

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tesis de grado

El impacto de la prematuridad en la salud mental de las mujeres que tuvieron a sus hijos e hijas prematuros en Costa Rica dentro del contexto de la pandemia por COVID-19 en un hospital público costarricense con un abordaje desde la Teoría Ecológica de Bronfenbrenner.

Tutora

Dra. Josiane Pawlowski.

Lectora 1

Mag. María Gabriela Romero Rodríguez.

Lectora 2

M.Sc. Ana Serrano Benavides.

Persona sustentante

Raquel Calvo Morales

Campus Omar Dengo, Heredia, Costa Rica

Miembros del Tribunal Examinador



M.Sc. Carolina Sánchez Hernández.
Representante del Decano de Facultad de Ciencias Sociales



Dr. Santiago Sarceño Barquero.
Director de la Escuela de Psicología.



Dra. Josiane Pawlowski.
Tutora.



Mag. María Gabriela Romero Rodríguez.
Lectora.



M.Sc. Ana Serrano Benavides.
Lectora.



Raquel Calvo Morales.
Sustentante.

Trabajo final de Graduación sometido a consideración del Tribunal Examinador para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Cumple con los requisitos establecidos por el Reglamento de Trabajos Finales de Graduación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional.

Dedicatoria

Quiero dedicarle este trabajo a mis padres: Marvin y Daniela, todo lo que he logrado ha sido gracias a su apoyo y sus enseñanzas. Ustedes son mi ejemplo a seguir.

A mis perritas: Lily y Milanese Napolitana. Que se quedaron conmigo en cada traspasada, llorada y alegría. Cada palabra en este trabajo fue puesta con ellas al lado. Me sostuvieron en todo momento y sin ellas no lo hubiera logrado.

Y por supuesto, a las mujeres que formaron parte de esta investigación. Me siento honrada de haber podido conocer sus historias y las llevo en mi corazón para siempre.

Agradecimientos

A mi equipo asesor, Josiane, Gabriela y Ana. Muchas gracias por confiar en mi idea desde el inicio y no soltarme en el camino, sin su visión profesional y humana, este trabajo no hubiera sido igual.

A mis profesoras y profesores de la Universidad Nacional, que durante todos los años de universidad me enseñaron cosas más allá de lo teórico y que me formaron como una profesional humana, ética, y sensible.

Y a Dios y a todas las personas que de una u otra manera me ayudaron a llegar hasta aquí; estoy sumamente agradecida con ustedes.

Índice

Capítulo I	4
Introducción	4
Justificación	5
Antecedentes	8
Presentación del problema de investigación	11
Objetivos	13
Capítulo II	13
Marco teórico	13
Capítulo III	20
Enfoque y diseño de la investigación	20
Categorías de análisis	21
Proceso de selección de los participantes	22
Técnicas de recolección de datos	24
Técnicas para la sistematización y análisis de la información	25
Procedimientos	26
Procedimientos para el desarrollo de la investigación	26
Criterios para garantizar la calidad de la información	28
Resultados	30
Análisis e interpretación de los datos	30
1. Experiencias subjetivas de los sentimientos durante el parto y post parto de su hijo/a prematuro.	30
1.1. Emociones.	30
1.2. Sentimientos	34
1.3. Cultura y expectativas.	38
1.4. Trauma.	40
2. Estrategias de afrontamientos.	42
2.1. Estrategias para la resolución del problema.	42
2.1.1. Confrontación.	42
2.1.2. Planificación.	43
2.1.3. Reevaluación positiva.	44
2.1.4. Búsqueda de información.	45
2.2. Estrategias para la regulación emocional.	45
2.2.1. Distanciamiento.	45
2.2.3. Autocontrol.	46
2.2.4. Aceptación de la responsabilidad.	46
2.2.5. Escape o evitación.	47

2.2.6. Búsqueda de apoyo social.	47
2.3.7. Espiritualidad.	48
3. Redes de apoyo formales e informales.	49
3.1. Redes formales.	51
3.2. Redes de apoyo informales.	55
Conclusiones y recomendaciones	57
Conclusión objetivo 1: Reconocer factores del microsistema como los sentimientos positivos y negativos que enfrentaron las mujeres madres de hijos prematuros participantes del estudio.	57
Conclusión objetivo 2: Identificar la influencia de factores del microsistema como las estrategias de afrontamiento utilizadas por las mujeres madres de hijos prematuros participantes del estudio para afrontar el parto y post parto.	59
Conclusión objetivo 3: Conocer la influencia de factores del mesosistema como las redes de apoyo formales e informales en la salud mental de las mujeres madres de hijos prematuros participantes del estudio.	60
Recomendaciones	63
Recomendaciones para la universidad	63
Recomendaciones para los centros hospitalarios	63
Recomendaciones para políticas públicas	64
Recomendaciones para las participantes del estudio	65
Referencias bibliográficas	66
Anexos	86
Anexo 1. Operacionalización de categorías de análisis	86
Anexo 2. Entrevista semiestructurada	90
Anexo 3. Tipo de relaciones con el entorno	91
Anexo 4. Ejemplo de ecomapa	92
Anexo 5. Consentimiento informado	92
Anexo 6. Ecomapas.	96
1. Ecomapa Participante A.	96
2. Ecomapa Participante B.	99
3. Ecomapa Participante C.	102
4. Ecomapa Participante D.	104
5. Ecomapa Participante E.	107

Capítulo I

Introducción

Este estudio tiene como objetivo explorar el impacto en la salud mental que tuvieron las mujeres madres al tener hijos/as prematuros, utilizando una metodología cualitativa con un diseño fenomenológico, comprendiendo este fenómeno desde la Teoría Ecológica, lo que permitirá conocer la influencia de los procesos internos tales como los sentimientos negativos y positivos, las estrategias de afrontamiento, y externos como las redes de apoyo formales e informales, en donde se podrá tomar en cuenta familia, pareja, amigos, trabajo, instituciones y personal médico.

La salud mental de las mujeres que tuvieron hijos e hijas prematuros se ve afectada en un 40% por ansiedad, depresión y estrés postraumático (Fundación NeNe, 2023) y para efectos de este estudio, la salud mental será entendida como el bienestar subjetivo que experimenta cada persona en particular (Ribot et al., 2020), además, es importante considerar la salud mental perinatal puesto que es la encargada de velar por la salud emocional de las mujeres antes y después del nacimiento de su hijo (Hernández, 2011; Fernández y Olza, 2020), conceptos que serán extendidos en el apartado de marco teórico.

La llegada de un hijo/a prematuro supone un desafío emocional significativo para las madres, pese a esto el acompañamiento psicológico es limitado. En Costa Rica, la psicología en este área toma como prioridad problemáticas como adherencia al tratamiento, adaptación a hábitos saludables y el manejo de enfermedades crónicas (CCSS, 2024). La salud mental de estas madres ha sido poco explorada en el país, sin embargo, en la revisión bibliográfica se encuentra que ser madre de un hijo prematuro puede involucrar ansiedad, depresión y sentimientos de culpa (Mesa y Gómez, 2023; Malouf et al., 2021).

En el país el 12% de los nacimientos totales son prematuros, lo que se estima que son aproximadamente 5000 bebés al año (Alianza Empresarial para el Desarrollo, 2023; FUNDAPREMA, 2024; Mena, 2024; Zeledón, 2012), lo que involucra a su vez 5000 madres de hijos e hijas prematuros al año en Costa Rica. El estudio se ubica dentro del marco de la enfermedad por COVID-19, de marzo 2021 a diciembre 2022, el cual será entendido para propósitos de esta investigación como el período de pandemia, puesto que en este momento inicial el país se enfrentó a una segunda ola pandémica y la capacidad hospitalaria empezó a ser

insostenible (Cordero, 2022), además de que la enfermedad contagió a bebés prematuros y provocó muertes en menores de edad (Morris, 2021).

Según la evidencia científica contraer la COVID-19 durante el embarazo es considerado un factor de riesgo y puede ser causante de un parto prematuro (Ministerio de Salud Costa Rica, 2021; Organización de las Naciones Unidas, 2021; Vielma et al 2020).

El trabajo consta de tres capítulos; en el primero se ubica el problema de la investigación y su importancia, en el segundo se encuentra el marco teórico y en el tercero la metodología, resultados, conclusiones y recomendaciones.

Justificación

En el periodo perinatal, que para efectos de este estudio será entendido como el periodo antes del nacimiento y los primeros meses después del nacimiento del hijo/a (Hernández, 2011; Fernández y Olza, 2020), las mujeres incrementan sus necesidades físicas y emocionales siendo esto un causante de desarrollar distintas afecciones en la salud mental. Según un estudio realizado por la Fundación NeNe, un 40% de las mamás de prematuros padecen de ansiedad, depresión o estrés postraumático, cifras más elevadas en problemas de salud mental que quienes tienen a sus hijos a término (Fundación NeNe, 2023).

La prematuridad es una de las principales causas de muerte y discapacidad infantil en nuestro país, así mismo, representa un 12% del total de partos, es decir que se estima que nacen alrededor de 5000 bebés prematuros en el país por año (Alianza Empresarial para el Desarrollo., 2023; FUNDAPREMA, 2024; Mena, 2024; Zeledon, 2012), por lo que podría decirse que son en conjunto con estos bebés, 5000 madres que tuvieron un parto de manera prematura.

Para efectos de este estudio, se entenderá salud mental como el bienestar subjetivo que experimenta cada persona en particular (Ribot et al., 2020) y salud mental perinatal como las emociones sostenidas en el tiempo que pasan antes y después del nacimiento de un hijo/a, en donde se toma en cuenta no solo factores individuales sino sociales y ambientales (Hernández, 2011; Fernández y Olza, 2020), conceptos que serán extendidos en el apartado de marco teórico.

Este mismo autor (Hernández, 2011) menciona la importancia de no solo conceptualizar qué es salud mental perinatal sino crear acciones que contribuyan a mejorar este ámbito y

sumarlo a áreas médicas más consolidadas como obstetricia y neonatología, vacío de conocimiento teórico y práctico que se espera aportar con el desarrollo de esta investigación.

Según el contenido bibliográfico revisado en el apartado de antecedentes, el ser madre de un hijo/a prematuro puede ser considerado una experiencia traumática, ser causante de síntomas de ansiedad, depresión, trastornos del sueño (Mesa y Gomez, 2023; Malouf et al., 2021; Mira et al., 2021; Torrencilla et al., 2023), y que a pesar de estar demostrado con evidencia científica, la mayoría de las mujeres que tienen hijos prematuros en nuestro país no son referidas a los servicios de salud mental.

En un acercamiento con FUNDAPREMA, una organización costarricense no gubernamental sin fines de lucro que brinda apoyo a padres y madres de familia de niños/as prematuros (FUNDAPREMA, 2024), se mencionó que la salud mental es lo que más se impacta en las mujeres que tuvieron un parto prematuro y que estas son atendidas hasta que se presentan síntomas severos de depresión post parto (Fernández, comunicación personal, 18 de marzo 2024). Lo dicho por FUNDAPREMA concuerda con lo establecido en el Protocolo Clínico de Manejo de Partos Prematuros de la Caja Costarricense de Seguro Social, el cual indica que la atención psicológica se le ofrece a las mujeres solo por indicación del médico tratante y para referir un caso al área de psicología toma en cuenta algunos factores como adherencia al tratamiento, manejo psicológico de enfermedades crónicas no transmisibles y violencia psicológica entre otras (CCSS, 2024). Mencionar este protocolo es relevante para la investigación puesto que el mismo es quien conduce la forma del accionar del médico dentro del ámbito hospitalario en el que se encuentran inmersa la población meta de esta investigación.

Además, en Costa Rica resulta ser un proceso costoso al atender un niño/a prematuro dentro del sistema público, en donde en muchas ocasiones se opta por tener al recién nacido en salas sin ningún tipo de medicamento activo, únicamente teniendo cuidados de confort (Montero, 2018; Jiménez et al. 2019), además, de calificar la prematuridad como una de las principales causas de mortalidad infantil en el país entre 2006 y 2010 (Zeledón, 2012).

Con respecto a la temporalidad del estudio, la evidencia científica dice que se producen más hospitalizaciones y mortalidad en las madres que contraen la enfermedad por COVID-19, además es considerada un factor de riesgo durante el embarazo y uno de los causantes de tener un parto prematuro (Ministerio de Salud Costa Rica, 2021, Organización de las Naciones Unidas,

2021; Vielma et al 2020). Además de que, como medida preventiva contra la COVID-19, en el periodo de pandemia se tomó la medida sanitaria de eliminar el contacto piel a piel madre-bebé para evitar el contagio de los bebés, a pesar de estar demostrado que esto es un pilar para el bienestar del prematuro y la madre (OMS, 2021).

Se tomó en cuenta 5 mujeres madres de hijos/as prematuros que tuvieron su parto en un periodo de marzo 2021 a diciembre 2022, puesto que Costa Rica enfrenta una segunda ola epidémica de COVID-19, la cual empezó a ser insostenible en capacidad hospitalaria (Cordero, 2021) pasando por eventos como el contagio del virus a bebés prematuros (Arce, 2020), contagios y muertes de menores de edad (Morris, 2021). El periodo final de interés del estudio, diciembre 2022, es debido a que en este momento, Costa Rica pone fin a las medidas anti-COVID (Cordero, 2022), a pesar de existir un aumento en los casos positivos por la enfermedad mencionada (Ministerio de Salud Pública Costa Rica, 2022).

Según lo indicado por un grupo de mujeres madres de FUNDAPREMA, la culpa es algo que vive en ellas desde el primer momento (Elizondo, D., comunicación personal, 3 de octubre 2024). La maternidad es atravesada por el género y por los ideales que giran en torno a ella, además, parece ser que quienes no logran cumplir con esto, como en el caso de los partos prematuros, pueden experimentar efectos negativos en su salud física y mental (Barrantes y Cubero, 2014; Fernández y Olza, 2020; Mota et al, 2018).

En Costa Rica, la investigación en psicología sobre la salud mental perinatal en madres de hijos/as prematuros costarricenses es escasa puesto que la mayoría es realizada desde la enfermería, medicina y educación (Amaral y Ramallo, 2015; Garrido et al., 2020; Montero, 2018; Jiménez et al., 2019) y para efectos de este estudio se trabajará desde la psicología perinatal con una metodología cualitativa y un diseño fenomenológico, con base en la Teoría Ecológica, la cual será descrita en el apartado de la metodología y marco teórico.

Para efectos de esta investigación, uno de los objetivos es indagar en las redes de apoyo formales e informales puesto que ambas juegan un papel esencial en la forma en la que las madres afrontan los retos en salud mental que se les presentan producto de la prematuridad de sus hijos/as, ya que son quienes ofrecen apoyo emocional en el caso de las redes informales y ayuda especializada para el bebé y la madre en el caso de las redes formales, estas últimas teniendo un impacto importante puesto que juegan un rol en educar a las madres con respecto a

los cuidados de sus hijos/as y sus necesidades básicas (Berlanga et al., 2014; Bedolla et al., 2013; Trueba, 2024; Lila y Gracia, 1996; Puig et al., 2017).

Así mismo, las estrategias de afrontamiento permiten a las mujeres madres manejar el estrés emocional y físico que puede generar la situación, además de que promueven el bienestar emocional, especialmente durante hospitalizaciones prolongadas en unidades de cuidados intensivos, demostrando tener efectos positivos en la salud mental materna (Ccna y Marcavillaca, 2019; Trueba, 2024; Puig et al., 2017).

Sintetizando la información anterior, los partos prematuros representan un porcentaje importante en el país, además, en la investigación revisada, se evidencia que las madres de hijos prematuros tienden a tener afectaciones emocionales, las cuales en nuestro país parece que no son atendidas quizás, porque no son reconocidas.

Por lo que realizar este trabajo es de gran relevancia en la investigación costarricense desde el ámbito de la psicología y la psicología perinatal, para el sistema de salud público costarricense y las futuras madres de hijos/as prematuros puesto que pone en evidencia el impacto que tiene en las mujeres madres para la salud mental el tener un parto prematuro, generando la posibilidad de visibilizar y promover la creación de políticas públicas y protocolos que garanticen la atención psicológica dirigida a temas de salud emocional en esta área de la salud y su población.

Antecedentes

Para comprender mejor el fenómeno a estudiar, se realizó una búsqueda de antecedentes que permitió ilustrar la realidad de esta población en otros contextos, para así fundamentar la razón de ser de esta investigación.

Para ser madre y tener un parto prematuro, se tiene una variedad de factores de riesgo como lo son las infecciones del tracto uterino durante el embarazo, ruptura de membranas, anemia, cesáreas de emergencia y otros factores psicosociales como el nivel de educación y económico, y los embarazos adolescentes (Montero et al., 2019; Jones et al., 2023), además trae implicaciones de salud física como la disminución de la calidad del sueño, infecciones, hipoplasia pulmonar e incluso la muerte (Lebel et al., 2021; Challacombe et al., 2023).

Olza et al. (2021) realizan un aporte con respecto a la salud emocional de los bebés, puesto que los mismos no están separados de la madre y que la salud mental de la madre puede tener grandes repercusiones en la salud física y emocional no sólo en ella misma, sino en su hijo y en otros miembros de la familia.

Con la finalidad de conocer las implicaciones psicológicas de tener un parto prematuro en las mujeres, Bastías y Mira (2020) revisaron la interacción entre madre e hijo prematuro, en donde encontraron que el proceso de hospitalización genera ansiedad y tristeza en sus madres por miedos en relación a la salud del niño; idea respaldada por Worrall et al. (2024), en donde reconocen que existe una relación entre la seguridad del niño durante su hospitalización y el incremento de ansiedad y estrés de las madres, además de su diálogo interno lleno de preocupaciones por la salud física del bebé (Mesa y Gomez, 2023).

Gulshan et al. (2023) encontraron que un parto prematuro está asociado a crisis emocionales y estrés en madres provocado por tener que ejercer un rol materno temprano, en donde se experimentan emociones de preocupación, miedo, tensión, depresión y ansiedad, incluso en algunas ocasiones se puede desarrollar estrés postraumático (Malouf et al., 2021), provocando que sean necesarias algunas estrategias de afrontamiento para sobrellevar su realidad como estar más cerca del bebé y orar según su fe (Merdikawati et al., 2023), todo esto suele estar acompañado de ansiedad generalizada en el primer año post parto (Neri et al., 2020).

También parece ser que el parto prematuro puede ser considerado un trauma, en donde las experiencias previas juegan un papel fundamental en la manera en la que viven el ser madres prematuras. En su mayoría, utilizan el mecanismo de defensa de la disociación para sobrellevar el dolor de la realidad y las posibilidades que tienen sus hijos dentro de una unidad de cuidado intensivo (Canin y Bain, 2022), dolor que algunos autores consideran factor determinante para la aparición de síntomas depresivos (Mira et al., 2021; Torrencilla et al., 2023).

Según Puig et al. (2018) las madres de prematuros sufren al tener que enfrentar una realidad no esperada, puesto que pierden las expectativas que tenían sobre ser madres al enfrentarse a esta situación, teniendo que abandonar su rol materno ya que en muchas ocasiones el cuidado maternal pasa a manos del personal médico, en una revisión bibliográfica llegaron a la conclusión de que las estrategias que utilizan estas madres han demostrado un buen impacto en su salud mental.

Para enfrentar las distintas situaciones que puedan surgir con esta experiencia, distintos autores han encontrado que el tener redes de apoyo emocional durante un parto prematuro, la educación sobre cómo cuidar a los niños prematuros, el entrenamiento de las habilidades de inteligencia emocional y el auto cuidado espiritual pueden generar diferencias significativas en la salud mental de las madres y reducir significativamente los niveles de estrés y ansiedad en ellas (Seiedi et al., 2021; Viera et al., 2019; Pouraboli et al., 2022, Mahmoodi et al., 2022, Yazarloo et al., 2019).

En esta misma línea, se encontró que la educación sobre la atención primaria a familias y/o cuidadores de hijos prematuros, puede ser de gran utilidad para revertir los riesgos que puede involucrar nacer prematuro (Garrido et al., 2020) y que además el apoyo familiar es fundamental para el desarrollo de los niños prematuros (Amaral y Ramallo, 2015)

Con respecto a la enfermedad por COVID-19, parece que en el 75% de mujeres gestantes la enfermedad puede ser asintomática, además de poder ser infectada intrauterina, en el parto o por la cercanía durante la lactancia materna directa con el bebé, en el estudio se señala que la enfermedad se convierte en un factor de riesgo de parto prematuro, mortalidad infantil y la depresión perinatal (Alvear et al., 2021).

La pandemia por COVID-19 aumentó significativamente los problemas de salud mental en las mujeres embarazadas, experimentando estrés relacionado directamente por la pandemia y en un 81.4% presentaron síntomas de ansiedad y depresión (Aguilar et al, 2021). Este estrés que experimentaron las madres no solo le afectó a ellas sino que puede influir en el desarrollo del bebé e incluso ser uno de los causantes de tener un parto prematuro, dejando esto en evidencia la importancia de trabajar temas de salud mental durante el embarazo y la enfermedad de la COVID-19 (Infobae, 2021).

Olza et al. (2021) mencionaron que existen pocos programas que trabajen en la atención de la salud mental perinatal y resaltan la importancia de crear programas que acompañen emocionalmente a estas madres por lo que proponen un modelo de atención creado desde la visión ecológica de Bronfenbrenner y algunos aportes de John Bowlby, además, las autoras comentan la importancia del acompañamiento psicoterapéutico en la atención comunitaria, familiar e individual a las familias durante los primeros meses de vida de un bebé con el fin de realizar un abordaje integral.

De esta manera, se puede concluir que en la investigación costarricense existe un vacío académico en psicología sobre la salud mental de las mujeres madres de prematuros, tomando en cuenta la diversidad de factores entre las que se podría mencionar, las expectativas sobre maternidad que rodea a la mujer, la pandemia por COVID-19, estrategias de afrontamiento y redes de apoyo que envuelve a las madres de hijos prematuros durante el periodo situado para la investigación.

Presentación del problema de investigación

En el periodo perinatal, las mujeres incrementan sus necesidades emocionales, pasando por estados donde experimentan síntomas de ansiedad, depresión, estrés y miedo (Bastida y Mora, 2020; Mesa y Gomez, 2023; Malouf et al., 2021; Paricio del Castillo, 2024). Según la Fundación NeNe, un 40% de las mamás de hijos prematuros presentan problemas en salud mental y la misma, ha recibido una escasa atención de parte de los sistemas de salud en distintas partes del mundo (Fundación NeNe, 2023; Olza et al., 2021)

Estos partos representan una parte importante en el total de nacimientos en Costa Rica, además, de ser la causa principal de muerte y discapacidad en niños y niñas (Alianza Empresarial para el Desarrollo., 2023; FUNDAPREMA, 2024; Mena, 2024; Zeledón, 2012). A esto se le añade la temporalidad del estudio en donde se sitúa la pandemia por la COVID-19 que provoca un rompimiento de la normalidad en centros de salud pública, siendo uno de los causantes de hospitalizaciones y muertes en las mujeres embarazadas y menores de edad (Cordero, 2021; Arce, 2022). Además de que, como medida preventiva contra la COVID-19 en el período de pandemia, se tomó la decisión de eliminar el contacto piel a piel madre-bebé para evitar el contagio de los bebés, a pesar de estar demostrado que esto es un pilar para el bienestar del prematuro y la madre (OMS, 2021).

En Costa Rica, la pandemia por la COVID-19 afectó el acceso a la salud por ocupación máxima de camas, no solo de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) sino en camas para pacientes leves y moderados en más de seis hospitales públicos (Madrigal, 2021) además, gran parte del personal hospitalario estaba enfocado en atender la emergencia por la COVID-19 teniendo como consecuencia menos doctores en las especialidades como lo es ginecobstetricia (Barquero, 2021).

Los antecedentes revisados demuestran que es importante revisar las redes de apoyo de estas madres puesto que tienden a tener un efecto positivo en su salud mental (Seiiedi et al., 2021; Viera et al., 2019; Pouraboli et al., 2022, Mahmoodi et al., 2022, Yazarloo et al., 2019), y para efectos de esta investigación, uno de los objetivos es indagar en las redes de apoyo formales e informales puesto que ambas juegan un papel esencial en la forma en la que las madres afrontan los retos en salud mental que se les presenta producto de la prematuridad de sus hijos/as, ya que son quienes ofrecen apoyo emocional como en el caso de las redes informales y ayuda especializada tanto para el bebé como para la madre como las redes formales (Berlanga et al., 2014; Trueba, 2024; Lila y Gracia, 1996; Bedolla et al., 2013)

Así mismo, las estrategias de afrontamiento al igual que las redes de apoyo revisadas en los antecedentes demuestran tener un efecto positivo (Merdikawati et al., 2023) puesto que permiten manejar el estrés emocional y físico que puede generar la situación, además de que promueven el bienestar de la madre especialmente durante hospitalizaciones prolongadas en unidades de cuidados intensivos (Ccna y Marcavillaca, 2019; Trueba, 2024).

La investigación revisada para este estudio sobre Costa Rica con el tema de la prematuridad es, en su mayoría, realizada desde la disciplina de la enfermería, medicina (Montero, 2018; Jiménez et al., 2019) y educación (Amaral y Ramallo, 2015; Garrido et al., 2020), lo que podría evidenciar que existe un vacío de conocimiento en la investigación sobre salud mental de las mujeres madres de hijos/as prematuros en Costa Rica desde la psicología.

Lo anterior pretende ser estudiado desde la Teoría Ecológica, puesto que toma en cuenta el contexto social, cultural y político en el que se desenvuelven las personas (Cortés, 2004) y permite reconocer la influencia de los factores externos e internos en la salud mental de las mujeres madres de hijos prematuros tomando en cuenta los cinco sistemas (Ver figura 1), centrándose en el microsistema que tiene que ver con los roles, actividades y relaciones que desarrolla una persona dentro de un entorno y el mesosistema que es la relación entre dos o más microsistemas en el que la persona participa activamente y se transforma cuando la misma entra en un nuevo entorno, todo esto atravesado por el cronosistema que para efectos de este estudio será entendido como la temporalidad del período de pandemia por la COVID-19, el cual será un eje fundamental para analizar por resultados de la investigación (Bronfenbrenner, 1993; Escobar, 2020), los cuales serán ampliados en el apartado de marco teórico.

Es por esto, que la pregunta que inspiró este trabajo es: ¿Cuál es el impacto de la prematuridad en la salud mental de las mujeres madres que tuvieron a sus hijos e hijas en un hospital público costarricense, durante la época de medidas sanitarias tomadas por la pandemia por COVID-19?

Objetivos

Objetivo general

Explorar el impacto de factores del microsistema y el mesosistema en la salud mental de mujeres madres de bebés prematuros que tuvieron sus hijos en un hospital público costarricense durante la época de medidas sanitarias tomadas por la pandemia por COVID-19 desde la Teoría Ecológica.

Objetivos específicos

1. Reconocer factores del microsistema como los sentimientos positivos y negativos que enfrentaron las mujeres madres de hijos prematuros participantes del estudio.
2. Identificar la influencia de factores del microsistema como las estrategias de afrontamiento utilizadas por las mujeres madres de hijos prematuros participantes del estudio para afrontar el parto y post parto.
3. Conocer la influencia de factores del mesosistema como las redes de apoyo formales e informales en la salud mental de las mujeres madres de hijos prematuros participantes del estudio.

Capítulo II

Marco teórico

El marco teórico de esta tesis tiene como objetivo proporcionar una base conceptual y una base teórica sólidas para entender el impacto de la prematuridad en la salud mental de las mujeres madres en un contexto de salud pública costarricense durante el período de pandemia por COVID-19. Este marco se construye a partir de la revisión de literatura relacionada con la psicología perinatal, prematuridad, maternidad prematura, salud mental, sentimientos negativos y positivos, redes de apoyo formales e informales, y estrategias de afrontamiento.

El marco referencial de la investigación es la Teoría Ecológica de Bronfenbrenner puesto que resalta la importancia de tomar en cuenta el contexto social, cultural y político en el que se desenvuelven las personas, le pone énfasis a la interacción dinámica de las personas y parte de dos hechos: la forma en la que el individuo percibe el entorno y cómo se comporta dentro de él, es decir que cada sistema contiene al siguiente (Bronfenbrenner, 1977; Cortés, 2004). Además de que el mismo permite comprender el desarrollo psicológico con aspectos ecológicos del ambiente (Olza et al., 2021)

Este modelo se divide en cinco sistemas según Bronfenbrenner (1993), Escobar (2020) y Olza et al (2021) (Ver figura 1):

1. **Microsistema:** es un conjunto de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona desarrolla dentro de un entorno. Aquí se ubicaría la diada madre-bebé puesto que si uno de los miembros experimenta un proceso, el otro lo experimentará también.
2. **Mesosistema:** es la relación entre dos o más microsistemas en el que la persona participa activamente y se transforma cuando la misma entra en un nuevo entorno. En este sistema se ubica la pareja, la familia de origen, el entorno laboral y el personal sanitario que acompaña a la madre y al bebé.
3. **Exosistema:** son los entornos en donde la persona no participa activamente pero en los que se producen hechos que afectan a la persona por lo que ocurre dentro de él. Se podría considerar dentro de este sistema el sistema sanitario y el laboral.
4. **Macrosistema:** se refiere al conjunto de creencias y valores que hacen posibles las ideologías de cada sociedad, las cuales permean el resto de sistemas. En este caso, se podría considerar el modo de gestar y nacer que se espera de una madre.
5. **Cronosistema:** es el sistema que toma en cuenta no solo la variable del tiempo que atraviesa a las personas por su edad sino los cambios en el ambiente en el que esta persona vive, como lo sería la estructura familiar, estatus socioeconómico o en este caso, la pandemia por la COVID-19.

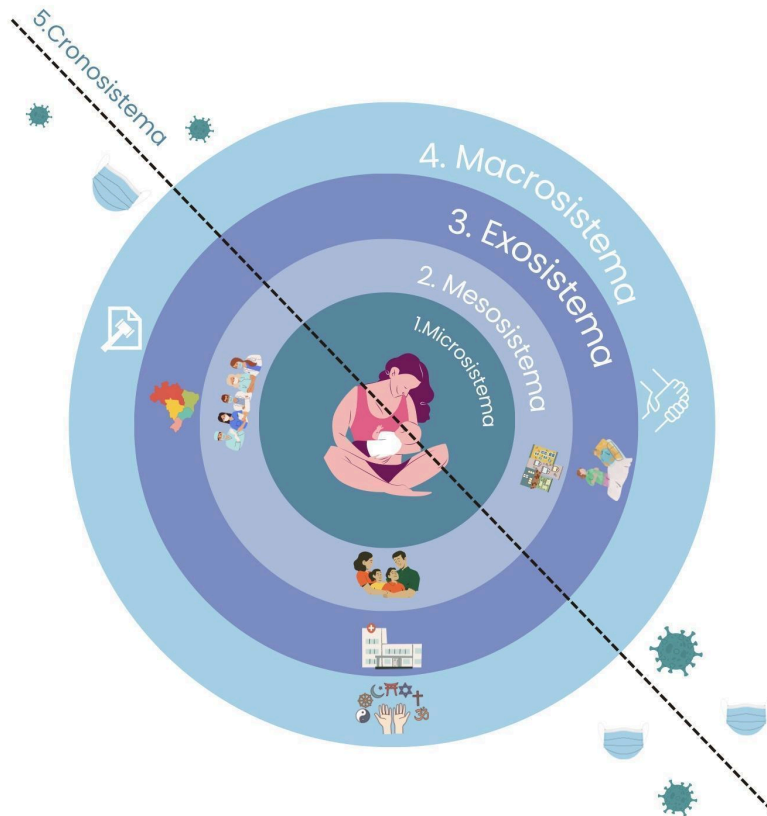


Figura 1.

Sistemas de la Teoría Ecológica de Bronfenbrenner.

Fuente: Elaboración propia basado en Bronfenbrenner (1993), Escobar (2020) y Olza et al. (2021).

Para efectos de este estudio, se centrará en el microsistema y mesosistema, puesto que en las mismas se encuentran la díada madre-bebé, las personas cercanas como la pareja, la familia y los ámbitos hospitalario y laboral y el cronosistema que es representado por la pandemia por COVID-19, además, se tomará en cuenta aspectos del modelo ecosistémico puesto que el mismo contiene bases sistémicas y fenomenologías que permiten que sea una manera más flexible e integradora de comprender de la salud perinatal puesto que tiene una dimensión más comunitaria (Fernández y Olza, 2020; Olza et al., 2021).

Psicología perinatal

Para efectos de este estudio, es fundamental extender el concepto de psicología perinatal y sus utilidades para una mejor lectura y comprensión del fenómeno a estudiar. Para esto, Hauser (2014) define con apoyo bibliográfico que la psicología perinatal es la encargada de abarcar el periodo del embarazo, parto y los primeros meses del niño; trabajando simultáneamente con la

madre, el padre y el bebé, convirtiéndola en un campo interdisciplinario que incluye la dimensión psicológica que involucra el proceso inicial de maternidad y paternidad en la vida de una persona.

La misma autora sostiene que el parto prematuro es una de las principales ocupaciones de la psicología perinatal puesto que:

La prematuridad impone barreras interactivas ya sea por la asistencia que el bebé requiere, como por su inmadurez psico biológica. Los padres necesitan ser ayudados a metabolizar los sentimientos y fantasías que surgen a partir del nacimiento de un hijo prematuro, para encontrar una manera adecuada de incluirse como padres y relacionarse con ese bebé. (Hauser , 2014, p. 67)

Otra autora menciona que la psicología perinatal es también la encargada de la promoción de la salud, psicoeducar a las familias y de ser quien interviene en casos en relación a lo emocional en el área perinatal (Savone, 2019).

La psicología perinatal a la vez, contiene a la psicología del embarazo la cual ha profundizado en la complejidad que experimenta una mujer durante el embarazo, tomando en cuenta aspectos psicológicos, sociales y culturales que pueden afectar a la mujer y a su vez, las consecuencias que puede tener en el desarrollo del psiquismo del feto al momento de la gestación, todo lo anterior estudiado desde el modelo ecosistémico y la Teoría Ecológica de Bronfenbrenner la cual es el sustento teórico de la investigación (Fernández y Olza, 2020).

Prematuridad

Para efectos de esta investigación, comprender el término de prematuridad será clave para tener claridad sobre el fenómeno que experimentaron estas mujeres madres de hijos/as prematuros y a la vez para conocer las subcategorías en las que pueden nacer estos niños y niñas, puesto que las mismas representan distintos grados de complejidad tanto para la madre como para el bebé (OMS, 2023).

Según la OMS (2023) la prematuridad se define y se clasifica como:

Se considera prematuro un bebé nacido vivo antes de que se hayan completado 37 semanas de embarazo. Las subcategorías de recién nacidos prematuros, basadas en la edad gestacional, son: prematuro extremo (menos de 28 semanas), muy prematuro (de 28 a 32 semanas) y prematuro entre moderado y tardío (de 32 a 37 semanas). (p.1)

La prematuridad es una de las principales causas de muerte y discapacidad entre los menores de cinco años (Alianza Empresarial para el Desarrollo., 2023; FUNDAPREMA, 2024; Mena, 2024; OMS, 2023; Zeledón, 2012) además de que según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, 1 de cada 10 niños nace de manera prematura en el mundo (OMS, 2023).

Maternidad prematura

Para mejorar la comprensión del estudio es importante conocer el concepto de maternidad prematura puesto que permitirá ilustrar la vivencia en general de las mujeres madres de hijos prematuros. Para esto, el Instituto Nacional de la Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver (2017) establece que un parto a término es cuando los niños y niñas nacen a las 39 semanas, mientras que la maternidad prematura es cuando el parto sucede antes de las 37 semanas de gestación (OMS, 2023).

Algunos autores lo consideran una experiencia traumática al ser un parto inesperado al no cumplir con el tiempo a término y que con esto, se desatan una serie de emociones que pueden ser percibidas negativas como la tristeza, la angustia, ansiedad y depresión (Gulshan et al., 2023; Mira et al., 2021; Torrencilla et al., 2023).

Salud mental

Según la OMS, citado por Ribot et al. (2020) la salud mental es entendida como:

El bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. Incluye, por tanto, las capacidades para afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y para hacer contribuciones a la comunidad (p.3)

Los mismos autores mencionan que ante los cambios bruscos como la pandemia por al COVID-19 se producen más afectaciones en la salud mental, por lo que en la misma debe de asumirse desde una visión multidisciplinaria que integre lo personal, lo social y lo político (Ribot et al., 2020).

Para efectos de esta investigación, el término de salud mental perinatal es relevante puesto que abarca las emociones y sentimientos que pasan las mujeres antes y después del nacimiento de su hijo, y además toma en cuenta no solo factores individuales sino sociales,

ambientales y hasta espirituales (Hernández, 2011; Fernández y Olza, 2020), lo que hace lógico el marco referencial de esta tesis puesto que la teoría ecológica contempla factores externos que influyen en la persona.

Sentimientos positivos y negativos

Los sentimientos pueden definirse como emociones sostenidas en el tiempo, las cuales contienen un componente social y de cultura puesto que se ven influenciados por las expectativas de la sociedad, además de que los sentimientos son capaces de producir cambios en el cuerpo o no, y a raíz de esto, la persona adquiere conciencia de que lo está experimentando (Otero, 2006; Ribes, 2018).

Estas emociones pueden ser entendidas como una experiencia multidimensional en la que se incluyen las dimensiones de subjetividad, expresión y adaptación, y que cualquier proceso psicológico requiere una experiencia emocional, la cual puede ser de alta o baja intensidad (Chóliz, 2005). La misma autora menciona que dentro de las emociones básicas se encuentran placer, interés, sorpresa, tristeza, ira, asco, miedo, desprecio y culpa.

Las emociones positivas producen bienestar subjetivo, son temporales y movilizan pocas estrategias de afrontamiento como sí lo producen las emociones negativas, entre las cuales se pueden encontrar la alegría, el placer y la sorpresa (Barragán y Morales, 2014; Chóliz, 2005), mientras que las emociones negativas se caracterizan por tener una experiencia afectiva desagradable y entre ellas se encuentra la tristeza, el miedo, la ansiedad, la ira y el asco (Piqueras et al., 2009).

Redes de apoyo formales e informales

Las redes de apoyo para efectos de este estudio serán entendidas como los recursos externos y estructuras sociales en los que la persona encuentra contención, acompañamiento, protección y recursos para afrontar las situaciones, y se dividen en redes informales y formales (Contreras y Hernandez, 2019; Torres et al., 2008).

Las redes de apoyo informales son los cuidados y atenciones que brindan las personas allegadas como la familia y pareja, y que tienen una relación afectiva entre la persona que cuida

y sobre quien es cuidado, además de ser el modelo de apoyo más utilizado en las personas (Torres et al., 2008).

Añadiendo a lo anterior, en las redes de apoyo formales se ubican las instituciones, instancias o políticas públicas que rodean a las personas, pero que estas están en función de recursos económicos disponibles, costo beneficio, relación entre actores, expectativas y la capacidad que tienen para resolver el problema (Higuera-Cota et al., 2023).

Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento pueden ser definidas como pensamientos y comportamientos para manejar situaciones internas y externas que pueden ser percibidas como estresantes, además cuenta con una serie de transacciones entre la persona que tiene establecidos recursos, valores y compromisos y un ambiente en particular que tiene sus propias demandas según como se relacione la persona con la situación (Taylor, 2007).

Por lo que las estrategias de afrontamiento incluyen los recursos internos y externos de la persona, y como todo esto influye en las respuestas que tiene ante un evento estresante, los recursos externos pueden ser el dinero y el tiempo, el apoyo social, otros eventos estresantes externos como los mecanismos utilizados en experiencias previas y otros factores de personalidad (Taylor, 2007).

Vásquez et al (2003) plantean que existen 2 tipos de estrategias de afrontamiento: las estrategias de resolución de problemas que tienen que ver con acciones dirigidas a solucionar el problema que está causando el malestar y las estrategias de regulación emocional que tiene que ver con regular la respuesta emocional al problema.

Para esto, la Escala de Modos de Afrontamiento plantea 8 estrategias de afrontamiento más utilizadas las cuales son: confrontación, planificación, distanciamiento, autocontrol, aceptación de la responsabilidad, escape o evitación, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social, las dos primeras más enfocadas en la solución del problema y las otras en la regulación emocional (Vásquez et al., 2003), otro autor plantea que se puede tomar en cuenta también la búsqueda de información, búsqueda de apoyo social y la espiritualidad (Taylor, 2007).

Capítulo III

Enfoque y diseño de la investigación

Este estudio se desarrolló bajo una metodología cualitativa con un diseño fenomenológico. La elección de este enfoque se fundamenta en que la investigación cualitativa permite obtener información a través de palabras, relatos escritos y conductas observables (Quecedo y Castaño, 2002). Esta perspectiva resulta especialmente pertinente, dado que el objetivo del estudio fue explorar el impacto de la prematuridad en mujeres que son madres de hijos prematuros.

Además la investigación cualitativa tiene un diseño flexible, que toma en cuenta el contexto, tiene en cuenta la influencia del investigador sobre las personas participantes del estudio para reducir al máximo el alterar los resultados, además pone de lado las propias creencias pero, a su vez, el investigador intenta identificarse con la realidad de las personas participantes y busca una comprensión detallada del entorno (Quecedo y Castaño, 2002).

Con respecto al diseño fenomenológico, Fuster (2019) aporta que:

Heidegger (2006) sustentó que "la fenomenología pone énfasis en la ciencia de los fenómenos. Esta radica en permitir y percibir lo que se muestra, tal como se muestra a sí mismo y en cuanto se muestra por sí mismo; en consecuencia, es un fenómeno objetivo, por lo tanto, verdadero y a la vez científico" (p.99). La fenomenología apuesta por efectuar una investigación exhaustiva y llegar a la raíz, es decir, al campo donde se concreta la experiencia, a la "cosa misma", como son las cosas para la conciencia. (pp.204-205)

Además, la fenomenología busca conocer la consciencia de la persona sin alterarla, es decir que toma en cuenta el mundo psíquico particular de cada persona y no cuestiona la forma de pensar o de vivir las experiencias de las personas que participan en el estudio (Fuster, 2019).

Lo que para efectos de este estudio, la metodología cualitativa con diseño fenomenológico, representa una forma atinada forma de investigar ante los objetivos que tiene la misma, ya que se busca demostrar el impacto de la prematuridad con respecto a la salud mental de las mujeres participantes del estudio tomando en cuenta las emociones negativas y positivas, las estrategias de afrontamiento y las redes de apoyo formales e informales utilizando técnicas de recolección que permitan conocer mostrar tal realidad que vivieron estas mujeres tal cual fue.

El sustento teórico de la investigación es la teoría ecológica puesto que la misma permite, al igual que el método cualitativo y el diseño fenomenológico (Fuster, 2019; Quecedo y Castaño, 2022; Cortés, 2004), una investigación comprometida con la realidad en donde se toma en cuenta el contexto en el que se desenvuelven las personas participantes en una investigación.

Categorías de análisis

En este apartado se encuentra una definición concreta y complementaria de los conceptos revisados en el marco teórico de la investigación que ayudará a comprender con mayor claridad el desarrollo de esta investigación (Ver Tabla #1 en anexo 1).

Experiencia subjetiva de los sentimientos

Como se mencionó en el apartado de marco teórico, los sentimientos son emociones prolongadas y las mismas son aspectos centrales en el ser humano puesto que son producidas como un papel para sobrevivir, las mismas pueden suceder de manera automática por un evento en específico y en algunas ocasiones puede o no manifestarse a simple vista (Otero, 2006), lo que conduce a introducir que lo que para algunos puede generar una reacción, para otro puede que no (Bertolín-Guillén, 2022)

El ambiente y la cultura en el que se desenvuelven las personas son también factores determinantes en la forma de actuar, de sentir y experimentar las emociones, así que cada respuesta de cada persona a diferentes escenarios puede variar según esté inmersa en un contexto específico y su historia de vida (Bertolín-Guillén, 2022).

Subcategorías: sentimientos, emociones, cultura, ambiente.

Redes de apoyo formales

En las redes de apoyo formales, se toma en cuenta las instituciones, instancias o políticas públicas que rodean a las personas, pero que estas están en función de recursos económicos disponibles, costo beneficio, relación entre actores, expectativas y la capacidad que tienen para resolver el problema (Higuera-Cota et al., 2023).

Subcategorías: personal médico, centro hospitalario, instituciones públicas, ONG.

Redes de apoyo informales

Las redes de apoyo informales son los cuidados y atenciones que brindan las personas allegadas como la familia y pareja, y que tienen una relación afectiva entre la persona que cuida y sobre quien es cuidado, además de ser el modelo de apoyo más utilizado en las personas (Torres et al., 2008).

Subcategorías: pareja, familia, amigos, relaciones afectivas.

Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento tienen como objetivo analizar cómo se comportan y enfrentan las personas a los eventos estresantes que se le presentan y lo que hace para lidiar con situaciones difíciles para recuperarse. Se clasifican en estrategias para la resolución del problema y estrategias para la regulación emocional, entre ellas se pueden encontrar confrontación, planificación, distanciamiento, autocontrol, aceptación de la responsabilidad, escape o evitación, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social (Vásquez et al., 2003).

Así como también lo plantea Taylor (2007) puede tomarse en consideración la búsqueda de información, acción directa, inhibición de la acción, respuestas intrapsíquicas o volverse en contra de los demás.

Subcategorías: estrategias para la resolución del problema y estrategias para la regulación emocional.

Proceso de selección de los participantes

La población meta fueron aquellas mujeres madres de hijos prematuros que tuvieron a sus bebés en un hospital público costarricense durante el periodo de marzo 2021 a diciembre 2022 y, para efectos de la estrategia de muestreo cualitativo de las personas informantes clave, se utilizó el muestreo por conveniencia puesto que se elige de acuerdo a la disponibilidad y resulta ser un método rápido y poco costoso (Mejía, 2000). En esta línea, esta técnica permite seleccionar casos accesibles y que tengan relación directamente con el objeto de estudio, haciendo la selección de personas más viable para el investigador (Otzen y Manterola, 2017; Patton, 2002).

Pertinente con el diseño fenomenológico de esta investigación, Moustakas (1994) y Creswell (2013) consideran que es preferible contar con un número reducido de participantes puesto que esto permite explorar en aspectos profundos de la experiencia en relación con el

objeto de estudio, que en este caso sería conocer cuál fue el impacto de la prematuridad en la salud mental de las mujeres madres de hijos prematuros.

Estos mismos autores sugieren que de 5 a 10 participantes es un rango suficiente para conocer el fenómeno sin perder la profundidad que sugiere el diseño de esta investigación (Creswell, 2013; Moustakas, 1994), y para efectos de esta investigación la muestra fue de 5 participantes, puesto que se realizaron varias sesiones por persona participante.

A continuación se definen los criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión	Se tomaron en cuenta mujeres de cualquier nacionalidad que, al momento de la investigación, sean mayores de dieciocho años, que tuvieron a sus hijos e hijas prematuramente en el período de marzo 2021 a diciembre 2022 en un centro de salud público costarricense, y que dominen el idioma castellano.
Criterios de exclusión	Se excluyó del estudio mujeres que sus hijos o hijas prematuros hayan fallecido, puesto que la recolección de información a la que se enfrentarán en el estudio podría vulnerabilizar su estabilidad emocional al recordar esta pérdida.

Tabla #2. Fuente: *Elaboración propia.*

Es por esto, que la población participante del estudio fue de 5 personas (ver tabla #3), de las cuales en su totalidad eran mujeres residentes del Gran Área Metropolitana, que tuvieron su parto en un hospital público costarricense durante la pandemia por COVID-19 específicamente durante el periodo de marzo 2021 y diciembre 2022, compartiendo la característica de que todas tuvieron su parto prematuro siendo madres primerizas y ninguna ha tenido más partos desde entonces.

Participantes	Área de residencia	Trabajó durante su embarazo	El parto prematuro fue primerizo	Cesárea
Participante A	GAM	No	Sí	Sí
Participante B	GAM	Sí	Sí	Sí

Participante C	GAM	Sí	Sí	No
Participante D	GAM	Sí	Sí	Sí
Participante E	GAM	No	Sí	No

Tabla #3. Fuente: Elaboración propia.

Técnicas de recolección de datos

En este apartado se presenta una descripción de las técnicas de recolección que se utilizaron para obtener los datos necesario para responder a la pregunta de investigación: ¿Cuál es el impacto de la prematuridad en la salud mental de las mujeres madres, tomando en cuenta la influencia de factores del microsistema como los sentimientos percibidos por la madre y del mesosistema como las redes de apoyo formales e informales y las estrategias de afrontamiento?

Para responder a esta pregunta, se utilizó como técnica la entrevista puesto que tiene la función de recaudar datos en la investigación cualitativa, es más o menos dirigida con el propósito de resolver los objetivos planteados en la investigación (Lopezosa, 2020).

Se utilizó específicamente la técnica de entrevista semiestructurada en donde “el contenido, orden, profundidad y formulación se hallan sujetos al criterio del investigador” (Piza et al., 2019, p.457), además de que la persona entrevistada puede sentir la libertad de contestar las preguntas de manera más amplia puesto que es más flexible, dinámicas y abiertas y que por tanto, permiten una mayor interpretación de los datos (Lopezosa, 2020). La guía se encuentra anexa en el documento (ver anexo 2).

Esta técnica permite hacer un abordaje más congruente al diseño fenomenológico de la investigación puesto que rescata la realidad sin alterar o cuestionar lo que vivieron estas mujeres (Fuster, 2019) y abre paso a la posibilidad de hacer preguntas según la singularidad de cada persona en específico (Piza et al., 2019), con el fin de cumplir los objetivos planteados en esta investigación.

De la misma manera, se utilizó la técnica de ecomapas lo que según Borrego y Gualdrón (2021) permiten mostrar los sistemas que interactúan con el individuo y funciona como una representación visual de la presencia o de la ausencia de redes de apoyo, abriendo la posibilidad de facilitar la intervención de parte de otras entidades en las áreas debilitadas una vez finalizada la investigación. Esta técnica será utilizada en complemento con el anterior para responder al

objetivo específico 3 que tiene que ver con la influencia de las redes de apoyo formales e informales en la salud mental de las mujeres de hijos prematuros participantes del estudio.

La elaboración de un ecomapa empieza con el paciente identificado, las cuales serían las mujeres participantes del estudio y a partir de esto se determina cómo se relaciona con entornos representativos (Borrego y Gualdrón, 2021), que para efectos de este estudio será lo que tenga que ver con redes de apoyo formales e informales descritas en el marco teórico. Los tipos de relaciones estarán en el apartado de anexos (ver anexo 3) en conjunto con el ejemplo de un ecomapa (ver anexo 4).

El uso de estas técnicas estará dividido por sesiones, en donde la primera fue de introducción donde se le explicó a la persona participante el objetivo de la investigación y se realizó la lectura y firma del consentimiento informado. En la segunda reunión se realizó el ecomapa (ver anexo 6) y, en la tercera y última sesión, se realizó la entrevista semi estructurada (Ver anexo 2).

Técnicas para la sistematización y análisis de la información

En congruencia con la metodología de la investigación y en la recolección de datos que tiene que ver con el impacto de la prematuridad en la salud mental de las mujeres madres que tuvieron un hijo prematuro, es importante recordar que las mismas son procesos complejos, históricos y dinámicos (Jara, 2023), por lo que se utilizó la categorización para ordenar la información.

Bravo et al. (2013) plantean que para efectos de las entrevistas, es necesario grabar antes de iniciar el proceso de análisis, por lo que se sugiere que al finalizar se realice una visión en conjunto que permita categorizar la información recaudada en apartados significativos. Para efectos de esta investigación, las sesiones fueron grabadas en Teams y las transcripciones en Pinpointed, ambas aplicaciones de Google.

En cuanto al análisis de la información se utilizaron las reducciones fenomenológicas en congruencia con el método de la investigación, puesto que las mismas permiten que se abstengan los juicios del investigador sobre el objeto de estudio sin necesidad de negar el conocimiento previo que se tenga, sino de dejar que la experiencia se muestre tal y como es (Castillo, 2020).

Según Leal (2000), las reducciones fenomenológicas se dividen en cinco pasos:

Primera reducción: Pone entre paréntesis lo teóricamente similar a lo que previamente se indagó sobre el tema a investigar.

Segunda reducción: Pone entre paréntesis la subjetividad de las personas investigadas, tomando en cuenta datos temporales como lo sería la pandemia en esta investigación y datos específicos de cada caso.

Tercera reducción: Se pasa de la subjetividad de cada persona en específico a la esencia y significado de lo que dicen.

Cuarta reducción: Se toma en cuenta la esencia y los significados de lo dicho que tienen en común las experiencias.

Quinta reducción: Da paso a lo intersubjetivo trascendental, permitiendo comparar la información recaudada con lo teórico previamente visto.

En esta investigación se realizaron tres sesiones por persona participante, en las cuales se utilizó la primera para la lectura del consentimiento informado y explicar el objetivo de la investigación, además, de un encuadre de socialización con la persona participante, en una segunda sesión se realizaron los ecomapas y una tercera sesión se concretó la entrevista semiestructurada, esto está extendido en el apartado de procedimientos.

Procedimientos

Procedimientos para el desarrollo de la investigación

El procedimiento para el desarrollo de la investigación se dividió por fases, las cuales serán descritas a continuación.

Fase 1: Contacto con la población

El contacto con la población participante fue por medio de un afiche que resumía el propósito de la investigación y los requisitos para participar dentro del estudio, los mismos se encuentran en el apartado de selección de los participantes de este documento. Este afiche fue distribuido por medio de redes sociales como Facebook, Instagram, WhatsApp y X, con ayuda de FUNDAPREMA la cual es una organización costarricense que apoya a las familias con bebés prematuros (FUNDAPREMA, 2024).

Este afiche venía acompañado de un link de un formulario de Google que ayudó a recolectar los datos de contacto de las personas interesadas en participar del estudio y las vías de

contacto con la persona investigadora. En el mismo, se contempló aspectos como números telefónicos o correos electrónicos para comunicarse con ellas y la posibilidad de transportarse a la Universidad Nacional de Costa Rica, Escuela de Psicología en la provincia de Heredia, ofreciendo también la opción de que pueda ser de manera virtual sincrónica en caso de que se les dificultará el transportarse a la universidad.

Fase 2: Recolección de información

Las reuniones tuvieron una duración entre 50 minutos y 1 hora y fueron virtuales por medio de la plataforma Teams, en donde también se realizó la grabación de las mismas. Estas grabaciones fueron conservadas únicamente durante el tiempo de investigación, luego de ser utilizadas fueron eliminadas.

Una vez seleccionadas las personas informantes claves, se realizó una primera reunión de introducción en donde se le explicó a la persona participante el objetivo de la investigación, lectura y firma del consentimiento informado.

En la segunda reunión se realizó el ecomapa, mediante preguntas que guiaban la elaboración del mismo.

En la tercera y última sesión se realizó la entrevista semi estructurada (Ver anexo 2). No se tuvo que extender más de 3 reuniones con ninguna participante.

Fase 3: Sistematización de la información

Para la sistematización de la información se utilizó la categorización para ordenar la información. Bravo et al (2013) plantean que para efectos de las entrevistas, es necesario grabar antes de iniciar el proceso de análisis, por lo que se sugiere que al finalizar, se realice una visión en conjunto que permita categorizar la información recaudada en apartados significativos.

Fase 6: Análisis de los resultados

En cuanto al análisis de la información se utilizaron las reducciones fenomenológicas en congruencia con el método de la investigación, puesto que las mismas permiten que se abstengan los juicios del investigador sobre el objeto de estudio, que en este caso es la salud mental de las mujeres que tuvieron hijos e hijas prematuramente, sin necesidad de negar el conocimiento previo que se tenga, sino de dejar que la experiencia se muestre tal y como es (Castillo, 2020).

Fase 6: Elaboración informe final de tesis y defensa pública

Una vez finalizada la recolección de datos, se realizará el informe final de este documento en donde se incluyó toda la información recolectada y el análisis de la misma, y

después se realizó la defensa pública de la investigación ante la Comisión de Evaluación de Trabajos Finales de Graduación de la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional.

Criterios para garantizar la calidad de la información

Para efectos de garantizar la calidad de la información que se utilizó dentro de esta tesis, se tomaron en cuenta los criterios planteados por Pérez (2009), puesto que hace una construcción sobre la evaluación de la calidad de la información en la investigación cualitativa, lo que resulta pertinente para el diseño de la investigación.

El autor plantea que existen cinco criterios básicos para garantizar la calidad de la información, pero para efectos de esta tesis serán tomados en cuenta dos, los cuales son la comprensión intersubjetiva y triangulación, puesto que se ajustan al diseño de esta propuesta (Pérez, 2009).

La comprensión intersubjetiva se refiere a los criterios que garantizan la transparencia y seguimiento del proceso del investigador, lo cual incluye la documentación en aspectos como las expectativas, métodos y contextos de recolección, transcripción de los datos, métodos de análisis, fuentes donde se extrajo la información, interpretación en grupo y supervisión de otros investigadores en el proceso (Pérez, 2009).

Y, con respecto a la triangulación como medida de la calidad en el proceso de construcción, Pérez (2009) sugiere tres tipos de triangulación:

Triangulación de los datos: Se refiere a recurrir a datos verbales, visuales o documentales para observar un mismo fenómeno.

Triangulación dentro del método: Propone diferentes tipos de procedimientos dentro de un mismo método para recolectar la información.

Triangulación entre métodos: Permite estudiar el fenómeno desde diferentes métodos.

Todos estos criterios fueron aplicados en esta investigación para proporcionar información que cumpla con los estándares de calidad para producir un estudio confiable, cálido y transparente, aplicándolo en cada uno de los apartados propuestos en este trabajo.

Consideraciones éticas para la protección de los participantes de la investigación

Para garantizar que la investigación sea un proceso seguro es fundamental tomar en consideración los criterios éticos que resguardan la integridad de las personas participantes, por

lo que se tomará en cuenta: el anonimato, el consentimiento informado, los beneficios y los riesgos.

En cuanto al **anonimato**, todos los datos utilizados fueron utilizados únicamente con fines académicos y en ningún momento de la investigación se revelará el nombre de alguna de las personas participantes. En caso de tener que referirse a una situación en específico se utilizaron seudónimos para identificar a la persona.

Con respecto al **consentimiento informado**, cada participante firmó este documento, tal como lo establece el artículo 12 del Reglamento Interno de Trabajos Finales de Graduación de la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional de Costa Rica.

Durante la lectura del consentimiento informado, se brindó un espacio para hablar sobre los **beneficios** de la investigación entre los cuales se encuentra la posibilidad de contribuir al conocimiento sobre el impacto de la prematuridad en la salud mental de las mujeres madres de hijos prematuros en Costa Rica en un hospital público durante la pandemia por COVID-19, para abrir camino en la visibilización de estas experiencias en el país.

De la misma forma que el aspecto anterior, los **riesgos** fueron expresados en el proceso, aunque ninguno signifique un riesgo significativo para la salud o la integridad de la persona, se pudieron experimentar algunas incomodidades emocionales al hablar y recordar las experiencias vividas durante este período de tiempo, así como no recordar bien la información, al tener que retroceder en el tiempo.

Para **garantizar la calidad de la información** se siguieron todos los criterios planteados en el apartado de “Criterios para garantizar la calidad de la información” en esta tesis. Estos criterios fueron resguardados durante toda la investigación.

En caso de iniciar el proceso de entrevista aún con el consentimiento informado firmado se respetó el tiempo de cada persona y en caso de haber querido realizar una pausa o parar el proceso de manera definitiva, se pondrá como prioridad el bienestar de la persona participante por lo que en este momento se dará como finalizada la entrevista y se le ofrecerá acompañamiento en el momento.

El consentimiento informado se encuentra en el apartado de anexos (ver anexo 5)

Resultados

Análisis e interpretación de los datos

En este apartado se encontrarán los datos obtenidos a través de los instrumentos utilizados para la recolección, en donde se presentará de manera categorizada según la propuesta realizada para este estudio en congruencia con los objetivos de la misma.

1. Experiencias subjetivas de los sentimientos durante el parto y post parto de su hijo/a prematuro.

Este apartado tiene como propósito responder al objetivo 1 de esta investigación, el cual se relaciona con reconocer factores del microsistema tales como los sentimientos positivos y negativos que enfrentaron las mujeres madres de hijos prematuros participantes del estudio. Para eso, se dividió en los subapartados con respecto a las categorías de análisis previamente establecidas: 1.1. Emociones, 1.2. Sentimientos, y el 1.3. Cultura y expectativas y el punto 1.4. Trauma, la cual resultó ser una categoría emergente durante la recolección de datos.

En estas categorías es importante destacar que el análisis se enmarca en la Teoría Ecológica. Para responder al primer objetivo de la investigación, resulta necesario centrarse en el microsistema, dado que, según Bronfenbrenner (1993), Escobar (2020) y Olza et al. (2021), este nivel incluye la díada madre-bebé, en la cual ambos se influyen mutuamente en función de su entorno.

1.1. Emociones.

Entre los principales resultados de esta investigación se encontró que durante el parto y post parto de las mujeres que tuvieron hijos/as prematuros, experimentaron con mayor frecuencia tristeza y miedo, así como ya lo antes planteado por Bastias y Miras (2020), en la búsqueda de antecedentes.

En el caso de la tristeza, las participantes indican que en múltiples momentos del parto y post parto sintieron esta emoción, entre las cuales se encuentra en un primer instante el enterarse que su bebé iba a nacer antes de tiempo, así como lo menciona la participante B:

Fue muy triste porque obviamente por mi mente nunca pasó eso, ni por la de mi esposo, ni por la de nadie que tuviera conocimiento sobre mi embarazo. En cuestión de una semana todo se derrumbó y fue mucha tristeza porque no fue como uno lo anhelaba.

Incluso la participante D, menciona que esta emoción venía acompañada de otros sentires: “Recuerdo sentir mucha tristeza y cansancio, pero realmente yo tengo bloqueado este momento”.

Esto evidencia que las mujeres que dan a luz de manera prematura atraviesan, en primera instancia, una profunda tristeza al enterarse de que el nacimiento ocurrirá antes de término. A estos sentimientos se suman el cansancio físico y episodios de confusión o lagunas mentales propias del impacto emocional de la situación.

Desde una perspectiva teórica, Lazarus y Folkman (1984) plantean que las respuestas emocionales ante eventos críticos se configuran como parte de los procesos de afrontamiento y evaluación cognitiva. En este sentido, la experiencia de la prematuridad no solo refleja una vivencia de vulnerabilidad, sino también la necesidad de comprender cómo las madres elaboran y resignifican estas emociones frente a un acontecimiento inesperado y altamente estresante.

Otro de los momentos en los que experimentaron esta emoción, fue al despertar después de su parto, puesto que en su totalidad, las participantes de esta investigación fueron internadas en un salón con madres que tuvieron partos a término, así lo mencionó la participante A:

Me afectó mucho cuando estuve en el salón lleno de mamás, y yo sin bebé. Esto fue muy feo y muy triste, entonces preferí la verdad, aunque estuviera completamente sola, prefería estar con mis propios pensamientos que estar con otros bebés que tenían su tamaño normal y mamas que ya estaban listas para irse a su casa y yo sabía que iba a tener mi salida sin bebé.

Un sentimiento que también es compartido por la participante C: “Cuando me desperté no pude estar con mi bebé hasta el día siguiente y todas las mamás que estaban en la sala de recuperación sí tenían a su bebé con ellas, me costó mucho estar ahí porque yo no tenía el mío”.

Con lo anterior, es importante referirse a la afectación manifestada por las participantes al despertar en un salón con mamás que sí tenían a sus bebés recién nacidos con ellas, puesto que esto les provocó malestar dentro de un evento que ya, por sí solo, resultaba una situación difícil

para estas madres como lo era la prematuridad de sus hijos/as, además de hacerles sentir de manera más intensa el no tener a sus bebés con ellas.

También, indicaron que el ver a sus bebés en una incubadora y recibiendo cuidados especiales les hizo sentir tristeza, puesto que, como lo mencionaron Bronfenbrenner (1993), Escobar (2020) y Olza et al. (2021), en el microsistema se toma en cuenta la díada madre-hijo, ya que si uno de ellos enfrenta un proceso, el otro también lo sentirá, lo que permite explicar desde la Teoría Ecológica la afectación emocional percibidas por estas madres con respecto a su hospitalización. En línea con lo anterior, la participante B añadió:

Es feo ver a su bebé toda chiquitita, un pañal de talla recién nacido le llegaba como por el cuello porque era gigante, además de verla con tantos cables. No tuvimos ese primer contacto, yo no sentía nada más que mucha tristeza, estaba como en shock la primera vez que la vi.

Y a su vez la participante D, comparte:

Para mí fue muy duro verlo con ese montón de cosas en la cara, yo no podía verle la cara. Tenía monitores en todo lado y tenía una vía gigante en donde le sacaban sangre a cada rato. Yo no quería ni enviarle fotos a mis familiares de cómo estaba él.

Con esto, Bastías et al. (2020) y Worrall et al. (2024) mencionan en sus investigaciones que los procesos de hospitalización de los bebés prematuros tienen implicaciones emocionales como la tristeza debido a la inestabilidad en la salud física de sus hijos/as. Es pertinente hacer mención a la importancia de este primer contacto cara a cara dentro del microsistema, puesto que desde la Teoría Ecológica se contempla como una de los aspectos que influyen en el desarrollo socio emocional, afectivo y sensitivo de los bebés (Pleck, 2007; Campos-Gil et al., 2020), por lo que puede representar una consecuencia a largo plazo.

Además, Cuéllar-Flores et al (2013) aportaron que estos procesos de hospitalización de los bebés prematuros generan una ruptura relacional en la díada madre-bebé, puesto que la misma genera afectaciones en las madres que pueden resultar en bloqueos o activaciones emocionales excesivas, lo cual puede provocar que se muestran menos sensibles o hiper sensibles ante los estímulos del ambiente.

Con lo anterior, se mencionó que la tristeza fue una de las principales emociones al tener que dejar a sus bebés internados en el hospital y volver ellas solas a su hogar, según la

participante D: “El día que volví a mi casa fue que caí en cuenta que mi bebé no estaba conmigo, era una maternidad muy extraña. Yo me levantaba llorando en la madrugada, era algo que nunca había experimentado” y la participante A:

Volver a casa sin mi bebé fue horrible, yo no lo único que hice al salir del hospital fue abrazar a mi mamá y decirle que no pude salir con mi bebé y que no sabía si él algún día iba a salir de ahí, yo salí súper triste de ahí y es algo que aún me duele. Yo pasaba durmiendo, solo me levantaba a sacarme leche y era demasiado triste tener que sacarse leche sin tener un bebé.

Para Gulshan et al. (2023), los partos prematuros están asociados a crisis emocionales y estrés al tener que ejercer el rol de la maternidad de manera temprana, sin embargo, se puede observar en lo dicho por las participantes, que el tener que ejercer su rol de madre no solo de manera prematura sino que a la distancia, representa un reto puesto que deben de seguir ejerciendo acciones típicas de ser madre como la lactancia materna pero sin su bebé cerca, produciendo en ellas emociones como la tristeza.

También destacó la influencia del ambiente hospitalario al tener a sus hijos/as internados/as en el hospital, la participante B mencionó que: “En una visita en el hospital escuché a mi bebé llorar y llorar y nadie hizo nada. Ese día yo llegué a mi casa y sentía tanta tristeza de saber que ella podía estar llorando y yo aquí en mi casa sin poder hacer nada”.

Anteriormente Puig et al. (2018) mencionaron que las madres de hijos prematuros sufrían al tener que enfrentar una realidad que no esperaban en el cual debían renunciar a su rol materno y pasarlo a manos del personal médico, que en muchas ocasiones puede causar emociones como la tristeza como lo mencionado por la participante B en el párrafo anterior.

Con respecto a la emoción del miedo, ya Bastías y Mira (2020) plantearon que es una emoción sentida al tener a sus bebés hospitalizados, sin embargo en los resultados se encontró que el mismo fue sentido en distintas etapas de la experiencia, las participante C, D y E respectivamente mencionan que en un primer momento lo sintieron al saber que su bebé venía antes de tiempo: “Yo tenía mucho dolor, y a la hora de que me dijeron que ya iba para la sala sí me asusté porque estaba preocupada por lo que pasara”, con respecto a la participante D: “Estaba frustrada porque las cosas no salen como uno lo piensa y asustada por supuesto porque era mi

primer embarazo y no sabía a lo que iba” y la participante E: “Yo estaba muy asustada al saber que iba a nacer antes de tiempo” .

Esta emoción predominó durante el internamiento de sus hijos/as, como lo dicho por la participante A: “Yo tenía miedo de que en algún momento yo iba a llamar e iba a tener una noticia horrible, yo tenía miedo de no estar lista para ser mamá y de un montón de cosas”

Y así como la participante B añade el sentirse incomprendida al sentir esta emoción:

Yo siento que a mí me daba mucho miedo que a mi hija le pasara algo, la primera vez que le salieron moquillos yo casi me muero y me regañaron toda pero yo les decía que ellos no entendían lo que yo sentía. Tal vez nadie entendía esos miedos que sentía.

También la participante D mencionó como la pandemia por COVID-19 influyó en esta emoción:

A mí me generaba pánico saber que mi bebé podía contraer COVID-19 en el hospital, pero un terror constante. De hecho cuando me lo dieron me dijeron que tratara de que durante seis meses nadie se le acercara entonces en la casa usábamos mascarilla en todo momento, él no nos veía la boca y no sé si influyó pero mi hijo después cuando íbamos al hospital y veía a alguien con mascarilla pegaba gritos.

Además la participante E añadió que la pandemia por COVID-19 influyó en su experiencia al tener su bebé prematuro puesto que con solo ser una mujer gestante, se convirtió en población de riesgo para la enfermedad.

En este sentido es importante mencionar que en el periodo de pandemia, es decir, el cronosistema en el que se ubican estas mujeres al momento de su parto, uno de los eventos que sucedían era el contagio de bebés prematuros y de mujeres embarazadas por la enfermedad de COVID-19; (Cordero, 2021; Morris 2021), fundamentando la emoción del miedo sentida por estas mujeres cuando estuvieron en estado de embarazo debido a la pandemia y la prematuridad de sus hijos/as, emoción que puede tener relación directa con la pandemia.

1.2. Sentimientos

Con respecto a los sentimientos, es importante mencionar que en la información recolectada predominaron la culpa, la sensación de desconexión con sus bebés, la incertidumbre y la soledad. En primera instancia la culpa, ya antes mencionada por Mesa y Gómez (2023) y

Malouf et al. (2021), como uno de los sentimientos que experimentan las madres de hijos/as prematuros al tener a sus bebés.

Con lo anterior, se encontró que la culpa fue sentida en distintos momentos de la prematuridad de sus hijos/as, tal como al no tener un embarazo a término, así como lo menciona la participante B: “Vieras que me sentí muy culpable y yo sé que no fue culpa mía, pero yo pensé en todo lo que pude hacer para evitar este momento” y la participante A: “El sentimiento más feo fue el de la culpa, de pensar que él estaba pasando por eso porque yo había hecho algo o no, entonces buscaba quién podía ser el culpable y siempre terminaba culpándome a mí misma”.

En relación a lo anterior, las mujeres también experimentaron la culpa porque sus hijos/as no pudieran verse como los bebés a término, así como lo mencionó la participante A:

Fue muy feo el rato que tuve que estar con las mamás que no tuvieron ninguna complicación, sus bebés estaban gorditos y sanos, entonces yo sentía culpa porque mi hijo no se veía así. Yo me preguntaba qué hice mal, y que por qué mi bebé no había podido nacer como el de ellos

Se podría decir que la culpa en estas mujeres está ligada al sentirse las causantes de la prematuridad de sus hijos/as, puesto que tienen pensamientos sobre “haber hecho algo” que las llevó a tener su parto de manera prematura, lo cual genera un impacto negativo en su salud mental ya que resulta ser un pensamiento constante desde el nacimiento, e incluso reportan ser algo que sienten aún en la actualidad.

También destacaron que, durante el tiempo de hospitalización de sus hijos/as, sentían culpa de dedicar su tiempo a otra actividad que no tuvieran relación con su bebé, como lo dicho por la participante A: “A veces salía a comer pero me sentía súper culpable saliendo y sabiendo que no iba a poder estar en el hospital. Entonces no me gustaba mucho, prefería quedarme en la casa” y la participante B: “Yo no era de ir a algún lado, me sentía demasiado culpable. ¿Cómo iba a estar aquí si mi bebé está allá (en el hospital)?”.

Anteriormente Worrall et al. (2024) y Mesa y Gómez (2023) reconocieron que la ansiedad y estrés en las madres de bebés prematuros incrementa al tener a sus bebés hospitalizados. Uno de los hallazgos en esta investigación sugiere que a esto se le suma la culpa, no solo de tener a sus bebés hospitalizados sino de tener que realizar otras actividades que no

sean exclusivamente el cuidado de su hijo/a, lo que resulta perjudicial en temas relacionados al autocuidado y salud mental.

Con respecto a la desconexión, mencionaron que el hecho de que sus hijos/as tuvieran que recibir estos cuidados especiales, hizo que no pudieran tener contacto directo con ellos/as hasta que pasó el tiempo, haciendo comentarios como: “Yo conocí a mi bebé por primera vez en una incubadora, ni siquiera lo pude tocar. Si lo hacía tenía que ser con guantes y no me dejaron alzarlo hasta el mes” (Participante C)

Se le hizo mención a la desconexión causada por los aparatos utilizados, la participante B menciona:

Una amiga al día siguiente me preguntó: ‘¿qué sintió cuando la vio?’ y yo no sentí nada, la primera vez que yo vi a mi bebé no sentí nada, fue hasta que ya no tenía el casquito para protegerla de la luz que hicimos contacto visual y entonces ahí lo sentí.

Y la participante A:

Fue muy triste verlo y no poderlo conocer porque tenía la carita llena de tubos, de manguera, de cintas y de máquinas. Yo no lo conocí como hasta que ya tenía dos meses porque le empezaron a quitar algunas de las cosas que tenía en la cara porque él tenía sonda, tenía ventilación artificial y un montón de aparatos que hacían que yo no supiera ni cómo se veía en la vida real.

Según G^a-Villanova et al. (2013), los embarazos a término permiten a los padres y madres prepararse tanto física como psicológicamente para la llegada de sus hijos/as, lo cual en el caso de la prematuridad, al anticiparse, puede generar un vacío representacional con respecto a las ideas que tenían de sus bebés ya que debido a los aparatos médicos, pueden tener dificultades para proyectar el desarrollo de sus hijos/as a futuro, provocando en ellos en primera instancia una situación de “shock” y desconexión con su propio hijo/a.

Las mismas autoras mencionan que esta incertidumbre sobre el futuro de sus bebés y la hospitalización, puede interferir en el proceso de conexión afectiva con sus hijos/as tal y como lo mencionan las participantes A y B, quienes reconocen no haber sentido conexión con sus bebés debido a los aparatos médicos que debían usar por su prematuridad, la cual además viene acompañada de sentimientos de tristeza y culpa.

Y con esto, viene la incertidumbre que formó parte de la experiencia de estas madres con respecto a la prematuridad de sus hijos/as, la participante C compartió: “Tener un bebé internado ahí es como una montaña rusa, hay días buenos y dos días malos, tres días buenos y tres días malos. Es como el cangrejo le digo yo, nunca va a ser solo bueno o solo malo” y la participante B: “En el hospital me decían que ya le iban a dar la salida pero yo tenía miedo de que algo pasara, era siempre una incertidumbre. Hasta que ya me dijeron que le iban a dar la salida con fecha fue que alisté todo”.

Este hallazgo permite entender que la incertidumbre provoca, a su vez, inestabilidad en la rutina de estas madres, lo que puede generar mayor malestar en ellas. Además, este sentimiento puede ser prolongado, puesto que está ligado a la salud de sus bebés y su estadía en el hospital.

El sentimiento de soledad no fue solamente producido por el nacimiento de sus bebés prematuros. Como lo mencionan la participante D: “Yo me sentía incomprendida, me sentía sola. Porque la maternidad ya de por sí es sola y ahora más sola con el tema de que no me dieron a mi bebé” y la participante C: “Así se siente uno cuando le pasa eso, cuando tiene un parto prematuro uno se siente como un bicho raro y que está solo en este mundo”.

Aunado a esto, al suceder el parto durante el periodo de pandemia por la enfermedad de la COVID-19, las medidas de prevención tomadas por los hospitales públicos influyeron en este sentimiento, como lo dicho por la participante A: “A mí me dejaron internada, yo no podía estar con nadie y era demasiado difícil sentirme tan sola en un momento tan complicado” y la participante E: “Cuando me dejaron internada, no habían visitas como ahora. Yo estaba completamente sola”.

Lo anterior, permite visualizar la importancia del cronosistema al momento de hacer un análisis sobre salud mental, puesto que contempla la línea temporal en la que sucedieron los hechos, en este caso; de la prematuridad durante la pandemia. La soledad era diferente; físicamente no había nadie más que el personal médico y de enfermería en el parto, además de sentirse incomprendidas al experimentar este espectro de emociones y sentimientos con respecto a la prematuridad de sus hijos/as.

Además, compartieron que este sentimiento de soledad también sucede porque su bebé se convierte en la prioridad, como lo compartió la participante D: “Yo no tuve postparto, no tuve

ningún cuidado hacia mí. Realmente no había alguien que me cuidara que eso la verdad es muy necesario. Mi esposo siguió trabajando y éramos solo nosotros dos” y la participante C: “Uno pasa a un segundo plano, el bebé es el primero y el que más importa”.

Lo dicho por las participantes, parece ser una de las razones principales del por qué la salud mental de estas mujeres se ve afectada durante la prematuridad de sus hijos/as, ya que la mayoría de recursos, tanto materiales como emocionales, en ese momento, son destinados a su bebé prematuro que, si bien es importante, es necesario tener en cuenta a su vez las necesidades de la madre, puesto que, según la Teoría Ecológica, la díada madre-hijo se afecta mutuamente (Olza et al, 2022).

1.3. Cultura y expectativas.

En cuanto a la cultura y las expectativas que giran alrededor del fenómeno estudiado, las participantes mencionaron que, al tener su parto prematuro, tuvieron que lidiar con lo que esperaban de su embarazo, de hecho, Puig et al. (2018) ya mencionaba que estas madres sufren al tener que enfrentar una realidad no esperada, y que en el momento debían renunciar a estas expectativas sobre ser madres.

Sin embargo, uno de los hallazgos en esta investigación resaltan que, si bien fueron expectativas de las que tuvieron que desprenderse, este fue uno de los factores que más impacto tuvo en la salud mental de estas mujeres puesto que seguían siendo roles y tradiciones que hubieran deseado cumplir. La participante D mencionó:

Yo tenía que prepararme para el curso de parto, todavía me faltaba una semana. También tenía planeada una sesión de fotos que tampoco se dio y el ‘baby shower’ que tampoco se dio y pues de alguna manera es un poco triste y que aunque es algo cultural son cosas bonitas del embarazo que al final pues no se me dio.

La participante C dijo que:

El embarazo lo romantizan demasiado, que todo es hermoso y que todo va a salir bien, a mí ni siquiera me dio tiempo de hacer la maleta del hospital. Uno siempre espera que todo sea perfecto, tener la famosa ‘Hora de oro’, donde se lo ponen en el pecho a uno para la lactancia, llevárselo a casa, todo lo que le vende a uno las redes sociales y las películas pero fue todo lo contrario.

En relación con lo dicho por las participantes anteriores, la participante B añadió sobre lo que vivió al tener su parto prematuro:

Hubo un día que me puse a llorar y le dije a mi esposo que yo no iba a poder con esto, que era muy difícil. Porque tenía mucha frustración, como que era mucho, era demasiado lo que tenía que hacer y nadie me avisó y todo fue como un socollón. Fue como ya usted es mamá póngale, sáquese leche, vaya échese crema, vaya visite a su hijo, quédese porque vienen los doctores, tome mucha agua. Era demasiado.

Lo expresado por estas dos participantes respalda la idea central de este apartado: el hecho de que, aunque sus expectativas no se cumplieran, no significa que dejaran de anhelarlas. Por el contrario, reconocen haber experimentado emociones como la tristeza y sentimientos de frustración, desconsuelo y angustia al enfrentarse a una realidad distinta de la que habían imaginado (G^a-Villanova et al, 2013). Esta experiencia puede comprenderse desde la Teoría Ecológica de Bronfenbrenner (1993), quien subraya la importancia del microsistema —en este caso, la díada madre-bebé— como un espacio en el que los cambios del entorno inmediato generan impactos emocionales y relacionales significativos.

Estas expectativas no eran algo exclusivo de las madres de bebés prematuros, la participante D dijo sobre las expectativas de la maternidad en el personal médico:

La doctora me decía: ‘Aproveche que su hijo ahora está acá porque está cuidado porque cuando se egrese usted no va a tener vida, aproveche y se recupera y descansa usted’, pero es que no, yo no podía. Mi mente no estaba en esa condición de descansar, yo no tuve un parto normal y algunas personas me decían que al menos no tuve que levantarme en las madrugadas pero igual la rutina que yo tuve mientras mi hijo estuvo internado fue muy cansada y tras de eso tenía que hacerlo sin bebé. Fue una maternidad muy diferente.

Además, la lactancia materna juega un papel fundamental en la experiencia de estas mamás, como lo menciona la participante A:

Yo lo describiría como sentirme mamá a medias porque no podía ver a mi bebé todo el día, no podía cuidar de él y no podía atenderlo, no podía ni siquiera darle pecho entonces todos los días cada dos horas tenía que sacarme leche con un extractor pero yo me decía: ‘¿Para qué, para quién, quién la va a usar, con qué sentido?’, obviamente para el bebé eventualmente pero yo tuve que botar litros de leche porque a él no le funcionó mi leche, era muy duro estar ahí y llamar a cada rato a ver cómo estaba él”

En las madres de los prematuros, enfrentar dificultades al amamantar a sus bebés puede generar preocupación, inseguridad y culpa en ellas, puesto que, es un acto que promueve la

interacción madre e hijo y que, además, afecta la salud física y psíquica de la madre, ya que la lactancia materna representa culturalmente una parte importante de la maternidad (Squizato et al., 2023), algo que estas madres no pudieron cumplir debido a la prematuridad de sus bebés, no podían hacerlo y debieron reemplazarlo por un extractor.

Este incumplimiento de la expectativa provocó que en algunas de ellas, exista el deseo de volver a tener un hijo/a con la esperanza de experimentar un embarazo y parto de manera que cumpla con las mismas, como lo dicho por la participante D:

Yo le cuento a mis compañeras de trabajo que yo aún no he tenido un embarazo normal, que yo sé que todos los embarazos son diferentes pero yo todavía no he tenido uno normal ni un post parto normal, o sea yo no supe qué fue cuidar el ombligo de mi hijo por ejemplo, fueron las enfermeras las que vieron eso.

Y la participante A en su entrevista añadió que:

Uno de mis sueños ahora es volver a ser mamá simplemente para tener un embarazo normal y llevarlo a término, tener un parto natural y tener un bebé con el que sí me pueda ir apenas nace y darle pecho que son cosas que no pude experimentar. Algo tan sencillo como un té de canastilla, no lo tuve porque no me dio tiempo.

Es decir que, aunque afrontaron la realidad de sus bebés, existe en ellas el pensamiento de vivir un embarazo en condiciones oportunas como lo mencionaron las participantes anteriores porque, aunque no se cumplieran sus expectativas y las de los demás, no dejó de ser un deseo para ellas.

1.4. Trauma.

El trauma surge como una de las categorías que no estaban contempladas al iniciar la investigación. Dentro de las experiencias compartidas, las participantes se refieren a la experiencia de haber tenido un parto prematuro como algo “traumático”, algo anteriormente planteado por Canin y Bain (2022). En esta línea, la participante D mencionó:

Vieras que yo digamos, no recuerdo muy bien ese día (del parto), o sea lo tengo como bloqueado de lo traumático que fue. Me acuerdo cuando trajimos a mi bebé de nuevo a la casa pero yo no recuerdo el día que a mí me dieron de alta.

Y la participante A:

Fue un momento de muchísimo estrés, de que a mí me dio un ataque de ansiedad en medio del parto y perdí la respiración literalmente. Me tuvieron que poner oxígeno porque estaba entrando en un shock total y hay muchas cosas de las que no me acuerdo muy bien porque para mí fue un evento traumático y pues tengo lagunazos de memoria.

Las mismas participantes indican que consideran su parto como algo traumático por lo repentino que fue al ser prematuro y que esto incluso les generó bloquear algunos recuerdos de ese día en específico.

Además, la participante E recalcó cómo vivió su parto durante las medidas tomadas por la COVID-19: “Para mí fue traumante parir con tapabocas y recuerdo que una enfermera me dijo: ‘Ay, me puedes contaminar de COVID’, nunca se me va a olvidar ese comentario”.

Con lo anterior es prudente resaltar la importancia de tomar en cuenta el cronosistema en la experiencia de estas madres, puesto que tuvieron a sus hijos/as durante el período de pandemia y esto generó que sus partos fueran atípicos más allá de la prematuridad y que, además, influyó en comentarios como el dicho por la participante E que le generó malestar.

La participante B, añadió en su entrevista que lo traumático no se quedó únicamente durante el internamiento de su hijo/a sino que:

Actualmente me pasa mucho que a la hora de dormir pienso mucho en que qué haría si algo le pasa mientras ella duerme, no sé si es algo que le pasa a todas las mamás o es algo que me pasa a mí por la situación que viví. Pero es muy intenso.

Malouf et al. (2020) propusieron que el parto prematuro puede generar en las mujeres síntomas compatibles con el trastorno de estrés postraumático (TEPT), ya que implica la exposición a un evento altamente estresante que coloca a la madre en un estado de alerta constante (Rodríguez et al., 2020).

Este impacto se intensificó en el contexto de la pandemia por COVID-19, periodo en el que las madres de bebés prematuros debieron enfrentar, además de la preocupación por la salud y el desarrollo de sus hijos, las restricciones hospitalarias, la limitación del acompañamiento familiar y la incertidumbre sobre el acceso a servicios de salud.

Diversos estudios han documentado que la pandemia incrementó los niveles de ansiedad, depresión y síntomas de estrés postraumático en mujeres durante el embarazo y el posparto,

particularmente en situaciones de riesgo como la prematuridad (Chmielewska et al., 2021; Provenzi et al., 2021).

Desde una perspectiva ecológica, esta vivencia puede comprenderse como una interacción entre los factores del microsistema—la díada madre-bebé— y las presiones externas derivadas del macrosistema, como la familia, los amigos, los centros médicos, entre otros y el cronosistema que en este caso fue la pandemia (Bronfenbrenner, 1993).

2. Estrategias de afrontamientos.

Según lo planteado en el apartado de marco teórico, Vásquez et al (2003) dice que existen dos tipos de estrategias de afrontamiento: las estrategias de resolución de problemas entre las cuales se pueden encontrar la confrontación, la planificación, la acción directa y la búsqueda de información (Taylor, 2007) y las estrategias de regulación emocional que pueden utilizarse comúnmente: el distanciamiento, el autocontrol, adaptación de la responsabilidad, escape, evitación, reevaluación positiva (esta aplica para la primera también) y la búsqueda de apoyo social. También Taylor (2007) menciona la religión como una estrategia de afrontamiento.

Este apartado tiene como propósito responder al objetivo 2 de esta investigación el cual es identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por las mujeres madres de hijos prematuros participantes del estudio para afrontar el parto y post parto, las cuales se categorizan en dos grupos: estrategias para la resolución del problema y las de regulación emocional.

2.1. Estrategias para la resolución del problema.

En esta categoría se ubican las estrategias utilizadas por las participantes con respecto a la confrontación, la planificación, la reevaluación positiva y la búsqueda de información.

2.1.1. Confrontación.

Según Vásquez et al. (2003), la confrontación son los intentos por solucionar directamente las situaciones mediante acciones directas. Tomando en consideración lo dicho por el autor, la participante A aportó:

Cuando mi bebé nació prematuro y pasó por toda la hospitalización, yo tomé la decisión como a los cuatro meses de mi bebé de meterme a estudiar estimulación

temprana porque era muy importante para él que yo pudiera estimularlo de manera correcta para que no se quedara rezagado. Al inicio fue complicado porque éramos muy apegados, pero como era pandemia fue virtual entonces lo lográbamos.

Siendo esto un ejemplo claro de confrontación en el post parto para afrontar las posibles consecuencias que podría tener un bebé debido a la prematuridad. En esta misma línea, la totalidad de participantes mencionaron tomar medidas similares a las de la participante A, en donde también se mencionó que al tener a sus hijos/as prematuros buscaron información científica para mejorar la salud de sus bebés, como las participantes A, B y D que mencionaron utilizar la técnica de cangureo por los beneficios en la salud de su bebé.

2.1.2. Planificación.

La planificación se define como estrategias pensadas para solucionar el problema (Vásquez et al., 2003) y, en el caso de las participantes A y D, mencionaron sentirse en “modo supervivencia”, puesto que debieron poner a un lado lo que estaban sintiendo para sobrellevar la rutina que tuvieron que adoptar al tener a sus bebés en el hospital. La participante A mencionó:

Yo estaba 100% en modo supervivencia, yo trataba de lidiar con lo que estaba pasando con mi bebé; comía lo que ocupaba para yo estar bien y tener leche, dormía lo que ocupaba para que mi bebé tuviera una mamá con energía, lloraba en mi casa para no cargarlo con eso a él en el hospital. Yo no pensaba en lo demás, toda mi atención estaba enfocada en lo que le estaba pasando y era súper insano pero honestamente yo no tenía tiempo para pensar en mí, yo sólo hacía lo que necesitaba para seguir viviendo y funcionar para mi bebé internado.

La participante D añadió:

Yo la verdad estaba en modo supervivencia, estaba en mil cosas a la vez, que tenía que sacarme leche, que tenía que hacer que mi bebé se pegara al pecho, yo subía las escaleras del hospital casi que de cuatro en cuatro para llegar más rápido a donde mi bebé estaba internado. Era una angustia terrible entonces uno tenía que ir al día a día. A veces salía del modo supervivencia para contestarle los mensajes a familiares porque así era como los mantenía actualizados.

Además, la misma participante mencionó tener consecuencias al estar en “modo supervivencia”:

Cuando mi bebé egresó del hospital mi cuerpo fue como que lo atacaron las siete plagas al salir de ese modo supervivencia, era como si me hubieran agarrado a golpes. Un malestar que en todo el tiempo que estuvo internado yo no lo sentí, yo tenía todos los

días energía para ir. Pero cuando salió, al día siguiente, yo ya tenía dolor de espalda, dolor de rodilla, dolor de cabeza, estaba engripándome. Fue terrible.

La participante C planteó el adaptarse a una rutina para su bebé cuando estuvo internado:

La verdad es que uno pasa a segundo plano y el bebé es lo único que importa. Yo solo me extraía leche cada tres horas e iba a la visita del día, el resto del día era solo estar aquí en la casa esperando noticias.

Por lo anterior, se puede observar que la planificación como estrategia de afrontamiento toma un papel fundamental para sobrellevar la hospitalización de sus hijos e hijas prematuros pero, a la vez, como una de las más perjudiciales, con respecto a su salud mental, que tienen que adaptar las mujeres madres de prematuros, ya que provoca afectaciones en otras áreas como el sueño, la salud física y emocional, puesto que estas acciones van dirigidas únicamente hacia la salud de sus bebés.

2.1.3. Reevaluación positiva.

Con respecto a la reevaluación positiva, Vázquez et al (2003) menciona que se trata sobre percibir los posibles efectos positivos que tenga o haya tenido la situación, además de poder ubicarse como una estrategia para la regulación emocional también. En esta línea se ubica lo dicho por la participante B:

Tal vez sea mi forma de ser que intento buscarle lo positivo en lo feo. Yo siempre agradezco que a pesar de todo mi bebé está aquí, porque sé que no todos topan con la misma suerte, para mí el simple hecho de que ella esté aquí es un milagro. El simple hecho de que no tuviera secuelas, es un milagro. Ambas somos un milagro. Yo estoy muy agradecida con eso y todavía no se por qué pasó, todavía no le encuentro el porqué pero lo que sí sé es que estoy agradecida con que mi bebé esté bien.

La participante B mostró que utilizó la reevaluación positiva como una estrategia de afrontamiento ante la prematuridad de su bebé, permitiéndole así resignificar este evento en su vida. Sin embargo, es importante mencionar que la participante indicó que esto sucedió tiempo después del egreso hospitalario de su bebé pero que la misma podría ser útil durante el proceso de hospitalización y la prematuridad como tal.

2.1.4. Búsqueda de información.

La búsqueda de información tiene que ver directamente con la búsqueda de conocimiento, dudas o preocupaciones en internet, libros u otros medios (Taylor, 2007). En este caso, la participante C mencionó:

Yo me metía a ver un montón de diagnósticos en Google, pensaba que mi bebé iba a tener complicaciones cerebrales o parálisis entonces me metía a buscarlo. Fue gracias a FUNDAPREMA que me decía que no me metiera a buscar y que viviera un día a la vez.

En la misma línea, la participante D mencionó que buscó siempre la información en YouTube y redes sociales para comprender el tema de la prematuridad y el cangureo y la participante E también agregó que al ella estar estudiando una carrera de salud, entonces ya había buscado información sobre las implicaciones a nivel cerebral y cognitivo que podía tener un bebé prematuro.

La búsqueda de información tiene beneficios para estas madres y sus bebés, ya que las mismas pueden encontrar cómo mejorar la salud de sus bebés, sin embargo, parece ser perjudicial para algunas madres, puesto que puede ser otro factor estresante para ellas.

2.2. Estrategias para la regulación emocional.

En esta categoría se ubican las estrategias utilizadas por las participantes con respecto al distanciamiento, el autocontrol, la aceptación de la realidad, el escape o evitación, la búsqueda de apoyo social y la espiritualidad.

2.2.1. Distanciamiento.

El distanciamiento se refiere al intento de apartarse de un problema para no pensar en él, o bien para evitar que genere alguna afectación (Vásquez et al., 2003). En este caso, la participante B mencionó:

Yo la verdad me convertí en un robot, no pensaba emocionalmente como me estaba afectando porque no hacía nada para mí. Me convertí en un robot literalmente porque lo único que hacía era extraerme leche y estar en el hospital. Además no hacía nada más que estar con mi bebé.

Lo dicho por la participante ilustra cómo, al estar pendiente de la situación de su hijo y establecer otras prioridades, no pensaba en cómo podría estar afectando emocionalmente la hospitalización de su bebé.

Esto puede estar relacionado al “modo supervivencia” ya antes mencionado por las participantes, puesto que este distanciamiento de lo emocional pudo funcionar como un factor protector en una situación estresante como la prematuridad.

2.2.3. Autocontrol.

El autocontrol tiene que ver con los intentos por controlar los propios pensamientos o sentimientos y respuestas emocionales antes un evento (Vásquez et al., 2003), y con respecto a los resultados obtenidos, se pudo observar que esta fue una de las estrategias más significativas, con respecto a su salud mental, que utilizaron estas madres para sobrellevar la situación puesto que, de alguna manera, todas mantuvieron la sensación de control emocional y sentimental sobre la situación, mediante la utilización de otras estrategias de afrontamiento como la búsqueda de apoyo social, la espiritualidad y la planificación.

2.2.4. Aceptación de la responsabilidad.

La aceptación de la responsabilidad tiene que ver con reconocer el papel que uno ha tenido con el problema (Vásquez et al., 2003), además, de aceptar la realidad de lo que está pasando (Taylor, 2007).

Las participantes A, B, C y D, mencionaron que se establecieron rutinas, tales como las que fueron desarrolladas en el sub apartado de “Planificación” en esta investigación, las cuales, si bien es cierto que fueron diseñadas para sobrellevar la hospitalización de sus bebés, también tuvieron que ver con aceptar la realidad y la responsabilidad con respecto al cuidado, tanto físico como emocional, de su hijo/a producto de la prematuridad.

Esta parece ser una de las más utilizadas entre las participantes, ya que en su totalidad afrontaron la situación dentro de las posibilidades que tenían al momento del evento como las rutinas y los hábitos en ellas mismas.

2.2.5. Escape o evitación.

La evitación o el escape se refiere a emplear un pensamiento irreal improductivo tales como “ojalá” o “hubiera”, en donde se intenta negar la realidad o incluso a no creer lo que está pasando, además, de estrategias que pueden involucrar excesos con la comida, el alcohol, las drogas o los medicamentos (Vásquez et al., 2003; Taylor, 2007). La participante D mencionó:

Uno se acostumbra pero no quiere que hagan juicios como de que “pobrecito”, yo por ejemplo le cedí mi campo de visita a mi mamá y cuando salió, estaba llorando y eso fue lo que no me gustó, yo en ese momento también fue cuando dije que no quería que le tomaran fotos porque no quería que nadie de mi familia tuviera la misma reacción, porque yo ya lo había aceptado con los cables y arrugas, y yo me decía a mí misma que él iba a mejorar.

Lo dicho por la participante D permite observar que, a pesar de indicar que ella ya había aceptado la situación de su bebé, no permitió que otras personas tuvieran acceso a la realidad que vivía en ese momento su bebé prematuro como una forma de negar la situación.

A su vez, la participante A mencionó no recordar muchas cosas, dice “yo siento que mi cabeza tiene muchas cosas bloqueadas de ese momento”, lo que puede aludir a cierta evitación de la participante en el presente al recordar lo que menciona ser un “evento traumático” para ella como ya se mencionó anteriormente.

2.2.6. Búsqueda de apoyo social.

Taylor (2007) mencionó que la búsqueda de apoyo social tiene que ver con tener redes de apoyo durante el evento estresante con las cuales la persona pueda sentirse entendida y apoyada, puesto que las mismas ayudan a promover una actitud positiva y esto ayuda a reducir el estrés. En el apartado de “Redes de apoyo” de este estudio quedó demostrado que las redes, tanto formales como informales, jugaron un papel fundamental en la experiencia de estas mujeres con respecto a la prematuridad.

La participante D dijo que: “Mi vida era alrededor de estar en el hospital, yo lo único que podía hacer como de autocuidado era conversar con las mismas mamás que tenían a sus hijos prematuros ahí”, destacando la importancia del apoyo de otras mamás de prematuros con respecto al autocuidado.

Es importante destacar que en esta investigación se encontró que el apoyo entre otras mamás y papás de prematuros que estaban pasando por situaciones similares, parece ser una de las estrategias más utilizadas y que generaron un sentimiento de bienestar en estas mujeres durante la hospitalización de sus hijos/as.

También, al encontrarse en tiempo de pandemia por COVID-19, la participante E mencionó: “A mí me gusta mucho leer, así que como estábamos en pandemia y yo no podía recibir visitas le pedí a mi familia que si podría llevarme libros, y aparte de eso usaba mucho el celular para estar en comunicación con ellos”, y en esta misma línea la participante A añadió que su familia fue fundamental para sobrellevar la prematuridad, además de que:

Gracias a las fajitas que me regaló FUNDAPREMA yo pude cangurearlo entonces, cuando yo tuve la oportunidad de meterlo ahí la verdad fue muy diferente a antes de eso que era ver a mi bebé solamente a través de un cristal porque la pandemia hizo que todo fuera el triple de difícil.

Destacando la importancia del apoyo social durante la prematuridad y durante el periodo de pandemia por COVID-19 en el que las participantes vivieron el nacimiento de sus bebés, y que, además, destaca cómo los espacios virtuales en estas situaciones se posicionan como redes de apoyo, lo cual será más fácil de ilustrar en el apartado de redes de apoyo informales.

2.3.7. Espiritualidad.

Taylor (2007) mencionó que se refiere a la conexión religiosa y espiritual que tiene una persona, además de que esta puede generar un impacto positivo en la salud de las personas que enfrentan situaciones de estrés durante un largo periodo de tiempo. Las participantes A, B, C y E demostraron utilizar la espiritualidad como una estrategia de afrontamiento, todas desde el cristianismo.

Las participantes A mencionó “yo me iba desde las 6 de la mañana hasta las 9, entonces después me iba a la capilla del hospital porque no sabía qué hacer y me ponía a orar” así como la participante B en esta misma línea dijo:

Cuando a mi bebé le entró una bacteria en el internamiento, yo me fui a la capilla del hospital a llorar y rezar. Era como un lugar de desahogo para mí. Yo rezaba mucho, todo el día. Incluso estando con mi bebé porque yo no era de llevarle a hablar porque sabía que no me iba a contestar entonces durante toda la hora de visita yo rezaba.

En el caso de la participante E mencionó que desde que su embarazo se convirtió de riesgo, ella rezaba mucho, al igual que la participante C que añadió:

Todo fue tan rápido que a mí no me dio tiempo de pensar en nada. Yo dije: diosito te lo encomiendo. Yo me levantaba todos los días y lo primero que hacía era orar por mi bebé y por todos los que estaban internados porque ya conocía a sus mamás, así que nos juntábamos a rezar.

La espiritualidad en estas mujeres cumplió la función de ayudarlas a sobrellevar la situación con la seguridad y confianza de estar protegidas, ellas y sus bebés, por algo más grande y que además les permitió relacionarse con otras madres de prematuros que compartían sus creencias religiosas.

3. Redes de apoyo formales e informales.

En este apartado se respondió al objetivo 3 de esta investigación el cual se fundamenta en la influencia de factores del mesosistema como las redes de apoyo formales e informales, en la salud mental de las mujeres madres de hijos prematuros participantes del estudio, por lo que se dividió en redes formales e informales y los ecomapas individuales de cada mujer.

El siguiente cuadro (ver tabla #3) muestra un resumen de las principales redes de apoyo, tanto formales como informales, de las participantes del estudio en el cual se tomó como referencia los ecomapas realizados en el anexo 4.

Participante	Redes de apoyo formales	Redes de apoyo informales
Participante A	<p>La participante A identificó como redes de apoyo formales fuertes al personal de enfermería, personal médico y a FUNDAPREMA.</p> <p>Como una red de apoyo formal media a los servicios de salud mental públicos.</p> <p>La participante no identificó</p>	<p>En cuanto a las redes de apoyo informales, la participante A identificó como fuertes a la familia materna y a otros papás de prematuros.</p> <p>Con respecto a las redes de apoyo informales medias a su pareja.</p> <p>Y como red de apoyo informal débil mencionó a la familia de su</p>

	ninguna red de apoyo formal débil.	pareja y amigos.
Participante B	<p>La participante B no identificó ninguna red de apoyo formal fuerte.</p> <p>Con respecto a las redes de apoyo formales medias mencionó al personal médico.</p> <p>Y como red de apoyo formal débil indicó al personal de enfermería y a los servicios de salud mental públicos.</p>	<p>Con respecto a las redes de apoyo informales, la participante B identificó como fuertes a la familia materna, amigos, trabajo y su pareja.</p> <p>Y como una red de apoyo informal media a la familia de su pareja.</p> <p>No se identificó ninguna red de apoyo informal como débil.</p>
Participante C	<p>La participante C identificó como una red de apoyo formal fuerte al personal de enfermería y a FUNDAPREMA.</p> <p>Como una red de apoyo formal media mencionó al personal médico.</p> <p>Y como una red de apoyo formal débil posicionó los servicios de salud mental públicos.</p>	<p>En cuanto a las redes de apoyo informales fuertes, la participante C identificó a la familia materna, la familia de su pareja, amigos, vecinos, trabajo y su pareja.</p> <p>La participante no señaló ninguna red de apoyo informal como media ni como débil.</p>
Participante D	<p>La participante D no identificó ninguna red de apoyo formal como fuerte.</p> <p>Con respecto a las redes de apoyo formales medias, añadió al personal médico.</p> <p>Y como redes de apoyo formales</p>	<p>Con respecto a las redes de apoyo informales fuertes, la participante D identificó a su pareja y a otros papás de prematuros.</p> <p>Como redes de apoyo informales medias, señaló a su trabajo.</p> <p>Y como redes de apoyo informales</p>

	débiles mencionó al personal de enfermería y a los servicios de salud mental públicos.	débiles mencionó a la familia de su pareja y amigos. Además, la participante D señaló la relación con su familia materna como una red de apoyo informal estresante.
Participante E	La participante E no señaló ninguna red de apoyo formal fuerte. Como red de apoyo formal media identificó al personal de enfermería y al personal médico. Y como una red de apoyo formal débil los servicios de salud mental público.	En cuanto a las redes de apoyo informales, la participante E identificó como fuerte a la familia materna y su pareja. La participante E no señaló ninguna red de apoyo informal como media o débil.

Tabla #3. Fuente: Ecomapas (anexo 4)

Como se observa en la tabla #3, las redes de apoyo, tanto formales como informales, varían entre participantes, por lo que la elaboración de los ecomapas fue fundamental para encontrar similitudes y diferencias entre las mismas. A continuación, se muestran los resultados generales tanto de las redes de apoyo formales como informales y su respectivo análisis.

3.1. Redes formales.

En el apartado de las redes formales, se indagó sobre los centros hospitalarios tomando en cuenta su personal y los servicios recibidos, organizaciones no gubernamentales e instituciones públicas con respecto al trato y la capacidad de sobrellevar las situaciones (Higuera-Cota et al., 2023), con el fin de resaltar la importancia de estas redes en la vivencia de estas mujeres con su parto prematuro. Todas las participantes tuvieron su parto en un hospital público ubicado en el Gran Área Metropolitana.

Con respecto a los centros hospitalarios en general, se encontró que las participantes se encuentran satisfechas con los servicios médicos recibidos, como lo mencionó la participante A: “Yo no tengo quejas del tiempo que estuve hospitalizada, se comportaron muy bien” y la participante D que dice: “Yo me sorprendí positivamente cuando me sacaron de emergencias y me llevaron a la sala de parto. Ni siquiera recordaba que era un hospital público”, esto refiriéndose al trato médico inicial recibido, demostrando que este buen servicio tuvo un impacto positivo en su experiencia.

Sin embargo, las participantes resaltan que en el hospital, después de su parto se les ubicó en salones con otras madres que sí tenían a su bebés, como lo dicho por la participante C: “Yo no pude estar con mi bebé al día siguiente y todas las mamás que estaban en la sala de recuperación tenían a su bebé, fue muy duro tener que dormir con los bebitos llorando y yo sin el mío”.

Y la participante D:

A mí me pusieron después de dar a luz en el área de maternidad, había varias camas y varias personas que todas tenían a sus bebés a la par en una cuna, yo creo que en el instante como por mi personalidad y porque todo había pasado muy rápido no me afectó hasta que empecé a analizar el hecho de que yo no tenía mi bebé.

Lo anterior denota que el poner a una mujer de un hijo/a prematuro, sin su bebé, en un salón lleno de madres con sus bebés recién nacidos puede causar malestar emocional en ellas en un momento que se encuentran vulnerables y pasaron por algo, que ellas mismas denominan como “traumático”.

Entre los datos, resaltó que el personal de enfermería es el más mencionado por las participantes, es decir que su rol como red de apoyo formal es más notable. La participante A mencionó:

Las enfermeras eran buena gente, me acuerdo de tres o más que siempre me daban tips de cosas que podía hacer para que él mejorará o para cuando me lo llevara a la casa e incluso, como yo solo podía verlo dos horas al día, ellas me mandaban fotos cuando yo no estaba y sé que eso es como prohibido pero era lo único que me daba tranquilidad.

Para la participante A, la experiencia con las enfermeras fue positiva, además de que, al tener contacto directo con ellas, permitió que incluso en su casa pudiera tener información de su

bebé y por ende, sentir tranquilidad, sin embargo, este no fue el caso de todas las participantes. La participante B mencionó:

Yo le agradezco mucho a la enfermera que me explicó cómo cambiar un pañal pero fue porque yo se lo pedí y me explicó muy amablemente pero había enfermeras que solo lo regañaban a uno: “lávese las manos, eso no se puede hacer, se tiene que amarrar el pelo”, y o sea, yo que voy a saber. No se me olvida que la primera vez que fui a ver a mi hija no me dijeron ni hola ni nada sino que tenía que amarrarme el pelo. Incluso a mi bebé una vez le entró una bacteria, y fue porque yo le pregunté a una enfermera porque tenía una vía nueva y yo: “¿qué pasó aquí?, falta muchísima comunicación porque por allá yo veía que le tomaban fotos a los papás cangureando y a mi me pasaban regañando así que nunca pude preguntar siquiera por una foto.

Y participante D:

Para mí el personal de enfermería tiene que mejorar muchísimo. Hay enfermeras muy buenas y otras muy mediocres y otras que uno de verdad se cuestiona si son profesionales. Yo me acuerdo que la noche que yo pasé ahí había un jolgorio, uno no podía ni dormir y a veces cuando uno les solicitaba alguna información eran muy groseras. Pero en la UCI todas las enfermeras fueron increíbles.

Destacando que se encontraron profesionales de enfermería comprometidas con su salud y la de sus bebés, pero que también hubo algunas que les hicieron sentir regañadas al solicitar información y que el acceso a la misma no era sencilla, a pesar de que son las que estaban al cuidado de sus hijos/as las 24 horas mientras estuvieron hospitalizados.

En el caso de los médicos, la participante A dijo en la entrevista que:

Yo recuerdo a una doctora que estaba en neonatos, para mí ella siempre tuvo tacto. Era diferente al resto porque tal vez los demás estaban como tan acostumbrados a ver eso todos los días, pero ella siempre fue muy especial y siempre buscaba la forma más positiva de hacerlo.

Y la participante C mencionó que: “Todo el personal médico se portó excelente, me trataron como una reina”. Algo que es importante mencionar ya que este buen trato de parte del personal médico influyó positivamente en la experiencia de estas madres, ya que aún les recuerdan con agradecimiento.

Como la investigación toma lugar en la pandemia por COVID-19, la cual se sitúa como el cronosistema en la experiencia de estas mujeres, la participante A mencionó:

Creo que el hecho de haber tenido mi bebé prematuro en pandemia hizo que todo fuera tres veces peor porque he hablado con otras mamás que han tenido la experiencia de ser mamás de prematuros y por el simple hecho de no estar en pandemia podían pasar día y noche con sus bebés, en cambio yo lo visitaba dos horas y las otras 22 horas que me sobraban me sentía muy sola y tenía que sacarme leche sin bebé. Además, de que yo, por ejemplo, no tuve compañía mientras estuve hospitalizada.

La participante B dijo que “Las restricciones por el COVID eran extremas porque yo veía a mi bebé muy poquito tiempo. Yo no podía estar ahí las veinticuatro horas porque si fuera por mí hubiera pasado más tiempo ahí y la pego más a mi pecho”.

Y la participante D menciona:

Yo insistí mucho para que pudiera estar yo más tiempo en el hospital, no sé si era la lógica del COVID-19. Uno tenía que vestirse completamente para entrar y solo habían dos horas de visita, en dos tandas. Una hora en la mañana y otra en la tarde, y si mi esposo podía ir entonces era media y media, nunca pudimos entrar juntos.

Lo dicho por estas participantes permite ilustrar la importancia de las visitas, tanto para las madres como para el bebé, además, de que no podían ingresar con los papás de sus hijos/as como una medida preventiva del COVID-19. Además, que estos lapsos sin poder asistir al hospital provocaban en ellas sentimientos de soledad y preocupación por estar lejos de sus bebés.

La participante D añadió que incluso afrontó consecuencias físicas al tener que adaptarse a las medidas sanitarias por la pandemia por COVID-19:

Yo no tenía derecho a enfermarme por mi bebé, entonces yo me cuidaba extremo. En el hospital cada vez que lo tenía que ver me tenía que lavar las manos, entonces agarré como una dermatitis de tanto lavarme las manos porque con el COVID-19 yo tenía una paranoia. Si tocaba algo tenía que lavarme las manos inmediatamente.

Y la participante C mencionó que:

La pandemia fue terrible porque como dice la fundadora de FUNDAPREMA, nosotros los papás no somos visitas de los bebés prematuros sino que somos parte del tratamiento. Mi esposo solo podía ver al bebé media hora dos veces por semana y yo una hora todos los días. Tenía que extraerme la leche en mi casa para llevársela al día siguiente.

Dicho aporte resulta valioso para comprender que incluso dentro de una pandemia, la presencia de las madres en la recuperación de sus hijos/as prematuros es fundamental y que incluso una de las consecuencias como la paranoia a los gérmenes debido a la enfermedad.

Se mencionaron también problemas en el inmobiliario de algunos hospitales, como la participante B que dijo: “Cuando yo estuve hospitalizada fue muy incómodo para mi esposo porque solo había una sillita” y la misma participante añadió:

Uno después de la cesárea queda mal, yo con costos podía caminar y en la UCI que estaba mi hija no había sillas a la par, uno tenía que estar todo el rato de pie para ver a mi bebé. Tal vez para ellos sea irrelevante, pero uno ocupa sentarse y descansar.

En temas de infraestructura, es importante reconocer el faltante mencionado por la participante B ya que expone una situación que afecta directamente la salud de las madres que tuvieron hijos/as prematuros.

3.2. Redes de apoyo informales.

En el apartado de redes de apoyo informales se indagó sobre el apoyo recibido por parte de la familia, amigos, pareja y vínculos afectivos, con respecto a los cuidados y atenciones que brindan estas personas (Torres et al., 2008). Toda la información del apartado se encuentra detallada en los ecomapas ubicados en el anexo 4.

Como principal red de apoyo se identificó a la pareja sentimental y padre del bebé prematuro, como lo menciona la participante B:

Yo sé que hoy en día se habla de que el esposo, la pareja o el papá no ayuda pero en mi caso él fue un gran apoyo y sin él yo jamás lo hubiera logrado porque él se encargaba de todo lo de la casa mientras yo estuve en el hospital. E igualmente él estuvo conmigo todo el tiempo.

Además, la participante A añadió sobre sentirse comprendida: “Cuando él nació (el papá del bebé) fue un gran apoyo, porque yo sentía que solo él podía sentir lo mismo que yo”, y el caso de la participante D dijo: “Realmente el apoyo más grande fue mi esposo porque éramos solo nosotros dos”. Esto denota la importancia de la pareja y padre del bebé prematuro, puesto que es percibido como la persona más cercana a poder sentir lo mismo que ellas.

G^a-Villanova et al (2013) mencionan que la función materna durante los procesos de hospitalización se sostiene de escasos contactos con su bebé, y esto puede generar afectaciones emocionales en ellas y en estos casos, el padre del niño/a o la pareja resulta un factor protector para la recuperación y adecuación materna, por lo que la figura del padre o pareja se vuelve fundamental para el bienestar emocional de las madres.

De la misma manera destacó la importancia de la familia, la participante B mencionó que “A nivel de postparto mi mamá fue fundamental y también mi cuñada porque me ayudaron a organizar todo en la casa” y en el caso de la participante E “cuando me dieron la salida ahí estaba mi papá, mi mamá, mis hermanos y mi tía, y mi esposo que estuvo solo una semana libre entonces ellas se convirtieron en mi red de apoyo”.

La participante A añadió que “Mi mamá siempre estuvo muy presente, incluso me acompañaba cuando yo tenía que visitar a mi bebé y se quedaba afuera esperándome para que yo no me sintiera sola” , lo anterior en conjunto con lo dicho por la participante A permite demostrar que la familia es una de las principales redes de apoyo para estas mujeres.

Con respecto a las amistades, la participante C mencionó que “Como era pandemia el apoyo era más por mensajes entonces todo el día me preguntaban si necesitaba algo y, además, que buscaron demasiado apoyo para orar” y la participante D “Tuve un grupo de amigas que todos los días me preguntaban que cómo estaba”.

Con esto, es importante mencionar que uno de los principales hallazgos en esta investigación fue comprender cómo el mundo virtual afecta al mundo físico, puesto que al estar en pandemia la única forma de comunicarse con los demás era digital, algo que Navarro y Tudge (2022) plantearon como uno de los factores que afectan el microsistema puesto que lo tecnológico también forma parte del contexto de una persona.

Y la participante B mencionó que: “Un par de amigas me ayudaron con lo que fue la leche materna, porque ellas tenían un banco de leche y a mí no me alcanzaba la mía”, es decir que la amistad también trascendió en acciones para buscar apoyarles en temas como la lactancia materna.

Entre los resultados, se encontró que también los otros papás y mamás de bebés prematuros eran identificados como una red de apoyo, como lo mencionó la participante A:

Yo conocí a una pareja en el hospital que también tuvieron a su bebé prematuro, era solo cinco días menor que el mío entonces literalmente se vivieron todo el proceso con nosotros. A mí me gusta mucho salir con ellos porque siento que solo ellos me entienden y en ese momento fueron un gran apoyo para mí.

Y la participante C: “Yo oraba mucho, no solo por mi bebé sino por el de las demás. Fue muy bonito porque las mamás nos hicimos amigas entonces rezábamos en conjunto porque incluso recibíamos las noticias en colectivo entonces era más llevadero”.

Conclusiones y recomendaciones

En este apartado se presentan las conclusiones y recomendaciones derivadas del presente estudio, las cuales serán divididas según objetivos específicos de la investigación.

Conclusión objetivo 1: Reconocer factores del microsistema como los sentimientos positivos y negativos que enfrentaron las mujeres madres de hijos prematuros participantes del estudio.

Dentro de los resultados obtenidos en esta investigación se puede concluir que las principales emociones y sentimientos experimentados por las mujeres participantes en el estudio fueron la tristeza, el miedo, la culpa, la desconexión, la incertidumbre y la soledad.

La tristeza, la culpa y el miedo destacaron como los sentimientos más significativos puesto que fueron experimentados en distintas etapas, y que, además, parece ser que fueron los que causaron un malestar emocional significativo en estas mujeres porque persistieron, incluso, años después de lo sucedido.

Con respecto a la incertidumbre experimentada por estas mujeres, se encontró que el nacimiento prematuro de sus bebés —y, en algunos casos, la necesidad de atención médica especializada- generó dificultades para alcanzar estabilidad durante el proceso de hospitalización, tanto para ellas como para sus hijos/as, de acuerdo con las particularidades de cada caso.

El sentimiento de soledad fue mencionado a raíz de no sentirse comprendidas emocionalmente por el resto de personas respecto a la prematuridad de sus hijos/as. También, lo identificaron al tener su parto durante la pandemia por COVID-19, ya que las participantes que debieron quedar hospitalizadas, después de su cesárea, mencionaron que no se les permitían las visitas y por ende, vivieron este proceso físicamente solas.

Las participantes identificaron su parto prematuro como un evento traumático que, incluso, les provocó tener lagunas mentales del momento, además, de vivir momentos de estrés prolongados que incluso les acompañaron tiempo después del egreso hospitalario.

Aunado a esto, la enfermedad del COVID-19 también afectó este aspecto traumático, puesto que al tener partos en condiciones atípicas como la pandemia, se enfrentaron a realidades nunca antes vistas, como el tener una labor de parto con una mascarilla o adaptarse a medidas de higiene extremas.

Con respecto a la categoría de lo cultural, esta influye en la vivencia de las mujeres, puesto que rige las expectativas que tienen las personas sobre el embarazo y los partos, que en el caso de la prematuridad; no logran ser cumplidas. El incumplimiento de estas expectativas puede ser visto como una pérdida para estas mujeres, ya que deben de renunciar a lo que creían que iba a suceder sobre su embarazo, su parto y los primeros momentos con sus bebés, lo que en esta investigación fue un causante de malestar entre las participantes.

Lo anterior hace alusión a los duelos que deben afrontar estas madres durante la prematuridad de sus hijos/as, entre los que destacaron la idea de un parto ideal, la lactancia materna, el contacto piel a piel, las fotografías de sus bebés y el “baby shower”. Identificarlos como duelos es importante pues permite que se trabaje de manera terapéutica con estas mujeres en futuros procesos.

La pandemia por COVID-19 también se vincula con el recargo del cuidado y visitas cuando sus bebés quedaron internados/as en el hospital. Ya que en contraste con el periodo pre pandemia en donde según FUNDAPREMA, se podía visitar a los bebés prematuros a cualquier hora del día o noche, las participantes del estudio mencionaron que ellas solo tenían dos horas de visita al día (mañana-noche) ya que esto fue tomado como una medida sanitaria contra la enfermedad, la cual provocó que muchas de las veces, estos horarios no se ajustaran a los de sus parejas y eran ellas quienes debían cumplir ambos.

Conclusión objetivo 2: Identificar la influencia de factores del microsistema como las estrategias de afrontamiento utilizadas por las mujeres madres de hijos prematuros participantes del estudio para afrontar el parto y post parto.

Las estrategias de afrontamiento utilizadas por las participantes fueron categorizadas en: estrategias para la resolución del problema y estrategias para la regulación emocional. Es importante destacar que todas surgen de recursos propios de estas mujeres y ninguna se identificó que tuviera origen de algún tipo de acompañamiento institucional.

Entre las estrategias más destacadas e influyentes están la confrontación, la aceptación de la responsabilidad y la búsqueda de información, puesto que estas permitieron que las participantes encontraran maneras de ayudar a sus bebés directamente, formándose en temas como la estimulación temprana, el canguero y la lactancia materna.

Aunque, a su vez, la búsqueda de información e hipervigilancia en las participantes provocó síntomas de ansiedad pues, al leer sobre la prematuridad, encontraban todos los posibles efectos secundarios. Por lo que se demostró que esta estrategia de afrontamiento fue positiva cuando se utilizó de manera controlada y con acompañamiento médico.

La búsqueda de información también se categorizó dentro del autocontrol, fue una de las estrategias de afrontamiento más significativas ya que permitió regular las respuestas emocionales ante el evento, permitiéndole así sobrellevar la situación de la prematuridad de sus bebés de mejor manera.

En el autocontrol también se situó la espiritualidad, que ocupó un papel fundamental en la manera en que las participantes afrontaron la situación, puesto que, desde la influencia del cristianismo, indicaron que esto les hacía sentir mayor seguridad y confianza con la salud de sus bebés, y que gracias a esto lograron vincularse con otras madres con las que compartían sus creencias religiosas.

La búsqueda de apoyo social está directamente relacionado a las redes de apoyo investigadas en este estudio y, ubicarlas como una estrategia de afrontamiento, permitió comprender la importancia del acompañamiento para la salud mental de estas mujeres, puesto que fue una de las más utilizadas y efectivas.

Con lo anterior, es relevante destacar que al tener sus partos prematuros en el periodo de pandemia por COVID-19, los espacios virtuales fueron fundamentales para sostener este apoyo social durante las medidas de distanciamiento que se tomaron por la enfermedad y que las madres de otros prematuros que compartían el mismo espacio físico que las participantes, generó un sentimiento de bienestar y acompañamiento para ellas.

Las participantes también mencionaron sentirse en “modo supervivencia” durante la hospitalización de sus hijos/as, el cual fue considerado como la estrategia de distanciamiento, (intento de apartarse de un problema para no pensar en él o para evitar que genere una afectación), que fue una de las herramientas que utilizaron como una manera de afrontar la situación, pero que la misma generó afectaciones en su propia salud tanto mental como física, ya que todos sus recursos y los de sus redes de apoyo, estuvieron enfocados en la salud de sus hijos/as.

En relación con lo anterior, al ser considerado el parto prematuro como un evento traumático (Canin y Bain, 2022), se identificó que la estrategia de la evitación fue utilizada durante el parto y la hospitalización de los bebés, puesto que reconocieron tener bloqueos mentales de la situación e incluso aislar la realidad de sus bebés de algunos familiares.

Una de las estrategias de afrontamiento que fueron implementadas a largo plazo, fue la reevaluación positiva de la situación, puesto que le permitió a las mujeres resignificar la situación y demostrar su capacidad de resiliencia.

Conclusión objetivo 3: Conocer la influencia de factores del mesosistema como las redes de apoyo formales e informales en la salud mental de las mujeres madres de hijos prematuros participantes del estudio.

Con respecto a los hallazgos sobre la influencia de las redes de apoyo formales e informales en la salud mental de estas mujeres, es importante señalar que las redes de apoyo informales fueron más efectivas y significativas en comparación con las redes formales, puesto que se encontró que la familia y amigos cumplieron un rol fundamental en el bienestar de las madres.

Es relevante destacar que, con respecto a las redes de apoyo informales, las mismas son formadas en su mayoría por mujeres en la familia de la madre del bebé prematuro (madre, hermana, cuñada, amigas...), lo anterior y según lo dicho por las mujeres, parece suceder ante la falta de licencias parentales para los hombres que provoca que se sigan perpetuando las desigualdades de género en el cuidado de los hijos/as.

Debido a la pandemia por COVID-19, se pudo observar que los medios digitales fueron indispensables para mantener las redes de apoyo a la distancia, puesto que era la única forma de comunicarse con la mayoría de personas que la conforman, por lo que es importante reconocer que los mismos inciden directamente al microsistema.

Las redes de apoyo formales son el espacio más concurrido por estas mujeres durante la hospitalización de sus hijos/as. En este sentido, G^a-Villanova et al. (2013) señalan que los espacios de hospitalización de bebés prematuros deben verse como una oportunidad para la intervención terapéutica de las familias. Sin embargo, según indicaron algunas de las participantes, no se les brindó este apoyo durante dicho periodo.

A su vez, es importante mencionar que la mayoría de participantes destacó como una red de apoyo formal débil, los servicios de salud mental públicos puesto que la mayoría, a pesar de manifestar necesitarlos, no se les otorgó el servicio y para quienes sí lo obtuvieron, la persona profesional que les atendió no parecía estar bien formada en la temática.

De la mano con lo anterior se identificó que el personal de enfermería es quien tiene más contacto con estas madres, y las mismas participantes indicaron, en algunos casos, no recibir una atención y educación adecuada y sensible de su parte.

Las organizaciones sin fines de lucro, resultaron ser de gran utilidad para sobrellevar esta situación, ya que las participantes mencionaron que el conectar con personas con más experticia desde lo testimonial, les hicieron sentirse acompañadas. Sin embargo, resaltaron la importancia de tener más presencia en los centros hospitalarios.

Conclusión general

La pregunta que inspiró a este trabajo fue: ¿Cuál es el impacto de la prematuridad en la salud mental de las mujeres madres que tuvieron a sus hijos e hijas en un hospital público

costarricense, durante la época de medidas sanitarias tomadas por la pandemia por COVID-19?, la cual fue resuelta en cada objetivo de esta investigación.

Más allá de las estadísticas, este estudio permitió reflejar una parte de la realidad que vivieron las madres de prematuros en la pandemia por COVID-19 en nuestro país y que, posiblemente, ilustra cómo se vive hoy en día.

La prematuridad de un hijo/a impacta significativamente la salud mental de las madres. Esta afectación se manifiesta tanto en el microsistema (díada madre-bebé): con la aparición de emociones (como la culpa, la tristeza y el miedo) y las estrategias de afrontamiento utilizadas; como en el mesosistema. Los resultados señalan que las redes de apoyo (formales e informales) fueron fundamentales para que estas madres pudieran afrontar la prematuridad y sus consecuencias.

La pandemia por COVID-19 definitivamente marcó un antes y un después en la historia de Costa Rica, y con esto, muchas situaciones cotidianas cambiaron de manera significativa como lo fue el caso de la prematuridad y la salud mental de sus madres.

Es en este punto donde la Psicología cobra una relevancia crítica. La disciplina no puede ser ajena a las problemáticas identificadas, sino que debe asumir un rol activo para mitigar el impacto en la salud de estas mujeres. Esta investigación permitió visibilizar nuevas situaciones, contextos y realidades de las cuales no se encontraron antecedentes nacionales en las bases de datos revisadas.

Lo anterior tiene la intención de abrir la posibilidad de respaldar, cambiar y mejorar situaciones que afectan la salud mental de las mujeres que tengan hijos/as prematuros en Costa Rica, además, de cómo se evidencia a lo largo de esta investigación, que la presencia de la Psicología garantiza que la atención no se centre únicamente en la supervivencia del bebé, sino también en la salud mental de la díada y la familia.

Recomendaciones

Recomendaciones para la universidad

La prematuridad en Costa Rica representa un 12% total de los nacimientos al año, lo que involucra no solo a 5000 bebés sino 5000 madres y familias que le acompañan (Alianza Empresarial para el Desarrollo., 2023; FUNDAPREMA, 2024; Mena, 2024; Zeledon, 2012). En ciclos lectivos anteriores, como trabajos en relación con la malla curricular de la carrera de psicología en la Universidad Nacional, se trabajó con FUNDAPREMA grupos de apoyo y autocuidado, los cuales tuvieron una gran demanda a la hora de publicar los afiches.

En concordancia con este hallazgo, no fue diferente al iniciar el reclutamiento de participantes para esta investigación. Se observó una gran afluencia de mujeres en los únicos 20 minutos que estuvo publicado el afiche en las redes de FUNDAPREMA, incluso se difundió por grupos de WhatsApp por algunas de ellas y muchas personas siguieron solicitando participar de la investigación. Una de las mujeres que escribió durante el reclutamiento sugirió hacer una investigación fuera del periodo de pandemia, puesto que creía importante visibilizar lo que vivían.

Sería importante que la Universidad Nacional, en conjunto con la Escuela de Psicología, implementen cursos sobre psicología perinatal con el fin de poder abordar esta temática de manera ética y científica al ser licenciados graduados de la universidad. Además, de que esto permite abrir espacios de práctica con esta población directamente.

Esta investigación permitió visibilizar otras temáticas que podrían ser líneas de investigación para futuros trabajos finales de graduación, como lo es el duelo por pérdida perinatal, el duelo por las pérdidas de expectativas y/o cambios de vida debido a la prematuridad, la lactancia materna como eje de la maternidad, la violencia obstétrica en madres de hijos/as prematuros, las licencias de trabajo por maternidad y paternidad y la salud mental de los padres de hijos/as prematuros.

Recomendaciones para los centros hospitalarios

Los centros médicos se convierten, la mayoría del tiempo, en el primer hogar de los bebés prematuros y en la segunda casa de las familias de estos. Las participantes mencionaron pasar la mayoría de su tiempo en el hospital mientras sus hijo/as estaban hospitalizados, el cual pasaban solas o acompañadas de otros padres de familia de prematuros.

Esto permitió observar que estos espacios pueden ser útiles para crear grupos de apoyo y/o escucha para las madres, en donde se pueda incluir no solo atención psicoterapéutica sino psicoeducativa, en donde se puedan aprender estrategias e importancia del autocuidado en medio de la crisis, regulación emocional, estrategias de afrontamiento y el apoyo social, los cuales podrían ser planteados en conjunto con los hospitales públicos y FUNDAPREMA. Para esto es importante contar con profesionales de la salud mental capacitados en el área de la perinatalidad.

Otro aspecto a destacar sería el ubicar a las madres que tienen a hijos/as prematuros en un salón diferenciado a las madres que tuvieron a sus hijos/as a término, ya que las mismas se ven afectadas emocionalmente al tener que estar sin sus bebés en una sala llena de madres con sus recién nacidos. Además, es necesario que los hospitales promuevan las redes de apoyo entre las madres que atraviesan experiencias similares.

Es necesario capacitar y sensibilizar al personal médico y de enfermería en temas de prematuridad y salud mental materna para salvaguardar la salud emocional de las madres de prematuros en el país.

Recomendaciones para políticas públicas

Es necesario otorgar licencias de maternidad y paternidad diferenciadas a los padres y madres de hijos/as prematuros que requieren hospitalización, así como restaurar las visitas 24 horas, puesto que cuando deben de afrontar estas dificultades en la salud de sus bebés, tanto la madre como el padre, deben de tener la posibilidad de realizar las labores de cuidado en conjunto, ya que en los resultados destacaron que las mismas se ven recargadas en las madres de los prematuros a causa de esto.

Además, es importante la creación de un protocolo dirigido a atender la salud mental de las mujeres madres de hijos/as prematuros, para que los hospitales públicos tengan una línea clara sobre cómo intervenir, el cual no dependa únicamente del criterio médico sino que se pueda ofrecer el servicio de salud mental a todas las mujeres.

En este sentido, es fundamental que se tome en cuenta el criterio profesional de psicólogos y psiquiatras perinatales, debe ser un protocolo preventivo y de atención integral, en donde la misma se les dé de manera prioritaria al ser madres de hijos/as prematuros.

Recomendaciones para las participantes del estudio

Reconocer y validar las emociones que se experimentan durante el proceso es importante para el bienestar psicológico. Los sentimientos de miedo, culpa, tristeza o frustración son normales en esta experiencia.

Cuidar de un bebé prematuro requiere energía física y emocional. Dormir lo suficiente, alimentarse bien y permitirse momentos de descanso y de gozo, son acciones esenciales. Cuidar de sí misma también es cuidar del bebé.

Tal como mencionaron las mujeres participantes en el estudio y lo respaldado por los antecedentes, tener un parto prematuro puede ser considerado una experiencia traumática, y que con ello viene el estrés postraumático, altos niveles de ansiedad y sentimientos de culpabilidad a largo plazo. La terapia psicológica perinatal es una gran herramienta de acompañamiento para atravesar estas experiencias.

Es necesario hacer la salvedad de que las mujeres que atraviesan un parto prematuro suelen encontrarse en un momento de vulnerabilidad, por lo que sus redes de apoyo, tanto formales como informales, deberían de ser proactivas en facilitarle este tipo de herramientas de acompañamiento. Es decir, que no recaiga la responsabilidad únicamente en la mujer que está atravesando la prematuridad de su hijo/a

Referencias bibliográficas

Alianza Empresarial para el Desarrollo., (22 de Noviembre 2023). *Prevención y cuidados para los bebés prematuros.*

<https://www.aedcr.com/noticias/prevencion-y-cuidados-para-los-bebes-prematuro#:~:text=En%20Costa%20Rica%2C%20nacen%20aproximadamente%205.000%20bebés%20prematuros%20anualmente.&text=De%20acuerdo%20con%20los%20datos,alrededor%20de%205.000%20bebés%20prematuros>

Aguilar, F, Castellanos, H, y Tataje, L., (2021). Afectación de la salud mental en las embarazadas en tiempos de COVID-19. *Revista Española de Salud Pública.* v. 95, e202112202. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272021000100193&lng=es&tlng=es

Amaral, R., & Ramallo, M. (2015). Development of premature children: caregivers understanding according to the Bioecological Theory. *Rev. Esc. Enferm. UPS*, 49 (6) <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600004>

Arias, J. A. A., González, J. M. C., & de Aparicio, C. X. P. (2021). COVID-19 Perinatal y sus características clínicas. *Recimundo*, 5(1 (Suple)), 104-110.

<https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1338>

- APA Dictionary of Psychology. (2023). Coping strategy. Recuperado de <https://dictionary.apa.org/coping-strategy>
- Arce, S. (2020, junio 2). Bebé prematuro con COVID-19 ya fue trasladado desde Guanacaste hasta el Hospital de Niños. El Observador. <https://observador.cr/bebe-prematuro-con-covid-19-ya-fue-trasladado-desde-guanacaste-hasta-el-hospital-de-ninos/>
- Barragán, A. & Morales, C. . (2014). Psicología de las emociones positivas: generalidades y beneficios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 19(1), 103-118. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29232614006>
- Barrios-Tao, H. (2020). Desarrollo de experiencias emocionales en educación: una contribución para la formación humanística. *Civilizar: Ciencias Sociales y Humanas*, 20(38), 119-136. <https://doi.org/10.22518/jour.cesh/2020.1a08>
- Barquero, K. (2021, mayo 10). Falta de personal especializado agrava colapso hospitalario por Covid-19. La República. <https://www.larepublica.net/noticia/falta-de-personal-especializado-agrava-colapso-hospitalario-por-covid-19>
- Bedoya Hernández, M., Barrera Valencia, D., Muñoz Marín, Y., & Vélez Ramírez, J. (2013). Las redes del cuidado: Madres comunitarias y vínculos que protegen [Reseña del libro]. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 5(2), 127-129. Disponible en <https://pepsic.bvsalud.org>

- Bertolín-Guillén, J., (2022). Emoción, subjetividad, memoria y salud mental. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 85(4), 282-289. <https://doi.org/>
- Borrego,A., & Gualdrón, E., (2021). Genograma y ecomapa: herramientas de abordaje para el médico familiar. *Desarrollo, Economía y Sociedad*, 10(1). <https://doi.org/10.38017/23228040.744>
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American psychologist*, 32(7), 513.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In *International Encyclopedia of Education*, Vol. 3, 2nd. Ed. Oxford: Elsevier. Reprinted in: Gauvain, M. & Cole, M. (Eds.), *Readings on the development of children*, 2nd Ed. (1993, p. 37-43). NY: Freeman.
- Bravo , L., Torruco, U., Martínez, M., & Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733228009>
- Caballero, A., Carrera, P., Sánchez, F., Muñoz, D., & Blanco, A. (2003). La experiencia emocional como predictor de los comportamientos de riesgo *Psicothema*, vol. 15, núm. 3, pp. 427-432. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715314>
- Caja Costarricense del Seguro Social (2024). *Protocolo Clínico de Atención para el manejo de la usuaria con Amenaza de Parto Prematuro y el Parto Prematuro*. <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/4390/P>

[rotocolo%20amenaza%20de%20parto%20y%20parto%20Prematuro%20GM-DD
SS-AAIP-PNM-221024.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00996)

Campos-Gil, J. A., Ortega-Andeane, P., & Vargas, D. (2020). Children's Microsystems and Their Relationship to Stress and Executive Functioning. *Frontiers in Psychology*, 11, 996. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00996>

Canin, N., & Bain, K. (2023). The trauma of premature birth for mothers with infants in neonatal high care: The role of dissociation due to traumatic childhood experience. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 20(1), 106–119. <https://doi.org/10.1002/aps.1793>

Ccana Villalva, K. N., & Marcavillaca Aysa, N. (2019). Estrategias de afrontamiento y estrés en madres con hijos prematuros en el servicio de neonatología del Hospital Regional, Cusco. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. <https://repositorio.unsaac.edu.pe>

Casos por COVID-19 y fallecimientos se mantienen en aumento en semana epidemiológica 50. (2022, diciembre 23). Ministerio de Salud Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/52-noticias-2022/1483-casos-por-covid-19-y-fallecimientos-se-mantienen-en-aumento-en-semana-epidemiologica-50#:~:text=Viernes%2023%20de%20diciembre%2C%202022,49%20que%20registró%203.984%20casos.>

- Castillo, N., (2020). Fenomenología como método de investigación cualitativa: preguntas desde la práctica investigativa. *Revista latinoamericana de metodología de la investigación social*, (20), 7-18.
- Challacombe, F. L., Suchomelova, Z., Zampieri, C., Hall, M., Curran, C., Shennan, A., & Story, L. (2024). Preterm premature rupture of the membranes (PPROM): a study of patient experiences and support needs. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1–18. <https://doi.org/10.1080/02646838.2024.2314179>
- Chiodelli, T., Rodrigues, O. M., Piazzentin, R., Pereira, V. A., Santos, P. L. dos, & Fuertes, M. (2020). Interactive behaviors between mothers and their prematurely born infants in the face-to-face Still-Face Paradigm. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e180164>
- Chóliz, M., (2005): Psicología de la emoción: el proceso emocional www.uv.es/=choliz
- Comisión de Vacunación reafirma importancia de que mujeres embarazadas se vacunen contra COVID-19. (2021, diciembre 3). Ministerio de Salud Costa Rica. https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php?option=com_content&view=article&layout=edit&id=1172
- Contreras, K., & Hernández, E., (2019). Redes de apoyo familiares y feminización del cuidado de jóvenes estudiantes universitarios. *REDES. Revista Hispana para el análisis de redes sociales*, 30(1), 54-67.
- Cordero Parra, M. (2021, abril 16). ¿Costa Rica enfrenta la segunda, tercera o cuarta ola del COVID-19? Semanario Universidad.

<https://semanariouniversidad.com/pais/costa-rica-enfrenta-la-segunda-tercera-o-cuarto-ola-del-covid-19/>

Cordero Parra, M. (2022, diciembre 7). Salud: Fin de medidas anti-Covid y pugna por reajuste salarial en la CCSS marcaron el 2022. Semanario Universidad.

<https://semanariouniversidad.com/pais/salud-fin-de-medidas-anti-covid-y-pugna-por-reajuste-salarial-en-la-ccss-marcaron-el-2022/>

Cortés, A. (2004). La herencia de la teoría ecológica de Bronfenbrenner. *Innovación educativa*, 14, 51-65.

https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/5016/pg_053-068_inneduc14.pdf

Creswell, J. W. (2013). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Sage.

Cuadra, H., & Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. www.redalyc.org/articulo.oa?id=26400105

Escobar, E. (2020). Aproximaciones conceptuales de la teoría ecológica para la convivencia escolar: Un plan de acción. *SINOPSIS EDUCATIVA. Revista venezolana de investigación*, 20(2), 16-23.

www.historico.upel.edu.ve:81/revistas/index.php/sinopsis_educativa/article/viewFile/8358/4972

Fernández, P., & Olza, I. (2020). *Psicología del embarazo*. Editorial Síntesis.

Fundaprema – Fundación Prematuros Costa Rica. (s/f). Fundaprema.org. Recuperado el 9 de mayo de 2024, de <https://www.fundaprema.org>

Fundación NeNe. (2023, 14 de noviembre). El 40% de las madres de prematuros padece ansiedad, depresión o estrés postraumático. Fundación NeNe. <https://www.neurologianeonatal.org/index.php/nene-al-dia/eventos-noticias?view=article&id=231&catid=11>

Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos Representaciones*, 7(1), 201-229.5 Doi: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>

Garrido, L., Morales, Y., & Madriz, L. (2020). La familia, agente de atención temprana de la niñez prematura: un acompañamiento desde la extensión social. *Revista Innovaciones Educativas*, 22(33), 62-74. <https://dx.doi.org/10.22458/ie.v22i33.2823>

García, R., (2004). El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades. CCSS. <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/El%20Sistema%20nacional%20de%20salud%20en%20Costa%20Rica.%20Generalidades.pdf>

García-Huidobro (2016). La narrativa como método desencadenante y producción teórica en la investigación cualitativa. *EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, (34), 155-177. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297145846006>

González, C., Calleja, N., Bravo, C., & Meléndez, J. (2019). Escala de Creencias sobre la Maternidad: construcción y validación en mujeres mexicanas. *Revista*

Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica, 1(50), 163-172. <https://doi.org/10.21865/RIDEP50.1.13>

Gulshan, S., Ozigi Abdullahi, K., Yaqoob, A., Ali, A., & Gul, S. (2023). *EXPLORING THE EXPERIENCE OF MOTHERS OF PREMATURE BABIES: A PHENOMENOLOGICAL STUDY*. <https://doi.org/10.46903/gjms/21.04.1287>

Hauser, M. P., Milan, T. A., González, M. C., & Oiberman, A. (2014). Impacto emocional en madres de bebés internados en una unidad de cuidados intensivos neonatales: aplicación de la entrevista psicológica perinatal. *Investigando en Psicología*, 19(1), 63-83. https://www.researchgate.net/profile/Maria-Hauser/publication/280319542_Impacto_emocional_en_madres_de_bebes_internados_en_una_unidad_de_cuidados_intensivos_neonatales_Aplicacion_de_la_entrevista_psicologica_perinatal/links/56564abe08aeafc2aabf1e44/Impacto-emocional-en-madres-de-bebes-internados-en-una-unidad-de-cuidados-intensivos-neonatales-Aplicacion-de-la-entrevista-psicologica-perinatal.pdf

Hernández, G., (2011). Obstetricia, Psiquiatría, Salud Mental:¿Salud Mental Perinatal?. *Rev. medicina y humanidades*, 3(1-2). https://revistademedicinayhumanidadesmedicas.cl/ediciones/2011/numeros_1_2/04_0BSTERICIA_Y_SALUD_MENTAL.pdf

Higuera-Coto, M., Carrillo, T., Verdugo, L. & Urrea, M., (2023). Conformación de redes formales de apoyo para el desarrollo social y económico de las mujeres en Sinaloa. *Revista CIMEXUS* 8(1). <https://doi.org/10.33110/cimexus180104>

Infobae. (2021, junio 23). Cómo ha afectado el COVID-19 a la salud mental de las embarazadas. Infobae.

<https://www.infobae.com/america/tendencias-america/2021/06/23/como-ha-afectado-el-covid-19-a-la-salud-mental-de-las-embarazadas/>

Instituto Nacional de la Salud infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver (15 de febrero 2017). *Información para las futuras mamás sobre la nueva definición de embarazo a término*. Noticias NIH.

<https://espanol.nichd.nih.gov/actividades-proyectos/know-your-terms/futuras-mamas#:~:text=%E2%80%8B%E2%80%8BEI%20embarazo%20a%20t%C3%A9rmino%20completo%20comienza%20a%20las%2039%20semanas&text=En%20el%20pasado%20si%20un%20se%20consideraba%20%22a%20t%C3%A9rmino%22.>

Jara, O. (2011). Orientaciones teórico prácticas para la sistematización de experiencias. San José de Costa Rica: Consejo de Educación de Adultos de América Latina. Recuperado de

http://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0788/6_JAR_ORI.pdf

Jara, V., (2012). Desarrollo del pensamiento y teorías cognitivas para enseñar a pensar y producir conocimientos. *Sophia, Colección de Filosofía de la Educación*, (12), 53-66. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=441846101004>

Lazarus, Richard S. y Susan Folkman. *Estrés, evaluación y afrontamiento*. Springer Publishing, 1984.

- Jones, L., Mariapun, J., Tan, A. X. Q., Kassim, Z., & Su, T. T. (2023). Maternal wellbeing of Malaysian mothers after the birth of a preterm infant. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05823-y>
- Leal, N. (2000). El método fenomenológico: principios, momentos y reducciones. *Revista Electrónica de Investigación Científica, Humanística y Tecnológica*, 1(5), 51-60.
- Lebel, V., Feeley, N., Robins, S., & Stremler, R. (2022). Factors influencing mothers' quality of sleep during their infants' NICU hospitalization. *Behavioral Sleep Medicine*, 20(5), 610-621. <https://doi.org/10.1080/15402002.2021.1971985>
- Lopezosa, C. (2020). Entrevistas semiestructuradas con NVivo: pasos para un análisis cualitativo eficaz. En: Lopezosa, C.; Díaz-Noci, J.; Codina, (ed.). Anuario de Métodos de Investigación en Comunicación Social, n.1 (p.88-97). Barcelona: DigiDoc-Universitat Pompeu Fabra. https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Lopezosa/publication/341564701_Entrevistas_semiestructuradas_con_NVivo_pasos_para_un_analisis_cualitativo_eficaz/links/5ecfddac92851c9c5e65b849/Entrevistas-semiestructuradas-con-NVivo-pasos-para-un-analisis-cualitativo-eficaz.pdf?origin=publication_detail&_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uRG93bmxvYWQlLCJwcmV2aW91c1BhZ2UiOiJwdWJsaWNhdGlubiJ9fQ
- Madrigal, L. (2021, abril). CCSS reporta ocupación total en UCI para pacientes con COVID-19 en seis hospitales. Delfino.cr.

<https://delfino.cr/2021/04/ccss-reporta-ocupacion-total-en-uci-para-pacientes-criticos-con-covid-19-en-cuatro-hospitales>

Mahmoodi, R., Pourmovahed, Z., Mahmoodabadi, H. Z., & Mahmoudi, M. R. (s/f). *The effect of educational-supportive interventions on distress tolerance of parents of premature infants in neonatal intensive care unit*. Kne-publishing.com.

Recuperado el 16 de marzo de 2024, de <https://publish.kne-publishing.com/index.php/WJPN/article/download/10124/9670>

Malouf, R., Harrison, S., Burton, H. A. L., Gale, C., Stein, A., Franck, L. S., & Alderdice, F. (2022). Prevalence of anxiety and post-traumatic stress (PTS) among the parents of babies admitted to neonatal units: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 43(101233), 101233. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101233>

Mejía, J., (2000). El muestreo en la investigación cualitativa. *Investigaciones sociales*, 4(5), 165-180. https://www.researchgate.net/publication/332191750_El_muestreo_en_la_investigacion_cualitativa/fulltext/638e3d86484e65005be6b716/El-muestreo-en-la-investigacion-cualitativa.pdf?origin=publication_detail&_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnNOUGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uRG93bmxvYWQiLCJwcmV2aW91c1BhZ2UiOiJwdWJsaWNhdGlvbiJ9fQ

Mena, M., (15 de Enero 2024). 30% de las muertes infantiles en Costa Rica son por causa de prematuridad extrema. *El observador*.

<https://observador.cr/30-de-las-muertes-infantiles-en-costa-rica-son-por-causa-de-prematuridad-extrema/amp/>

Merdikawati, A., Kapti, R. E., Arief, Y. S., Amaliya, S., Azizah, N., Ningrum, E. H., & Wahyuningrum, A. D. (2024). Stress and coping strategies among mothers for caring premature infant at home. *Malaysian Journal of Nursing*, 15(03), 34–46.

<https://doi.org/10.31674/mjn.2024.v15i03.005>

Mesa, A. M. & Gómez, A. C. (2020). El diálogo imaginario de las madres con sus bebés prematuros. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 18(1), 1-18. <http://dx.doi.org/10.11600/1692715x.18107>

Mieles, M, Tonon, G, & Alvarado, V. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística*, (74), 195-225. Retrieved November 18, 2024, from

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-48072012000200010&lng=en&tlng=es

Mira, A., & Bastías, R. (2020). Interacciones entre las madres y sus bebés prematuros durante el período de hospitalización. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28(3), 875–889. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao2042>

Mira, A., Coe, S., & Bastías, R. (2024). Mother’s mental health and the interaction with her moderate preterm baby in the NICU. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 42(2), 299–314. <https://doi.org/10.1080/02646838.2022.2077921>

- Montero Aguilera, A., Ferrer Montoya, R., Paz Delfin, D., Pérez Dajaruch, M., & Díaz Fonseca, Y. (2019). Riesgos maternos asociados a la prematuridad. *Multimed*, 23(5), 1155-1173.
https://www.researchgate.net/publication/343572006_Riesgos_maternos_asociados_a_la_prematuridad
- Montero Herrera, M. F. (2018). Estudio descriptivo sobre la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos prematuros con peso al nacer menor o igual a 1000 gramos atendidos en el Hospital San Juan de Dios, Costa Rica en los años 2015 y 2016.
<https://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr/handle/123456789/6317>
- Morán-Astorga, M., Finez-Silva, M., dos Anjos, M., Pérez-Lancho, M. , Urchaga-Litago, J., & Vallejo-Pérez, G. (2019). Estrategias de afrontamiento que predicen mayor resiliencia. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 4(1), 183-190.
<https://www.redalyc.org/journal/3498/349861666018/html/>
- Morris Gray, K. (2021, agosto 6). Bebé de tres meses, el paciente de menor edad que muere por covid-19 en Costa Rica. Observador.cr.
<https://observador.cr/dos-menores-fallecen-por-covid-19-en-hospital-de-ninos-ya-suma-5-en-lo-que-va-del-ano/amp/>
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological Research Methods*. Sage.
<https://methods.sagepub.com/book/phenomenological-research-methods>

- Navarro, J. L., Tudge, J. R. (2022). Technologizing Bronfenbrenner neo-ecological theory. *Current Psychology*, 1-17. (2).
<https://es.scribd.com/document/778669523/Navarro-J-L-Tudge-J-R-2022-Technologizing-Bronfenbrenner-neo-ecological-theory-Current-Psychology-1-17-2>
- Neri, E., Genova, F., Monti, F., Trombini, E., Biasini, A., Stella, M., & Agostini, F. (2020). Developmental dimensions in preterm infants during the 1st year of life: The influence of severity of prematurity and maternal generalized anxiety. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00455>
- NHS England. (2024). Perinatal mental health. NHS England.
<https://www.england.nhs.uk/mental-health/perinatal/>
- Olza, Ibone, Fernández Lorenzo, Patricia, González Uriarte, Ana, Herrero Azorín, Francisco, Carmona Cañabate, Susanna, Gil Sanchez, Alfonso, Amado Gómez, Esperanza, & Dip, María Emilia. (2021). An ecosystemic model for comprehensive perinatal mental health care. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(139), 23-35. Epub 04 de octubre de 2021.
<https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352021000100003>
- Organización Mundial de la Salud., (2008). *Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries*.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43975/9789241597142_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Organización Mundial de la Salud (03 de marzo, 2021). *Separar a los recién nacidos de las madres con COVID-19 supone un grave riesgo para los bebés*. Noticias ONU. <https://news.un.org/es/story/2021/03/1489562>
- Organización Mundial de la Salud (11 de mayo, 2023). *Nacimientos prematuros*. Noticias ONU. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Otero, R. (2006). Emociones, Sentimientos y Razonamientos en Didáctica de las Ciencias. *Revista Electrónica de Investigación en Educación en Ciencias*, vol. 1, núm. 1, octubre, 2006, pp. 24-53. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273320433004>
- Otzen, T, & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
- Peck, J., (2007). Why could father involvement benefit children? Theoretical perspectives. En M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (5.^a ed., pp. 1–26). Hoboken, NJ: Wiley. https://www.researchgate.net/publication/248940326_Why_Could_Father_Involvement_Benefit_Children_Theoretical_Perspectives
- Paricio del Castillo, R. (2024). Salud materno-infantil y salud mental perinatal: un ámbito de mejora en la sanidad española. *Rev Esp Salud Pública*. 2024; 98: 18 de abril <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9576017.pdf>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Sage. <https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/qualitative-research-evaluation-methods/book232962>

- Pérez, R. (2009). Evaluación de la calidad de la investigación: el caso de la investigación cualitativa y su aporte para la construcción de un modelo general. En A. Marin y Ma. Eugenia Venegas (eds.). Investigación y formación. Teoría y práctica de la investigación educativa en la formación de educadores. Vol II. Manual de Posgrado. (p. 67-78). San José: SIEDIN (Universidad de Costa Rica-Universidad de Salamanca).
- <https://www.iip.ucr.ac.cr/sites/default/files/contenido/Evaluacion%20de%20la%20calidad%20de%20la%20investigacion%20%28Rolando%20perez%29.pdf>
- Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A., & Oblitas, L. (2009). EMOCIONES NEGATIVAS Y SU IMPACTO EN LA SALUD MENTAL Y FÍSICA. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134213131007>
- Pouraboli, B., Arianfar, M., Abadian, L., Abazari, F., & Dehghan, M. (2022). The effects of training emotional intelligence skills training on stress among the mothers of premature newborns in neonatal intensive care unit. En *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1187247/v1>
- Piza Burgos, N. D., Amaiquema Marquez, F. A., & Beltrán Baquerizo, G. (2019). Métodos y técnicas en la investigación cualitativa. Algunas precisiones necesarias. *Revista Conrado*, 15(70), 455-459. Recuperado de <http://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado>
- Puig, S., Obregón, N., Calle del Fresno, S., Escalé, M., Cantó, L., & Goberna, J. (2018). Ansiedad y depresión en las madres de recién nacidos prematuros: Estrategias de

intervención y revisión de la bibliografía. Universidad de Barcelona.
<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/126505/1/682985.pdf>

Quecedo, R., & Castaño, C. (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*, (14), 5-39.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17501402>

Ribes, E. (2018). El estudio científico de la conducta individual: Una introducción a la teoría de la psicología. Editorial El Manual Moderno.

Ribot, V, Chang, N, & González, A. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Rev. haban. cienc. méd.* 19 (suplemento)
<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3307>

Rodríguez DC, Ceriani Cernadas JM, Abarca P, Edwards E, et al. Estrés postraumático crónico en madres de prematuros de muy bajo peso nacidos antes de las 32 semanas de gestación. *Arch Argent Pediatr* 2020;118(5):306-312.
<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2020.eng.306>

Savone, L. (2019). El rol del psicólogo en el ámbito perinatal. In *VII Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata (Ensenada, 4, 5 y 6 de diciembre de 2019)*.
http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/139670/Documento_completo.-16605-1-10-20211101.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Schettini, P., & Cortazzo, I. (2015). *Análisis de datos cualitativos en la investigación social*. Editorial de la Universidad Nacional de la Plata

(EDULP). https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/49017/Documento_completo.pdf?sequence=1

Seiiedi-Biarag, L., Mirghafourvand, M., Esmailpour, K., & Hasanpour, S. (2021). A randomized controlled clinical trial of the effect of supportive counseling on mental health in Iranian mothers of premature infants. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03502-w>

Sitio Web del Ministerio Público - Poblaciones Vulnerables. (s/f). Poder-judicial.go.cr. Recuperado el 10 de junio de 2024, de <https://ministeriopublico.poder-judicial.go.cr/index.php/poblaciones-vulnerables>

Squizato, L., Silva, A. D. D., Martinelle, E., Machineski, G. G., Toso, B. R. G. D. O., & Viera, C. S. (2023). Autoeficacia materna en la atención al recién nacido prematuro y del mantenimiento de la lactancia materna. *Cogitare Enfermagem*, 28, e87287. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.91124>

Taylor, S. (2018). *Health Psychology*. Mc Graw Hill Education. <https://perpus.univpancasila.ac.id/repository/EBUPT190956.pdf>

Torrecilla, N. M., Wadheim-Arizu, J., & Contreras-Zapata, D. I. (2023). *Vista de ANSIEDAD, DEPRESIÓN E INTERACCIONES VINCULARES EN MADRES DE PREMATUROS DURANTE EL PERÍODO DE INTERNACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN) Y PREALTA DE SUS HIJOS*. Editorialibkn.com. <https://editorialibkn.com/index.php/Yachasun/article/view/316/501>

- Trueba, T. (2024). La importancia de las redes de apoyo en la maternidad: No estás sola. Plenna. Disponible en <https://www.soyplenna.com>
- Torres, P., Ballesteros, D., Sánchez, D., & Gejo, A. (2008). Programas, intervenciones y redes de apoyo a los cuidadores informales en salud. Necesidad de convergencia entre los programas formales y el apoyo informal. *Nursing*, 2008, vol. 26, num. 6, p. 56-61.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000100002&lng=es&tlng=es
- Universidad de Valencia. (s.f.). Familia e intervención social. Disponible en <https://www.uv.es>
- Vázquez, M., López, M., & Ring, J., (2003). Estrategias de afrontamiento. *Medicina clínica en psiquiatría y psicología*, 425-436.
https://www.researchgate.net/profile/Carmelo-Vazquez/publication/257032587_Estrategias_de_Afrontamiento/links/5c3d94cc299bf12be3c8b542/Estrategias-de-Afrontamiento.pdf
- Valverde, K. B., & Cubero, M. F. C. (2014). La maternidad como un constructo social determinante en el rol de la feminidad. *Wimblu*, 9(1), 29-42.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4942668.pdf>
- Vielma, S., López, M., Bustos, J. C., Assar, R., & Valdés, F. (2020). Parto prematuro en pacientes COVID-19 en Hospital San Juan de Dios. *Revista chilena de obstetricia*

<https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v85s1/0717-7526-rchog-85-S1-S59.pdf>

Viera, C. S., Bugs, B. M., Monti Fonseca, L. M., Bittencourt Guimarães, A. T., & Galvan Machinesk, G. (s/f). *O estresse em mães de prematuros: ensaio clínico sobre atividade educativa*. Bvsalud.org. Recuperado el 16 de marzo de 2024, de

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v71n1/03.pdf>

Vives, T., & Hamui, L. (2021). La codificación y categorización en la teoría fundamentada, un método para el análisis de los datos cualitativos. *Investigación En Educación Médica*, 10(40), 97-104.

<https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2021.40.21367>

Worrall, S., Christiansen, P., Khalil, A., Silverio, S. A., & Fallon, V. (2024). Associations between prematurity, postpartum anxiety, neonatal intensive care unit admission, and stress. *Frontiers in psychiatry*, 15.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1323773>

Yazarloo, M., Hojjati, H., & Gharebagh, Z. (2019). *The Effect of Spiritual Self-care Education on Stress of Mothers of Premature Infants Admitted to NICU of Hospitals Affiliated to Golestan University of Medical Sciences*. Researchgate.net.

https://www.researchgate.net/profile/Zahra-Abdolreza-Gharebagh/publication/366963076_The_Effect_of_Spiritual_Self-care_Education_on_Stress_of_Mothers_of_Premature_Infants_Admitted_to_NICU_of_Hospitals_Affiliated_to/links/63bb9be4c3c99660ebdcf3e0/The-Effect-of-Spiritual-Self-care-Education-on-Stress-of-Mothers-of-Premature-Infants-Admitted-to-NICU-of-Hospitals-Affiliated-to.pdf

Zeledón, E., (2012). Influencia de los sucesos perinatales en la incidencia de la mortalidad infantil en Costa Rica en el periodo 2006-2010. *Enfermería Actual en Costa Rica*, (23), 1-12. <http://www.revenf.ucr.ac.cr/mortalidadinfantil.pdf>

Anexos

Anexo 1. Operacionalización de categorías de análisis

Tabla #1

Objetivos	Categorías	Subcategoría	Instrumentos	Items
Describir los sentimientos positivos/negativos que enfrentan las mujeres madres de hijos prematuros participantes del estudio dentro del contexto de salud pública costarricense en el periodo de marzo 2021 a diciembre 2022.	Experiencias subjetiva de los sentimientos	Sentimientos positivos y negativos, emociones, cultura, ambiente.	Entrevista semi estructurada	<p>Embarazo, parto y expectativas</p> <p>¿Cómo describiría los sentimientos que atravesó al saber que su hijo/a iba a nacer antes de tiempo? (Explorar las reacciones iniciales y como esto evolucionó durante el proceso)</p> <p>¿Recuerda haber tenido expectativas sobre ser madre?</p>

				<p>Experiencia post parto y atención hospitalaria</p> <p>¿Cómo fue la experiencia de ver a su bebé en una incubadora o recibir cuidados especiales? (En caso de narrar que lo necesitara)</p> <p>¿Cómo cree que influyó la pandemia por COVID-19 en su experiencia con respecto a tener un parto prematuro?</p>
<p>Identificar la influencia de factores del microsistema como las estrategias de afrontamiento utilizadas por las mujeres madres de hijos prematuros participantes del</p>	<p>Estrategias de afrontamiento o</p>	<p>estrategias para la resolución del problema y estrategias</p>		<p>¿Durante el tiempo que bebé estuvo internado qué hacía para lidiar mejor con la situación?</p>

<p>estudio para afrontar el parto y post parto.</p>		<p>para la regulación emocional.</p>	<p>Entrevista semiestructurada y ecomapas</p>	
<p>Conocer la influencia de factores del mesosistema como las redes de apoyo formales e informales en la salud mental de las mujeres madres de hijos prematuros participantes del estudio.</p>	<p>Redes de apoyo formales e informales</p>	<p>Pareja Familia Amigos Instituciones públicas Organizacion es no gubernamentales</p>	<p>Entrevista semiestructurada y ecomapas</p>	<p>Apoyo social y familiar</p> <p>¿Qué tipo de apoyo recibió de su familia, amigos u otros seres queridos durante el parto y postparto? ¿Recibió apoyo de algún tipo de parte de alguna institución pública, organización o fundación con respecto a su salud mental?</p>

				<p>¿De qué manera siente que el entorno del hospital afectó durante el parto? (Relación con el personal médico, ambiente hospitalario, disponibilidad de recursos)</p> <p>¿Recibió algún tipo de apoyo emocional en el hospital? (Explorar el tipo de apoyo recibido, si fue suficiente y cómo impactó sus emociones).</p> <p>¿Alguien resaltó por su buen trato o hizo alguna diferencia en su experiencia?</p> <p>¿Cómo influyó esto en su bienestar emocional?</p>
--	--	--	--	---

				¿Hay algo más que le gustaría compartir?
--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

Anexo 2. Entrevista semiestructurada

Introducción

Muchas gracias por estar aquí. Le haré una serie de preguntas en relación con su experiencia con la prematuridad de su hijo/a. Quiero recordarle que esta entrevista es completamente confidencial y voluntaria y que puede ser detenida en cualquier momento.

Embarazo, parto y expectativas

1. ¿Cómo describiría los sentimientos que atravesó al saber que su hijo/a iba a nacer antes de tiempo? (Explorar las reacciones iniciales y como esto evolucionó durante el proceso)
2. ¿Recuerda haber tenido expectativas sobre ser madre?

Experiencia post parto y atención hospitalaria

1. ¿Cómo fue la experiencia de ver a su bebé en una incubadora o recibir cuidados especiales? (En caso de narrar que lo necesitara)
2. ¿Cómo cree que influyó la pandemia por COVID-19 en su experiencia con respecto a tener un parto prematuro?

Apoyo social y familiar

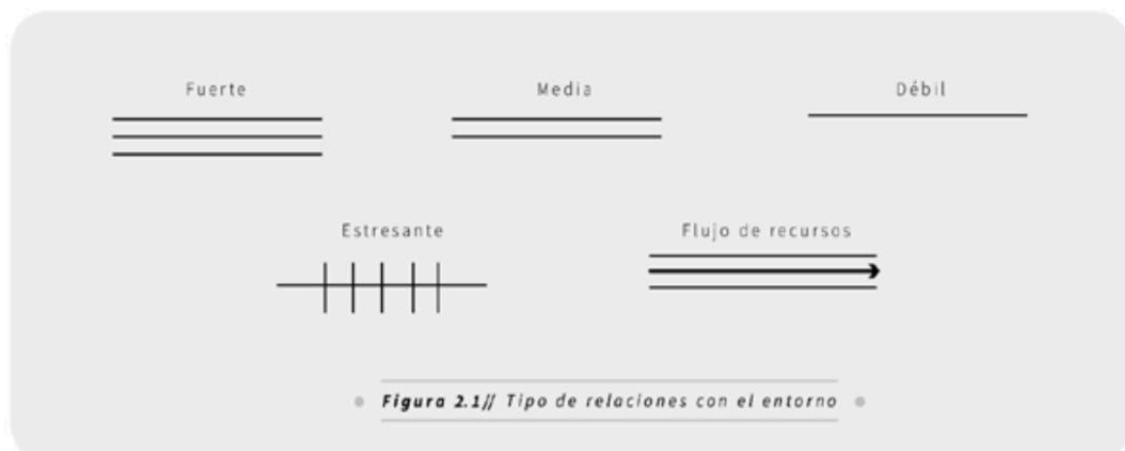
1. ¿Qué tipo de apoyo recibió de su familia, amigos u otros seres queridos durante el parto y postparto?
2. ¿Recibió apoyo de algún tipo de parte de alguna institución pública, organización o fundación con respecto a su salud mental?
3. ¿De qué manera siente que el entorno del hospital afectó durante el parto? (Relación con el personal médico, ambiente hospitalario, disponibilidad de recursos)
4. ¿Recibió algún tipo de apoyo emocional en el hospital? (Explorar el tipo de apoyo recibido, si fue suficiente y cómo impactó sus emociones).
5. ¿Alguien resaltó por su buen trato o hizo alguna diferencia en su experiencia?
6. ¿Cómo influyó esto en su bienestar emocional?
7. ¿Hay algo más que le gustaría compartir?

Estrategias de afrontamiento

1. ¿Durante el tiempo que bebé estuvo internado qué hacía para lidiar mejor con la situación?

Anexo 3. Tipo de relaciones con el entorno

Tipo de relaciones con el entorno.



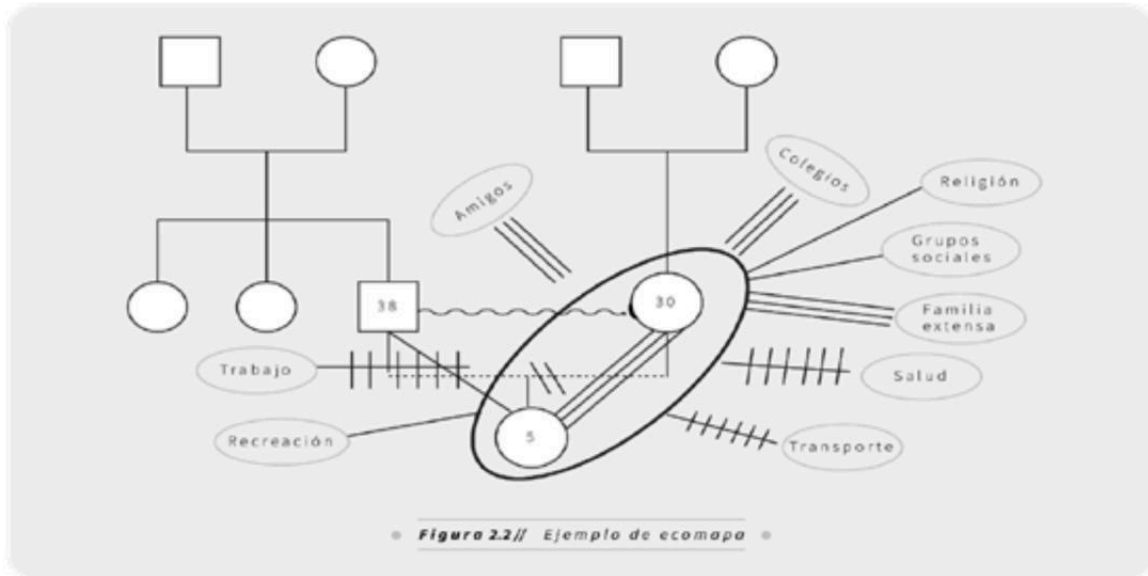
Fuente: De la Revilla (1994) y Navarro-García et al. (2004).

Fuente: De la Revilla (1994) y Navarro-García et al (2004) en Borrego y Gualdrón (2021)

Anexo 4. Ejemplo de ecomapa

Figura 7.

Ejemplo de ecomapa.



Fuente: De la Revilla (1994) y Navarro-García et al. (2004).

Fuente: De la Revilla (1994) y Navarro-García et al (2004) en Borrego y Gualdrón (2021)

Anexo 5. Consentimiento informado

IP: 208290476

Consentimiento informado

Versión 1. 10 de marzo 2025.

Título de la investigación

El impacto de la prematuridad en la salud mental de las mujeres que tuvieron a sus hijos/as prematuros/as en Costa Rica dentro del contexto de la pandemia por COVID-19 en un hospital público costarricense abordado desde la Teoría Ecológica de Bronfenbrenner.

Nombre de la persona investigadora principal

Josiane Pawlowski

Raquel Calvo Morales

Nombre de la persona participante

A. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN: Mi nombre es Raquel Calvo Morales, y soy estudiante de licenciatura en psicología de la Universidad Nacional de Costa Rica. Estoy llevando a cabo una investigación como parte de mi trabajo final de graduación para optar por el grado de licenciatura en psicología, en la cual Josaine Pawlowski participa como investigadora principal y tutora del estudio. El objetivo de esta investigación es explorar el impacto de la prematuridad en la salud mental de mujeres madres de bebés prematuros que tuvieron sus hijos en un hospital público costarricense durante la época de medidas sanitarias tomadas por la pandemia por COVID-19 desde la Teoría Ecológica, lo cual permitirá identificar factores internos y externos en la experiencia. Participarán 5 mujeres que tuvieron a sus hijos prematuros en el contexto de pandemia en un hospital público costarricense, esta investigación no es financiada con fondos públicos ni privados, sino que será financiada por la persona investigadora.

B. QUÉ SE HARÁ: Su participación consistirá en una reunión de manera presencial o virtual sincrónica, en donde se le harán una serie de preguntas de forma individual del parto y post parto de su hijo prematuro con relación a los sentimientos experimentados, redes de apoyo y estrategias de afrontamiento. La duración de esta entrevista será de 1h a 1h 30 minutos y la elaboración de un ecomapa para identificar las redes de apoyo, una única vez en la Universidad Nacional o de manera virtual sincrónica.

C. RIESGOS: La participación en este estudio no implica riesgos significativos para su salud o bienestar. Sin embargo, podría experimentar algunas incomodidades emocionales al hablar de temas que pueden ser delicados según la particularidad de cada caso, durante o después de la entrevista. Si en algún momento se siente incómodo(a), puede interrumpir su participación sin consecuencias. En caso de que durante del estudio se identifique algún tipo de problemática emocional que amerite atención profesional, se le proveerá de información sobre centros de salud

públicos y privados para la atención pertinente, y en caso de necesitar de una referencia para ser atendido en un centro de salud, se le podrá otorgar con el apoyo de la profesora tutora de esta investigación.

D. BENEFICIOS: Los beneficios de participar en este estudio incluyen la posibilidad de contribuir al conocimiento y comprensión de cómo impacta la prematuridad de un hijo/a en la salud mental de las mujeres madres en Costa Rica durante el contexto de Pandemia por COVID-19, además de que permitirá observar el papel que desempeña el personal de salud como red de apoyo para las mujeres en centros de salud públicos del país dentro de este fenómeno. Aunque no recibirá compensación económica por su participación, su colaboración será fundamental para el éxito de esta investigación.

E. ¿QUÉ SE HARÁ EN EL FUTURO?: Cuando estén listos los resultados generales del estudio, se hará divulgación por medio de las redes sociales de FUNDAPREMA, así como la publicación de un artículo científico en donde se garantice el anonimato total de las participantes.

F. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA: Su participación es completamente voluntaria. En cualquier momento puede retirarse de la investigación, sin necesidad de dar explicaciones y sin perder ningún derecho.

G. PARTICIPACIÓN CONFIDENCIAL: Toda la información que usted proporcione será tratada con absoluta confidencialidad. Los datos serán utilizados exclusivamente para fines académicos y científicos, y se garantizará su anonimato, la información personal cuya solo tendré acceso yo Raquel Calvo Morales cédula 208290476 y Josiane Pawlowski DIMEX 10760008672. Los resultados del estudio podrían publicarse en publicaciones científicas o informes de investigación, pero en ningún momento se revelará su identidad o información personal.

La entrevista o interacción será grabada. Estas grabaciones serán almacenadas en un lugar seguro y solo estarán disponibles para mi persona. Una vez finalizada la investigación, las grabaciones serán destruidas.

H. Antes de decidir si desea participar, usted debe haber conversado con alguno de los investigadores autorizados, quien debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas.

Si quisiera más información en el futuro, puede obtenerla por medio del correo josiane.pawlowski@una.cr o al teléfono +506 8400 4008 o al correo raquelcaalvo@gmail.com y teléfono +506 8366 9111. Usted también puede consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en proyectos de investigación en la Ley Reguladora de Investigación Biomédica. Cualquier consulta adicional puede realizarla al Comité Ético Científico de la Universidad Nacional al teléfono 2562-6840, de lunes a viernes de 8 a 12 m.d. y 1 a 5 p.m.

I. COPIA DEL CONSENTIMIENTO: Usted recibirá una copia de este documento firmado para su uso personal.

J. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

- * He leído y/o me han leído la información sobre este estudio, antes de firmar.
- * He hablado con él o la investigadora y me ha contestado todas mis preguntas en un lenguaje entendible para mí.
- * Participo en este estudio de forma voluntaria.
- * Tengo el derecho a negarme a participar, sin que esto me perjudique de manera alguna.
- * Para cualquier pregunta puedo llamar a _____ a los siguientes números telefónicos: _____.
- * He recibido una copia de este consentimiento para mi uso personal.

Nombre, cédula y firma de quien participa	Lugar	Fecha	Hora
---	-------	-------	------

Nombre, cédula y firma del testigo	Lugar	Fecha	Hora
------------------------------------	-------	-------	------

Nombre, cédula y firma de (la) investigador(a) o asistente de investigación que solicita el consentimiento	Lugar	Fecha	Hora
---	-------	-------	------

Anexo 6. Ecomapas.

En este apartado se hará una síntesis de la información recolectada sobre las redes de apoyo formales y las informales, tomando en cuenta el caso individual de cada una de las participantes del estudio. Estos ecomapas son realizados con las técnicas descritas en la lectura de De la Revilla (1994) y Navarro-García et al (2004) en Borrego y Gualdrón (2021), tomando en cuenta las relaciones con el ambiente, las mismas que se encuentran en el anexo 3 y 4.

1. Ecomapa Participante A.

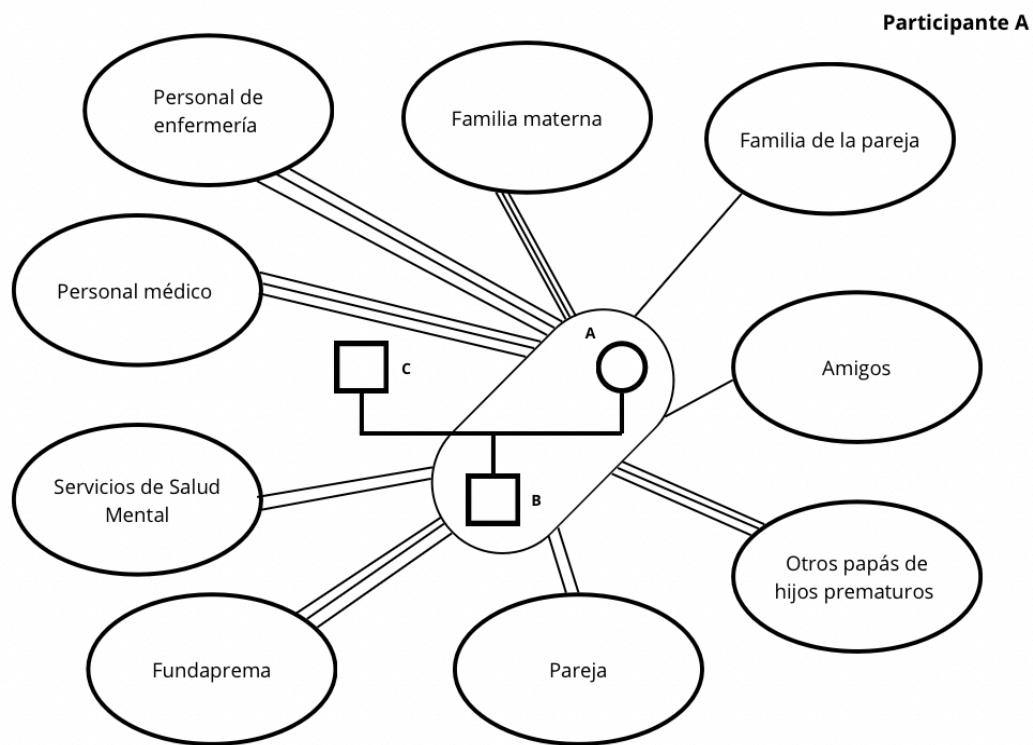


Figura 2.

Ecomapa Participante A.

Fuente: Entrevistas. Elaboración propia.

En el caso de la participante A como se observa en la figura 2, las redes de apoyo que fueron percibidas como fuertes son la familia materna, el personal de enfermería, el personal médico, FUNDAPREMA y otros papás de prematuros.

Con respecto a la familia materna, la misma cumplió un rol fundamental durante su parto y post parto prematuro puesto que fueron ellos quienes le acompañaron durante todo el proceso, la participante A añadió que “Mis papás fueron demasiado importantes en este proceso porque me acompañaban para yo no sentirme sola”.

En cuanto al personal de enfermería, la participante señaló que la atención fue muy buena y que no tiene queja, la misma dijo que “A mí me chinearón un montón hasta con las comidas porque como tenía la boca despedazada por mis frenillos me hicieron dieta líquida y si me dolía algo ellas corrían a ponerme medicamentos”, también destacó que esta misma atención inmediata la recibía su bebé internado, que le daban consejos para cuidar mejor de su bebé cuando saliera del hospital y que le mandaban fotos durante las horas que no eran de visita. Incluso menciona que actualmente muchas de estas enfermeras le siguen preguntando por su bebé.

En el caso del personal médico, la participante A mencionó que ella siempre va a estar agradecida con el hospital y que aún recuerda a una doctora que resaltó por su buen trato, puesto que: “Ella siempre tenía ese tacto para decir las noticias, a pesar de que fueran feas o bonitas, siempre buscaba la forma de hacerlo positiva”.

La participante A mencionó a FUNDAPREMA como una red de apoyo ya que:

De parte de FUNDAPREMA yo recibí las fajitas para hacer el cangureo, eso para mí fue súper importante y súper especial porque pues en la pandemia estaba como súper satanizado tocar a los bebés, hablarles, alzarlos y todo. Entonces el poder cangurearlo fue demasiado lindo aunque era complicado en mi caso porque mi bebé tenía muchas máquinas encima. Cuando le dieron la salida yo lo metía ahí todos los días, la usó el papá también. Fue de gran ayuda y una experiencia súper linda.

De la misma manera, la participante A añadió que una pareja que tuvieron a su hijo de manera prematura al mismo tiempo que ella, tomaron un papel de red de apoyo importante puesto que vivieron su proceso al mismo tiempo que ella. La misma mencionó que “A mí me gusta mucho salir con ellos y hablar, porque vivimos exactamente lo mismo y, además, ellos son mayores que yo así que siento que ven la vida de otra manera y me aconsejan un montón, fue un apoyo muy bonito”.

En la figura 2 se puede observar que como una red de apoyo media se señaló a la pareja (el papá del niño prematuro) y los servicios de salud mental.

En el caso de la pareja, la participante A menciona que, al momento de nacer su hijo, fue un gran apoyo porque sentía que era la única persona que le entendía, y en ese momento le apoyó pero:

El problema fue cuando yo empecé a mejorarme un poco de mi cesárea y él había vuelto a trabajar entonces me dio toda la responsabilidad de ir todos los días al hospital cuando incluso yo seguía teniendo los hilos de mi cesárea, me dijo que ya habíamos gastado mucha plata en Uber por lo que tenía que irme en bus. Él siempre ha sido un papá presente pero como pareja en ese momento no tanto.

Y con respecto a los servicios de salud mental añadió que fue referida por la neonatóloga del hospital a los servicios de psicología, lo cual la participante A percibió como:

Siento que estuvo bien pero fue muy por encima, tal vez como que no tienen mucha información con respecto a la prematuridad y por eso no saben cómo tratar a una mamá que está pasando por eso, porque tal vez no lo entienden al 100% entonces creo que hacen su trabajo pero no profundizan demasiado.

Como redes de apoyo débiles la participante indicó, como se observa en la figura 2, a sus amistades y la familia de su pareja, el papá de su bebé.

En lo que respecta a la familia de su pareja, la participante A mencionó que “yo tenía expectativas muy altas sobre cómo iban a ser durante este proceso y obviamente terminé decepcionada” además de que:

Cuando salimos del hospital me fui a donde mis papás porque ellos me apoyaban más. La mamá de él no me ayudaba en nada y si iba a quedarme a la casa de ellos me tocaba todo a mi sola, yo no quería ir porque para mí no era un lugar seguro. Incluso cuando me tocaba visitar a mi bebé al hospital y tal vez la mamá teniendo carro me hacían irme en bus, para mí fue muy feo.

Y en cuanto a sus amistades la participante A dijo que:

En realidad con mis amigos yo me aislé un poco porque en ese momento ninguno de mis amigos eran papás, entonces nadie podía entender lo que yo estaba pasando, entonces por eso no sentí tanto el apoyo y realmente yo los alejé porque no lo iban a entender.

2. Ecomapa Participante B.

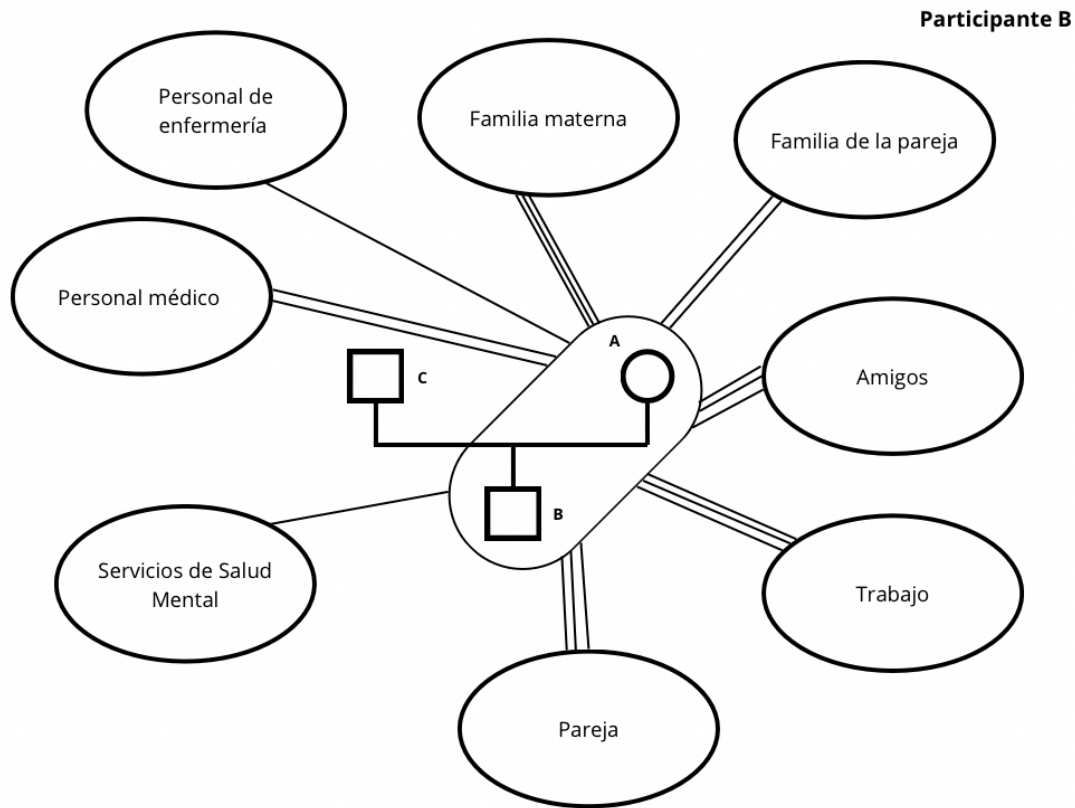


Figura 3.

Ecomapa Participante B.

Fuente: Entrevistas. Elaboración propia.

En el caso de la participante B y, como se observa en la figura 3, las redes de apoyo percibidas como fuertes son la familia materna, los amigos, el trabajo y su pareja.

Con respecto a la familia materna, menciona que para su post parto su mamá y su cuñada fueron fundamentales para sobrellevarlo puesto que “ellas se encargaron de alistar toda la ropa y me organizaron todo, entonces cuando volví a la casa ya todo estaba listo”, además, mencionó que su pareja tiene más hijos y que su mamá fue quien le apoyó su cuidado:

Mi esposo tiene más hijos, biológicamente no son mis hijos pero lo son de corazón. Ellos estaban pequeñitos en ese momento entonces mis papás nos ayudaron

mucho en el cuidado de ellos mientras yo me iba todos los días al hospital porque mi esposo también trabajaba.

En cuanto a los amigos la participante B dijo que:

Yo le comenté que para el baby habíamos dado un recuerdo de una candela para que encendieran el día que naciera, entonces en ese momento recibí muchas fotos de familiares y amistades con las candelitas encendidas diciendo que estaban orando por mi bebé.

Además, añadió que pasaban pendiente por medio de mensajes todos los días sobre el avance de su bebé: “Como la visita de las mañanas era fundamental entonces, todos los días me lo preguntaban para saber si había subido de peso o si había avances en otras cosas”, además, la participante mencionó que un par de sus amigas le ayudaron con leche materna:

Un par de amigas me ayudaron con leche materna, tenían un banco de leche porque yo no tenía y cuando mi bebé volvió a casa yo me extraía todos los días y eso no me alcanzaba, si acaso me duró una semana, eso me estaba volviendo loca y fueron un par de amigas que me salvaron.

Con respecto al trabajo, la participante B añadió que ella trabajaba mientras estaba embarazada y que durante la mayor parte de su embarazo lo teletrabajó por la pandemia por COVID-19, hasta que tuvo que volver a la oficina y esto le generó estrés, sin embargo, menciona que:

En realidad yo pienso que con mi trabajo todo salió súper bien, porque cuando yo me empecé a sentir súper estresada por el hecho de volver, mi jefe me autorizó de volver a la casa a hacer teletrabajo porque vieron como yo estaba y mis compañeros de trabajo me estaban súper preocupados por mí.

Y sobre su pareja, la participante B aportó que: “Mi esposo siempre ha sido un gran apoyo, él se encargaba de hacer todo en la casa mientras yo iba al hospital”, también comentó que sólo tenía la posibilidad de visitar a su bebé hospitalizado los fines de semana debido a la licencia de paternidad establecida.

Como red de apoyo media mencionó a la familia de la pareja y al personal médico, tal como se puede observar en la figura 3.

En el caso de la familia de su pareja, la participante B añadió que:

Los papás de mi esposo viven lejos, ellos están vivos pero están separados entonces a mis suegros casi no los vemos porque viven súper lejos y no tienen esa facilidad de transportarse pero la mamá sí fue a verla al hospital.

Con respecto al personal médico la participante B mencionó que “A los médicos uno nunca los veía, supuestamente había que buscarlos en donde tenían la oficina pero yo realmente nunca los busqué”, sin embargo, añadió que su bebé siempre tuvo un médico asignado y que nunca tuvo un faltante de atención o medicación.

Y como redes de apoyo débiles, la participante B, como se observa en la figura 3, identifica al personal de enfermería y los servicios de salud mental.

En el caso del personal de enfermería, la participante B indicó que faltaba muchísima comunicación de parte de ellos, que “uno llegaba a la par de la incubadora y no es que llegaban a decirle la información”, además añadió que:

Yo casi nunca preguntaba porque me pasaban regañando, entonces me daba cuenta de las cosas porque llegaba y mi bebé tenía algo diferente. Incluso en el hospital me indicaron que no podía vacunarla hasta que llegara a cierto peso, y cuando llegué al Ebais a vacunarla, me regañaron toda.

También aportó que un par de enfermeras destacaron por su buen trato puesto que le preguntaban cómo estaba y “recuerdo que me metían conversación y eso hacía que se pasara un poco más rápido el rato”.

Con respecto a los servicios de salud mental, la participante B indicó que: “No, yo no recibí ayuda de ningún tipo de parte del hospital, aunque sentí que la necesitaba y no sé si fue por desconocimiento pero nunca me lo ofrecieron”, también agregó no haber recibido ayuda de parte de ninguna fundación.

3. Ecomapa Participante C.

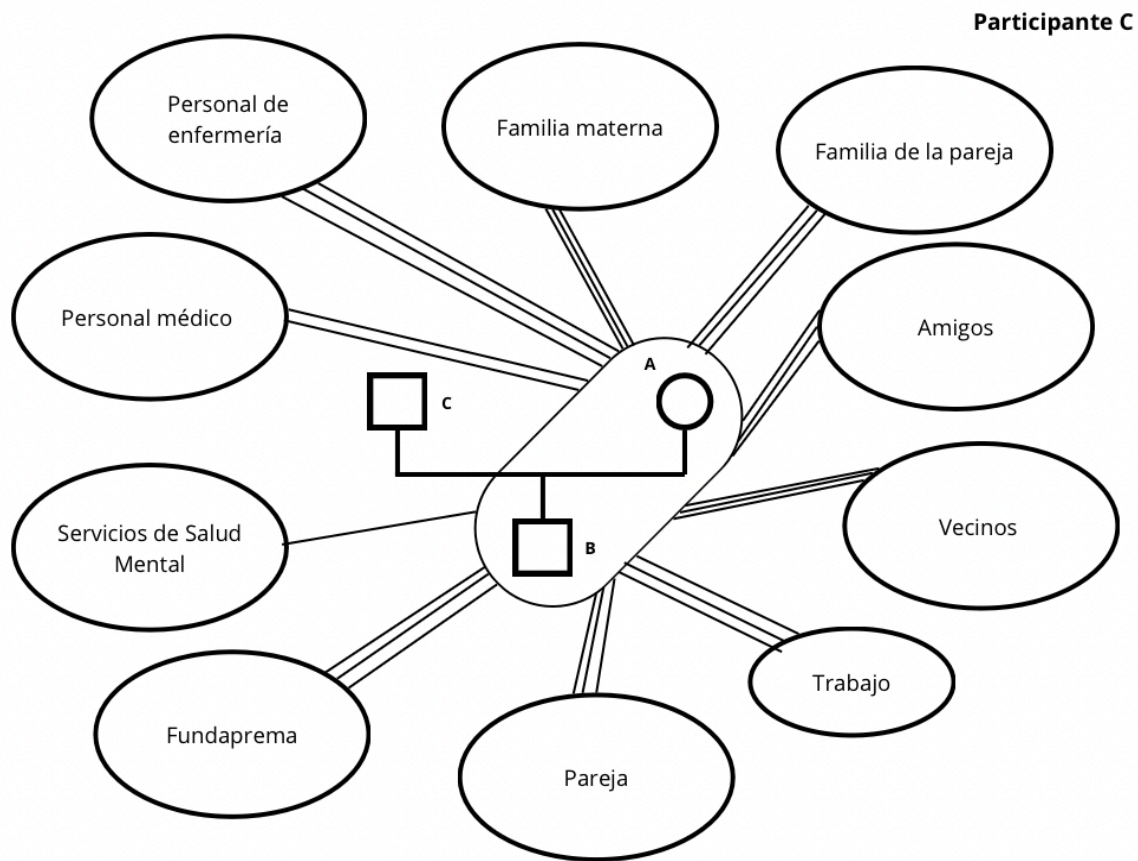


Figura 4.

Ecomapa Participante C.

Fuente: Entrevistas. Elaboración propia.

En el caso de la participante C y como se observa en la figura 4, las redes de apoyo que fueron percibidas como fuertes son la familia materna, familia de su pareja, los amigos, los vecinos, su pareja, FUNDAPREMA, el personal de enfermería y su trabajo.

Con lo que respecta a su familia materna, la familia de su pareja y sus amigos, la participante C indicó que: “Como estábamos en pandemia eran diferentes tipos de apoyos, pero todos estaban súper presentes en oración y siempre estaban pendientes por medio de mensajes de mi bebé, si necesitaba algo o así pero creo que el apoyo más grande fue en oración”, así mismo

resaltó el apoyo de su cuñada quien trabajaba en el hospital en ese momento y visitaba a su bebé todos los días y el de su esposo que fue la persona más cercana durante este proceso.

Además, la participante C mencionó con respecto a los vecinos: “Tengo una vecina de al frente mío que toda la vida le voy a estar agradecida porque me trajo una lasaña mientras mi bebé estaba en el hospital. Eso significó mucho para mí”, además que mencionó que gracias a ella, conoció a FUNDAPREMA, fundación a la cual la participante C dijo:

A mí FUNDAPREMA me apoyó mucho, cuando a uno le pasa esto uno se siente como un ‘bicho raro’ y que está solo en el mundo. Pero gracias a ellos sentí mucho apoyo, de hecho fue por medio de WhatsApp, pero siempre tenían las palabras exactas para decirme. Yo siempre me metía a ver todas las complicaciones que podía tener mi bebé debido a la prematuridad, pero ellos siempre me recordaban que era un día a la vez.

La participante C compartió que “todo el personal de enfermería me trató demasiado bien”, además, mencionó a dos enfermeros que fueron muy importantes para ella, a los que se refiere como “ella fue mi ángel guardián y él quien me devolvió la fe”.

Y con respecto a su trabajo, la participante C añadió que, para el momento de su parto, ella sí trabajaba, sin embargo: “Yo trabajo en lo propio entonces, yo podía manejar mi propio horario porque yo iba a atender un paciente y me devolvía y listo, tuve mucha flexibilidad en ese aspecto”.

En cuanto a las redes de apoyo medias y, como se observa en la figura 4, el personal médico se ubica aquí puesto que la participante C menciona que:

En realidad me trataron bien menos un doctor; uno que atendió mi parto. Yo estaba súper asustada, yo ni siquiera sabía pujar entonces yo pujaba y él me decía que no lo hiciera, que me iba a dejar sola ahí si lo seguía haciendo y me empezó a gritar. Le faltó mucha empatía y la verdad fue el único que me trató mal, el resto de doctores excelentes.

Y como una red de apoyo débil, la participante C, como se observa en la figura 4, se encuentra en los servicios de salud mental puesto que mencionó no recibir ningún apoyo de este tipo de parte de ninguna organización ni institución.

.4. Ecomapa Participante D.

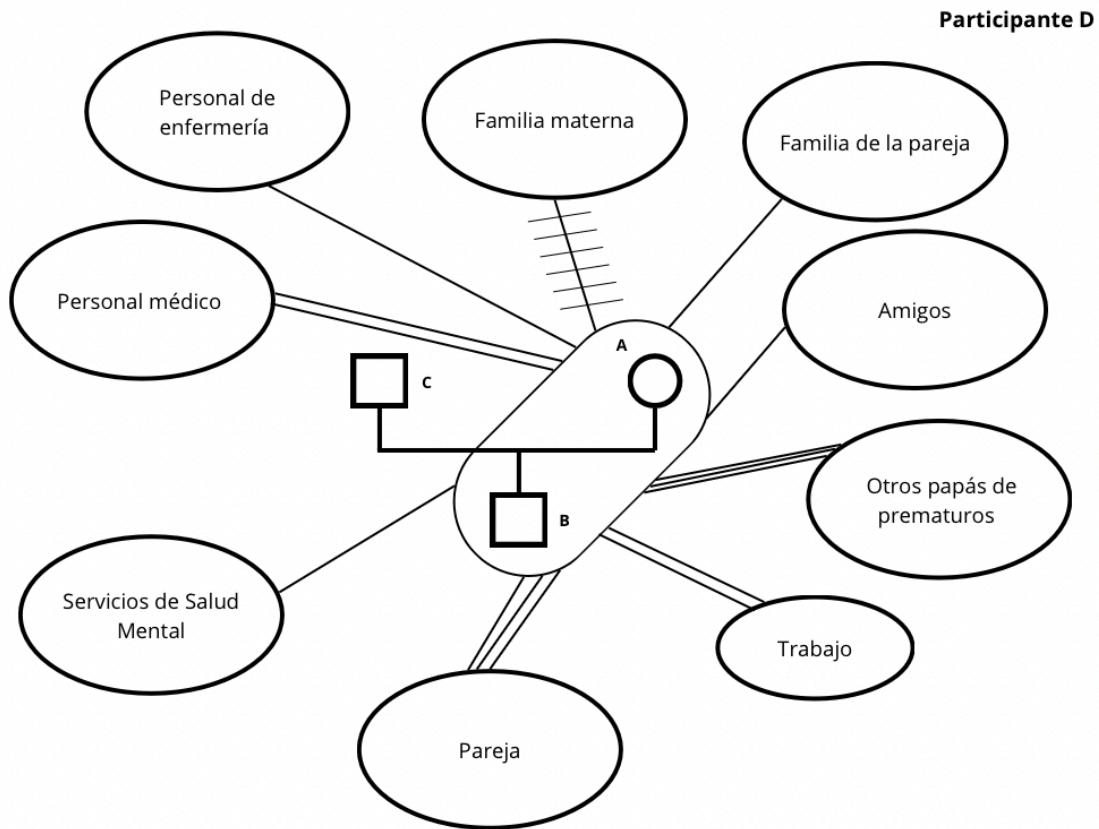


Figura 5.

Ecomapa Participante D.

Fuente: Entrevistas. Elaboración propia.

En el ecomapa de la participante D y, como se puede observar en la figura 5, se muestra como redes de apoyo fuertes a su pareja y a otros papás de prematuros. En el caso de su pareja, la participante menciona que sus familiares viven lejos por lo que durante su embarazo y postparto fueron solo ellos dos y fue su esposo quien le acompañó durante todo el proceso.

Con respecto a los otros papás de prematuros, la participante D dijo que:

En el cuarto donde estaban mis bebés había otros, y con ellos otras mamás también. Realmente las otras mamás recibían malas noticias seguido, entonces como ya nos conocíamos llegó el punto donde básicamente recibíamos las noticias en conjunto y eso la verdad se sentía como comunidad.

Además, la participante añadió que consideraba una manera de autocuidado el hablar con otras mamás de prematuros mientras su bebé estaba internado.

Como se observa en la figura 5, la participante muestra como redes de apoyo medias a su trabajo y al personal médico. En el caso de su trabajo la participante mencionó:

Para el momento que mi hijo nació yo sí trabajaba, y como yo ya iba a salir a mi licencia de maternidad entonces, según yo, estaba todo listo. Como esto fue de repente, ese día que yo parí tenía que trabajar y eran las 7 de la mañana y mi teléfono ya estaba a explotar de mensajes porque nadie sabía nada y en algún momento leí que estaban buscando un informe mío pero ya mi esposo en ese momento avisó lo que había sucedido a mi jefe. Al final entregue el informe porque sino iba a atrasar a alguien más.

Además, añadió que sus compañeras de trabajo sí se mantuvieron atenta por medio de mensajes y cadenas de oración con respecto a su salud y la de su bebé, y cuando tuvo que volver a su trabajo:

Yo tenía la dicha de que en mi trabajo había sala de lactancia, entonces yo podía sacarme la leche con toda la tranquilidad y, además, tenían un refrigerador adecuado entonces podía tener la tranquilidad de que podía guardar mi leche ahí. Además, cuando tuve que extender mi licencia mis compañeras me apoyaron mucho.

En el caso del personal médico, la participante D menciona que los médicos no eran muy accesibles la mayoría del tiempo y que tiene un recuerdo de una doctora en su parto: “Yo tenía contracciones y, según yo, respiraba cuando llegaba la contracción, entonces llegó una ginecóloga que me regañaba por respirar así, pero yo no podía respirar de otra manera”. Además, resaltó que cuando su bebé era atendido por un médico más joven a ella le gustaba mucho porque explicaba con paciencia todo lo que estaba pasando.

Como redes de apoyo débiles y, según lo ilustrado en la figura 5, mencionó a la familia de su pareja, amigos, personal de enfermería y servicios de salud mental. Con respecto a la primera, la participante D mencionó que: “La familia de mi esposo viven lejos, ellos son adultos mayores de hecho entonces los llamábamos como a darles noticias pero hasta ahí”.

Con respecto a sus amigos, la participante D dijo que:

Mis amigos y gente conocida me escribían por WhatsApp, pero en el momento uno como que no quiere ayuda de nadie porque está en modo supervivencia. Entonces, si la gente no vive

en la misma casa o incluso en la misma zona es complicado como hablarles de lo que uno está pasando.

Con respecto al personal de enfermería la participante D mencionó que el personal de enfermería debe mejorar puesto que cuando ella estuvo internada recuerda “esa noche que yo pasé ahí se tenían un ‘jolgorio’ que yo ni siquiera podía dormir” además de que:

El personal de enfermería tiene que mejorar, sobre todo en el tema de la sensibilidad y educación sobre lo que es la prematuridad porque realmente a mí solo me dieron por ejemplo el extractor de leche y fue como “tome ahí está para que se saque la leche” y yo ni siquiera sabía usarlo.

También la participante D mencionó sobre los auxiliares de enfermería:

Yo le comenté que yo me iba a sacar la leche en la sala de lactancia del hospital, y habían dos tipos ahí que yo creo que eran auxiliares o asistentes de pacientes, solo estaban hablando “paja”, y yo la verdad sentía el morbo como que estaban esperando ahí que yo me sacara el pecho entonces yo recuerdo haberles pedido que se retiraran y se asustaron. A mí siempre me pareció una falta de respeto.

Y sobre los servicios de salud mental la participante D mencionó que no recibió servicios de salud mental en el hospital y añadió que:

A mí me ofrecieron en las últimas semanas porque me veían peleando con todo el mundo, entonces una doctora me dijo que si no quería ir al psiquiatra pero yo lo sentí como algo feo por la forma en la que me lo dijo. Fue como que me veían llorar mucho porque lo hacía en los pasillos, a veces no encontraba la información entonces me daba un colerón y me ponía a llorar.

En lo dicho por la participante, se puede observar que quizás la ayuda psicológica era necesaria, pero al ser sugerida de manera poco sensible provocó que la participante lo sintiera como una amenaza y no como una ayuda.

Como se observa en la figura 5, la familia materna representa una relación estresante para la participante D puesto que menciona:

Mis papás viven en otro país así que tuve que insistir mucho para que me ayudaran a cuidar de mi bebé porque desde el inicio mi mamá me había dicho que ella no iba a cuidar nietos, pero nosotros no contábamos con la posibilidad de que iba a nacer prematuro y no queríamos meterlo en una guardería siendo tan pequeño, y me daba mucho miedo confiarle mi bebé a alguien más. Entonces, me ayudaron 5 meses, pero fueron 5 meses bastante complicados. Realmente afectó mi relación con mi mamá.

Además la participante D añadió:

Yo estaba triste porque las abuelas son muy importantes, la tribu es importante para criar un niño, dicen que se necesita de una aldea, de una comunidad y es algo que yo realmente no tenía ni yendo en este momento incluso. Pero esos 5 meses que mi mamá estuvo aquí por lo menos me ayudó a no dejarlo en una guardería.

5. Ecomapa Participante E.

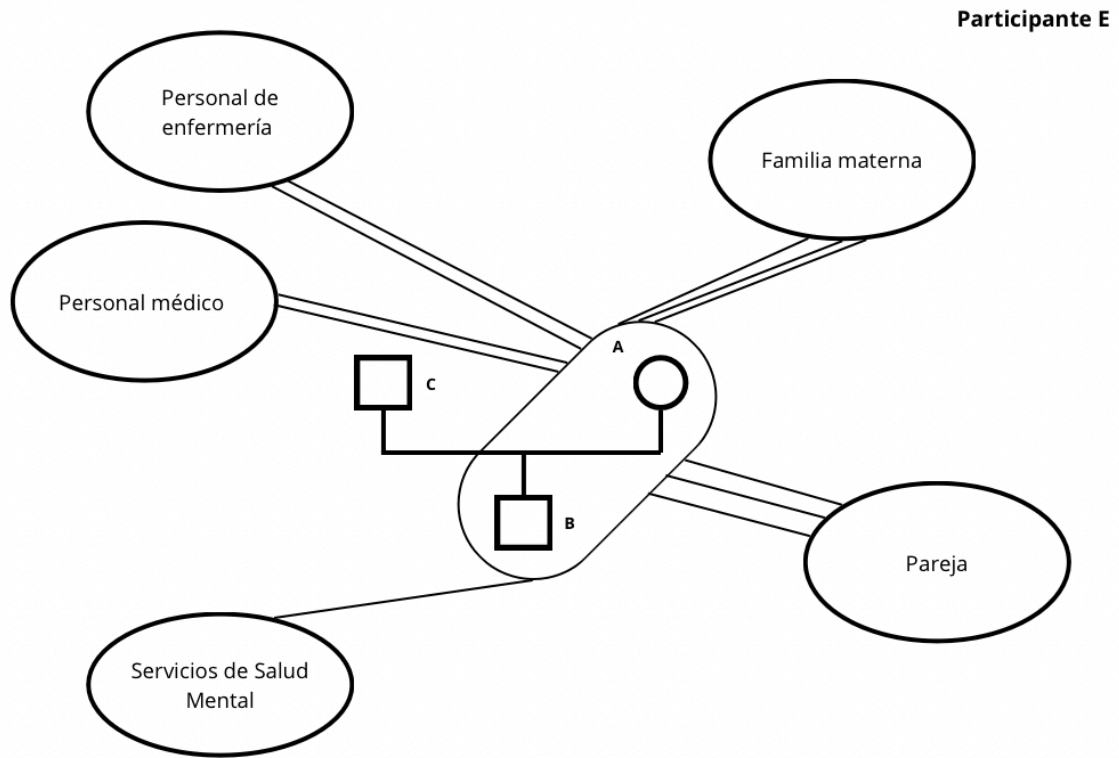


Figura 6.

Ecomapa Participante E.

Fuente: Entrevistas. Elaboración propia.

En la figura 6, se puede observar el Ecomapa de la participante E, en donde se puede determinar a la familia materna y la pareja, como redes de apoyo fuertes. En el caso de la familia materna, la participante E mencionó que: “cuando yo salí del hospital, ahí estaban mi mamá y mi tía, así que básicamente ellas fueron mi red de apoyo cuando mi esposo tuvo que volver al trabajo”, además de ser su mamá quien en ocasiones le acompañaba durante su hospitalización.

En esta línea, con respecto a su pareja, la participante E añadió que al estar en pandemia por COVID-19 su proceso en el hospital fue solitario, pero que quien la acompañó la mayoría del tiempo fue su esposo y en el parto le permitieron entrar.

Como se observa en el Ecomapa de la participante E, en la figura 6, las redes de apoyo medias fueron el personal de enfermería y el personal médico. La participante mencionó que nadie destacó por su buen trato, pero que tampoco fue malo. Resaltó una experiencia con una enfermera: “Para mí fue traumante parir con tapabocas y recuerdo que una enfermera me dijo: ‘Ay, me puedes contaminar de COVID’, nunca se me va a olvidar ese comentario”.

Y en esta misma línea se refirió al personal médico, en donde resaltó que “yo tuve una experiencia con una ginecóloga que me traumó porque a mi bebé no le llegaba sangre entonces ella solo me hablaba del Doppler en medio parto”.

Con respecto a las redes de apoyo débiles, la participante E, como se observa en la figura 6, destacó los servicios de salud mental puesto que se refirió a que nunca le ofrecieron el servicio en el hospital público y tampoco le ayudaron en nada que tuviera relación con la salud mental.