

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

EXPERIENCIAS DE LAS MADRES CON COVID-19 EN EL ESTABLECIMIENTO DE
LA LACTANCIA MATERNA EN EL PUERPERIO INMEDIATO Y MEDIATO.

Trabajo final de investigación aplicada sometida a la consideración de la Comisión del
Programa de Posgrado en Ciencias de la Enfermería para optar al grado y título de Maestría
Profesional en Enfermería Obstétrica, Ginecológica y Perinatal

IRINA ARRIETA PORRAS
DAHIANA GUTIERREZ VASQUEZ

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2024

DEDICATORIA

Con mucho cariño y amor, a mi familia; a mi mamá, por el apoyo y la comprensión durante estos años; a mi hijo, por el sacrificio que significó mi falta de tiempo; a mi hermano Jeison y su familia, por brindarme su apoyo; a mi pareja y compañero de vida, por ser paciente y comprensivo, y a todas las personas y amigos que hicieron este sueño posible.

Dahiana Gutiérrez Vásquez

Dedicada con mucho amor a mi familia, en especial, a mi madre, quien ha sido mi apoyo incondicional siempre; a mis hijos Sebas y Miah, por su amor y paciencia; han sido mis motores para alcanzar cada meta en mi vida.

A todas las personas que Dios puso en mi camino para apoyarme; compañeros, amigos, profesores que fueron parte del proceso.

Irina Arrieta Porras

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todas las personas que creyeron en mí, en este sueño, el cual no hubiese sido posible sin su apoyo.

A mi familia, en especial a mi hijo Sebastián, por ser el motor que me impulsó a crecer y no desfallecer en estos años de preparación.

A mi pareja, Jean Pablo, por ser mi apoyo incondicional y mi ancla.

A mis profesores, por darnos las herramientas y el conocimiento para desarrollarnos en esta hermosa área laboral; en especial a nuestro tutor Msc. Dennis Carrillo. Muchas gracias.

Dahiana Gutiérrez Vásquez

Primeramente, a Dios, por sembrar la semilla de este sueño en mi corazón y por darme el privilegio de cumplirlo. A mi familia, por siempre creer en mí. A mi madre, por ser ese ángel que Dios puso en mi vida; Él sabía que iba necesitar tu amor y tu apoyo incondicional en este proceso; siempre tu mano ha estado ahí para sostenerme y tu voz para alentarme.

A mis hijos, por darme tanto amor; gracias por entender mis ausencias, por motivarme a ser mejor cada día. A mi pareja, por su apoyo constante, por motivarme siempre y reconocer mis esfuerzos.

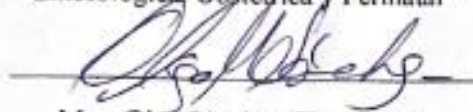
Gracias a mis profesores por su paciencia y don de enseñanza; los aprendizajes no solo han sido académicos.

Gracias, en especial, al MSc. Dennis Carrillo, por su paciencia y dedicación en este proceso.

Irina Arrieta Porras

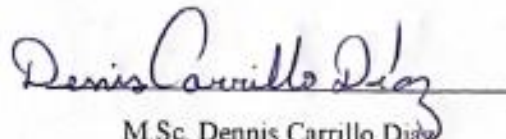
"Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar por el grado y título de Maestría Profesional en Enfermería

Ginecológica, Obstétrica y Perinatal"



Mag. Olga Sánchez Charpentier

Representante de la Decana Sistema de Estudios de Posgrado



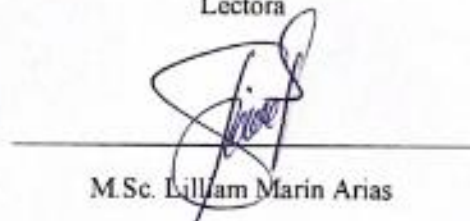
M.Sc. Dennis Carrillo Díaz

Profesora Guía



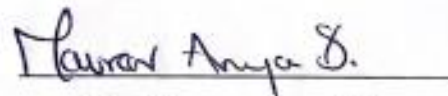
M.Sc. Yamileth Gutiérrez Obregón

Lectora



M.Sc. William Marín Arias

Lectora




Mag. Maureen Araya Solís

Directora, Programa de Posgrado en Ciencias de la Enfermería



Irina Arrieta Porras

Estudiante



Dahiana Gutiérrez Vázquez

Estudiante

CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
TABLA DE CONTENIDO	v
RESUMEN EN ESPAÑOL	viii
ABSTRACT	x
Capítulo I	1
Introducción	1
1.1 INTRODUCCIÓN	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.3. JUSTIFICACIÓN	8
1.4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	10
1.5. OBJETIVOS	10
Capítulo II	11
Marco Referencial	11
2.1 MARCO CONCEPTUAL	12
A. Parto	12
B. Puerperio	16
C. Lactancia Materna	18
D. Experiencia de la maternidad: Aspectos emocionales, sociales y culturales	22
E. COVID-19	25
Lactancia materna y COVID-19	26

II.2. MARCO EMPÍRICO	40
Capítulo III	54
Marco Metodológico	54
3.1 MODALIDAD DEL TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN	55
3.2. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	55
3.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	56
3.4. POBLACIÓN PARTICIPANTE Y MUESTRA	62
3.4.1. Población	62
3.4.2. Tipo de muestreo y justificación del tamaño de la muestra	62
3.4.3. Criterios de Elegibilidad	63
❖ Criterios de Inclusión	63
❖ Criterios de Exclusión	63
3.4.4. Estrategias de Reclutamiento	64
3.5. LUGAR DONDE SE LLEVÓ A CABO LA INVESTIGACIÓN	64
3.6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS E INSTRUMENTOS	65
3.7. UNIDAD DE ANÁLISIS A PRIORI	66
3.8. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN Y MANEJO DE LOS DATOS	75
3.9. ANÁLISIS DE LOS DATOS	76
3.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS	77
Capítulo IV	82
4. RESULTADOS	83
Capítulo V	107
5. ANÁLISIS DE DATOS	108
Capítulo VI	129
Referencias Bibliográficas	134

ANEXOS	144
Anexo 1. Instrumento	145
Anexo 2. Consentimiento Informado	147
Anexo 3. Cronograma de Actividades	153

RESUMEN EN ESPAÑOL

El presente Trabajo Final de Graduación consiste en una investigación que devela las Experiencias de las madres con COVID 19 en el establecimiento de la lactancia materna en el puerperio inmediato y mediato, residentes del Gran Área Metropolitana, 2021-2022. Se trata de una investigación cualitativa con enfoque fenomenológico.

Durante mucho tiempo la lactancia materna fue desestimada debido al poco conocimiento que existía alrededor de ella, sin embargo, gracias a múltiples investigaciones es bien sabido actualmente que la leche humana trae consigo grandes beneficios para la salud del neonato y de la madre. Es un alimento único no solo en términos de composición, también ayuda a fortalecer el vínculo entre ambos y al desarrollo de un apego seguro.

Saber que existen beneficios para ambos madre e hijo, permite comprender la importancia de fomentar un adecuado y oportuno proceso de lactancia, especialmente cuando nos vemos expuestos a nuevas enfermedades, como lo ha sido el COVID 19, un virus que rápidamente se convirtió en una amenaza para el bienestar y la salud de la población a nivel mundial. Una pandemia que sometió a largos periodos de angustia a las familias, sobre todo por su alta capacidad infecciosa y además puso en duda la seguridad de amamantar al recién nacido. Al respecto la OMS (2020) señaló que “los numerosos beneficios del contacto piel a piel y la lactancia materna superan ampliamente los posibles riesgos de transmisión y enfermedad asociados a la COVID-19” (p 1).

El primer capítulo de la presente investigación se trata de una introducción, planteamiento del problema, justificación y objetivos propuestos.

En el segundo capítulo presente el marco referencial, que incluye el marco conceptual el cual expone los elementos teóricos relevantes al tema en cuestión. También se desarrolla el marco empírico en cual se recopila la revisión sistemática de evidencias científicas.

En el tercer capítulo se desarrolla el marco metodológico, se detallan los instrumentos de recolección de datos utilizados, se define la manera en la que se organizaron y analizaron los datos obtenidos.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados obtenidos de la aplicación de las entrevistas realizadas. En el quinto capítulo se realiza la discusión de dichos resultados.

El sexto capítulo corresponde a las conclusiones a las que se llegó con esta investigación y finalmente se enuncian las recomendaciones dirigidas a los centros de atención de salud, a las familias en periodo de lactancia, a los profesionales de enfermería ginecoobstétrica y perinatal y al Programa de Posgrado en Ciencias de la Enfermería para la Maestría Profesional en Enfermería Obstétrica Ginecológica y Perinatal.

ABSTRACT

This Final Graduation Project consists of an investigation which reveals the experiences of mothers, who reside in the Great Metropolitan Area, between 2021-2022, who were sick with COVID 19 during the establishment of the breastfeeding in the immediate and mediate postpartum period.

This project is a qualitative research with a phenomenological approach. For a long time, breastfeeding was dismissed as of little interest due to the lack of knowledge that existed around it. However, thanks to multiple investigations, it is now well known that human milk brings great benefits, both for the health of the newborn and the mother. It is an unique food supply not only in terms of its composition, as it also helps strengthening the bond between baby and mother and the development of a secure attachment.

Knowing that there are benefits both for the mother and the child allow us to understand the importance of promoting an adequate and timely breastfeeding process, especially when we as a society are exposed to new diseases, such as COVID 19, a virus that quickly became a threat to the well-being and health of the population worldwide. This virus caused a pandemic that subjected families to long periods of anguish, especially due to its high infectious capacity, and also, called into question the safety of breastfeeding the newborn for those mothers affected by it. In this regard, the WHO (2020) noted that "the numerous benefits of skin-to-skin contact and breastfeeding far outweigh the possible risks of transmission and disease associated with COVID-19" (p 1).

The first chapter of this research is an introduction, statement of the problem, justification and proposed objectives. In the second chapter, the reference framework is presented, which includes the conceptual framework which sets out the theoretical elements relevant to the topic in question. The empirical framework in which the systematic review of scientific evidence is compiled is also developed in this chapter.

In the third chapter, the methodological framework is developed and it details and defines the data collection instrument and the way in which the data obtained was organized and analyzed. In the fourth chapter, we present the results obtained from the interviews carried out. In the fifth chapter, the discussion of these results is carried out.

The sixth chapter corresponds to the conclusions reached with this research and finally we state the recommendations directed to health care centers, families during the breastfeeding period, gynecological-obstetric and perinatal nursing professionals and the Postgraduate Program in Nursing Sciences for the Academic Master's Degree in Obstetric, Gynecological and Perinatal Nursing.

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Categorías y subcategorías de la investigación	60
Cuadro 2. Descripción de aspectos sociodemográficos de las entrevistadas.....	77

LISTA DE ABREVIATURAS

AELAMA: Asociación Española de Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna.

AEP: Asociación Española de Pediatría.

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social.

CDC: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

CIC: Clínica de Infecciones Congénitas.

CLAP/SMR: Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva.

COVID 19: Síndrome Respiratorio Agudo producido por un Coronavirus.

EMNA: Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia.

FCF: Frecuencia Cardíaca Fetal.

IHAN: Iniciativa de Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia.

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

SENEO: Sociedad Española de Neonatología.

SIBDI: Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información de la Universidad de Costa Rica.

TFI: Trabajo Final de Investigación Aplicada.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Capítulo I

Introducctorio

1.1 INTRODUCCIÓN

Durante mucho tiempo, la lactancia materna fue desestimada debido al poco conocimiento que existía alrededor de ella, sin embargo, con el paso de los años y gracias a múltiples investigaciones, es bien sabido actualmente que la leche humana trae consigo grandes beneficios para la salud del neonato y de la madre. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, en inglés UNICEF (2021) menciona al respecto:

La lactancia no sólo beneficia a los bebés sino también a las mamás, ya que a corto plazo ayuda a su recuperación física, por ejemplo, disminuye el riesgo de hemorragia después del nacimiento y reduce el riesgo de depresión postparto (párr. 9).

Saber que existen beneficios para ambos, madre e hijo, permite comprender la importancia de fomentar un adecuado y oportuno proceso de lactancia, especialmente cuando nos vemos expuestos a nuevas enfermedades, como lo ha sido el COVID-19, un virus que rápidamente se convirtió en una amenaza para el bienestar y la salud de la población a nivel mundial. Esta fue una pandemia que sometió a largos periodos de angustia a las familias, sobre todo, por su alta capacidad infecciosa, donde aquellos miembros más vulnerables, entre los que se encontraban las embarazadas, madres lactantes y sus bebés, no estaban exentos de contagiarse.

La información sobre el nuevo agente patógeno fue surgiendo con las diferentes investigaciones, sin embargo, la desinformación contribuyó a generar serias afecciones en el proceso de lactancia natural que conocíamos. Muchas madres que se encontraban infectadas con el virus al momento del parto, no lograron establecer la lactancia materna con éxito, mientras otras la interrumpieron durante el proceso de enfermedad sin lograr retomarla.

Nace entonces la necesidad de conocer más no solo el impacto del virus SARS-CoV-2 en el organismo materno, la leche materna y el bebé, sino también cómo han sido las experiencias

de las madres que han debido vivir su proceso de lactancia materna estando infectadas por esta enfermedad, en el posparto mediato e inmediato. Desde enfermería, resulta fundamental comprender que el adecuado abordaje y acompañamiento oportuno del binomio en el proceso de la enfermedad que produce el virus, ayuda a reducir significativamente el riesgo de muerte en los recién nacidos y los bebés pequeños, como también mejora la salud de las madres. Es importante que la enfermería, en general, y más aún la enfermería obstétrica, lidere los esfuerzos para brindar a las familias las herramientas necesarias para el mantenimiento de un amamantamiento seguro, libre de mitos, mediante la educación e intervenciones basadas en evidencia científica, además de la participación como ente generador de estas evidencias.

El presente trabajo se realiza bajo la modalidad de tesis, con un enfoque de investigación cualitativa; el objetivo es develar las experiencias de las madres con COVID-19 en el establecimiento de la lactancia materna en el puerperio inmediato y mediato en la Gran Área Metropolitana, 2024.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La maternidad implica una serie de cambios en la vida de la mujer; estos son físicos, psicológicos, sociales y emocionales y están relacionados con la crianza del bebé y el desarrollo de su rol de madre. Diferentes elementos ayudan a crear un vínculo entre la madre y su bebé. Hoy sabemos que este lazo afectivo propicia las condiciones para una lactancia materna de mayor duración y mejor calidad, que a futuro se traduce en mejor desarrollo y salud óptima para el niño.

La lactancia natural exclusiva, al menos durante los primeros seis meses de vida, determina una disminución de la morbilidad en la madre y el niño. Pinto (2007) menciona al respecto:

Resulta de extraordinario interés destacar, que investigaciones de los últimos años demuestran fehacientemente, que los niños que al menos fueron alimentados durante seis meses con lactancia natural exclusiva son más inteligentes y presentan con menos frecuencia diferentes enfermedades como asma bronquial, enfermedades atópicas, enfermedades gastrointestinales, leucemias y otros cánceres, obesidad, diabetes mellitus tipo I y II, enfermedades autoinmunitarias, etc., en comparación con los niños que no tuvieron ese privilegio (pág. 97).

Muchos son los beneficios del establecimiento de la lactancia materna, sin embargo, no siempre este proceso se logra llevar a cabo con éxito, pues dependerá de las circunstancias personales, psicosociales, ambientales y biológicas del binomio. Esto se ha podido evidenciar con la pandemia recientemente vivida debido a la propagación del SARS-CoV-2, al que en adelante se continuará aludiendo como COVID-19. El ser humano se vio obligado a enfrentar nuevos retos y adaptarse a una realidad enmarcada por una enfermedad desconocida que llegó a cambiar por mucho nuestra forma de convivir; procesos como la lactancia materna no estuvieron exentos de tener también una afectación durante la pandemia.

Conforme se fue conociendo la enfermedad, se supo que puede propagarse de persona a persona a través de las gotas procedentes de la nariz o la boca que salen despedidas cuando alguien infectado habla, tose o estornuda; también si estas gotas caen sobre los objetos y superficies que rodean a la persona, de modo que otros pueden tocar los objetos o superficies y luego se tocan los ojos, la nariz o la boca. Así es mencionado por el Ministerio de Salud de Costa

Rica en el año 2020, tomando como fuente organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

Con respecto a la lactancia materna, a inicios de la pandemia, la falta de evidencia y el miedo de los riesgos potenciales, hizo que la primera recomendación anunciada en marzo de 2020, de parte de algunas sociedades científicas, como la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) o la SENEIO (Sociedad Española de Neonatología), fuera el aislamiento de las madres que habían dado positivo por COVID-19 durante el parto y el puerperio, separándolas de sus hijos tras el parto. Al respecto la Sociedad Marcé Española (2021) menciona:

A pesar de que el objetivo de estas recomendaciones fue intentar proteger a los bebés del potencial daño de la infección por SARS-CoV-2, no se tuvo en cuenta el impacto de la separación sobre la díada. La última actualización de las recomendaciones de la SENEIO se encontraba en la línea de las ofrecidas por otras sociedades científicas, las cuales sostienen mantener la cohabitación de la madre y del bebé (párr.8).

La evidencia actual niega la transmisión vertical o a través de la leche materna al bebé. Al respecto, para la Comisión Nacional de Lactancia Materna de Costa Rica (2020) es claro que la leche materna es un factor protector para el niño o niña que la recibe, pues previene respecto de una gran cantidad de infecciones respiratorias producidas por virus y bacterias, y aquel que no la reciba tiene mayor riesgo de enfermar. Estudios han confirmado la presencia de anticuerpos IgA contra el SARS-CoV-2 en la leche materna de mujeres infectadas. Por esta razón, mantener la lactancia materna puede disminuir el impacto clínico del COVID-19 sobre el bebé.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, por sus siglas en inglés), han recomendado mantener tanto el

contacto madre-bebé como la lactancia materna; esto, teniendo en cuenta que es importante, en los casos de madres infectadas, mantener las precauciones, a fin de minimizar el riesgo de contagio.

Durante la pandemia, existieron ciertas disparidades acerca de estas prácticas en las diferentes unidades de maternidad del país, de manera que algunas optaron por hacer caso omiso a la evidencia y continuar separando al binomio, mientras otros sí acataron la disposición de mantener la lactancia materna, siempre que la condición de salud de madre e hijo lo permitiera. Esta situación efectivamente afectó el proceso de lactancia materna de muchas mujeres. Para el año 2021, UNICEF Costa Rica menciona:

Aunque en Costa Rica el 80% de los niños y las niñas son amamantados en el primer día de su nacimiento, sólo el 27.5% llega a los seis meses de vida siendo alimentado de manera exclusiva con leche materna tal y como lo recomiendan UNICEF y la OMS. Frente a estos datos, aunado a las bajas en el amamantamiento debido al temor de contagio de COVID-19 a través de la leche materna y la interrupción de servicios materno-infantiles debido a la pandemia, UNICEF y OPS/OMS hacen un llamado a proteger la lactancia materna como una responsabilidad compartida (párr.4).

Un estudio descriptivo basado en el reporte prospectivo de las unidades constituyentes de la Red de la Sociedad Iberoamericana de Neonatología, titulado *COVID-19 perinatal en América*, señaló la preocupación ante la falta de acompañamiento materno, la baja tasa de lactancia y la frecuente separación de la díada madre-hijo (Sola, Rodríguez y Cardetti, 2020, párr.1). Estas situaciones en las madres van a provocar una serie de experiencias y vivencias en sus procesos de lactancia materna, lo que en ese momento no fue objeto de atención y abordaje

de los diferentes estudios sobre lactancia materna en tiempos de COVID-19, como más adelante se amplía.

Es de gran relevancia que la enfermera obstétrica, como profesional de salud, reflexione sobre la necesidad de defender el cuidado humanizado y centrado en la familia, y reconocer el valioso papel que tenemos en procesos tan fundamentales para la salud materna e infantil como lo es la lactancia materna, cuyo éxito depende de un conjunto de elementos que caracterizan la etapa del posparto, un periodo que, se sabe, es de suma vulnerabilidad para la madre y su bebé. Resulta entonces de gran importancia empoderar a las familias con conocimiento veraz y oportuno, además de recomendar prácticas basadas en evidencia científica actualizada que favorezca el establecimiento de la lactancia materna como factor protector de la salud del binomio. Aun cuando la madre se encuentre positiva por COVID-19, su proceso de lactancia materna debe ser una experiencia grata para ella y su bebé.

A partir de lo expuesto anteriormente, nace esta propuesta de investigación en la que se pretende conocer las vivencias de un grupo de madres positivas por COVID-19 durante el establecimiento de la lactancia materna en el posparto inmediato y mediato, lo que generará conocimiento que contribuya a mejorar el proceso de cuidado que, como profesionales de salud, brindamos al binomio y a su familia.

1.3. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo busca conocer las vivencias de algunas madres que debieron enfrentar el proceso de lactancia materna infectadas con COVID-19. Se pretende contribuir con este estudio al empoderamiento seguro del proceso natural de la lactancia materna, con la generación de un conocimiento valioso para fortalecer el vínculo entre madre e hijo. Brindar información basada en evidencia científica permite disminuir el riesgo de interrupción de la lactancia materna y favorece el mantenimiento de esta por más tiempo; con ello, se evidencian todos los beneficios para la salud del binomio, ya conocidos: el papel fundamental en el desarrollo y crecimiento del niño, el apego materno que nace del contacto piel con la madre, el fomento del desarrollo sensorial y cognitivo, la protección contra enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante, además, brinda protección financiera al núcleo familiar y se tiene presente que muchas familias no pueden asumir la carga financiera que significa la alimentación complementaria con fórmulas lácteas.

Los datos obtenidos de esta investigación, también contribuirán a generar conocimiento valioso para el personal de salud que atiende a las familias afectadas por este virus durante su proceso de lactancia materna en el puerperio inmediato y mediato. Gracias a los avances tecnológicos es sabido que el nuevo conocimiento científico se encuentra accesible a mayor cantidad de profesionales y en general, a la población, en un menor tiempo y costo, lo que facilita al profesional de enfermería mantenerse informado y actualizado en los diferentes temas emergentes como lo es el COVID-19, para brindar a sus usuarios educación veraz, actualizada y oportuna, de manera que prevalezca el bienestar del binomio y eliminando prácticas en la atención, que ponen en riesgo un proceso tan significativo para salud como lo es la lactancia

materna; esta vez, con conocimiento generado no solo desde lo biológico, sino también tomando en cuenta las vivencias de las familias.

El Ministerio de Salud de Costa Rica, en coordinación con la Comisión Nacional de Lactancia Materna, establece como Política Pública de Lactancia Materna para Costa Rica (2009), que:

El amamantamiento es la norma biológica que debe orientar la alimentación del niño y de la niña, por lo que las instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios a la niñez, deben garantizar las condiciones necesarias para que este grupo poblacional sea alimentado con lactancia materna, de manera exclusiva hasta los seis meses de edad y de forma complementaria hasta los dos años o más, con alimentos saludables, autóctonos y producidos en su comunidad (pág. 5).

Por tanto, con esta investigación se busca también un impacto a nivel socioeconómico y psicosocial en las familias costarricenses, tomando en cuenta que las decisiones erróneas o infundadas, muchas veces responden a información transmitida no solo por personal de salud desinformado, sino también a través de las redes sociales y comunales, que divulgan contenido carente de fundamento científico; de ahí la necesidad de lograr, mediante investigaciones como esta, fortalecer la educación de las familias y favorecer una experiencia materna agradable del proceso de lactancia y apego, sin dejar de lado la práctica segura de la lactancia en madres positivas por el virus del SARS-COV19 y el cumplimiento de las políticas en salud establecidas para estos casos.

Se considera, además, que el presente trabajo de investigación no solo aporta al ámbito científico, sino que manifiesta la vulnerabilidad del proceso de lactancia materna ante situaciones de emergencia como lo fue la pandemia por COVID-19, desde la perspectiva de madres que han

experimentado esta enfermedad, develando así sus vivencias durante el proceso de lactancia materna, en el puerperio mediato e inmediato.

1.4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las experiencias de las madres con COVID-19 en el establecimiento de la lactancia materna en el puerperio inmediato y mediato en la Gran área Metropolitana, 2021-2022?

1.5. OBJETIVOS

Objetivo General

- Develar las experiencias de las madres con COVID-19 en el establecimiento de la lactancia materna en el puerperio inmediato y mediato, residentes en la Gran Área Metropolitana.

Objetivos Específicos

- Conocer las características sociodemográficas de las participantes.
- Identificar las percepciones de las madres con COVID-19 en el establecimiento de la lactancia materna en el puerperio inmediato y mediato.
- Identificar las prácticas de amamantamiento realizadas por madres con COVID-19 durante su puerperio inmediato y mediato.

Capítulo II

Marco Referencial

2.1 MARCO CONCEPTUAL

En el siguiente apartado se definen y se desarrollan los conceptos necesarios para comprender las experiencias de las madres entrevistadas, quienes establecieron su proceso de lactancia materna estando contagiadas con COVID-19 en su puerperio inmediato y mediato. Su lectura y análisis mejorará la comprensión de los resultados obtenidos y su respectiva discusión.

A. Parto

El trabajo de parto es el proceso que conduce al nacimiento del bebé. Suele iniciar con las contracciones uterinas y culmina con el nacimiento del recién nacido y la expulsión de la placenta. Se define trabajo de parto como “la presencia de contracciones uterinas periódicas y regulares, percibidas por la madre o por un observador, que se acompañan de cambios cervicales significativos (al menos 3-4 centímetros y 80% de borramiento), con una frecuencia de 3 -5 en 10 minutos” (Manual teórico para la atención integral al embarazo, parto y posparto, 2022, pág. 50).

El parto vaginal es un proceso fisiológico normal y sin complicaciones para la mayoría de las mujeres. Sin embargo, en ocasiones pueden presentarse complicaciones, tal como lo mencionan Cunningham et al. (2021):

Las complicaciones inesperadas durante el parto pueden surgir con rapidez. Por tanto, toda mujer y las personas que las apoyan deben sentirse bienvenidas y cómodas, aunque deben aplicarse medidas de seguridad para la madre y su recién nacido en caso de que surjan complicaciones súbitas (Cap. 22, s.p).

En algunos casos, el parto no puede ser vía vaginal y debe realizarse una cesárea.

Cunningham et al. (2021) refieren que las principales indicaciones para el parto por cesárea son:

“estado fetal no tranquilizador, presentación de nalgas o de otro tipo, gestaciones de tripletes y de orden superior, desproporción cefalopélvica, anomalías en el trabajo de parto, placenta previa y herpes genital activo” (s.p). El parto vaginal será siempre la vía de nacimiento de preferencia, pero sea este o por cesárea, ambos procesos requieren de apoyo familiar y del personal de salud durante y después del parto.

Aspectos emocionales, sociales y culturales durante la atención del parto (atención humanizada del parto)

La espera del parto puede implicar una gran carga emocional para la mujer gestante y su familia. Suele ser una experiencia marcada por diferentes situaciones para cada mujer. Por ello, el personal de salud debe tener conocimiento científico para atender a la mujer y su recién nacido, así como la capacidad de brindar un trato digno y respetuoso, tomando en cuenta todos los aspectos biológicos, sociales y culturales que acompañan el trabajo de parto, el nacimiento y el puerperio.

En Costa Rica, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), principal ente prestador de servicios de salud, ha venido desarrollando normas y protocolos que orientan la atención de la mujer y el recién nacido durante el embarazo, el parto y el posparto; indica una serie de acciones que el personal de salud debe tener en cuenta durante la atención brindada. Destacan:

- Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Postparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la comunidad, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social (2017).
- Protocolo Clínico de Atención Integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud (2022).

- Manual Clínico de Atención Integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud (2022).
- Ley derechos de la mujer durante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto, posparto y atención del recién nacido (2022).
- Manual metodológico para el desarrollo arquitectónico de los servicios de obstetricia.
- Lineamiento técnico para la implementación del Plan de Parto en la Red de Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social. GM. DDSS. AAIP.31052023 (2023).

Estos documentos han sido elaborados desde un enfoque de derechos humanos y atención integral a la mujer y su familia, de manera que el personal de salud brinde un trato digno y respetuoso. Así está plasmado en el Manual teórico para la atención integral al embarazo, parto y posparto (2022), donde se indica:

El personal de salud se presentará con calidez y abordará a la usuaria de forma respetuosa y empática, brindando una atención humanizada, practicando la escucha activa. Llamará a la usuaria por su nombre e identificará el interés de la usuaria, inquietudes y necesidades emocionales considerando su momento de vida y contexto. En el caso de realizar algún procedimiento, el profesional debe resguardar la intimidad y privacidad de la usuaria, así como permitir el acompañamiento en momento que la usuaria lo desee (pág. 50).

Además de las acciones ya mencionadas, otros aspectos por tomar en cuenta son: estimular la participación de la mujer gestante en la toma de decisiones, instar a su acompañante a brindar apoyo psicofísico, facilitar la libre ingesta de líquidos claros para disminuir el riesgo de deshidratación y permitir una persona asesora cultural, en caso requerido, si así lo desea la usuaria. Con respecto al acompañamiento "deben favorecer la presencia de una persona acompañante, ya que disminuye el uso de intervenciones innecesarias y se obtienen mejores

resultados maternos y neonatales, llegando incluso a prolongarse la lactancia natural” (Manual Teórico para la Atención Integral al embarazo, parto y posparto, 2022, pp 48-49).

Es así como el acompañamiento y apoyo en el trabajo de parto y puerperio inmediato es fundamental como parte de la humanización de los cuidados de enfermería y permite la presencia del acompañante elegido por la mujer durante todo el proceso de trabajo de parto, parto y nacimiento desde su ingreso al centro hospitalario. Este apoyo puede ser proporcionado por el personal de salud, algún miembro de la familia, amigos o doulas; lo importante es que ella cuente con apoyo de la persona de confianza elegida.

El acompañante puede ayudar a la mujer a ducharse, caminar, dar masajes, adoptar diferentes posiciones, técnicas de respiración y relajación y cualquier otra acción que le dé confort, favorezca el manejo del dolor y del trabajo de parto. El apoyo en esta vivencia le hará sentirse acompañada, segura y más confiada en su proceso. El acompañante también tiene un papel fundamental en la comunicación con la mujer; ayuda a interpretar y explicar la información que recibe de parte del personal de salud, así como comunicar los deseos o necesidades de la mujer antes, durante y después del parto.

El Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Postparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la comunidad, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las maternidades. La Caja Costarricense de Seguro Social (2017) menciona:

Los efectos del apoyo familiar durante el trabajo de parto se explican a través de dos teorías complementarias, que tienen como hipótesis que el acompañamiento mejora la fisiología del trabajo de parto y la sensación de control y competencia de la madre, lo que reduce el factor de dependencia de las intervenciones médicas. No obstante, que el acompañamiento no debe limitarse al trabajo de parto, sino que debe ser durante todo el

proceso y a elección de la gestante, significa que en cada momento y siempre que ella lo desee tenga la posibilidad de contar con un apoyo afectivo que le proporcione tranquilidad, confianza y seguridad (pág. 42).

Los documentos citados representan un esfuerzo por mejorar la atención a la mujer y su familia; sin embargo, es sabido que, a pesar de la existencia de un discurso favorable a la interculturalidad en el ámbito de la salud materna, en los servicios de salud aún hay presencia de prácticas que tienden a desincentivar, antes que fortalecer, el modelo de atención al parto humanizado y con pertinencia cultural. Por ello, aún hay cosas por mejorar en el tema de la atención humanizada a esta población.

B. Puerperio

El período del posparto o puerperio comienza después de la salida de la placenta e incluye las siguientes seis semanas. En este periodo se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional. Según Schwarcz et al. (2005), el periodo de posparto o puerperio puede dividirse en:

- Puerperio inmediato: que abarca las primeras 24 horas, las que transcurren generalmente durante el internamiento.
- Puerperio mediato: que abarca desde las 24 horas hasta los primeros 10 días después del parto.
- Puerperio alejado: que se extiende desde el día 11 hasta los 42 días, fecha considerada clásicamente como la finalización del puerperio.
- Puerperio tardío: que corresponde al periodo que comienza al terminar el puerperio alejado o sea después de los 42 días del parto y se extiende hasta los 364 días cumplidos. (pág. 530).

Durante el posparto inmediato es de suma importancia la vigilancia del estado de salud de la madre y el neonato, pues es en este periodo cuando suele haber mayores complicaciones; así lo menciona el Manual teórico para la atención integral al embarazo, parto y posparto (2022):

El periodo de posparto inmediato comprende las 2 horas siguientes al parto. Momento en el que la mujer está expuesta a mayor riesgo de hemorragia y shock. Por su parte el recién nacido puede presentar hemorragia, ante un despinzado inadvertido del muñón umbilical. Por estas razones, es recomendable que, durante estas dos primeras horas, la mujer y su hijo, permanezcan en un sector en el que se les garantice supervisión de enfermería (pág. 77).

En esta etapa, el personal de salud, en especial enfermería obstétrica, debe orientar a la madre sobre su proceso de salud y el de su bebé, como parte de la atención integral que el binomio necesita. El Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Postparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la comunidad, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las maternidades de la caja costarricense de seguro social (2017), establece en el componente de la atención de la madre en el posparto inmediato lo siguiente:

- Continuar con la implementación de la hora de oro del recién nacido y mantener un entorno habilitante que facilite el contacto madre hijo después del parto.
- Orientación en signos y síntomas de alarma tanto para ella como para su bebé, lactancia materna, posición en que debe dormir su bebé, apego materno y paterno, entre otros (pág. 55).

Este papel fundamental del personal de enfermería también se encuentra plasmado en el Manual teórico para la atención integral al embarazo, parto y posparto (2022), el cual establece lo siguiente:

Se debe promover el apego de madre y el recién nacido luego del parto y contribuir con el amamantamiento a libre demanda desde las primeras horas de vida. CLAP/SMR recomienda estimular en este periodo el contacto precoz, entre madre e hijo(a) y apoyar al inicio del amamantamiento en la primera hora posparto. La relación entre la madre y su recién nacido es un complejo proceso biológico y psicoafectivo cuya importancia es esencial en la sobrevivencia del niño(a) y el bienestar de ambos. Este inicio de relación está en la base del desarrollo y la promoción de su salud mental (pág. 77-78).

Lo anterior define la importancia de fomentar el inicio de la lactancia materna tan pronto como sea posible tras el nacimiento, labor en la que enfermería obstétrica debe ser vigilante en incentivar y orientar a la madre como principal ente de salud que brinda el cuidado directo al binomio, a fin de favorecer la lactancia materna exitosa, siempre mediante un trato respetuoso y humanizado.

C. Lactancia Materna

La lactancia materna es un proceso biológico que permitirá a la madre alimentar al recién nacido con la leche producida por sus glándulas mamarias tras el parto. Se recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida y con alimentación complementaria al menos hasta los 2 años de vida, incluso más tiempo, si tanto madre y el niño lo desean.

En países como España, según Olsen, P. (2021) los últimos datos de la Asociación Española de Pediatría (AEP), señalan que "el porcentaje de mujeres que optan por la lactancia materna es del 72% cuando los bebés tienen seis semanas de vida, se reduce al 66% cuando tienen tres meses y al 47% a los seis meses" (pág.3).

A pesar de que se había logrado un aumento del 50% en la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en todo el mundo en las últimas cuatro décadas, la pandemia por COVID-19

nos mostró la fragilidad de este logro. En Costa Rica, aunque el 80% de los niños son amamantados en el primer día de su nacimiento, solo el 27.5% de los(as) bebés llega a los seis meses de vida siendo alimentado de manera exclusiva con leche materna, como lo recomiendan UNICEF y la OMS, según la Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia (EMNA) realizada en 2018 por el Instituto Nacional de Estadística y Censos y el Ministerio de Salud (UNICEF, 2021).

Composición de la leche materna

Una madre lactante puede producir más de 600 ml de leche al día. Su composición puede adaptarse a las necesidades de cada recién nacido, los contenidos y concentraciones pueden cambiar incluso durante la toma; por ello, se le considera un líquido biológico complejo y dinámico. Cunningham et al. (2021), mencionan:

Incluye grasas, proteínas, carbohidratos, factores bioactivos, minerales, vitaminas, hormonas y muchos productos celulares. La leche es isotónica con el plasma y la lactosa representa la mitad de la presión osmótica. Los aminoácidos esenciales se derivan de la sangre y los aminoácidos no esenciales proceden en parte de la sangre o se sintetizan en la glándula mamaria. La mayor parte de las proteínas de la leche son únicas e incluye alfa-lactoalbúmina, beta-lactoglobulina y caseína. Los ácidos grasos se sintetizan en los alveolos a partir de la glucosa y se secretan mediante un proceso de tipo apocrino. En la leche materna se encuentran cantidades variables de casi todas las vitaminas (s.p).

La leche materna es un alimento único no solo en términos de composición, también aporta gran cantidad de beneficios para la salud de la madre y del recién nacido, lo cual ayuda además a fortalecer el vínculo entre ampos y al desarrollo de un apego seguro.

Lactancia y apego materno

Es importante conocer que varios factores influyen en el éxito del proceso de lactancia, uno de ellos es el contacto piel con piel en la primera hora de vida. Al respecto Vega (2019, como se citó en Asanza y Malo, 2020) señala:

El contacto piel con piel es uno de los puntos más relevantes para el desarrollo tanto físico como emocional del infante y de la madre, ya que la progenitora segrega gran cantidad de oxitocina la cual permitirá la formación del vínculo afectivo, además, interviene en el proceso de maternidad como es la crianza temprana y la lactancia materna (pág. 18).

Desde el nacimiento, es fundamental que se facilite el contacto piel con piel entre la madre y su bebé, siempre que la condición de salud de madre e hijo lo permita, lo cual ayuda al recién nacido a adaptarse a su nuevo entorno fuera del útero y a iniciar prontamente la alimentación al pecho materno. Salazar et al. (2018, como se citó en Asanza y Malo, 2020) menciona:

El olor de la madre es atractivo para el recién nacido, este reconocimiento temprano facilita la adaptación al medio extrauterino del recién nacido. Al mismo tiempo el estar en contacto piel a piel con su madre y que el niño/a se encuentre en su primer periodo de reactividad hace que mediante el reflejo de búsqueda se facilite la lactancia materna. Gracias a la función hormonal en la cual participan la oxitocina, permiten que el recién nacido se dirija hacia el pezón y la areola; junto con ello el evitar secar y limpiar las manos a su vez facilita el acceso a una lactancia inmediata (pp 19-20).

Permitir, por tanto, al bebé ese contacto piel con piel de manera inmediata al nacimiento es una práctica que actualmente se promueve en los centros de salud, pues ya se conocen los beneficios para el éxito de la lactancia materna y de un apego seguro.

Beneficios de lactancia materna para el binomio

Muchos son los beneficios de la lactancia materna pues aporta todos los nutrientes que necesita el bebé en los primeros meses de vida, además, fomenta el desarrollo sensorial, cognitivo y físico, reduce el riesgo de muerte súbita del lactante, reduce el riesgo de alergias, reduce el riesgo de infecciones y la pronta recuperación de estas, al contribuir al desarrollo y fortalecimiento del sistema inmune. Cunningham et al. (2021) señalan al respecto:

La leche materna contiene varias sustancias inmunológicas protectoras, incluida la IgA secretora y los factores de crecimiento. Los anticuerpos de la leche materna se dirigen de manera específica contra antígenos ambientales maternos, como *Escherichia coli*. Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por su sigla en inglés), la lactancia materna reduce la incidencia de infecciones del oído, respiratorias y gastrointestinales; enterocolitis necrosante; y síndrome de muerte súbita del lactante. La lactancia materna es en particular importante para la inmunidad en los recién nacidos prematuros (s.p).

La lactancia materna también implica beneficios para la madre al reducir el riesgo de cáncer de ovarios y de mama, disminuye el riesgo de hemorragia posparto y de anemia al favorecer la involución uterina, además, reduce el riesgo de depresión posparto. Es importante destacar también la protección de la economía familiar, al no implicar gastos y no se puede omitir el gran beneficio con respecto al medio ambiente al no generar contaminantes. Bartek et al. (2013, como citado en Cunningham et al, 2021) menciona:

Una tasa de amamantamiento del 90% durante 12 meses ahorraría más de 3 mil millones de dólares anuales en costos excesivos de morbilidad materna e infantil. Por todas estas razones, la Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Obstetricia y

Ginecología (2017) apoyan las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (2011) de lactancia materna exclusiva hasta por seis meses (s.p).

Son bien conocidos y estudiados todos los beneficios que implica el amamantamiento, sin embargo, no se puede dejar de lado el hecho de que la vivencia de la maternidad es un proceso determinado por diferentes factores a nivel biológico, emocional, psicológico e incluso social.

D. Experiencia de la maternidad: Aspectos emocionales, sociales y culturales

El nacimiento de un hijo es una etapa importante en la vida de la mujer; implica grandes cambios en lo personal, familiar y social. El conjunto de cambios mediados por la biología es solo una parte, a ello se deben sumar los procesos psicológicos y sociales que la madre atraviesa y que le darán un significado a su rol como mujer y como madre.

Desde el punto de vista social, nuestra sociedad aún arrastra patrones y discursos como los mencionados por Rosa (1991):

El discurso social acerca del parto aún hoy está ligado a la frase bíblica "parirás con dolor", las mujeres con cierta frecuencia desconocen cómo es el proceso del parto, tan sólo saben que el dolor indica el comienzo del mismo y que su progresión está en relación con la intensidad y frecuencia de dichos dolores. Estas creencias y mitos alrededor del embarazo, parto y puerperio influyen en el desarrollo de los procesos que estamos considerando, su expresión es la creencia tan extendida de que la mujer tiene que sufrir y ello es la medida del cariño que siente por sus hijos. Mirto Videla (1983), que ha trabajado muchos años en este campo, señala que la sociedad determina modelos de maternidad y de identidad femenina que hace cumplir a los miembros de la misma, es decir, la sociedad y la cultura propone los modelos de familia y de maternidad (s.p).

Sin embargo, en la lucha constante por cambiar estos discursos acerca de la mujer y de la maternidad, se han logrado cambios en los últimos años, principalmente por la incorporación de la mujer al mundo laboral y la separación entre sexualidad y reproducción, lo que ha permitido, en la mayoría de los casos, que la maternidad sea una elección y no una obligación.

En el aspecto psicológico, la mujer puede experimentar una serie de sentimientos a lo largo del proceso de convertirse en madre. Asanza y Malo (2020), mencionan:

Es importante que durante el embarazo la madre haya desarrollado seguridad y confianza para poder llevar la maternidad con mayor autonomía tanto en lo económico como en lo personal, así como una crianza más responsable y solidez en su rol de madre. Asimismo, el lograr un buen vínculo profesional les otorga mayor confianza durante todo el proceso. Por otro lado, la maternidad también conlleva temor y preocupaciones, es decir al tener que adaptarse a una nueva forma de vida su rutina diaria tiende a modificarse. Por lo tanto, se genera una serie de preocupaciones como falta de preparación para la crianza y autonomía, la dependencia económica, los temores con respecto a la salud del bebé, por perder o no conseguir empleo y por no ser una buena madre. Estas situaciones pueden generar depresión en la madre y con mayor peso si es madre soltera, desempleada, o aquella que tiene dificultades para conseguir un empleo (pp 37-38).

Con el nacimiento del bebé se pasa de haber tenido el deseo de ser madre a la realidad de serlo una vez que se tiene al hijo en brazos y la lactancia materna se convierte una de las formas más maravillosas de ir fortaleciendo el vínculo entre madre e hijo. Pérez et al. (2019) mencionan:

Es frecuente que surjan sentimientos ambivalentes en relación al hijo, porque si bien puede haberlo elegido y es de imaginar la alegría que supone verlo nacer después de tantos meses de haberlo esperado, también significa otras pérdidas que necesitará ir

elaborando. En este sentido, la lactancia materna puede ser una gran ayuda, ya que, a través de esta, la mujer le ofrece no sólo el alimento que precisa, sino que también le da protección, cariño y cuidados, sentimientos que también la ayudarán a elaborar la separación del hijo. En esta etapa la relación con la madre es determinante, es ella quien da sentido a sus gestos, movimientos, llantos, es decir, a todo lo que el niño hace (s.p).

En lo cultural, muchas son las costumbres, las creencias y acciones asociadas al puerperio en las madres. Es importante que el personal de salud las conozca y tenga la capacidad de integrar estas prácticas en acciones alternativas que logren eliminar los riesgos, pero que se respeten aquellas que no implican daño ni a la madre ni a su bebé; es brindar información clara, certera y oportuna. Los cuidados de enfermería deben tener el objetivo de acompañar los procesos fisiológicos y de prevenir, detectar y tratar cualquier complicación para llegar a la pronta recuperación. Pérez et al. (2019) refieren al respecto:

Existen muchos enfoques de cómo se observa a la salud, y en las zonas rurales el puerperio tiene su propia identidad y rasgos únicos que los hacen propios, ya que estos conocimientos se pasan de generación en generación adaptándolos a los integrantes de la familia, comunidad o etnia en particular identificándolos plenamente dentro de su propia estructura política y social... Hay que entender que el cuidado, como cuidado de la vida, es un valor universal, del que todos disfrutamos desde el momento de la concepción, pero esa universalidad se enmarca en la diversidad cultural generada por la interacción del hombre en la sociedad y a su vez cada persona puede contribuir con su propia particularidad en el cuidado de la salud (s.p).

Con respecto a la lactancia materna, culturalmente se mantienen algunas prácticas comunes que por años se han compartido entre generaciones, como lo indican Pérez et al.

(2019):

Las parteras tradicionales preparan una comida especial caliente y la dan a la madre con la intención de promover la producción de leche, que ayuda a la mujer a amamantar al bebé durante al menos dos años. La partera aconseja y menciona que “No le permito comer comida fría, porque el frío de la comida evita la producción de leche”. Así como también el cuidado de no comer verduras de hoja verde, así como naranja ni frijoles ya que eso le da cólicos al recién nacido (s.p).

Se destaca aquí el concepto de *enfermería transcultural*, que implica un compromiso del personal de enfermería para no caer en estereotipos y prejuicios y poder lograr una relación efectiva con la usuaria y su familia, tomando en cuenta sus creencias, costumbres y tradiciones.

Con la pandemia de COVID-19 la relación con las usuarias gestantes y sus familias en ocasiones se fragmentó, debido que se trataba de una enfermedad de rápida propagación y causada por un patógeno desconocido; esto llevó a tomar medidas muchas veces basadas en el temor y el desconocimiento, que afectaron negativamente la atención del binomio.

E. COVID-19

En el año 2019, un nuevo tipo de virus de alto contagio puso en alerta a las autoridades sanitarias a nivel mundial. Los primeros casos de este virus, perteneciente a la familia de los coronavirus, se registraron a finales de ese año en la comunidad de Wuhan, China. Inicialmente llamada “neumonía de Wuhan”, esta enfermedad recibió el nombre de COVID-19.

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró una emergencia sanitaria mundial, categorizándola como pandemia por el aumento exponencial de contagios

alrededor del mundo. A partir de la identificación del nuevo virus los esfuerzos se centran en conocerlo y aprender a tratarlo. La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud lo definieron de la siguiente manera:

COVID-19: es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente, se transmite por contacto con otra que esté infectada por el virus. La enfermedad puede propagarse de persona a persona a través de las gotículas procedentes de la nariz o la boca que salen despedidas cuando una persona infectada habla, tose o estornuda, también si estas gotas caen sobre los objetos y superficies que rodean a la persona, de modo que otras personas pueden tocar estos objetos o superficies y luego se tocan los ojos, la nariz o la boca (OPS/OMS, 2020).

Se trataba de un nuevo virus no identificado previamente y que pronto se empezó a investigar para conocer la mejor forma de tratarlo. Sin embargo, tanto personal de salud como las personas enfermas se vieron abrumadas ante el desconocimiento de la enfermedad y de los tratamientos. Lo que sí se supo desde el inicio fue que el virus era altamente contagioso, con desfavorables consecuencias en la salud y en muchos casos mortal. La población en general tenía temor a contagiarse y más aún aquellos grupos más vulnerables como las mujeres en gestación, madres en posparto y sus bebés.

Lactancia materna y COVID-19

La leche materna es el alimento más beneficioso para el bebé, sin embargo, como lo menciona Olsen (2021) su seguridad hacia el lactante fue cuestionada debido a la aparición del COVID-19. Se llevaron a cabo numerosas investigaciones para determinar si había transmisión del virus a través de la leche materna y si era aconsejable la separación de la madre y el recién nacido tras el parto.

A inicios de la pandemia, como consecuencia de la falta de evidencia y el miedo de los potenciales riesgos, las primeras recomendaciones dadas en marzo de 2020, de parte de sociedades científicas, como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Sociedad Española de Neonatología (SENEO), mencionaban el aislamiento de las madres que habían dado positivo por COVID-19 durante el parto o el puerperio. También recomendaron evitar el contacto piel con piel y separar o aislar al recién nacido (Sociedad Marcé Española, 2021, párr. 7). Si bien, el fin fue proteger a los bebés de la infección por este nuevo virus, no se dio suficiente importancia al impacto de la separación de la díada madre-hijo y sus consecuencias en el establecimiento de la lactancia materna y la supresión de los beneficios de esta para la madre y el bebé.

Hoy sabemos que no existe transmisión del virus a través de la leche materna y conocemos los múltiples beneficios de amamantar al recién nacido de inmediato a su nacimiento. Actualmente, sociedades internacionales como la OMS y UNICEF, promueven la lactancia materna y el contacto madre-bebé, siempre que se sigan las medidas de seguridad adecuadas para disminuir el riesgo de contagio. Al respecto, la OMS señala:

El contacto piel a piel inmediato y continuado, incluyendo la técnica de la «madre canguro», mejora la regulación de la temperatura de los neonatos y varios otros indicadores fisiológicos y se asocia a una mayor supervivencia neonatal. Además, colocar al recién nacido junto a la madre permite una iniciación temprana de la lactancia materna, lo que también reduce la mortalidad. Los numerosos beneficios del contacto piel a piel y la lactancia materna superan ampliamente los posibles riesgos de transmisión y enfermedad asociados a la COVID-19 (2020, pág. 1).

El objetivo es mejorar la supervivencia, la salud y el desarrollo de los neonatos y lactantes, pues se sabe que son los mayores los beneficios que los riesgos; así lo menciona la OMS (2020):

Aunque exista la probabilidad de que los recién nacidos y lactantes pudiera contraer la infección y sus consecuentes riesgos asociados, también se han valorado los riesgos de enfermedad grave y fallecimiento que aparecen cuando los lactantes no reciben lactancia materna o cuando las fórmulas para lactantes se utilizan de manera incorrecta (pág. 4).

Por lo tanto, la recomendación de no dar lactancia materna basándose únicamente en prevenir la infección carece de sustento y en su momento no fue basada en evidencia científica específica, incluso, en aquellos casos donde se debiera separar al binomio, lo recomendable era promover otras estrategias para asegurar el inicio y continuidad de la alimentación con leche materna. Pereira et al. (2020) refieren:

En los casos en que las condiciones generales de salud de la madre impidan la lactancia materna directa o en los casos de separación entre la madre y el bebé, las organizaciones sanitarias fomentan y apoyan la extracción de leche y su administración segura a los lactantes (pág. 1).

Ciertamente, situaciones como la pandemia ocasionada por el COVID-19 han puesto de manifiesto la fragilidad de un proceso tan importante para la salud materno-infantil como lo es la lactancia materna y la importancia del apoyo del personal de salud y de la propia familia para que este proceso sea exitoso.

Protocolos de atención durante la pandemia

Tomado en cuenta la alta tasa de contagio a nivel mundial y la peligrosidad de dicho patógeno en la población vulnerable y susceptible, en la mayoría de los países se elaboraron

protocolos de prevención y manejo de pacientes en estado de gestación que iniciaron la labor de parto contagiadas por el COVID-19. Bajo las recomendaciones de los entes internacionales, se definieron una serie de cambios en la atención a la gestante durante su hospitalización y trabajo de parto. En Costa Rica, el Ministerio de Salud (2020) estableció protocolos de atención a gestantes COVID positivas en relación con las gestantes COVID negativas.

❖ ***Recomendaciones en sala de partos, para la atención del trabajo de parto y reducción de la transmisión vertical***

- La mujer gestante debe ser hospitalizada en un cuarto de trabajo de parto individual, preferiblemente con presión negativa, que permita la monitorización materna y fetal completa constante y estricta, el aislamiento respiratorio y de contacto; en su defecto, en un cuarto con pacientes en aislamiento respiratorio y de contacto en estado de gravidez, con barrera física entre cada paciente o con la distancia mínima establecida entre cada una (mínimo 1.8 metros).
- Esta área de atención debe estar diferenciada en pacientes sospechosas y positivas por COVID-19. En el sitio para sospechosas deben existir barreras físicas o de distancia suficientes entre cada paciente, para que no se dé una transmisión o brote dentro de este grupo de embarazadas.
- Se debe ofrecer una mascarilla quirúrgica a la paciente o careta plástica, si la tolera.
- Restricción de visitas a solo 1 persona sana.
- Restricción del número de personal circulando en la sala de partos.
- Valoración continua de la evolución y posible severidad de la infección por COVID-19.
- Valoración constante de la frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, FCF temperatura.

- Valoración frecuente de su evolución para definir si es de manejo en Unidad de Cuidados Intensivos.
- Mantener monitoreo fetal continuo después de la semana 28 de gestación.
- Administración de analgesia según los protocolos de cada centro de atención.
- La vía del parto se realizará según indicación obstétrica y valoración individual de cada caso.
- Si la vía de parto es por cesárea, la recuperación se debe realizar en un espacio individual con aislamiento respiratorio y de contacto, bajo supervisión estricta de signos y síntomas.
- Si no hay posibilidad de espacio independiente, debe ubicarse respetando la distancia mínima de 1.8 metros entre cada paciente y mantener a la madre con mascarilla quirúrgica en todo momento.

❖ *Personal de atención*

- La atención del parto y control prenatal de bajo riesgo obstétrico de cualquier paciente sospechosa, probable o confirmada con síntomas leves y sin compromiso de la función respiratoria, se atenderá por enfermería obstétrica o médico general, según nivel de atención y con todo el equipo de protección personal, así como con la colocación de mascarilla quirúrgica a la madre. Si la paciente presenta síntomas moderados o severos, cualquier valoración deberá ser realizada por un médico y el equipo interdisciplinario que se considere necesario según el nivel de tensión.
- El personal de salud debe organizarse por clasificación, de tal manera que haya personal asignado para pacientes con síntomas respiratorios (según áreas diferenciadas) y otro personal para la atención de las pacientes sin síntomas respiratorias.

- Higiene de las manos con agua y jabón o utilizando una solución alcohólica según lineamientos y protocolos.

❖ *Atención Del Neonato*

- En este apartado se deben contemplar los lineamientos nacionales relacionados con lactancia materna.
- El neonato debe manejarse con las mismas precauciones de control de infecciones que la madre, en el momento del nacimiento.
- Toma inmediata de muestras respiratorias para diagnóstico por COVID-19 al neonato, si se trata de una madre catalogada como caso confirmado por COVID-19.
- De todo neonato hijo de madre positiva por COVID-19 se debe guardar muestra de sangre del cordón umbilical para medir posteriormente los anticuerpos IgG y IgM. Se debe almacenar esta muestra en el laboratorio del lugar donde se toma esta, hasta tanto el Ministerio de Salud indique dónde se trasladen para procesarla.
- Valoración de la separación madre - recién nacido, en conjunto médico tratante, neonatólogo y el comité de infecciones de cada centro de atención; siempre promoviendo el mantenimiento de la lactancia materna e informando en todo momento a la madre.
- Monitoreo y vigilancia médica inmediata y permanente por la aparición de síntomas en el niño (a) durante el internamiento y después del egreso hospitalario.
- Vigilancia estricta de signos vitales y temperatura diaria.
- Aplicación de las vacunas según esquema nacional de vacunación.
- Los cuidados del recién nacido deben darse en el sitio de aislamiento de la madre.
- Los cuidados posnatales del recién nacido durante el internamiento y al egreso hospitalario deben ser dados por otra persona que no sea la madre y que esté sana.

- El neonato debe cumplir la cuarentena de 14 días como un contacto cercano con caso confirmado (madre) con seguimiento diario del personal de salud.
- Si durante el internamiento en el centro hospitalario el niño presenta signos o síntomas que requieran observación o manejo médico, se debe trasladar al área de Neonatología y esta debe disponer de las medidas de aislamiento, según lineamientos y protocolos establecidos.
- Realizar pruebas de laboratorio para detectar COVID-19.
- Todos los recién nacidos de madres sospechosas o casos probables o confirmados de COVID-19, deben tener una monitorización médica adecuada durante su estancia hospitalaria. Además, un seguimiento interdisciplinario en su domicilio. Todo neonato hijo de madre con COVID-19 positivo, deberá ser referido a la Clínica de Infecciones Congénitas (CIC) del Servicio de Infectología del Hospital Nacional de Niños (la cita debe programarse al mes de nacimiento del neonato). Será obligación de la CIS: Elaborar un protocolo de seguimiento y enviar la información semestral a la Dirección Nacional de Vigilancia del Ministerio de Salud.

F. Cuidado de enfermería, cuidado humanizado

Para lograr el máximo entendimiento sobre la dimensión del cuidado de enfermería, es necesario tomar en cuenta las teorías que fundamentan la profesión como ciencia, pues son el cuerpo de conocimiento organizado que da sentido y razón al quehacer como profesionales. Estas teorías hacen que la enfermería se diferencie de las demás como una disciplina única. Cada intervención realizada por el profesional de enfermería debe reflejar una práctica basada en

evidencia, que además, toma en cuenta las características propias de cada individuo y sus necesidades particulares, sean estas biológicas, socioculturales o psicológicas.

Durante el proceso de la labor de parto y periodo puerperal, las mujeres transitan por un estado de vulnerabilidad donde necesitan de una red de apoyo importante, además de orientación sobre su autocuidado y el de su bebé. La intervención del profesional de enfermería a través de los cuidados que le brinda al binomio en el puerperio inmediato y mediato es de suma importancia en el proceso de convertir a las usuarias en agentes de autocuidado. Con respecto a estos cuidados, Torres et al., (2022) refieren:

El sistema de cuidados de enfermeros es la serie y secuencias de acciones prácticas intencionadas de los enfermeros, realizadas en un determinado momento en coordinación con acciones de sus enfermos, para cubrir y conocer los componentes de sus demandas de autocuidado terapéutico y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la agencia de autocuidados. Para ello determinan las habilidades actuales y futuras de sus pacientes para satisfacer sus requerimientos de autocuidados, valoran su potencial, las causas que lo llevan a no ocuparse de sus autocuidados o las habilidades que es preciso desarrollar o perfeccionar, para que sean capaces de ocuparse ellos mismos en el presente y el futuro (pág 74).

Cada intervención realizada por el enfermero, sea cuidado directo o de educación, busca promover y recuperar la salud de la madre y del neonato, lo cual favorece la vivencia de este proceso de la mejor manera posible. Se tiene presente que dichos cuidados deben ser adecuados a la identificación de necesidades, con uso de las herramientas que la enfermería epistemológica ofrece para una mejor gestión del cuidado enfermero. Martínez y Ríos (2006) definen la epistemología de la siguiente manera:

La epistemología es una actividad intelectual que reflexiona sobre la naturaleza de la ciencia, sobre el carácter de sus supuestos, es decir, estudia y evalúa los problemas cognoscitivos de tipo científico. Es esta pues, quien estudia, evalúa y critica el conjunto de problemas que presenta el proceso de producción de conocimiento científico (pág.114).

El adecuado desarrollo epistemológico de la enfermería también implica tomar en cuenta los conceptos de los metaparadigmas de persona, sociedad, ambiente y enfermería, a los cuales Vega (2006) hace referencia en el siguiente texto:

En la clarificación de los conceptos nucleares de enfermería, la Persona es vista como un sujeto de adaptación o receptor del cuidado de enfermería. La familia, el colectivo, grupos o comunidades engloban el concepto de persona. El ambiente representa el escenario donde crece, interactúa y desarrolla la persona y en el que se reconoce los componentes sociales culturales, espirituales, físicos y psicológicos. Finalmente, la salud considerada como la representación de la calidad de vida, como la finalidad de la acción de enfermería y como proceso dinámico y evolutivo (pág.57).

El propósito de cada intervención, cuidado directo o de educación, será que la persona alcance un estado óptimo de salud y que pueda desarrollar su mayor capacidad de autocuidado posible, donde enfermería es un ente de apoyo y cuidado, que favorece así la transición de procesos como el parto, posparto y establecimiento de la lactancia materna, con prevención de complicaciones y generación de experiencias positivas en un ambiente de confianza y seguridad entre la usuaria, su familia y enfermería obstétrica. Sin embargo, es de suma importancia comprender que estas experiencias van a ser vivenciadas de manera positiva en la medida que reciban un cuidado integral y humanizado.

Lamentablemente, es recurrente que las familias gestantes y en posparto manifiestan quejas de maltrato por parte del personal de salud, relacionadas con actitudes de intolerancia, mal genio, incomprensión, expresiones inadecuadas y falta de orientación. Por ello, el cuidado humanizado, en la actualidad es una necesidad que urge en la práctica profesional obstétrica. Conocer y comprender los significados de las experiencias de salud como la gestación, el nacimiento de un hijo y el proceso amamantamiento, constituye un reto y es vital para brindar un cuidado cálido, oportuno e integral, teniendo presente las diferentes necesidades que pueda experimentar la mujer en el tránsito de su maternidad. Es necesario que el modelo de atención de enfermería esté basado no solo en fundamentos teóricos con evidencia científica, sino que, además, tenga un énfasis en el cuidado humanizado en el embarazo, durante el parto y en el posparto, que pueda calar no solo en las usuarias sino en las demás disciplinas, como lo mencionan Caicedo et al. (2023):

...el profesional de enfermería debe actuar como líder en las instituciones de salud, promover los derechos de los pacientes y humanizar a todo el equipo de salud.

En este sentido, un enfoque humanista de la educación en enfermería está estrechamente relacionado con la prestación de cuidados éticos, profesionales y de alta calidad (p 23).

Enfermería debe caracterizarse por su compromiso con un cuidado de calidad, cálido, agradable, empático, cordial y eficiente en su labor diaria. La comunicación y expresión positiva son vitales para lograr una adecuada relación con la familia gestante, donde se logre satisfacer las necesidades físicas, emocionales y socioculturales a través del cuidado humanizado. Al respecto, Caicedo et al. (2023) señalan:

...los dos conceptos que siempre deben preocupar a un profesional de enfermería son la dignidad y la humanización. A partir de ahí, cada actor debe poner de su parte para

entender que más que una transacción, debe existir un vínculo humano que dignifique a la persona que atraviesa su estado de salud y al profesional entregando todo su potencial para actuar; así se definiría humanizar (pág. 20).

En Costa Rica, los entes de salud, principalmente la Caja Costarricense del Seguro Social y el Ministerio de Salud, han elaborado una serie de protocolos, manuales, lineamientos y leyes que establecen disposiciones para cumplir por parte del personal de salud en lo que respecta a la atención de la familia gestante durante el embarazo, parto y posparto, así como el fomento de la lactancia materna. Estas disposiciones también buscan proteger los derechos de la madre durante la atención, a fin de garantizar la atención humanizada y libre de violencia obstétrica, la cual Rodríguez y Martínez (2020) definen como:

La violencia obstétrica se refiere a las prácticas y conductas realizadas por profesionales de la salud a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, en el ámbito público o privado, que por acción u omisión son violentas o pueden ser percibidas como violentas. Incluye actos no apropiados o no consensuados (...) constituye una discriminación de género y representa una violación de los derechos humanos desde un enfoque de los derechos de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, entendidos como derechos inalienables e indivisibles de los derechos humanos (pág. 211).

En 2018 se desarrolló en Costa Rica la Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia 2018 (EMNA), del programa mundial de Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS, por sus siglas en inglés) del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés), elaborada en conjunto con el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional

de Estadística y Censos (INEC). Fuentes (2021) menciona que esta encuesta determinó que el “57,7% de mujeres en edad reproductiva, que tuvieron un parto entre 2016 y 2018, manifestaron haber experimentado al menos un tipo de violencia obstétrica. Incluso, luego del parto y antes del egreso hospitalario, se evidencian otras formas de violencia obstétrica” (p 4). Esta situación implica un gran reto no solo para los entes prestadores de los servicios de salud costarricense, sino más aún para el propio personal de salud que brinda la atención obstétrica, como lo es enfermería.

El Reglamento para la defensa y garantía de los derechos de las mujeres embarazadas y de la persona recién nacida en el contexto de la atención de su salud, en su artículo 4 indica que se deben garantizar los siguientes derechos a las usuarias:

- a) Recibir atención integral de conformidad con sus costumbres, valores y creencias.
- b) Recibir explicaciones claras y sencillas sobre las fases del trabajo de parto y su estado actual de manera comprensible para esta.
- c) Conocer cuál es su estado de salud y cuáles son las mejores opciones de acuerdo con su condición.
- d) Parir de manera natural, de forma que se respete el proceso o ciclo natural del parto, siempre y cuando no exista riesgo para la mujer gestante ni para la persona por nacer.
- e) Rechazar la aplicación de prácticas invasivas y el suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la mujer gestante o de la persona por nacer
- f) Recibir, en caso de que así lo desee, analgesia o anestesia obstétrica aplicada por un médico especialista anesthesiólogo, y según la valoración de su condición de salud y de acuerdo con las posibilidades de existencia del recurso.

- g) Mantenerse hidratada y alimentada durante el proceso de labor y de parto, siempre y cuando su condición de salud; así lo permita.
- h) Recibir información sobre las alternativas de atención del parto y su evolución, el posible riesgo materno y perinatal derivado del embarazo y de las posibles complicaciones durante el proceso del parto.
- i) Recibir información sobre los beneficios de la lactancia materna y los derechos que le asisten en esta materia.
- j) Recibir información sobre los cuidados a brindar a la persona recién nacida.
- k) Estar acompañada durante la labor y el parto por la persona que ella elija, o negarse a tener compañía.
- l) Recibir asistencia psicosocial, cuando lo requiera.
- m) En el caso de las mujeres gestantes con alguna condición de discapacidad, ya sea física, psíquica o sensorial, recibir una atención integral e inclusiva, acorde con su estado de salud y condición funcional.
- n) En caso de una pérdida gestacional, recibir atención diferenciada, acompañada por la persona o personas que ella elija, en un espacio físico acondicionado para estos casos, en los que se proteja en su condición psicoemocional derivada de su situación particular, y se evite una mayor exposición al sufrimiento por la falta de un abordaje clínico especializado y empático, durante y posterior al evento. Adicionalmente las intervenciones deben incluir la terminación de la producción de leche (pág. 5).

Por consiguiente, el trato respetuoso, digno, inclusivo y con pertinencia cultural hacia la familia gestante en cada etapa del embarazo, parto y posparto, es necesario como parte de la implementación del cuidado de enfermería que busca la humanización y el mejoramiento de la

atención brindada. El Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto y Post Parto; centrado en la mujer, la familia gestante, la comunidad y de gestión humanizada en las maternidades de la CCSS (2017), menciona al respecto una serie de disposiciones por cumplir por parte del personal que brinda la atención, lo cual incluye al personal de enfermería obstétrica y perinatal. Se destacan las siguientes:

- Actualización de protocolos de atención que incluyan conceptos de atención calificada del parto.
- Asegurarle a la usuaria y acompañante las condiciones físicas adecuadas, tales como comodidad, privacidad, un ambiente confortable y agradable.
- Fomento del apego posparto.
- Fomento de la paternidad responsable.
- Fomento de lactancia materna y las técnicas apropiadas de esta.
- Brindar orientación y apoyo a la madre acordes con sus dudas, temores y respeto al derecho de toda mujer de conocer y dirigir su propio parto.
- Mantener siempre el acompañamiento efectivo durante la labor, por la persona que la usuaria elija.
- Implementación de la hora de oro del recién nacido, con el fomento del apego tanto materno como paterno y el contacto piel con piel.
- Orientación en signos y síntomas de alarma tanto para ella como para su bebé, lactancia materna, posición en que debe dormir su bebé, apego materno y paterno entre otros.
- Siempre la mujer debe estar tranquila con su bebé y su acompañante.

El personal de salud debe conocer y cumplir estas disposiciones y demás derechos de las familias gestantes, además, incentivando en las usuarias la toma de decisiones informadas, para lograr empoderarlas en su propio cuidado, el de su bebé y en su proceso de lactancia materna.

Sin duda alguna, el profesional de enfermería se enfrenta a grandes retos en la gestión del cuidado humanizado. La calidez y acompañamiento que reciben las usuarias y sus familias dan también significado a su vivencia de la maternidad.

II.2. MARCO EMPÍRICO

Según la revisión realizada, desde la disciplina de enfermería son pocos los estudios específicamente sobre las experiencias y perspectivas de las madres en el establecimiento de la lactancia materna en el puerperio, estando contagiadas con COVID-19. La mayoría de las investigaciones fueron dirigidas a la producción de conocimiento científico en lo que respecta a lactancia materna y COVID-19.

Al tratarse de un virus nuevo, la falta de conocimiento sobre el agente causal de la enfermedad llevó a tomar decisiones no tan acertadas, pero que en el momento parecían ser lo mejor. Tal fue el caso de la separación de la madre y su bebé en el posparto, por falta de evidencia científica que avalara la seguridad del contacto del neonato con la madre infectada con COVID-19. Solo se contaba con la experiencia de epidemias pasadas, como las causadas por coronavirus SARS-CoV-1 y el MERS-CoV, en las cuales los resultados no habían sido favorables. Olsen (2021) menciona que los primeros estudios realizados para analizar la presencia viral del SARS-CoV-2 en la leche materna se realizaron en China. Esta autora señala la investigación de Chen, Guo et al., donde se analizó la presencia del SARS-CoV-2 en el líquido amniótico, sangre del cordón umbilical y en la leche materna de 9 mujeres con neumonía por

COVID-19; no se detectó presencia viral en ninguna de las muestras recogidas (p 14). Basada en esta y otras investigaciones, la autora concluyó que no había evidencia de transmisión vertical del virus con capacidad de replicación a través de la leche materna, ni efectos adversos o infección grave en los lactantes. Empieza a respaldar así el hecho de que la lactancia materna era segura en casos de enfermedad por COVID-19, y que se debía defender la protección que esta da al niño contra la morbilidad y la mortalidad respecto del COVID-19 y otras enfermedades, mediante la transferencia directa de anticuerpos y de memoria inmunológica.

En la misma línea, en Ecuador, la Dra. Carina Arévalo Zabala, en 2021, elaboró un artículo titulado: “Lactancia materna en hijos de madres con COVID-19. ¿Riesgo o beneficio?”. Su objetivo fue revisar la evidencia existente sobre lactancia materna y el riesgo de transmisión del COVID-19 al recién nacido durante el parto y apego precoz. Indagó la evidencia sobre la recomendación de lactancia materna en hijos de madres contagiadas con el virus. La búsqueda se hizo en PUBMED, LILIACS, MEDLINE y SCIELO sobre estudios en mujeres embarazadas positivas para COVID-19, con descripción del tipo de parto y estudios para confirmar la presencia del virus en la madre, el recién nacido y la leche materna.

Arévalo señala que la pandemia ocasionó grandes complicaciones en el área de la salud y eso, sumado al desconocimiento que en ese momento se tenía sobre el riesgo de transmisión a través de la leche materna, llevó a que en varios lugares del mundo se procediera a suspender la lactancia y el apego precoz posterior al parto, dejando de lado los beneficios que la lactancia tiene para la madre y el recién nacido. En su artículo, refiere que el desconocimiento de si el SARS-CoV2 puede ser transmitido de madre a hijo durante la lactancia, condujo a que se tomaran las primeras medidas de prevención al principio de la pandemia. En China procedieron a la separación de ambos después del nacimiento hasta obtener un resultado negativo de COVID-

19, recurrieron a la cesárea antes que el parto céfalo-vaginal, se suspendió la lactancia materna al recién nacido hasta que la madre tuviera un resultado negativo para COVID-19, por el riesgo de transmisión y evitaron el apego precoz tras el nacimiento (Arévalo, 2021, pág.2).

La revisión concluye que, aunque no existía evidencia científica que demostrara la inexistencia de riesgo de transmisión del virus por la lactancia materna, tampoco se había comprobado la transmisión vertical o que el apego precoz fuera un factor de riesgo para la transmisión del virus a los recién nacidos, por lo tanto, la Dra. Arévalo (2021) menciona:

La evidencia actual sobre la leche materna de madres con Covid-19, hasta el momento, ha demostrado ser segura para los recién nacidos, se corrobora una vez más la importancia del aporte inmunológico al transferir anticuerpos contra el virus protegiendo al recién nacido, el riesgo sigue siendo el contagio del neonato por medio de gotas de la madre infectada. Es por tal motivo, que la Academia Americana de Pediatría apoya mantener la lactancia materna en pacientes sin sintomatología grave, en caso de gravedad se recomienda la extracción de leche materna bajo medidas de higiene adecuadas (pág.9).

Desde la profesión de enfermería también se han realizado estudios al respecto de la lactancia materna y el COVID 19; es así como en el año 2021, Paula Olsen Rodríguez desarrolla la investigación "*Lactancia Materna y Coronavirus*", para optar por grado de licenciatura en enfermería. Se propuso como objetivo general la evaluación de las recomendaciones, existentes en ese momento, sobre la lactancia materna en mujeres infectadas por SARS-Cov2. Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Scopus y WOS, y en asociaciones científicas como la OMS, IHAN, AELAMA, SEGO y AEP. Esta autora destaca que:

La postura adoptada al inicio de la pandemia por el COVID-19 no comparaba los riesgos que supone la separación de madre y RN con los riesgos por el propio SARS-CoV-2. La

separación dificulta la implantación adecuada de la LM y podría exponer a los bebés a un mayor riesgo de infección a otros patógenos que tienen más probabilidades de causar enfermedades graves, y sin embargo se ha demostrado que la mayoría de los casos de COVID-19 en RN son asintomáticos o sintomáticos leves, por lo que la separación supone un riesgo mucho mayor que el propio COVID-19 (Olsen, 2021, pág.12).

Por su parte, un grupo de obstetras españolas: Dávila Flores, Alvarado Miranda, Paccha Valarezo y Pazmiño Mera (2021) exponen en su artículo “Lactancia materna en mujeres con COVID-19, falta de evidencia sobre la presencia de SARS Cov-2 sobre la leche materna”; como objetivo de investigación: Plasmar la falta de evidencia disponible sobre la presencia de SARS CoV-2 en la leche materna y las recomendaciones de expertos de las distintas sociedades científicas en relación con la lactancia materna en mujeres con COVID-19. Realizaron una investigación con una metodología de tipo documental o bibliográfica. Asimismo, se usaron los portales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, Academia Americana de Pediatría, entre otros. En este estudio destaca la importancia de instaurar la lactancia materna exclusiva, al menos en los primeros seis meses de vida. Aunque la madre sufra durante este periodo de la enfermedad producida por el virus del SARS Cov19, es fundamental mantener el vínculo entre la madre y el niño tanto en el ámbito nutricional como emocional; así lo señalan Dávila, et al. (2021):

La lactancia materna significa mucho más que una forma de nutrición por cuanto involucra la interacción profunda entre una madre y su hijo. Esta interacción tiene

repercusiones en el estado nutricional del recién nacido, además de su habilidad de defenderse de infecciones y de su desarrollo en general (pág.107).

Es así como el estudio señala que la mayoría de las sociedades científicas y organizaciones del área de la salud, recomiendan la lactancia materna en mujeres con COVID-19, siempre y cuando se tomen las medidas preventivas pertinentes; ello con base en la falta de evidencia sobre la presencia del SARS CoV-2 en la leche materna. Destacan que los beneficios de la leche materna superan cualquier posible riesgo de transmisión y enfermedad relacionada con el COVID-19.

Otro estudio en la línea de determinar el riesgo de infectar al recién nacido, fue el realizado por Gonzalo Solís García, Ana Gutiérrez Vélez, Isabel Pescador Chamorro, Elena Zamora Flores, Sara Vigil Vázquez, Elena Rodríguez Corrales y Manuel Sánchez Luna, titulado *“Epidemiología, manejo y riesgo de transmisión de SARS-CoV-2”*. Se trata de una cohorte de hijos de madres infectadas de COVID-19, cuyo objetivo fue describir las características y la evolución de sus recién nacidos, así como las medidas implementadas siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Neonatología. El estudio, de tipo observacional, prospectivo y unicentro de cohortes, fue realizado en España en el año 2021. Se diseñó un circuito específico para madres con infección por SARS-CoV-2 y sus hijos. Se recogieron datos epidemiológicos y clínicos de las madres y sus recién nacidos. Se les realizó la prueba PCR al nacer y a los 14 días. Los resultados del estudio señalaron que en el 68% se realizó contacto piel con piel en paritorio y el 80% recibió lactancia materna o donada exclusiva durante su estancia (pág.174). No se reportaron resultados positivos de PCR en la primera muestra obtenida al nacer; se reportó un caso de PCR positiva en un neonato asintomático a los 14 días. Este estudio concluyó que el riesgo de transmisión de la infección por COVID-19 era bajo, cumpliendo los

protocolos sanitarios, lo cual respaldaba el alojamiento conjunto de madre e hijo, el contacto precoz y el establecimiento eficaz de la lactancia materna. Solís et al. mencionan:

La recomendación de mantener el alojamiento conjunto se basa en la importancia del establecimiento de la lactancia materna y los beneficios del contacto precoz madre-hijo, unidos a la escasa evidencia existente sobre riesgo de transmisión y a la escasa gravedad de los casos neonatales de infección horizontal probada (2021, pág. 177).

Ciertamente, el alojamiento conjunto es fundamental para fortalecer el vínculo entre la madre y su recién nacido, sin embargo, la pandemia no pasó inadvertida por el proceso de maternidad de cada una de las mujeres que atravesó su proceso en tiempos de COVID-19, pues el temor a contagiar a sus bebés estuvo presente. Sofía Asanza Rojas y María José Malo Malo, realizaron una investigación en el Hospital Universitario Del Río de la ciudad de Cuenca, Ecuador en el año 2020, titulado: “*Contacto piel con piel en épocas del Covid -19: Experiencias maternas*”, el cual se trata de un estudio exploratorio desde el enfoque cualitativo, cuyo objetivo fue conocer las vivencias maternas de la aplicación del contacto piel con piel durante la pandemia por SARS-CoV-2. En este se encontró que todos los datos estaban relacionados con sentimientos de incertidumbre y preocupación que la pandemia generó en ellas; evidencia del temor de la madre de contagiarse y contagiar a su hijo, lo que superó el miedo que ya de por sí les implicaba el parto. Asanza y Malo (2020) señalan:

Gracias a la función hormonal en la cual participan la oxitocina, permiten que el recién nacido se dirija hacia el pezón y la areola; junto con ello el evitar secar y limpiar las manos a su vez facilita el acceso a una lactancia inmediata. La práctica del apego inmediato piel a piel favorece que la lactancia sea exitosa y que los niños/as en los cuales se realizó esta práctica mantenga una lactancia exclusiva y duradera (pág. 44).

Con ello, estas autoras aluden a la importancia del contacto piel con piel para el establecimiento de la lactancia materna, el cual, a inicios de la pandemia fue cuestionado en aquellos binomios donde había sospechó o confirmó la infección por COVID-19, poniendo la prevención de un posible contagio al neonato, por encima de los múltiples beneficios que ya se conocía del apego materno desde la primera hora de vida.

En este punto, es importante también hacer referencia a la labor del personal de salud en cuanto al apoyo y promoción de la lactancia materna durante la pandemia, pues en gran parte este mediaron las primeras experiencias de amamantamiento de las madres con COVID-19, en los pospartos durante la estancia hospitalaria. Posterior al egreso hospitalario la falta de apoyo llevó a las madres a buscar ayuda por otros medios.

Destacan estudios como el realizado en los meses de enero a mayo de 2021, por Isabel Rodríguez Gallego, Helen Strivens Vílchez, Irene Agea Cano, Carmen Marín Sánchez, María Dolores Sevillano Giraldo, Concepción Gamundi Fernández, Concepción Berná Guisado y Fátima León Larios, el cual se tituló: “Experiencias de lactancia durante la pandemia de COVID-19 en España”, Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo, cuyo objetivo fue explorar el impacto de la pandemia y de las medidas adoptadas sobre la iniciación y mantenimiento de la lactancia materna. Se realizaron 30 entrevistas. El estudio concluyó que el uso de grupos de apoyo a la lactancia materna a través de aplicaciones como WhatsApp, Facebook o Instagram proporcionó información importante sobre la lactancia materna y fuentes de apoyo. Se identificó que el principal apoyo formal a la lactancia materna durante este período fue el de la partera. Al respecto, Rodríguez et al, mencionan:

Un número importante de participantes afirmó que era de buena calidad y satisfactoria para solucionar sus problemas de lactancia materna, especialmente el apoyo brindado por

el Matrona de Atención Primaria. Con relación a lo descrito en la literatura, el acceso al apoyo y la percepción positiva del mismo en los primeros meses posparto fueron relacionado con mejores tasas de lactancia materna exclusiva a los 6 meses de la vida (2022, pág. 10).

Sin embargo, un importante grupo de mujeres identificó el apoyo recibido durante los primeros días posparto como deficiente, especialmente durante hospitalización, la cual fue descrita como un factor relacionado con abandono temprano de la lactancia materna. Por otra parte, las restricciones sociales inherentes a la pandemia ejercieron un efecto positivo para las mujeres, respecto del vínculo afectivo y la lactancia, como consecuencia del aumento del tiempo de permanencia en sus hogares y en la convivencia del núcleo familiar; sin embargo, algunas resintieron la falta de apoyo de los profesionales de salud. Rodríguez et al. (2022) describen:

Las experiencias con relación a la lactancia materna durante la pandemia han sido diversas. Por un lado, algunas mujeres informaron que las medidas de confinamiento ejercieron un efecto positivo en su experiencia en relación con la lactancia materna, ya que les permitieron más tiempo con sus hijos; sin embargo, otro número importante de mujeres afirman que la falta de apoyo, la información limitada y la reducción en el número de citas con los profesionales ejerció una influencia negativa en su práctica (pág. 10).

Además, el estudio menciona que la pandemia no solo ejerció efectos sobre la lactancia materna, sino también sobre la salud mental. Es decir, además de haber dificultado el apoyo y fomento de la lactancia materna por parte de los profesionales de salud, también acentuó el desarrollo de enfermedades de salud mental como la depresión o la ansiedad en las mujeres lactantes. Al respecto, Rodríguez et al. (2022) refieren que las mujeres expresaron preocupación

por el impacto del COVID-19 sobre sus hijos y sobre ellas mismas, con sentimientos de soledad y tristeza relacionados con aislamiento social, así como síntomas depresivos durante su proceso de lactancia materna (pág. 10).

Tras el nacimiento del bebé, la mujer es más susceptible de tener cambios emocionales como parte de su nuevo rol de madre, no solo debido a todas las actividades que ello implica, sino también influenciadas por procesos hormonales que su cuerpo atraviesa en el posparto. El tener que afrontar este proceso y experimentar su maternidad en plena pandemia, preocupadas por su cuidado, el de su bebé y la lactancia materna, definitivamente es una vivencia que no se puede minimizar. Olsen (2021) menciona que “el aumento de síntomas depresivos maternos puede conducir a inseguridades respecto a la lactancia materna lo que resulta en una reducción de la duración y eficacia de la lactancia materna, concretamente, los factores estresantes pueden tener un impacto negativo” (p 24).

En el ámbito internacional también destaca la tesis de grado para optar por Licenciatura en enfermería, realizada por Carmen Basanta Casado (2020), titulada: *Influencia de la pandemia COVID-19 en la lactancia materna*. Dicho trabajo tuvo como objetivo analizar la evidencia científica disponible acerca de la influencia de la pandemia del virus SARS-CoV-2 en la lactancia materna. Consistió en una revisión bibliográfica de las bases de datos Pubmed, Scopus y Web of Science. La autora señala:

La rápida evolución de la pandemia mundial por la aparición del nuevo Coronavirus ha producido un impacto en el apoyo a la lactancia materna y, como consecuencia, sus tasas se han visto afectadas, provocando un aumento del abandono de esta práctica tan beneficiosa para los recién nacidos/as y lactantes. Esto ha sido causado principalmente por la incertidumbre y el desconocimiento de la influencia de este nuevo virus en las

mujeres lactantes y sus recién nacidos/as, provocando miedo, dudas e incluso pánico en toda la comunidad en general (Basanta, 2020, pág. 17).

Esta autora también hace referencia a una encuesta realizada en Bélgica en abril de 2020, en la cual se determinó con respecto a la atención sanitaria lo siguiente:

... durante la pandemia, el 6,9% afirmó haber obtenido un mayor seguimiento por parte de los profesionales sanitarios y el 43% manifestó haber sentido la influencia del Coronavirus en el asesoramiento sanitario durante la lactancia. Por ello, el 50% de estos últimos expuso que recibió menos seguimiento y ayuda sanitaria en comparación con antes de la aparición del Covid-19. Cabe destacar que el mantenimiento de la lactancia materna durante la pandemia se relacionó con la auto información. Debido a ello, las posibilidades de aumento del abandono eran mayores en las mujeres que no habían practicado lactancia materna previamente (Basanta, 2020, pág. 18).

Continuando con los efectos de la pandemia en la lactancia materna, no hubo distinción de etnia; esto se refleja en un estudio realizado en población indígena hecho por Magdalena del Carmen Morales Domínguez, Anabelle Bonvecchio Arenas, Ana Lilia Lozada Tequeanes, MSc Mishel Unar Munguía, Elaine Haycock Stuart Pam Smith, entre diciembre 2020 y febrero 2021, titulado *“Percepciones, conocimientos y prácticas de lactancia materna en regiones indígenas de México durante la pandemia de COVID-19”*. El objetivo fue: explorar las percepciones, conocimientos y prácticas de la lactancia materna en el contexto de COVID-19 desde mujeres embarazadas y posparto, parteras y proveedores de salud en una región indígena de Chiapas, México. Se trata de un estudio cualitativo que incluyó 46 entrevistas semiestructuradas con gestantes, puérperas, proveedores de salud (médicos y enfermeras) y parteras. Con respecto a la percepción sobre la transmisión del virus. Este estudio menciona que el 47% de las madres no

sabía si el COVID-19 se transmitía a través de la leche materna y, si estaban infectadas, se mantendrían alejadas de sus recién nacidos. Además, señala que los proveedores de salud y las parteras no recibieron ningún material de apoyo sobre el valor de la lactancia materna durante la infección por COVID-19: "...la falta de información específica de la asistencia sanitaria, proveedores y parteras contribuyeron a la confusión e incertidumbre entre las mujeres" (Morales et al, 2023, p 372).

Las madres brindaron lactancia materna confundidas sobre qué hacer, sin tener seguridad de sus prácticas; los proveedores de salud recibieron información sobre el coronavirus, pero no información específica sobre la lactancia materna, lo que agravó la falta de información de las madres. Así se refleja en lo mencionado por Morales et al. en la siguiente cita:

La mayoría desconocía la duración recomendada de la lactancia materna exclusiva y creía que la leche materna era insuficiente para satisfacer sus necesidades y las necesidades nutricionales de los bebés. Las parteras informaron que las familias pobres valoran la fórmula comercial para la alimentación infantil y que hay una falta de comprensión de la importancia de administrar calostro (2023, pág. 372).

El estudio concluye que la promoción y el asesoramiento de las madres lactantes, que ya era deficiente en las comunidades indígenas, empeoró durante la pandemia de COVID-19. Esto demuestra que la capacitación en lactancia materna entre los proveedores de salud y todos aquellos entes que participan en el cuidado de esta población, debe proporcionarse o fortalecerse aún más en situaciones de emergencia como lo fue la pandemia.

Brindar información clara, oportuna y basada en evidencia científica pueda marcar la diferencia entre el éxito o fracaso de un proceso de salud. Es necesario informar a las familias tanto sobre los beneficios de lactancia materna como de las medidas de seguridad ante una

infección por COVID 19, para salvaguardar el bienestar de madre y el hijo. Esto lo respaldan investigaciones como la realizada por María Isabel Pérez, Belén Rojas, Francisco Fernández, Juana Vázquez, Juan Gómez y Luciano Rodríguez, titulada *Cuidados en el puerperio durante la crisis sanitaria por COVID-19*. Se trata de una revisión sistemática en la literatura científica para localizar los documentos de evidencia científica disponibles en las principales bases de datos referenciales: Pubmed, Biblioteca Cochrane y Science Direct, con el objetivo de sintetizar el conocimiento y las últimas recomendaciones disponibles acerca de los cuidados específicos durante el periodo del puerperio, en relación con la crisis sanitaria por COVID-19. Parte de la conclusión fue que la lactancia materna aporta muchos beneficios al recién nacido, con protección frente a infecciones respiratorias como la causada por el COVID 19. Es por ello que Pérez et al, refieren:

En este sentido, siguiendo las recomendaciones de la mayoría de sociedades científicas nacionales e internacionales (OMS, SEGO, Cartas al Editor sobre COVID-19 303 Ministerio de Sanidad), si el estado de la madre y el recién nacido lo permiten, se recomienda que se promueva la lactancia materna durante el periodo de riesgo infeccioso, llevando a cabo medidas estrictas de aislamiento (uso de mascarilla quirúrgica, lavado correcto de manos antes y después del contacto, limpieza de piel de las mamas y de las superficies que puedan estar en contacto) (2021, pág. 3-4).

De aquí surge la importancia de generar información basada en evidencia que ayude a mantener un ambiente seguro para conservar la salud de los niños en situación de vulnerabilidad, en este caso, siguiendo los protocolos de higiene que previenen la transmisión de la enfermedad, resguardando los derechos del niño y teniendo presente que no existe evidencia de contagio por medio de la leche materna. Se recomienda, entonces, seguir amamantando, pero con las debidas

precauciones de higiene que incluyen el uso de mascarilla, lavado de manos, desinfectante para manos con base de alcohol, entre otras.

Además, es importante hacer referencia a la protección adicional que ofrece la leche materna al lactante. Dávila et al. (2021) señalan:

Es importante amamantar al bebé durante la pandemia ya que la leche materna contiene anticuerpos beneficiosos para mantener a los bebés sanos y protegidos de muchas infecciones. Además, la lactancia reduce significativamente el riesgo de muerte en los recién nacidos y los bebés pequeños, proporciona beneficios para la salud de los niños y también mejora la salud de las madres (pág. 108).

Finalmente, desde el ámbito nacional, en Costa Rica no se evidencian estudios que hayan abordado propiamente las vivencias de las madres positivas a COVID-19 durante su proceso de lactancia materna en el puerperio. Sin embargo, se considera importante mencionar algunos lineamientos sanitarios como el *Lineamiento General sobre Lactancia materna y COVID-19* (2020), elaborado por el Ministerio de Salud, según el cual, la Comisión Nacional de Lactancia Materna, citando a Brahm (2017), señala lo siguiente:

Es claro que la leche materna es, en este momento histórico, un factor protector para el niño o niña que la recibe, pues previene contra una gran cantidad de infecciones respiratorias producidas por virus y bacterias, y aquel que no la reciba tiene mayor riesgo de enfermar (pág. 6).

Dicho lineamiento establece disposiciones para la atención de la madre positiva por COVID-19 y su bebé, en los diferentes escenarios:

- Madre sospechosa de COVID-19 o confirmada que se encuentra en aislamiento domiciliar.

- Madre sospechosa de COVID-19 o confirmada, que requiere atención médica u hospitalización.
- Recién nacido que nace de una madre sospechosa de COVID-19 o confirmada.

Expuestos los estudios revisados y citados anteriormente, se puede evidenciar que todos corresponden al ámbito internacional. Costa Rica no ha sido ente activo en la generación de estudios relacionados con la lactancia materna y COVID-19.

La mayoría de los estudios encontrados son revisiones bibliográficas de fuentes científicas y de las publicaciones de los principales organismos internacionales como OMS, OPS y UNICEF. La evidencia gira en torno a los temas relacionados con la transmisión del COVID-19 de la madre al bebé, riesgo de contagio a través de la leche materna, afectación del proceso de lactancia por la pandemia y protocolos de seguridad recomendados para disminuir el riesgo de contagio del virus de la madre al niño durante el parto y proceso de lactancia.

Desde la disciplina de enfermería ha habido participación en algunas de las revisiones bibliográficas citadas, más no se encontraron investigaciones primarias que aborden específicamente la temática propuesta para este trabajo final de graduación.

Capítulo III

Marco Metodológico

En el presente capítulo se expone la metodología utilizada en este trabajo de investigación; se detallan los instrumentos de recolección de información utilizados, se define la manera en la que se organizaron y analizaron los datos obtenidos. Además, se incluyen los principales aspectos éticos tomados en cuenta durante el proceso de investigación.

3.1 MODALIDAD DEL TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

El artículo 48 del Reglamento General del Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad de Costa Rica, publicado en La Gaceta Universitaria el 17 de enero de 2018, menciona: “Quienes opten por una maestría profesional deberán desarrollar un trabajo final de investigación aplicada (en adelante TFIA), congruente con el nivel y el título al que aspiran, presentarlo mediante un informe escrito y defenderlo públicamente” (pág. 15).

El presente trabajo final de graduación corresponde a la modalidad de investigación aplicada. Murillo (2008), citado por Vargas (2009), menciona:

La investigación aplicada recibe el nombre de investigación práctica o empírica, que se caracteriza porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos adquiridos, a la vez que se adquieren otros, después de implementar y sistematizar la práctica basada en investigación. El uso del conocimiento y los resultados de investigación que da como resultado una forma rigurosa, organizada y sistemática de conocer la realidad” (pág.159).

3.2. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene un enfoque cualitativo, tomando en cuenta las características propias de tal denominación. Al respecto, Creswell y Poth (2018), citado por Grove (2019), mencionan que la investigación cualitativa:

Es un enfoque sistemático que se utiliza para describir experiencias y situaciones desde la perspectiva de las personas que se encuentran en esa situación. El investigador analiza las palabras del participante(s), descubre su significado y describe la experiencia de forma que se comprenda mejor (pág. 59).

La investigación cualitativa permite conocer información sobre la vida de las personas, así como las circunstancias que las rodean, por lo que, siendo el cuidado un pilar del quehacer de la enfermería, resulta útil utilizar este enfoque, pues permite comprender mejor sus necesidades y realizar la práctica del cuidado basada en evidencia. Powers (2015), citado por Grove (2019), refiere:

La investigación cualitativa puede proporcionar descripciones detalladas de las experiencias de los pacientes y sus familiares, que aumenten la comprensión del personal de enfermería sobre cuáles son las formas más adecuadas de intervenir y de servir de apoyo (pág. 59).

3.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación cualitativa abarca diferentes diseños de investigación, entre ellos, el diseño fenomenológico descriptivo. La fenomenología se enfoca en las experiencias humanas. Polit y Beck (2018) mencionan que permite pensar en cómo son las experiencias de vida de las personas y qué significado tienen para ellas. De manera que la principal fuente de información es la conversación con la persona, para comprender mejor el significado que esta le brinda de manera consciente.

Do Prado et al. (2008) mencionan con respecto a la fenomenología:

La fenomenología está dirigida a comprender la experiencia vivida y tiene sus bases teóricas en la filosofía. La estrategia más importante para la recolección de los datos es la

entrevista en profundidad. Las técnicas como las narraciones, la observación participante y los diarios de campo son estrategias complementarias. Los datos son analizados como un todo y en sus partes, y se busca comprender las vivencias en el mundo. Los resultados son presentados en temas y/o subtemas, así como en narraciones (pág. 89).

Por su parte, Polit y Beck (2018) mencionan que los estudios fenomenológicos descriptivos incluyen cuatro pasos: datos en suspenso, intuición, análisis y descripción:

Los datos en suspenso se refieren al proceso de identificar diseños y métodos para la investigación cuantitativa y cualitativa en enfermería, mantener en suspenso las creencias preconcebidas y las opiniones sobre el fenómeno en estudio. Los investigadores buscan dejar en suspenso sus suposiciones previas en un esfuerzo por confrontar los datos en forma pura. Los investigadores fenomenológicos (así como otros investigadores cualitativos) suelen llevar un diario reflexivo en sus esfuerzos por mantener los datos en suspenso. La intuición, el segundo paso en la fenomenología descriptiva, ocurre cuando los investigadores se mantienen abiertos ante los significados atribuidos al fenómeno por aquellos que lo experimentaron (pág. 187).

Los investigadores luego proceden al análisis (extraen declaraciones significativas, clasifican y dan sentido a los significados esenciales). Finalmente, en la fase descriptiva se comprende y define el fenómeno (Polit y Beck, 2018, pág. 187).

La presente investigación buscó develar y describir las experiencias de madres con COVID-19 en el establecimiento de la lactancia materna en el puerperio inmediato y mediano, durante la pandemia provocada por esta enfermedad.

Fases Metodológicas de la investigación cualitativa

Do Prado et al. (2008) y Polit y Beck (2018), señalan que el proceso de investigación cualitativa requiere de etapas que se interrelacionan y se articulan de manera dinámica, las cuales necesitan ser comprendidas como momentos no lineales, pues el investigador puede retornar en cualquier momento al trabajo (pág.90). A continuación, se describe cada una de ellas:

Etapas preparatoria

En esta etapa el investigador empieza a reflexionar acerca de la realidad y de los fenómenos ahí involucrados. Existe mayor abstracción; el investigador busca reconocer el fenómeno de estudio, así como su relevancia social y académica (pág. 90). En esta etapa se reconocen dos fases:

- Fase reflexiva: El investigador busca clarificar y determinar el tópico de interés, que es la propia vida cotidiana, la práctica educativa diaria; las experiencias concretas que resultan significativas. El investigador contrarresta sus ideas con las de otros especialistas, a través de la lectura de los trabajos de otros investigadores, para conocer las aportaciones teóricas ya elaboradas para el fenómeno de interés. En este punto también se describen las razones por las cuales elige el tema de interés, las cuales pueden ser personales, profesionales, sociales, científicas o de cualquier otro tipo (pág.91). De esta manera se planteó el problema de investigación: conocer las vivencias de un grupo de madres positivas por COVID-19 durante el establecimiento de la lactancia materna en el posparto inmediato y mediato, residentes de la Gran Área Metropolitana.
- Fase de planeamiento: En esta fase el investigador deberá considerar cuestiones de naturaleza operacional, tales como el método más adecuado para estudiar el fenómeno, es decir, el diseño de investigación, que para el presente trabajo es de tipo cualitativo, como ya se ha explicado

anteriormente. Con respecto al muestreo, decisiones relativas al tiempo, personas y contexto; al inicio este no puede ser definido a priori, por lo que una de las características del muestreo cualitativo es su flexibilidad. El tamaño de la muestra se va definiendo en el transcurso del proceso de recolección y análisis de datos, con base en los resultados obtenidos; esto es buscando el punto de saturación que más adelante se explicará más ampliamente. También el investigador define la técnica de recolección de datos basado fundamentalmente en la pregunta de investigación y el diseño planteado. Además, para el análisis de los datos, deberá tomar en cuenta que esta es una fase de conceptualización, donde se buscan los significados, sentidos y explicaciones para el fenómeno en estudio, considerando la naturaleza subjetiva de los datos. Las cuestiones éticas son otro aspecto importante, pues existe un involucramiento del investigador, lo cual tiene implicaciones éticas. La participación de los sujetos debe ser voluntaria y se deben garantizar sus derechos a través del consentimiento informado (pp 92-93).

Al concluir la etapa de planeamiento, el investigador conforma su proyecto de investigación, el cual se presentará a los organismos correspondientes para su aprobación.

Etapa de trabajo de campo

De acuerdo con Do Prado et al. (2008) esta etapa tiene tres fases muy importantes: de acceso al campo, de recolección de datos y de salida del campo. Cada una de ellas tiene desafíos y cuidados que el investigador debe considerar para obtener éxito en su estudio, a saber:

- **Acceso al campo:** Incluye el tener permiso para llevar a cabo la investigación. Se necesita tanto el acceso físico como social; además, se identifica a los participantes e informantes clave. Es importante establecer un clima de buenas relaciones (pág. 94).
- **Recolección de datos:** Otra tarea importante de planear es el registro de la información, para lograr registros fidedignos a los acontecimientos, garantizando que sus datos sean una

“fotografía” de la realidad y no una interpretación de ella (pág. 95). Existen estrategias como la grabación, fotografía y diario de campo.

Al final de la etapa de trabajo de campo, el investigador tendrá como resultado los datos acumulados, los cuales serán sometidos a la etapa analítica.

Etapa analítica

La etapa analítica es desafiante puesto que exige, por parte del investigador, cierta habilidad para transformar los datos brutos en un nuevo conocimiento. Para Do Prado et al. (2008):

El proceso de análisis de modo general consiste en organizar, construir un significado, codificar y relacionar y, por fin, escribir (...). El investigador precisa ejercitar su creatividad y sensibilidad, para penetrar y darles un significado a los acontecimientos que muestran los datos. Precisa ver más allá de lo obvio para descubrir lo nuevo, uniendo su conocimiento y su experiencia personal. Para esto debe hacer preguntas, comparaciones y recoger datos, comparar siempre lo que uno cree que ve con aquello que ve a nivel de las dimensiones o de las propiedades, porque esto permite al analista usar la experiencia sin ponerla en los datos. No es la percepción o la perspectiva del investigador lo que importa, sino cómo los participantes de la investigación ven los acontecimientos (pág. 95).

En la investigación cualitativa, el proceso del análisis se desarrolla a partir de los procesos cognitivos, que, de forma general, Do Prado, et al (2008, p.96) describen de la siguiente manera:

- Comprender: Buscar y aprender todo lo que se debe aprender sobre un lugar, la cultura y el tema de estudio; una descripción completa, detallada, coherente y rica.

- Sintetizar: Capacidad del investigador en unir varios casos o historias, y/o experiencias con el fin de describir los patrones y/o comportamientos o respuestas típicas del grupo.
- Teorizar: Desarrollar y manipular constantemente esquemas teóricos hasta obtener el mejor. Es un proceso de especulación, conjetura, falsación y verificación, de selección, revisión y descarte.
- Recontextualizar: Es el desarrollo de la teoría emergente de modo que sea aplicable a otros contextos más amplios y distintos de aquéllos estudiados.

En el proceso de análisis, el investigador tiene el desafío de mantener el equilibrio entre la subjetividad y la objetividad. Según Do Prado, et al (2008):

Para mantener una posición objetiva durante el proceso, el investigador necesita pensar de manera comparativa, obtener múltiples puntos de vista sobre un acontecimiento (triangulación), revisar las presuposiciones y las hipótesis con los entrevistados y cotejarlas con los datos y, mantener una actitud de escepticismo (debe considerar siempre provisionales sus conclusiones) (pág. 96).

La fase final de la etapa de análisis y del estudio es la elaboración del informe de investigación, que implica un fuerte proceso de argumentación. Do Prado et al. (2008) mencionan: “Es una tarea crítica, en la cual el investigador precisa garantizar que aquello que ha escrito en forma de notas de campo mejore en su informe final y que éste esté lo más correctamente escrito y sea de calidad” (pág.97). Presenta también las reflexiones acerca de las conclusiones de la investigación realizada.

3.4. POBLACIÓN PARTICIPANTE Y MUESTRA

3.4.1. Población

La población se define, según Polit y Beck (2018), como el grupo completo de interés. Las poblaciones no se limitan a las personas, sino que son un agregado completo de elementos (pág.162).

La población con la cual se trabajó son mujeres que tuvieron la infección COVID-19 en el puerperio inmediato y mediato, mientras se encontraban estableciendo su proceso de lactancia materna, residentes del Gran Área Metropolitana 2021- 2022.

3.4.2. Tipo de muestreo y justificación del tamaño de la muestra

El muestreo cualitativo es definido como “la parte de un colectivo o población elegida mediante criterios de representación socioestructural, que se somete a la investigación científica social con el propósito de obtener resultados válidos para el universo" (Mejías, 2000, pág. 166).

En esta investigación se realizó un muestreo por conveniencia, el cual, de acuerdo con Polit y Beck (2018) “implica la selección de las personas con la disponibilidad más conveniente como participantes” (pág. 163).

Para definir el tamaño de la muestra se utilizó el principio del punto de saturación, sobre el cual, Mejías (2000) menciona que permite determinar el número de unidades elegidas dentro de ciertas condiciones metodológicas y cuyos resultados representan al objeto de estudio (pág. 171).

El punto de saturación del conocimiento es “el examen sucesivo de casos que van cubriendo las relaciones del objeto social, de tal forma que, a partir de una cantidad determinada, los nuevos casos tienden a repetir -saturar- el contenido del conocimiento anterior” (Mejías, 2000, pág. 171). Por lo tanto, la muestra se determina a medida que el investigador avanza.

Mejías (2000) menciona que con una cantidad de 11 a 15 sujetos se comienza a comprender las pautas estructurales que definen el objeto de estudio y se inicia el proceso de saturación (pág.172). En esta investigación, este punto se alcanzó con 14 entrevistas.

3.4.3. Criterios de Elegibilidad

❖ Criterios de Inclusión

Según Grove et al. (2015) los criterios de muestreo de inclusión son las características que el sujeto o elemento deben poseer para formar parte de la población diana (pág. 250). Para el desarrollo de esta investigación los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Residir en la Gran Área Metropolitana.
- Tener 18 años cumplidos o más.
- Haber estado contagiada de COVID-19 durante el parto, en el periodo del puerperio inmediato o mediato.
- Haber tenido su parto entre el 2021- 2022.
- Haber tenido parto vaginal.
- Haber permanecido en alojamiento conjunto con su bebé, exentos de otras patologías diferentes al COVID-19, tanto madre como neonato, que pudieran alterar el establecimiento de la lactancia materna en el puerperio inmediato y mediato.

❖ Criterios de Exclusión

Por otra parte, los criterios de exclusión son definidos por Burns et al. (2015) como aquellas características por las cuales una persona o un elemento sean excluidos de la población diana. Para el desarrollo de esta investigación los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Mujeres sin deseo de amamantar a su bebé o con alguna situación de salud que imposibilitara el proceso.
- Mujeres sin acceso a la tecnología necesaria para poder participar en reuniones en la plataforma zoom, medio por el cual se realizaron las entrevistas a las participantes.

3.4.4. Estrategias de Reclutamiento

El reclutamiento de las participantes de la investigación se hizo de la siguiente manera:

- Se realizaron publicaciones en redes sociales (Facebook, Instagram, WhatsApp) donde se invitó a participar a las mujeres que cumplieran con los criterios de inclusión.
- Se divulgó la información de persona a persona, de manera que esta llegara a la población meta.
- En la divulgación de la información se facilitó un formulario a través de la herramienta Google Forms, donde las mujeres interesadas en participar anotaron sus datos personales e información de contacto.
- Posteriormente, se revisaron los formularios recibidos y se procedió a contactar vía telefónica a las interesadas en participar para agendar una reunión a través de la plataforma Zoom.

3.5. LUGAR DONDE SE LLEVÓ A CABO LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se llevó a cabo con mujeres que tuvieron COVID-19 durante el establecimiento de la lactancia materna en el puerperio inmediato y mediano, residentes de la Gran Área Metropolitana, la cual incluye las provincias de Cartago, San José, Heredia y Alajuela, localizadas en la meseta central. Las entrevistas se efectuaron a través de la plataforma Zoom desde los lugares de residencia de las participantes, así como de las investigadoras.

3.6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS E INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizaron para la recolección de los datos fueron la entrevista semiestructurada y el diario de campo.

La entrevista es una conversación en la cual se realiza una serie de preguntas y se escuchan las respuestas, de manera que se va obteniendo información sobre el tema de interés; permite conocer las perspectivas que tienen los entrevistados de acuerdo con sus realidades.

Según Polit y Beck (2018):

Las entrevistas semiestructuradas (o enfocadas) se usan cuando los investigadores tienen una lista de temas o preguntas amplias que deben cubrir en una entrevista. Los entrevistadores usan una guía temática escrita para asegurarse de cubrir todas las áreas de preguntas. La función del entrevistador es alentar a los participantes a hablar con libertad de todos los temas en la guía (pág. 204).

Una vez que se contactó a la participante se programó la fecha y hora conveniente para explicar la investigación, obtener el consentimiento informado y realizar la entrevista.

La entrevista consta de 13 preguntas distribuidas en 3 apartados (ver anexo 1):

- I. Información general
- II. Percepciones de las madres con COVID-19
- III. Prácticas de amamantamiento

Como ya se ha mencionado, la entrevista se aplicó por medio de la plataforma Zoom, a las mujeres que aceptaron participar en la investigación, procurando un ambiente privado, tranquilo y seguro. Durante cada entrevista estuvieron presentes dos personas del equipo investigador, de manera que una dirigía la entrevista conversando con la participante, mientras la otra persona era oyente y tomaba notas en el diario de campo sobre la comunicación no verbal y sobre datos relevantes. Do Prado et al. (2008) mencionan el diario de campo:

Consiste en las anotaciones que el investigador hace durante su trabajo de campo y debe contener: la observación y la percepción de sí mismo, auto-observación (sentimientos, ideas, dudas, reacciones, errores, problemas, dificultades y facilidades personales); la observación y la percepción de otras personas o contextos sociales (situaciones conflictivas, problemas, dificultades y facilidades con otras personas o en el contexto, reacciones del participante) (pág. 95).

Se utilizaron notas de observación: relato de las informaciones obtenidas, y notas teóricas: relato de las interpretaciones hechas por el investigador. Estas notas permiten plasmar elementos significativos para la comprensión del contexto en que se realizó la entrevista; son también una fuente de información para interpretar y discutir los resultados.

3.7. UNIDAD DE ANÁLISIS A PRIORI

En esta investigación, mediante categorías y subcategorías, se elaboraron y distinguieron los tópicos a partir de los cuales se recogió y se analizó la información.

Las categorías de análisis, según Cisterna (2005), “denotan un tópico en sí mismo”, mientras que las subcategorías “detallan dicho tópico en micro aspectos” (pág. 64). Para el presente trabajo las categorías y subcategorías se construyeron antes del proceso para recopilar la información, de manera que, según Cisterna (2005), se denominan apriorísticas (pág.64). Las categorías se relacionan con la entrevista semiestructurada y se utilizaron para el análisis y descripción de los resultados.

Cuadro 1. Categorías y subcategorías de la investigación

Pregunta de investigación	Objetivo General	Objetivos Específicos	Categoría	Subcategoría	Preguntas
¿Cuáles son las experiencias de las madres con COVID-19 en el establecimiento de la lactancia materna en el puerperio inmediato y mediato en la Gran área Metropolitana, 2021- 2022?	<ul style="list-style-type: none"> • Develar las experiencias de las madres con COVID-19 en el establecimiento de la lactancia materna en el puerperio inmediato y mediato. Gran área Metropolitana, 2021-2022. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las percepciones de las madres con COVID-19 en el establecimiento de la lactancia materna en el puerperio inmediato y mediato. 	<ul style="list-style-type: none"> • Percepciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención recibida 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo fue la experiencia de su parto? 2. ¿Se le permitió tener a su bebé en brazos en la primera hora del nacimiento? ¿Qué emociones experimentó al tener a su bebé cerca de su pecho? 3. ¿Cómo percibió la atención que recibió

					<p>por parte de los profesionales durante su parto y posparto? ¿En algún momento se sintió discriminada o descuidada por su diagnóstico?</p>
				<ul style="list-style-type: none"> • Emociones y sentimientos durante estancia hospitalaria 	<p>4. ¿Qué sentía y pensaba al dar a luz durante la pandemia por coronavirus?</p> <p>5. Al momento de colocar al bebé en su</p>

					pecho ¿cómo fue la experiencia?
				<ul style="list-style-type: none"> • Emociones y sentimientos experimentados en el hogar 	<p>6. ¿Qué sentimientos tuvo al brindar lactancia materna a su bebé mientras tenía COVID-19 estando en su hogar?</p> <p>7. Puede describir ¿qué fue lo que más le gustó de su experiencia de amamantamiento</p>

					<p>durante los primeros días? ¿Hubo alguna situación desagradable?</p> <p>8. ¿Tiene otros hijos? ¿Cómo describe esta experiencia con respecto al amamantamiento de su hijo anterior?</p> <p>9. ¿Qué sugerencias tiene usted para ayudar a las madres con COVID-19 en</p>
--	--	--	--	--	--

					el establecimiento de la lactancia materna?
		<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las prácticas de amamantamiento realizadas por madres con COVID-19 durante su puerperio inmediato y mediato. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Prácticas de amamantamiento ○ 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento del amamantamiento 	10. ¿Qué acciones realizó usted para fortalecer el vínculo con su bebé y favorecer el proceso de lactancia materna?
				<ul style="list-style-type: none"> • Atención hospitalaria 	11. Sobre las herramientas que recibió por parte de

					<p>los profesionales de salud con respecto a la lactancia materna y el COVID-19 ¿qué cuidados tuvo al brindar lactancia materna a su bebé mientras se encontraba con COVID-19 en el hospital?</p>
				<p>• Influencias extrahospitalarias</p>	<p>12. ¿Qué cuidados tuvo al brindar lactancia</p>

					<p>materna a su bebé mientras se encontraba con COVID-19 en su hogar?</p> <p>13. Con respecto a la información que le brindaron sus familiares, amigos o personas cercanas durante sus primeros días de lactancia materna ¿qué prácticas realizó usted?</p>
--	--	--	--	--	---

--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

3.8. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN Y MANEJO DE LOS DATOS

Una vez que se las mujeres interesadas completaron el formulario inicial a través de la herramienta Google Forms, se revisaron los datos y se les contactó vía telefónica para programar día y hora de la entrevista a través de la plataforma Zoom. Las entrevistas se aplicaron durante los meses de octubre a noviembre de 2023. La duración de las entrevistas osciló entre 45-60 min por participante.

Una vez iniciada la reunión en la plataforma digital el proceso fue el siguiente:

- Presentación de las investigadoras y de las participantes.
- Consentimiento para grabar la reunión.
- Explicación de la investigación.
- Entrega vía digital del consentimiento informado (vía WhatsApp).
- Lectura del consentimiento informado. Usuaría manifiesta su deseo de participar en la investigación.
- Abordaje de dudas.
- Entrevista.
- Agradecimiento.

Posteriormente a la finalización de las entrevistas, se procedió a transcribir la información grabada mediante la aplicación Zoom. Las grabaciones son una fuente primaria de información, por lo que se guardarán hasta el final de la investigación en un dispositivo de almacenamiento externo; se han rotulado según la fecha e informante, siempre garantizando la confidencialidad. El material transcrito (digital) también se va a almacenar en el dispositivo mencionado anteriormente, el cual se guardará en el hogar de una de las investigadoras, bajo llave.

3.9. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para la presente investigación el análisis de los datos se realizó por medio del método de Colaizzi, el cual consiste en “la organización de unidades de significados percibidos y la agrupación entre sí. Luego de varias lecturas y análisis se devela el fenómeno en cuestión” (Escalante y Paramo, 2011, pág. 125).

El método de Colaizzi, de acuerdo con Sánchez et al. (2006, pág. 33), se compone de distintas etapas:

1. Definir el fenómeno de interés.
2. Recolectar descripciones de los participantes sobre este fenómeno.
3. Leer todas las descripciones de los participantes sobre el fenómeno.
4. Volver a las transcripciones originales y extraer enunciados significativos, declaraciones de relevancia directa para el fenómeno en estudio.
5. Tratar de escribir el significado de cada enunciado significativo; se trata de una cuidadosa consideración de las declaraciones significativas.
6. Organizar los significados formalizados agregados en grupos de temas o categorías que se muestran como persistentes y recurrentes en las entrevistas.
7. Escribir una descripción exhaustiva, que incluya los significados que se hallaron.
8. Validar esta descripción con los participantes. Se buscaría indagar si la descripción formulada durante las etapas de método, corresponde a la experiencia que los participantes habían descrito.
9. Si nuevos datos son revelados durante la validación, incorporarlos a la descripción.

Por otro lado, es importante mencionar que el rigor en la investigación cualitativa es de gran importancia, pues permite que los estudios realizados sean más creíbles y valiosos. Existen mecanismos que ayudan a satisfacer los criterios de calidad en las investigaciones, con el fin de

garantizar el rigor metodológico. Para esta investigación se utiliza la triangulación, la cual es una propuesta que permite usar variadas observaciones, perspectivas teóricas, fuentes de datos y metodologías.

Vásquez, et al (2011) indican que la triangulación es un mecanismo de control de calidad potente, considerada en varias etapas del proceso. Consiste en la comparación de múltiples puntos de vista, informantes, fuentes de información, métodos, técnicas, perspectivas teóricas, y que constituyen diferentes tipos de triangulación (pág. 119). Para investigativos se utilizan fuentes de información e informantes. Velásquez, et al. (2011) señalan que este tipo de triangulación consiste en tomar como fuente diferentes actores, diferentes documentos, o datos cuantitativos. “Los datos que se obtienen de esta forma se contrastan, ayuda a corroborar los datos y también, a encontrar diferencias que pueden señalar dimensiones alternativas no contempladas previamente, y que hay que tener en cuenta” (pág.120).

Los datos de esta investigación son analizados desde una triangulación y fueron obtenidos a partir de la entrevista, la observación (las notas de campo) y marco conceptual, el cual se desarrolló a partir de la búsqueda de los conceptos pertinentes a la investigación en recursos de acceso virtual como Google académico y el SIBDI (Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información) de la Universidad de Costa Rica. La principal base de datos consultada fue EBSCO-Academic, Access Medicina y Clinical Key.

3.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Durante el proceso para recolectar información, el análisis y divulgación de los resultados se deben tener en cuenta principios que garanticen la ética de la investigación. Para ello, en la presente investigación se toman en cuenta los siete requisitos descritos por Ezekiel Emanuel (2003) en su escrito *¿Qué hace que la investigación sea ética?* Este autor menciona que los

requisitos “tienen como fin reducir al mínimo la posibilidad de explotación, con el fin de asegurar que los sujetos de investigación no sean sólo usados, sino tratados con respeto mientras contribuyen al bien social” (pág. 84).

A continuación, se describe cada requisito:

Valor

Emanuel (2003) menciona que una investigación debe tener valor para que sea ética. Este requisito hace referencia al juicio sobre la importancia social, científica o clínica de ella, para generar mejoras en la salud y bienestar de la población. Esto, poniendo el énfasis en los resultados de la investigación, en cuanto a que tienen la probabilidad de promover mejoras en la salud, en el bienestar o en el conocimiento de la población (pág. 85).

El valor de la presente investigación radica en la importancia de generar conocimiento sobre las experiencias de madres con COVID-19, en el establecimiento de la lactancia materna en el puerperio, pues como ya se ha mencionado, la mayor parte de estudios sobre lactancia materna y COVID-19 van dirigidos meramente a lo biológico, dejando de lado la vivencia de este proceso desde la perspectiva de las madres; además de generar conocimiento desde la disciplina de enfermería, con el fin de mejorar el acompañamiento de estas madres durante un proceso tan sensible.

Validez científica

Al respecto, según Emanuel (2003), para que un protocolo de investigación clínica sea ético, la metodología “debe ser válida y prácticamente realizable. O sea, la investigación debe tener un objetivo científico claro, estar diseñada usando principios, métodos y prácticas de efecto seguro aceptados” (pág. 86). Debe poder probar el objetivo, tener un plan de análisis de datos verosímil y debe poder llevarse a cabo.

Resulta, por tanto, importante, que el proceso de investigación se apoye en un método científico que respalde sus hallazgos.

Selección equitativa del sujeto

La identificación y selección de los sujetos que participarán en una investigación deben ser equitativas. Emanuel (2003) describe cuatro facetas:

1. Asegurar que se seleccionen grupos específicos de sujetos por razones relacionadas con las interrogantes científicas incluidas en la investigación: “Una selección equitativa de sujetos requiere que sea la ciencia y no la vulnerabilidad -o sea, el estigma social, la impotencia o factores no relacionados con la finalidad de la investigación- la que dicte a quién seleccionar como probable sujeto” (pág. 87).
2. A todos los grupos se les debe ofrecer la oportunidad de participar en la investigación a menos que existan buenas razones científicas o de riesgo que restrinjan su elegibilidad. Sin embargo, “sería justo restringir la participación de algunos grupos en un protocolo de investigación clínica, si eso los expusiera a riesgos significativamente mayores” (pág. 87).
3. La selección de sujetos puede considerarse equitativa solo cuando aquellos que se reclutan como sujetos estén en condiciones de beneficiarse si la investigación proporciona un resultado positivo: “En este sentido, la selección equitativa de sujetos debe tomar en cuenta si los resultados de la investigación pudieran ser de valor real para los grupos que están reclutándose para participar en la investigación” (pág. 87).
4. Cuando hay una interacción dinámica entre la selección equitativa de los sujetos y la garantía de una razón de riesgo-beneficio apropiada: “La selección de sujetos debe estar diseñada para reducir al mínimo los riesgos para los sujetos a la vez que se maximizan los beneficios sociales y científicos de los resultados de la investigación” (pág. 87).

Proporción favorable de riesgo-beneficio

En una investigación pueden existir considerables riesgos y beneficios; el grado de riesgo o beneficio es incierto. Según Emanuel (2003), la investigación clínica puede justificarse solo cuando: 1) los riesgos potenciales a los sujetos individuales se minimizan, 2) los beneficios potenciales a los sujetos individuales o a la sociedad se maximizan, y 3) los beneficios potenciales son proporcionales o exceden a los riesgos asumidos (pág. 88).

Este requisito incorpora los principios de no-maleficencia y beneficencia.

El principio de no maleficencia sostiene que no se debe causar daño a una persona. Esto justifica la necesidad de reducir al mínimo los riesgos de la investigación. El principio de la beneficencia “se refiere a la obligación moral de actuar en beneficio de otros” (Emanuel, 2003, pág. 89).

Evaluación independiente

Los investigadores son susceptibles de tener diversos intereses, los cuales pueden involuntariamente distorsionar y minar sus juicios en lo referente al diseño y la realización de la investigación, al análisis de los datos, así como a su adherencia a los requisitos éticos.

Una manera común de reducir al mínimo el impacto potencial de ese tipo de prejuicios es la evaluación independiente, haciendo que la investigación clínica sea revisada por peritos apropiados que no estén afiliados al estudio y que tengan autoridad para aprobar, enmendar o, en casos extremos, cancelar la investigación (Emanuel, 2003, pág. 89).

La evaluación independiente del cumplimiento con los requisitos éticos de una investigación garantiza a la sociedad que las personas participantes serán tratadas éticamente y no solo como meros medios.

Consentimiento informado

La participación de los individuos en una investigación debe ser compatible con sus valores, intereses y preferencias. El consentimiento informado (ver anexo 2), incluye información sobre el propósito, los riesgos, los beneficios y las alternativas a la investigación. También es fundamental una adecuada comprensión de la información por parte de la persona participante y de su propia situación clínica; así como la toma de una decisión libre no forzada sobre si desea participar o no. “El consentimiento informado se justifica por la necesidad del respeto a las personas y a sus decisiones autónomas” (Emanuel, 2003, pág. 90).

Respeto a los sujetos inscritos

Mientras participan en la investigación, las personas deben continuar siendo tratadas con respeto. Según Emanuel (2003, pp 90-91), este respeto implica al menos cinco actividades, que se mencionan a continuación:

1. Permitir al sujeto cambiar de opinión, decidir que la investigación no concuerda con sus intereses o preferencias, y retirarse sin sanción.
2. La privacidad del sujeto debe ser respetada; la información será administrada de acuerdo con reglas de confidencialidad.
3. El respeto requiere que a los sujetos inscritos se les proporcione la nueva información que puede surgir, por ejemplo, los nuevos riesgos y beneficios descubiertos en el curso de la investigación.
4. Debe haber algún mecanismo para informar sobre los resultados y lo que se aprendió de la investigación clínica, en reconocimiento a la contribución de los sujetos en esta.
5. Vigilar el bienestar de los sujetos cuidadosamente a lo largo de su participación; si experimentan reacciones adversas o suceden eventos adversos severos, proporcionar el tratamiento apropiado, y si es necesario, retirarlos de la investigación.

Capítulo IV

Resultados

4. RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos por medio de una entrevista semiestructurada, aplicada a cada de las mujeres que dieron su consentimiento para ser parte de la investigación. La entrevista fue dividida en categorías y subcategorías, directamente relacionadas con los objetivos de esta investigación.

Se establecieron dos grandes categorías como pilares fundamentales de la investigación: Percepciones de las madres con COVID-19 y Prácticas de amamantamiento. De ellas derivaron las siguientes subcategorías: Atención recibida, Emociones y sentimientos durante la estancia hospitalaria, Emociones y sentimientos experimentados en el hogar, Establecimiento del amamantamiento y, por último, Atención hospitalaria e influencias extrahospitalarias.

No existen influencias por parte de las investigadoras en la transcripción de respuestas. Además, para proteger la identidad de las participantes, en este informe se utilizan nombres ficticios.

4.1. Aspectos sociodemográficos

Este apartado es un compendio de datos personales de las participantes, a saber: edad, estado civil, ocupación, lugar de residencia, cantidad de hijos, tipo de centro hospitalario donde tuvo su parto y tipo de parto. En el siguiente cuadro se muestra la información recolectada:

Cuadro 2. Descripción de aspectos sociodemográficos de las entrevistadas

Participante	Descripción sociodemográfica
1.Sofía	Mujer de 33 años, ama de casa, casada. G1P. Parto en hospital público. Diagnóstico de COVID-19 en la labor de parto.
2.María	Mujer de 38 años, enfermera, casada. G2P2. Parto en hospital privado. Diagnóstico de COVID-19 en la labor de parto.
3.Lucía	Mujer de 28 años, ama de casa, casada. G2P2. Parto en hospital público. Diagnóstico de COVID-19 en la labor de parto.
4.Mariana	Mujer de 36 años, ama de casa, casada. G2P2. Parto en hospital privado. Diagnóstico de COVID-19 en la labor de parto.
5.Raquel	Mujer de 34 años, ama de casa, vive en unión libre. G1P1. Parto en hospital público. Diagnóstico de COVID-19 en la labor de parto.
6.Angie	Mujer de 28 años, ama de casa, vive en unión libre. G3P3. Parto en hospital público. Diagnóstico de COVID-19 en la labor de parto.
7.Gloriana	Mujer de 39 años, ama de casa, casada. G2P2. Parto en hospital público. Diagnóstico de COVID-19 en la labor de parto.
8.Paula	Mujer de 25 años, estudiante universitaria, soltera. G1P1, parto en hospital público.

	Diagnóstico de COVID-19 en la labor de parto.
9.Valeria	Mujer de 25 años, ama de casa, casada. G2P2. Parto en hospital público. Diagnóstico de COVID-19 en la labor de parto.
10.Fabiola	Mujer de 26 años, ama de casa, vive en unión libre. G2P2. Parto en hospital público. Diagnóstico de COVID-19 en la labor de parto.
11.Belén	Mujer de 31 años, ama de casa, casada. G1P1. Parto en hospital público. Diagnóstico de COVID-19 en la labor de parto.
12.Franciny	Mujer de 36 años, analista de control de calidad, casada. G1P1. Parto en hospital privado. Diagnóstico de COVID-19 en la labor de parto.
13.Brenda	Mujer de 36 años, ama de casa, casada. G2P2. Parto en hospital privado. Diagnóstico de COVID-19 en la labor de parto.
14.Karol	Mujer de 33 años, auxiliar de farmacia. Casada. G1P1. Parto en hospital público. Diagnóstico de COVID-19 en la labor de parto.

Fuente: Elaboración propia con base en las respuestas obtenidas de las entrevistas realizadas a las participantes (2023).

Del cuadro anterior se puede observar que las participantes se encuentran con edades entre los 25 y 39 años. Además, diez de ellas se desempeñan como amas de casa, una es estudiante universitaria, una es enfermera, una es analista de control de calidad y por último, una es auxiliar de farmacia.

Se identifica con respecto al estado civil que diez mujeres son casadas, tres viven en unión libre y una es soltera. Con respecto a sus antecedentes obstétricos, la mayoría de ellas ya había experimentado la maternidad antes de la pandemia, mientras que 6 de ellas fueron madres primerizas. Sobre el lugar donde llevaron a cabo el parto, diez de ellas decidió dar a luz en los servicios de maternidad de hospitales de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), mientras que cuatro de ellas optaron por acudir a hospitales privados.

Finalmente, es importante mencionar que todas las participantes se encontraban positivas por el virus de COVID-19 al momento de dar a luz y durante el posparto inmediato.

4.2 Percepciones de las madres con COVID-19

Esta categoría muestra la percepción de las madres con respecto a la atención recibida en los servicios de maternidad, tanto en los hospitales públicos como privados en los que cada una tuvo su parto y transitó su puerperio inmediato durante pandemia del COVID-19. Es así como, a partir de la información recolectada, se distinguen las siguientes subcategorías:

4.2.1 Atención recibida

Esta subcategoría plasma las experiencias de cada participante en los servicios de maternidad, según su percepción sobre la atención recibida. Toma en cuenta la atención directa de parte del personal de salud durante su trabajo de parto, parto y puerperio inmediato, enteradas ellas de que estaban positivas por el virus del COVID-19 durante estos procesos.

La mayoría mencionó malos tratos por parte de los diferentes profesionales de salud que se encontraban laborando en las salas de maternidad a nivel público, como se evidenció al consultarles sobre la atención recibida. Destacan las siguientes respuestas:

“Muy mala, en ese momento solo yo estaba en sala de parto, me dejaron sola, hicieron cambio de turno y se fueron a una reunión. Tardaron horas en regresar. Y a mi esposo no lo habían dejado entrar. Y ya cuando llegaron yo estaba literalmente dando a luz y entonces ya me pasaron a sala de partos; a él lo dejaron entrar hasta que ya tenía 9cm. Usar la mascarilla fue feo usarla y no ayudaba mucho como en la parte de la oxigenación” (Lucía, participante 3).

“Fue horrible, fue incómodo, con mascarilla y no me dejaron estar acompañada por mi mamá” (Paula, participante 8).

“Muy traumático, muy sola pasé y no me orientaron sobre lo que debía de hacer” (Valeria, participante 9).

“Lloré mucho, estaba con dolor de garganta y mocos, se me cayó el plan que tenía, tuve que estar sola y me colocaron en un cuarto fuera del área de partos; todo el personal usaba mascarillas y no les entendía lo que me decían. En el cuarto faltaban muchas cosas, había hombres y sentí mucha pena; fue muy incómodo” (Franciny, participante 12).

De los comentarios anteriores, se puede ver extraer como principal molestia la falta de acompañamiento y orientación, así como los inconvenientes del uso de la mascarilla.

Por otra parte, otras participantes refieren cómo percibieron la atención recibida en servicios privados; esta es descrita de manera diferente:

“Fue a nivel privado y fue muy buena la atención, yo tenía miedo de ir a un hospital público; aparte de todas restricciones, yo sabía que no iban a dejar entrar a mi esposo. Por eso decidimos hacerlo por privado” (María, participante 2).

“Yo decidí tenerlo en hospital privado. Las enfermeras fueron un amor, solo la pediatra era difícil. El ginecólogo me dijo 'usted puede parir sin mascarillas porque nosotros tenemos trajes'” (Mariana, participante 4).

En los casos donde la atención fue a través de servicios de salud privados sí se permitió el acompañamiento familiar, lo cual es valorado por ellas y se describe una buena actitud de parte del personal de salud.

Otros de los aspectos sobre los que se indagó fue si se les había permitido el contacto inmediato con su bebé, tomando en cuenta la importancia de la hora de oro en apego materno y establecimiento de la lactancia materna precoz en el posparto inmediato. Se evidenció que a todas las participantes se les permitió ese primer contacto de piel con piel con su recién nacido, lo que generó una experiencia positiva en ellas, sin embargo, también el sentimiento común fue el miedo de contagiar a sus bebés, como se demuestra textualmente a continuación:

“Sí, me la dieron al nacer. Es una experiencia muy bonita y única. Pero a la vez siempre sentía miedo por todo lo de la pandemia” (Sofía, participante 1).

“Sí, cuando nació me lo dieron, y me dijeron que no podía quitarme la mascarilla. Yo por dicha no tuve síntomas. Entonces estaba feliz de tenerlo, pero a la vez tenía miedo de que también se enfermara” (Angie, participante 6).

“Sí lo tuve en brazos, pero usando mascarilla y guantes; lo que sentí fue mucho miedo de contagiarlo” (Brenda, participante 13).

“Sí se me permitió, pero utilizando mascarilla y guantes; sentí una emoción muy grande, una alegría al verlo y sentirlo por primera vez, pero mucho miedo de enfermarlo con COVID” (Karol, participante 14).

En esta misma línea se indagó sobre las medidas de protección personal y de aislamiento tomadas en cuenta durante el contacto con sus bebés. Como es de conocimiento público, el Ministerio de Salud dictó medidas en cuanto a la atención en los servicios de maternidad y salas de partos. La totalidad de las entrevistadas refirieron haber sido enteradas de estas por el personal de salud y haberlas tomado en cuenta al momento de tener contacto con sus bebés. Ello se refleja en las siguientes frases:

“Sí me permitieron colocarlo al pecho, pero en lapsos cortos, debían colocarlo en incubadora, porque pensaban que se iba a contagiar, además, debía lavarme las manos, usar mascarilla y guantes todo el tiempo” (Gloriana, participante 7).

“Sí me dejaron alzar a mi bebé, pero no lo pude disfrutar, la mascarilla no me dejaba verlo bien. Luego llegó una enfermera y me dijo que tenía que dejar al bebé en un cunero y que si quería darle de mamar tenía que lavarme las manos y los pechos” (Belén, participante 11).

“Sí lo tuve en brazos, pero usando mascarilla y guantes; lo que sentí fue mucho miedo de contagiarlo” (Brenda, participante 13).

“Sí se me permitió tenerlo en brazos, pero utilizando mascarilla y guantes; sentí una emoción muy grande, una alegría al verlo y sentirlo por primera vez” (Karol, participante 14).

Otro aspecto consultado a través de las entrevistas fue la posible discriminación por el personal de salud ante el diagnóstico de COVID-19 durante la estancia hospitalaria. A continuación, se evidencia en las citas textuales:

“En maternidad, algunas doctoras se acercaban a ver si los bebés tenían frenillo, pero en mi caso nadie me ayudó. Las que llegaban hablaban de mala gana y algunos hasta recetaban fórmula sin ayudar a la mamá o enseñarle a poner el bebé al pecho. Era un estrés ver a los bebés llorando porque no podían mamar” (Sofía, participante 1).

“Incómoda porque no sabían cómo tratarnos, ninguno quería ingresar al cuarto de aislamiento porque les daba miedo. Entraban demasiado rápido, no me hablaban mucho entonces me quedé con muchas dudas” (Paula, participante 8).

“Fue mala la atención no tenía información, además, me dejaron sola por horas, solo se asomaban por la puerta en los cambios de turno. Sí me sentí discriminada y descuidada todo el tiempo que estuvimos hospitalizadas” (Valeria, participante 9).

“Me sentía sucia por todo el equipo que debía ponerse el personal para ingresar al cuarto donde yo me encontraba, yo sabía que ellos tenían miedo de contagiarse entonces me dejaban horas sin revisar, entonces sí me sentí descuidada” (Fabiola, participante 10).

De lo anterior, es claro que las madres sintieron que hubo descuido y poco apoyo de parte del personal de salud en su posparto inmediato y en su proceso de amamantamiento a raíz de su diagnóstico, lo que generó experiencias negativas en ellas.

4.2.2 Emociones y sentimientos durante la estancia hospitalaria

En esta subcategoría se buscó conocer sobre las emociones y sensaciones que experimentaron las participantes con respecto a la estancia hospitalaria durante la pandemia del COVID-19. Los sentimientos expresados fueron de frustración, temor e incertidumbre, al encontrarse frente a una situación desconocida, en la que la duda y el miedo estaban presentes en la mayoría de la población. A continuación, se citan algunas de las referencias dadas por las participantes:

“Me sentía asustada, no sabía si iba poder entrar mi esposo, si tenía que estar sola o no. Sí tenía que usar mascarilla durante el proceso. Me daba miedo que el bebé o yo nos enfermáramos grave” (Lucía, participante 3).

“Yo quería que mi bebé naciera bien, pero me daba terror ir al hospital, por eso fui cuando ya no aguantaba los dolores, para no estar mucho tiempo ahí” (Raquel, participante 5).

“Sentía mucho miedo y ansiedad porque no sabía qué iba a pasar” (Gloriana, participante 7).

“Lloré mucho por miedo, veía en las noticias que los hospitales estaban saturados y sentía temor de contagiar a mi bebé y tuvieran que internarlo” (Belén, participante 11).

Las participantes que optaron por los servicios de salud privados refieren haber tomado esa decisión tomando en cuenta las facilidades que ese sistema de salud les ofrecía, tales como la privacidad del servicio y el acompañamiento de la persona de confianza elegida. Se destacan los siguientes enunciados:

“Me sentí muy aislada y asustada desde el embarazo, y pensar en dar a luz sola fue lo que hizo que mejor pagáramos por privado para que mi esposo me acompañara en el parto” (María, participante 2).

“Sentí mucho miedo y desilusión porque todos nuestros planes se echaron a perder, por eso decidimos pagar un hospital privado, para que mi esposo pudiera estar en el parto” (Franciny, participante 12).

Se pudo constatar el apoyo de la familia en estos casos; la pareja de la mujer fue sumamente valorada durante el proceso de trabajo de parto, parto y puerperio; este un proceso en el que la mayoría de las mujeres desean sentirse acompañadas.

Seguidamente, se exponen los aspectos relacionados con el inicio del amamantamiento en el puerperio inmediato durante la estancia hospitalaria. Con respecto a la experiencia de colocar al bebé por primera vez al pecho, a pesar de que percibieron restricciones por las medidas de protección personal, refirieron ese primer contacto como una experiencia positiva; así se evidencia en las siguientes citas:

“Me sentí feliz, es una experiencia maravillosa. Uno espera todo el embarazo” (Sofía, participante 1).

“Muy lindo, pude tenerla desde que nació; son momentos especiales entre bebé y uno. No se puede describir la alegría que uno siente de ya tenerlo en el pecho” (María, participante 2).

“Fue linda la experiencia, aunque nunca pude quitarme la mascarilla y eso hacía un poco incómoda la colocación al pecho” (Gloriana, participante 7).

“Algo único, son momentos que no se olvidan; es algo maravilloso” (Raquel, participante 5).

En este punto es importante mencionar que la experiencia en el establecimiento de la lactancia materna fue percibida como un proceso más fácil para aquellas mujeres que ya habían tenidos hijos y que ya habían amamantado anteriormente, así lo detallan las siguientes participantes:

“Me sentía feliz de ya tener al bebé en brazos; es una experiencia muy bonita, ya yo había tenido un hijo, entonces ya sabía qué hacer, pero son experiencias diferentes” (Angie, participante 6).

“Fue linda la experiencia, aunque nunca pude quitarme la mascarilla y eso hacía un poco incómoda la colocación al pecho, pero como ya tenía experiencia con mi anterior hijo, no me costó” (Gloriana, participante 7).

“Fue increíble, un instinto natural que hizo todo fuera fluido; por un pequeño momento olvidé que estaba contagiada, además, yo ya tenía experiencia con mi hijo anterior” (Valeria, participante 9).

Se rescata que el proceso de maternidad con cada hijo se vivencia de manera diferente. Estas experiencias van dejando aprendizajes en las madres que muchas veces se convierten en futuras fortalezas para recibir a un nuevo hijo.

4.2.3 Emociones y sentimientos experimentadas en el hogar

Esta subcategoría alude a las emociones y sentimientos experimentados por las participantes en sus hogares mientras se encontraban con COVID-19 y amantando a sus recién nacidos en su puerperio mediato. A partir de las entrevistas realizadas, fue posible establecer el miedo como la emoción que predominó en ellas. Los siguientes comentarios reflejan parte de las respuestas obtenidas:

“Me daba mucho miedo contagiar a mi bebé; una doctora me dijo que le siguiera dando pecho porque le pasaba defensas por la leche” (Sofía, participante 1).

“Mi mayor miedo era que se enfermara y tuvieran que internarla. Porque yo sabía que los niños se quedaban internados solos y los papás en la casa” (María, participante 2).

“Mucho miedo, porque no quería contagiar a la bebé. Pero me dijeron que podía darle pecho normal, que más bien le pasaba defensas por la leche y eso me tranquilizó, pero siempre tenía ese temor de que ella se enfermara” (Raquel, participante 5).

“Miedo, frustración, solo quería tener a mi mamá cerca para que me ayudara, pero no se podía” (Brenda, participante 13).

El miedo muchas veces se alimenta del desconocimiento; en el caso de estas madres, el temor a contagiar a sus bebés llevó a algunas de ellas a dudar de su proceso de lactancia, sin embargo, lograron informarse y poder continuar lactando a sus hijos. Una de ellas manifestó:

“Sentí miedo, me decían que le diera chupón, entonces les hice caso, después de que le di fórmula me sentí culpable y mala mamá, boté el chupón y seguí con lactancia materna nada más, me asesoró una enfermera de la clínica de lactancia por vía telefónica y le hice caso” (Franciny, participante 12).

Por otra parte, algunas participantes mencionaron que la difícil situación económica también influyó en su proceso de lactancia, al no poder cubrir el gasto que implicaba dar una fórmula láctea. Se citan las palabras de algunas de ellas:

“...no tenía dinero para comprar fórmula, entonces tuve que ser valiente y no abandoné la lactancia” (Paula, participante 8).

“...pensaba que mi bebé estaba contagiado y quería darle fórmula, pero mi pareja se había quedado sin trabajo por la pandemia y no podíamos comprarla...” (Fabiola, participante 10).

Ciertamente establecer la lactancia materna no fue un proceso fácil para estas madres mientras se encontraban contagiadas con COVID-19; ya en sus hogares tuvieron diferentes experiencias:

“En la casa me sentía más tranquila con mi familia, ya no tenía síntomas y ya estaba ya menos asustada” (Mariana, participante 4).

“Sentía miedo por la salud de ambos, pero mi esposo fue un gran apoyo y me tranquilizaba” (Valeria, participante 9).

“Cuando llegué a mi casa me decidí a darle pecho, mi mamá y mi esposo me apoyaron y se hicieron cargo de la casa y la comida para que yo me quedara solo cuidando de bebé,

todavía me sentía triste y con miedo, pero con los días fui mejorando” (Belén, participante 11).

El apoyo familiar fue importante en los casos anteriores, en contraste otras prefirieron estar más aisladas, lo que implicó que se sintieran más tristes y frustradas como se evidencia a continuación:

“Sentí más miedo porque estaba sola aislada de mi familia en un cuarto con mi bebé, lejos del hospital” (Paula, participante 8).

“Miedo, frustración, solo quería tener a mi mamá cerca para que me ayudara, pero no se podía” (Brenda, participante 13).

“Muy frustrante, lloraba mucho del miedo que sentía, quería tener a mi familia cerca, pero había que respetar la cuarentena” (Karol, participante 14).

Se solicitó a las entrevistadas que describieran lo que más les gustó de la experiencia de amamantamiento durante los primeros días; sus respuestas reflejaron que, a pesar de los sentimientos de temor, el dar lactancia a sus hijos generó en ellas una experiencia positiva, con sentimientos de felicidad y apego materno, como se constata en las siguientes citas:

“Lo más bonito es que él me viera a los ojos mientras le daba pecho, tenerlo cerquita y abrazarlo” (Lucía, participante 3).

“Darles pecho es algo muy lindo, ellos se apegan a uno y uno siente ese amor por ellos” (Angie, participante 6).

“El apego fue lo que más me gustó, sentirme importante para mi bebé” (Gloriana, participante 7).

“El apego y el vínculo que creamos en ese momento fue hermoso” (Valeria, participante 9).

“Me gustó mucho amamantarlo, el vínculo es hermoso...” (Fabiola, participante 10).

“Tenerlo pegado a mi piel, sentir el amor de bebé...” (Brenda, participante 13).

También se les preguntó sobre experiencias o situaciones desagradables que hubiesen atravesado en el establecimiento de su proceso de lactancia materna; al respecto señalaron la poca comunicación y falta de información de parte de los profesionales en salud. A continuación, se destacan algunos comentarios:

” Lo más difícil fue como que yo tuviera que pedir que me ayudaran, porque no es como que alguien lo asesoraba a uno en ese momento” (Lucía, participante 3).

“Una amiga que sabe de eso fue la que me ayudó en la casa. Porque en el hospital muy poco me explicaron” (Raquel, participante 5).

“La situación desagradable fue la poca información que recibí, la incertidumbre que viví estando internada sin ningún apoyo familiar fue muy desesperante” (Valeria, participante 9).

“La situación más desagradable fue escuchar a los doctores decir entre murmuraciones que no llenaba a mi bebé y que dar de mamar podía ser peligroso para el bebé, pero no

me decían nada directamente, entonces me fui para mi casa pensando que no llenaba a mi bebé” (Belén, participante 11).

“...la situación desagradable fue que el miedo nunca se fue por la falta de información, no sabía si estaba haciendo bien las cosas” (Brenda, participante 13).

Además, se hizo una comparación con respecto al proceso de amamantamiento de hijos anteriores, ante lo cual manifestaron diferencias:

“...con el anterior no sentí miedo y estuve acompañada por mi esposo siempre, la experiencia fue mejor con mi hijo anterior” (Gloriana, participante 7).

“...y fue muy diferente porque me encontraba acompañada por mi esposo antes, durante y después del parto, entonces fue trabajo en equipo, en cambio, con este bebé estuve completamente sola y apartada de la gente...” (Valeria, participante 9).

“Tengo un hijo más y la experiencia fue completamente diferente, no sentía miedo de tocarlo ni darle pecho; esa vez fui más feliz porque lo puede alzar con libertad y el personal fue diferente tuve más educación y contacto” (Fabiola, participante 10).

“Sí tengo un hijo más; fue muy diferente, no tuve miedo, todo fue muy natural, estuve acompañada por mi esposo y siempre me apoyó” (Brenda, participante 13).

A partir de las experiencias anteriormente descritas, se consultó por sugerencias para las futuras madres que deban atravesar su proceso de amamantamiento estando contagiadas con COVID-19. Parte de las respuestas fueron las siguientes:

“Que se informen, que busquen ayuda si la necesitan, y busquen personas actualizadas porque no todos los doctores o enfermeras saben de este tema” (Sofía, participante 1).

“Buscar una forma de tener acompañamiento o asesoramiento, aunque sea virtual, porque uno se siente muy solo, ya de por sí, por la maternidad uno se aísla, tiene menos contacto con los amigos y con la familia, habla menos con ellos, porque ellos tienen otros proyectos” (María, participante 2).

“Que busquen ayuda y se asesoren con personas bien capacitadas y actualizadas. La lactancia materna es super importante para el bebé, y lo protege de enfermedades” (Mariana, participante 4).

“Que hay que seguir dándoles pecho, es lo mejor para el bebé, y también le ayuda a la salud de uno. Mientras uno esté bien y pueda darles pecho es lo mejor y si les cuesta que busquen alguien que les ayude o vayan a la clínica. Igual, hay que cuidarse con la mascarilla y esas cosas para no contagiar al bebé” (Angie, participante 6).

“Que busquen información y personas que las apoye en la decisión de querer dar lactancia materna exclusiva, para que no les metan miedo y no las hagan dudar” (Gloriana, participante 7).

“Que no tenga miedo, que busque información para que no dejen de amamantar a su hijo, que se apoyen en personas que sepan sobre el tema para que las guíe” (Paula, participante 8).

“Que se informen sobre el tema bien, para que no tengan miedo, que busquen una red de apoyo que piensen igual sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva”

(Valeria, participante 9).

“Podría sugerir al personal de salud que informen mejor a las mamás, que las hagan sentir seguras para actuar confiadas en que nada les va a pasar a los bebés” (Fabiola, participante 10).

“Que no es malo tener miedo, eso no las hace malas madres; no hagan caso a comentarios negativos y busquen apoyo en las personas que piensan igual que uno, además, que busquen personal capacitado que las oriente” (Belén, participante 11).

El consejo común en los comentarios de las participantes es que busquen apoyo e información actualizada para favorecer su proceso de lactancia materna.

4.3 Prácticas de amamantamiento

Esta es la segunda categoría en la organización de los resultados. En ella se buscó conocer las prácticas realizadas por las participantes en el establecimiento de la lactancia materna estando positivas por COVID-19. Se tomaron en cuenta aquellas prácticas influenciadas tanto por el personal de salud como por familiares o amigos.

A continuación, se describen tres subcategorías:

4.3.1 Establecimiento del amamantamiento

En este apartado se evidencian prácticas que realizaron las madres para fortalecer el vínculo con sus bebés, como se refleja en las siguientes frases:

“Yo le daba pecho a demanda, y contacto piel con piel. Aunque me dijeron que no producía suficiente leche nunca me di por vencida y continué la lactancia. Incluso, me certifiqué como asesora de lactancia” (Mariana, participante 4).

“No me separé de mi bebé, traté de mantener mi mente positiva, y darle de mamar cada 2 horas, siempre con las medidas preventivas contra el contagio” (Paula, participante 8).

“No le di fórmula solo pecho cada 3 horas, eso me recomendó la pediatra, así que dejaba que mamara todo lo que quisiera. Utilicé mascarilla estando con ella cerca y lavado de manos antes de alzarla o tocarla” (Valeria, participante 9).

“Lo puse a mamar cada vez que pedía, nunca lo alejé de mí en mi casa, tomé mucha agua y traté de sentirme más tranquila para disfrutarlo sin sentir miedo, siempre con las medidas de higiene que nos recomendaron en el hospital” (Belén, participante 11).

“Tenerlo siempre cerca de mí. Pegarlo al pecho cada vez que bebé quisiera. Trabajé en mi salud mental porque me sentía muy ansiosa” (Franciny, participante 12).

Se puede destacar cómo todas tuvieron presente la importancia de mantener el contacto piel con piel para fortalecer el vínculo y apego con sus bebés, y además, la importancia de las medidas de higiene recomendadas para evitar el contagio de sus hijos.

4.3.2 Atención hospitalaria

Dentro de esta subcategoría se recolectó información sobre las recomendaciones e información que el personal de salud les brindó durante el internamiento en los centros

hospitalarios con respecto a la lactancia materna y las medidas de higiene para disminuir el riesgo de contagio de los recién nacidos.

“En el hospital usaba mascarilla siempre, me lavaba las manos antes de darle pecho. No me acercaba a otras mamás. Era lo básico que le decían a uno, pero con lactancia terrible, en el hospital nunca me ayudaron” (Sofía, participante 1).

“En el hospital nunca nos dieron recomendaciones relacionadas con la lactancia y el COVID, solo lo normal de usar siempre la mascarilla y lavarse las manos” (María, participante 2).

“Siempre los cuidados de higiene, la mascarilla. Y mantenernos aislados. En el hospital siempre me recalcaron que podía darle de mamar a bebé tranquila, con los cuidados necesarios. Y así lo hice” (Mariana, participante 4).

En el hospital casi no me dijeron nada. Solo que tenía que usar la mascarilla siempre, que me lavara las manos antes de darle pecho y que solo yo podía alzar al bebé; igual, como yo tenía COVID nadie se me acercaba; solo cuando llegaban a revisarme a mí o a bebé” (Raquel, participante 5).

“Muy poca educación recibí en el hospital, solo de una enfermera que me ayudó y me aconsejó sobre el uso de las pezoneras y sobre el COVID fue lo que en ese momento se les pedía a todas lavado de manos antes de tocar a bebé, y uso de mascarilla; solo me la quitaba para comer y bañarme, dejaba a bebé en un cunero un poco lejos para evitar el contagio” (Paula, participante 8).

“Debía lavarme las manos y luego que ponerme guantes en el hospital, además, solo me dejaban darle de mamar y debía regresar a la bebé al cunero siempre con mascarilla” (Valeria, participante 9).

“Los enfermeros me daban educación, pero con tanto equipo de protección a veces no les entendía muy bien, pero siempre estuvieron al tanto que estuviera con la mascarilla puesta, tuviera alcohol en gel y me lavara las manos” (Fabiola, participante 10).

“No recibí consejos sobre la lactancia, pero sí sobre medidas para evitar contagiar al bebé, tenía que hacer lo mismo que hacía en el hospital: lavar sabanas todos los días, usar guantes, usar mascarilla, lavarme las manos” (Belén, participante 11).

“Utilizamos mascarillas 24/7, solo para comer y bañarme me la retiraba, pero lo hacía muy rápido, comía rápido y me bañaba rápido. Lavado de manos. En el hospital debía usar guantes” (Franciny, participante 12).

“Mi tía, la que es doctora, me explicó sobre las medidas para prevenir el contagio, como lavarme las manos antes de tocarlo, lavar sábanas y almohadas, usamos alcohol para desinfectar los muebles y uso de mascarilla” (Brenda, participante 13).

“Uso estricto de mascarilla y lavado de manos para tocar y alzar a la bebé” (Karol, participante 14).

De los comentarios anteriores, llama la atención cómo la información dada a las madres de parte del personal de salud, en gran parte estuvo dirigida a las medidas de protección y de higiene. Se dejó de lado, en la mayoría de los casos, la necesidad de apoyo y educación en el proceso de lactancia materna.

4.3.3 Influencias extrahospitalarias

En esta subcategoría se indagó sobre los cuidados que tuvieron las participantes al brindar lactancia materna en sus hogares. Al respecto, las mujeres entrevistadas mencionaron que en su hogar continuaron con las medidas de higiene que se les había explicado en el hospital, como se refleja en las siguientes citas textuales:

“Igual, usaba la mascarilla, por lo menos hasta que ya me sentía sin síntomas; lo de siempre, de lavarse las manos, no salir de casa. Además de que me informé y busqué ayuda; cuando sentí que bebé no estaba comiendo bien contraté a asesora en lactancia y nos vimos por zoom” (Mariana, participante 4).

“Las mismas que en el hospital: lavado de manos, uso de mascarilla, visitas totalmente restringidas, colocaba a bebé a una distancia que recomendaban en ese momento para comer y bañarme sin mascarilla” (Paula, participante 8).

“En la casa igual no recibí visitas, siempre usé mascarilla, me lavé las manos en todo momento; estuve muy pendiente de que mi bebé no presentara síntomas” (Fabiola, participante 10).

“Lavado de manos antes de tocarlo, no dejé de usar la mascarilla, rezaba mucho porque me llegué a sentir sola y sé que eso afecta la lactancia; le pedía a mi esposo que lavara cobijas y sábanas casi todos los días” (Franciny, participante 12).

“Lavado de manos, me mantuve hidratada, además, trabajé con una psicóloga por videollamada para bajar mi nivel de ansiedad, usamos mascarilla todos en la casa, no recibí visitas por 3 semanas (Brenda, participante 13).

“Continué con las mismas medidas que tuve en el hospital; igual mi esposo, yo le expliqué como debíamos de hacerlo: uso de mascarilla, lavado de manos, usamos desinfectante para los muebles (Karol, participante 14).

Finalmente, con respecto a la información que recibieron las madres entrevistadas en el entorno extrahospitalario, la fuente fue principalmente familiares y amigos. Mencionaron que los consejos no siempre fueron atinados y empáticos, por lo que decidieron aceptar aquellos provenientes de las personas que se mostraron respetuosas y colaboradoras. A continuación, se presentan algunos comentarios hechos por las participantes:

“Cuando empezó la pandemia había mucha duda, era como muy incierto todo, si el bebé se podía contagiar por la leche y esas cosas, pero yo igual le seguí dando pecho y no se enfermó. A mí me dio cuando estábamos en un pico y casi no se sabía nada del virus. Uno escuchaba muchas cosas, pero yo decidí darle de mamar de todos modos. Yo quería hacerlo y sabía que eso lo iba cuidar, así me lo decían” (Mariana, participante 4).

“Bueno, algo que hacía en la casa, que me dijo mi hermana, era que me lavara las manos bien y me lavara los pechos antes de darle de mamar; la verdad yo lo hice, no sé si estaba bien o no, pero el bebé no se enfermó. Mi abuela decía que le diera fórmula porque al rato se le pasaba el virus por la leche, pero como en el hospital me dijeron que sí le podía dar pecho, yo solo pecho le di” (Angie, participante 6).

“Muchos me decían que no le diera de mamar, pero yo quería hacerlo, además, no tenía suficiente dinero para estar comprando formula; mi mamá fue la única que me apoyó, los demás decían que el bebé se iba a enfermar, no les hice caso y seguí mi instinto maternal” (Paula, participante 8).

“No recibí visitas durante 1 mes, solo nos veíamos por videollamada; algunos me decían que mejor le diera chupón para evitar contagio y otros que no abandonara la lactancia, entonces decidí confiar en mi instinto materno y continuar con la lactancia exclusiva, pensaba que le transfería defensas contra el COVID” (Valeria, participante 9)

“Como no sabíamos cuánto tiempo teníamos que esperar para recibir visitas, dejamos que vinieran a conocer a bebé después de 2 meses de nacido; mis papás nos dejaban comida. Mis hermanas insistieron en que le diera chupón para cuidarlo de no contagiarlo, me decían que le iba a pasar el virus por la leche materna, hasta que hablé con mi pediatra y me dijo que no había estudios todavía de eso, que mejor le diera leche materna. Boté el chupón y continué con la lactancia, mis hermanas decían que era irresponsable” (Franciny, participante 12).

“Sobre la lactancia ninguno opinó nada porque no sabían qué estaba bien o mal, solo dejaron que nosotros decidiéramos que era lo correcto” (Karol, participante 14).

A modo de cierre de este capítulo, las entrevistas realizadas permitieron conocer las experiencias de un grupo de madres que debieron establecer su proceso de lactancia materna estando contagiadas con COVID-19. A pesar de que sabemos los grandes beneficios de lactancia materna para la madre y para el bebé, se pudo constatar cómo durante la pandemia se le restó importancia a este proceso, principalmente de parte del personal de salud, y cómo las mujeres que atravesaron estas circunstancias debieron buscar ayuda y apoyo por diferentes medios para establecer con éxito su lactancia materna durante la pandemia.

Capítulo V

Discusión

5. Discusión

En el presente apartado se desarrolla la discusión de los resultados obtenidos a partir de las entrevistas aplicadas, según se presentó en el capítulo anterior.

Se realiza el análisis de las experiencias expuestas por las participantes, con respecto al establecimiento de la lactancia materna en su puerperio inmediato y mediato, mientras estaban contagiadas con COVID-19, en el periodo de pandemia 2021-2022.

A continuación, se develan, en un primer apartado, las percepciones de estas madres y en un segundo apartado, sus prácticas de amamantamiento, como principales categorías de la investigación, así como sus respectivas subcategorías; se complementa con evidencia científica aquellos aspectos relevantes que permiten comprender a fondo sus vivencias.

5.1 Percepciones de las madres con COVID-19

Esta categoría menciona las percepciones con respecto a la atención recibida durante su trabajo de parto, parto y posparto, tomando en cuenta su condición de usuaria COVID-19 positiva, emociones y sentimientos experimentados durante su estancia hospitalaria y en el hogar. Durante la pandemia provocada por la COVID-19, la atención en salud en el proceso de embarazo, el parto y el puerperio fue sufriendo una serie de adaptaciones que implicaban medidas y restricciones según el nivel de riesgo en cada momento; esto generó protocolos que influyeron directamente en la atención prestada a las mujeres y que, sumado al miedo de los profesionales en salud, distorsionaron la percepción de las mujeres respecto de la atención recibida en este periodo. La mayoría de las participantes de esta investigación tienen una percepción negativa del entorno hospitalario, y la califican como “mala y grosera”, principalmente por la falta de cuidado directo y por no haberles permitido estar acompañadas en

su proceso, lo cual las hizo sentir frustración y soledad; de manera que su experiencia de dar a luz no fue tan agradable y no cumplió las expectativas que tenían para el nacimiento de su bebé.

Durante la pandemia, el derecho de acompañamiento de la madre gestante en su proceso de internamiento previo, durante y después del parto, fue restringido como parte de las medidas recomendadas por las autoridades rectoras en salud; posteriormente, estas medidas fueron modificándose conforme se fue controlando la pandemia. Sin embargo, el total de las entrevistadas, cuyo parto fue a través de los servicios de salud públicos, no pudieron estar acompañadas durante su internamiento previo al parto ni durante su trabajo de parto, se limitó, en la mayoría de los casos, al momento del expulsivo y algunos minutos del posparto; posteriormente, el acompañante debía retirarse. De esta manera, se vio violentado su derecho al acompañamiento durante todo el proceso.

En Costa Rica, desde el año 2017 el Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Postparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la comunidad, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social, ya mencionaba la importancia del apoyo familiar en proceso de embarazo, parto y posparto, como se cita a continuación:

Los efectos del apoyo familiar durante el trabajo de parto se explican a través de dos teorías complementarias, que tienen como hipótesis que el acompañamiento mejora la fisiología del trabajo de parto y la sensación de control y competencia de la madre, lo que reduce el factor de dependencia de las intervenciones médicas. No obstante, que el acompañamiento no debe limitarse al trabajo de parto, sino que debe ser durante todo el proceso y a elección de la gestante, significa que en cada momento y siempre que ella lo

deseo tenga la posibilidad de contar con un apoyo afectivo que le proporcione tranquilidad, confianza y seguridad (pág. 42).

Posteriormente a este modelo, fueron surgiendo otros documentos que hacen referencia al buen trato y al derecho al acompañamiento de la mujer gestante; uno de ellos es el *Manual teórico para la atención integral al embarazo, parto y postparto*, el cual menciona:

El personal de salud se presentará con calidez y abordará a la usuaria de forma respetuosa y empática, brindando una atención humanizada, practicando la escucha activa (...) En el caso de realizar algún procedimiento, el profesional debe resguardar la intimidad y privacidad de la usuaria, así como permitir el acompañamiento en el momento que la usuaria lo desee (2022, pág. 50).

Este derecho también es protegido en el Reglamento para la defensa y garantía de los derechos de las mujeres embarazadas y de la persona recién nacida, en el contexto de la atención de su salud, en su Artículo 4. *Derechos en la atención del parto*, inciso N, menciona que la mujer tiene derecho a estar acompañada durante la labor y el parto por la persona que ella elija, o bien, negarse a tener compañía.

Privar a la mujer gestante del acompañamiento de su pareja o persona de confianza, implica privarle también de los beneficios que se le ha atribuido en estos procesos, como los mencionados en el *Manual Teórico para la Atención Integral al embarazo, parto y posparto* (2022): “deben favorecer la presencia de una persona acompañante, ya que disminuye el uso de intervenciones innecesarias y se obtienen mejores resultados maternos y neonatales, llegando incluso a prolongarse la lactancia natural” (pp 48-49).

Es así como el acompañamiento y apoyo en el trabajo de parto, parto y puerperio inmediato es fundamental como parte de la humanización de los cuidados de enfermería para favorecer el proceso del nacimiento y la salud materna.

Es importante mencionar que algunas de las madres entrevistadas decidieron optar por la atención en servicios de salud privados, a fin de garantizar el acompañamiento de sus parejas y la toma activa de decisiones antes, durante y después del parto, y manifestaron haber recibido un trato más cálido. Ello deja en evidencia una diferencia de percepción entre la atención en centros de salud públicos y privados, y que, a pesar de existir normativas para proteger los derechos de la mujer durante su embarazo, parto y posparto, aún queda trabajo por hacer para poder garantizar el cumplimiento de estos derechos, de manera que se proteja la salud materna y del neonato.

Por otro lado, un aspecto positivo destacado por las madres durante la atención en el parto y posparto fue el cumplimiento de la hora de oro, primera hora tras el nacimiento. La totalidad de las participantes mencionaron que se les brindó la oportunidad de estar con su bebé, de forma inmediata al nacimiento, destacando que a pesar de sus temores conocían la importancia de ese primer contacto piel con piel, teniendo en cuenta los cuidados recomendados por el personal de salud. Este encuentro entre la madre y el neonato en la primera hora de vida, se sabe que es factor protector de la lactancia materna, además de que fortalece el apego materno y estimula el vínculo del bebé con su madre. Al respecto la UNICEF (2022) señala:

Este consenso a la Primera Hora de Vida se propone contribuir a la mejora de la calidad en la recepción de los nacimientos, estableciendo el ambiente propicio y seguro para la adaptación inicial de las personas recién nacidas a su entorno de nacimiento, para el inicio de la lactancia, la continuidad de su desarrollo y asegurando el Contacto Piel a Piel, a fin de potenciar los beneficios en términos vinculares, nutricionales, inmunológicos, del

desarrollo, económicos y ambientales. Se promueve así el respeto por el cuidado de este momento sensible (pág. 4).

Sin duda, la experiencia de dar luz durante la pandemia COVID-19, significó una vivencia diferente en cada familia, especialmente por el hecho de haber atravesado el proceso con este diagnóstico. La mayoría de las madres expresó miedo, ansiedad, tristeza y preocupación, pues se trataba de una nueva enfermedad, en ese momento poco conocida; la información que circulaba en los medios era poco alentadora y en muchos casos fomentaba el miedo colectivo. El sentimiento más frecuentemente mencionado fue el miedo:

“Sentía mucho miedo de que algo nos pasara y que podíamos morir” (Valeria, participante 9).

“Lloré mucho por miedo, veía en las noticias que los hospitales estaban saturados y sentía temor de contagiar a mi bebé y tuvieran que internarlo”.

Al respecto, Basanta (2020) menciona que la incertidumbre y el desconocimiento de la influencia de este nuevo virus en las mujeres lactantes y sus recién nacidos/as, provocó miedo, dudas e incluso pánico en toda la comunidad en general (pág. 17). La preocupación sobre el estado de salud de la madre y la posibilidad de contagio del bebé no fue una situación fácil de sobrellevar para las familias, especialmente porque al ser una enfermedad nueva, la evidencia científica iba surgiendo poco a poco; algunas familias se informaban, otras no. La evidencia actual, como ya se ha mencionado, indica que no existe transmisión vertical del patógeno entre la madre y el feto y si se utilizan las medidas de protección ya conocidas, el riesgo de contagio tras el nacimiento es bajo. García et al. (2021) realizaron un estudio descriptivo multicéntrico que involucró a 16 hospitales españoles, del cual se extrae el siguiente dato:

Se revisaron los registros médicos de 242 mujeres con diagnóstico de embarazo y covid-19 en el tercer trimestre de embarazo, el 100% de las mujeres y sus 248 bebés recién nacidos fueron monitoreados hasta que éstos cumplieron 30 días, no se encontró evidencia alguna de transmisión del sars-cov-19 durante el parto ni durante el primer día de vida de los recién nacidos estudiados (pág. 160).

Ciertamente, el desconocimiento y la desinformación provocaron experiencias no gratas en las madres con COVID-19 con respecto a la lactancia materna, sobre todo, como ya se mencionó, por el miedo a contagiar sus bebés; pero ello no opacó su experiencia de amamantamiento, pues cuando se indagó sobre los sentimientos relacionados con el inicio de la lactancia materna en el puerperio inmediato durante la estancia hospitalaria, describen la experiencia de colocar al bebé por primera vez al pecho materno como positiva y como motivo de alegría y felicidad. Haber tenido un inicio temprano de lactancia materna es sabido que se convierte en un factor protector de la lactancia. Aunque, en algunos países se optó por separar a las madres positivas por COVID-19 de sus recién nacidos, gracias a estudios como el realizado por Solís (2020) se concluyó que el riesgo de transmisión era bajo, cumpliendo los protocolos sanitarios, lo cual respaldaba el alojamiento conjunto de madre e hijo, el contacto precoz y el establecimiento eficaz de la lactancia materna. Solís et al. también mencionan:

La recomendación de mantener el alojamiento conjunto se basa en la importancia del establecimiento de la lactancia materna y los beneficios del contacto precoz madre-hijo, unidos a la escasa evidencia existente sobre riesgo de transmisión y a la escasa gravedad de los casos neonatales de infección horizontal probada (2020, pág. 177).

Por lo tanto, la evidencia científica fue respaldando la seguridad de mantener al neonato con su madre; esto, lejos de un riesgo inminente es un factor protector de la salud del menor, además de posicionar la lactancia materna como el alimento ideal y seguro para el bebé, y máxime en momentos de emergencia sanitaria.

En la línea de la atención recibida, las entrevistadas también mencionaron situaciones, en la mayoría de los casos, caracterizadas por el descuido y falta de asesoramiento de parte de los profesionales de salud del sector público, incluso, algunas de ellas se sintieron discriminadas por su diagnóstico. Manifestaron largos periodos en cuartos de aislamiento sin acompañamiento y sin recibir atención adecuada, además, sin que se les brindara información sobre su estado de salud y el de su bebé, carentes también de apoyo en el proceso de lactancia:

“...no sabían cómo tratarnos, ninguno quería ingresar al cuarto de aislamiento porque les daba miedo. Entraban demasiado rápido, no me hablaban mucho entonces me quedé con muchas dudas” (Paula, participante 8).

“En maternidad algunas doctoras se acercaban a ver si los bebés tenían frenillo, pero en mi caso nadie me ayudó. Las que llegaban hablaban de mala gana y algunos hasta recetaban fórmula sin ayudar a la mamá o enseñarle a poner el bebé al pecho. Era un estrés ver a los bebés llorando porque no podían mamar y no les ayudaban” (Sofía, participante 1).

Estas situaciones en la actualidad implican una violación a la Ley 10081 “Derechos de la mujer durante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto, posparto y atención del recién nacido” (2022) y al Reglamento para la defensa y garantía de los derechos de las mujeres embarazadas y de la persona recién nacida, en el contexto de la atención de su salud (2023), los

cuales protegen el derecho de la mujer a ser tratada de manera cordial y respetuosa, así como a recibir información sobre los distintos tratamientos, diagnósticos, pronósticos o intervenciones médicas; las fases del trabajo de parto y su estado actual de manera comprensible para conocer cuál es su estado de salud; información sobre las alternativas de atención del parto y su evolución, el posible riesgo materno y perinatal derivado del embarazo y de las posibles complicaciones durante el proceso del parto; información sobre los beneficios de la lactancia materna y los derechos que le asisten en esta materia.

El hecho de que estas madres no hayan recibido apoyo y orientación en su proceso de lactancia materna, señala un punto crítico de la atención brindada por el personal de enfermería obstétrica, quien es el principal ente de salud encargado de velar por el bienestar del binomio y el establecimiento exitoso de la lactancia materna. Se evidencia que las madres no recibieron una atención integral y en algunos casos, se puede considerar que conculso sufrieron violencia obstétrica al ser discriminadas por su diagnóstico y no recibir un trato humanizado. Caicedo (2023) menciona con respecto al cuidado humanizado:

En este sentido, un enfoque humanista de la educación en enfermería está estrechamente relacionado con la prestación de cuidados éticos, profesionales y de alta calidad (pág. 23).

Enfermería debe caracterizarse por su compromiso con el cuidado de calidad, que sea cálido, agradable, empático, cordial y eficiente en su labor diaria. La comunicación y expresión positiva son vitales para lograr una adecuada relación con la familia gestante en la que se logre satisfacer las necesidades físicas, emocionales y socioculturales a través del cuidado humanizado; debe existir un vínculo humano que permita dignificar a la mujer que atraviesa su proceso de maternidad y lactancia materna.

En el ámbito internacional en un estudio realizado en España por Rodríguez et al. (2022), llamado: *Experiencias de Lactancia durante la Pandemia de COVID-19*, un importante grupo de mujeres identificó el apoyo recibido durante los primeros días posparto como deficiente, especialmente durante la hospitalización, la cual fue descrita como un factor relacionado con abandono temprano de la lactancia materna. Por lo tanto, la situación no se limita a los servicios de salud costarricenses.

Referente a la educación recibida, la mayoría de las entrevistadas refirieron que antes del egreso hospitalario el personal de salud les indicó continuar con la lactancia materna en sus hogares, sin embargo, se mantuvo ese sentimiento de miedo a contagiar a sus bebés con COVID-19, a pesar de cumplir con las medidas de seguridad indicadas por el personal de salud. Así se evidencia en el siguiente comentario:

“Mucho miedo, porque no quería contagiar a la bebé. Pero me dijeron que podía darle pecho normal, que más bien le pasaba defensas por la leche y eso me tranquilizó, pero siempre tenía ese temor de que ella se enfermara” (Raquel, participante 5).

También, algunas refieren que ya estando en su hogar, sintieron frustración debido al aislamiento y el poco contacto con sus familiares o figuras de apoyo. Se cita a una de las participantes:

“...sentí miedo, frustración, solo quería tener a mi mamá cerca para que me ayudara, pero no se podía” (Brenda, participante 13).

Algunos autores como Suárez et al. (2023) señalan diferentes puntos de vistas con respecto al tema del aislamiento para las madres en el posparto, como se cita a continuación:

Las consecuencias de las restricciones a las visitas familiares han sido diversas, y han afectado tanto al alta hospitalaria de la madre como a la demora en que los demás miembros de la familia conozcan al bebé. Sin embargo, la restricción de las visitas puede haber sido vista como algo positivo para algunas mujeres, ya que un ambiente tranquilo y relajado contribuye al establecimiento correcto del vínculo materno y a una mayor tasa de lactancia materna (pág. 1).

El apoyo en el proceso de posparto de la madre es fundamental para su recuperación y para afrontar la nueva experiencia como madre. Establecer la lactancia materna es una experiencia diferente para cada familia, en la cual median muchos factores, entre ellos, destaca tener redes de apoyo. Al respecto Barrera (2024) menciona:

Numerosos estudios han demostrado que las mujeres que cuentan con un sólido sistema de apoyo son más propensas a iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva durante un periodo prolongado. Estas redes de apoyo pueden incluir a la pareja, la familia, amigos, grupos de apoyo comunitarios, profesionales de la salud y consultoras de lactancia (pág. 107).

Tener a la familia cerca o a aquellas personas de confianza que ayuden a que estos procesos se den de la mejor manera posible es sumamente importante.

Por otra parte, al consultares sobre experiencias desfavorables en el establecimiento de su lactancia materna, señalaron la poca comunicación y falta de información de parte de los profesionales en salud, así como la falta de seguimiento en sus hogares, lo cual llevó a las madres a informarse del proceso por sus propios medios y a valerse de las experiencias previas de amamantamiento de sus otros hijos. Basanta (2020) menciona que “el mantenimiento de la lactancia materna durante la pandemia se relacionó con la autoinformación. Debido a ello, las

posibilidades de aumento del abandono de la lactancia materna eran mayores en las mujeres que no habían practicado lactancia materna previamente” (pág. 18). En el caso de las entrevistadas, la experiencia en el establecimiento de la lactancia materna fue percibida como un proceso más fácil para aquellas mujeres que ya habían tenidos hijos y que ya habían amamantado anteriormente. Obsérvese:

“Me sentía feliz de ya tener al bebé en brazos, es una experiencia muy bonita, ya yo había tenido un hijo, entonces ya sabía qué hacer, pero son experiencias diferentes”
(Angie, participante 6).

“Fue increíble, un instinto natural hizo todo fuera fluido; por un pequeño momento olvidé que estaba contagiada, además yo ya tenía experiencia con mi hijo anterior”
(Valeria, participante 9).

Se les pidió comparar su proceso de lactancia con el de amamantamiento de hijos anteriores, ante lo cual manifestaron diferencias, pues con su hijo anterior no tuvieron restricciones en cuanto al contacto, el acompañamiento y no existió el miedo de contagiar a sus hijos de una enfermedad grave. Esto es expresado en las siguientes citas:

“...y fue muy diferente porque me encontraba acompañada por mi esposo antes, durante y después del parto, entonces fue trabajo en equipo; en cambio, con este bebé estuve completamente sola y apartada de la gente...” (Valeria, participante 9).

“Tengo un hijo más y la experiencia fue completamente diferente, no sentía miedo de tocarlo ni darle pecho, esa vez fui más feliz porque lo podía alzar con libertad y el personal fue diferente tuve más educación y contacto” (Fabiola, participante 10).

Se rescata que el proceso de maternidad con cada hijo se vive de manera diferente; estas experiencias van dejando aprendizajes en las madres, que muchas veces se convierten en futuras fortalezas para recibir a un nuevo hijo. Sin embargo, son justamente las diferencias las que hacen un reto de cada proceso.

La mayoría de las participantes optó por informarse por sus propios medios y buscar apoyo en personas cercanas y en asesoras de lactancia, lo cual fue un factor que influyó positivamente en la mayoría de los casos. Estudios señalan que en aquellos casos donde las madres no recibieron adecuada educación y apoyo, hubo mayor riesgo de fallo en la lactancia materna. Al respecto, Basanta (2020) menciona:

La rápida evolución de la pandemia mundial por la aparición del nuevo Coronavirus ha producido un impacto en el apoyo a la lactancia materna y, como consecuencia, sus tasas se han visto afectadas, provocando un aumento del abandono de esta práctica tan beneficiosa para los recién nacidos/as y lactantes (pág. 17).

Es así como la experiencia de amamantamiento previo e informarse del proceso, se convirtieron en factores protectores para el establecimiento de la lactancia materna en tiempos de pandemia. A pesar de las dificultades, ninguna de las participantes abandonó la lactancia materna.

A partir de sus experiencias, las madres entrevistadas dieron algunas recomendaciones para las futuras madres que deban atravesar su proceso de amamantamiento estando contagiadas con COVID-19, entre estas se pueden destacar:

- Informarse y buscar apoyo de profesionales actualizados. Tener conocimiento actualizado ayuda a disminuir el miedo.

- Aprovechar los diferentes medios para obtener ayuda de asesoras en lactancia materna y profesionales de salud con conocimiento del tema, ya sea sesiones presenciales o virtuales.
- Amamantar a sus bebés con la seguridad de que es lo mejor para ellos, pero siempre acatando las medidas y cuidados necesarios para evitar contagiarlos de COVID-19 u otras infecciones.
- No hacer caso a los comentarios negativos y confiar en su proceso.

5.2 Prácticas de amamantamiento

Es la segunda categoría en la cual se buscó conocer las prácticas realizadas por las madres entrevistadas en el establecimiento de la lactancia materna, influenciadas por el personal de salud o por familiares y amigos.

Se consultó sobre las prácticas que realizaron las madres para fortalecer el vínculo con sus bebés en el establecimiento del amamantamiento. La mayoría señaló el contacto piel con piel como primer elemento, el cual, como ya se ha mencionado, contribuye al fortalecimiento del vínculo del recién nacido con su madre, el apego materno y el establecimiento de la lactancia materna. Vega (2019, como se citó en Asanza y Malo, 2020) refiere:

El contacto piel con piel es uno de los puntos más relevantes para el desarrollo tanto físico como emocional del infante y de la madre, ya que la progenitora segrega gran cantidad de oxitocina la cual permitirá la formación del vínculo afectivo, además, interviene en el proceso de maternidad como es la crianza temprana y la lactancia materna (pág. 18).

Además, expresaron haber luchado por la lactancia materna exclusiva y a libre demanda, evitando dar fórmula como primera salida a las dificultades que enfrentaron; destacaron también que en ocasiones sus familiares les recomendaron el uso de biberón y fórmula, lejos de apoyar su proceso de lactancia. Eso se evidencia en el siguiente comentario:

“Yo le daba pecho a demanda, y contacto piel con piel. Aunque me dijeron que no producía suficiente leche nunca me di por vencida y continué la lactancia. Incluso, me certifiqué como asesora de lactancia” (Mariana, participante 4).

Todas las entrevistadas manifestaron tener claro que la lactancia materna es el mejor alimento para el bebé, porque les brinda protección contra enfermedades; por ello, a pesar del miedo y los comentarios de otras personas, decidieron continuar sus procesos hasta superar las dificultades y establecer su lactancia materna, aun contagiadas con COVID-19. Al respecto de la lactancia y el COVID-19, la OMS (2020) indica:

Aunque exista la probabilidad de que los recién nacidos y lactantes pudiera contraer la infección y sus consecuentes riesgos asociados, también se han valorado los riesgos de enfermedad grave y fallecimiento que aparecen cuando los lactantes no reciben lactancia materna o cuando las fórmulas para lactantes se utilizan de manera incorrecta. (pág.4).

En el Lineamiento general sobre lactancia materna y COVID-19 (2021), la Comisión Nacional de Lactancia Materna, citando a Brahm, 2017, señala:

Es claro que la leche materna es, en este momento histórico, un factor protector para el niño o niña que la recibe, pues previene contra una gran cantidad de infecciones respiratorias producidas por virus y bacterias, y aquel que no la reciba tiene mayor riesgo de enfermar (pág. 6).

Dichosamente, todas las madres entrevistadas optaron por amamantar a sus recién nacidos y dotar a sus bebés de todos los beneficios que la lactancia materna significa para ellos, sin dejar de lado los beneficios para la salud de la madre, quien también atraviesa por un proceso de adaptación no solo fisiológico, sino también emocional.

En este punto, un tema relevante que comentaron las entrevistadas, fue la salud mental como uno de los elementos por tomar en cuenta para favorecer la lactancia. Una de las entrevistadas manifestó:

“Tenerlo siempre cerca de mí. Pegarlo al pecho cada vez que bebé quisiera. Trabajé en mi salud mental porque me sentía muy ansiosa” (Franciny, participante 12).

En general, la salud mental de las personas durante la pandemia fue sumamente afectada. Las madres en posparto no fueron la excepción, al contrario, ya el puerperio es un periodo que implica vulnerabilidad para la salud de la madre en todas sus dimensiones; se trata de grandes cambios en lo biológico, personal, familiar y social. A ello se sumaron las implicaciones de la pandemia. Arizu et al. mencionan:

Al inicio de la pandemia, estudios preliminares advirtieron ciertos riesgos y consecuencias negativas en la salud mental de madres que transitaban el periodo perinatal. Los principales riesgos reportados están relacionados con preocupaciones sobre el bienestar del feto o del recién nacido, agravados por las consecuencias no deseadas de las medidas preventivas como la cuarentena, el distanciamiento físico, el aislamiento domiciliario, y la dificultad para obtener los niveles esperados de apoyo social y atención durante los períodos anteriores y posteriores al parto (2022, pág. 9).

Los procesos físicos como psicológicos que la madre atraviesa y que le darán un significado a su rol como mujer y como madre protectora del bebé, traen consigo una carga física y emocional que claramente tendrá repercusiones en el éxito o no del establecimiento de la lactancia materna.

En un estudio realizado por Rodríguez et al. (2022), titulado: “Experiencias de lactancia durante la pandemia de COVID-19”, las mujeres expresaron preocupación por el impacto del COVID-19 sobre sus hijos y sobre ellas mismas; expresaron sentimientos de soledad y tristeza relacionados con aislamiento social, así como síntomas depresivos durante su proceso de lactancia materna (pág.10). Por lo anterior, siempre será importante en la valoración del binomio no solo aspectos biológicos, sino también todos aquellos de carácter psicológico, emocional y social.

Sobre las prácticas realizadas por las madres en el establecimiento de su amamantamiento, se recolectó información sobre las recomendaciones que el personal de salud les brindó durante el internamiento en los centros hospitalarios; estas estuvieron dirigidas a las prácticas para disminuir el riesgo de contagio de los recién nacidos. Todas coincidieron en el acatamiento de estas medidas para amamantar a sus bebés de manera más segura y confiada. Señalaron principalmente el uso de mascarilla, el lavado de manos y el uso guantes; así como el aislamiento tras el egreso.

Sin embargo, cuando se indagó sobre la información recibida con respecto a prácticas específicamente relacionadas con la lactancia materna, tomando en cuenta su condición de infección con COVID-19, la mayoría manifestó que la información fue insuficiente y el apoyo en el proceso de lactancia, como se ha mencionado antes, fue poco o ausente. De hecho, solamente una de ellas mencionó haber recibido orientación vía telefónica de parte de personal de salud tras el egreso hospitalario. En los siguientes comentarios se puede evidenciar la poca orientación en la lactancia de parte del personal de salud:

“En el hospital usaba mascarilla siempre; me lavaba las manos antes de darle pecho. No me acercaba a otras mamás. Era lo básico que le decían a uno, pero con lactancia terrible, en el hospital nunca me ayudaron” (Sofía, participante 1).

“En el hospital nunca nos dieron recomendaciones relacionadas con la lactancia y el COVID, solo lo normal de usar siempre la mascarilla y lavarse las manos” (María, participante 2).

“(…) solo pecho cada 3 horas, eso me recomendó la pediatra, (…) utilicé mascarilla estado con ella cerca y lavado de manos antes de alzarla o tocarla” (Valeria, participante 9).

“No recibí consejos sobre la lactancia, pero sí sobre medidas para evitar contagiar al bebé; tenía que hacer lo mismo que hacía en el hospital: lavar sábanas todos los días, usar guantes, usar mascarilla, lavarme las manos” (Belén, participante 11).

De los comentarios anteriores llama la atención cómo la educación brindada por el personal de salud estuvo enfocada sobre todo a las medidas de protección y de higiene. Se dejó de lado, en la mayoría de los casos, la necesidad de apoyo y educación en el proceso de lactancia materna. Incluso, algunas manifestaron que fue el propio personal de salud quien recomendaba prácticas desfavorables para la lactancia, como el uso de fórmula, sin haber dado asesoría o valoración previa al proceso de lactancia. Entretanto, algunas recibieron información desactualizada, por ejemplo, la recomendación de amamantar cada tres horas. Esta situación, como ya se ha mencionado, evidencia una violación a los derechos de la madre a recibir adecuada orientación y asesoramiento sobre su proceso de parto, posparto y lactancia materna.

Durante la pandemia muchas madres amamantaron a sus bebés llenas de incertidumbre, miedo y desconocimiento sobre el nuevo virus. En gran parte del personal de salud, lamentablemente también se evidenció la falta de información, de manera que esto influyó negativamente en la educación que brindaban a las madres en su proceso de lactancia, la cual era desactualizada o insuficiente. Basanta (2020) hace referencia a una encuesta realizada a madres en lactancia en Bélgica, donde se determinó con respecto a la atención sanitaria durante la pandemia, que el “43% manifestó haber sentido la influencia del coronavirus en el asesoramiento sanitario durante la lactancia. Por ello, el 50% de estos últimos expuso que recibió menos seguimiento y ayuda sanitaria en comparación con antes de la aparición del COVID-19 (pág. 18). También, Morales et al. (2023) ha mencionado que la falta de información específica de la asistencia sanitaria, proveedores y parteras contribuyeron a la confusión e incertidumbre entre las mujeres que brindaron lactancia materna en pandemia (pág. 372).

Además, se indagó sobre los cuidados y prácticas que tuvieron las participantes al brindar lactancia materna en sus hogares, así como las recomendaciones que dieron sus familiares, amigos o personas cercanas. Al respecto, mencionaron que en casa practicaron las mismas medidas de higiene y protección que en el hospital. Se citan algunos comentarios:

“... uso de mascarilla, visitas totalmente restringidas, colocaba a bebé a una distancia que recomendaban en ese momento para comer y bañarme sin mascarilla” (Paula, participante 8).

“En la casa igual no recibí visitas, siempre usé mascarilla, me lavé las manos en todo momento, estuve muy pendiente de que mi bebé no presentara síntomas” (Fabiola, participante 10).

De las citas anteriores se rescata que las madres también respetaron el aislamiento recomendado al no recibir visitas durante su periodo de infección, lo cual también tuvo una repercusión en el apoyo que recibieron en su proceso de lactancia. Algunas de ellas mencionaron que buscaron ayuda de asesoras de lactancia y recibieron las asesorías por medios virtuales:

“Además de que me informé y busqué ayuda; cuando sentí que bebé no estaba comiendo bien contraté a asesora en lactancia y nos vimos por zoom” (Mariana, participante 4).

Es este sentido, la pandemia por COVID-19 y la necesidad de aislamiento como medida para disminuir los contagios nos obligó a adaptarnos a una nueva realidad en la que la tecnología fue clave en esta adaptación. Como se mencionó, algunas tuvieron los medios para contratar asesorías, otras optaron por informarse a través del recurso tecnológico. Sin embargo, no se puede menospreciar la información, los consejos y prácticas recomendadas por familiares y amigos. Al respecto, destacan las siguientes citas:

“Bueno, algo que hacía en la casa que me dijo mi hermana era que me lavara las manos bien y me lavara los pechos antes de darle de mamar, la verdad yo lo hice, no sé si estaba bien o no. Pero el bebé no se enfermó. Mi abuela decía que le diera fórmula porque al rato se le pasaba el virus por la leche, pero como en el hospital me dijeron que sí le podía dar pecho, yo solo pecho le di” (Angie, participante 6).

“... me decían que mejor le diera chupón con fórmula para evitar contagio y otros que no abandonara la lactancia, entonces decidí confiar en mi instinto materno y continuar con la lactancia exclusiva, pensaba que le transfería defensas contra el COVID” (Valeria, participante 9).

“Mis hermanas insistieron en que le diera chupón para cuidarlo de no contagiarlo, me decían que le iba a pasar el virus por la leche materna, hasta que hablé con mi pediatra y me dijo que no había estudios todavía de eso, que mejor le diera leche materna. Boté el chupón y continué con la lactancia; mis hermanas decían que era irresponsable”
(Franciny, participante 12).

De lo anterior se evidencia, como principal práctica recomendada por familiares y amigos, el uso del biberón y fórmula, principalmente basada en el temor y el desconocimiento. Sin embargo, la mayoría las madres lograron anteponer su instinto materno y el conocimiento que tenían sobre la importancia de la lactancia materna para el bebé y decidieron continuar amamantándolos de manera exclusiva.

Por otro lado, la decisión de brindar lactancia también estuvo influenciada por el tema de la economía familiar, pues como se sabe, muchas familias se vieron afectadas por el desempleo, lo cual era un punto para tomar en cuenta si se pensaba en adquirir fórmulas lácteas. De manera que, aunque algunas madres contemplaron utilizarla, desistieron por la imposibilidad de comprarla.

“Muchos me decían que no le diera de mamar, pero yo quería hacerlo, además, no tenía suficiente dinero para estar comprando formula; mi mamá fue la única que me apoyó, los demás decían que el bebé se iba a enfermar; no les hice caso y seguí mi instinto maternal” (Paula, participante 8).

“Sentí miedo, me decían que le diera chupón, entonces les hice caso. Después de que le di formula me sentí culpable y mala mamá; boté el chupón y seguí con lactancia materna nada más” (Franciny, participante 12).

Las citas anteriores dejan manifiesto cómo la lactancia es un proceso influenciado por diferentes factores, entre ellos, el aspecto económico. En ocasiones, ante la imposibilidad de comprar fórmulas lácteas se da un mayor valor al hecho de lograr una lactancia exitosa, con el consecuente beneficio que esto implica para la economía familiar.

A manera de cierre

Se concluye que la vivencia de la maternidad es un proceso determinado por diferentes factores a nivel biológico, emocional, psicológico, social, cultural y económico. Esta investigación devela cómo las experiencias de cada madre en el establecimiento de la lactancia materna, estando contagiadas con COVID-19, estuvieron marcadas por el temor que existía de contagiar a sus bebés, rodeadas de la falta de apoyo e información del personal de salud. La pandemia ocasionada por el COVID-19 puso de manifiesto la fragilidad de este proceso tan importante para la salud materno infantil, cuando no existe el adecuado asesoramiento.

Esta investigación deja en evidencia la importancia del apoyo a la familia lactante para evitar prácticas que interfieran con el establecimiento de una lactancia materna exitosa. Aunque son bien conocidos todos los beneficios para el binomio, el temor, el miedo, el desconocimiento y en muchas ocasiones la falta de actualización del personal de salud, hizo que se le restara importancia a tan importante proceso, que hoy sabemos ha sido clave para la protección de la salud de todos los niños.

Desde la enfermería ginecoobstétrica, es primordial brindar el apoyo, la educación y asesoramiento que la madre necesita, como ente protector de la lactancia materna y figura de confianza para las familias gestantes y lactantes; además del importante papel que tiene como ente, brinda y promueve el cuidado humanizado.

Capítulo VI

Conclusiones y recomendaciones

CONCLUSIONES

- Dar a luz en tiempos de pandemia generó en las madres entrevistadas principalmente sentimientos de ansiedad, tristeza y preocupación, con predominio del miedo a contagiar a sus bebés con COVID-19, tanto en la estancia hospitalaria como en sus hogares.
- En la mayoría de los casos, las madres no percibieron un trato humanizado en la atención de su proceso de trabajo de parto, parto y puerperio durante su internamiento. Se encontraron diferencias al percibir la atención, entre las madres que acudieron a los servicios de salud públicos y las que acudieron a los servicios de salud privados. Hubo mayor disconformidad con la atención pública; enfatizaron la falta de cuidado directo y la restricción del acompañamiento de su persona de confianza.
- Algunas madres estuvieron expuestas a situaciones de violación de sus derechos durante su internamiento hospitalario, al recibir un trato discriminatorio por su diagnóstico, omisión de información sobre su estado de salud y atención no oportuna.
- La mayoría de las madres entrevistadas recibió poca o nula orientación de parte de los profesionales de enfermería sobre los procesos de salud relacionados con los cuidados posparto y lactancia materna, lo cual es lamentable, pues la educación que brinda enfermería durante el proceso de amamantamiento es vital para lograr una lactancia materna exitosa. Además, omitir esta orientación en el proceso de lactancia materna constituye una violación a derechos establecidos por la Ley 10081, la cual el personal de salud está en obligación de conocer y garantizar.
- La resolución de las situaciones relacionadas con el proceso de lactancia materna estuvo caracterizada por la autoinformación y la búsqueda de apoyo de asesoras de lactancia, familiares y amigos.

- Cada madre experimentó de manera diferente su proceso para establecer la lactancia materna. A pesar del miedo de contagiar a sus bebés, tuvieron experiencias agradables como colocarlo al pecho por primera vez, el contacto piel con piel y permanecer en alojamiento conjunto tras el nacimiento.
- Las principales medidas de higiene y protección acatadas por las madres en el proceso de lactancia fue el lavado de manos, uso de guantes, el uso de mascarilla y la desinfección de superficies.
- Las principales prácticas recomendadas por los familiares y personas cercanas fue el uso de biberón y fórmula. Sin embargo, todas las madres entrevistadas lucharon por mantener una lactancia materna exclusiva.
- El haber tenido experiencias de amamantamiento con hijos previos, se convirtió en un aspecto protector para el establecimiento de la lactancia materna.
- La atención a la salud mental de las madres fue parte de los elementos por tomar en cuenta para lograr el éxito del establecimiento de la lactancia materna. La necesidad de aislamiento tras el diagnóstico generó, en la mayoría de ellas, sentimientos de frustración, ansiedad y soledad, debido al contacto restringido con sus familiares o figuras de apoyo.
- La pandemia ocasionada por el COVID-19 ha puesto de manifiesto la fragilidad de un proceso tan importante para la salud materno infantil como lo es la lactancia materna. El cuidado desde enfermería obstétrica se vio despersonalizado y en ocasiones, marcado por el miedo, el desconocimiento y la falta de actualización del personal de salud; se limitó a un cuidado biológico y estandarizado, alejado del verdadero proceso de enfermería, que para lograr un cuidado integral requiere profesionales no solo con habilidades técnicas

sino también con conocimiento actualizado, que los lleve a brindar un cuidado integral, el cual contribuya a lograr una lactancia materna exitosa.

RECOMENDACIONES

A los centros de atención de salud

- Brindar información clara, oportuna y basada en evidencia científica puede marcar la diferencia en el éxito o fracaso de la lactancia materna, por lo tanto, es necesario promover capacitaciones periódicas para mantener al personal de salud actualizado, con el fin de mejorar la calidad en la educación que se brinda a las usuarias en los centros de salud públicos y privados, especialmente en situaciones de emergencia en las que se puede vulnerabilizar el proceso, como ocurrió en la pandemia por COVID-19.
- Promover la lactancia materna exclusiva como primera medida protectora de la salud del recién nacido, mediante asesoramiento y control oportunos y especializados, en aquellos casos con dificultades o factores de riesgo para el fallo en la lactancia. Históricamente se ha demostrado que los beneficios de la lactancia materna superan los riesgos de contagio de la mayoría de las enfermedades.
- Fomentar en el personal de salud el respeto de la hora de oro, el contacto piel con piel y el alojamiento conjunto, como factores protectores para la formación del vínculo y del apego materno, para favorecer el inicio temprano y exitoso de la lactancia materna.

- Atender la salud de la madre en posparto, de manera integral, tomando en cuenta todas las dimensiones de la salud. Promover la concienciación sobre las necesidades físicas y emocionales de las usuarias inmersas en procesos de enfermedad durante el establecimiento de su lactancia, de manera que se le dé la debida importancia a la salud mental materna como factor influyente en el éxito de la lactancia.
- Coordinar con las diferentes entidades el seguimiento oportuno de las familias que egresan y garantizar el apoyo y asesoramiento oportuno en sus procesos de lactancia.
- Promover grupos de apoyo para las madres que brindan lactancia materna, especialmente en aquellas situaciones de vulnerabilidad como lo fue la pandemia por COVID-19.
- Brindar herramientas que promuevan el empoderamiento de las madres en periodo de lactancia para lograr la continuidad de esta, haciendo uso de los diferentes medios disponibles, ya sea asesoría presencial, virtual, boletines informativos, charlas a través de las redes sociales, entre otros.

A las familias en periodo de lactancia

- Comprender que cada hijo trae una vivencia única y cada proceso de lactancia es diferente, por lo tanto, buscar ayuda e informarse a través de fuentes confiables y actualizadas, a fin de facilitar el establecimiento de la lactancia materna de la mejor manera posible; especialmente cuando se atraviesan situaciones de salud nuevas o desconocidas que generan miedo, incertidumbre y ansiedad, como lo fue la infección por COVID-19 durante la pandemia.

A los profesionales de enfermería ginecobstétrica y perinatal

- Ser conscientes de la obligatoriedad del conocimiento de las leyes que protegen a las madres y los menores de edad y su cumplimiento, para contribuir con la erradicación de

la violencia obstétrica y evitar la violación de derechos de la familia gestante y la familia lactante; esto promoverá el respeto a la privacidad, a la decisión y a la integridad de cada mujer en su proceso de trabajo de parto y puerperio.

- Tener presente siempre la responsabilidad que significa el cuidado de la salud del binomio. Por lo tanto, es vital la actualización constante y la investigación para generar conocimiento reciente y con base científica que guíe la práctica del profesional, pero, sobre todo, no perder de vista la necesidad de brindar una atención humanizada, la razón de ser de la enfermería.

Al Programa de Posgrado en Ciencias de la Enfermería para la Maestría Académica en Enfermería Obstétrica, Ginecológica y Perinatal

- La enfermería hoy tiene desafíos importantes en la investigación; la práctica basada en la evidencia es la característica fundamental de la enfermería profesional. Por tanto, es de suma importancia promover en los estudiantes la actualización constante y la investigación, así comprenderán que el quehacer de la profesión debe estar regido por prácticas basadas en evidencia científica, para que la atención de la salud sea de calidad durante el proceso de embarazo, parto y posparto, y de esa forma contribuya al éxito de lactancia materna.
- Fomentar en los estudiantes la atención humanizada, pues constituye una necesidad urgente en la práctica profesional obstétrica. Conocer y comprender los significados de las experiencias de salud como el nacimiento de un hijo y el proceso de amamantamiento, constituye un reto y es vital para brindar una atención cálida, oportuna e integral,

teniendo presente las diferentes y eventuales necesidades de la mujer en el tránsito de estas experiencias.

- Es de suma importancia que desde su proceso de formación el estudiante conozca las diferentes políticas y normativas que se han venido estableciendo, a fin de garantizar y proteger el derecho de la mujer a la calidad de la atención, el trato digno y respetuoso, libre de violencia obstétrica.

Referencia Bibliográficas

- Arévalo, C. (2021). *Lactancia materna en hijos de madres con covid-19. ¿Riesgo o beneficio?* (Artículo para optar por especialidad en pediatría- Universidad Central de Ecuador. Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/24305>
- Arizu, M., Waldheim, J. Herrera, M. y Torrecilla, M. (2022). Salud mental materna en el posparto y apoyo social percibido durante la pandemia por COVID-19. Recuperado de: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/15844/1/salud-mental-materna-posparto.pdf>
- Asanza, S. & Malo, M. (2020). *Contacto piel con piel en épocas del Covid -19: Experiencias maternas en el Hospital Universitario del Río, Cuenca-Ecuador.* Recuperado de: <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/10708/1/16255.pdf>
- Basanta, C. (2020). Influencia de la pandemia covid-19 en la lactancia materna. (Tesis de grado en Enfermería, Universidad de Cantabria). Recuperado de: [https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/21996/BASANTA%20CASA DO,%20CARMEN.pdf?sequence=1](https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/21996/BASANTA%20CASA%20DO,%20CARMEN.pdf?sequence=1)
- Barrera, M. (2024). Redes de Apoyo a la Lactancia Materna Exclusiva (RALME). Una aproximación conceptual y caracterización en México. División de Ciencias Políticas y Económicas, Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. Vol. 81 (2). Recuperado de: https://www.bmhim.com/portadas/bmhim_24_81_2.pdf#page=39
- Caicedo, L., Mendoza, L., Moreira, J. y Ramos, G. (2023). Cuidado humanizado: Reto para el profesional de enfermería. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, Vol 7 (14). Pp 17-29. Recuperado de: <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i14.2511>

- Cisterna F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*. Vol 14(1). Pp 61-71. Recuperado de: https://www.google.co.cr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjVzcvql8_3AhVFSTABHXeTBGQQFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F299%2F29900107.pdf&usg=AOvVaw3cnBZNaC7qsp3v6HnUVUu1
- Cunningham F, Leveno K., Dashe J., Hoffman B., Spong C. y Casey, B. (Eds.), (2021). *Williams Obstetricia*, 26e. McGraw Hill. <https://accessmedicina-mhmedical-co.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=3103§ionid=260456379>
- Dávila, J., Alvarado, S., Paccha, M. y Pazmiño, J. (2021). Lactancia materna en mujeres con COVID-19. Falta de evidencia sobre la presencia de SARS Cov-2 sobre la leche materna. Vol 5(3). Reciamuc; Editorial Saberes del Conocimiento. Recuperado de: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/697>
- Do Prado, M., de Souza, M. y Carraro, T. (Eds) (2008). *Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales*. Brasil: Paltex.
- Emanuel, E. (2003). ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En *Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas*, Santiago de Chile, Programa Regional de Bioética OPS/OMS, pp. 83-95. Recuperado de: <https://uchile.cl/dam/jcr:23b22d50-0a9b-48fa-975e-521ead5e7799/014-pautas.pdf>
- Escalante, E. y Páramo, M. (2011). Aproximaciones al análisis de datos cualitativos: aplicación en la práctica investigativa. Universidad del Aconcagua. Recuperado de: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjXqYzgtab4AhWNsYQIHbk8CvwQFnoECAoQAQ&url=http%3A%2F%2Fbibliotecad>

[igital.udadeu.edu.ar/2Fobjetos_digitaes%2F177%2Faproximacion-al-analisis-de-datos-cualitativos-t1-y-2.pdf&usg=AOvVaw2yQbPtk1O7aeaBos2fPn6T](https://digital.udadeu.edu.ar/2Fobjetos_digitaes%2F177%2Faproximacion-al-analisis-de-datos-cualitativos-t1-y-2.pdf&usg=AOvVaw2yQbPtk1O7aeaBos2fPn6T)

Fuentes, E. (2021). Violencia obstétrica en Costa Rica desde la evidencia estadística: Retos para la gerencia de la salud y la tutela de los derechos reproductivos. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), Costa Rica. Recuperado de: https://costarica.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/violencia-obstetrica-en-costa_rica.pdf

Grove, S., Gray, R. y Burns, N. (2016). Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. (6a ed). España: Elsevier.

Grove, S. y Gray, R. (2019). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la Practica Enfermera Basada en la Evidencia*. (7ª ed). España: Elsevier.

Manual Teórico para la Atención Integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud. CCSS. (2022)

Martínez, A. y Ríos, F. (2006). Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado. *Cinta moebio* (25). Pp 111-121. Recuperado de: <file:///C:/Users/Enfermeria/Downloads/publicadorcdm,+Journal+manager,+25960-85082-1-CE.pdf>

Mejía Navarrete, J. (2000). El muestreo en la investigación cualitativa. *Revista Investigaciones Sociales*. Vol 4(5). P 165-180. Recuperado de: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/sociales/article/view/6851/6062>

Ministerio de Salud de Costa Rica y Comisión Nacional de Lactancia Materna de Costa Rica. (2009). Política Pública de Lactancia Materna. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos->

ministerio-de-salud/redes-interinstitucionales/comision-nacional-de-lactancia-materna-
costa-rica/5746-politica-publica-de-la-lactancia-materna/file

Ministerio de Salud de Costa Rica. (2014). Ley Reguladora de Investigación Biomédica No.9234. 2014. Recuperado de: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=77070

Ministerio de Salud de Costa Rica. (2020). Lineamiento General sobre Lactancia materna y COVID 19. Recuperado de: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=91740&nValor3=121263&strTipM=TC

Ministerio de Costa Rica (2020). Lineamientos generales para el aislamiento domiciliario a costarricenses, residentes y diplomáticos que ingresen al país debido a la alerta sanitaria por Coronavirus (COVID-19). Versión 2. Recuperado de: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_articulo.aspx?param1=NRA&nValor1=1&nValor2=91753&nValor3=121258&nValor5=2

Morales, M., Bonvecchio, A., Lilia, A., Unar, M., Haycock, E., y Smith, P. (2023). Perceptions, knowledge, and practices of breastfeeding in indigenous regions of Mexico during Covid-19 pandemic. *Salud Pública de México*. 65(4). Pp 370–376. Recuperado de: <https://doi-org.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/10.21149/14616>

Olsen, P. (2021). Lactancia Materna y Coronavirus. (Tesis para optar por grado-Enfermería, Universidad de Valladolid). Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/47954>

Organización Mundial de la Salud. (2021). Lactancia materna exclusiva. Recuperado de:
https://apps.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/index.html

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2020).
Lineamientos generales sobre lactancia materna y COVID-19, versión 1. Recuperado de:
<https://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/1113>

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2020). Preguntas
frecuentes: Lactancia materna y COVID-19. Para trabajadores de la salud. Recuperado de:
www.who.int/es/news-room/q-a-detail/q-a-on-covid-19-and-breastfeeding

Organización Mundial de la Salud. (2020). Technical interim guidance for novel
coronavirus. Recuperado de: <https://www.who.int/health-topics/coronavirus>

Pereira, A., Cruz, M., Fuentes, L., Marín, E., Forti, A., y Pérez, T. (2020). Breastfeeding mothers
with COVID-19 infection: a case series. *International Breastfeeding Journal*, Vol 15 (1).
Pp1–8. Recuperado de: <https://doi-org.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/10.1186/s13006-020-00314-8>

Pinto, F. (2007). Apego y lactancia natural. *Revista Chilena de Pediatría*. Vol 78 (1). P 96-102.
Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v78s1/art08.pdf>

Polit, D. y Beck, C. (2018). *Investigación en Enfermería: Fundamentos para el Uso de la
Evidencia en la Práctica de la Enfermería*. (9ª ed). España: Wolters Kluwer.

Presidencia de la República y Ministra de Salud. (2023) Decreto Ejecutivo N° 44093-S.
Reglamento para la defensa y garantía de los derechos de las mujeres embarazadas y de la
persona recién nacida en el contexto de la atención de su salud. Recuperado de:
https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2023/08/15/COMP_15_08_2023.html

- Rosa, E. (1991). Factores psicosociales en el embarazo, parto y puerperio. *Colegio Oficial de Psicología de Madrid*. Vol 2 (3). Recuperado de:
<https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/1991/vol3/arti3.htm>
- Universidad de Costa Rica. Consejo Universitario. (2018). Reglamento General del Sistema de Estudios de Posgrado. (Reforma integral aprobada en Sesión 6150-01 del 13/12/2017, publicada en el Alcance a La Gaceta Universitaria 3-2018, 17/01/2018). Recuperado de:
https://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/sistema_estudios_posgrado.pdf
- Vargas Cordero, Z. (2009). La investigación Aplicada: Una forma de conocer las realidades con evidencia científica. *Revista Educación*. Vol 33 (1). P 155-165. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44015082010>
- Vega, O. (2006). Estructura del conocimiento contemporáneo de enfermería. *Revista Ciencia y Cuidado*. Recuperado de: <file:///C:/Users/Enfermeria/Downloads/Dialnet-EstructuraDelConocimientoContemporaneoDeEnfermeria-2533967.pdf>
- Pérez, A., Aguirre, A., Cacique, L. & Rodríguez, D. (2019). Cuidados culturales durante el puerperio mediato en las mujeres indígenas. *Revista Scielo*. Vol 13 (1). P 1313. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000100003
- Pérez, M., Rojas, B., Fernández, F., Vázquez, J., Gómez, J. Y Rodríguez, L. (2021). Cuidados en el puerperio durante La Crisis sanitaria por Covid-19. *Archivos de Medicina (1657-320X)*, 21(1). Pp 300–304. Recuperado de: <https://doi-org.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/10.30554/archmed.21.1.3899.2021>
- Rodríguez, I., Strivens, H., Agea, I., Marín, C., Sevillano, M., Gamundi, C., Berná, C., y Leon, F. (2022). Breastfeeding experiences during the COVID-19 pandemic in Spain: a qualitative

- study. *International Breastfeeding Journal*. Vol 17(1).Pp 1–12. Recuperado de: <https://doi-org.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/10.1186/s13006-022-00453-0>
- Rodríguez, J. y Martínez, A. (2020). La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*. Vol 35(3). Pp 211-212. Recuperado de: <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911120301898>
- Rosa, E. (sf). Factores psicosociales en el embarazo, parto y puerperio. *Revista Journals*. Vol 3. Recuperado de: <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/1991/vol3/arti3.htm>
- Sánchez, B. Pinto, N y Barrera, L. (2006). Cuidado y Práctica en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia: Ed Grupo Cuidado. Recuperado de: https://books.google.co.cr/books?id=1qixDwAAQBAJ&printsec=copyright&hl=es&source=gbs_pub_info_r#v=onepage&q&f=false
- Schwarcz, R., Fescina, R. y Duverges, C. (2005). *Obstetricia*. (6ª ed). Editorial El Ateneo.
- Sociedad Marcé Española. (2021). El impacto de la pandemia por COVID-19 sobre la lactancia materna y la atención al parto. Recuperado de: <https://www.sociedadmarce.org/detall.cfm/ID/15255/ESP/el-impacto-pandemia-por-covid-19-sobre-lactancia-materna-y-atencion-parto-.htm>
- Sola, A., Rodríguez, S., Cardetti, M., & Dávila, C. (2020). COVID-19 perinatal en América. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol 44(47). Recuperado de: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.47>
- Solís, G., Gutiérrez, A., Pescador, I., Zamora, E., Vigil, S., Rodríguez, E. y Sánchez, M. (2021). Epidemiología, manejo y riesgo de transmisión de SARS-CoV-2 en una cohorte de hijos de madres afectas de COVID-19. *Anales de Pediatría*. Vol 94 (1). P 173-178. Recuperado

- de: <https://www.analesdepediatria.org/es-epidemiologia-manejo-riesgo-transmision-sars-cov-2-articulo-S1695403320305233>
- Suárez, M., Castaño, M., Ramos, A., Molina, A., Jiménez, I., Hernández, M., Harillo, F. y Carrillo, C. (2023). Impacto de las medidas contra COVID-19 en el nacimiento y el posparto. *Healthcare*. Vol 11 (2). P 249. Recuperado de: <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/2/249>
- Torres, M., Cayetano, S. y Ruiz, E. (2022). *Fundamentos de Enfermería (1), Bases Teóricas y Metodológicas*. Editorial universidad de Almería. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/345894569_Teoria_y_practica_de_los_fundamentos_de_enfermeria_I_Bases_teoricas_y_metodologicas
- Tinto, J. (2013). El análisis de contenido como herramienta de utilidad para la realización de una investigación descriptiva. *Rev. Provincia Universidad de los Andes*. Vol 1(29). Pp.135-173. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55530465007>
- UNICEF Costa Rica (agosto, 2021). UNICEF y OPS hacen llamado conjunto a promover la lactancia materna como responsabilidad de todos y todas. Recuperado de: <https://www.unicef.org/costarica/comunicados-prensa/unicef-y-ops-hacen-llamado-conjunto-promover-la-lactancia-materna>
- UNICEF México (agosto, 2021). Lactancia Materna. Recuperado de: <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>
- UNICEF. (2022). Consenso La primera hora de vida. Recuperado de: <https://www.unicef.org/argentina/media/16066/file/La%20primera%20hora%20de%20vida.pdf>
- Vázquez, M., Ferreira, M., Mogollón, A., Fernández, M., Delgado, M. y Vargas, I. (2011) *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. 22a ed. Santiago: Universidad del Valle.

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento

I. Información General

Edad: _____

Lugar de Residencia: _____

Número de hijos: _____ Estado Civil: _____

Ocupación: _____

Centro hospitalario: _____ Tipo de parto: _____

Momento en que recibió diagnóstico de COVID-19: _____

II. Percepciones de las madres con COVID-19

- Atención recibida
 1. ¿Cómo fue la experiencia de su parto?
 2. ¿Se le permitió tener a su bebé en brazos en la primera hora del nacimiento? ¿Qué emociones experimentó al tener a su bebé cerca de su pecho?
 3. ¿Cómo percibió la atención que recibió por parte de los profesionales durante su parto y posparto? ¿En algún momento se sintió discriminada o descuidada por su diagnóstico?
- Emociones y sentimientos durante estancia hospitalaria
 4. ¿Qué sentía y pensaba al dar a luz durante la pandemia por coronavirus?
 5. Al momento de colocar al bebé en su pecho cuénteme ¿cómo fue la experiencia?
- Emociones y sentimientos experimentados en el hogar
 6. ¿Qué sentimientos tuvo al brindar lactancia materna a su bebé mientras tenía con COVID-19 estando en su hogar?
 7. Puede describir ¿qué fue lo que más le gustó de su experiencia de amamantamiento durante los primeros días? ¿Hubo alguna situación desagradable?

8. ¿Tiene otros hijos? ¿Cómo describe esta experiencia con respecto al amamantamiento de su hijo anterior?
9. ¿Qué sugerencias tiene usted para ayudar a las madres con COVID-19 en el establecimiento de la lactancia materna?

III. Prácticas de amamantamiento

Establecimiento del amamantamiento

10. ¿Qué acciones realizó usted para fortalecer el vínculo con su bebé y favorecer el proceso de lactancia materna?

Atención hospitalaria

11. Sobre las herramientas que recibió por parte de los profesionales de salud con respecto a la lactancia materna y el COVID-19 ¿qué cuidados tuvo al brindar lactancia materna a su bebé mientras se encontraba con COVID-19 en el hospital?

Influencias extrahospitalarias

12. ¿Qué cuidados tuvo al brindar lactancia materna a su bebé mientras se encontraba con COVID-19 en su hogar?
13. Con respecto a la información que le brindaron sus familiares, amigos o personas cercanas durante sus primeros días de lactancia materna ¿qué prácticas realizó usted?



Anexo 2. Consentimiento Informado

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO**

Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

**FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA LEY N°
9234 “LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA” y EL “REGLAMENTO
ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA PARA LAS
INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS”**

**Experiencias de las madres con COVID-19 en el establecimiento de la lactancia materna en
el puerperio inmediato y mediato. Gran Área Metropolitana, II semestre 2021 y I semestre
2022**

Código (o número) de proyecto: _____

Nombre de el/la investigador/a principal: **Irina Arrieta Porras, Dahiana Gutiérrez Vásquez**

Nombre del/la participante: _____

Medios para contactar a la/al participante: números de teléfono _____

Correo electrónico _____

Contacto a través de otra persona _____

A. INFORMACIÓN SOBRE EL PROYECTO

La propuesta consiste en una investigación sobre cuáles son las experiencias de las madres con COVID-19 en el establecimiento de la lactancia materna en el posparto y cuáles fueron sus prácticas de amamantamiento en los primeros 10 días desde el nacimiento de su bebé. Este trabajo será realizado por las enfermeras Irina Arrieta Porras y Dahiana Gutiérrez Vásquez, quienes cursan la maestría en Enfermería obstétrica, ginecológica y perinatal en la Universidad de Costa Rica. Es importante mencionar que esta investigación no requiere de financiamiento o recursos económicos para su realización.

B. PROPÓSITO DEL PROYECTO

El propósito de la investigación es conocer las experiencias de las madres con COVID-19 en el establecimiento de la lactancia materna en los primeros 10 días posparto, y así comprender sus vivencias en este proceso, sus opiniones sobre la atención recibida en el hospital y sus prácticas de amamantamiento en esos primeros días con su bebé.

En el estudio participarán mujeres mayores de 18 años que hayan recibido el diagnóstico de COVID-19, previo al parto o inmediato al posparto, con deseos de brindar lactancia materna y que no hayan presentado complicaciones médicas previas o posteriores al nacimiento del bebé, además de no haber tenido depresión posparto.

C. ¿QUÉ SE HARÁ?

Si usted se compromete a participar de esta investigación debe hacer lo siguiente:

Conversar acerca de sus experiencias sobre el inicio de su lactancia materna estando contagiada con COVID-19 en los primeros 10 días del nacimiento de su bebé.

- a) Nosotras le explicaremos en qué consiste la investigación y se aclararán todas sus dudas. A partir de ello usted decidirá libremente si desea participar en este estudio.
- b) Para ser parte del estudio usted debe cumplir con los requisitos establecidos, los cuales incluyen ser mayor de edad, haber decidido dar lactancia materna exclusiva, haber dado a luz por parto vaginal, no haber presentado complicaciones médicas durante la labor de parto que haya implicado la separación de usted y su bebé, no haber tenido depresión posparto y además, pertenecer a la Gran Área Metropolitana.

- c) Se le realizará una entrevista en la cual se tomarán sus datos personales como edad, lugar de residencia y otros. Además, se le harán algunas preguntas relacionadas con sus experiencias durante el posparto, sobre cómo se sintió amamantando a su bebé mientras tenía COVID-19 y cuáles fueron sus prácticas de amamantamiento.
- d) La entrevista tendrá lugar por medio de la plataforma virtual Zoom en horario de conveniencia para usted, desde su domicilio o donde usted se encuentre segura, cómoda y tenga acceso a la plataforma.
- e) La entrevista tendrá una duración aproximada de 1 hora y será grabada con su autorización. Una vez que finalice este trabajo la grabación se destruirá.
- f) Con el enlace de la invitación para la entrevista se le enviará una copia de este documento, cuyo contenido se revisará con usted de manera verbal; se ofrecerá un espacio para sus consultas o preguntas sobre el estudio y se le preguntará si desea participar. Si usted está de acuerdo en ser parte de la investigación deberá indicarlo.

D. RIESGOS

Este estudio no pretende ocasionar ningún riesgo o molestia para su salud física o mental. Sin embargo, si durante su participación siente alguna molestia o incomodidad relacionada con las actividades descritas, puede informarlo; se le ayudará aclarando sus dudas y si así lo desea, puede retirarse del estudio en cualquier momento.

Es posible que durante la entrevista pueda recordar situaciones o eventos que podrían hacerla sentir triste al recordar sus vivencias y la forma en que debió afrontar su proceso de posparto y lactancia materna estando contagiada con COVID-19. Si esto ocurriera se le brindará apoyo de parte de los investigadores y usted podrá decidir no continuar con la entrevista; si así lo desea también se podría reprogramar.

E. BENEFICIOS

Como resultado de la investigación, usted NO obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, existe un beneficio a nivel social y disciplinar. Los resultados del estudio permitirán conocer más sobre cómo es afrontado el establecimiento del proceso de lactancia materna cuando se tiene COVID-19, y así poder abrir camino hacia una mejor atención y orientación a estas madres.

Al finalizar el estudio, se proporcionará a las participantes los resultados de la investigación, por el medio de preferencia (personal, correo electrónico, mensajes, entre otros).

F. VOLUNTARIEDAD

Se declara que participar en esta investigación es voluntaria y que usted puede negarse a hacerlo o retirarse en cualquier momento, sin perder los beneficios a los cuales tiene derecho, ni a ser castigada de ninguna forma por su retiro o falta de participación.

G. CONFIDENCIALIDAD

Se garantiza el estricto manejo confidencial de la información que usted como participante brinde. El trabajo no revelará datos personales brindados; su nombre no será revelado bajo ninguna circunstancia en la investigación. Además, una vez finalizada la investigación las grabaciones de las sesiones serán destruidas, de manera que no se utilicen en investigaciones posteriores por este u otro investigador.

Solamente será de carácter público el reporte final con los resultados de la investigación, al cual todas las participantes tendrán acceso. La investigación podría aparecer en una publicación científica o ser divulgada en una reunión científica, pero siempre protegiendo su confidencialidad.

La confidencialidad de la información está limitada por lo dispuesto en la legislación costarricense.

H. INFORMACIÓN

Antes de dar su autorización para participar en la investigación, asegúrese de haber conversado con Irina Arrieta Porras y Dahiana Gutiérrez Vásquez, responsables de esta. Se deben haber aclarado todas sus dudas satisfactoriamente. Si requiere más información puede

obtenerla llamando a las investigadoras mencionadas a los números de teléfono 7099-7481 y 8729-5469, respectivamente, en horario de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica *a los teléfonos 2511-4201, 2511-1398*, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Esta investigación se trata de un trabajo final de graduación para optar por la maestría en Enfermería Ginecobstétrica del Sistema de Estudios de Posgrados de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, y se realizará bajo la dirección del profesor MSc. Denis Carrillo Díaz.

- I. Se le informa que, al firmar este documento, el cual es un consentimiento informado, NO perderán ningún derecho al participar en la investigación. Además, usted recibirá una copia del documento firmado.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la investigador/a que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

Formulario aprobado en sesión ordinaria N° 216 del Comité Ético Científico, realizada el 02 de junio de 2021

Anexo 3. Cronograma de Actividades

Fecha	Actividad
Julio 2021	-Elección del tema de interés para el trabajo final de graduación
Agosto 2021	Elaboración del capítulo I: -Planteamiento y definición del problema -Justificación -Pregunta de Investigación -Objetivos
Setiembre 2021	-Revisión de antecedentes. -Revisión por profesor tutor de Taller de Investigación -Correcciones de propuesta de acuerdo a recomendaciones de tutor
Octubre 2021	-Elaboración de mapa conceptual
Noviembre 2021	-Recopilación de información basada en la evidencia para elaboración del II capítulo. -Revisión de formato por profesor tutor. -Correcciones recomendadas
Diciembre 2021	-Preparación para presentación del tema a profesor tutor y miembro de Comisión de trabajos Finales de Graduación. Presentación del tema ante el comité.
Enero- Febrero 2022	-Curso: Buenas prácticas en investigación. Modalidad Virtual
Marzo 2022	-Nueva revisión de propuesta por profesor tutor
Abril 2022	-Tutoría y revisión de material para elaboración de Capítulo II: Marco Metodológico
Abril- Mayo, 2022	-Elaboración de capítulo II: Marco Metodológico

	-Se contacta profesores para Comité Asesor.
Junio 2022	-Revisión de Capítulo II por profesor tutor -Correcciones de Marco Metodológico de acuerdo a recomendaciones de tutor.
Julio 2022	-Trámite de validación de título Buenas Prácticas en Investigación. (Vicerrectoría de Acción Social). - Recopilación de documentos solicitados por el CONIS (Consejo Nacional de Investigación en Salud)
Agosto 2022	Trámite en el CONIS (Consejo Nacional de Investigación en Salud) para acreditación como estudiante investigador.
Enero 2023	-Presentación de propuesta de Investigación a la Comisión de Trabajos Finales de Graduación y CEC (Comité Etico Científico)
Setiembre-noviembre 2023	-Validación e Implementación de instrumentos de recolección de datos
Enero 2024	-Análisis y procesamiento de datos
Abril 2024	-Revisión con Comité asesor -Correcciones recomendadas por Comité asesor
Mayo-junio 2024	-Informe final