la comprensión de dicho instrumento.

3.13.2. Recolección de Datos

En este apartado se puso en práctica el diseño de investigación y la aplicación de los instrumentos a las unidades de estudio, a fin de recolectar la información necesaria para lograr la descripción.

Se trabajó el método de entrevista bajo el método de saturación, que según señala Mejía, J. (2000) "*la saturación en entrevistas de los métodos cualitativos*

comprende de 15 a 25 casos con lo cual se tendrá un retrato claro de las pautas y de sus transformaciones recientes”.

Se confirman las pautas establecidas, sólo se añaden ligeras variaciones, debido a lo anteriormente mencionado no se requiere saturar el estudio, por lo cual se realizará el estudio con las participantes propuestas.

Las 25 preguntas tuvieron una duración entre 20-30min, con el fin de no saturar a la participante, mencionando de antemano que se escogió este método de recolección de datos debido a su confidencialidad y la facilidad de recolección de los datos creando un ambiente familiar y no amenazante para las participantes.

El Proceso de sistematización se realizó mediante los siguientes pasos sustentados por Galeano, M. E. (2001):

a. Se elaboraron guías de entrevista las cuales se orientaron y focalizaron en la recolección de información y lograr un registro adecuado.

b. Se realizó una descripción bibliográfica de materiales documentales y de información proveniente del trabajo de campo.

c. Se registró la información generada en el trabajo de campo (entrevistas), en forma descriptiva, en lenguaje natural (como habla la gente) diferenciando las citas directas de las anotaciones del investigador, señalando vacíos, inconsistencias y contextualizando la información.

e. No recurrió a la memoria del entrevistador: se realizó una grabación por medio de una grabadora periodística la cual se transcribió posteriormente.

f. Los datos obtenidos se interpretaron a la luz de los objetivos que se habían fijado para el estudio. Posteriormente se elaborarán las conclusiones pertinentes.

g. Como menciona Noreña et al., (2012). “La confidencialidad se refiere tanto al anonimato en la identidad de los participantes en el estudio, como a la privacidad de la información que es revelada por estos”.

En base a lo anterior se trabajó el respeto de la vida privada y la confidencialidad de las participantes que participaron en la investigación, se reflexionó en distintos aspectos como la protección de datos en relación con la cantidad de información que se desea revelar o compartir, además de la privacidad en los procesos de recopilación de la información y el almacenamiento de datos que asegure el anonimato de la información intercambiada entre las participantes, a fin de que no puedan ser identificados al publicarse y darse a conocer los resultados, sin afectar a las mismas, almacenándolas por un periodo de 3 años.

Esta fase se basó en Hurtado de Barrera, J. (2010), para procesar la información mediante la aplicación de instrumentos, el análisis y la codificación; se realizará un procesamiento de datos dependiendo del tipo de relación que pretendemos obtener respecto de las creencias de las participantes, estando siempre en correlación con la finalidad de nuestra investigación, que será conocer las creencias de las participantes acerca del embarazo, parto y puerperio. Se expresará el análisis de datos mediante el uso “símbolos verbales (palabras), símbolos visuales (imágenes, figuras, gráficos), o símbolos matemáticos”.

Se integraron los datos de manera coherente para lograr una visión amplia sobre las creencias de las participantes relacionadas con el parto, embarazo y puerperio; organizando, clasificando, categorizando, integrando y tratando de presentar una imagen detallada de nuestro tema de estudio.

Se presenta al final una síntesis matizada y vivida de sus hallazgos de las entrevistas. Esto se realizó mediante el proceso de transcripción de dichas entrevistas, las cuales se colocaron en un cuadro dividiéndolas por pregunta y sus debidas respuestas por participante de acuerdo a la temática que hablaba cada una de ellas, con esto se obtuvo una visión más completa con el fin de lograr comparar las respuestas de las participantes e integrar las mismas a la hora del análisis de resultados.

3.13.3. Seleccionar las técnicas de análisis de los datos:

En esta fase se procesó la información obtenida durante la aplicación de los instrumentos, siguiendo la técnica correcta para lograr una concordancia para llegar a la finalidad de la investigación.

Al ser una investigación descriptiva se establecieron los siguientes tipos de relación, según sea la necesidad, que en este caso se caracterizó un evento, comparando quiénes poseen una característica y quiénes otra, precisando cuándo el evento aparece o cuándo no. De este punto los resultados se integraron en una totalidad coherente, lo cual proporciona al estudio una visión completa y clara de los mitos y creencias en las usuarias.

Los resultados se organizaron, se clasificaron, se categorizaron y se integraron a fin de presentar una imagen detallada del tema estudiado. Como producto de una investigación descriptiva, el investigador presenta una síntesis matizada y vivida de sus hallazgos.

3.14. ALCANCES, APORTES Y POSIBILIDADES FUTURAS: FASE EVALUATIVA

Según menciona Hurtado, J. (2010). En esta fase se precisan los alcances del proceso investigativo, a partir de lo ocurrido durante la recolección de datos. Integra inquietudes, consecuencias, aspectos no resueltos y posibles líneas de acción para investigaciones futuras. Involucra además la presentación escrita del estudio y la divulgación oral de los resultados, ya sea a través de defensa, presentación o ponencia

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1.RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

En este apartado se presentan los resultados de la investigación y su respectivo análisis.

4.1.1. Caracterización de la población

A continuación se describen los datos sociodemográficos de la población:

Cuadro 1. Datos Sociodemográficos.

| <u>NOMBRE</u> | <u>EDAD</u> | <u>E. CIVIL</u> | <u>ESCOLARIDAD</u> | <u>No EMBARAZOS</u> |
|---------------------------------|-------------|-----------------|----------------------|---------------------|
| Participante 1: Johanna | 76 | VIUDA | Primaria Incompleta | 3 |
| Participante 2: María | 77 | CASADA | Primaria Incompleta | 3 |
| Participante 3: Penélope | 76 | VIUDA | Secundaria Incom. | 3 |
| Participante 4: Lilly | 84 | VIUDA | Primaria Incompleta | 5 |
| Participante 5: María José | 78 | VIUDA | Primaria Incompleta | 3 |
| Participante 6: Gabriela | 67 | CASADA | Secundaria Incom. | 4 |
| Participante 7: Joselyn | 46 | SOLTERA | Escolaridad Completa | 2 |
| Participante 8: Olga | 70 | CASADA | Primaria Incompleta | 5 |
| Participante 9: Tatiana | 68 | CASADA | Escolaridad Comp. | 3 |
| Participante 10: Carmen | 91 | VIUDA | Primaria Incompleta | 6 |
| Participante 11: Ester | 67 | CASADA | Escolaridad Completa | 6 |
| Participante 12: Cristina | 62 | CASADA | Primaria Incompleta | 2 |
| Participante 13: Sophya | 46 | SOLTERA | Univ. Incompleta | 0 |
| Participante 14: Carolina | 57 | CASADA | Univ. Completa | 2 |
| Participante 15: M. Auxiliadora | 67 | VIUDA | Primaria Incompleta | 3 |

Fuente: Elaboración propia.

4.2. CREENCIAS Y HÁBITOS EN EL EMBARAZO

DIAGRAMA 1 Representación gráfica de las categorías: creencias y hábitos en el embarazo

En el siguiente gráfico se logra ver las categorías de análisis referentes a las creencias y mitos en el embarazo.



Fuente: Elaboración Propia.

4.2.1. “Del sexo del bebé”

De acuerdo a este estudio las creencias populares que se mantienen y se transmiten a lo largo de los tiempos son las que se encuentran ligadas a averiguar del sexo del bebé. Estas podrían tomar múltiples formas, desde las pruebas externas como manejo con objetos, la forma del abdomen, o relacionados con comportamientos

maternos. En la comunidad de Pavas centro el sexo del bebé es un factor de suma importancia, debido a que esto define la continuidad del apellido. Esta comunidad en específico es una zona con muchas familias establecidas por varias generaciones, por lo cual es una comunidad muy unida, donde todos se conocen y tienen tradiciones muy arraigadas.

Según refiere “María” (2017):

“Mi madre siempre me dijo que la familia debe propagarse que no importa en el caso de uno pero el apellido tiene que ser llevado por generaciones... no importa uno en ese sentido porque el apellido del hombre es el que se pasa para que no se pierda”.

Por su parte “Penélope” (2017) refuerza lo anterior al considerar que:

“Siempre supe que algo muy importante es mantener las familias viejas de Pavas y que ellas deben ser las que se mantengan... han tenido estas casas por años y tienen que seguir transmitiendo de generación en generación para no perder de dónde venimos”.

Observando lo anterior, en esta comunidad la conservación de la familia es muy importante pero al mismo tiempo puede ser señal del machismo que se identifica como parte de la sociedad costarricense reflejado en textos como menciona Calvo (2010):

“Se entiende por machismo un sistema de valores irracionales que exalta ciertos tipos de conducta por considerarlos altamente masculinos, que tiene por fundamento la supuesta superioridad de la masculinidad a diferentes niveles y por consiguiente considera lo femenino como inferior”. (p. 21).

Además Fernández Carballo, R., & Duarte Cordero, A. (2012), menciona que:

“la sociedad patriarcal ha generado un conjunto de voces, gestos, palabras e imágenes que producen y reproducen un conjunto de “verdades” que se cargan en la mente, y aún y cuando se demuestre fehacientemente que dichas “verdades” no son tales sino que constituyen imposiciones que obedecen a una ideología y a un sistema determinado, entre ellas el apellido, estas terminan formando parte de los sujetos colectivos”. (p.149)

En dicha definición y con los comentarios realizados por las entrevistadas antes mencionadas, se logra ver cómo en la comunidad de Pavas el factor patriarcal de exaltar, por ejemplo, valores masculinos como el apellido y su conservación es de suma importancia, lo cual debe ser tomado en cuenta para el análisis del presente estudio. Otro de los aspectos que sobresalieron en esta investigación y en el que las participantes les dieron se suma importancia es la determinación del sexo del bebé, según se logró indagar existen distintas definiciones de las maneras correctas de hacerlo de acuerdo con las creencias de cada una de las madres. En los discursos de las mujeres entrevistadas se destacan como referentes en el cuidado de la salud en el proceso de embarazo y la definición del sexo del bebé. Donde se destacan los siguientes comentarios:

4.2.2. Forma del Abdomen

La forma del abdomen es uno de los puntos que más resaltaron lo que se refiere a la definición del sexo del bebe como se logra ver a continuación:

Según refiere “Johanna” (2017) *“que cuando la mamá tiene el estómago picudillo va a ser hombre y cuando tiene muchas nalgas, muy gordo el fondillo es mujer...”*.

También mencionado por “María José” (2017): *“...Si, eso sí decían, que si uno tenía la barriguilla así abultada era varón y si la tenía redonda era una mujer...”*.

Lo que refieren nuestras participantes es una realidad poco estudiada, y no cuenta con evidencia científica. Existen estudios como Machado Zeledón, R., & Valerio, S. (2016). Donde mencionan mitos muy parecidos a los que mencionan nuestras participantes... “Si la barriga es grande y puntuda es hijo varón si es barriga pequeña y redonda será hija mujer”, el 92,50% refieren haber escuchado este mito, 75,50% lo cree y un 70.25% de las mujeres del estudio afirman que esto es verídico en la experiencia personal de sus embarazos”. Este estudio fue realizado en una comunidad del país de Nicaragua y a pesar de ser países distintos se refleja la misma creencia. A pesar de esto no se le puede dar validez debido a su escasas evidencia científica, muchos estudios demuestran que la manera más efectiva de determinar el sexo del bebe es mediante el uso de ultrasonido, y en muchos casos este no es del todo confiable, por lo cual en este punto de la investigación es importante que se analice o se estudie más a fondo para llegar a mejores conclusiones.

4.2.3. *Uso de artículos caseros*

Los artículos caseros y su relación con la definición del sexo del bebé antes del nacimiento fue un aspecto que resalta en este estudio, lo cual se puede observar en las siguientes afirmaciones.

Como menciona “Johanna” (2017): “...también que uno ponía escondido una cuchara y un tenedor, de hecho yo me senté alguna vez porque como solo hombres tuve de las ganas de tener una mujer entonces me sentaba pero siempre me salía hombre el tenedor”; reforzado por “Olga” (2017), quien menciona que se podían utilizar otros tipos de indumentarias “...las cosas que dicen que la tijera...que ponen dos almohadones y si usted se sienta en el cuchillo o la tijera, entonces la tijera es una niña y el cuchillo es un niño, o el de la aguja que si se mueve de un lado a otro es un niño, o si se mueve para adelante y para atrás es una niña, las más comunes”.

También “Carmen” (2017) recalca la creencia de la aguja: *“la aguja... que se ponía la planta de la mano y nos ponían una aguja y si se movía para allá y para acá era chiquita si se quedaba parada era chiquito, con una aguja y con un hilo...”*.

Al igual que el mito anterior la evidencia respecto a este es muy escasa, no se puede evidenciar que el mito al cual nos refieren las participantes sea cierto o no, debido a que no hay pruebas científicas que comprueben el efecto magnético de una aguja, si pudiera definir el sexo o no.

4.2.4. *Alimentación*

Las madres no solamente se centran en aspectos físicos, también tienden a indagar, si el sexo de su bebé puede alterar su percepción acerca de su vivencia diaria, específicamente lo relacionado con su alimentación, como se logra ver a continuación.

Según refiere “Ester” (2017), “...Si come mucho será hombre...”. También mencionado por “María José”, “...Además que los varones son más comilones y entonces si yo con mis embarazos siempre con los varones comía montones porque así son ellos comelones...”; y como menciona “Cristina” (2017), “si son antojos ácidos es niño y si son antojos dulces es niña”.

En este punto se logra ver que el asunto de apetito y los antojos son importantes a la hora de determinar el sexo del bebé que está por llegar. Según menciona Lora Encalada, M. & Narváez Lucero, A. (2010) “durante el periodo de embarazo existen diferentes creencias sobre la alimentación que debe seguir la madre en torno a este período”. Según lo anterior, se logra ver que la alimentación si sufre cambios en el embarazo basado en esto, es que posiblemente las madres toman el cambio o aumento de la alimentación, lo que está estrechamente relacionado con el sexo del bebé.

Además este mismo autor menciona que “durante el embarazo las mujeres no necesitan comer más, sino comer mejor. Llevar una alimentación balanceada en proteínas, vitaminas y minerales, contribuye a un adecuado desarrollo del embarazo”; por lo cual se puede mencionar que estas creencias están basadas en un sustento poco necesario.

Como se puede ver entre los mitos y creencias más populares existe una persistencia en el hecho de saber cuál es el sexo del bebé sin uso de la tecnología actual, basado en todo lo anterior se logra ver que se ha ido adaptando y utilizando distintas formas, principalmente técnicas externas con objetos de uso cotidiano, inclusive la técnica de la observación de parte del cuerpo como “la forma de la pancita” de la mamá o de ciertas conductas maternas que pueden adoptar de acuerdo con el sexo

del bebé que esperen; con lo cual crean un ambiente ameno y de seguridad entre las futuras madres y las personas que les brindan estos consejos, que se transmiten entre generaciones; incluso varias de las mujeres entrevistadas refieren haberles transmitido estas creencias a sus hijas_ e incluso nietas refiriendo que en la mayoría de los casos han sido “efectivas”.

4.2.4.1 “Alimentación durante el embarazo y cambio en el estilo de vida”

En la comunidad de Pavas la alimentación y los cambios en los estilos de vida son de los componentes más trascendentales para el bienestar de la mamá y del bebé.

Según menciona “Carolina” (2017), *“todo tiene que ver con la comida, la futura mamá tiene que preparar la pancita; si la mujer no se alimenta bien no va a tener dolores buenos a la hora de parir y no tendrá fuerzas para pujar como si fuera un pino viejo”*. Si tomamos de referencia este comentario podemos ver la importancia de la alimentación a la hora del embarazo y el parto para que la mujer pueda superar esta etapa.

Según menciona Lora Encalada, M., & Narváez Lucero, A. (2010):

“La alimentación cobra un papel importante en la preparación de un cuerpo sano, es cuando una nueva vida se encuentra en gestación, es necesario tomar conciencia de que los cuidados que deben brindarle comienzan en el mismo momento en el que nos enteramos de ese maravilloso milagro de la naturaleza. No sólo la madre debe asegurarse, conjuntamente con el seguimiento de su médico, debe estar haciendo lo adecuado para que ese pequeño brote de vida crezca sano y vigoroso, sino que deben tomarse en cuenta las situaciones previas al embarazo y debe existir un compromiso de la pareja como un vínculo unitario responsable de esa nueva vida”. (p.16).

Aquí se logra ver que en estos meses la madre juega un papel muy importante en el crecimiento del niño que está por nacer. Si la alimentación de la madre no es adecuada, el recién nacido podría nacer con deficiencias o malformaciones; por esto se puede decir que cada comida cuenta y su calidad. Con base en todo lo anterior se puede decir que por parte del personal de salud debe haber una adecuada guía para que el embarazo llegue con un final con adecuadas condiciones.

En lo referente a la alimentación y en base a las creencias mencionadas por las señoras entrevistadas, las mujeres embarazadas mencionan no necesitar comer más, sino comer mejor; además de tener muy clara la importancia de una alimentación correcta; sin embargo, se logra ver que sus hábitos alimenticios serían bastante diferentes a los que propone la medicina como se logra ver en lo que menciona. De acuerdo con “Olga” (2017):

“Es que casi que en el embarazo no se restringe nada, es como que más bien coma de todo para que el chiquito crezca bien y toda la cosa. Diay! Cuando le de hambre se come. Exactamente entonces uno lo que hacía era atiborrarse de comida pensando que también le da de comer al bebé”.

Según menciona Lora Encalada, M., & Narváez Lucero, A. (2010) *“llevar una alimentación balanceada en proteínas, vitaminas y minerales, contribuye a un adecuado desarrollo del embarazo. Los especialistas recomiendan que la dieta diaria no exceda las 400 calorías para que el aumento de peso se mantenga dentro de los rangos normales: entre 9 y 15 kilos, de lo contrario sería perjudicial para ambos”.*

Además, menciona “Carolina” (2018) que “todo tiene que ver con la comida; la futura mamá tiene que preparar la pancita; si la mujer no se alimenta bien no va a tener dolores buenos a la hora de parir y no tendrá fuerzas para pujar como si fuera un pino viejo”.

Aquí se logra ver que a pesar de muchas creencias no es solo comer más sino comer mejor, donde se cubran los requerimientos alimenticios que lleguen a tener un adecuado equilibrio entre el desarrollo del bebé saludable y la salud propiamente de la madre, como lo respalda Lora, M. & Narváez, A. (2010) donde menciona “La alimentación cobra un papel importante en la preparación de un cuerpo sano es cuando una nueva vida se encuentra en gestación, es necesario tomar conciencia de que los cuidados que deben brindarle, comienzan en el mismo momento en el que nos enteramos de ese maravilloso milagro de la naturaleza”

4.2.5. “Cuidados de la madre durante el embarazo”

Es importante mencionar que las recomendaciones más frecuentemente comentadas por parte de las mujeres entrevistadas acerca de los cuidados en el embarazo, se encuentran relacionadas con el control del embarazo y formas de no provocar daños al bebé, entrando dentro de lo considerado “correcto”; es decir, están en conformidad con las recomendaciones generales que suelen darse desde los equipos de salud, siendo estas prácticas aceptadas tanto a nivel de salud como a nivel social. Con respecto de la actividad física las entrevistadas mencionan:

“Digamos, no usar tacones después de ciertos meses de embarazo”. “Olga”, 2017.

“No se debe tener ningún tipo de actividad fuerte, tienen que dejar que lo chinen a uno, se debe evitar sangrar, se pasan esos meses sin nada de eso, cuidarse de no enfermarse porque si no pierde al bebé”. “Carmen”, 2017.

“No hacer fuerzas extremas, no resfriarse... no comer chile ni comidas condimentadas porque el bebé nace rojo...”.
“Ester”, 2017.

“Evitar caerse, evitar resfríos porque eso afecta el bebé; diay, tener mucho cuidado”. *“Sophya”, 2017.*

Según menciona Nogareda Cuixart, C. (2010),

“al realizar un esfuerzo físico considerable, hay un compromiso de todo el organismo, por lo que también se verá afectado el útero y el feto. Este esfuerzo hace que aumente el flujo de la sangre que va a los órganos implicados en el ejercicio; es decir, a los músculos y al corazón; disminuyendo en otras zonas del cuerpo como en la piel y en las vísceras, lo que implica un descenso de aporte sanguíneo al útero. En condiciones normales, no hay afectación fetal, pero sí cuando el esfuerzo es muy grande o cuando existe compromiso fetal”.

Se logra ver que si existe una referencia y relación entre el esfuerzo físico y el bienestar fetal tanto de la madre como del feto, cómo se logra ver en los enunciados de la madre y en los enunciados de estos autores. Todo esto nos conlleva a pensar que la madre y su actividad física tienen que ser valoradas para que sea la óptima para un adecuado desarrollo del embarazo.

4.2.6. “Control prenatal”

La atención de la mujer durante el embarazo a través del control prenatal es importante para promover y mantener la salud tanto de la futura madre como la del futuro bebé, como lo menciona *“María Auxiliadora”* (2017), quien ha tenido 4 hijos: *“En cada uno de mis embarazos me revisé con el médico todos los meses, porque no hay nada mejor que lo atienda una persona calificada”.* A diferencia de *“Tatiana”* (2017), quien menciona que *“en mis tiempos uno tenía que revisarse con la partera,*

ella le decía a uno que todo iba bien y si no, le daba a uno unas hojas para ayudar a que todo fuera bien, los médicos no eran solo para cuando las cosas fueran muy mal".

Aquí se logra ver que en la comunidad de Santa Bárbara de Pavas el control prenatal en el embarazo tiene ambos puntos de vista, tanto el que le brinda importancia a la experiencia de las parteras como la otra parte que le brinda atención por parte de personal médico a las mujeres embarazadas.

La opinión de más confianza a la atención tradicional de las parteras es compartida por el 70% aproximadamente de las señoras en la gran mayoría de los casos, como lo menciona una de las entrevistadas en su comentario al respecto:

"Las parteras siempre nos atendían, ellas son las mejores porque están más pendientes de nosotras, los médicos son solo para enfermedades, el embarazo es algo normal en las mujeres". "Cristina", 2017.

Se puede decir que esta manera de pensar en su momento podría haber sido la correcta, pero en otro momento no sería así, y a pesar de esto todavía en la actualidad no se logra determinar cuál atención podría ser la mejor. Unos piensan que la atención médica sería la mejor por todos los avances que se han dado con la modernidad y otros que el de las parteras por su humanidad y privacidad.

4.2.7. Percepción de sexualidad en el embarazo

La percepción de la sexualidad es completamente un tema tabú a nivel de muchas de las entrevistadas, como se evidencia en los comentarios, no se ve la sexualidad

como una parte natural durante el embarazo que debe ser tratado con cuidado pero que sí puede ser realizado:

“Diría que digamos en los primeros meses no es como muy conveniente, porque uno está como muy reciente y uno por cuidar el embarazo y después por la incomodidad, porque ya uno está muy gordo es mejor buscar ciertas posiciones y si se puede evitar las relaciones, porque francamente en mi caso de por sí tenía un esposo alcohólico; entonces no me llamaba mucho la atención; aparte de que a él no le gustaba verme embarazada, eso es un mito para mí, primer hombre que no le gusta ver a la esposa sin una panza y a él no le gustaba ni sacarme, ni dormir conmigo cuando yo tenía la panza, entonces mejor porque a mí me tocaba”. “Johanna”, 2017.

“Tratar de hacerlo normal o si hay algún gustillo mejor un poquito de larguito, eso me decía mi pareja, que no me quería maltratar, él en ese momento si me respetaba”. “María”, 2017.

También varias justifican la restricción de la sexualidad por algún daño provocado al niño primordialmente, como lo mencionan las siguientes entrevistadas:

“Siento que es malo para el bebé, que no se debería porque puede lastimar la cabecita del bebé y puede dañar lo que piensa y hacer”. “Penélope”, 2017.

“No, no, no, eso jamás, el bebé se puede venir y nada que ver porque se perdería, mejor estar bien portada sin que nadie le haga nada; de por sí antes costaba mucho que lo tocara el marido”. “Lilly”, 2017.

También existe una diferencia entre las entrevistadas más jóvenes, quienes marcan la sexualidad sin problemas ni consecuencias para la madre ni para el feto, según se logra ver a continuación:

“Bueno como uno antes era así tontillo como dice el dicho, lo que yo oía no era malo, como que eso está más abierto para salir el bebé. Lo que pasa que uno era el miedoso y qué cuidado me extirpa la panza y que tenga cuidado”.
“Carmen”, 2017.

“La intimidad es factible durante casi todo el embarazo. Solo al final podría ser un poco”. “No hay ningún problema en tener relaciones”. “Bueno, yo considero que sí, yo cuando estuve en ese momento el último mes y no tal vez porque perjudica al bebé si no porque es muy incómodo, yo por lo menos lo hacía eso y las hijas mías”. “Sophya” y “Carolina”, 2017.

Según García Romero, M. (2017) la “sexualidad femenina sufre modificaciones a lo largo de la vida de la mujer. El embarazo es frecuentemente reconocido como una crisis del desarrollo, no sólo para la mujer, sino también para su pareja. Por ello, no puede considerarse sólo como un tiempo de espera para el nacimiento de un hijo y mucho menos como un período breve y estático”.

Aquí se podría afirmar lo contrario de acuerdo con varios de los comentarios de las entrevistadas, si bien es cierto la sexualidad sufre cambios importantes a nivel del periodo gestacional, pero como menciona este autor “la gestante muestra cambios biológicos que afectan al deseo, a la respuesta y al comportamiento sexual”. Si esto se ve de manera analítica más bien el embarazo puede ser beneficioso para la madre y el feto.

Uno de los puntos más importantes que se mencionan en la preocupación de las participantes es la incomodidad de relaciones en etapas avanzadas del embarazo.

Muchos autores mencionan que el aumento de volumen del útero grávido es algo que podría incomodar a las madres, impidiendo adecuados desplazamientos y movilidad durante el coito.

Para García Romero, M. (2017) “conforme éste aumenta se va produciendo una protrusión de las costillas inferiores y elevación de unos 4 cm del diafragma, que provocará alteraciones en el aparato respiratorio a partir del tercer trimestre, pudiendo provocar en mujeres disnea. Este crecimiento también influye sobre el sistema cardiovascular, ya que se suele producir hipotensión postural por compresión de la vena cava al adoptar la mujer posición en decúbito supino o decúbito lateral derecho”. Según todo lo anterior, se logra ver que el embarazo en sí no es un inconveniente para el coito, simplemente es una incomodidad.

4.3. CREENCIAS Y HÁBITOS PARTO Y PUERPERIO

En el siguiente diagrama se logra las creencias más marcadas referentes a los hábitos relacionados con el post parto y los cuidados del recién nacido.



Diagrama 3 Representación Gráfica de la Categoría: Creencias y Hábitos Parto y Puerperio

4.3.1. “Cuidados del Recién Nacido”

Existen bastantes creencias y mitos que se encuentran alrededor del cuidado del recién nacido: Las madres son una fuente rica y de primera línea sobre el conocimiento del cuidado de los mismos, la disparidad de conocimientos entre la población en general y el personal de salud serán un punto de inicio de análisis que se mostrará en el siguiente en este apartado.

4.3.1.1. “Cuidados del Ombligo”

Uno de los cuidados de mayor atención del recién nacido y que posee más creencias y mitos son los cuidados del ombligo, los cuales se demuestran en los comentarios de las participantes:

“Bueno lo primero es cuidarle el ombliguito... El ombligo en el caso mío bien limpiecito con una gasita y después le ponía... ah no, mentira, es algo para curar las heridas, es algo muy bueno. Es muy importante para la salud del bebé”. “Johanna”, (2017).

También mencionan el uso de implementos tradicionales como el “camíbar” y los “fajeros”:

“Camíbar sí, que se calentaba y se le ponía en el ombliguito y se le volvía a poner una gasita y se le ponía el fajero, porque yo le usaba fajero, pero si es muy bueno porque el chiquito pequeño llora mucho y al estar fajado le sostiene para que no se le salga el ombligo”. “Johanna”, (2017).

“Antes decían que había que ponerle una faja aquí, lo que llaman fajero para que no se le hiciera esa hernia...cuando están tiernos lloran mucho, muy fuerte; yo se los dejaba un poquito suelto para que no les quedará muy socado, por dicha gracias a Dios nunca les pasó nada; yo calentaba los dedos en la candela de larguito y se lo ponía aquí”. “María”, (2017).

“Antes había un medicamento que le decían Camíbar y Licopodio, venía en unos sobrecitos, entonces antes se usaban fajeros; ahora yo creo que ya no; entonces prendía una candela y se calentaba uno y le hacía así y le ponía aquí, le calentaba el ombliguito, luego se le echaba Licopodio y Camíbar para que sanara y no le

entrara frío al ombliguito y después el fajero”. “Penélope”, (2017).

Yo les ponía Camíbar, se les calentaba...con una candela, yo ponía los dedos y se los pasaba...y se los tapaba con cuadritos de gaza. En ese tiempo si le usaba fajas para sostenerlo. Decían que se caía. Cuentos verdad, pero muy poco tiempo, tres meses. “Gabriela”, (2017).

Otra de las creencias más arraigadas es el hecho de calentar el ombligo y las heridas para una mejor cicatrización como se extrae de la siguiente declaración:

“En la noche los curaba, los calentaba, con una candela, calentaba en algodón y se le ponía sobre el ombligo una gaza y en la cabeza un algodón. Yo me acuerdo limpiarle el ombliguito y toda esa cosa”. “Joselyn”, (2017).

Con respecto de estas prácticas y las experiencias de las madres, se lograron ver resultados positivos en el manejo del ombligo de sus bebés recién nacidos, lo cual se puede verificar en sus comentarios:

“¡Ligerito se le cayó Ah! Bueno si, al principio tenía un fajero por si acaso se le caía, pero como yo no le usé pañales, entonces se orinaban, entonces empañaban el chunchillo, entonces yo se lo quité. “María José”, (2017).

“Le usé mantilla y después se le cayó el ombligo de lo más bonito, sanito y todo; no tuvo problemas de nada, les usé fajero pero como ellos no usaban esa cosa”. “Cristina”, (2017).

“Bueno, en el tiempo de nosotras, vea, había un montón de cosas: primero el fajero, después le echan un polvito que le echaban en el ombligo, no me acuerdo cómo se

llamaba el Camíbar y después calentaba uno con una candela el fajero y se lo ponía para que se calentara el ombligo, para que el bebé se durmiera en la noche y no molestara; y nunca tuve problemas ni se nos infeccionó, más bien quedaba de lo más bonito. “Carmen”, (2017).

También se puede observar que existen prácticas realizadas desde hace mucho tiempo en que se mantienen en la actualidad, como el uso de alcohol, jabón y agua para el manejo de la limpieza y cuidado del ombligo del recién nacido.

“Lavarlo bien con agua y jabón y permitir que esté al aire libre, sin humedad y contaminación, porque si no se infecta”. “Ester”, (2017).

“Limpiarlo con alcohol y colocarle una moneda con camíbar para que se cure bastante bien”. “Sophya”, (2017).

Lo limpiaba con agua con un poquito de jabón cuidándolos del sereno...y ahí amanecía bronquíticas, nunca me vieron una cama mojada, orinada tampoco”. “Gabriela”, (2017).

4.3.1.2. Alimentación del Recién Nacido

Según el Ministerio de Salud (2015). “La lactancia materna en el marco de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del niño Pequeño de la OMS, es definida como un acto natural y como un comportamiento aprendido, mediante el cual se proporciona un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes; asimismo es parte del proceso reproductivo con repercusiones importantes y beneficiosas en la salud de la madre”. Este apartado tratará lo relacionado a los mitos en la lactancia.

4.3.1.3. “Lactancia materna como método anticonceptivo”

Este es un tema que pocas de las mujeres entrevistadas mencionaron, pero sobre el cual algunas tienen conocimiento sobre el tema y su relación con la anticoncepción. Si bien es cierto que es uno de los métodos anticonceptivos, una de sus primordiales deficiencias es que deben cumplirse condiciones, según menciona Gómez López, A. (2010), “se puede utilizar la lactancia materna como método anticonceptivo como hasta que hayan pasado menos de seis meses desde el parto, que el bebé recibe lactancia materna exclusiva o casi exclusiva, sin alimentación complementaria, y a demanda tanto de día como de noche; que el bebé nunca haga pausas entre tomas superiores a 6 horas, también se debe tener en cuenta que no es seguro.”

Lo cual es reforzado con el comentario de nuestra participante “Magdalena” (2017), quien es madre, refiere a que “*la leche materna no ayuda a no quedar en cinta, porque no es un anticonceptivo, sino el alimento para el guagua*”. Este método tiene un 15% de seguridad, por lo tanto no es confiable.

4.3.1.4. “Inicio de alimentación en el recién nacido”

Entre las creencias de las entrevistadas sobre la alimentación del recién nacido existen 3 momentos que las madres dieron inicio a la ablactación, de recién nacido, como menciona “Johana” (2017):

“A los 3 meses yo le daba caldito de frijol con guineíto ajado y huevo no, hasta después, eso era lo que primero le daba y también bananito majado, dándole pecho siempre”. “Johanna”, (2017).

“Yo al menos solo con leche materna hasta los 3 meses, ya a los 3 meses comenzaba a raspar banano y a darles, ponía caldo de frijol... Ahora no, ya no se usa eso, a los nietos Dios guarde darles comida, antes se ponía frijoles con huevo con poquita verdad. De un huevo tal vez la cuarta parte y un poquito de caldo de frijol, así los fui criando yo, nunca les pasó nada, zanahoria molidita como puré o zanahoria rayada con los jugos, había un líquido que se llamaba Manita, un polvo y uno les daba eso”. “Lilly”, (2017).

También existen otras madres que mencionan que la ablactación solo se puede iniciar hasta los 6 meses por recomendaciones médicas, como mencionan las siguientes entrevistadas:

“Tal vez fue como que banano o alguna frutita, pero no. Yo lo hice hasta los 6 meses, empecé a darles a probar alimentos por poquito, solamente se le puede dar leche. ¡Si, mucha gente le dice a uno y antes pasaba... dale de comer!; pero es mejor hacerle caso al doctor”. “Tatiana”, (2017).

Bueno, dicen que hasta los 6 meses, yo a los míos empezaba a pasarles papa y camote en un colador y lo destripaba y lo que soltaba el colador eso les daba, el mentado Gerber eso no ayuda mucho pero diay se les da. Hay que hacerle caso al médico...”. “Penélope”, (2017).

Muchas de las mujeres que se refirieron al inicio de la ablactación, mencionan que es importante no tanto por el conocimiento popular o familiar, sino respeto de la figura del médico y lo que esto significa. De acuerdo con las respuestas de las entrevistadas, se logra ver este respeto y cómo ayuda que sigan las recomendaciones

dadas por el médico; en muchos casos no porque lo creyeran en realidad, sino porque el médico lo dijo. El tipo de alimentos con los cuales se podía empezar, según las entrevistadas, es:

“Si, solo verduras, porque antes eras muy pobres y más que mi marido cuando nacieron las güilas se fue, entonces nosotros solo le dábamos cosas caseras, como huevo con guineo, caldo de frijol, papa destripada”. “Penélope”, (2017).

“En ese tiempo la lechilla, después se les echaba algún cerealillo, alguna cosa, después yo empecé a darles hasta huevo ya ahora no, yo no sé hasta cuando es el huevo y hasta cuando es el otro. Les hacía sustancias con verduritas y les destripaba, a los tres meses yo les daba huevo con caldo de frijol y nada les pasó por eso yo decía que ahora la ley es esa que hasta después de los 6 meses tal cosa”. “María José”, (2017).

“A los tres meses yo les empezaba a dar comida, le daba arrozito mojado con caldo de frijol después a los 6 meses empecé a darle la yemita de huevo se le echa en el caldo de frijol y así le fui dando fruta y le cambiaba la comidita por más, el camote y así crecieron sanos”. “Gabriela”, (2017).

Según Ramírez Flores, L. (2014). Menciona que... El recién nacido debe recibir lactancia materna exclusiva de acuerdo a su fragilidad, peso siendo en RN sano el intervalo de cada dos horas, después del parto ayuda la succión del recién nacido a la involución uterina y disminuye el sangrado... Además menciona que... la alimentación recién nacido la mejor leche para su RN es la Leche materna, la cual tiene ventajas efectivas higiénicas, de costo e inmunológicas (paso de defensas contra las infecciones a su guagua, disminuyendo alergias, etc.). Si se alimenta con pecho

materno exclusivo no necesita ningún otro alimento hasta después de los 6 meses de edad. Aquí se logra ver que las recomendaciones médicas son importantes a la hora de tomar la decisión del inicio de la ablactación en los bebés.

4.4.CUIDADOS POST PARTO”

“Acciones que la madre no realiza en el postparto”

“Higiene de la madre después del parto”

La higiene es una necesidad esencial para todos los procesos relacionados con el proceso del embarazo, parto y puerperio. Aunque no a nivel de esterilidad en todos los momentos, debe ser de mayor limpieza, por lo que se debe poner gran atención en la higiene personal de la mujer y del recién nacido, lo cual se indaga en esta investigación cómo se logra ver a continuación. Respecto de la higiene y el baño de las mujeres de la comunidad de Pavas se puede mencionar que desde el punto de vista de creencias y cultural es tradicional de acuerdo a la cultura costarricense, pues, aún se piensa que luego del parto la madre no debe bañarse lo que se logra ver en lo que menciona “María”, (2017): *“No bañarse decían que no se bañara decían o si no por allá con agua tibiecita porque eso sale muy caliente y que se le puede inflamar que yo no sé si eso será cierto”*, respaldado por “María José”, (2017): *“...que uno no podía bañarse durante los 40 días ni quitarse la suéter porque se le secaba la leche , va uno al Hospital y de momento lo mandan pal baño entonces qué? Llega uno a la casa bañarme y hacer de todo”*.

La higiene de manera general es de suma importancia de la vida del ser humano no existe una prueba contundente que la falta de baño vaya a prevenir o mejorar la condición de la madre y su bebé, pero si hay estudios que comprueban que una adecuada higiene puede prevenir infecciones y repercusiones durante la “cuarentena”. En la comunidad se presencia todavía esta tradición que para ellos es primordial en el postparto para evitar complicaciones en la madre. En la comunidad de Pavas se logra ver que las señoras tienen una tradición que de acuerdo a sus creencias se debe mantener reposo en el post parto para dedicarse al cuidado del recién nacido. Cómo se logra ver que mencionan las entrevistadas:

“Yo tengo muchos métodos de eso, yo si le tengo mucho miedo a la cuarentena, yo no dejo que mis hijas salgan después de las 4 de la tarde tienen que ponerse medias tienen que ponerse suéteres si es tiempo de lluvia no les dejo que salgan a la puerta porque el viento es malo, para mi todas esas cosas son malas, así me lo indicaron a mí, así lo hice yo, en la mañana sí que se bañen bien bañaditas y con su bebé y yo les digo salgan al sol, siéntense, caminen un ratito”. “Tatiana”, (2017).

Se logra ver que es muy importante para esta comunidad el cuidado del menor que acaba de llegar, además de realizar una sobreprotección a la madre para que ambos se encuentren bien, y no realizar grandes esfuerzos físicos.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.CONCLUSIONES.

- Una vez estudiados los mitos y creencias durante el periodo del embarazo, parto y puerperio, se concluye que:
 - ✓ Muchas de estas creencias y/o mitos se han transmitido de generación en generación y tienen más tiempo de existir que las mismas personas que nos refirieron la información.
 - ✓ Muchas zonas como Santa Bárbara de Pavas se caracterizan por la existencia de costumbres y creencias muy arraigadas que permean su vivencia diaria.
 - ✓ Se puede concluir que en la Comunidad del Pavas existe diferenciación entre la concepción del embarazo, parto y puerperio entre mujeres jóvenes y adultas mayores, la cual cambia su aplicación en ciertas creencias y mitos.
 - ✓ La relación científico - tradición todavía no está actualizada y puede ser una de las razones más importantes que genera las consultas en enfermería.

- En el presente trabajo se lograron describir mitos y las creencias de las mujeres de la zona de Santa Bárbara de Pavas acerca del embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido las cuales si se aplican de manera correcta probándose primeramente pueden fortalecer el conocimiento del profesional en enfermería ginecológica, obstétrica y perinatal, entre los principales mitos y creencias que fueron

arrojados de esta investigación por medio de las diferentes entrevistas se pueden mencionar:

- ✓ La alimentación de la madre juega un papel muy importante en el desarrollo del feto, lo que no significa que “necesite comer por dos” sino que necesita comer de manera correcta.
- ✓ En lo referente a la actividad física y la sexualidad de la madre durante el embarazo, tienen que ser valoradas en su aplicación por un profesional pero no son del todo perjudiciales para la madre y el feto si se realizan de manera controlada.
- ✓ Con respecto a los mitos y creencias relacionados con los cuidados del recién nacido, los más arraigados son relacionados con el cuidado del ombligo, (uso de artículos tradicionales para su cuidado del mismo), además le dan especial importancia a la alimentación del recién nacido.
- ✓ Los mitos y creencias más arraigados relacionados con el post parto son relacionados con la lactancia y la parte del baño después del parto, dándole vital importancia a la cuarentena.

5.2.RECOMENDACIONES

- De acuerdo con la revisión bibliográfica y las entrevistas desarrolladas, se determinó que es preciso crear una línea de investigación liderada por enfermería obstétrica, para estudiar, validar o descartar del todo los mitos que aún no disponen de una evidencia científica demostrable y así, definir su aplicabilidad en el campo para beneficio de las usuarias, siendo que en un corto o mediano plazo sean implementados en todos los centros de salud.

- De la misma manera, se debe estructurar un plan de enseñanza para las enfermeras obstetras en el tema, para que sean más sensibles a las realidades culturales y sociales de las usuarias. Educando al personal acerca de los derechos que tienen las mujeres al momento del parto, con el fin de ofrecer a cada usuaria la mejor atención posible.

5.3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, A. & Nahuelcheo, S. (2008). *Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer Mapuche: Conversaciones Privadas*. Chungará (Arica), 40 (2).
- Arotoma, M., Guzmán, M., Valencia, T., Norabuena, R. & Menacho, J. (2012). *Efectos de la oxitocina en el alumbramiento dirigido Hospital Víctor Ramos*.
- Barakat, R., Alonso, G. & Rojo, J. (2005). *Ejercicio físico durante el embarazo y su relación con los tiempos de las etapas del parto*. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 48 (2), 61-68. Doi: 10.1016/S0304-5013(05)72358-X
- Barquero, K. (2004). *Factores socio familiares asociados al abuso contra niños y niñas en la manifestación de trastornos facticios por poder*. (Licenciatura). Universidad de Costa Rica.
- Bautista, C. (2011). *Proceso de la Investigación Cualitativa*. Bogotá: Manual Moderno.
- Bautista, J., Escobar, V., & Miranda, R. (2016). *El Origen De La Vida Y La Naturaleza Humana En Las Creencias De La Población En General*. *European Scientific Journal, ESJ*, 12(32), 1. Doi: 10.19044/esj.2016.v12n32p1

- Benito, E. & Rocha, M. (2005). *Posiciones maternas durante el parto. Alternativas a la posición ginecológica*. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Alfonso X El Sabio, Vol. 3.
- Benson, P. (1994). *Diagnóstico de Embarazo y Cuidados Prenatales*. En Manual de Obstetricia y Ginecología. 9ª Ed. 108-154. McGraw-Hill Interamericana.
- Bezares, B., Sanz, O. & Jiménez, I. (2009). *Patología Puerperal*. Anales del sistema sanitario de Navarra, V. 32 (Supl. 1).
- Botero, J. et al. (2004). *Obstetricia y Ginecología*. Bogotá: Editorial Quebecorworld.
- Cabré, N. & Venegas, C. (2013). *Creencias sobre las prácticas de autocuidado en segundo y tercer trimestre de embarazo que tienen hombres y mujeres mayores de 18 Años (Nivel del Matrona)*. Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Obstetricia y Puericultura.
- Calle, A., Barrera, M. & Guerrero, A. (2008). *Diagnóstico y manejo de la hemorragia postparto*. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.
- Casal, J. & Mateu, E. (2003). *Tipos de Muestreo*. Revista Epidemiológica de Medicina Preventiva, 1(3), 3-7.

Cascante, J. (2000). *El ABC de la Obstetricia y de la Ginecología*. Escuela Autónoma de Ciencias Médicas de Centroamérica. San José, Costa Rica.

Castellano, G., Heizen, J. & Nión, M. (2012). *Creencias Populares en Salud Materna*. Revista de Salud Pública, (XVI) 3:9-20, nov. 2012, XVI (3), 9-20.

Castellano, G. & Nión, S. (2016). *Creencias y prácticas populares en torno al embarazo y parto: Un enfoque sobre el proceso salud-enfermedad*. (Posgrado). Universidad de la República de Montevideo.

Castro, M., Peniche, C. & Peña, J. (2012). *Conocimientos, mitos y prácticas sobre el uso de métodos anticonceptivos asociados al incremento de embarazos no planificados en estudiantes adolescentes en dos instituciones educativas en la ciudad de Cartagena*. (Maestría en ciencias biomédicas). Corporación Universitaria Rafael Núñez.

Castro, M., Peña, J. & Peniche, A. (2012). *Conocimientos, mitos y prácticas sobre el uso de métodos anticonceptivos asociados al incremento de embarazos no planificados en estudiantes adolescentes en dos instituciones educativas en la ciudad de Cartagena*. Retrieved 22 June 2015, From <Http://File:///C:/Users/Fari/Downloads/CONOCIMIENTOS,%20MITOS%20Y%20PRACTICAS%20SOBRE%20EL%20USO%20DE%20M%C3%89%20TODOS%20ANTICONCEPTIVO.Pdf>

- Castellano, G., Heinzen, J. & Ni3n, S. (2011). *Creencias y pr3cticas populares en torno al embarazo y parto: Un enfoque sobre el proceso salud-enfermedad*. (Maestría). Universidad de la Rep3blica de Montevideo.
- Cisterna, F. (2005). *Categorizaci3n y triangulaci3n como procesos de validaci3n del conocimiento en investigaci3n cualitativa*. *Teor3a*, 14 (1), 61-71. Disponible en
- Cogollo, R. (2012). Aspectos biopsicosociales asociados al embarazo adolescente. *Rev. Cuid*, 3 (1). Doi:10.15649/Cuidarte.V3i1.37
- Colorado, T. (2008). *Autocuidado y medicina tradicional en el embarazo, parto y puerperio en M3xico*. *Gaceta Urbana* No. 6-7, P3g. 107-115.
- Consejo de Salubridad General. (2014). *Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*. M3xico: Centro Nacional de Excelencia Tecnol3gica en Salud.
- Consejo de Salubridad General. (2014). *Vigilancia y Manejo del parto*. M3xico: EDITOR Centro Nacional de Excelencia Tecnol3gica en Salud.
- Corbetta, P. (2003). *Metodolog3a y T3cnicas de Investigaci3n Social* (pp. 374-376). Madrid: McGraw Hill.

- Cunningham, F. & Williams, J. (2005). *Obstetrician de Williams*. New York: McGraw-Hill Professional.
- Decherney, A., Nathan, L., Laufer, N. & Roman, A. (2014). *Diagnóstico y tratamiento Gineco-obstétricos*. (11th Ed.). México: MC Graw Hill.
- De Sevilla, M., de Tovar, L., & Arráez, M. (2006). *El Mito: La Explicación De Una Realidad*. Revista De Educación Laurus, 12(21), 122-137.
- Fernández Carballo, R., & Duarte Cordero, A. (2012). Preceptos de la ideología patriarcal asignados al género femenino y masculino, y su retractación en ocho cuentos utilizados en el Tercer Ciclo de la Educación General Básica del Sistema Educativo Costarricense en el año 2005. *Revista Educación*, 30(2), 145. Doi: 10.15517/revedu.v30i2.2235
- Galeano, M. E. (2001). Registro y sistematización de información cualitativa. En Grupo Investigación Calidad de Vida (Ed.), *Interacciones y pensamientos. Explotación sexual infantil y juvenil: construcción de comunidad académica y avances investigativos*. Medellín: Fundación Universitaria Luis Amigó
- García, J., Troyo-Sanromán, R., Herrera-Suárez, C., Vásquez-Garibay, E., Romero-Velarde, E. & Romo-Huerta, H. (2008). *Hábitos de alimentación y factores*

culturales en adolescentes embarazadas. Archivos Latinoamericanos de Nutrición, 58 (1), 19-26.

García Romero, M. (2014). *SEXUALIDAD EN EL PERIODO GESTACIONAL* (Licenciatura en Enfermería). UNIVERSIDAD DE CÁDIZ. *Sexualidad en el periodo gestacional*. (Licenciatura). Universidad de Cádiz.

Gibbs, R. (2009). *Obstetricia y Ginecología de Danforth*. Barcelona, España: Wolters Kluwer Health.

Gobierno de Chile. (2013). *Programa Para Evaluar Servicios De Obstetricia, Ginecología Y Neonatología* (1st ed., pp. 10-17). Ciudad de Chile.

Gómez Lopez, A. (2010). Lactancia materna y anticoncepción. In M. Soto Hartitz, I. Molina Mira & A. Amor Gómez, *Lactancia materna de madre a madre* (2da ed., pp. 103-107). España: Ayuntamiento de Lorca: Lactando

Graham, A., Powell, M., Taylor, N., Anderson, D. y Fitzgerald, R. (2013). *Investigación Ética con Niños / Ethical Research Involving Children* (p. 214). Florencia: Centro de Investigaciones de UNICEF - Innocenti. Recuperado de http://childethics.com/wp-content/uploads/2015/04/ERIC-compendium-ES_LR.pdf

- Hurtado, J. (2010). *Metodología de la Investigación: Guía para una comprensión holística de la ciencia*. 4a. Ed. Caracas: Quirón Ediciones.
- Jiménez Paneque, R. (1998). *Metodología de la investigación* (pp. 37-50). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Joerín, V., Dozdor, L. & Brés, S. (2007). *Pre Eclampsia*. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina, N.165.
- Karlsson, H. & Pérez, C. (2009). *Hemorragia Postparto*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, V.32 (Supl. 1).
- Kvale, S. (2011). *Las Entrevistas en Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata.
- Lora, G; Narváez, A. (2010). *Creencias y costumbres que poseen las mujeres de la comunidad del Chamizo sobre el embarazo, parto y puerperio desde enero a junio del 2010*. Tesis de Licenciatura. Universidad Técnica del Norte.
- Lora, M. & Narváez, A. (2010). *Creencias y costumbres que poseen las mujeres de la comunidad del Chamizo sobre el embarazo, parto y puerperio desde enero a junio del 2010*. Repositorio.utn.edu.ec. Consultado 26 June 2017, from <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/661>

- Lozada, J. (2014). *Investigación aplicada: Definición, propiedad intelectual e industria*. Ciencia América, 3 (34-39).
- Lugones, M. & Ramírez, M. (2012). *El parto en diferentes posiciones a través de la Ciencia, la Historia y la Cultura*. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, Vol. 38 (No.1).
- Machado Zeledón, R., & Valerio, S. (2016). “*Creencias, mitos y prácticas que tienen las mujeres sobre el embarazo, parto y puerperio en el Centro de Salud Sócrates Flores Vivas, Enero a Marzo 2016*”. (Doctorado). Universidad Autónoma De Nicaragua.
- Mántaras, R. (2012). *Creencias sobre la lactancia materna en embarazadas primerizas del centro de preparación para la maternidad* (Maestría). Universidad Nacional De Córdoba Facultad De Ciencias Médicas.
- Martínez, M. (2006). *La Investigación Cualitativa (Síntesis Conceptual)*. Revista Ipsi, 9 (1), 133-135.
- Martínez, J. (2006). *Cuidados del Recién Nacido*. Santiago, Chile: Mediterráneo.

- Médica, A. & Mayca, J. (2009). *Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampi*. Revista Cultural Electrónica, 5 (5), 1-18.
- Medina, A. & Mayca, J. (2009). *Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampi*. Revista Cultural Construyendo Nuestra Interculturalidad, 5 (5).
- Medina, A. y Mayca, J. (2009). *Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis*. Revista Cultural Electrónica Construyendo Nuestra Interculturalidad, No 5. Año 5. Vol. 4: 1-18.
- Mendoza, H. (1992). *Alimentación y nutrición de la embarazada en la República Dominicana*. Santo Domingo: Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil.
- Ministerio de Salud de La Nación. (2012). *Nutrición y Embarazo. Recomendaciones en nutrición para los Equipos de Salud – Dirección Nacional de Maternidad e Infancia*. Buenos Aires: Ministerio de Salud.
- Mott, M. (2002). *Parto*. Río De Janeiro (Brasil): Universidad de Federale Do Rio De Janeiro.

- Naveiro, M. (2010). *Fase activa del parto: conducta y manejo*. Retrieved 22 June 2015.
- Nogareda, S. & Nogareda, C. (2010). *Carga de trabajo y embarazo*. INSHT, 142(11), 413.
- Noreña, A. L. y Cibanal, L. (2011). La experiencia de los niños hospitalizados acerca de su interacción con los profesionales de enfermería. *Revista Latino-Americana: Enfermagem*, 19(6), 1-8. Recuperado de www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_21.pdf
- Orane Hutchinson, A. (2016). Requerimientos nutricionales en el embarazo y de dónde suplirlos. *Revista Clínica Escuela De Medicina UCR-HSJD*, 6(4), 13-14. Doi: 10.15517/rc_ucr-hsjd.v6i4.26928
- Otzen, T. & Manterola, C. (2017). *Técnicas de muestreo sobre una población a estudio*. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232
- Palmer, E. (2013). *Las diferentes posturas en el parto*. *Efisioterapia.Net*. Retrieved 22 June 2015, From [Http://Www.Efisioterapia.Net/Articulos/Diferentes-Posturas-Parto](http://Www.Efisioterapia.Net/Articulos/Diferentes-Posturas-Parto).
- Pelcastre, B., Villegas, N., De León, V., Díaz, A., Ortega, D. & Santillana, M. (2005). *Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis*

Potosí, México. Revista Escuela de Enfermería, Vol. 39, No.4. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/01.pdf>

Piloto, M., Suárez, C. & Palacios, G. (2002). Complicaciones puerperales durante la estadía hospitalaria. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, V. 28 (N. 1).

Ramírez, L. (2014). *Mitos, creencias y costumbres de las madres en el cuidado al recién nacido en el centro poblado Pallalla Distrito Acoria Huancavelica-2012*. (Licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Rojas, J. & Juárez, E. (2012). *Implicaciones culturales en el embarazo parto y post parto Q'eqchi'*. (Licenciatura). Universidad de San Carlos de Guatemala.

Saidman, N., Raelle, M., Basile, M., Barreto, L., Mackinnon, M., Poy, M., Terraza, R. and López, L. (2012). *Conocimientos, intereses y creencias sobre alimentación y nutrición en gestantes*. [Online] Scielo.org.ar. Available at: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372012000200004 [Accessed 1 Dec. 2017].

Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. 4ta Edición. México D.F.: McGraw Hill.

- Sánchez, F. (2013). *La alimentación de la madre durante el embarazo condiciona el desarrollo pancreático, el estatus hormonal del feto y la concentración de biomarcadores al nacimiento de diabetes mellitus y síndrome metabólico*. *Nutrición Hospitalaria*, 28 (2), 250-274.
- Sánchez Terrer, M. (2010). Porque Amamantar a nuestros hijos. In M. Soto Hartitz, I. Molina Mira & A. Amor Gómez, *Lactancia materna de madre a madre* (2da ed., pp. 19-30). España: Ayuntamiento de Lorca: Lactando
- Sandoval, C. (2002). *Investigación Cualitativa*. Bogotá, Colombia: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior.
- Santos, L., Luna, V., & González, M. (2010). *Mortalidad materna: Factores determinantes modificables mediante políticas públicas en la región la libertad*. UCV - Scientia, V. 2 (N.1).
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. (2013). Guía de manejo de trabajo de parto, parto y sus complicaciones. Bogotá: Editorial Asbog
- TAIPE CAMPOS, N. (2014). Los mitos. Consensos, aproximaciones y distanciamientos teóricos. *Gaceta De Antropología*, 20(16), 1-3. Doi: 10.17561/rae.v0i15.2619

Zúñiga, N. (2016). *Principales mitos alrededor de la maternidad y postparto en mujeres embarazadas, cómo influyen en la transición del ciclo vital y cómo cambian desde un Abordaje Sistémico*. (Posgrado). Pontificia Universidad Javeriana.

Zúñiga, N. (2012). *Principales mitos alrededor de la maternidad y postparto en mujeres embarazadas, cómo influyen en la transición del ciclo vital y cómo cambian desde un abordaje sistémico*. (Licenciatura). Pontificia Universidad Javeriana.

Basso, G. & Mattioli, M. (2015). *Aspectos prenatales, parto y puerperio*. 4ta Edición, México D.F.: McGraw Hill

Israel, J., Lugones, M., Valdespino, L. & Ambrosio, S. (2005). *Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia*. Revista Cubana de Medicina General Integral, 21 (3-4) Recuperado en 03 de septiembre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300031&lng=es&tlng=es

CAPÍTULO VI

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
 Teléfonos: (506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

Escriba aquí su unidad académica

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
 (Para ser sujeto de investigación)

Creencias de las mujeres acerca del embarazo, parto y puerperio para fortalecer el conocimiento del profesional en obstetricia en Santa Bárbara de Pavas durante el segundo semestre 2017.

Código (o número) de proyecto: _____

Nombre del Investigador Principal: LILLY JOAN MATARRITA HERNANDEZ

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO: El propósito de ésta investigación es conocer el conocimiento popular respecto a las creencias de las mujeres respecto al embarazo, parto, postparto y lactancia, especialmente las propias de la comunidad costarricense, especialmente en lo referente creencias y prácticas populares vinculadas al cuidado de la salud materna y fetal durante el embarazo, parto, postparto y lactancia. Se pretende con la presente investigación sirva como base para mejorar el conocimiento del personal de obstetricia que atiende la futuras madres y poder así lograr una mejora en la calidad de atención de las mismas desde su atención hasta los programas de educación para la salud referentes a estos temas ya existentes, concibiendo que la salud es no solo una dimensión biológica sino que la misma atraviesa todos los aspectos de la vida y por lo tanto también se ve influida por las tradiciones, creencias y prácticas.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?: Su participación en el presente estudio conllevara los siguientes puntos para su participación:

- Se realizara mediante entrevista personal, cuya duración aproximada será de 30 minutos.

Comité Ético Científico _____
 Universidad de Costa Rica

- Durante la entrevista, la identificación personal se restringirá al nombre de pila o a un seudónimo, de acuerdo lo defina el participante.
- La entrevista es individual, por lo cual la misma debe ser realizada a solas y sin la presencia de persona ajena al equipo de investigación y a la propia entrevistada.
- La entrevista será grabada mediante el formato de audio para su adecuada transcripción con el fin que los resultados no se vean alterados en el análisis de los mismos
- La colaboración con la investigación no devendrá en remuneración económica alguna.
- Se podrá desistir de participar en cualquier momento del desarrollo de la entrevista, independientemente de la firma del presente Consentimiento.
- La información adquirida en la presente investigación será confidencial, tanto respecto a la identidad como a su contenido. Su uso será exclusivo para los objetivos de la investigación.
- El equipo de investigación se compromete a informar a los participantes sobre los resultados de la investigación, si estos así lo desean.

Describa detalladamente en qué consiste la participación de la persona, qué es lo que tiene que hacer para participar en el estudio, qué se va a hacer con ella, a qué se compromete cuando acepta formar parte de la población del estudio, por cuánto tiempo, en cuáles circunstancias, cómo, cuándo, dónde, con qué instrumento, si se va a grabar (audio y/o video), qué pasará posteriormente con las grabaciones, entre otros.

Ejemplo de una descripción correcta: Se le va a pesar en una balanza, se le va a medir la estatura con el metro que forma parte de la balanza, con cinta métrica se va a medir la circunferencia de su cintura, y así sucesivamente.

C. RIESGOS:

- a. La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted por lo siguiente:
 - i. Incomodidad en la respuesta de ciertas de las preguntas.
 - ii. No existe riesgo físico ante la realización de la entrevista.
- b. Si sufriera algún daño como consecuencia de los procedimientos a que será sometido para la realización de este estudio, los investigadores participantes realizarán una referencia al profesional apropiado para que se le brinde el tratamiento necesario para su total recuperación.

D. BENEFICIOS: Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, es posible que los investigadores aprendan más acerca de Creencias de las mujeres acerca del embarazo, parto y puerperio para fortalecer el conocimiento del profesional en obstetricia y este conocimiento beneficie a otras personas en el futuro.

E. Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Lilly Joan Matamita Hernandez sobre este estudio habiendo contestado satisfactoriamente todas sus preguntas acerca de la investigación. Si quisiera más información más adelante, puedo

obtenerla llamando a Lilly Joan Matarrita Hernandez al teléfono 88532806 en el horario 1pm a 6pm. Además, puedo consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

- F. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para mi uso personal.
- G. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica (o de otra índole) que requiere.
- H. Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.
- I. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

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 éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma del sujeto (niños mayores de 12 años y adultos) fecha

Nombre, cédula y firma del testigo fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento fecha

Nombre, cédula y firma del padre/madre/representante legal (menores de edad) fecha

- ♦ **NOTA:** Si el o la participante es un menor de 12 años, se le debe explicar con particular cuidado en qué consiste lo que se le va a hacer.
Se le recuerda que si va a trabajar con adolescentes de edades entre 12 y 18 años, debe elaborar fórmula de asentimiento informado.

Comité Ético Científico
Universidad de Costa Rica

UNIVERSIDAD COSTA RICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**TEMA: CREENCIAS DE LAS MUJERES ACERCA DEL EMBARAZO,
PARTO Y PUERPERIO PARA FORTALECER EL CONOCIMIENTO DEL
PROFESIONAL EN OBSTETRICIA EN SANTA BÁRBARA DE PAVAS
DURANTE EL PRIMER SEMESTRE 2017**

Sra. usuaria la presente información es importante y estrictamente confidencial es por esa razón que le pedimos responda con sinceridad y si tiene alguna inquietud no dude en preguntar al encuestador. El encuestador le realizará las preguntas y las grabará mediante una grabadora periodística, con su consentimiento previo, sus respuestas se utilizarán para la realización del estudio antes mencionado.

DATOS DEMOGRÁFICOS

Edad: _____

Sexo: F___ M___

Estado Civil:

Soltera ____ Casada ____ Viuda ____ Unión ____ Libre

Número de embarazos

1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ Más de 4 ____

Escolaridad

Primaria Completa ____ Primaria Incompleta ____
 Secundaria Completa ____ Secundaria Incompleta ____
 Universidad Completa ____ Universidad Incompleta ____

Edad de su Primer embarazo: _____

DIMENSIÓN DE CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y MITOS

Embarazo

1. De qué manera puede usted determinar el sexo de su bebe antes del nacimiento, sin el uso de tecnología actual, según las tradiciones de su familia.
2. ¿Cómo averiguan las futuras madres el sexo del bebe relacionados con la alimentación?
3. ¿Cuáles cuidados especiales debe tener la madre durante el embarazo según las tradiciones de su familia?

Alimentación

4. ¿Qué cosa cree usted que es bueno comer durante su embarazo, y que cosas no debe comer por ningún motivo? ¿Por qué?

5. ¿Qué cosa cree usted que es bueno comer durante el post parto, y que cosas no debe comer por ningún motivo? ¿Por qué?

6. ¿Cuáles alimentos deben comer o tomar los días antes de dar a luz y porque?

Sexualidad

7. ¿Qué piensa usted de tener relaciones sexuales durante su embarazo? ¿cuándo, cómo? y ¿por qué?

8. Como pueden afectar las relaciones sexuales al bebe durante el embarazo.

Cuidados del Recién Nacido

9. ¿Cuáles son los cuidados que debe darle usted al ombligo del bebe recién nacido y porque?

10. ¿Qué alimentos les puedo dar al recién nacido y porque?

11. ¿Cuáles son los cuidados que se deben tener con el recién nacido en sus primeros días de vida?

Lactancia Materna

12. ¿Qué cosa cree usted que es bueno comer durante la lactancia, y que cosas no debe comer por ningún motivo? ¿Por qué?

13. ¿Hasta qué edad es prudente dar pecho al bebe?

14. ¿Qué cuidados se debe tener mientras se encuentre dando pecho y porque?

Otros

15. ¿Qué cuidados debe tener la madre después del parto, cuanto tiempo y porque?

16. ¿Qué consejos recibió por parte de amigos o familiares, para cuidarse usted y su bebe durante el embarazo, por ejemplo el mirar el eclipse de luna porque su bebe nacería con una mancha en la piel?, ¿los siguió todos, o algunos no? ¿por qué?

17. Has escuchado otras cosas respecto al embarazo y el parto que no se hayan mencionado en el presente cuestionario... comentarios, consejos, sugerencias...
¿Cuáles?