

Universidad Nacional Autónoma de México
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA.

TÍTULO: “EXPERIENCIA DE LA MADRE ADOLESCENTE EN RELACIÓN A LA ESTADÍA DEL
RECIÉN NACIDO EN EL ÁREA DE UCIN”.

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE:

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA.

ORIENTACIÓN: EDUCACIÓN.

PRESENTA:

DORA ALICIA SAUCEDA PÉREZ.

TUTORA PRINCIPAL:

DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA.

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CO-TUTORA:

DRA. MARÍA DEL PILAR SOSA ROSAS.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

MARZO DE 2016. CIUDAD DE MÉXICO.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

DR. ISIDRO ÁVILA MARTÍNEZ
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **6 de enero del 2016**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Educación en Enfermería) de la alumna **DORA ALICIA SAUCEDA PÉREZ** con número de cuenta **514003775**, con la tesis titulada:

"EXPERIENCIA DE LA MADRE ADOLESCENTE EN RELACIÓN A LA ESTADÍA DEL RECIÉN NACIDO EN EL ÁREA DE UCIN."

bajo la dirección de la Dra. María Teresa Cuamatzi Peña

Presidente : Doctor Juan Pineda Olvera
Vocal : Doctora María Teresa Cuamatzi Peña
Secretario : Doctora Virginia Reyes Audiffred
Suplente : Doctora Irma Cortés Escárcega
Suplente : Doctora María del Pilar Sosa Rosas

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Cdad. Universitaria Cd, Mx. . a 2 de marzo del 2016.

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA



C.c.p. Expediente del interesado

COORDINACIÓN DEL POSGRADO
DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

JEG-F6

Agradecimientos:

A Dios principalmente por darme lo necesario y colocar en mí andar gente oportuna y asertiva.

A mis padres: Por ser partícipes de mis triunfos académicos.

A mis tutoras: Tutora principal Dra. María Teresa Cuamatzi Peña, Co- tutora Dra. María del Pilar Sosa Rosas por asignarme: permisos, paciencia, emisión de conocimientos, confianza y colocar su fe en mí.

A mis amigas Enfermeras: Lic. María Candelaria González Gámez, Lic. María Guadalupe Villarreal Méndez, Lic. Reyna Guadalupe Ángeles Montes, Lic. Guadalupe Álvarez Sánchez, E.E Imelda Gálvez Urbalejo, quienes formaron parte de las gestiones para la realización de esta investigación.

A CONACYT: Por el aporte económico para la elaboración de esta investigación.

Índice.

I.	Descripción del fenómeno.....	6
II.	Estado del arte.....	8
III.	Planteamiento del problema.....	11
	3.1 Importancia del estudio.....	13
	3.2 Propósito de la investigación.....	15
	3.3 Pregunta de investigación.....	16
	3.4 Objetivos.....	16
	3.5 Marco conceptual.....	17
IV.	Metodología.....	28
	4.1 Tipo de Estudio.....	28
	4.2 Método de Investigación.....	28
	4.3 Contexto.....	30
	4.4 Descripción de la unidad hospitalaria.....	32
	4.5 Descripción del escenario.....	33
	4.7 Participantes.....	34
	4.8 Técnicas de recolección de información.....	35
	4.9 Análisis de datos.....	39
	1. Ordenamiento de datos.....	39
	2. Lectura horizontal y exhaustiva de los textos.....	39
	3. Lectura transversal.....	40
	4.9.1 Materiales e instrumentos.....	40
	4.9.2 Validez de la investigación.....	41
	4.9.3 Protección de la intimidad.....	42
	4.9.4 Consideraciones éticas.....	43
V.	Resultados.....	45
VI.	Discusión.....	56
VII.	Consideraciones finales.....	59
VIII.	Aportaciones.....	62
	8.1 Aportaciones a la disciplina.....	62
	8.2 Aportaciones a la práctica.....	62
	8.3 Aportaciones a la investigación.....	63

8.4 Aportaciones a las políticas públicas.....	64
8.5 Recomendaciones para la disciplina de Enfermería.....	65
IX. Propuesta.....	67
X. Bibliografía	68
XI. Anexos.....	73

I. Descripción del fenómeno.

En la última década se ha observado que los adolescentes inician su actividad sexual en edades cada vez más tempranas. En México, la juventud inicia su vida sexual entre los 15 y 19 años de edad. Este inicio de la vida sexual activa a edades tempranas conlleva a un incremento de las condiciones de riesgo para la salud, como infecciones de transmisión sexual y embarazos no planeados.

Por ello, la adolescente embarazada experimenta condiciones físicas, emocionales y ambientales desfavorables, que potencializan los efectos adversos en el embarazo, que repercuten en el feto. Puesto que, las condiciones como un bajo nivel cultural y socioeconómico, déficit de apoyo e inestabilidad emocional, estado marital, toxicodependencias y falta de control prenatal o control tardío provocan repercusiones en el recién nacido.

De modo similar, se ha documentado que en los embarazos de adolescentes se presenta mayor morbilidad y mortalidad neonatal, mayor prematuridad, infecciones y principalmente bajo peso al nacer⁽¹⁾. En torno, existen altos índices de recién nacidos hospitalizados en áreas de Cuidados Intensivos Neonatales debido a la atención prenatal inadecuada, trayendo como consecuencia el nacimiento prematuro y por tanto, la hospitalización. A partir de la hospitalización, las decisiones sobre el tratamiento se destinan prácticamente a recién nacidos en estado crítico. La mayoría de las madres adolescentes con recién nacidos hospitalizados son capaces de identificar los diagnósticos y tratamientos mediante la información que se les proporciona. Sin embargo, no comprenden la gravedad sobre la patología con la que cuenta su hijo ante el problema de salud crítico o letal⁽²⁾. De manera que, durante la hospitalización del recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), la madre enfrenta una situación difícil como: la posibilidad de muerte o lesiones permanentes del hijo, sometiéndola a una serie de emociones y etapas del proceso de duelo por la pérdida del hijo "idealizado"⁽³⁾.

El presente proyecto surgió para comprender la esencia del fenómeno de acuerdo a la experiencia de la madre adolescente en relación a la estadía del recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), con el fin de ayudar a la madre en el proceso de afrontamiento, disminución de temores, dudas e inseguridades que pudiese presentar, debido a que la adolescencia es un proceso de desarrollo personal en el que no se cuenta con la madurez necesaria para percibir ciertos acontecimientos. De esta manera, el conocer la experiencia permitió implementar las estrategias necesarias que generen el apoyo que la madre requiere.

A partir de los resultados obtenidos durante esta investigación se diseñó un programa de apoyo educativo que beneficia el vínculo madre-hijo, en el que se involucra de forma más sólida la participación de la madre adolescente, fomentando así la recuperación física del recién nacido y la satisfacción emotiva de la madre.

II. Estado del arte.

A partir de la hospitalización del recién nacido, la madre enfrenta implicaciones de tipo psicológicas en el caso de tener un hijo prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN), provocándole distintos sentimientos como son: culpa, tristeza y preocupación diaria⁽⁴⁾. Desde este enfoque se ha constatado en un Hospital de San Luis Potosí, México, que la experiencia de las madres con recién nacidos enfermos les produce estrés y sufrimiento⁽⁵⁾.

Simultáneamente, la hospitalización de un recién nacido prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) constituye un suceso vital estresante para sus padres. Varias investigaciones han estudiado este hecho caracterizándolo como un acontecimiento traumático para la familia. El pronóstico para los recién nacidos es incierto, por lo cual, se incrementa el miedo de los padres pudiendo generar una interferencia en la relación con su hijo. A su vez, otros estudios han explorado las reacciones emocionales de los padres ante la hospitalización del recién nacido, observando la presencia de: desilusión, culpa, tristeza, depresión, hostilidad, enojo, miedo, ansiedad, sufrimiento, desesperanza, sentimiento de fracaso y pérdida de autoestima. En relación a las familias, estas sufren estrés específico por tener a sus hijos hospitalizados.

Según, Irene Oiberman (Directora del Centro de Investigaciones por Encuesta-Facultad Regional de Buenos Aires, Argentina) considera que todo el proceso de la maternidad representa una crisis vital que afecta a todo el grupo familiar; pero la madre atraviesa una doble crisis ocasionada por la hospitalización del recién nacido.

Mientras que, los padres presentan diferentes tipos de respuestas ante la hospitalización del recién nacido en UCIN, entre las manifestaciones emocionales se enfatizó la inestabilidad emocional con predisposición al llanto; en la dimensión conductual, los cambios de hábitos con descuido de la apariencia personal, por

último, en relación a las manifestaciones cognitivas, los padres destacaron la pérdida de la atención en la visita a sus hijos, provocada por el ruido de las alarmas y equipos⁽⁶⁾.

En cambio, las madres regularmente, son vulnerables a la experiencia de un embarazo de riesgo, rodeado por la urgencia, se sienten muy confundidas y tienen dificultades para reconocer a ese otro “alejado” como su hijo. A esto se asocia un marcado sentimiento de culpabilidad. Un embarazo acortado deja en la madre un sentimiento de frustración que Michel Soulé (Biólogo Estadounidense, mejor conocido por su trabajo en la promoción de la idea de la Biología de la Conservación) denomina a esa tendencia “Embarazo de Vientre Vacío”. La relación que había comenzado en el útero materno sufre una abrupta alteración, esto genera una hendidura, una marca en el origen de la vida del recién nacido y en las representaciones de estas madres que viven la hospitalización como una prolongación del embarazo. Sobre el asunto, existe durante todo este tránsito por las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) una experiencia muy favorecedora para las madres, se trata del momento en que comienzan a participar en las tareas de alimentación del recién nacido. Aun cuando temen desempeñar mal esa función, se muestran contentas al ser involucradas en esa actividad, dando claras señales de cuánto les pesa la inercia forzada por la que deben pasar durante el primer tiempo de hospitalización.

De manera que, el índice de mortalidad neonatal ha decrecido desde la implementación de alta tecnología con los cuidados dirigidos al recién nacido, a pesar de este esfuerzo, no existen garantías absolutas en este sentido y muchas veces ocurre lo tan temido: la muerte del recién nacido. Por lo que, es importante destacar que a pesar de muchas de las dificultades que acompañan a las madres de recién nacidos hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) han sido creadas para auxiliar a que el mayor número de recién nacidos sobreviva. Esto representa un verdadero desafío para los profesionales que trabajan en el área mencionada por la relación a qué medios

utilizar para poder implementar de manera creativa y eficaz una mejor calidad de vida para las familias asistidas⁽⁷⁾.

Por ello, los miembros del equipo de salud deben reconocer y comprender la complejidad de las experiencias de los padres para que puedan dimensionar sus verdaderas necesidades y ofrecer acciones de cuidado que les proporcionen elementos adaptativos, que indudablemente van más allá de dar información sobre la enfermedad del recién nacido y los procedimientos realizados⁽⁸⁾.

Dado que, las madres de los recién nacidos hospitalizados en UCIN requieren de cuidados especiales debido, a que emprenden una experiencia de maternidad en un entorno hospitalario lo que puede desencadenar el apego materno retardado provocando en las madres y en los recién nacidos un estado físico ansioso o depresivo. Tras la admisión de un recién nacido a la UCIN, los padres se enfrentan a un entorno de cuidados críticos y todas sus demandas asociadas, dado que, la separación temprana de los recién nacidos ante los padres aumenta la tensión en la relación padre-hijo, especialmente durante las largas estancias en la UCIN, por ello, los padres tienen que ser capaces de ver, sostener y tocar al recién nacido con el fin de facilitar la unión temprana.

Conforme a la experiencia de los padres durante la hospitalización del recién nacido en un área crítica se reflejan altos niveles de angustia, incluyendo aumento de la ansiedad, depresión, síntomas de trauma y frustración en comparación con los padres de hijos sanos. También se considera que tales experiencias de angustia están relacionadas con la prematuridad del recién nacido y el ambiente de la UCIN, así como, el aislamiento físico y emocional, de su hijo.

Entre otras, la angustia que los padres experimentan ante la hospitalización de su hijo se debe a la incapacidad de proteger al recién nacido ante el dolor manifestado y poder brindar una adecuada gestión ante el sufrimiento, igualmente, los padres presentan impotencia, pérdida de control, miedo, incertidumbre y

preocupación. En resumen, tener un hijo hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) es para los padres una experiencia abrumadora asociada con sentimientos negativos, estos incluyen: tensión del rol, angustia y el dolor emocional ante la difícil situación de afrontamiento⁽⁹⁾.

III. Planteamiento del problema.

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública con consecuencias médicas, emocionales, sociales y significativas para la precoz madre, el hijo y su familia. El embarazo adolescente implica riesgos y efectos adversos, incluyendo un parto prematuro, bajo peso al nacer y la mortalidad neonatal e infantil⁽¹⁰⁾.

En México, en el año 2012 la cantidad de embarazos se estimó en 23 millones, de los cuales el 17.8% de los nacimientos provenían de madres adolescentes⁽¹¹⁾. En Sinaloa, en el año 2011 se registraron 60, 208 nacimientos. La mayoría de las madres correspondía al 51.8%, reflejándose edades entre 20 y 29 años, mientras que un importante número de nacimientos 19.8% provenían de madres que tenían menos de 20 años⁽¹²⁾.

Por esta razón, el embarazo en la adolescencia implica una situación de riesgo, ya que, muchos de estos embarazos generan problemas físicos-sociales en las madres, por el rechazo en su entorno y la inmadurez biopsicosocial de las mismas, además, la conjunción de estos factores incide de manera adversa tanto en la salud de la madre como la del hijo en gestación. Muestra de ello son las cifras arrojadas en un Hospital de México en el que se plasmó que un 33.7% de recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) provenían de madres adolescentes, predominando los diagnósticos de Prematurez y Riesgo de Sepsis en el recién nacido⁽¹³⁾, en virtud de, la participación de los padres es prioritaria en la intervención de procedimientos para el desarrollo y recuperación de sus hijos⁽¹⁴⁾.

Hay que destacar, que la experiencia que muestran los padres ante la hospitalización del recién nacido en el área de UCIN implica un momento difícil, además, existe la experimentación de sentimientos como: incertidumbre, culpa, impotencia, tristeza y frustración. Así mismo, se percibe en las madres un estado crítico de ansiedad provocado por la gravidez o diagnóstico del recién nacido⁽¹⁵⁾.

Por consiguiente, es primordial otorgar a la madre adolescente una atención humanizada, emitida por profesionales sensibilizados y comprometidos con la salud del recién nacido, lo cual proporcionará seguridad y confianza a la madre al momento de cuidar a su hijo⁽¹⁶⁾.

Al respecto, en Colombia durante el año 2012, Mendoza y Cols., encontraron que existe mayor riesgo de morbilidad neonatal en los hijos de madres adolescentes comparado con recién nacidos de mujeres adultas, especialmente en las adolescentes menores de 15 años. De igual forma, el análisis identificó a las madres adolescentes y sus hijos como de mayor riesgo o vulnerabilidad social. Mientras que, en experiencias internacionales, aproximadamente el 14% de los recién nacidos de madres adolescentes de 17 años o menos son prematuros en comparación con el 6% de mujeres de 25-29 años, esto es, que las adolescentes de 14 o menos años tienen un mayor riesgo de tener hijos prematuros de bajo peso. En consecuencia, los factores biológicos que se asociaron consistentemente con resultados negativos durante la gestación en adolescentes son: pobre estado nutricional, peso bajo al inicio de la gestación y poca ganancia de peso durante el embarazo⁽¹⁷⁾.

A causa de, la hospitalización de un recién nacido con bajo peso al nacer (BPN) en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) es un hecho sorprendente de sufrimiento en las madres. Debido a que, el recién nacido es frágil y requiere de procedimientos considerados agresivos por las madres, mismas que están rodeadas de emociones conflictivas, tales como: dolor, culpa y negación, a tomar conciencia de la salud del recién nacido. Estas emociones interfieren en la forma en que se acerca la madre al recién nacido y puede plantear dudas sobre su capacidad para desempeñar el papel de madre⁽¹⁸⁾.

3.1 Importancia del estudio.

Para comprender la magnitud del embarazo adolescente, se estima que 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años paren anualmente, el 95% de esos nacimientos se producen en países subdesarrollados. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años. La tasa de mortalidad de los recién nacidos provenientes de madres adolescentes es aproximadamente de un 50% superior, según el consultor en salud de los adolescentes James E. Rosen⁽¹⁹⁾. Los expertos en salud convienen en que las adolescentes embarazadas requieren atención física y psicológica durante el proceso de gestación, parto y puerperio para preservar su salud y la de los recién nacidos. Asimismo, los partos en adolescentes oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América⁽¹⁹⁾.

En México, según datos del año 2010, siete de cada 10 mujeres de 15 años o más tuvieron al menos un hijo nacido vivo. Del total de mujeres de 15 a 19 años el 12.4% tuvieron descendencia, a diferencia del 57.2% de las jóvenes de 20 a 29 años de edad. El Distrito Federal fue la entidad con mayor fecundidad adolescente, con el 49.2% de nacimientos por cada mil adolescentes⁽²⁰⁾.

Actualmente, el (Consejo Nacional de Población) (CONAPO) estima que en México una de cada cinco personas tiene entre 10 y 19 años. Esto significa que en el país viven 22.4 millones de adolescentes. Prácticamente la mitad (11.3 millones) tienen de 10 a 14 años y (11.1 millones) tienen entre 15 y 19 años de edad. El peso relativo de este grupo casi se ha duplicado desde 1970, año en el que la población de 10 a 19 años era sólo el 11.4% del total nacional.

Como se refleja anteriormente en datos del año 2010 el Distrito Federal ocupaba el primer lugar con embarazos adolescentes, a partir del año 2014 el estado de Chiapas se colocó en el primer lugar con un porcentaje del 21.8%, quedando Sinaloa en el lugar 17 de la escala de embarazos adolescentes de 10 a 19 años de edad con un 18.6%, situándose durante este periodo 2014 el Distrito Federal en último lugar con un 15.3 % en cuanto a embarazos adolescentes⁽²¹⁾.

No obstante, en Sinaloa en el año 2011, se registraron 60, 208 nacimientos. La mayoría de las madres correspondían a edades entre los 20 y 29 años, mientras que un importante número de nacimientos el 19.8% provenían de madres que tenían menos de 20 años⁽¹²⁾.

A su vez, durante el año 2015 la tasa de fecundidad adolescente en Sinaloa reflejó que el 71.4% de los nacimientos correspondían a madres adolescentes de acuerdo al (Consejo Nacional de Población) (CONAPO), dando a conocer con estas cifras el aumento de embarazos a temprana edad⁽²²⁾.

Visto a partir de la edad, la adolescente embarazada enfrenta riesgos físicos y psicosociales que pueden desencadenar múltiples complicaciones durante la gestación, parto, puerperio y adaptación del recién nacido, a causa de, los hijos de madres adolescentes son un grupo de alto riesgo y en ocasiones requieren de cuidados especializados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)⁽¹⁹⁾. Dicha información se corroboró en la investigación de Suarez García y Cols., donde se observó en los resultados obtenidos un predominio significativo de primigestas del 69.49%. Estadísticamente se encontró asociación entre el hecho de ser adolescente primigesta y que el recién nacido necesitara la hospitalización en la UCIN⁽²³⁾. Así mismo, en Colombia el 5.7% de los nacimientos prematuros provenían de madres adolescentes⁽⁴⁾. Otro de los hallazgos significativos se presentó en Perú debido, a que los recién nacidos internados en el área de UCIN correspondían al 15.72%, eran hijos de madres adolescentes con diagnósticos de prematuridad y problemas respiratorios⁽²⁴⁾.

Desde esta perspectiva la adolescencia influye negativamente en indicadores maternos perinatales y neonatales incrementando los riesgos de enfermedades asociadas al embarazo, prematuridad, bajo peso y depresión al nacer⁽²³⁾.

En Estados Unidos de Norteamérica más de 400,000 niños son internados anualmente en el área de UCIN por lo que las familias y personal de salud han tenido experiencias abrumadoras lo que implica estrés y una difícil situación emocional para los padres⁽²⁵⁾.

Conforme a lo expuesto, en esta investigación se apreció la existencia e incremento de madres adolescentes que experimentan el sufrir a partir de la hospitalización del recién nacido. Estas madres se encontraron susceptibles no solo por el estado crítico del hijo, sino por la inestabilidad en su vida cotidiana y emocional, ya que, tras evidenciar el embarazo se dio paso al rechazo familiar y social e incluso la irresponsabilidad de la pareja, evadiendo su paternidad. También, la madre adquirió complejos al no estar preparada para asimilar ciertas funciones como progenitora a su precoz edad.

Por consiguiente, es importante esta investigación ya que denota un panorama actual, complicado y constante, mostrando repercusiones en la madre, recién nacido y sociedad.

3.2 Propósito de la investigación.

Durante de esta investigación se analizó la experiencia de la madre adolescente en relación a la estadía del recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), se plasmó su sentir durante el periodo de hospitalización del hijo. Fue notable conforme a los hallazgos el establecimiento e intervención de un programa educativo dirigido a la madre para la comprensión y asimilación de ciertos acontecimientos que se desarrollaron en el área, esta situación lo requirió por la complejidad, desconocimiento sobre los procedimientos, entorno y diagnósticos del recién nacido. Dicho programa tiene como objetivo brindar información clara y precisa para resolver las dudas que la madre presenta

durante la estancia en el área de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), así mismo, hacer partícipe a la madre dentro de las actividades y programas institucionales que se adaptan al recién nacido con la intención de fomentar el apego madre-hijo, es vital el apoyo psicológico para aminorar la inquietud, inseguridad y miedo que le causa a la madre, la ausencia de un hijo no idealizado, con ello se pretende garantizar la tranquilidad, seguridad y confianza de la madre al momento de cuidar e interactuar emocionalmente con su hijo.

3.3 Pregunta de investigación.

De acuerdo a lo mostrado es necesario plantear la siguiente interrogante:

¿Cuál es la experiencia de la madre adolescente en relación a la estadía del recién nacido en el área de UCIN en un Hospital de Tercer Nivel de Atención?

3.4 Objetivos.

- General.

Analizar la experiencia de la madre adolescente en relación a la estadía del recién nacido en el área de UCIN en un Hospital de Tercer Nivel de Atención.

- Específico.

Describir el sentir de la madre adolescente en relación a la estadía del recién nacido en el área de UCIN en un Hospital de Tercer Nivel de Atención.

3.5 Marco conceptual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia el “periodo de la vida en el cuál el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, consolida la independencia socio-económica” y fija sus límites entre los 10 y 19 años⁽²⁶⁾.

La adolescencia es la etapa donde se presentan los mayores cambios físicos y psicológicos del individuo, en ella se contemplan los rasgos propios de identidad, base para el logro de la personalidad; se divide en tres estadios: adolescencia temprana, intermedia y avanzada. La adolescencia temprana abarca de los 10 a 14 años; durante ese periodo de edad ocurren grandes cambios a nivel físico y coincide con la pubertad. La adolescencia intermedia comprende de los 15 a 17 años y corresponde a un periodo representado por una independencia creciente de los padres y de la familia, la deserción escolar y el embarazo temprano. La adolescencia avanzada se determina entre los 17 y 19 años de vida; ésta etapa se caracteriza porque el adolescente busca reafirmar su relación de pareja y piensa en aspectos como el económico.

En la actualidad el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública a nivel mundial ya que en la mayoría de los casos afecta negativamente la salud de la madre, del hijo y adicionalmente puede ocasionar alteraciones en la calidad de vida no solo de ellos, sino de la familia y la sociedad⁽⁴⁾.

La edad de la adolescencia sucede entre la niñez y transcurre a la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo⁽²⁷⁾.

Como se afirma antes, la adolescencia, es una etapa de la vida humana que comienza con la pubertad y se prolonga durante el tiempo que demanda a cada joven la realización de ciertas tareas que le permiten alcanzar la autonomía y hacerse responsable de su propia vida. La forma que adquiere la realización de estas tareas está supeditada a las características de la época en que a la

adolescente le toque vivir, en su particular situación familiar, lugar donde habita, y clase social a la que pertenece.

Dicho de otro modo, el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos. La maternidad adolescente es difícil, debido a que, es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñarlo adecuadamente, el proceso se perturba en diferente grado. Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron⁽²⁸⁾.

Es decir, la gestación irrumpe en la vida de las jóvenes en momentos en que todavía no alcanzan su madurez física y mental y en un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo. Este suceso se conoce comúnmente como: "procreación entre niños". Para ilustrar, quince millones de mujeres adolescentes paren cada año lo que corresponde una quinta parte de todos los nacimientos en el mundo. La mayoría de estos nacimientos ocurren en países subdesarrollados, por ejemplo en Latinoamérica la cifra está en el orden de los 48 millones, con un 8% de partos anuales. En un Hospital Ginecoobstétrico de Cuba se reportó que el 62,9 % de las madres adolescentes estudiadas eran primigestas, contando con hijos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

En contexto, es necesario resaltar que la adolescente embarazada no es solo un problema cuantitativo, también tiene una dimensión cualitativa; la gestación es más vulnerable a menor cercanía de la menarquía. Las afecciones maternas, perinatales, y del recién nacido son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años. Dicha afirmación la plasmó un estudio realizado en Cuba, encontrándose que el 8 % de la población adolescente pare y el riesgo de tener hijos con peso al nacimiento es inferior a los 2,5 Kg esto significa 1.6 veces mayor para las madres menores de 18 años⁽²⁹⁾.

De manera global el embarazo adolescente se describe con mayor morbilidad durante la gestación. En la primera mitad se destacan: Aborto, Anemia, Infecciones Urinarias, y Bacteriuria Asintomática; en la segunda mitad: Cuadros Hipertensivos, Hemorragias asociadas con Afecciones Placentarias, Escasa Ganancia de Peso con Malnutrición Materna Asociada, Síntomas de Parto Prematuro (contractilidad anormal) y Ruptura Prematura de Membranas Oculares.

En relación, con el producto se destaca: Bajo Peso al Nacer (BPN), tanto por nacimiento de pretérmino como por recién nacido de bajo peso para la edad gestacional, para confirmar tales hallazgos en la Habana, Cuba se demostró que el 45% de los nacimientos vivos provenían de madres adolescentes menores de 18 años. La edad promedio fue de 17.5 años, la menor fue de 13 y la mayor de 19 años. El 83 % de los recién nacidos alcanzaron de 37 a 41 semanas de vida intrauterina, el 12 %, menos de 37 semanas y el 5 %, 42 semanas o más. El peso promedio de los recién nacidos fue de 3, 095 Kg y osciló en general entre 2, 513 Kg y 3, 677 Kg. El peso menor fue de 1,350 Kg y el mayor, de 4,450 Kg con un total de 88 % con peso al nacer mayor de 2, 500 Kg.

De modo similar, la mortalidad relacionada con la reproducción (materna, fetal tardía, neonatal e infantil) presenta tasas más altas en las madres menores de 20 años, los riesgos médicos asociados con el embarazo en las madres adolescentes, tales como: Enfermedad Hipertensiva, Anemia, Bajo Peso al Nacer, Parto Prematuro, Nutrición Insuficiente, entre otros, determinan elevación de la morbilidad y mortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de edades maternas más avanzadas.

Por esta razón, las afecciones maternas, perinatales y del recién nacido, son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años y, sobre todo, en los grupos de edades más cercanos a la menarquía (menor de 15 años). Análogamente, se ha descrito un mecanismo común que podría explicar diversas afecciones propias

del embarazo que muestran mayor frecuencia en adolescentes, se trata de una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, denominado Síndrome de Mala Adaptación Circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí al nivel materno y/o fetal⁽³⁰⁾.

En relación a la descripción de recién nacido se refiere a un niño o niña de 4 semanas o menos. También, se define como el producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad⁽³¹⁾. El recién nacido se clasifica de acuerdo a su edad gestacional y peso, es decir, el recién nacido de pretérmino es el producto de la concepción de 28 a menos de 37 semanas de gestación, el recién nacido inmaduro es el producto de la concepción de 21 a 27 semanas de gestación o de 500 gr a menos de 1 Kg, el recién nacido prematuro es el producto de la concepción de 28 a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1 Kg a menos de 2,5 Kg, el recién nacido a término es el producto de la concepción de 37 a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,5 Kg o más, mientras que, el recién nacido posttérmino es el producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación, por último, el recién nacido con bajo peso es el producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,5 Kg, independientemente de su edad de gestación⁽³²⁾.

Por consiguiente, cuando el nacimiento ocurre antes del tiempo esperado o nace un hijo enfermo, puede ser aún más estresante para una familia, por muchas razones. Estas incluyen, percibir la sensación de fracaso por tener un hijo enfermo, temor a la muerte del recién nacido, alteración del apego recién nacido-padres, interrupción en la rutina familiar, temor con respecto a su cuidado, protección y resignarse a aceptar que otras personas cuiden de él en este período⁽³³⁾.

Acerca de, el embarazo en la edad de la adolescencia constituye un importante problema de salud pública, porque la actividad sexual de los adolescentes va en aumento a nivel mundial. Esto resulta altamente complicado y peligroso, ya que enfrentan deserción escolar, pobreza, enfermedades físicas,

mentales y muchas veces las madres adolescentes, suelen tener reacciones negativas tales como: ira, culpabilidad y negación.

Por añadidura, las madres con recién nacidos hospitalizados experimentan altos niveles de estrés y emociones negativas tales como: ansiedad, depresión, culpa y desesperanza dado las circunstancias a las que están sometidas, siendo éstas intensas, provocando angustia y preocupación. Este estado puede variar de acuerdo a situaciones como experiencias anteriores de la madre (abortos, nacimientos con hijos prematuros, nacimiento de hijos con malformaciones, nacimientos múltiples), los cuales componen un factor determinante y fundamental en el moldeamiento de su papel y conducta de apego maternal.

Es decir, cuando un recién nacido es prematuro, su apariencia no corresponde a las expectativas maternas asociadas a un recién nacido a término y saludable, entonces, la formación del vínculo puede demorarse porque el recién nacido no es hábil para desempeñar su parte en el establecimiento del apego.

Por lo que, el apego madre-hijo es una relación específica que perdura en el tiempo, esta relación tiene efectos profundos en el desarrollo físico, psicológico e intelectual del recién nacido, sin embargo, al aislar al hijo de la madre debido a la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) se ve afectada esta relación por la exigencia de soporte tecnológico complejo propio del entorno, es así, como la relación puede llegar a dificultarse, por lo que, la madre y el hijo están separados físicamente por intervenciones mecánicas y tecnológicas necesarias para brindar cuidado⁽³⁴⁾. El recién nacido que desarrolla la relación de apego refleja comodidad ante el contacto físico debido a situaciones angustiantes o amenazantes y utiliza la figura de apego como una base de confianza dentro del entorno en que se desenvuelve, por ello, la interacción del apego puede verse afectada por factores contextuales que se producen durante la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales⁽³⁵⁾.

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) dispone de diversos y sofisticados dispositivos mecánicos y equipos especiales para tratar y cuidar a los recién nacidos prematuros y gravemente enfermos⁽³⁶⁾.

Las patologías más frecuentes en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) son: Prematurez, Infección por Citomegalovirus, Meningitis Neonatal, Sepsis, Enfermedad de Membrana Hialina, Enterocolitis Necrosante, Conducto Arterioso Persistente, Convulsiones, Hiperbilirrubinemia, Anemia Neonatal, Hemorragias Intracraneales, Hemorragia Intraventricular, Cromosomopatías, Mielomeningocele e Hidrocefalia⁽³⁷⁾.

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) moderna suele ser bastante agresiva, encontrándose el recién nacido en un ambiente de alta tecnología, a pesar de sus incuestionables ventajas, debe sobrellevar su primera etapa vital abrumado por el estrés. La UCIN es un recinto en el que los usuarios experimentan procedimientos agresivos frecuentes, manipulación excesiva, interrupción del sueño, medicamentos orales repugnantes, ruido y exceso de luz. Los efectos inmediatos del estrés son la inestabilidad autonómica, apnea y bradicardia, vasoconstricción y reducción de la motilidad gástrica. Se secretan Cortisol y Catecolaminas, lo cual puede interferir con la cicatrización, y la interrupción del sueño puede tener impactos biológicos adversos. En promedio, un prematuro enfermo es manipulado 150 veces al día, con períodos de descanso o sueño ininterrumpidos de no más de 10 minutos. Patologías atribuibles a la prematuridad son: Enfermedad Pulmonar Crónica y la Enterocolitis Necrotizante, pueden en parte estar relacionadas con el estrés. Es evidente que un pequeño usuario críticamente enfermo y conectado a ventilación mecánica, no se siente bien. El recién nacido escucha, ve, siente y percibe hasta donde le permiten sus posibilidades. Criterios erróneos, estimaban que las estructuras anatómicas del recién nacido no eran capaces de recibir, transmitir e interpretar el dolor, siendo esta información desechada, debido, a que hoy se puede demostrar que el recién nacido prematuro por su inmadurez percibe de manera más intensa y difusa. Siente dolor y miedo en su soledad entre los sofisticados equipos⁽³⁸⁾.

Así pues, al conocer la funcionalidad del área de UCIN es conveniente la presencia de los padres del recién nacido hospitalizado haciéndolos participes de actividades hacia su hijo, lo que contribuye al aumento de peso en el recién nacido, menos tiempo de hospitalización, aminorando la afectación en conductas cognitivas y del comportamiento del recién nacido, promoviendo un tratamiento fructuoso y recuperación de los mismos. La participación de los padres en la terapia neonatal ha demostrado también efectos clínicos favorables, tales como la reducción de la dependencia de la ventilación, la ganancia de peso, inicio temprano del reflejo de succión, la autorregulación, mejoría neuroconductual, disminución del periodo hospitalario, así como, menores costos.

Werner y Conway, (1995) refieren que el contacto físico entre la madre y el recién nacido es tradicionalmente obstruido y provisto en gran medida por el personal médico en la mayoría de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)⁽³⁹⁾. Por ello, es primordial generar la interacción madre-hijo con la finalidad de prevenir los daños causados por la separación temprana, que puede ser más o menos grave, causándole al recién nacido el síndrome del niño maltratado debido al abandono, por ende, es necesario el establecimiento del vínculo afectivo en ambos⁽⁴⁰⁾.

Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), favorecen la promoción de la lactancia materna y los cuidados centrados en el desarrollo, ya que, las instalaciones físicas en las que se proporciona la asistencia permiten el cumplimiento de las necesidades fisiológicas y psicosociales de los recién nacidos, padres y familias. Los padres o responsables deben tener acceso a los recién nacidos las 24 horas del día durante los 7 días de la semana, independientemente del nivel de cuidados; además, los padres deben ser alentados a participar de forma activa en los cuidados de los recién nacidos, facilitándose el método piel con piel⁽⁴¹⁾.

Con respecto a, la experiencia de las madres adolescentes en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), fue vivida como un acto reflexivo de la conciencia, que se haya fuera de ella y que esta aprehende. Es más bien el propio

acto de la conciencia, que existe antes de que el pensamiento reflexivo acometa la separación entre sujeto y objeto⁽⁴²⁾, la experiencia es la base de toda acción, así como, toda operación de conocimiento y elaboración científica. La experiencia habla del ser-ahí (tal como se presenta), del ser en-el-mundo y de la acción humana. El sentido de la experiencia es la comprensión: el ser humano "es" comprendiéndose a sí mismo y su sentido en el mundo de la vida. Según Heidegger, la experiencia no se presenta como un desafío a la reflexión⁽⁴³⁾. De esta manera, es necesario intentar comprender las emociones de los padres de recién nacidos prematuros, debido a las implicaciones que experimentan al paso de sus vivencias y comprender una realidad afectiva sumamente deteriorada. La experiencia inicia como un conflicto emocional que se forma generalmente en el embarazo, con síntomas de aborto u hospitalizaciones repetidas, que certifican la condición de riesgo del recién nacido. Ello se ve reflejado a través de fuertes sentimientos de rabia, culpa y angustia que perduran a lo largo de toda la hospitalización (60% de las madres recuerda su embarazo como una experiencia desagradable aún después de la tercera semana de hospitalización). Sin embargo, el verdadero sufrimiento comienza posterior al parto, cuando pierden las esperanzas de tener un hijo sano. La mayoría de las madres (75%) se sienten culpables e impotentes frente a la prematurez de su hijo, a quien perciben como pequeño y deforme.

De hecho, una de las dificultades que experimentan especialmente las madres de prematuros es la incapacidad de construir apropiadamente un vínculo afectivo, en la primera semana de vida, 30% de las madres refirió estar incapacitada para establecer contacto inmediato con su hijo posterior al parto, sea por la prematurez y labilidad de este o por sus propias condiciones de salud. Ello hace imposible el apego, inicio de la vinculación afectiva real madre-hijo y dificulta las visitas posteriores (18% de las madres no logra ver ni tocar a su hijo antes del tercer día de vida).

Por lo demás, los vínculos afectivos continúan entorpeciendo dada la inmadurez neurológica de los prematuros al no poder girarse, abrir los ojos o

sonreír frente a los estímulos de sus padres, lo que crea la sensación de no ser correspondido y genera en las madres sentimientos de tristeza y soledad, especialmente durante la primera semana de vida. Si a lo anterior agregamos un entorno inhóspito, ruidoso, sin privacidad y rodeado de máquinas que entorpecen aún más el contacto físico con el recién nacido es posible entender por qué solo el 44% de las madres se sienten agradecidas y felices de poder interactuar con su hijo en la primera semana de vida⁽⁴⁴⁾.

En diversos estudios se ha observado que la hospitalización de los recién nacidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) se debe a la falta de control prenatal, habitual en la adolescente, lo que incrementa el riesgo de complicaciones tanto en la madre como en el recién nacido. En suma, el embarazo en la adolescencia se considera un problema, no sólo relacionado con los resultados perinatales, sino por todas las implicaciones psicosociales que la maternidad trae aparejada a esta edad y que repercuten en la joven madre determinando el cuidado que pueda darle a su hijo y sus posibilidades de desarrollo personal.

Tal información confirma que un momento de crisis es sin duda la llegada de un nuevo hijo, lo que genera alteraciones positivas o negativas en la funcionalidad de la familia, aún más, si se enfrenta al nacimiento de un recién nacido críticamente enfermo. La intimidad del parto se convierte en emergencia y los padres pueden generar un grado mayor de ansiedad y necesidad de apoyo emocional, cuando el recién nacido por sus condiciones es considerado de alto riesgo e ingresado.

Posteriormente, durante la hospitalización, los padres deben adaptarse a un medio ambiente extraño y a un lenguaje especializado, incluso, se encuentran en ciudades y hospitales desconocidos dependiendo de personas que no conocen y enfrentándose a problemas que no comprenden, lo cual los lleva a una pérdida en el control de su rol de padres y una suspensión de la normalidad de la dinámica

familiar. Los padres que tienen un hijo hospitalizado en la UCIN, suelen sentir temor, y un mayor grado de angustia al visitarlo, ver los equipos altamente tecnificados que lo rodean, ante un pronóstico incierto en el estado de salud del recién nacido. De ahí, parte la necesidad de apoyar emocionalmente a las madres en el manejo de crisis que experimentan.

Por lo tanto, durante la hospitalización, las madres de los recién nacidos prematuros hospitalizados corren el riesgo de depresión y ansiedad clínicamente significativa⁽⁴⁵⁾.

Inclusive, los padres desde el primer contacto con la prematuridad, inician un camino salpicado de angustia, temor e incertidumbre, que muchas veces se prolonga más allá de la hospitalización del recién nacido. El cuidado hacia el hijo prematuro es ambivalente, lo maltratan y abandonan o lo sobreprotegen. Se deteriora la imagen de sí mismo, la relación de pareja y la interacción con los otros hijos, lo que muchas veces culmina en la ruptura matrimonial. En 1990, Wyly y Allen describieron cómo los padres de prematuros atraviesan distintas etapas afectivas a lo largo de sus vidas. Probablemente algunas se inician antes del nacimiento y otras se manifiestan a lo largo de la hospitalización.

De manera que, para el personal de salud trabajar en UCIN implica un lugar pleno de satisfacciones profesionales, donde literalmente todos los días se realizan decisiones mayores, que significan la diferencia entre la vida y la muerte del recién nacido. Por tanto, la atención brindada al recién nacido requiere de constante conocimiento por parte del personal de Enfermería, Médico y otros profesionales⁽⁴⁶⁾. Asimismo, el cuidado de Enfermería dentro del área de UCIN comprende la realización de las actividades en las dimensiones biológicas y psicológicas, orientadas al mantenimiento de la vida, crecimiento y desarrollo de los recién nacidos, cuidado familiar, gestión del cuidado y gestión de los servicios de Enfermería⁽⁴⁷⁾.

Por lo antes enunciado, la hospitalización del recién nacido produce un trastorno en la vida familiar y organización de los padres, ya que, no logran controlar los sentimientos y aceptar la nueva situación, se produce un derrumbe en las conductas normales y surgen diversas necesidades de acuerdo al problema o gravedad del recién nacido⁽⁴⁸⁾. Los padres al acompañar a su hijo durante tiempo prolongado contribuyen al crecimiento y desarrollo del recién nacido⁽⁴⁹⁾, en virtud de, es primordial impregnar de un ambiente familiar y modalidades de acercamiento al nuevo integrante⁽⁵⁰⁾. Como complemento, la interacción física pretende disminuir el vacío en el conocimiento, la inexperiencia y temor que en ocasiones experimenta la madre adolescente⁽⁴⁾, debido a, que la separación física y el estado de salud del recién nacido implica una situación de estrés para la madre⁽⁵¹⁾, aunado a ese desprendimiento le genera deterioro emocional⁽⁵²⁾.

IV. Metodología

4.1 Tipo de Estudio.

Cualitativo, Fenomenológico, Observacional. Esta metodología permitió conocer la experiencia de las madres adolescentes de viva voz para una mayor comprensión del fenómeno en su situación de madre.

La investigación cualitativa responde a cuestiones muy particulares. Se preocupa en las ciencias sociales con un nivel de realidad que no puede ser cuantificado. O sea, trabaja con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes lo que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos que no pueden ser reducidos a una operacionalización de variables⁽⁵³⁾.

En el contexto de la salud la metodología cualitativa se ha abierto a un espacio multidisciplinario que convoca a profesionales de las más diversas disciplinas (Médicos, Enfermeras, Psicólogos, Sociólogos, Antropólogos, Trabajadores Sociales). Esta alternativa metodológica permite estudiar algunos aspectos que no han sido investigados, con el objeto, de generar el conocimiento que posibilite el mejoramiento de programas de atención en las instituciones de salud.

4.2 Método de Investigación.

Se utilizó la Fenomenología, sin duda, uno de los métodos más utilizados en la investigación cualitativa, es el estudio o ciencia del fenómeno⁽⁵⁴⁾, tal y como son vividos, experimentados y percibidos por el hombre⁽⁵⁵⁾; sus raíces hay que situarlas en la escuela de pensamiento filosófico de Husserl en los primeros años del siglo XX. La Fenomenología busca la comprensión por medio de métodos cualitativos tales como: observación participante y la entrevista a profundidad, es decir, comprensión en un nivel personal de los motivos y creencias que están detrás de las acciones de las personas.

El enfoque Fenomenológico es principalmente un intento para comprender los asuntos empíricos desde la perspectiva de aquellos que están siendo estudiados.

Las características principales que busca un estudio Fenomenológico son: esencia del significado de la existencia, enfatizar en la experiencia interna y externa, apartar las experiencias propias, confiar en la intuición, comprender las perspectivas Filosóficas detrás de la teoría, elaborar preguntas de investigación las cuales inviten a explorar el significado que las personas otorgan a la experiencia y que les describa las experiencias vividas cotidianamente⁽⁵⁶⁾.

La técnica de observación participante se realiza a través del contacto directo del investigador y con el fenómeno observado para obtener información sobre la realidad de los actores sociales en sus propios contextos. El observador en tanto parte del concepto de la observación, establece relación cara a cara con los observados. En este proceso, el investigador, al mismo tiempo, puede modificar y ser modificado por el contexto. La importancia de esta técnica reside en el hecho de que se capte una variedad de situaciones o fenómenos que no son obtenidos por medio de preguntas, desde el momento que, observados directamente en la propia realidad, transmiten lo que hay de más imponderable y evasivo en la vida real.

Las cuestiones centrales de la observación participante están relacionadas con los principales momentos de la realización de la investigación, se considera uno de ellos la entrada en el campo. Las capacidades de empatía y de observación por parte del investigador y la observación de éste por parte del grupo son factores decisivos en este procedimiento metodológico y no se pueden alcanzar a través de simples recetas⁽⁵³⁾.

4.3 Contexto.

Hospital de Tercer Nivel de Atención, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), Culiacán, Sinaloa, México.

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) es un módulo de cuidados o lugar delimitado físicamente con su respectiva área tributaria, donde se ubican el mobiliario y equipamiento necesarios para la atención del recién nacido en estado agudo crítico, el personal con el que cuenta son: Pediatras especialistas en Neonatología, personal de Enfermería con especialidad en Neonatología o en su caso, Enfermeras Generales o con Licenciatura.

El área de UCIN ofrece un ambiente ruidoso, brillante, luminoso, con continuas interrupciones de sueño e intervenciones dolorosas. Los recién nacidos prematuros y los recién nacidos a término enfermos no están preparados, ni son capaces de responder de una manera organizada a tantas agresiones⁽⁵⁷⁾.

Así mismo, la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) es un área física que cuenta con incubadoras, un área libre que permite el acceso al personal y equipo necesario, cuenta con un módulo para la extracción de leche en condiciones de privacidad para las madres, ya sea por medio de cortinas o mamparas; es un área con luz ambiental artificial, la cual se regula en la intensidad y apagado inmediato. Al interior de la UCIN, los ruidos ambientales no deben exceder de 45 decibeles de manera continua; los ruidos transitorios no deben exceder de 65 decibeles.

Los criterios generales de ingreso a la UCIN son: usuarios menores de 30 días de vida extrauterina, que presenten inestabilidad de algún aparato o sistema que comprometa la vida, requieran de apoyo mecánico de ventilación y tengan posibilidades de recuperación, además de alguna de las siguientes condiciones: recién nacido a término, gravemente enfermo, prematuro o que presente desnutrición intrauterina con peso menor de 1,5 Kg al nacer, recién nacidos con

malformaciones congénitas mayores que sean compatibles con la vida, urgencias quirúrgicas, tumores, errores innatos del metabolismo e intoxicaciones.

El mobiliario con el que cuenta el área de UCIN para la atención del recién nacido crítico es: bote para basura municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), bote con bolsa roja para RPBI (Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos) por cubículo, contenedor para punzocortantes y depósito para vidrio. Por módulo, cuna de calor radiante con fototerapia para terapia intensiva neonatal, con el equipo mínimo siguiente: barandales abatibles de material transparente, colchón de material antialérgico y radiolúcido, charola para placas de rayos X lámparas de iluminación de luz fría, poste de venoclisis; riel lateral para montaje de accesorios, ruedas antiestáticas; sensor de temperatura reutilizable, sistema de aspiración y flujómetro de oxígeno integrado.

El equipo con el que cuenta la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), es: báscula con capacidad de registro de 1 a 10 Kg, bolsa para reanimación autoinflable entre 250 y 500 ml con reservorio de oxígeno, por cada cuna, bombas de microinfusión continua pediátricas, en cantidad suficiente para cubrir los requerimientos mínimos necesarios por recién nacido, bombas de microinfusión de jeringa para programar la velocidad de infusión al menos de 0.1 ml por hora, carro rojo o de paro cardio respiratorio neonatal con manubrio para su conducción, con 4 ruedas giratorias, con sistema de frenado en al menos dos de sus ruedas y superficie para colocar equipo electromédico, con compartimentos para la clasificación y separación de medicamentos, cánulas de intubación y material de consumo incluyendo bolsa para reanimación autoinflable entre 250 y 500 ml con reservorio de oxígeno, cánula de Guedel neonatal, desfibrilador con monitor y capacidad de descarga de 2 a 200 Joules y selector de modo sincrónico y asincrónico, focos para laringoscopia (dos por cada mango), hojas de laringoscopia rectas en tamaños 00, 0, 1 y 2, mango de laringoscopia de acero inoxidable, iluminación por fibra óptica, mascarillas transparentes, anatómicas y acojinadas de diferentes tamaños, para recién nacido de pretérmino y de término, paletas para desfibrilar tamaño neonatal, tabla para compresiones cardíacas

externas: de material ligero y alta resistencia a impactos, inastillable, lavable, con soporte; en tamaño neonatal, tanque de oxígeno tamaño “E”, con manómetro, válvula reguladora y soporte, dispositivos para suministrar oxígeno con sistemas de humidificación, control de proporción de oxígeno (con mezclador de gases oxígeno/aire), temperatura y nebulización, Electrocardiógrafo móvil con capacidad para desplegar 12 derivaciones simultáneas, con accesorios complementarios adaptables para el recién nacido, equipo mezclador de gases para concentraciones del 21 al 100% de oxígeno, estetoscopios, estuche de diagnóstico completo, lámpara de haz dirigible, lámpara de mano, monitor de signos vitales, con accesorios y registro de frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura, tensión arterial no invasiva, tensión arterial invasiva y trazo electrocardiográfico, Negatoscopio u otros tipos de aparatos para valoración de estudios radiológicos y de imagenología, termómetro con portatermómetro. Por módulo, ventilador pediátrico/neonatal, limitado por presión convencional que cuente con modo de alta frecuencia oscilatoria y humidificador, nebulizador, sensor de flujo y de temperatura del aire inspirado que llega a las vías aéreas del recién nacido y una incubadora de traslado. El instrumental del área de UCIN es: equipo para aspiración de secreciones, con y sin circuitos cerrados, equipo para punción torácica, equipo para abordaje de acceso vascular central y periférico como: onfalocclisis, catéter percutáneo y venocclisis, recipiente para desinfección de instrumentos. El Área de extracción de leche cuenta con: sillón y mesa⁽⁵⁸⁾.

4.4 Descripción de la unidad hospitalaria.

La presente investigación se llevó a cabo en un Hospital de Tercer nivel de Atención en Culiacán, Sinaloa, México, es un Hospital que sirve de referencia y traslado para los municipios del estado de Sinaloa, se atienden embarazadas, recién nacidos, mujeres con patologías de Quistes en Ovario, Problemas de Fecundación, Trastorno de la Menstruación, usuarias con Cáncer de Mama y Cervicouterino. La institución brinda sus servicios sin fines de lucro para

derechohabientes de bajos ingresos económicos que cuentan con Seguro Popular. En el hospital laboran especialistas como: Enfermeras Neonatólogas, Obstetras, Intensivistas, Especialistas en Salud Pública, Licenciadas en Enfermería, Generales, Auxiliares y Maestras en Enfermería. Dentro del personal Médico se cuenta con: Ginecólogos, Perinatologos, Anestesiólogos, Pediatras y Neonatólogos.

4.5 Descripción del escenario.

El área de UCIN es una de las más importantes del Hospital debido a que se atienden usuarios vulnerables al cuidado, la unidad durante toda la época del año se encuentra ocupada con usuarios que requieren larga estadía por la gravedad de salud.

El área de UCIN se encuentra ubicado enfrente de CEYE (Central de Equipos y Esterilización), a un costado de Tococirugía, cuenta con dos entradas, la primera es el acceso para personal y la segunda para el ingreso de los padres y madres. Las paredes y techo de la UCIN están pintadas de color blanco, la iluminación es clara, existe poca ventilación, existe extractor de aire, no cuenta con ventanas, la temperatura se mantiene en 29°C. La entrada del personal cuenta con un vestidor y lavamanos, jabonera en la parte superior, cesto para basura, una caja para colocar gorros y cubrebocas los cuales se instalan previo al acceso a la unidad. Se cuenta con un área para capacitación del personal a un costado de la puerta de acceso al personal. El sitio por donde ingresan los padres tiene dos vestidores, un lavamanos, jabonera y toallas para el secado, gorros, cubrebocas y batas hospitalarias no estériles. Continuando con la descripción al lado izquierdo del área existe un cuarto equipado con dos vitrinas donde se coloca material y un refrigerador para introducir medicamentos que lo requieren, tal es el caso de, leche materna. En la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) en medio del área, existe una tarja, cuatro jaboneras y dos contenedores con toallas de papel para el secado de manos. Dicha área posee diez termocunas de calor radiante, equipadas con monitor, oxímetro de pulso, toma de aire y oxígeno,

así como frascos de succión. En la parte media del área existe una estancia de Enfermería con cinco sillas, computadora, impresora, hojas blancas y papelería utilizada en el servicio como es: identificación de los usuarios, hojas de Enfermería, hoja de eventos adversos y manuales de procedimientos. A un costado de la estancia de Enfermería se cuenta con un carro de emergencia, dos tanques de oxígeno y un monitor con desfibrilador, así como, ventiladores de alta frecuencia equipados. Enseguida del carro de emergencia existe una mesa Pasteur para trasladar material en caso de algún procedimiento. En la parte posterior a la estancia de Enfermería se aprecia el sitio de los Médicos, donde se ubica material de uso como: hojas blancas, plumas, perforadora, grapadora, tres sillas, dos impresoras, tres computadoras, un mueble de concreto el cual se utiliza para guardar los expedientes clínicos de los recién nacidos, leches y frascos para muestras de sangre y orina.

En cada termocuna se aprecia una cinta métrica, estetoscopio, termómetro, además, material de consumo, tal como: pañales, medicamentos, leche, ropa, crema, jabón y material de curación.

El área de UCIN posee una Campana de Flujo Laminar en la que una Enfermera capacitada de los diversos turnos prepara el medicamento de los recién nacidos, evitando así, infecciones intra hospitalarias.

4.7 Participantes.

Fueron siete madres adolescentes con edades de 10 a 19 años, provenientes de zonas urbanas y rurales de la ciudad de Culiacán, contaban con recién nacidos prematuros del género masculino y femenino con edades gestacionales de 32 a 37 semanas, estando hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital de Tercer Nivel de Atención, estaban afiliados madre e hijo al Seguro Popular.

Dos de las madres eran multíparas con el primer hijo también hospitalizado, cinco eran primigestas. Las siete participantes comentaron haber sufrido rechazo social, familiar y el de sus parejas a partir de la expresión del embarazo, comentaron que sus padres se sentían decepcionados y avergonzados de ellas. Las madres adolescentes tienen nivel académico incompleto (primaria y secundaria), a su vez, de bajos recursos económicos, cuatro de las madres adolescentes eran solteras y tres vivían en unión libre. Durante las entrevistas las madres expresaron el abandono de estudios a partir del embarazo, además, no desean continuar sus estudios con la intención de ser amas de casa solamente.

La forma en que vestían las participantes era: pantalón de mezclilla, blusa de licra, cabello recogido, poco maquillaje y sandalias.

4.8 Técnicas de recolección de información.

Se informó a la madre adolescente sobre la investigación a realizar dentro de la unidad hospitalaria, posteriormente se recolectó la información necesaria a través de la entrevista semiestructurada, constaba de cinco preguntas que respondieron a los objetivos, previa firma del consentimiento informado por las madres adolescentes y las mamás o tutoras de las madres adolescentes, las respuestas fueron grabadas y escritas en su totalidad, para la interpretación de los datos se utilizó el análisis de contenido tipo temático.

Se emplearon dos técnicas para la recolección de la información:

- Entrevistas semiestructuradas con las madres adolescentes que contaban con hijos hospitalizados en el área de UCIN, las entrevistas se llevaron a cabo en un aula de enseñanza del mismo hospital para mayor comodidad y confidencialidad de la información. Estas entrevistas fueron grabadas y transcritas en su totalidad para una mejor comprensión.

- Observación participante en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) durante el horario de visita.
- Se realizó la revisión de expedientes de los recién nacidos hospitalizados así como el expediente electrónico de las madres adolescentes con el fin de obtener datos importantes como: diagnóstico, tratamiento, antecedentes Ginecoobstétricos, estado civil, religión, escolaridad, lugar de procedencia y antecedentes del control prenatal.

Procedimiento de las observaciones:

Durante el comienzo de la investigación se implementó lo siguiente:

- Después de presentar el proyecto al Departamento de Enseñanza del Hospital y obtener su aprobación, una semana después se procedió al inicio del trabajo de campo.
- El primer paso de la investigación fue dar a conocer el proyecto al Médico encargado del área de Neonatología, así como a las Enfermeras encargadas del área, de manera que, se les entregó a cada uno copia de la carta de aceptación emitida por el Departamento de Enseñanza.
- Al día siguiente se ingresó al área de UCIN con la finalidad de observar el servicio y anotar el material electromédico y de consumo, se utilizó uniforme quirúrgico, gorro, cubrebocas, previo lavado de manos, lo que facilitó el acceso a la unidad; estableciendo empatía con las madres que se encontraban en la área y el personal.
- Posteriormente por medio de la revisión del expediente clínico y electrónico de los recién nacidos hospitalizados se llevó a cabo la selección de madres adolescentes.

Las observaciones se realizaron en el área de UCIN cuando la madre adolescente acudía a visitar al recién nacido en el horario de 11:00 a.m. y 4:00 p.m, posterior al informe médico.

- Se anotó el horario de cada visita que realizó la madre durante el día y la información que recibió por parte del personal.
- Mediante la observación se identificó el trato que se le proporcionó a la madre adolescente así como, la información en caso de algún procedimiento donde participaba el Médico o la Enfermera.
- Por medio de la observación se analizó el contacto físico de la madre hacía el recién nacido, como: palabras, caricias y miradas que emergían.
- A partir de la observación se apreciaron los procedimientos en los que la madre participaba.
- Después de realizar la observación se revisó la hoja de Enfermería donde se plasmó el tratamiento y cuidados que se le proporcionaban al recién nacido.
- Se elaboró una nota de campo por cada día observado. Se realizó la categorización formando una estructura de cada significado, el cual se dividió de acuerdo a los objetivos del estudio, es decir, determinando la experiencia de la madre adolescente en el área de UCIN.

Procedimiento de las entrevistas:

Las entrevistas se efectuaron después de que la madre acudía a visitar al recién nacido, se realizó una entrevista a cada una de las participantes y se regresó con cada una de ellas dos veces para completar lo que era necesario y a su vez revisaran el discurso, el promedio de duración de cada entrevista fue de una hora.

- La selección de las madres adolescentes se dio conforme a la edad de las participantes y por el hecho de tener un hijo hospitalizado en UCIN.
- Para la realización de las entrevistas se procedió a la presentación física con la madre adolescente, se le explico sobre la investigación, el tipo de preguntas, se acordó el horario y lugar de las entrevistas, además, la finalidad del proyecto. Al aceptar ser entrevistada se le proporcionó el consentimiento informado mismo que también firmo la mamá de la madre

adolescente, a ambas se les comentó que la información sería grabada y que se realizarían anotaciones durante la entrevista.

- Se respetó en todo momento el tema central de la investigación, orientando las preguntas clave hacía el objetivo del proyecto.
- Se respetó a la madre adolescente conforme a los códigos éticos.
- Un día después de la entrevista se procedió a la transcripción de datos, asignando un seudónimo en el idioma Japonés a cada participante y un prefijo con la inicial M y un número para describir a cada una, ejemplo: M1, M2.
- Se recuperaron las entrevistas de forma literal haciendo anotaciones sobre gestos o sonidos que emitieron las participantes para poder dar significado a cada uno de ellos.

Procedimiento de análisis de las observaciones:

La investigación dentro del análisis se concentró específicamente en determinar el sentir de la madre, con apoyo de información teórica acerca del afrontamiento de las madres adolescentes ante la nueva situación de vida tanto en la primera, segunda y tercera entrevista. Se usó un sistema de codificación con colores para distinguir las etapas y aspectos de los sentimientos, afrontamiento y aprendizaje relacionándolas con la experiencia de la madre en la UCIN. Después se procedió a la identificación de una categoría trascendente, cumpliendo así con los objetivos de la investigación.

Al adquirir mayor experiencia en el campo, hubo cambio en la percepción al observar, escuchar y entender a la madre adolescente. Conforme se realizaban las entrevistas había mayor fluidez en las conversaciones y empatía con la participante. Por consiguiente, se ganó mayor información, asertivamente se llevó el análisis de información para la elaboración de la categoría y se construyó un sistema de categorización con el manejo de otros conceptos, revisando notas y objetivos del estudio, clasificando la información de acuerdo al contenido. Por

último se hizo una reducción de los datos extrayendo los más importantes para la investigación.

4.9 Análisis de datos.

El análisis de los datos se llevó a cabo a partir del análisis de contenido de tipo temático propuesto por De Souza Minayo⁽⁵⁹⁾, inicialmente se realizó una codificación libre en el texto de las entrevistas, obteniendo así categorías y subcategorías con sus definiciones a partir de las cuales se estableció un esquema de códigos para efectuar posteriormente la codificación selectiva. Esto permitió descubrir los significados tras las experiencias relatadas por las madres adolescentes durante la estadía del recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, de acuerdo a sus opiniones, aprendizajes, motivaciones, limitaciones y situaciones del contexto en que se encontraban, de tal manera, en dichas narraciones se mostraron sentimientos, conocimientos, emociones y percepciones de las madres. Dicho análisis transcurrió a través de tres etapas:

1. Ordenamiento de datos.

El ordenamiento englobó tanto las entrevistas como el conjunto de datos en las etapas de transcripción de las grabaciones de cada entrevista, se procedió a dar relectura al material y se organizaron los relatos en un determinado orden, lo que supuso el inicio de clasificación, así como la organización de los datos recabados en las notas donde se realizaron los anotaciones correspondientes.

2. Lectura horizontal y exhaustiva de los textos.

Se realizó la lectura horizontal y exhaustiva de los datos, prolongando una relación interrogativa con ellos. Durante esta etapa se trabajó con todo el material de campo al cual se le dio lectura a cada entrevista, realizando anotaciones de las primeras impresiones y se inició así la búsqueda de coherencia interna de la información. Donde el material escrito fue cuidadosamente analizado: frase por frase, palabra por palabra, adjetivos, concatenación de ideas y sentido general del

texto. Identificando las ideas centrales procediéndose a la construcción de categorías empíricas y subcategorías.

3. Lectura transversal.

En otro momento, se procedió a la lectura transversal de cada subconjunto en su totalidad. Recortando cada entrevista o documento en una unidad de sentido, por estructuras de relevancia por temas. Donde se separaron los temas, las categorías o unidades de sentido, agrupando las partes por semejanzas. Se buscó la conexión entre ellas identificándolas por medio de códigos. Posteriormente se reagruparon las unidades de sentido tratando de comprender e interpretar aquello que fue expuesto de manera relevante y representativa de las experiencias que vivieron las madres adolescentes en relación a la estadía del recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

4.9.1 Materiales e instrumentos

Para levantar la información de este estudio se utilizó lo siguiente:

- Hojas de registro de datos.
- Diario de campo.
- Equipo de grabación.
- Guion temático que orientó el desarrollo de la entrevista.

Para organizar la información recuperada a partir de la información proporcionada por las madres adolescentes en las entrevistas, se realizó la transcripción de información de la siguiente manera:

- Se extrajo el grueso de la información, aquellos datos que solamente tenían significación relevante en relación al objetivo del estudio.
- Se segmentó la información en función de su significado mediante la identificación de frases o párrafos que se consideraban importantes.
- Se asignó un concepto significativo que se basa en criterios temáticos.

- Se marcaron con diferentes colores los aspectos de los sentimientos.
- Se estableció una comparación entre los resultados de las observaciones y los datos de las participantes.
- Finalmente se procedió a la síntesis de los resultados obtenidos de las entrevistas y lo observado.
- La interpretación de resultados se realizó a través del análisis temático según De Souza Minayo⁽⁵⁹⁾.

4.9 2 Validez de la investigación

Los criterios de rigor científico que se usaron en esta investigación fueron los siguientes:

Credibilidad: La credibilidad se logra cuando los hallazgos del estudio son reconocidos como «reales» o «verdaderos» por las personas que participaron en el estudio y por aquellas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado. Ejemplificando esta investigación con la credibilidad posterior a la transcripción de los datos obtenidos durante las entrevistas a las madres adolescentes se les mostró la información por escrito, siendo ellas quienes determinaron la veracidad de la misma.

La credibilidad se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolecta información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Así entonces, la credibilidad se refiere a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado.

Confirmabilidad: se refiere a la neutralidad de la interpretación o análisis de la información, que se logra cuando otro investigador puede seguir «la pista» al investigador original y llegar a hallazgos similares.

Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original siempre y

cuando tengan perspectivas similares. En la investigación realizada a las madres adolescentes se encontró similitud con otras investigaciones localizadas a nivel mundial y nacional, en el que experimentan distintos sentimientos, así como, coincide el índice elevado de nacimientos prematuros provenientes de madres adolescentes, siendo factor indispensable la hospitalización.

Transferibilidad: La transferibilidad consiste en la posibilidad de transportar los resultados a otros contextos o grupos. Este criterio se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones, se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto⁽⁶⁰⁾. Puesto que, el embarazo adolescente es una consecuencia social esta investigación se traslada no solo al ámbito social, sino a aspectos psicológicos y de índole en el déficit de salud por las consecuencias que conlleva.

4.9.3 Protección de la intimidad.

Conforme a lo establecido en las leyes sobre protección a la intimidad de las personas como refiere la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 18 relativo a los derechos humanos y libertades:

- A las madres adolescentes se les explicó acerca de la investigación realizada en el Hospital de Tercer Nivel de Atención, fueron ellas quienes determinaron su participación en dicho proyecto.
- A las siete participantes se les asignó un pseudónimo en el idioma Japonés, dentro de los resultados en cada discurso se colocó la letra M (Madre), situando un número para distinguir a cada participante, es decir, (M1, M2, etc.). Para proteger y respetar su identidad, las madres adolescentes se sintieron en confianza y seguras durante las entrevistas realizadas, firmaron el consentimiento informado, también, se les comentó a las madres o tutoras de las madres adolescentes sobre la investigación, de la misma forma, firmaron el consentimiento informado.
- La información que se adquirió de los expedientes electrónicos y expedientes físicos de la madre adolescente como del recién nacido

hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN) se manejó con responsabilidad.

- A su vez, se realizaron las entrevistas en un aula de Enseñanza del hospital para brindar comodidad a las madres y libertad de expresión durante cada entrevista.

El término intimidad se refiere a aquello que es más propio y exclusivo de la persona, donde sólo el individuo es quién accede y decide a compartir con otros. La protección de la intimidad se hace efectiva mediante el respeto a la privacidad, término con el que se define todo aquello que por derecho excluimos del acceso y conocimiento no autorizado a los demás, incluido el Estado.

La confidencialidad es la cualidad de aquello que se dice, se hace o se intercambia en un marco de confianza, con la seguridad de que no será compartido fuera de ese acuerdo. Es el derecho a que la información sea accesible sólo para aquellos/as autorizados/as a tener acceso a ella, y obliga a las/los profesionales a no revelar ni utilizar la información obtenida en ese marco de confianza. En la práctica asistencial aparecen numerosas dificultades en el mantenimiento de la confidencialidad, que originan dilemas éticos a diversas/os profesionales implicadas/os⁽⁶¹⁾.

4.9.4 Consideraciones éticas.

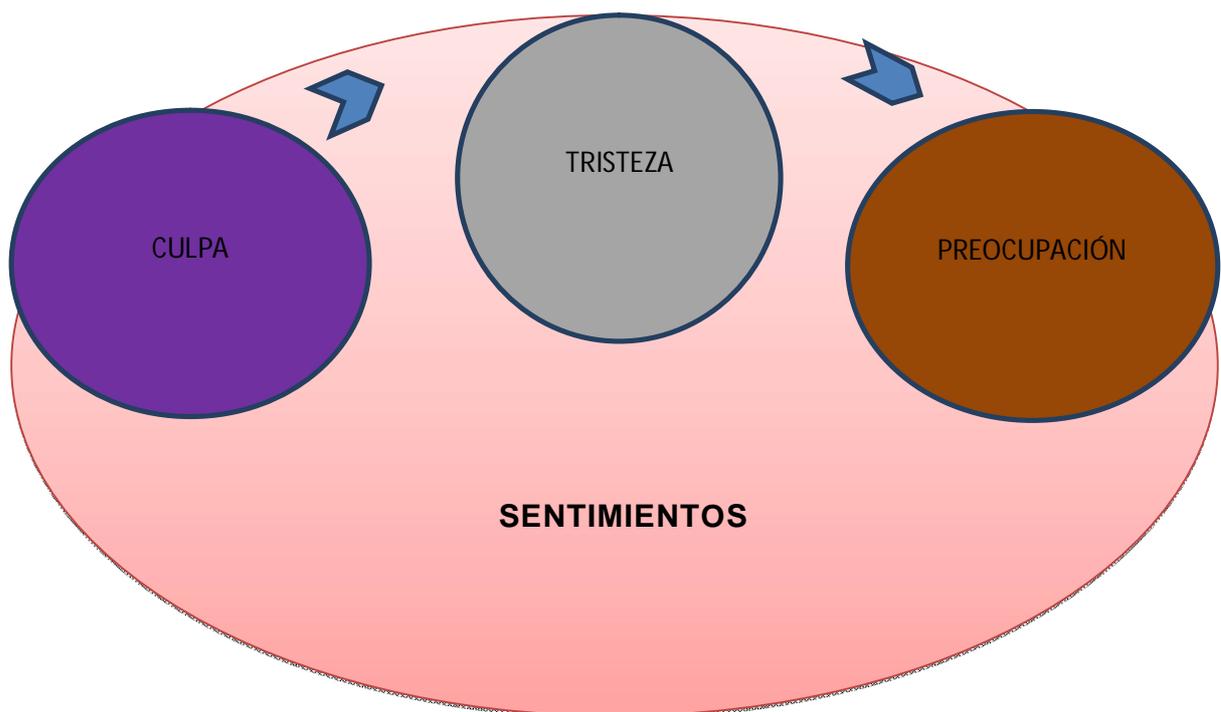
Para que el estudio se ajustara a estos principios, se realizó lo siguiente:

- Se informó al Departamento de Enseñanza del hospital y por medio de un escrito se redactó la carta petición dirigida a la directora del hospital.
- Por razones legales se hizo la petición del permiso a las Enfermeras y Médicos del área de UCIN y así llevar a cabo la observación participante.
- Se respetó la confidencialidad de datos emitidos por el personal del área de UCIN así como la información brindada por la participante.

- Se hicieron registros y notas de campo considerando la objetividad y veracidad de la información emitida por el personal de UCIN y la informante.
- Así como, en la presente investigación se utilizó el consentimiento informado (ver anexo). El Código Deontológico de Enfermería establece en el capítulo II los deberes de Enfermería, donde reconoce la libertad, igualdad, derechos y valores de todos los seres humanos. Por ello, Enfermería está obligada a tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud.
- En el Código de Nuremberg se menciona que es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del humano sujeto a experimento. Dicho experimento en el apartado II refiere que debe ser útil para el bien de la sociedad, irremplazable por otros medios de estudio y de la naturaleza que excluya el azar. Con respecto al apartado IV puntualiza que el experimento debe ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario del sujeto⁽⁶²⁾. Por lo cual, fue importante la estrecha comunicación de la investigadora y las participantes para el desarrollo de esta investigación.

V. Resultados.

Conforme a la realización de esta investigación efectuada en un Hospital de Tercer Nivel de Atención desarrollada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales emergió la categoría denominada: **Sentimientos** consta de tres **subcategorías** (**Tristeza, Preocupación, Culpa**), dicha información se obtuvo con base a la información otorgada por las madres adolescentes a partir del análisis de su experiencia.



A partir de las entrevistas con las madres adolescentes, en el proceso de análisis y la reflexión de los discursos, condujeron a la construcción de la categoría en las experiencias de las mismas durante la hospitalización del recién nacido. A continuación se hace una descripción de la misma.

Sentimientos.

Los sentimientos se generan a partir de una emoción, estos son producidos por factores múltiples. Hablar de sentimientos es estar sujetos a un estado afectivo de ánimo producido por causas que lo impresionan vivamente⁽²⁷⁾. Durante la observación participante se determinó que las experiencias de madres adolescentes asemejaban su sentir, por consiguiente presentan sentimientos como: **tristeza, preocupación y culpa** a partir de la hospitalización del recién nacido debido a la etapa generada en el área de UCIN, esta tendencia se produjo al estar en contacto con el personal de salud, un entorno complicado por el constante y alarmante ruido provocado por los aparatos, procedimientos desconocidos, además, del incierto estado de salud provocado por el diagnóstico del recién nacido.

Por esta razón los **sentimientos** como lo señala Jung son un sistema organizado de disposiciones emocionales que se centran alrededor de la idea de algún objeto. Es una de las funciones o maneras de lidiar con el mundo. Es el acto de sentir, como el de pensar. Es una cuestión de evaluación de la información⁽⁶³⁾. De manera que, los **sentimientos** de la madre están implícitos a partir de la adaptación y reacción que experimenta durante la hospitalización del recién nacido.

Enseguida, como parte del sentir y la mención de la madre se ve implícito la primera Subcategoría: tristeza.

En cierto modo, se presenta la **tristeza** la cual forma parte de las emociones, abarcando los sentimientos de autocompasión, desconsuelo, melancolía, pesimismo y desánimo, entre otros. La persona está triste cuando, a nivel cognitivo, se produce una falta de interés y de motivación por actividades que antes eran satisfactorias y se vislumbra la realidad desde un ángulo negativo; sólo se ve lo malo de las situaciones o, cuando a nivel conductual, la persona suele restringir las actividades físicas haciendo muy poco o nada, presenta modificaciones en los gestos faciales y en la postura. La **tristeza** generada en la

madre la ayuda a expresar la emoción que le provoca la situación de pérdida o decepción y favorece la reflexión y el autoconocimiento. A pesar de ser una emoción negativa, la **tristeza** presenta un lado adaptativo provocando la expresión en las personas y siendo útil para relacionarse con los demás, obtener sus cuidados y preparar al individuo frente al estrés⁽⁶⁴⁾. Tal sentimiento se expresa en los siguientes discursos:

"Me siento mal, no es justo que mi hija se encuentre así, no sabes lo triste que me pongo y la preocupación que siento, es feo ver que no come y mirar sus lágrimas cuando me acerco a tocarla y hablarle. ¡Mira! como la tienen conectada a todos esos aparatos, me estresa verla así, por su prematurez se complica cada vez más. Tengo miedo que un día me hablen y me digan que ya no está viva, no sé qué haré sin ella". M1 Akira (13 años). (Edad gestacional de recién nacido, 36 semanas).

"Me da mucha tristeza ver a mi bebé grave, conectado a tantos aparatos, sé que está sufriendo, veo que lo tienen todo puncionado y he llorado no lo niego, sé que el sufre y yo sufro al verlo enfermo". M2 Rioko (10 años). (Edad gestacional del recién nacido, 30 semanas).

"Estoy triste porque mi hijo no está bien de salud, cada vez se pone peor, le han agregado más medicamentos, le conectaron más aparatos que le ayudan a respirar, me estresa y siento tristeza al verlo grave. Yo sufro a diario junto con mi hijo". M3 Mei (15 años). (Edad gestacional del recién nacido, 35 semanas).

"Por la prematurez de mi hijo lo tienen conectado a muchos aparatos, es triste y es difícil verlo así entre tantos monitores y conexiones de oxígeno". M4 Hoshi (15 años) (Edad gestacional del recién nacido, 36 semanas).

"Al ver a mi hija enferma me da mucha tristeza, es difícil de verdad ver cómo le cambian el tratamiento tan seguido, me siento mal al verla enferma, me estresa porque ya le conectaron otra vez el oxígeno, pensé que iba aguantar, se miraba bien, pero al ponerle de nuevo los aparatos sé que otra vez está enferma no sé qué hacer para que ella no sufra". M5 Kai (15 años) (Edad gestacional del recién nacido, 35 semanas).

"No me gusta ver a mi hijo conectado a los aparatos, sé que eso le ayuda a vivir, pero, a la vez lo veo muriendo en vida. Lo tienen dormido para que él no sienta el ruido y lo que le hacen pero él sí escucha y siente esos aparatos, ¡esta situación lo está matando!, él no merece vivir sufriendo". M6 Mika (13 años) (Edad gestacional del recién nacido, 34 semanas).

De igual manera, esta complicada situación la señala Bacilio Gutiérrez y Cols. (2005) en un estudio Cualitativo dónde refiere que el ingreso violento de un recién nacido prematuro a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales produce en la madre la sensación de duelo anticipado, ante la posibilidad de muerte del hijo real, encontrándose inmersa en una realidad diferente a la imaginada donde la vida y la muerte aparecen paradójicamente al inicio de la vida, observando así distantemente ese cuerpo pequeño atado a la vida por hilos a una máquina extraña y rodeado de una **gama tecnológica** que aporta más al **sufrimiento** de la madre debido a que estas unidades son consideradas por ellas como "Sinónimo de muerte", donde un recién nacido prematuro puede fallecer sorpresivamente; aflorando el **miedo**, la **tristeza** y la pena frente a la posibilidad de pérdida del hijo real⁽⁶⁵⁾.

En este sentido los resultados obtenidos coinciden con González y Cols. (2012), donde mencionan que la hospitalización de los recién nacidos, es considerado un momento extremadamente **estresante** para la madres, encontrándose que la presencia de los monitores y aparatos cerca del recién nacido y sus respectivas alarmas, la realización de procedimientos invasivos son

factores considerados por las madres como las situaciones más **estresantes**. Los equipos biomédicos como monitores y aparatos al ser desconocidos por las madres son vistos como sinónimo de gravedad y las alarmas que estos emiten como una señal de emergencia de que algo no anda bien, convirtiéndose así en fuente eminente de **angustia**⁽⁶⁶⁾.

A partir de los discursos se aprecian distintos sentimientos, como resultado de una relación particular entre la madre, el recién nacido y el entorno en que se encuentran, este último es considerado difícil de adaptación. Es por esto, que la hospitalización del recién nacido es percibida como un **estresor** por los padres, dónde es necesario entender que existe un proceso interactivo entre el individuo y la situación, siendo necesario considerar las características del estímulo y de la respuesta⁽⁶⁾.

Con relación a los discursos mostrados en la primer subcategoría nombrada **tristeza** las madres adolescentes sienten **temor** a la pérdida física de su hijos, debido a la gravidez, ya que a través del contacto físico y la observación logran apreciar el **sufrimiento** del recién nacido, de manera que a la madre le resulta agobiante asimilar el estado de salud en condiciones no óptimas. Otro factor que genera **tristeza** en las madres es el observar la colocación de aparatos en el cuerpo del recién nacido, los cuales se requieren como parte del tratamiento, concibiéndolo ellas como el segmento que genera dolor en sus hijos.

De forma similar, es complejo para las madres adolescentes concebir la enfermedad del recién nacido y sus complicaciones asociando la cantidad de procedimientos con el deterioro de salud. Durante el proceso de hospitalización existe tanto la mejoría como el desequilibrio, gran parte de esta etapa depende del tratamiento proporcionado al recién nacido así como, de su fuerza interna, para la madre existe un desequilibrio emocional por la recuperación y después la complicación física.

Así que, la hospitalización del recién nacido requiere de diversos procedimientos e intervenciones invasivas en el área como son: aspiración,

intubación, cateterización, entre otros, que impregnan todo el tratamiento. Al respecto, la madre experimenta conflicto, **dolor** y **sufrimiento**⁽¹⁸⁾. De manera que, la hospitalización representa para la madre en contexto general un modo de **sufrimiento** considerado como un fenómeno complejo. Dentro del **sufrimiento** existe un grado moderado de dolor físico pues tiene una función biológica. El **sufrimiento** es más amplio que la enfermedad y desencadena complicaciones⁽⁶⁷⁾.

De igual manera, el ambiente en la UCIN, genera **preocupación** en los padres por el sonido de alarmas, además, de percibir a otros recién nacidos en la misma situación, ruidos de monitores, equipos y luces que se encienden. En la medida global, alrededor de la mitad de los padres considera la situación de hospitalización de su hijo en la UCIN como extremadamente **estresante**. Esta puntuación es indicativa de baja percepción de control ante la multitud de demandas de la situación. Lo que más **preocupa** o estresa a padres y madres es la apariencia frágil y débil de su hijo, rodeado de las máquinas de Cuidados Intensivos dentro de una incubadora, tener que dejarlo solo y por tanto, separarse de él, a las madres en comparación con los padres, no poder alimentarle. El grado de estrés es más alto para madres que padres. La amenaza percibida por la hospitalización del hijo es mayor que al valorar estresores por separado. Aún en esta situación de crisis, son más frecuentes los sentimientos positivos hacia el hijo y personal sanitario que lo cuida, que los negativos⁽⁶⁸⁾.

A su vez, se generó una segunda subcategoría nombrada: culpa. En el caso de, las madres se responsabilizan por la situación de gravedad que transcurre durante la hospitalización de su hijo. La **culpa** es un estado emocionalmente desagradable, que se genera después de una transgresión y continua hasta que se restaura algún tipo de equilibrio, siendo relativamente independiente que otros conozcan la acción que los motivo. (Díaz-Aguado, 1982)⁽⁶⁹⁾. Como se muestra en los siguientes comentarios:

“Mi hijo no merece estar sufriendo, es demasiado pequeño, no tiene maldad alguna, me siento culpable por la enfermedad, los médicos decían que todo estaba bien en el embarazo y no sé por qué nació

enfermo mi bebé”. M4 Hoshi (15 años). (Edad gestacional del recién nacido, 36 semanas).

“Siento culpa al ver a mi hijo enfermo, es muy pequeño para estar en un hospital tan grave”. M3 Mei (15 años). (Edad gestacional del recién nacido, 35 semanas).

“Mi niña no tiene la culpa de estar aquí, ella es inocente, no sé por qué esta aquí, es una situación a la que no se prepara uno, a veces pienso que es mi culpa tenerla aquí en un hospital y no en casa”. M5 Kai (15 años). (Edad gestacional del recién nacido, 35 semanas).

“Es mi culpa tener que ver a mi hijo sufriendo, de verdad no quería verlo así, pero es prematuro y tiene que estar hospitalizado, no me gusta verlo enfermo, el merece tener una mejor vida”. M7 Kanon (12 años). (Edad gestacional del recién nacido, 34 semanas).

Dichos acontecimientos de culpa en las madres son generados por la prematurez del recién nacido como lo describe Carneiro Rolim en su investigación: Experiencia de madres durante el período del internamiento del recién nacido en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, de igual modo coincide con los hallazgos de esta investigación y describe que la mayoría de las madres sienten un complejo de falla por no haber conseguido gestar un hijo a término, observan a sus hijos en incubadoras y los perciben como una imagen triste que las desilusiona, por lo que piensan que su hijo es un ser humano débil y distante al encontrarse en ese medio hospitalario. De ahí que, surgen los problemas incontables para las madres entre los que se destacan: miedo a la enfermedad, remordimiento de conciencia, **culpabilidad**, inseguridad y falta de control por la atmosfera hospitalaria; las personas, rutinas y procedimientos, entre otros, provocan en la madre una crisis psicológica⁽⁷⁰⁾.

En cuanto, el nacimiento de un hijo prematuro ocasiona elevados niveles de **angustia** en el entorno familiar, teniendo repercusiones de diversa índole que puede afectar el desarrollo de un vínculo afectivo de calidad entre el recién nacido

y el cuidador principal, generalmente la madre como lo informa un estudio realizado en España⁽⁷¹⁾.

Incluso, en la evidencia de los discursos las madres durante la hospitalización del recién nacido prematuro experimentan sentimientos como: **incertidumbre, impotencia y pesimismo**; además de ser una experiencia novedosa e inesperada que es muy difícil de asimilar. Los autores en general coinciden en que las madres, experimentan durante la hospitalización de sus hijos; sentimientos de **negación, inferioridad, hostilidad, depresión, frustración, ira o culpa**. Al igual, se puede observar en los estudios analizados, que la situación al tener un hijo prematuro desencadena un choque inicial cuando se enfrentan con un recién nacido diferente en apariencia física al imaginado inicialmente, de ese estado de choque llegan a la etapa de aceptación y luego a la de adaptación⁽⁷²⁾.

Por tanto, debido a la afectación de salud del recién nacido la madre suele experimentar la **negación**, como un mecanismo de defensa oponiéndose a reconocer la situación desfavorable en la que se encuentra su hijo, adoptando ella la **culpabilidad** del contexto. Como lo refieren las madres cuando dicen: “Él no merece estar sufriendo”, reflejando la necesidad de la madre de aminorar el dolor presente en el recién nacido.

Con respecto a la salud psicosocial de los padres con niños que ingresan a las unidades de cuidados intensivos (UCIN), estos experimentan un nivel de **angustia** mayor comparado con los padres de niños sanos, de igual forma, la salud psicosocial de los padres está influenciada por la edad (jóvenes), baja escolaridad, falta de apoyo, disfunción familiar, estado civil y menor salud psicosocial en el sexo femenino⁽⁷³⁾.

Sin duda, la **preocupación** persiste en las madres y está acompañada de **ansiedad, frustración, y confusión**.

Dentro del análisis de los discursos se nombró a la tercer subcategoría: preocupación. Es definida la preocupación como una cadena de pensamientos e imágenes cargadas con efecto negativo, relativamente desenfrenado y está

orientado hacia un peligro futuro que es percibido como incontrolable; (Dugas y Ladouceur, 1997, Rapee, 1995). A su vez, la preocupación puede tener una función adaptativa al ayudar a prepararnos para situaciones problemáticas y resolverlas. Pero también puede convertirse en algo excesivo o desadaptativo. Estas preocupaciones excesivas van asociadas a una hipervigilancia hacia los estímulos amenazantes y a una sensación inflexible de los mismos. La ansiedad y las preocupaciones están asociadas con síntomas tales como: inquietud o impaciencia, cansarse o fatigarse con facilidad, dificultades de concentración o quedarse en blanco, irritabilidad, tensión muscular y perturbaciones del sueño⁽⁷⁴⁾.

Por lo que, la preocupación es ocuparse antes o anticipadamente de algo, provocando intranquilidad, temor, angustia o inquietud⁽²⁷⁾, es considerable dicho sentimiento durante la hospitalización como se observa en los hallazgos:

"Desde que la niña está hospitalizada me preocupa separarme de ella, es difícil pensar cómo se encuentra, si estará bien o no de salud, o si la estarán cuidando bien, en ocasiones me preocupa y desespera no estar con ella todo el día, no me gusta verla sufrir". M1 Akira (13 años). (Edad gestacional del recién nacido, 36 semanas).

"Mi hijo no sé cómo se encuentra cuando no estoy con él, estoy en mi casa y me preocupa no estar a su lado y pienso si estará bien o mal". M7 Kanon (12 años). (Edad gestacional del recién nacido, 34 semanas).

"Mi niño es una persona que está solo en el hospital quisiera tenerlo en casa y no preocuparme más por mi hijo, no me gusta separarme de él, porque pienso en como lo están tratando, me preocupa más cuando llega la noche, él está enfermo y no sé cómo se porta cuando no estoy con él". M2 Rioko (10 años). (Edad gestacional del recién nacido, 30 semanas).

"Mi niña me preocupa, todos los días pienso en ella, no quisiera separarme de ella, pero tampoco me dejan estar mucho tiempo en el

hospital, no sé si va estar bien cada vez que me voy, me da miedo que llegue la noche y dejarla sola. Ojalá se cure pronto para llevármela a casa". M5 Kai (15 años). (Edad gestacional del recién nacido, 35 semanas).

Conforme a lo mencionado la preocupación de la madre resalta a partir de la separación física además, del cuidado y trato hospitalario que le proporciona el personal de salud al hijo.

Se sabe, que cualquier situación que impida o dificulte la creación de un vínculo afectivo de los padres con su hijo hace más difícil aprender las tareas de cuidado de su recién nacido, además lleva a que los padres no sientan placer y gratificación con su rol, dificulta la armonía, la confianza y la competencia en la realización de actividades de cuidado y, por ende, implica que los padres de los recién nacidos sientan dificultades en el desempeño de su rol.

Como describen los autores Guerra y Ruiz el impacto emocional ante la evidencia de tener que dejar a su hijo en una UCIN enfrenta a los padres a una separación prematura de este, al desconocimiento de las condiciones en las que se encuentra y a la incertidumbre sobre su recuperación. Durante la hospitalización de su hijo los padres se tienen que adaptar a una cultura impuesta por la UCIN, donde las normas, los horarios, los cuidados y los protocolos son muy diferentes a lo que ellos conocen y a la manera como han visto que se cuida a los recién nacidos de término y en buenas condiciones de salud⁽⁷⁵⁾.

Merece especial mención el compromiso que debe existir por promover el apego tanto de la madre como del padre con su hijo, a pesar de estar éste hospitalizado o intervenido en la UCIN. Durante las visitas, es invaluable el contacto visual y táctil que puedan establecer los padres con su hijo, como el que viene de cargarlo y tenerlo piel a piel. Igualmente efectivas son las estrategias que permiten la participación de los padres en cuidados básicos, como pueden ser la limpieza oral, la alimentación por sonda y el cambio de pañal, situaciones que permiten estrechar el vínculo familiar perdurable en el tiempo y la relación e

integración con el grupo de trabajo, habilitando en ellos un sentido de pertenencia con el equipo de salud. Para esto es vital una actitud positiva y facilitadora por parte de Enfermería. En algunas UCIN se permite la estancia 24 horas al día. Con estas medidas no sólo se disminuye el estrés, la frustración y la apatía, sino que, según se ha validado, se previene el maltrato infantil. Además, dada la posibilidad de un resultado fatal, se habrán creado los mejores recuerdos, valiosos para todo humano⁽⁷⁶⁾.

VI. Discusión.

Como se aprecia, se han presentado resultados derivados al utilizar el enfoque cualitativo para la interpretación de la categoría: sentimientos derivando tres subcategorías.

Al mismo tiempo, la metodología cualitativa expresa claramente significados tales como: tristeza, culpa y preocupación de la madre adolescente durante la hospitalización del recién nacido.

Igualmente, al momento de adquirir las expresiones provenientes de las madres adolescentes se mostró la susceptibilidad y el sentir de cada una de las participantes.

Sin embargo, los resultados, sean positivos o negativos, confirman lo que para el efecto señalan Rocha Chagas y Macêdo Monteiro (2007), quienes indican que al generarse un parto prematuro existe la preocupación de las madres por la supervivencia del recién nacido fomentando en ellas la culpabilidad y la impotencia por no poder intervenir y reparar la salud del hijo, por lo que sigue, la tristeza se apodera de las madres adolescentes ante el problema de salud presentado en los recién nacidos debido a la patología y los procedimientos invasivos realizados durante la estadía en la UCIN. A saber, las madres adolescentes a partir de su inmadurez presentan un estado de crisis por la experiencia vivida en un área desconocida y complicada, lo que conlleva al sentimiento de preocupación por la separación del hijo hospitalizado, creando pensamientos por el trato que le estarán brindando al recién nacido y quienes estarán al cuidado de él dentro de la unidad, viéndose afectada la conexión emocional, así como, les preocupa el estado clínico y de constante cambio en el estado de salud, además, persiste la incertidumbre a la hora de la información recibida por el personal, lo que suele provocar miedo y estrés por la pérdida del mismo. El poco acercamiento con el recién nacido arroja el desánimo y la tristeza de la madre ante la recuperación de su hijo.

No obstante, dentro de lo expuesto es necesario resaltar que los autores anteriores se enfocan básicamente en la experiencia de la madre adolescente con hijos prematuros en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, lo que desprende la similitud con en esta investigación debido a que las siete participantes también contaban con hijos prematuros⁽⁷⁷⁾.

Sincrónicamente, en Irán, 2013, se realizó un estudio Fenomenológico, participando 20 madres, en donde los hallazgos a partir de las experiencias en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales condujeron a sentimientos como: culpabilidad de las madres por la prematurez de los recién nacidos, tristeza por el poco acercamiento con sus hijos, además, sentían estrés y miedo ante el avance tecnológico que había en el área, se reflejó la falta de confianza o preocupación por el cuidado que se le brindaba a sus hijos en relación a la alimentación que les proporcionaban, desarrollándose la inseguridad de las madres al desconocer las condiciones físicas, tratamiento y evolución de los recién nacidos. Las madres entrevistadas sentían tristeza y ansiedad al observar el deterioro de salud de sus hijos, las madres asociaron la gravedad de los recién nacidos con el aporte de oxígeno y la alimentación por sonda orogastrica, incluso, asemejaban la muerte de su hijo ante esos procedimientos.

El miedo y preocupación fueron los sentimientos más frecuentes en esa investigación, las madres mencionaron que fue impactante ver a sus hijos en la Unidad de Cuidados Intensivos prefiriendo regresar a casa y así, evitar el sufrimiento, también, la preocupación persistía por no saber si al siguiente día encontrarían vivo al recién nacido, es decir, miedo a la muerte. Incluso, les causaba preocupación el desconocer sobre el funcionamiento de los aparatos que se utilizaban en el área y temor a que dejarán de funcionar y su hijo pudiera morir.

Por otro lado, algunas de las participantes describían la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales como un área oscura, un lugar asfixiante y estresante. La tristeza, enojo, tensión y dolor eran las palabras que aludieron el sentir de esas madres. La tristeza aumentaba en las madres al observar en sus hijos la conexión de ventiladores, terapias intravenosas, monitores y la sedación, sin embargo, ellas

refirieron sentir algún tipo de conexión emocional, pese al poco contacto visual, así mismo, estaban conscientes de que a mayor tratamiento sería más difícil la recuperación del recién nacido. Cabe mencionar que durante la investigación en Irán se tomaron en cuenta participantes de 19 a 37 años, siendo en su mayoría madres adolescentes⁽⁷⁸⁾.

Del mismo modo, continuando con investigaciones equivalentes a partir de la experiencia de madres adolescentes en relación a la estadía del recién nacido en UCIN en Nueva Zelanda, 2013, la fragilidad y el sentir estaba presente durante la investigación cualitativa realizada a 4 madres adolescentes, desprendiéndose sentimientos como: ira, culpa, preocupación, tristeza, ansiedad y miedo. Las madres describen la existencia de desesperación al ver a sus recién nacidos en un área desconocida, debido a que se encontraban en una situación no planeada y devastadora.

Un intenso dolor emocional enunciaron las madres al conocer la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, las invadió el sufrimiento inmenso al pensar que sus hijos podían morir. La tristeza surgió a partir de la colocación de barreras artificiales como: ventiladores e incubadoras, impidiendo el contacto con las madres, por tanto, el alejamiento proyectaba preocupación. Al comparar la investigación en Nueva Zelanda y la de Culiacán, Sinaloa, México se percibe el mismo tipo de sentimientos, la culpa por la prematurez del recién nacido era lo que más afectaba a las madres, ellas pensaban que el embarazo iba culminar bien, sin embargo, fue distinto al no poder llevar a su hijo a casa⁽⁷⁹⁾. Al mismo tiempo, durante la investigación realizada en el Hospital de Tercer Nivel de Atención (México), se demostró que el “Ver” conlleva al “Sentir”, es decir, la observación era primordial en las madres y conocer a su hijo conectado a dispositivos tecnológicos cambiaba la visión y expectativas de supervivencia.

Concluyendo, las diversas investigaciones en los distintos países demuestran que la distancia y las culturas no hacen la diferencia en torno al sentimiento emitido ante lo imprevisto y lo inexplorado, en este ámbito, en las

madres persiste el temor, tristeza, incertidumbre o preocupación, predominando en ellas la culpa.

VII. Consideraciones finales.

A partir del enfoque hospitalario la madre generó miedo, especialmente a la muerte del recién nacido, se sentían débiles, frágiles e incompetentes. La culpa sobrevino en forma inevitable, generando momentos de angustia al no explicarse porque su hijo se encontraba en esas condiciones. Además, apareció la depresión, se tornaron tristes, desesperanzadas, con temor. Así mismo, se produjo en las madres enojo al no poder modificar la condición de salud en que se encontraban sus hijos, incluso, preferían estar sufriendo ellas y así sustituir el dolor del recién nacido. También, presentaron desconfianza e inseguridad ante los procedimientos ejecutados en el recién nacido. En todo este proceso de la hospitalización la negación es un mecanismo de defensa, puesto que, es complicado para una madre el saber que su hijo no está con ella en casa cumpliendo sus expectativas dentro del rol familiar.

Teniendo en cuenta las palabras de las madres es oportuno que la investigación realizada conlleve a la implementación de un programa educativo que incluya la interacción de familiares y profesionales de salud en la ejecución del cuidado dirigido a la madre adolescente y al recién nacido dando respuestas a las necesidades de ambos, fomentando primordialmente el apoyo psicológico y así disminuir el estrés causado. Dicho programa educativo contará con asesorías personales, haciendo hincapié sobre el manejo y afrontamiento en situaciones graves, a su vez se orientará a la madre sobre los procedimientos, haciéndola participe de los mismos fomentando con ello el desempeño en actividades básicas dirigidas al recién nacido.

Con respecto a la experiencia materna es necesario como personal promotor de salud brindarle confianza a la madre apoyándola en ese momento de preocupación, es decir, los padres valoran y reconocen la participación de la

Enfermera como promotora del cuidado hacia su hijo, sin embargo, ellos quieren ser partícipes de esos cuidados y no solo espectadores, por lo que requieren de apoyo para tal afrontamiento, no obstante, la Enfermera es la que percibe las necesidades de los padres y tiene expectativas positivas en relación al cuidado aplicado, lo cual forma parte de un eslabón entre los padres, contribuyendo de esta manera al cuidado del recién nacido hospitalizado⁽⁸⁰⁾.

Las madres adolescentes enfrentan una crisis, esto implica necesariamente un cambio de conducta. Es notable a través del relato de estas madres, lo que ratifica que frente a la hospitalización de un hijo existe el dolor al observar el deterioro de salud.

El rol de la Enfermera y del personal de salud es fundamental. Así, la solución de este problema dependerá del manejo que tengan las madres a partir de la situación, de la existencia de factores equilibradores, percepción realista de los acontecimientos, del cuidado de los profesionales y del apoyo recibido por el equipo multidisciplinario.

En conclusión, el ingreso del recién nacido en la UCIN provoca en los padres duelo por la pérdida del niño sano y normal, por lo cual, les obliga a afrontar nuevos y desconocidos problemas. La estructura y organización de la UCIN es fuente de factores estresantes que afectan emocionalmente a los padres. Entre estos factores se encuentran:

- Factores auditivos y visuales.
- Aspecto y comportamiento del recién nacido.
- Tratamientos médicos.
- Pérdida del rol parental.
- Comportamiento del personal sanitario.
- La separación que comporta la hospitalización.
- Probabilidad de supervivencia del recién nacido con secuelas.
- Riesgo de fallecimiento del recién nacido.

El ingreso del recién nacido en la UCIN, sucede de forma rápida. La mayoría de las veces debido al estado crítico del recién nacido no se puede informar, de manera inmediata, a los padres. Cuando los padres pueden por fin ver al hijo emergen sentimientos de diversa índole:

- Sensación de desamparo.
- Sentimientos de culpa.
- Ansiedad. Preguntan mucho, en un primer momento, sobre el tiempo que puede durar la hospitalización.
- Muchas veces presentan cuadros de inhibición intelectual debido a la angustia que están pasando y esto se traduce en una dificultad para entender la información que se les ha dado.

A causa de esto, la hospitalización es un factor de estrés importante para los padres, en el que el eje central es el duelo y los mecanismos psicológicos implicados para su elaboración normal o patológica. Todo ello, se ve agravado por el tiempo de hospitalización, la separación del hijo y la dependencia de máquinas, monitores y otros medios técnicos utilizados para el cuidado del recién nacido.

Mejor dicho, el ingreso en la UCIN de un recién nacido prematuro, con algún defecto congénito o enfermedad grave, provoca en los padres sentimientos de frustración, incapacidad, culpa, miedo y estrés⁽⁸¹⁾.

Finalmente, los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de educar a los padres de recién nacidos hospitalizados. La Enfermera en la UCIN debe reconsiderar su práctica en términos de averiguar lo que los padres necesitan saber durante la hospitalización de su hijo y dar la información correspondiente a un nivel comprensible para contribuir con sus acciones a disminuir los sentimientos negativos en los padres y a tener una responsabilidad compartida con el resto del equipo de salud⁽⁸²⁾.

VIII. Aportaciones.

8.1 Aportaciones a la disciplina.

La importancia del presente estudio consiste, en presentar las experiencias de madres adolescentes en relación a la estadía del recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, esta revela un aspecto de gran importancia, ya que las madres dentro del contexto de la hospitalización expresan diversos sentimientos y manifiestan conflictos emocionales que generan en ellas una situación difícil de superación y adaptación ante el diagnóstico, tratamiento y procedimientos invasivos dirigidos al recién nacido a partir del déficit de salud, como es el caso de la prematurez y sus complicaciones.

Actualmente se implementan intervenciones de Enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Esta investigación provee información que permitirá generar herramientas para desarrollar de una mejor manera el cuidado de Enfermería, al conocer las experiencias de las madres adolescentes con hijos hospitalizados, comprender cómo, de acuerdo a su edad, situación económica, estado civil y nivel académico experimentan la sexualidad a edad temprana desencadenando nacimientos con múltiples complicaciones ocasionando la hospitalización. Al estar al tanto de las experiencias desde su punto de vista, ayudará a continuar con el cuidado dirigido a la madre y el recién nacido, de igual forma, se generará la comprensión para estimular el apoyo psicológico necesario a la misma.

8.2 Aportaciones a la práctica.

Lo que se encontró a través de los discursos de las participantes, y que hasta la fecha puede aportar a la profesión, es realizar intervenciones de Enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, dirigidas al personal de Enfermería, Médicos, Trabajadoras Sociales, Psicólogos, madre adolescente, esposo o pareja y familia.

Es primordial reconocer que Enfermería no solo se refiere a la práctica o ejecución de intervenciones dentro de un área hospitalaria, sino también es una influencia positiva que dirige y orienta de manera efectiva sobre procedimientos, brinda apoyo ante situaciones de estrés, informa acerca de métodos productivos que fomentan el contacto físico de la madre y el recién nacido, produce acercamiento familiar y genera la reintegración social.

Es conveniente realizar una reflexión a conciencia y analizar los programas interinstitucionales dentro del área de UCIN, como: Madre Canguro, Lactancia Materna, Estimulación Temprana, es decir, no existe ningún programa actual que se enfoque directamente al trato y orientación de la madre adolescente con hijos dentro de áreas críticas de hospitalización, provocando un vacío de conocimientos y déficit de comprensión ante el proceso de gravidez, por tanto, genera sentimientos de debilidad, inquietud e inestabilidad emotiva en la madre. El tener en cuenta antecedentes de la madre adolescentes como son: edad, estado civil, nivel académico y estado socioeconómico, permitirá que las intervenciones de Enfermería se dirijan específicamente a las necesidades que cada madre requiere y así cumplir con las expectativas en el aspecto integral madre-hijo.

8.3 Aportaciones a la investigación.

La finalidad de esta investigación, se centra en la realización e intervenciones de Enfermería que conlleven a la estabilidad, participación y aumento de conocimiento de la madre, con las adaptaciones pertinentes conforme al contexto de la hospitalización.

Los resultados se basan en que la profesión de Enfermería puede actuar en diversos ámbitos a partir de que la madre ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), es decir, explicar en qué consiste la permanencia en el área, así como complicaciones dependiendo el diagnóstico, estimular a la madre a ser participe en los procedimientos del recién nacido, como son, la

alimentación, cambios de posición corporal, baño y apego para generar en ella confianza y acercamiento con su hijo, contribuyendo a la recuperación del mismo y a la seguridad de la madre.

Se recomienda continuar con esta línea de investigación, sobre intervenciones de Enfermería que se enfoquen en el cuidado de las madres adolescentes con hijos hospitalizados en áreas críticas de manera que se evalúe cualitativamente y no solo cuantitativamente tales necesidades, además, es primordial impulsar el interés de la madre en relación a los cuidados que le asigne al recién nacido con el fin de fomentar la recuperación del mismo.

8.4 Aportaciones a las políticas públicas.

Actualmente existen diversos programas gubernamentales y políticas públicas sobre programas preventivos de embarazos adolescentes como es el caso de la educación media o nivel secundaria el cual cuenta con el programa “Bebés virtuales” y temas de sexualidad emitidos por Psicólogos, también, están las leyes que permiten a la madre y el recién nacido tener derecho a una hospitalización digna y confiable siendo implementadas a Nivel Nacional, sin embargo, por medio del presente estudio, se pretende fortalecer la aplicación de las políticas públicas al brindar información sobresaliente. Se mostró que algunos programas no tienen el éxito esperado, dado que, se han enfocado en solo brindar información superficial y no generar en las adolescentes la conciencia necesaria a partir de su contexto familiar, comunicarles sobre sexualidad segura y los antecedentes de un precoz embarazo, es decir, mostrar la realidad de partos prematuros provenientes de madres adolescentes y daño trascendente en los recién nacidos, así como, el cambio en el estilo de vida que genera en las madres el tiempo prolongado de hospitalización de un hijo prematuro.

Por lo anterior, al conocer las experiencias de las madres adolescentes en relación a la estadía del recién nacido en el área de UCIN, es posible, ajustar las

políticas públicas de una mejor manera y así, por medio de las intervenciones de Enfermería y un equipo multidisciplinario, se le permita a la madre contribuir de manera productiva en el desarrollo y recuperación de su hijo, es primordial que las instituciones de salud permitan a la madre el acceso al área en diversos horarios y no solamente en dos horarios (mañana y tarde), oportunamente expandiendo el tiempo que la madre le provee al recién nacido, ya que, el área de UCIN es una de las más importantes, donde por derecho el recién nacido debe estar con su madre en todo momento y no solamente en hora de informes.

8.5 Recomendaciones para la disciplina de Enfermería.

Con referencia a las experiencias encontradas se propone la implementación de dos Enfermeras que orienten a partir de la hospitalización del recién nacido grave, la sensibilidad hacia la madre es parte fundamental para el desarrollo de programas que comprendan la nueva situación de la misma, es visible que la madre no solo se ve afectada por la salud del hijo sino el contexto de rechazo familiar, social y en ocasiones hasta de su pareja sentimental. Por ello, la intervención de Enfermería es la base para ampliar en las madres la confianza y brindar ese apoyo psicológico que requieren en los momentos de angustia, así mismo, es vital fomentar esa unión familiar que en ocasiones es destruida a partir del embarazo.

Como se ha plasmado también a partir de los discursos de las participantes ellas no desean más que ser amas de casa después del nacimiento de su hijo, como parte de Enfermería se debe motivar a esa madre a continuar sus estudios académicos, también es primordial canalizarla a centros de ayuda para madres que ansían superarse o donde puedan encontrar un trabajo fiable pudiendo continuar con el cuidado y responsabilidad de su hijo.

Con todo lo anterior, es posible la implementación de cursos de capacitación dirigidos a madres adolescentes dentro de la unidad hospitalaria donde las

Enfermeras por medio de un permiso y evaluación del programa educativo provean a la madre sobre: entorno hospitalario, procedimientos, reglamentos y programas con los que se cuenta, comentarle acerca de los riesgos y complicaciones de la prematurez, sobre la susceptibilidad de un prematuro y por tanto, la prevención de infecciones dentro del área, hacer referencia en el acercamiento hacia el hijo por medio de caricias y el habla, ya que, es un método efectivo que ayuda en la recuperación del recién nacido, impulsando el contacto nutritivo, también, hacer énfasis sobre el ambiente estresante que genera la UCIN, con motivo de que, disminuya la preocupación generada por el ruido emitido por alarmas y monitores que controlan los aportes físicos del recién nacido, es necesario fundar en la madre confianza y hacerle hincapié sobre el mantenimiento y comunicación efectiva con el personal del área para aclarar dudas sobre el estado de salud del hijo y brindarle así la claridad en la información que requiere.

IX. Propuesta.

- Elaborar un programa educativo y de apoyo incluyendo la interacción de familiares y profesionales de salud para ayudar en el cuidado. Con la finalidad de dar respuesta a las necesidades de la madre y el recién nacido.
- Reforzar el apego madre-hijo, implementando el contacto nutritivo.
- Acompañamiento permanente de Enfermeras con las madres de UCIN.
- Asesoría y apoyo sobre el afrontamiento de situaciones graves y desconocimiento sobre procedimientos e ingreso al área de UCIN mediante un programa educativo en conjunto con la Psicóloga, Médico y Trabajadora Social, dirigido a la madre adolescente.
- Aumentar la flexibilidad de horarios de visita dentro del área.
- Capacitar a las madres y permitirles participar en procedimientos o actividades dirigidas al recién nacido.
- Fomentar la sensibilidad del equipo multidisciplinario de salud mediante el dialogo y en conjunto cubrir las necesidades de la madre adolescente ante la difícil situación.
- Explicar a la madre sobre el alta clínica, cuidados en el hogar y estudios que deberá realizarle al recién nacido.
- Informarle a la madre sobre métodos anticonceptivos y así ella determine cuál es el ideal de acuerdo a sus posibilidades físicas.
- Dentro de la orientación es necesario promover la integración familiar y reintegrar a la madre adolescente a la sociedad, estudios o acto laboral.
- Canalizar a la madre a dependencias gratuitas dónde brinden apoyo a madres solteras en caso de ser su condición.
- Extender horarios para proporcionar Lactancia Materna.

X. Bibliografía

1. Barrera de León JC, Higareda-Almaraz MA, Barajas-Serrano TL, Villalvazo Alfaro M, González Bernal C. Comparación del perfil clínico perinatal de recién nacidos de madres adolescentes y no adolescentes. *Gaceta Médica de México*. 2014;1:67-72.
2. Boss R, Donohue P, Arnold R. Adolescent mothers in the NICU: how much do they understand? *Journal of Perinatology*. 2010;30:286-90.
3. López Lozano ME. Sentimientos de las madres con hijos prematuros hospitalizados. *Revista In Crescendo*. 2014;1(2):263 - 70.
4. Solano Rodríguez YA. Significado de la experiencia, para la madre adolescente de la hospitalización del recién nacido en la unidad neonatal. Hospital Engativá, 2012 [Tesis]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia 2012.
5. Gallegos Martínez J, Reyes Hernández J, Silvan Scochi CG. La unidad neonatal y la participación de los padres en el cuidado del prematuro. *Perinatología y reproducción humana*. 2012;24(2):98-108.
6. Caruso A, Mikulic IM. El estrés en padres de bebés prematuros internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: traducción y adaptación de la escala Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU - M.S. Miles y D. Holditch Davis, 1987; M.S. Miles y S.G. Funk, 1998). *Scielo* 2012;19(2):19-26.
7. González MA. Acerca de la conflictiva familiar en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Revista Hospital Municipal Materno Infantil Ramón Sardá*. 1996;15(2):87-91.
8. Ocampo MP. El hijo ajeno: vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados. *Aquichan*. 2013;13(1):69-80.
9. Obeidat HM, A. Bond E, Callister LC. The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. *The Journal of Perinatal Education*. 2009;18(3):19-23.
10. Black A, Fleming N, Rome E. Pregnancy in adolescents. *NCBI PUDMED* 2012;23(1):123-38.
11. salud Sdypyal. Embarazo en adolescentes, un problema de salud pública en México. Secretaría de salud [Internet]. 2012. Available from: <http://www.spps.gob.mx/noticias/1066-embarazo-en-adolescentes.html>.
12. INEGI Indeyg. "Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud" In: INEGI Indeyg, editor. Sinaloa 2013. p. 1.
13. Islas Domínguez LP, Cardiel Marmolejo L, Figueroa Rodarte JF. Recién nacidos de madres adolescentes. *Revista Mexicana de Pediatría*. 2010;77(4):152-5.
14. Feeley N, Waitzer E, Sherrard K, Boisvert L, Zelkowitz P. Father's perceptions of the barriers and facilitators to their involvement with their newborn hospitalised in the neonatal intensive care unit *Journal of clinical Nursing*. 2012;22:521-30.
15. Sobieski Dos Anjos L, De Mattos Lemos D, Alves Antunes L, Oliveira Andrade JM, Marques Nascimento WD, Prates Caldeira A. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. *Revista brasileira de enfermagem*. 2012;65(4):571-7.
16. Rosemberg de Andrade P, Ribeiro CA, Vieira da Silva C. Mãe adolescente vivenciando o cuidado do filho: um modelo teórico. *Scielo Revista Brasileira de Enfermagem*. 2006;51(1):30-5.
17. Alfonso. MTL, Martha. AG, Isabel. MTL. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. *Scielo Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 2012;77(5):375-82.

18. Basílio Dos Santos D, Andrade Fialho F, Ávila Vargas Dias IM, Salvador M, Lessa Pacheco ZM, Gondim Almeida MJ, et al. Reflexiones sobre los sentimientos y las percepciones de las madres de recién nacidos con bajo peso. *Revista de investigación Escuela de Enfermería UDES*. 2011;2(1):168-74.

19. (OMS) BdlOMdIS. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo

Boletín de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2009; 87. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>.

20. Martínez F. Seguirán en aumento embarazos adolescentes en México: Conapo. *La jornada*. 2013.

21. Adolescentes. ENPIPdEe. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. MÉXICO2014; Available from: http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/PDF/ENAPEA_0215.pdf.

22. Población. CNd. Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030. MÉXICO2014 [cited 2014]; Available from: www.conapo.gob.mx.

23. Suárez García N, Crespo Toledo Y, Vara Cuesta O, Balestena Sánchez JM, Soto Páez N. Indicadores en adolescentes con ingresos de recién nacidos en cuidados especiales neonatales

Revista de Ciencias Médicas 2013;17(1):14-25.

24. Benítez J, Bordón C, Céspedes M, Duarte L, Romero S. Factores que motivan la internación en la unidad de cuidados intensivos neonatales

Revistas Peruanas. 2004;9(1):17-9.

25. Cooper L, Gooding J, Sternesky L, Ledsky R, Berns S, . Impact of a family -centered initiative on NICU care, staff and families *Journal of Perinatology*. 2007;27:32-6.

26. Quesada Miranda MM, Romero Sánchez MdC, Prieto Herrera ME, Rodríguez Delgado CR. Caracterización social del embarazo en la adolescencia. *Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal* 2010;14(3):4-5.

27. Española DRA. *Diccionario Real Academia Española*. 2014; Available from: <http://www.rae.es/>.

28. Chévez Guevara DE. Cuidado de la familia al binomio madre adolescente-recién nacido

Chiclayo, Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2012

29. González Hernández A, Alonso Uría RM, Gutiérrez Rojas AR, Campo González A. Estudio de gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido en un área de salud. *Revista Cubana Pediatría*. 2000;72(1):54-9.

30. Fernández LS, Carro Puig E, Osés Ferrera D, Pérez Piñero J. Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2004;30(2).

31. Saludable SUV. *Neonato*. 2014; Available from: <http://www.salud180.com/salud-z/neonato>.

32. Gómez Gómez M, Danglot Banck C, Aceves Gómez M. Clasificación de los niños recién nacidos. *Revista Mexicana de Pediatría*. 2012;79(1):32-9.

33. Jofré Aravena VE, Henríquez Fierro E. Nivel de estrés de las madres con recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, 1999. *Ciencia y Enfermería*

2002;8(1):31-6.

34. Guerra Ramírez M. Expresiones y Comportamientos de apego Madre-Recién Nacido hospitalizado en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Bogotá, Colombia.: Universidad Nacional De Colombia. Convenio Universidad Simón Bolívar De Barranquilla.; 2013.
35. Gerstein ED, Poehlmann Tynan J, Clark R. Mother-Child Interactions in the NICU: Relevance and Implications for Later Parenting. *Medscape Nurses*. 2015 40(1):33-44.
36. onsalus Lsel. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). 2014; Available from: <http://www.onsalus.com/diccionario/unidad-de-cuidados-intensivos-neonatales-ucin/29811>.
37. Vázquez Vila MA, Collado Vázquez S. Fisioterapia en neonatología: tratamiento fisioterápico y orientaciones a los padres. . Madrid: Dykinson, S.L; 2006. 77-85 p.
38. Vieira G. M. La Iniciativa de Humanización de Cuidados Neonatales. *Revista Chilena de Pediatría*. 2003;74(2):197-205.
39. Ortiz JA, Borré A, Carrillo S, Gutiérrez G. Relación de apego en madres adolescentes y sus bebés canguro. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2006;38(1):71-86.
40. Gallegos Martínez J, Monti Fonseca LM, Silvan Scochi CG. The participation of parents in the care of premature children in a neonatal unit: meanings attributed by the health team. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2007;15(2):239-46.
41. Rite Gracia S, Fernández Lorenzo JR, Echániz Urcelay I, Botet Mussons F, Herranz Carrillo G, Moreno Hernando J, et al. Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. *Elsevier*. 2012;79(1):1-11.
42. Rivera MS, Herrera LM. Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de Enfermería. *Texto Contexto Enfermería*, Florianópolis. 2006;15:158-63.
43. De Souza Minayo MC. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud colectiva*. 2010;6(3):251-61.
44. Rossel C. K, Carreño T, Maldonado ME. Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados. *Un mundo desconocido. Revista chilena de pediatría*. 2002;73(1).
45. Segre LS, Chuffo-Siewert R, Brock RL, O'Hara MW. Emotional distress in mothers of preterm hospitalized infants: a feasibility trial of nurse-delivered treatment. *Journal of Perinatology*. 2013;33:924-8.
46. Maldonado Durán M, Morales Kennedy M, Fernández V, Lartigue T. *Enfermería: una profesión de alto riesgo*. edición r, editor. México: Universidad Iberoamericana; 1998.
47. Rojas JG, Henao-Murillo NA, Quirós-Jaramillo A. Herramienta para el cálculo de personal de cuidado intensivo neonatal. *Aquichan*. 2011;11(2):126-39.
48. Navia Gárce Y, Castro Flórez FJ, Ruiz Vera M. Preparación de los padres para que se puedan integrar al cuidado de enfermería de sus hijos recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidado básico neonatal de la clínica Medilaser de la ciudad de Neiva, en el periodo comprendido del 12 al 30 de agosto del año 2008 Bogotá 2008.
49. Fujiko Torigoshi M, De Abreu LC, Valenti E. V, A. Reis AO, Leone C, F. Siqueira AA. Outcomes of newborns admitted in the intensive care unit at a public hospital. *HealthMed* 2011;5(2):295-300.
50. Helman V, Martínez A, Heath A. La presencia de la familia en la alta complejidad neonatal. Ingreso de familiares a una unidad de cuidados intensivos neonatales. *Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá* 1996;15(3):107-12.
51. Erdem Y. Anxiety levels of mothers whose infants have been cared for in unit level-I of a neonatal intensive care in Turkey *Journal of clinical Nursing*. 2010;19:1738-47.

52. Figueiredo B, Costa R, Pacheco A, Pais Á. Mother-to-infant emotional involvement at birth *Matern Child Health*. 2009;13:539-49.
53. De Souza Minayo MC. Investigación social. Teoría, Método y Creatividad. 2da. ed. Editorial. L, editor. ARGENTINA2004. 64 p.
54. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Ibérica. P, editor1984.
55. Dartigues A. La fenomenología. 2, editor1975.
56. Martínez M. Comportamiento humano2006.
57. García Sánchez P. Cuidado neonatal con atención al desarrollo. *Revista Española de Pediatría*. 2002;58(1):28-36.
58. Salud. Sd. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, para la organización y funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos. . *Diario oficial*. 2013:1-13.
59. De Souza Minayo MC. La Artesanía de la Investigación Cualitativa. Argentina2009.
60. Castillo E, Vásquez, Marta Lucía El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*. 2003;34(3):164-7.
61. Salud. CdSdSGd. Intimidación y confidencialidad: obligación legal y compromiso ético. In: *Bioética.*, editor. ESPAÑA2013. p. 1-123.
62. Núremberg Cd. Experimentos médicos permitidos 1947.
63. Consuegra Anaya N. Diccionario de Psicología. 2da. ed. Ecoe., editor. COLOMBIA2010. 374 p.
64. Cuervo Martínez A, Izzedin Bouquet R. Tristeza, Depresión y Estrategias de Autorregulación en Niños. *Redalycorg*. 2007;2:35-47.
65. Bacilio Gutiérrez R, Mendocilla Pineda S, Saavedra Olórtegui G. "Es difícil... mirarlo(a) sólo de lejos con esa familia mecanizada": Develando los sentimientos de la madre con recién nacido(a) prematuro(a) hospitalizado(a). *Revista Latindex*. 2005;7(1):40-51.
66. González Escobar DS, Ballesteros Celis NE, Serrano Reatiga MF. Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos. . *Revista ciencia y cuidado*. 2012;9(1):43-53.
67. Fuster i Camp. IX. Sufrimiento humano: verdad y sentido : una aproximación filosófica según el espíritu tomasiano. Balmes., editor. ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA2005.
68. León Martín B, M. PM, C. GR, A. BC. Sistema de intervención psicológica en unidad de cuidados intensivos neonatales: intervención psicológica en padres de niños prematuros. *Mapfre medicina*. 2005;16(2):130-9.
69. Laorden Gutiérrez C. Educar emociones: un instrumento para trabajar "el sentimiento de culpa". *Revista Pulso*. 2005;28:125-38.
70. Carneiro Rolim KM, Meirelles Monteiro EML, Antero Sousa Machado Mdf, Arruda Dantas R, Mesquita Leitão GdC. Experiencia de madres durante el periodo del internamiento del recién nacido en la unidad de terapia intensiva neonatal. *Enfermería Integral*. 2007:23-8.
71. Gª. Villanova F, Eimil B, Cuéllar Flores I, Palacios I. El Estrés Materno en la Organización del Vínculo Madre-Bebé Prematuro de Bajo Peso. *Clínica Contemporánea*. 2013;4(2):171-83.
72. Villamizar Carvajal B, Vargas Porras C, Rueda Nieves E. Madres descubriendo el amor incondicional en el proceso adaptativo de hospitalización de su bebé prematuro. *Revista Cuidarte*. 2014;5(2):782-91.
73. López Sáleme R, Díaz Montes CE, Moreno Jiménez K, Vargas López K, Villamizar Espinosa G, López Salas S, et al. Condiciones biológicas, sociales y familiares asociadas al afrontamiento familiar ante el nacimiento de pretérminos en la ciudad de Cartagena – Colombia. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*. 2011;8(2):150-8.

74. Bados López A. Trastorno de ansiedad generalizada. Barcelona.: Facultad de Psicología.; 2005. p. 1-66.
75. Guerra guerra Jc, Ruiz de Cárdenas CH. Interpretación del cuidado de enfermería neonatal desde las experiencias y vivencias de los padres. *Avances en Enfermería*. 2008;26(2):80-90.
76. Riani Llano N. Momentos clave para humanizar el paso por la unidad de cuidados intensivos neonatal. *Persona y Bioética* 2007;11(2):138-45.
77. Rocha Chagas N, Macêdo Monteiro AR. A relação entre a mãe adolescente e o bebê pré-termo: sentimentos desvelados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2007;28(1):35-44.
78. Malakouti J, Jabraeeli M, Valizadeh S, Babapour J. Mothers' experience of having a preterm infant in the Neonatal Intensive Care Unit, a Phenomenological Study. *Critical Care Nursing*. 2013;5(4):172-81.
79. Jane Boccock S. The experiences of teenage mothers in the neonatal unit. . Nueva Zelanda: Waikato Institute of Technology, Hamilton.; 2012.
80. Barbosa Merighi MA, Pinto de Jesus MC, Ribeiro Santin K, Moura de Oliveira D. Cuidar del recién nacido en la presencia de sus padres: vivencia de enfermeras en unidad de cuidado intensivo neonatal. *Revista Latino-am Enfermagem*. 2011;19(6):1-7.
81. Cuesta Miguel MJ, Espinosa Briones AB, Gómez Prats S. Cuidados centrados en la familia. *Enfermería Integral*. 2012;98:36-40.
82. Hernández Herrera DE, Flores Hernández S. Relación de ayuda: intervención de Enfermería para padres de recién nacidos hospitalizados en la UCIN. *Revista de Enfermería IMSS*. 2002;10(3):125-9.

XI. Anexos.

Anexo 1.

Cronograma de actividades.

ACTIVIDADES		MESES 2013/2014									
		Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
1.- Revisión del estado del arte.	P										
	R										
2.- Planteamiento del problema (importancia, propósito y objetivo del estudio).	P										
	R										
3.- Marco conceptual.	P										
	R										
4.- Metodología (diseño, contexto o lugar, participantes, técnicas de recogida de información, análisis de datos, temporalización y consideraciones éticas).	P										
	R										

5.- Presentación del primer tutorial (se muestra la metodología y antecedentes del tema a investigar).	P											
	R											
6.- Trámites realizados en el hospital para obtención de permiso.	P											
	R											
7.- Inicio de la entrevista 1 (prueba piloto), recolección de datos, transcripción y análisis de la información.	P											
	R											
8.- Presentación del segundo tutorial (mostrando hallazgos preliminares de la prueba piloto).	P											
	R											

ACTIVIDADES	MESES 2014/ 2015																	
	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Jul	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov
(P: Programadas / R: Realizadas)																		
9.- Aplicación de las entrevistas 2,3,4,5	P	█	█	█	█													
	R	█	█	█	█													
10.- Transcripción de la información obtenida, recogida de datos y análisis de la información de las entrevistas 2, 3, 4 y 5	P	█	█	█	█													
	R	█	█	█	█													
11.- Realización de Emic y Etic a partir de los datos obtenidos en 5 entrevistas.	P			█	█	█												
	R			█	█	█												
12.- Presentación del tercer tutorial	P							█										
								█										

(se muestran hallazgos preliminares de 5 entrevistas).	R																		
13.- Realización de la 6ta y 7ma entrevista.	P																		
	R																		
14.- Transcripción de la información obtenida, recogida de datos y análisis de la información de las entrevistas 6 y 7	P																		
	R																		
15.- Formular categorías y sub categorías y elaborar resultados.	P																		
	R																		
16.- Presentación del Coloquio	P																		
	R																		

17.-Acto académico de graduación.	P																		
	R																		
18.- Ajustes de tesis.	P																		
	R																		

Anexo 2.

Formato de entrevista.

DATOS PERSONALES.

NOMBRE: _____

EDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____

NIVEL ACADÉMICO: _____

NÚMERO DE HIJOS: _____

DIRECCIÓN: _____

Preguntas orientadoras.

- 1.- ¿Cuál es su sentir al contar con un hijo hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales?
- 2.- ¿Cómo ha sido el contacto emocional con su hijo hospitalizado?
- 3.- ¿Cómo percibe a su hijo hospitalizado?
- 4.- ¿Describa su reacción al contacto físico con su hijo hospitalizado en el área de UCIN?
- 5.- ¿Cómo considera la información y trato que le otorga el personal que le otorga el personal que se encuentra en el área de UCIN?

Anexo 3.

Consentimiento informado.

Fecha_____

Reconozco que se me ha proporcionado información clara y precisa sobre la participación en el proyecto de investigación “Experiencia de la madre adolescente en relación a la estadía del recién nacido en el área de UCIN.”, por lo que entiendo y declaro lo siguiente:

1 Se me informo que no existe riesgo, molestia, invasión de la privacidad o amenaza de la dignidad personal que me afecten.

2 Se me se garantiza que, si decido no participar en el estudio, no me veré acosado para que cambie tal decisión.

3 Que en caso de que aceptara y posteriormente decidiera ya no formar parte del estudio no me veré afectado como en los anteriores puntos.

4 Se me informo que las entrevistas realizadas serán video grabadas sin fines de lucro.

Por lo anterior, es mi voluntad libre y consciente aceptar formar parte del proyecto de investigación:

Firma de la Entrevistada.

Firma de la Investigadora.
