



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

**EXPERIENCIAS DEL HOMBRE ANTE LA HOSPITALIZACIÓN POR  
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DE SU ESPOSA.**

**TESIS**

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

**MAESTRA EN ENFERMERÍA**

ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

PRESENTA

**EEAEC LAURA ADRIANA MARTÍNEZ MALDONADO**

TUTOR PRINCIPAL

**DR. JUAN PINEDA OLVERA**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

CIUDAD DE MÉXICO

SEPTIEMBRE 2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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

**LIC. YVONNE RAMÍREZ WENCE**  
**DIRECTORA 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 **21 de agosto del 2017**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Administración del Cuidado de Enfermería) de la alumna **LAURA ADRIANA MARTÍNEZ MALDONADO** con número de cuenta **088510682**, con la tesis titulada:

**“EXPERIENCIAS DEL HOMBRE ANTE LA HOSPITALIZACIÓN POR COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DE SU ESPOSA”**

bajo la dirección del Dr. Juan Pineda Olvera

Presidente : Doctor Marco Antonio Cardoso Gómez  
Vocal : Doctor Juan Pineda Olvera  
Secretario : Doctora María de los Ángeles Torres Lagunas  
Suplente : Doctor José Salvador Sapién López  
Suplente : Doctora Virginia Reyes Audiffred

Sin otro particular, quedo de usted.

**A T E N T A M E N T E**  
**“POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU”**  
Cdad. Universitaria Cd, Mx., a 01 de septiembre del 2017.

**DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ**  
**COORDINADORA DEL PROGRAMA**



C.c.p. Expediente del interesado

JEG-F6

**COORDINACIÓN DEL POSGRADO**  
**MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

***“Hay hombres que luchan un día y son buenos. Hay otros que luchan un año y son mejores. Hay quienes luchan muchos años, y son muy buenos. Pero los hay que luchan toda la vida: esos son los imprescindibles”.***

**Bertolt Brecht.**

***“La Enfermería es un arte, y si se pretende que sea un arte, requiere de una devoción tan exclusiva, una preparación tan dura como el trabajo de un pintor o de un escultor”.***

**Florence Nightingale.**

## **Reconocimientos.**

- ✓ A la Universidad Nacional Autónoma de México mi Alma Mater por aceptarme y verme dar mis primeros pasos como enfermera general, después como especialista y ahora Maestra, por permitirme crecer como profesionista y ser humano, ya que desde el inicio y cada día al pasar de los años me enseñó a amarla, respetarla y que en mis venas corra sangre puma hasta llevarla tatuada en el corazón.
  
- ✓ Al Programa de Maestría en Enfermería y sus tres entidades que lo conforman: FES Zaragoza donde inicie mi carrera, FES Iztacala casa de mi querido tutor y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por proporcionarme las herramientas necesarias para poder desarrollar mis capacidades intelectuales para iniciarme como investigadora y gestora de nuestra profesión.
  
- ✓ Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT por creer en mi capacidad y talento para poder iniciar y terminar una etapa más en mi formación como profesional de Enfermería.

## **Agradecimientos.**

- A Dios porque gracias a él estoy en este mundo y guía mis pasos.
- A la Dra. Gandhi Ponce Gómez Coordinadora del Programa de Maestría en Enfermería, que con el tiempo se volvió una amiga entrañable, gracias a sus conocimientos, su gran corazón, paciencia pero a la vez exigencia me permitió lograr crecer profesional y personalmente.
- Al Dr. Juan Pineda Olvera por acompañarme durante mi camino en esta investigación primero como tutor y después como amigo, gracias a sus enseñanzas, consejos, paciencia, apoyo incondicional, brindarme el tiempo necesario y sus palabras de aliento llegamos al fin a la meta.
- A mis todos mis profesores, no solo de la maestría sino de toda mi enseñanza profesional, pues cada uno de ustedes dejó una huella profunda en mi mente y mi corazón, especialmente a mi querida Maestra Rosa Amarilis Zarate Grajales.
- A cada uno de los esposos que compartieron sus experiencias durante esos momentos de angustia, ya que al aceptar participar se logró cumplir con los objetivos de la investigación.
- A la Lic. Gema Stiker y la Lic Tere Garivay, por su valioso apoyo en los diversos trámites administrativos que me brindaron durante toda la maestría, además de su amistad.
- A la MCE Guadalupe Alegría Coordinadora de Enseñanza de Enfermería y la LE Paola Escobar enfermera adscrita a la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos del hospital Dr. Rafael Pascasio Gamboa por la apertura y facilidades para poder realizar las entrevistas a los informantes.

## **Dedicatorias.**

- ❖ A mis padres, gracias por darme el regalo más hermoso: la vida, porque me enseñaron lo bueno y lo malo de la vida que me formo como lo que soy, con valores, defectos y virtudes, porque gracias a ellos tuve la oportunidad de estudiar y aún continúan dándome su apoyo y amor incondicional, festejan mis triunfos como suyos y se sienten orgullosos de mí siempre.
  
- ❖ Mis hermanos porque aunque lejos, siempre están cuando los necesito.
  
- ❖ Adrián mi esposo y compañero de vida, porque después de 25 años juntos continua alentándome a seguir estudiando, por su amor y apoyo incondicional en todas mis locuras aun cuando eso signifique tener que separarnos por algún tiempo te amo gracias por estar en mi vida.
  
- ❖ A mis hijos Iván y Andrea los amo, son la razón de mi existencia, mi fortaleza y también a todos mis sobrinos porque se enseña más con el ejemplo que con las palabras.
  
- ❖ A Ivonne, amiga eres mi persona especial en la vida, gracias por tu amistad y ejemplo de lo que realmente es tener identidad como profesional de enfermería.

## Contenido

Reconocimientos.....	4
Agradecimientos.....	5
Dedicatorias.....	6
Resumen.....	9
Abstract.....	11
Resumo.....	13
Introducción.....	15
I Descripción del fenómeno.....	19
1.1 Importancia del estudio.....	22
1.2 Propósito de la investigación.....	23
II Revisión de la literatura.....	24
2.1 El hombre ante la gestación.....	25
2.2 La mujer como referente ante las complicaciones obstétricas.....	31
2.3 La importancia de las redes de apoyo.....	41
III Objetivos.....	43
3.1 General.....	43
3.2 Específicos.....	43
IV Marco teórico conceptual.....	44
4.1 Hermenéutica de Gadamer.....	44
4.2 Experiencia a través de Gadamer.....	46
4.3 Género, concepción y paternidad.....	47
4.5 Complicaciones obstétricas.....	50
4.6 Hospitalización.....	51
V Metodología.....	52
5.1 Diseño.....	52
5.2 Contexto o lugar donde se realizó el estudio.....	53
5.3 Informantes.....	55
5.4 Técnicas de recolección de la información.....	56
5.6 Rigor Metodológico.....	58
5.7 Temporalización.....	60



<b>5.8 Consideraciones éticas del estudio</b> .....	60
<b>VI Hallazgos</b> .....	62
<b>A: Efecto de cuidar a otros</b> .....	66
<b>a.1 Decisiones de vida o muerte</b> .....	66
<b>a.2 Anteposición de sus necesidades personales</b> .....	68
<b>a.3 Fortalecimiento del rol de esposo</b> .....	70
<b>a.4 Ahora me toca cuidarlos</b> .....	71
<b>B: Redes de apoyo</b> .....	72
<b>b.1 La familia como sostén</b> .....	73
<b>b.2 Apoyo de la comunidad</b> .....	74
<b>b.3 Religiosidad y automotivación</b> .....	74
<b>C. Invisibilidad del hombre por el personal de salud</b> .....	76
<b>VII Discusión</b> .....	77
<b>VIII Conclusiones</b> .....	86
<b>XI Aportaciones</b> .....	90
<b>9.1 Aportaciones a la disciplina</b> .....	90
<b>9.2 Aportaciones a la práctica</b> .....	90
<b>9.3 Aportaciones a la investigación</b> .....	90
<b>9.4 Aportaciones a las políticas públicas</b> .....	91
<b>9.5 Recomendaciones</b> .....	91
<b>9.6 Limitaciones</b> .....	92
<b>X Referencias bibliográficas</b> .....	93
<b>Anexos</b> .....	103

## Resumen

**Introducción:** Al presentarse una complicación obstétrica, donde no solo interactúan factores fisiológicos, sino culturales, sociales, religiosos y económicos que ponen en riesgo la vida del binomio madre-hijo, durante la hospitalización de su esposa la vida del hombre se ve afectada debido a las expectativas sociales de su entorno, es decir, de él se espera fortaleza, valentía, control emocional e independencia, entre otras muchas. Integrar al esposo durante esta situación permite dirigir la atención para comprender cómo el trinomio madre-padre-hijo vive este proceso y así implementar estrategias orientadas a la práctica de enfermería en su cuidado integral, ya que la literatura es escasa referente al fenómeno de estudio y en México no hay información al respecto.

**Objetivo:** Describir las experiencias del Hombre ante la hospitalización de su esposa por complicaciones obstétricas en un hospital de segundo nivel.

**Metodología:** Diseño cualitativo fenomenológico-hermenéutico. Los participantes fueron 6 informantes hombres que experimentaron junto a su esposa durante la hospitalización por presentar alguna complicación obstétrica durante el embarazo y/o el parto; los datos se recolectaron a través de entrevistas semiestructuradas. El número de informantes se definió por medio del criterio de saturación, el análisis de datos se realizó mediante la propuesta de Colaizzi.

**Hallazgos:** Emergieron 3 grandes categorías: A) Efecto de cuidar a otros, con 4 sub-categorías: a1) decisiones de vida o muerte, a2) anteposición de mis necesidades personales, a3) fortalecimiento del rol de esposo, a4) ahora me toca cuidarlos; B) Contando con apoyo: b1) la familia como sostén, b2) apoyo de la comunidad, b3) religiosidad y automotivación; C) Invisibilidad del esposo por el personal de salud.

**Conclusiones:** Tradicionalmente, el hombre no debe doblegarse ante el dolor de él o de otros ni pedir ayuda; sin embargo se observó cambios importantes como

ternura, comprensión, compromiso afectivo sin que nadie cuestione su masculinidad. Se describe como esta situación afianza el rol de esposo, dando cuidado, apoyo y afecto a su esposa e hijos, es necesario fortalecer y mejorar la práctica asistencial de enfermería al brindar el cuidado al trinomio.

**Palabras clave:** Experiencias, Hombre, Género, Hospitalización, Complicaciones obstétricas, Hermenéutica.

## **Abstract**

**Introduction:** When an obstetric complication occurs, where not only physiological factors, but cultural, social, religious and economic factors that endanger the life of the mother-child binomial, during the hospitalization of his wife, the life of the man is affected due to The social expectations of his environment, that is, he expects strength, courage, emotional control and independence, among many others. Integrating the husband during this situation allows directing the attention to understand how the trinomial mother-father-son lives this process and thus implement strategies oriented to the practice of nursing in its integral care, since the literature is scarce referring to the phenomenon of study and In Mexico there is no information about it.

**Objective:** To describe the experiences of the Man before the hospitalization of his wife by obstetric complications in a second level hospital.

**Methodology:** Qualitative phenomenological-hermeneutic design. Participants were 6 male informants who experienced with their spouse during hospitalization for having an obstetric complication during pregnancy and / or childbirth; The data were collected through semi-structured interviews. The number of informants was defined by the saturation criterion, data analysis was performed using the Colaizzi proposal.

**Findings:** Three major categories emerged: A) Effect of caring for others, with 4 sub-categories: a1) life or death decisions, a2) preposition of my personal needs, a3) strengthening the role of husband, a4) now it's my turn Take care of them; B) With support: b1) the family as support, b2) support of the community, b3) religiosity and self-motivation; C) Invisibility of the husband by the health personnel.

**Conclusions:** Traditionally, man should not bow to the pain of him or others or ask for help; However important changes were observed such as tenderness,

understanding, affective commitment without anyone questioning their masculinity. Describing how this situation strengthens the role of husband, giving care, support and affection to his wife and children, it is necessary to strengthen and improve the nursing care practice by providing care to the trinomial.

Keywords: Experiences, Man, Gender, Hospitalization, Obstetric Complications, Hermeneutics.

## Resumo

**Introdução:** Ao apresentar-se uma complicação obstétrica, onde não só interactivam fatores fisiológicos, também culturais, sociais, religiosos e econômicos que põem em risco a vida do binômio mãe-filho, durante a hospitalização de sua esposa, a vida do homem vê-se afetada devido às expectativas sociais de seu meio, isto é, dele se espera fortaleza, valentia, controle emocional e independência, entre outras muitas. Integrar ao esposo durante esta situação permite dirigir a atenção para compreender como o trinômio mãe-pai-filho vive este processo e assim implementar estratégias orientadas à prática de enfermagem em seu cuidado integral, já que a literatura é escassa referente ao fenômeno de estudo e em México não há informação ao respeito.

**Objetivo:** Descrever as experiências do homem ante a hospitalização de sua esposa por complicações obstétricas em um hospital de segundo nível.

**Metodologia:** Desenho qualitativo fenomenológico-hermenéutico. Os participantes foram 6 informantes homens que experimentaram junto a sua esposa durante a hospitalização por apresentar alguma complicação obstétrica durante a gravidez e/ou o parto; os dados coletaram-se através de entrevistas semiestructuradas.

O número de informantes definiu-se por médio do critério de saturação e a análise de dados realizou-se mediante a proposta de Colaizzi.

**Achados:** Emergiram três grandes categorias: A) Efeito de cuidar a outros, com quatro subcategorias: a1) decisões de vida ou morte, a2) anteposição de minhas necessidades pessoais, a3) fortalecimento do papel de esposo, a4) agora me toca os cuidar; B) Contando com apoio: b1) a família como apoio, b2) apoio da comunidade, b3) religiosidade e automotivação; C) Invisibilidade do esposo pelo pessoal de saúde.

**Conclusões:** Tradicionalmente pensa-se que o homem não deve doblegarse ante a dor dele ou de outros nem pedir ajuda; no entanto, observaram-se mudanças importantes como ternura, entendimento e compromisso afetivo sem que ninguém questione sua masculinidade.

Descreve-se como esta situação afiança o papel de esposo, dando cuidado, apoio e afeto a sua esposa e filhos, é necessário fortalecer e melhorar a prática assistencial de enfermagem ao brindar o cuidado ao trinômio.

**Palavras-chave:** Experiências, homem, gênero, hospitalização, complicações obstétricas, Hermenêutica.

## Introducción

La gestación se considera un proceso natural que reproduce la vida. La experiencia durante este proceso se debe considerar placentera para la mujer y el hombre, esto cuando todos los factores que interactúan son propicios como los fisiológicos, culturales, sociales y económicos, pero a pesar que es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de la pareja, se considera también uno de los más riesgosos si las condiciones sanitarias y sociales de apoyo relacionadas con la gestación, parto y puerperio no son las apropiadas. Una parte de estas mujeres presentan complicaciones obstétricas, que ponen en riesgo la vida del binomio madre-hijo.

Cuando se presenta una complicación obstétrica no solo se modifica la vida de la mujer, también el rol del hombre se ve sustancialmente alterado. Históricamente la humanidad ha transmitido valores a través de la cultura, la religión, costumbres, tradiciones relacionadas con el papel y roles que se asumen dependiendo del sexo dentro de la sociedad; por lo general se espera del hombre la capacidad de poder garantizar y satisfacer las necesidades de su familia y la mujer de procrear, cuidado de los hijos y del hogar.

La principal complicación que se presenta a es la preeclampsia que oscila entre el 2 al 10% a nivel mundial. Se estima que es 7 veces mayor en países en vías de desarrollo que en los desarrollados, la eclampsia tiene una incidencia en países desarrollados de Norteamérica y Europa alrededor de 5 a 7 casos por cada 10 000 partos, no así en los países en vías de desarrollo que varía entre 1 caso por cada 100 embarazos a 1 por cada 1700. En los países africanos como Sudáfrica, Egipto, Tanzania y Etiopía varía de un 1.8% a 7.1%, con una prevalencia del 2 al 16.7%.

En México se registraron 960 muertes maternas en el 2012, los estado con el mayor número fueron: Estado de México con 130, seguido por Chiapas con 68 muertes en mujeres de 15 a 49 años, (43% por preeclampsia), y la Ciudad de México 56, los estados con menores casos fueron: Baja California Sur con 3,



Colima 3 y Tlaxcala 6, la disparidad entre los estados sobre las estadísticas favorece que existan sub-registros en la información.

Como resultado de lo anterior es necesario conocer y comprender cuales son las experiencias del hombre cuando su esposa presenta una complicación obstétrica y permanece hospitalizada, lo cual presentamos en esta investigación, además de que existen pocos estudios que describen dicho fenómeno.

En el caso concreto del estado de Chiapas, en el hospital de Tuxtla Gutiérrez, que se encuentra en la capital del estado, se observa un alto índice de ingresos de mujeres con complicaciones obstétricas, lo que causa un impacto en el hombre y la familia, pues se presentan una serie de complicaciones que pueden llegar a causar la muerte del binomio. La institución donde se lleva a cabo el estudio es de concentración, pues muchas de las mujeres provienen de diferentes municipios y comunidades del estado e incluso de países vecinos, algunas de ellas se encuentran hasta más de ocho horas de camino de su lugar de origen al hospital.

En el primer capítulo se describe el fenómeno de interés, la importancia, el propósito y la pregunta de investigación, la diferenciación de normas enfocadas al género, mantenía a la mujer relegada al ámbito doméstico y al hombre en el vínculo exterior. Esto no solo afecta a la mujer, el hombre también es afectado debido a las expectativas sociales sobre cómo debe comportarse, es decir de él se espera fortaleza, valentía, control emocional e independencia entre otras conductas y actitudes, las cuales se trastocan cuando su pareja presenta una complicación obstétrica.

En el segundo capítulo se presenta la búsqueda y análisis que se realizó de la literatura de forma sistematizada para poder conocer más a fondo el fenómeno de estudio, se observó que existen poca literatura a nivel internacional, en México no se encontró ningún estudio sobre el papel del hombre referente a su experiencia en el cuidado ante las complicaciones obstétricas de su esposa. El hombre por su parte, continua en el tradicional papel de padre dentro del núcleo

familiar, se mantiene alejado y en un plano secundario, siendo desde hace muchas generaciones considerado solamente sustentador de la familia.

En el tercer capítulo se encuentran los objetivos que buscan describir las experiencias del hombre ante la hospitalización por complicaciones obstétricas de su esposa en un hospital de segundo nivel, en el cuarto capítulo se encuentran los referentes teóricos que sirvieron como sustento a la investigación, se describe el enfoque de la experiencia bajo la visión de la fenomenología hermenéutica de Hans G. Gadamer así como los conceptos principales de la investigación como experiencia, género y papel del hombre ante la gestación.

En el quinto capítulo se describe la metodología que se utilizó para realizar la investigación, bajo un enfoque cualitativo que permitió conocer desde la propia voz y perspectiva del hombre que vivió la experiencia de la hospitalización de su esposa por alguna complicación obstétrica, el contexto y lugar del estudio que fue el hospital Materno “Dr. Rafael Pascasio Gamboa” ubicado en la capital del estado Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, se utilizó la entrevista semiestructurada para la recolección de los datos, la propuesta de Colaizzi para el análisis de los datos, aspectos éticos, legales y el rigor metodológico que guiaron la investigación.

El sexto capítulo se enfoca a describir las características de los participantes, los hallazgos encontrados que surgieron del análisis de las entrevistas, emergiendo tres grandes categorías con varias sub-categorías que se detallan de manera más amplia durante la presente investigación. El séptimo capítulo está integrado por la discusión de los hallazgos y la relación con la teoría y artículos relacionados con el fenómeno de investigación.

El octavo capítulo presenta las conclusiones a las que se llegó con base a los hallazgos encontrados en la investigación y las aportaciones hechas a la disciplina, a la práctica, investigación y políticas públicas así como las recomendaciones a la institución donde se realizó la investigación.

En el capítulo noveno se encuentran las referencias bibliográficas que sustentan la investigación, al final se encuentran diferentes anexos utilizados durante la investigación.

## I Descripción del fenómeno

La gestación es considerada como un proceso natural, a su vez la maternidad es un evento que reproduce la vida biológica y social, la experiencia durante este proceso para la pareja (mujer y hombre) debe considerarse placentera cuando todos los factores que interactúan son propicios: fisiológicos, culturales, sociales y económicos, a pesar de que la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de la pareja, se considera uno de los más riesgosos si las condiciones sanitarias y sociales de apoyo relacionadas con la gestación, parto y puerperio no son las apropiadas<sup>1</sup>.

Al presentarse una complicación obstétrica el rol de la pareja (hombre) se modifica sustancialmente, ya que su papel ha sido más de proveedor que de cuidador. Históricamente en el desarrollo de la humanidad se han transmitido valores a través de la cultura, la religión, costumbres, tradiciones relacionadas con el papel y roles que se asumen dependiendo del sexo dentro de la sociedad; por lo general se espera del hombre la capacidad de poder garantizar y satisfacer las necesidades de su familia y de la mujer: procrear, el cuidado de los hijos y del hogar<sup>2</sup>. La mujer era relegada al ámbito doméstico y el hombre mantenía el vínculo exterior, esta diferencia de normas y valores no solo afecta a la mujer, el hombre también es afectado debido a las expectativas sociales sobre cómo debe comportarse, es decir, de él se espera fortaleza, valentía, control emocional e independencia entre otras muchas.

La principal complicación obstétrica que se presenta es la preeclampsia, que continua siendo un problema relevante de salud pública, se caracteriza por una alta prevalencia en gestantes de diferentes ámbitos geográficos y con gran impacto en la morbilidad y mortalidad materna y perinatal<sup>3</sup>. En el mundo, una de las principales complicaciones obstétricas es la preeclampsia que oscila entre el 2 al 10%<sup>4</sup>, la OMS estima que se presenta 7 veces más en países en vías de desarrollo (2.8% de nacidos vivos) que en los desarrollados (0.4% de nacidos vivos), la incidencia de la eclampsia en países desarrollados de Norteamérica y Europa es similar, alrededor de 5 a 7 casos por cada 10 000 partos, no así en los

países en vías de desarrollo que es variable entre 1 caso por cada 100 embarazos a 1 por cada 1700. Las tasas en los países africanos como es el caso de Sudáfrica, Egipto, Tanzania y Etiopía varía de un 1.8% a 7.1%, con una prevalencia del 2 al 16.7%<sup>5</sup>.

En el 2012 en México se registraron 960 muertes obstétricas, los estados con las tasas más elevadas de mortalidad materna, fueron: estado de México con 130 muertes, Chiapas con 68 muertes en mujeres de 15 a 49 años, (43% por preeclampsia), y la Ciudad de México 56 muertes, en contraste con los estados con menores tasas como: Baja California Sur con 3 muertes, Colima con 3 y Tlaxcala con 6<sup>6</sup>.

En Latinoamérica existen pocos reportes acerca del estudio de la morbilidad materna, en especial la preeclampsia, desconociéndose la magnitud del problema real, la morbilidad se define como el caso de una mujer que presenta una complicación durante el embarazo, parto o puerperio y casi fallece, pero sobrevive. Esta constituye un indicador de los cuidados obstétricos pues debido a su estrecha relación con la mortalidad materna que reconoce que por cada muerte de una paciente obstétrica, cerca de 118 mujeres sufren cualquier complicación severa del embarazo<sup>7</sup>.

La disparidad entre los países sobre la información estadística de casos de muerte materna, dificulta los esfuerzos para establecer prioridades en la salud. La mayoría de los países en desarrollo continúan teniendo problemas para generar estadísticas confiables y de calidad sobre casos de muerte en general incluyendo la mortalidad materna<sup>8</sup>. Una de las causas por la que la información sobre este problema en nuestro país es escasa para poder llevar a cabo un análisis estadístico, es debido al sub-registro de los casos, diferencias en el criterio para realizar el diagnóstico, desconocimiento de la etiología, falta de uniformidad de los tratamientos utilizados y la fácil resolución al interrumpir el embarazo<sup>9</sup>.

El deterioro de la salud o muerte de la mujer en edad reproductiva y productiva tiene consecuencias graves para su pareja, familia y comunidad, pues

se consideran creadoras de la nueva vida y las que cuidan; son responsables de la formación y educación de los hijos, laboran dentro y fuera de su vivienda y en muchos casos constituyen la columna vertebral de su hogar<sup>1</sup>.

En el caso concreto del hospital general de Tuxtla Gutiérrez en el estado de Chiapas, se observa un alto índice de ingresos de pacientes con complicaciones obstétricas, causando un impacto para el hombre y la familia, cuando este proceso se transforma en una serie de complicaciones que pueden llegar a causar la muerte del binomio. Al ser esta institución un hospital de concentración, condiciona que algunas de las mujeres sean de diferentes municipios y comunidades del estado, algunas de ellas se encuentran hasta a más de ocho horas de camino de su lugar de origen al hospital. Es importante, mencionar que el estado cuenta con un territorio vasto, una orografía compleja, una gran diversidad cultural, con marcados niveles de desigualdad social que afectan de manera importante a la población, sobre todo a mujeres, niños y familias de zonas marginadas y rurales<sup>10</sup>.

El estado de Chiapas cuenta con una extensión territorial de 73.211 km<sup>2</sup>, intrincadas características orográficas, organización político-administrativa, pluriculturalidad étnica y religiosa, inequidad social, con características propias que presentan un gran desafío para las condiciones de salud que se presentan en la población, derivando en problemas trascendentales de salud y se refleja en la incidencia de la morbilidad y mortalidad materna.

Esto a su vez causa problemas familiares y sociales con un impacto significativo tanto al hombre y su familia, ya que para el cuidado de su esposa que presenta alguna complicación obstétrica deben permanecer lejos de su casa, ausentarse de su trabajo y dejando al cuidado de familiares o vecinos a sus hijos. Aunado a lo anterior por ser un hospital que atiende población sin seguridad social, representa un problema económico para la familia, aunque todas las mujeres cuentan con seguro popular, este no cubre la mayoría de medicamentos, estudios de laboratorio e insumos que son necesarios para su atención y de los cuales se carece en el hospital, generando gastos extra además de los necesarios para su alimentación, aseo y un lugar dónde poder descansar o pernoctar.

Al indagar sobre este fenómeno se encontró poca información respecto al papel del hombre como pareja en el cuidado de la mujer durante la hospitalización, que se ve agudizada durante la presencia de complicaciones obstétricas. En este sentido el abordaje de las implicaciones culturales y el papel del hombre frente a los servicios sanitarios durante el proceso de nacimiento de su hijo, él se mantiene alejado y secundario, se le ve como proveedor económico y a la mujer como responsable de la crianza, el orden en el hogar y la educación de los hijos.

Así mismo en el campo de la enfermería han sido poco exploradas las experiencias del hombre en su papel de pareja como cuidador de la mujer hospitalizada, cuando precisamente, es la enfermería la profesión que pretende lograr los mejores cuidados y atención, tanto en los aspectos físicos como los emocionales dirigidos a las personas que trata, no solo de los enfermos, sino también de los familiares.

Consideramos que es importante que la enfermera centre su atención en el tratamiento, pero no debemos olvidar la importancia de continuar indagando sobre las creencias, valores y costumbres de la pareja (hombre), para brindar un cuidado integral, es deseable que los cuidados no se centren solo en los biológicos, sino también en los espirituales, psicológicos, sociales y culturales. Considerando que la enfermera es la que brinda el cuidado de forma continua y directa, es necesario conocer y comprender cómo vive este proceso la pareja (hombre), cómo afecta la vida familiar, su rol como proveedor, el cuidado de los hijos para articular prácticas y técnicas de comportamiento del cuidado, toda vez que es parte esencial de la práctica profesional de la enfermería<sup>8</sup>.

## **1.1 Importancia del estudio**

La importancia de este estudio es conocer desde la propia voz de los actores las experiencias vividas, para que a partir de los hallazgos se incida en las prácticas actuales que repercuten negativamente en el cuidado y por ende mejorar el cuidado que se brinda no solo a la mujer que sufre una complicación obstétrica sino también a su pareja (hombre), pues se presenta un cambio en la dinámica de

vida de ambos, al presentarse un daño en la salud de la mujer y para ambos la modificación temporal de su vida personal, familiar social y laboral, con el fin de contribuir a la comprensión del fenómeno en el área asistencial, de investigación y educativo y desde ahí proponer algunas recomendaciones y estrategias para mejorar el cuidado de la pareja (hombre) a la mujer, el cuidado integral del trinomio, conocer como enfrentan y experimentan este fenómeno permitirá al investigador colaborar en el desarrollo de la profesión, e influir en el mejoramiento de la calidad del cuidado en las instituciones de salud.

## **1.2 Propósito de la investigación**

El propósito de esta investigación es centrar las experiencias, comportamientos, sentimientos, de la pareja (hombre) ante una complicación obstétrica bajo un enfoque cualitativo con diseño fenomenológico hermenéutico. La relevancia social está contenida en los aportes que proporciona la investigación al hombre y la sociedad, el estudio nos ofrece una nueva forma de pensar, crear un marco conceptual que permita concebir la realidad humana tan compleja a partir de la experiencia del propio hombre, para atenderlo en su conjunto de interacciones<sup>11</sup>. A su vez, es importante atender al ser y su entorno circundante mediante la creación de estrategias e instrumentos que correspondan con la naturaleza subjetiva del objeto de estudio. La inquietud de llevar a cabo este proyecto de investigación se debe a que en el estado de Chiapas no existen trabajos de investigación que dirijan su atención a comprender cuáles son las experiencias del hombre ante la hospitalización por alguna complicación obstétrica de su esposa, para que, de esta manera se puedan identificar las necesidades y establecer elementos para brindar un cuidado integral.

De acuerdo a lo analizado anteriormente se deriva la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las experiencias del hombre ante la hospitalización por complicaciones obstétricas de su esposa en un hospital de segundo nivel?



## II Revisión de la literatura

A partir de que se inicia la concepción de un nuevo ser, tanto la mujer como el hombre deben enfrentar diversas realidades, la mujer enfrenta modificaciones biológicas, anatómicas y fisiológicas que alteran su imagen corporal, transformación física, emocional y un nuevo rol social; esto genera sentimientos ambivalentes, alteraciones psicológicas, ansiedad ante las demandas sociales<sup>3</sup>.

El hombre en el tradicional papel de padre dentro del núcleo familiar se mantiene alejado y en plano secundario, pues desde hace muchas generaciones es considerado sustentador de la familia, siempre se ha considerado a la gestación y el parto un suceso exclusivo de la mujer, apartando al hombre; actualmente esto ha cambiado a raíz de que más padres se interesan y preocupan por el bienestar de su pareja y del bebé, trayendo consigo efectos psicológicos y emocionales y un cambio desde el punto de vista de la paternidad<sup>10</sup>.

Se realizó una búsqueda sistematizada de la literatura utilizando múltiples bases de datos, incluyendo MEDLINE, SciELO, Pubmed, Biblioteca virtual UNAM, CINAHL, British Nursing Index (BNI), BVS, utilizando estrategias de búsqueda predeterminadas con las palabras clave hombre, experiencias, generó, complicaciones obstétricas en español e inglés.

Se encontraron diferentes artículos de corte cualitativo y cuantitativo la mayoría se enfocan al tema de padecer preeclampsia ya que es la principal complicación obstétrica que se presenta, esta revisión arrojó pocos estudios relacionados con el papel del hombre, referente a su experiencia en el cuidado de su esposa cuando presenta una complicación obstétrica, existen poca literatura a nivel internacional, en México no se encontró ningún estudio; son pocas las referentes a la paternidad y la experiencia del hombre ante el embarazo, parto y puerperio, así como solo se encontró tres estudios que aborda el tema principal de la investigación.

## 2.1 El hombre ante la gestación

La información sobre la participación del hombre en el embarazo, parto y puerperio es muy limitada. En su investigación sobre “Experiencias y expectativas”, Moroto G et al en el año 2009, muestra que el modelo biomédico dominante considera que la mujer no es la protagonista del proceso, ni considera la participación del hombre por lo que este se siente invisible y coartada su participación, son prejuizados según su rol de género aunque muchos utilizan estos obstáculos como argumento para separarse de dicho proceso<sup>12</sup>.

El hombre se considera una pieza olvidada cuando intenta expresar sus sentimientos y emociones desde su cultura y creencias, se sabe que ellos intentan participar activamente para formar parte de los primeros días de vida de su hijo para iniciar una relación duradera; es evidente que el hombre tiene una importancia e influencia en el bienestar de la mujer durante la gestación, el desarrollo de su hijo y él mismo como persona<sup>12</sup>.

García B en su reseña sobre el libro “Paternidad y vida familiar en la ciudad de México” describe los principales resultados de la investigación en profundidad sobre la Paternidad y vida familiar en la Ciudad de México desde la reproducción, la concepción, embarazo y parto hasta el desempeño de este en su rol de cuidador y ejercicio de la paternidad, uno de los hallazgos de interés refiere que los más jóvenes y menos privilegiados se mantuvieron al margen de los acontecimientos durante el embarazo, parto y puerperio, de los entrevistados ninguno estuvo presente en la sala de espera del hospital en el nacimiento de sus hijos, señalando que fue por razones de trabajo, además que si les hubieran permitido, no podrían haber presenciado el sufrimiento de su mujer<sup>13</sup>.

La forma que tanto las mujeres como los hombres asumen su rol como padres, la decisión de la gestación, la edad para adquirir el compromiso, la dedicación para su hijo y las condiciones de planificación familiar son aspectos que deben ser analizados desde la perspectiva antropológica. Los hombres describen la paternidad como una obligación, el padre ideal es aquel que apoya a

las mujeres en el parto aun cuando se presenten complicaciones, pero el sistema médico impide su participación; son excluidos a pesar que están dispuestos a aprender cuáles son sus funciones durante el parto, pero existen factores personales, familiares y sociales que impiden y forman barreras para su participación<sup>14</sup>.

En un estudio realizado por Kaye D et al en el 2014 en un hospital de Uganda, se entrevistó a hombres cuyas parejas fueron ingresadas por alguna complicación obstétrica, se encontró que ellos describen sus relaciones de diferente manera, veían la responsabilidad hacia su esposa como una obligación, el padre ideal brinda apoyo durante el parto, pero el sistema de salud limita su participación en el parto, no tiene claro cuál es su participación, a pesar de ser excluidos, estaban disponibles y accesibles, aun cuando estaban dispuestos a aprender se identificaron factores personales, de pareja y familiares como barreras para su participación.

Este estudio permitió conocer las expectativas, experiencias que enfrentan los hombres que desean intervenir en el proceso de gestación, ahí está la discordia entre la política y la práctica de la participación del hombre en el embarazo y el parto<sup>15</sup>.

Carter MW et al, investigaron sobre la asistencia de padres en la atención prenatal, parto y atención posparto y factores sociodemográficos que se asocian con la asistencia a dichas actividades; a fin de realizar acciones encaminadas a favorecer una participación más útil de los hombres en la salud materno infantil<sup>16</sup>. 418 padres fueron entrevistados en relación al hijo más joven que nació vivo, en los cinco años anteriores a la encuesta. Estos se obtuvieron de la Encuesta Nacional de Salud Masculina de 2003 (ENSM-03) de El Salvador, centrada en los padres mediante modelos de regresión logística y multinomial, explorando factores asociados a la presencia de los padres en las consultas prenatales, en el parto y consultas para la atención del recién nacido sano.

Los resultados que se obtuvieron fueron que el 90% de los padres salvadoreños encuestados asistieron a una consulta prenatal, asistieron durante el parto o alguna consulta en la atención del bebé sano; el 34% de ellos participaron en las tres actividades. De estas la más frecuente fue la asistencia durante el parto. 34%, notificada por el 81% de los padres, la razón más frecuente para no asistir fue la necesidad de acudir a su trabajo.

Estos hallazgos permitieron concluir que a pesar de que la gran mayoría de los padres había asistido por lo menos a una consulta prenatal, parto o en una consulta para la atención del bebé sano, la participación en estas actividades no refleja necesariamente que los cónyuges les den a sus parejas el apoyo necesario, estos resultados parecieran indicar que están sentadas ciertas normas para que los hombres puedan desempeñar un papel positivo en la salud materno-infantil. Esta participación en actividades relacionadas con la salud de la madre e hijo podría ofrecer nuevas oportunidades para brindar educación a los hombres y otorgar más cuidado en su propia salud y la de su familia.

Silvia EMD et al estudio en el 2016 la percepción que tienen las mujeres después del parto sobre cuál es la participación de su compañero en el cuidado de ellas y su hijo<sup>17</sup>. Con la participación de 20 mujeres durante el posparto en la ciudad de Campo Mourão-PR, Brasil con un diseño cualitativo descriptivo, los datos fueron recolectados entre febrero y marzo de 2014, con un análisis de contenido de las entrevistas semiestructuradas de modo temático surgiendo dos categorías: Sentimientos con la llegada del nuevo miembro de la familia; Las manos que sustentan también cuidan. La participación efectiva del compañero fue evidenciada por las mujeres, sin embargo, este cuidado hacia el bebé es aun incipiente y la participación más efectiva en el cuidado posparto y tareas domésticas.

Es prudente señalar que esta percepción es desde el punto de vista de la mujer, no fue posible conocer la perspectiva del hombre acerca de su participación en el cuidado con el fin de contar con una visión más amplia después de la llegada del bebé. Pero aun así se observan declaraciones relevantes que destacan la

importancia de la participación de la pareja relacionada con los cuidados y la construcción y fortaleza de lazos familiares.

Poder hacer visible el lugar que ocupan las emociones en la construcción de la paternidad y de forma concreta cierta forma de enunciarlas fue parte de la investigación que realizó Rodríguez MB en el 2010<sup>18</sup>, con un diseño etnográfico se investigó la atención prestada a las mujeres desde el embarazo hasta el posparto, para esto se realizaron entrevistas abiertas en profundidad a 16 mujeres, 5 hombres y 22 profesionales así como observación participante en diferentes espacios sanitarios, además del análisis de diferentes fuentes documentales.

Los resultados se centran en las entrevistas realizadas a los 5 hombres, los sentimientos y emociones son vehículos de expresión y transmisión cargados de contenido social y cultural, por lo tanto se deben a un cúmulo de ideas, creencias y valores morales construidos culturalmente. Los hombres crean de una manera diferente las expresiones de distintas emociones, en ocasiones algunas de ellas como una respuesta a las pautas que reciben del sistema de salud como el amor, deseo, alegría que podría decirse que corresponde con ideales sobre cómo expresar y vivir la paternidad y son considerados los mejores indicadores de las experiencias de padres, su deseo por la paternidad, incluso las relaciones de pareja y acompañamiento de las mujeres.

Sin embargo, existen otros hombres que manifiestan sus emociones de modos diferentes, sus reacciones derivan no solo de su personalidad sino de múltiples experiencias durante su vida y la circunstancia en la que se encuentran. Estos modelos distintos de paternidad muestran el carácter construido de emociones y la forma en que los hombres se socializan durante el proceso de gestación y nacimiento, esto se resume en una frase: los padres y los hombres no nacen, se hacen.

Tradicionalmente se considera que la gestación y el parto son exclusivos de la mujer, apartando completamente al hombre, sin embargo cada día más padres se interesan y preocupan por el bienestar de la mujer y su bebé, este hecho trae

como consecuencia efectos psicológicos, emocionales y físicos además de cambios sociales desde el punto de vista de la paternidad. Jurado R<sup>19</sup> describe como de acuerdo a diferentes investigaciones antropológicas los hombres han reprimido sus emociones durante generaciones, de manera que actualmente sea de gran dificultad diferenciar entre una emoción inducida por la sociedad o una emoción natural debido al estigma social existente sobre los hombres y la diferencia de género (Blázquez, 2013; Seidler, 1995)<sup>11</sup>, también se ha observado que los hombres que participan activamente en las preparaciones preparto y postparto e intentan formar parte de los primeros momentos de vida de sus hijos mejoran la relación con éstos, así como con sus parejas, generando armonía.

Quinlivan JA y colaboradores<sup>20</sup> en el 2012 llevaron a cabo un estudio mixto donde exploraron el impacto que causo en la pareja masculina la presencia del embarazo molar, los hallazgos encontrados del análisis temático arrojaron cinco temas principales: impacto emocional, atención médica, desplazamiento de sus sentimientos, su función sexual e impacto positivo de hijos anteriores, esto produjo ansiedad, miedo, tristeza y depresión. De acuerdo al análisis cuantitativo la ansiedad dominó sobre la depresión, esta surgió por la frustración debido a la pérdida de control sobre su fertilidad, por no poder tener un hijo, así como el bienestar de su pareja. El revivir constantemente la pérdida del embarazo debido al tiempo que duro el tratamiento, retraso la recuperación emocional de ambos, pues generaba confusión e incertidumbre. La presencia de hijos desempeña un papel protector asociado a una mejor calidad de vida, los resultados cualitativos complementaron los datos cuantitativos, existió ansiedad persistente en los hombres, pero estos pueden beneficiarse con terapia para detectar trastornos de ansiedad y mejorar la comunicación entre ambos y el personal de salud.

Aarnio A, Chipeta et al en el 2013<sup>21</sup> describieron las percepciones y la participación del hombre sobre el cuidado de su esposa en el parto rural, en Malawi, hallaron que los hombres vinculan las complicaciones obstétricas como enfermedades y peligro tanto para la madre y el niño, sienten temor cuando se presenta algún signo de alarma y lo relacionan con alguna enfermedad, por

ejemplo el edema con anemia, vómito con el cólera, fiebre con malaria, convulsiones con brujería, estos apoyan los resultados cuantitativos ya que entienden el significado de una urgencia, confían en el médico, pero no relacionan las convulsiones con la eclampsia, para ellos es desconocida.

Esto revela que el hombre se interesa por la salud de su esposa, esperan poder manejarla, aunque algunos prefieren pequeños problemas, la mayoría presta interés en los riesgos durante el embarazo, se sienten responsables para organizar un traslado pues día a día se enfrentan a la falta de asistencia médica que pueden poner en riesgo a la madre y el bebé.

El acceso oportuno de la asistencia médica es un problema al que se enfrentan día a día, estos retrasos ponen a la madre y al bebé en peligro, esto confirmó los resultados cuantitativos sobre su comportamiento, se observó responsabilidad, contar con recursos económicos pues conseguir transporte es complicado por ser escaso. Otro hallazgo interesante fue que las decisiones se toman en familia, a menudo no cuentan con alguien para atender su trabajo pero mencionan que pueden manejarlo.

Abril MP en el 2013<sup>22</sup> analizó modelos alternativos en la transición del primer hijo en la paternidad y masculinidad. Las sociedades occidentales muestran una tendencia creciente de hombres que desean integrar a su vida, cuidados en otras facetas y que las mujeres desean que su pareja se integre en su esfera reproductiva. La relevancia de este estudio radica en que nos ayuda a entender cómo es la construcción de la paternidad, qué cambios provoca y cuáles son los obstáculos a los que se enfrenta, este tipo de paternidad se asienta en tres dimensiones: personal, relacional e institucional. Pero existen elementos como condiciones laborales, actitudes, prácticas igualitarias y la relación de pareja, que son cruciales para obstaculizar o favorecer la integración del hombre al cuidado, así también las políticas que mantienen la imagen del hombre como proveedor.

En un estudio realizado en el 2013, Aguilar-montes de Oca y colaboradores<sup>23</sup>, entrevistaron a 300 universitarios sobre la definición de su rol de

hombre y mujer, los resultados mostraron diferencias significativas, los hombres definen su rol de protectores, proveedores, comprensivos, profesionistas, seguros, amorosos, en cambio las mujeres se veían como profesionistas, independientes, esposas o amas de casa y su rol es compartir y educar. Para los hombres lo que les toca ser y hacer: profesionistas, honestos, fuertes, emprendedores, padres y libres y las mujeres los definen como padres, proveedores, profesionistas, fieles, honestos y protectores. Estos hallazgos permiten afirmar que existen cambios importantes respecto a los roles sexuales de los mexicanos.

## **2.2 La mujer como referente ante las complicaciones obstétricas**

A partir de que se inicia el embarazo, la mujer enfrenta modificaciones biológicas que alteran su imagen corporal y su rol en la sociedad, esto genera alteraciones psicológicas, sentimientos ambivalentes e incrementa la ansiedad ante este proceso. Cuando se presenta el ingreso de la mujer al hospital, sobre todo por alguna complicación en el embarazo, parto o puerperio, la mujer y su pareja enfrentan ansiedad, miedo, culpa y preocupación; la hospitalización constituye un proceso estresante para ambos por lo incierto del pronóstico de salud de la madre y de su hijo por nacer<sup>24</sup>.

Existe una asociación entre la presencia de factores psicosociales y un mayor riesgo de presentar preeclampsia, al visualizarlo desde una perspectiva más amplia donde una situación psicosocial desfavorable, que es característica de contextos sociales-epidemiológicos condicionan factores individuales de riesgo como pueden ser genéticos, y obstétricos, es precisamente en este plano individual que el estrés aumenta la vulnerabilidad de la mujer embarazada, sobre todo en las adolescentes<sup>3-24</sup>. La experiencia de presentar una gestación de alto riesgo es un evento complejo y subjetivo, que no se debe considerar solo desde la biología ya que implica cambios físicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales que afectan a la mujer.

Durante el periodo 2005 a 2011 en Colombia Laza, C. et al realizaron un estudio documental con el objetivo de acercarse a las experiencias que vivieron



mujeres frente a una gestación de alto riesgo que se reportaron en la literatura, se trató de un estudio documental de corte cualitativo, las unidades de análisis fueron artículos científicos en tres idiomas: español, inglés y portugués. Los datos fueron tratados mediante el análisis de contenido. La búsqueda bibliográfica dio como resultado veinte artículos que respondían al objetivo del estudio todos de enfoque cualitativo, de ello emergieron dos grandes temas: las experiencias de las mujeres frente a un embarazo de alto riesgo producto de una condición patológica y las que fueron producto de una gestación en una edad reproductiva temprana o tardía<sup>25</sup>.

En los cuales se resaltó la importancia que juegan las redes de apoyo como la familia, otras mujeres en igual condición y los profesionales de salud, aunado al lenguaje técnico por parte de estos. Se concluye que el cuidado de enfermería se debe encaminar a reforzar estas redes de apoyo y mejorar el ambiente hospitalario.

En una revisión sistemática llevada a cabo en el 2014 por Furuta M. et al se observó que la presencia de preeclampsia durante el embarazo y puerperio constituye un factor de estrés para la mujer y su familia, se incrementa el miedo para ambos por el pronóstico incierto, al realizar la revisión sistemática sobre las percepciones y experiencias de morbilidad materna severa de las mujeres<sup>26</sup>. Se revisaron diferentes bases de datos especializadas, utilizando estrategias predeterminadas de búsqueda, la calidad metodológica de los estudios cualitativos seleccionados. Las pruebas de síntesis se realizaron con meta-etnografía comprendiendo tres etapas: (1) determinar cómo los estudios estaban relacionados o eran diferentes a través de la comparación; (2) la conversión de los resultados de un estudio a otro y (3) la síntesis de la traducción. De todos los estudios revisados doce cumplieron los criterios de inclusión.

La síntesis mostró que las experiencias de las mujeres se pueden clasificar en tres grandes áreas: experimentar el caso de complicación materna severa, la reacción inmediata al evento (la experiencia física, la percepción y/o interpretación de su situación, y la emoción), y las secuelas (ya sea que la experiencia sea

positiva o negativa), y que todos están interconectados. Las experiencias de las mujeres con complicaciones durante el embarazo y puerperio pueden estar influenciadas por otros factores: características personales de cada una, las condiciones de salud pre-existentes, la sensación de seguridad dentro de la atención recibida, la disponibilidad para acceder a la atención médica de alta calidad, las redes de apoyo social con las que contaban además de que las percepciones y experiencias se pueden ver afectadas por una inadecuada atención clínica.

La experiencia de tener preeclampsia crea confusión en la mujer pues siente que no es necesario que sea hospitalizada, con altas y bajas emocionales considera que puede llevar a cabo el tratamiento en casa así como el reposo<sup>27</sup>, al presentar un desconocimiento respecto a la preeclampsia y a su hijo prematuro, dificulta el cuidado que le debería proporcionar a su hijo en la UCIN, debido a la falta de información del equipo de salud<sup>28</sup>.

Lafaurie M. et al en el 2011 en Colombia describen que las mujeres con embarazo de alto riesgo necesitan atención especializada por un equipo multidisciplinario, las mujeres hacen referencia más a problemas afectivos, emocionales y las etapas de duelo ante una pérdida o la muerte, así como los aspectos que se relacionan con el sentido de la vida y la espiritualidad. Al presentarse de forma inesperada, la preeclampsia causa en la mujer sentimientos de miedo, angustia, el cambio de rol en su vida diaria, incertidumbre, sufrimiento por síntomas físicos, el someterse a tratamientos e intervenciones dolorosas. Este estudio analizó y describió las vivencias de un grupo de mujeres gestantes con diagnóstico de embarazo de alto riesgo, para poder contar con criterios para construir intervenciones de enfermería que respondan a sus necesidades de cuidado.

Los datos se obtuvieron realizando entrevistas a profundidad a 10 mujeres de 17 a 39 años con embarazo de alto riesgo, atendidas por la Red Distrital de Salud, el análisis se apoyó en el programa Atlas ti 6, basado en la Teoría Fundamentada. Además de encontrar situaciones fisiológicas, antecedentes de

complicaciones obstétricas, embarazos no deseados, enfermedades crónicas, obesidad entre muchas otras, lo relevante del estudio fue que la mitad de las participantes no cuentan con apoyo económico de su pareja; 7 perdieron su trabajo; 5 viven con parientes.

La violencia de género y la pobreza limitan la toma de decisiones y afectan su salud. Se visualizan estrés y sentimientos de ambivalencia: por un lado, entusiasmo con su embarazo y, por otro, cambios que producen desequilibrio y afectan la calidad de vida. Las mujeres de este grupo social requieren de atención integral y oportuna, evitando demoras, y educación sexual y reproductiva. Enfermería debe brindar cuidado transcultural y actividades educativas para minimizar temores y empoderar en derechos<sup>29</sup>.

En un estudio de caso donde se interpretó la vivencia de la mujer embarazada con Hipertensión Arterial, desde la perspectiva cualitativa, enfoque fenomenológico con análisis hermenéutico, lo que permitió analizar e interpretar los elementos comunes en el significado de las experiencias. El criterio de inclusión era que la mujer cursara con un embarazo y presentar hipertensión arterial, se explicó el objetivo del estudio, la confidencialidad y se solicitó firmar un consentimiento informado, aclarando el respeto a la decisión de dejar el estudio en cualquier momento, se llevó a cabo una entrevista estructurada de seis preguntas de respuestas abiertas.

Una vez que se recogieron los datos, fueron categorizados y analizados, según la interpretación, la informante no refiere dificultades de orden físico, sino más bien problemas afectivos y emocionales, en las respuestas se hacen evidentes las etapas de duelo, la pérdida de un embarazo es generalmente difícil de hablar porque no hay funeral, no hay certificado de defunción o alguna designación de estatus de duelo, respuesta a la pérdida y/o a la muerte. Esta vivencia incluye a la mujer y su recién nacido que depende de si es prematuro, las condiciones de salud o la pérdida de su hijo, es un camino duro que tienen que recorrer durante el tiempo de la hospitalización hasta su recuperación, Por tal

razón se recomienda al personal de Enfermería que debe diseñar los planes de atención en base a las necesidades individuales de cada persona<sup>30</sup>.

La preeclampsia es la alteración de mayor frecuencia durante la gestación y el puerperio, ocasionando una alta morbilidad en el binomio madre-hijo. Estas consecuencias no deben ser valoradas tomando en cuenta las alteraciones en la salud física, se debe tener en cuenta las alteraciones emocionales, pues la vivencia se torna dolorosa y difícil para las mujeres que se enfrentan a esta enfermedad. Cuando esta irrumpe inesperadamente en la anhelada gestación, sobre todo el primer embarazo provoca miedo por la gravedad con que se presenta, por representar la muerte de ella y su hijo aun por nacer. El relato biográfico de una estudiante de enfermería describe la manera en la que enfrento la experiencia en el momento que inesperadamente la preeclampsia irrumpió en su primer embarazo, generando miedo y angustia por lo que para ella significó la enfermedad y la posibilidad de perder a su bebé, así como una larga hospitalización. La fe en Dios y la presencia de su compañero se constituyeron en soporte para sobrellevar los amargos momentos vividos<sup>31</sup>.

¿Cómo enfrentar el padecimiento? La sorpresa e irrupción de la enfermedad en su embarazo, el desconocimiento parcial de la enfermedad y las experiencias vividas son elementos que hacen preguntarse por qué no se les prepara más allá de los signos y síntomas para detectar la preeclampsia, sino lo que supone para ellas y sus hijos si llegan a padecerla. Situaciones como la separación de su hijo y su familia, la prolongada estancia hospitalaria, el cuidado específico por las implicaciones en la salud de ella y su hijo se deben considerar en la información que se brinda a la mujer.

Es necesario tomar en cuenta algunos aspectos que no deben pasar inadvertidos para los profesionales de enfermería, trabajar en las redes de apoyo durante toda la gestación, parto y puerperio; y reflexionar acerca del papel que juega el personal de enfermería como soporte para las gestantes. Es primordial la revisión del ambiente hospitalario, las condiciones de hospitalización de las

gestantes de alto riesgo, así como facilitar el desarrollo de prácticas espirituales en el medio hospitalario<sup>32</sup>.

La falta de preparación y desconocimiento de las mujeres para enfrentar este padecimiento trastoca su vida cotidiana, al vivir esta crisis se sienten vulnerables y con riesgo de morir pues su vida se altera en todos los aspectos; no solo fisiológicos sino también emocionales, aunque en ocasiones logran un equilibrio en su entorno gracias a las redes de apoyo con las que cuentan y poder así organizar su vida al salir del hospital. Dos estudios cualitativos en el contexto mexicano relacionados con este padecimiento sirven como antecedente a esta investigación el primero de Torres-Lagunas M. et al, un estudio cualitativo, descriptivo, exploratorio, con el objetivo de describir y analizar cómo se trastoca la cotidianidad de las mujeres que presentan pre-eclampsia en una comunidad semiurbana del Municipio de Chimalhuacán del estado de México.

Se realizaron entrevistas a profundidad a dieciséis mujeres usuarias del Hospital General Chimalhuacán durante el embarazo. Del análisis del discurso surgen dos categorías: Auto-eco-socio-organización de la cotidianidad con tres subcategorías Tiempo, espacio y movimiento, identidad y, solidaridad. La segunda, Creando vida en la cotidianidad, con dos subcategorías: Corporalidad-Subjetividad y trastocamiento de la salud.

En este estudio se enfatiza que la cotidianidad de las mujeres que presentan preeclampsia durante el embarazo se caracteriza por ser un fenómeno complejo, autónomo: auto-organizador, auto-productor, auto-determinado, relacional, irreductible, dialógico, recursivo, hologramático, dinámico, cambiante, homeostático, sinérgico; se trastoca, se vive con identidades múltiples y solidarias frente a las adversidades. Estos hallazgos presentan algunos indicativos importantes para construir modelos singulares, sensibles y culturalmente específicos para el cuidado de estas mujeres<sup>33</sup>.

El segundo estudio de Vega-Morales E. et al, en el mismo contexto pero con abordaje fenomenológico-hermenéutico y enfoque teórico de Alfred Schütz, se

presenta el objetivo de analizar la experiencia de vivir con preeclampsia en el contexto de la vida cotidiana de un grupo de mujeres del estado de México que asisten al Hospital General de Chimalhuacán. La muestra fue definida por medio del criterio de saturación teórica recolectando los datos por medio de entrevista semiestructurada y analizados con el método de Van Manen, siguiendo seis criterios de rigor científico: credibilidad, transferibilidad, consistencia, confirmabilidad, relevancia y adecuación teórico epistemológica.

Emergiendo 5 categorías: 1) significado de la preeclampsia en la vida cotidiana; 2) experiencia de la dimensión física y emocional de vivir con preeclampsia; 3) interpretación del autocuidado en la vida cotidiana de la mujer con preeclampsia; 4) redes de apoyo que ayudan a sobrevivir la experiencia de tener preeclampsia; y 5) significado de los servicios de salud.

La vulnerabilidad y riesgo de morir se potencializa en las mujeres que padecen preeclampsia, al ser un padecimiento de origen multifactorial y una de las principales causas de muerte materna en México, con un impacto significativo en los servicios de salud, al verse trastocada y alterada su vida cotidiana al vivir en crisis, no solo biológicamente por malestar físico y corporal, sino en la parte emocional. Se observó la capacidad de auto-eco-socio-organización para equilibrar su entorno y vida cotidiana se ratificó que las redes de apoyo familiar y social son dadoras de bienestar e indispensables para fortalecer el cuidado como se ha visto en los demás estudios referidos<sup>34</sup>.

La reacción inmediata al evento tanto físicamente como la percepción, la interpretación y las secuelas ya sea una experiencia negativa o positiva están interconectadas e influenciadas por las características personales de cada una de ellas, la condición de salud previa, la seguridad que tienen en la atención que recibieron, el acceso y la disponibilidad a servicios de salud y las redes de apoyo con las que cuentan, esta percepción es agravada por la inadecuada atención que reciben<sup>25</sup>.

La percepción hacia el diagnóstico, tratamiento y atención de los profesionales de salud es una ausencia en la información durante la atención prenatal y la hospitalización, lo que agrava las complicaciones. Es importante mencionar que debido a la naturaleza de las investigaciones esto no se puede dar por hecho ni generalizarlo, pero nos brinda un enfoque sobre la importancia del cuidado que se debe dar a las mujeres que padecen preeclampsia para mejorar la adherencia al cuidado y tratamiento así como el manejo del duelo<sup>35</sup>.

En el 2014 Laza VC et al realizaron un estudio cualitativo en el cual describe el significado de una experiencia a partir de la visión de quienes las han tenido. Así, se representa la estructura total de la experiencia vivida, incluyendo el significado que estas experiencias tienen para los individuos, preocupándose de la comprensión y no de su explicación, estudio cualitativo fenomenológico, en el cual participaron diez mujeres puérperas que presentaron una preeclampsia severa y fueron atendidas en el Hospital de San José (Bogotá-Colombia) durante el año 2012. La selección de las informantes fue intencional y el número se determinó por el criterio de saturación de la información. La información se recolectó a través de una entrevista a profundidad y los datos se analizaron mediante la propuesta de Colaizzi.

Para quienes la padecen por primera vez, la perciben como un padecimiento que no avisa y que aparece de forma inesperada, quienes ya la padecieron la esperan resignadas, pero para ambas la percepción se constituye desde la dimensión del peligro y muerte, que puede causar secuelas graves, ajeno a ellas y no pueden controlarlo generando impotencia y resignación, el padecimiento se construyó desde las dimensiones de peligrosidad y capacidad de causar muerte y secuelas posteriores a la gestación. Como algo “ajeno” a la voluntad de la mujer”, que no se puede controlar; lo cual genera impotencia y resignación. La percepción de la causalidad evidenció tres elementos: falta de cuidados durante la gestación, predisposición a la enfermedad y problemas familiares, personales y laborales.

Las construcciones que se forman las gestantes acerca de la preeclampsia se cimientan en experiencias vividas que se presentan frente a ellas y no precisamente frente al conocimiento transmitido por los profesionales. Es necesario prepararlas para este impacto emocional que supone enfrentarse a esta; asumiendo un cuidado de enfermería diferenciado e integral<sup>36</sup>.

Pérez M et al en el 2009, dan cuenta de la percepción de la mujer en el cuidado de la preeclampsia leve en el hogar, lo más relevante fueron los cuidados que brinda la enfermera durante la visita domiciliaria como la toma de signos vitales, la tranquilidad que le proporcionan, la información que le brindan a ella y su familia. Es importante destacar que la participación de la enfermería no se limita al hospital, también en la prevención y la promoción de la salud en el primer nivel de atención lo cual permite hacer un diagnóstico precoz, dar el tratamiento oportuno y limitar el daño<sup>37</sup>.

Según Strauss y Quinn, los significados son “la interpretación evocada en una persona por un objeto o evento en un tiempo determinado”<sup>38</sup>. Una investigación realizada por Noguera N et al, en el 2014 explico el significado de la experiencia, el cual se entendió como toda interpretación que tiene la mujer gestante acerca del hecho de tener preeclampsia. Se trata de una investigación cualitativa tipo etnoenfermería, se tuvo en cuenta la Guía observación-participación-reflexión, propuesta por Leininger para la recolección de la información. Se hicieron entrevistas abiertas a profundidad a ocho gestantes como informantes clave y a cinco enfermeras como informantes generales, el número de participantes se obtuvo por saturación de la información.

En el análisis de datos se aplicaron las cuatro fases propuestas por Leininger: recolección de la información, identificación y categorización de los descriptores y componentes, análisis contextual y de patrones y establecimiento de unos temas centrales. Estos resultados aportan un conocimiento teórico que permite brindar cuidados culturales de manera congruente a las mujeres con preeclampsia, ser un complemento para su atención integral. Las mujeres merecen que el equipo de salud les informe claramente sobre su situación de



salud, de su hijo y los cuidados que requieren, de manera completa. Las mujeres conocen sobre signos y síntomas de alarma para la preeclampsia, pero no los perciben. Los cambios emocionales, sociales, espirituales, producidos en la mujer, por su enfermedad y por la hospitalización, necesitan ser considerados para el cuidado de enfermería<sup>39</sup>.

En un estudio similar llevado a cabo en Colombia en el 2011 por Pérez-Herrera B, de diseño cualitativo, descriptivo e interpretativo, con un muestreo por pertinencia y adecuación, realizaron veinte entrevistas a diez puérperas que estuvieron hospitalizadas para descubrir cómo crean y dan significado a la experiencia de gestación con preeclampsia, el muestreo se realizó por saturación de información. Surgieron cuatro categorías: “El embarazo como un proceso normal”, “Reacciones ante el diagnóstico”, “Desinformación como parte del proceso” y “La esperanza ante la realidad”.

Para las puérperas en una gestación con preeclampsia todo parece normal, confían en estar sanas; por ello reaccionan ante el diagnóstico con temor al riesgo de morir ella y su hijo, con sentimientos perturbadores que, generalmente, son ignorados por los proveedores de la salud; aun cuando su cuerpo revela la enfermedad. Además, el desconocimiento de los signos y síntomas de alarma las conduce a prácticas de cuidado paliativas alejadas del tratamiento médico y del cuidado de enfermería; así mismo, con “el padecimiento” fortalecen su fe y mantienen el optimismo para la recuperación de ella y su hijo<sup>40</sup>.

Al ser una enfermedad seria, silenciosa y traicionera las creencias religiosas son una parte importante para poder sobrellevar la hospitalización, pues sufren cambios como estar alejadas de su familia, su casa, entorno, pasar por la soledad del hospital, estas son importantes para la mujer que presenta preeclampsia, su pareja y su familia, que padecen preeclampsia, ya que su situación las hace que la fe en Dios se fortalezca ayudando a mantener su optimismo en su recuperación y la de su hijo, generando sentimientos de fe, resignación y de agradecimiento<sup>41</sup>.

### **2.3 La importancia de las redes de apoyo.**

En los estudios encontrados se observa que una parte importante tanto para la mujer como para el hombre son las redes de apoyo con las que cuentan ya sea dentro de su familia, su comunidad y/o el personal de salud<sup>32,33,34</sup>, pues al presentarse alguna complicación obstétrica resultan determinantes para afrontarla; estas incluyen a la familia, amigos, comunidad y profesionales de la salud. Un hallazgo importante se refiere a que la comunicación por parte de los profesionales de salud que se brinda a ambos debe ser clara y precisa, pues el desconocimiento y la falta de información generan angustia y miedo al no saber qué pasa con la salud de la mujer y la de su hijo<sup>25-30-32-35</sup>. Es imprescindible diseñar planes de cuidados de manera individualizada que sean sensibles y culturalmente específicos para brindar el cuidado al trinomio.

Además de la sensibilidad para proporcionar el cuidado, es importante que los profesionales de la salud estén capacitados para realizar un seguimiento acerca del cuidado que brinda la enfermera desde la percepción de la gestante y de su pareja (hombre), pues estos últimos sienten ser ajenos y no son tomados en cuenta en la mayoría de los casos<sup>12-14,15</sup>, es importante establecer estrategias que impacten en el cuidado, aplicar instrumentos en diferentes contextos que permitan llevar a cabo evaluaciones; con el fin de modificar las guías establecidas para dar cuidado integral<sup>42</sup>.

Así mismo es necesario que la enfermera se encuentre capacitada en el manejo de la mujer que presenta alguna complicación obstétrica, con relación a esto y considerando que la preeclampsia es la primera causa de complicación se hace referencia a un estudio realizado en el 2008 por González N. et al en México donde estudiaron el nivel de conocimientos de enfermería hacia la paciente con preeclampsia, los resultados que se presentaron son un tanto inquietantes, pues se evaluó el nivel de conocimientos en el área de Toco cirugía y Ginecoobstetricia en la atención a usuarias con preeclampsia eclampsia por parte del personal de enfermería y del total de la muestra solo el 10% fue suficiente.

Estudio cuantitativo descriptivo, la recolección de datos fue por encuesta a 75 enfermeras del Hospital General Regional No. 1. Se elaboró un instrumento de información sobre nivel de conocimientos del personal de enfermería de preeclampsia eclampsia, validado por dos rondas de expertos y una prueba piloto. Se concluyó que el nivel de conocimientos del personal de enfermería en preeclampsia eclampsia fue bajo, además no existe congruencia entre la antigüedad en el servicio y el nivel de conocimiento.

Se recomienda la necesidad de continuar capacitando al personal de enfermería, dar un seguimiento y se sugiere: Elaborar un programa de educación continua en el manejo de pacientes con preeclampsia eclampsia, contar con guías de atención en el manejo de pacientes con preeclampsia eclampsia y que el personal de los tres turnos tenga acceso a las mismas y difundirlas, elaborar guías de verificación para el cuidado de pacientes con preeclampsia eclampsia y evaluar el cuidado de dichas usuarias<sup>8</sup>. Por esto es importante que las profesionales de enfermería se tengan la necesidad de replantearse la perspectiva del cuidado con el fin de mejorar la atención integral a la pareja durante la hospitalización de la mujer que presenta preeclampsia<sup>43</sup>.

## **III Objetivos**

### **3.1 General**

Describir las experiencias del hombre ante la hospitalización por complicaciones obstétricas de su esposa en un hospital de segundo nivel.

### **3.2 Específicos**

- Explorar el rol del hombre y su repercusión en la cotidianidad familiar ante la hospitalización de la mujer.
- Describir el estado emocional del hombre como pareja a la hospitalización de la mujer por preeclampsia.
- Indagar si la hospitalización de su esposa afecta en el ámbito social y laboral de su pareja.

## **IV Marco teórico conceptual**

### **4.1 Hermenéutica de Gadamer**

Para comprender la experiencia del hombre durante la hospitalización de su esposa por complicaciones obstétricas es necesario llevar a cabo un dialogo cara a cara, pues el lenguaje representa el sentido común, es el instrumento primordial de la narrativa de las experiencias y vivencias. La salud es una extraña y oculta realidad que solo es posible percibirla cuando se pierde, el cuidado debe rebasar el método cuantitativo, para poder tener un carácter único de cada persona, para poder criticar al sistema mercantilista, frío y clasista. La salud es un proceso continuo de equilibrio, al presentarse alguna complicación obstétrica, se rompe el equilibrio, comprender esas experiencias desde la hermenéutica permite descubrir cómo acompañarlo durante el proceso e indirectamente volverlos a la sociedad<sup>44</sup>.

Gadamer considera que la naturaleza de la ciencia del espíritu se entiende mejor desde la humanística, al poner al descubierto condiciones que hacen posible la auto-comprensión del hombre en sus distintas esferas de su experiencia de la verdad. La hermenéutica no intenta elevarse por encima de la vida fáctica para postular un punto de referencia absoluto, desde el cual se pudiera determinar la verdad de la experiencia; sino que plantea como alternativa una doctrina del método. La verdad pues surge de la experiencia y vivencia en el mundo, que se enraíza en determinadas prácticas vitales y en condiciones socio-históricas<sup>45</sup>.

Gadamer procura contrarrestar esta tendencia mostrando un camino de comprensión de la verdad que supere la subjetivación, encontrar un modelo de interpretación que valga para las ciencias del espíritu; pero que sea extensivo a todos los ámbitos que cubren a la experiencia humana que implica interpretar siempre la realidad, esto nos permite interpretar las experiencias del hombre ante la hospitalización de la mujer por complicaciones obstétricas. Para comprender el texto que nos presente este proceso es necesario proyectar un sentido del todo, se manifiesta al leer desde diferentes expectativas que se relacionan.

La interpretación se basa en preconcepciones que se van corrigiendo a medida que el investigador comprueba la falta de adecuación a las cosas mismas desde el movimiento de la tradición, la tarea de la hermenéutica se basa en el punto medio entre la familiaridad y la extrañeza que significa la tradición. Gadamer se basa en la tesis de que el lenguaje es el medio universal en que realizamos la comprensión, en su lucha contra el distanciamiento metodológico, parte del supuesto que la incompreensión, extrañeza y malentendido es precedida por una comprensión que la sostiene.

El fenómeno hermenéutico tiene que ser ilustrado desde la constitución finita del ser, que se construye lingüísticamente; esta considera al lenguaje como una realidad cargada de un significado ontológico por que el ser acontece en el lenguaje como verdad, que no es esencialmente distinto a las representaciones finitas que acceden a la subjetividad humana. Gracias al lenguaje, el fenómeno hermenéutico adquiere un alcance universal pues no solo los fenómenos histórico-espirituales, sino todo lo que puede ser comprendido, principio comprensible justo porque se puede articular lingüísticamente<sup>46</sup>.

Para explicar dónde nace la necesidad de filosofar dado que las palabras no permiten dar una adecuada cuenta de todo lo que se comprende y todo lo que se dice, ellas siempre quedan cortas y nos llaman a seguir buscando palabras, dado que el lenguaje es el sentido común y el instrumento de la narrativa de las experiencias, es necesario desarrollar la comprensión, es decir, interpretar y finalmente hacer filosofía. No filosofamos por que tengamos la verdad absoluta, si no justamente porque nos falta. Los discursos apropiados entre los profesionales de la salud dependen de su filosofía vital, el paciente crea un lenguaje que permite su reflexión sobre la incógnita de su enfermedad, salvo que no tenga la capacidad de hablar o la sustituya por otra forma de comunicación<sup>47</sup>.

El intercambio de preguntas y respuestas forja una correspondencia confidencial, cambia el centro de gravedad: se está con algo y entregado a alguien. En la modernidad hace falta un diálogo profundo para conocer cómo experimentan el proceso de salud enfermedad, cuales son los significados,

sentimientos ante la hospitalización por una complicación obstétrica, del hombre como pareja de la mujer que vive este proceso, la mayoría de las veces largo e inesperado, la investigación actual en la mayoría de las veces no sabe más de nuestra persona que nosotros mismos.

Expresar sus emociones por medio del lenguaje, el desahogo y la liberación de la ansiedad, expresa experiencias positivas que permiten rescatar fortalezas y formas afectivas de enfrentamiento<sup>45</sup>. Esta relación avanza conforme la persona y la enfermera se van conociendo y se aprende a establecer puentes para comprender sus dudas y brindar información veraz, esta debe incluir aspectos físicos, emocionales, espirituales que sustenten la individualidad del cuidado que es el eje principal de la construcción de confianza y seguridad fomentando su autonomía<sup>48</sup>.

## **4.2 Experiencia a través de Gadamer**

La experiencia constituye una objetivación de una realidad pensada, la elaboración que hace la persona sobre la base de su personalidad, experiencias anteriores, la capacidad de reflexionar, intereses y lugar que ocupa en la comunidad y la sociedad<sup>49</sup>. Otra definición la describe como una experiencia humana cuyo contenido se forma de la actuación total de las fuerzas psíquicas, accionadas por la resistencia ejercida por el mundo exterior, sobre movimientos de nuestro cuerpo, el impulso de nuestra voluntad y emociones que responden al modo que resurgen los hechos de la conciencia<sup>50</sup>.

De acuerdo con este pensar, el nuevo principio del filosofar es la experiencia. Pero esto significa aceptar nuestra humana condición de seres finitos para los cuales toda experiencia está contenida en el “evento” del ser y, por tanto, sujeta al tiempo, Dentro de este modo de pensar, la hermenéutica filosófica de Gadamer se ofrece precisamente como una hermenéutica que, pasando por alto los nihilismos mencionados, ahonda en la estructura interpretativa de “la experiencia real que es el pensar”. Al mismo tiempo, defiende la especificidad hermenéutica de las ciencias del espíritu oponiendo a la abstracción objetivadora

del método la experiencia viva del pensar: mientras la primera busca liberar a la experiencia de los elementos subjetivos o interpretativos mediante su ordenación y organización metodológica, la segunda afirma su carácter histórico-lingüístico.

La experiencia en la que nos hallamos y desde la cual nos orientamos comprendiendo acontece siempre como interpretación, es decir, desde distintas perspectivas<sup>51</sup>. Para él “la experiencia está esencialmente referida a su continuada confirmación y cuando ésta falta, ella se convierte necesariamente en otra distinta”. Esto hace de la experiencia un principio abierto: toda experiencia está abierta siempre a nuevas experiencias, Para Gadamer la experiencia comprende a la vez dos momentos: un momento positivo, por el cual las experiencias se integran en nuestras expectativas y las confirman (momento inductivo) y, un momento negativo, que se da cuando “nuestras expectativas resultan frustradas por una novedad no anticipada”. Este sentido negativo de la experiencia tiene para él un efecto productivo, puesto que “el hecho inesperado proporciona al que posee experiencia una nueva experiencia”<sup>52</sup>.

### **4.3 Género, concepción y paternidad**

La llegada de un nuevo ser es un hecho biológico y un acontecimiento cargado de significado cultural, se nace en un determinado contexto que articula representaciones y prácticas que ordenan y dan sentido. El embarazo, parto y puerperio se han convertido progresivamente en un acto de interés social con un valor político y económico, debe ser controlado pues el desarrollo de un país se mide por la disminución de la mortalidad materna<sup>53</sup>, el contexto geográfico, valores religiosos y culturales, las políticas, decisiones económicas y las complicaciones relacionadas con la gestación, determinan la compañía que tendrá la mujer en el momento del parto.

El proceso reproductivo es fisiológico y natural, pero durante su curso pueden surgir complicaciones obstétricas que afectan al binomio madre-hijo, la preeclampsia es la primera causa de morbilidad y mortalidad. El organismo femenino es biológica y emocionalmente más susceptible en esta etapa, se le ve



como un problema de salud, cuando la mujer enfrenta un problema de salud suele buscar ayuda de otro y ella se transforma en enferma.

El proceso de reproducción constituye un momento trascendental en la vida de la mujer, el hombre y familiar, ahí se articulan aspectos relacionados con la feminidad-masculinidad y la maternidad-paternidad por lo que es necesaria la perspectiva de género. A través de este se organiza y mantiene diferencias e inequidades históricas entre hombres y mujeres, determina la vivencia de la maternidad, paternidad y la llegada de un hijo, el cambio de roles y estatus así como un nuevo ser social<sup>14</sup>. Las complicaciones obstétricas se presentan de forma súbita y a veces silenciosa, por lo que fue importante tomar en cuenta todos los aspectos referentes durante la investigación de las experiencias del hombre ante este fenómeno.

Moroto G et al en el 2009 realizaron un estudio “Paternidad y servicios de salud” donde se encontró que los padres opinan que nadie piensa en ellos, como se sienten ante esta situación, señalando que se sienten resignados ante la falta de protagonismo, siendo subordinados al proceso, por el equipo sanitario. Destaca que es necesaria una preparación para ellos con un enfoque vivencial y no técnico como se realiza actualmente<sup>12</sup>. Las emociones e inquietudes que sienten los hombres hacia la paternidad se inicia en los primeros meses de la gestación y están presentes durante todo el embarazo y se pueden agravar en el momento del parto o al presentarse alguna complicación<sup>19</sup>.

La categoría de género se refiere a la construcción sociocultural que se desarrolla a partir de diferencias sexuales, constituye un modo de codificar el significado cultural que otorgan a esta diferencia entre los sexos, para comprender las conexiones de interacción humana. La cultura influye en la conformación de la personalidad más que los atributos genéticos; las personalidades femeninas y masculinas son producto de lo social y por tanto pueden variar de una cultura a otra así como en el transcurso de la misma historia<sup>54</sup>. Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdad de género, que pueden favorecer de forma sistemática a uno de los dos grupos dependiendo de su contexto social.

Estas desigualdades pueden llegar a propiciar inequidades entre los hombres y mujeres con respecto a su salud y acceso a los servicios de salud<sup>55</sup>.

Las modificaciones en la forma como hoy en día se ve a la maternidad, se deben a la diversidad de formas de actuar y pensar de las mujeres, su edad, condiciones de vida, historia familiar, deseos y necesidades de la pareja. Es importante mencionar que algunos autores refieren que la mayoría quieren ser madres y ya que lo son, sienten la responsabilidad sobre el cuidado y protección de su hijo o hija, lo que puede traer como consecuencia el aumento de estrés que es un condicionante social para padecer alguna complicación obstétrica<sup>19</sup>.

La paternidad para los varones es parte fundamental de su identidad, opera como elemento estructurado de su ciclo de vida, enfrenta desafíos y mandatos como trabajar, formar una familia y tener hijos. En diversas latitudes de la región latinoamericana se tienen indicios que indican que la paternidad está experimentando un proceso de transformación. Hay reportes que indican que las obligaciones paternas relacionadas con la protección y proveeduría se han relajado. En cambio, se han incrementado el tiempo y la atención dedicados al cuidado de hijos e hijas, además de que los padres muestran con mayor frecuencia su afecto y cercanía física. Sin embargo, a pesar de estos cambios, todavía se observan fuertes inequidades de género en la distribución de las responsabilidades domésticas<sup>56</sup>.

El género<sup>57</sup> es un factor que determina de qué se enferman y mueren las personas, junto con la clase social o el origen étnico. Un ejemplo para elaborar construcciones sociales para entender a grupos de manera particular, es analizar los perfiles epidemiológicos de género, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio son notorias, colocando a la preeclampsia en primer lugar de mortalidad materna. En el caso de los hombres los homicidios y el suicidio constituyen la segunda y tercera causa respectivamente<sup>58</sup>. En Chiapas debido a la diversidad que existe de diferentes etnias, es posible que algunas de las informantes tengan origen étnico, por esta razón se tomó en cuenta el factor étnico en los referentes teóricos solo en referencia al género.

## 4.5 Complicaciones obstétricas

Las características sociales, demográficas, económicas, políticas y culturales que existen en nuestro país son factores que contribuyen a que tanto hombres como mujeres experimenten inequidad y una violación a sus derechos humanos. En el momento que la mujer presenta una complicación en el embarazo, parto o puerperio, resulta evidente que ambos necesitan contar con apoyo emocional y espiritual. En Chiapas existen factores que propician la mortalidad materna: bajo índice de escolaridad de la población, inequidad en el acceso a servicios de salud, falta de recursos de las familias para pagar el traslado de la mujer a instituciones especializadas, falta de políticas de interculturalidad<sup>10</sup>.

La preeclampsia es la primera causa de morbi-morbilidad materna, la etiología de los trastornos hipertensivos no está del todo claro, se sugiere que existe una base genética e inmunológica que causa un trastorno multisistémico, que ocasiona cambios vasculares y hemodinámicos que se agregan a las características propias del embarazo, en los que participan mediadores de la inflamación humoral y de la celular<sup>59</sup>

La preeclampsia se define como la aparición de hipertensión y proteinuria a partir de la semana 20 en una mujer embarazada previamente normotensa, asociada o no a edema, la cual en su forma severa se asocia con oliguria, edema pulmonar, disfunción hepática, trastornos de la coagulación, trastornos visuales y dolor en epigastrio, la cual puede evolucionar a eclampsia que es la presencia de un proceso convulsivo sin antecedentes de enfermedad neurológica<sup>60</sup>.

Los trastornos hipertensivos incluyen diversas perturbaciones vasculares que pueden aparecer antes o durante el embarazo, el parto o puerperio, generando complicaciones entre un 10 a un 15% de todas las gestantes, se estiman unas 50 000 muertes por año como consecuencia de las formas más graves. Estos se conocen como trastornos hipertensivos de la gestación, se agrupan como procesos que tienen en común la hipertensión<sup>61</sup>.

## 4.6 Hospitalización

Foucault hace un recuento de la aparición del hospital como un instrumento para intervenir en la enfermedad y en el enfermo a partir del siglo XVIII. En esta se refiere a informes de Tenon y Howard de cómo se encontraba la situación en otros países de Europa, cuales se apartan del análisis del hospital como "una simple figura arquitectónica" para formular recomendaciones en base al número de camas, el espacio útil de la institución, las dimensiones de las salas, las tasas de mortalidad, etc., estableciendo un nuevo concepto funcional de la organización "médico-espacial del hospital".

Profundiza en el estudio de las características del hospital y la práctica médica, en la época medieval, de los siglos XVII y XVIII y de la vigente a partir de la segunda mitad del siglo XVIII. Se destaca la relación directa de la organización hospitalaria con la reglamentación económica que emerge en el mercantilismo y la significación del hombre para el desarrollo social y militar, por una parte, y por la otra, con la aplicación de una tecnología que podría calificarse como política: la disciplina. Considera que la introducción de los mecanismos disciplinarios en el espacio confuso del hospital permitió su "medicalización" y el desarrollo del hospital médico-terapéutico<sup>62</sup>.

## V Metodología

### 5.1 Diseño

En esta investigación se utilizó un abordaje cualitativo que permitió conocer desde la propia voz y perspectiva del hombre que experimentó el fenómeno de estudio, pues esta alternativa estudia aspectos poco investigados con el fin de generar conocimientos que nos den la posibilidad de mejorar los programas de atención de las instituciones de salud. El diseño de la investigación se basó en la fenomenología hermenéutica, se pretendió explorar las experiencias del hombre ante la hospitalización de la mujer por complicaciones obstétricas, ya que si la enfermería se considera un arte y ciencia humana, la preocupación por el cuidado es necesariamente entender la experiencia. La hermenéutica por el ser y su lingüística nos orientó a la comprensión e interpretación de una narración para contextualizar los significados de las diversas experiencias y situaciones del hombre ante dicho fenómeno<sup>63</sup>.

La fenomenología hermenéutica permitió abordar la realidad humana y social, se centró en las experiencias de la pareja (hombre), su comportamiento, sentimientos, para poder comprender lo que experimento y poder crear estrategias e instrumentos que correspondan a la naturaleza subjetiva de la investigación. El comprender implica que la enfermera debe reconocer estas experiencias e integrarlas en un cuidado comprensivo en el momento de escuchar activamente durante la relación del cuidado, identificar lo que desea, necesita y espera<sup>49</sup>.

Este abordaje nos ofrece una visión de la realidad, a través de las experiencias del hombre ante la hospitalización de su pareja por complicaciones obstétricas, para poder comprender la naturaleza subjetiva del fenómeno, poder construir una relación de cuidado comprensivo que se establece conforme se van conociendo y se construye un puente entre ambos. Esta relación se propone desde el enunciado Heideggeriano el ser de los hombres está fundado en el lenguaje, que solo actúa a través de la conversación, conversar implica más allá

de oír (físicamente) más es escuchar, la conversación es un lenguaje compartido que hace más humanos a los seres humanos<sup>49</sup>.

La hermenéutica nos ayudó a describir, comprender e interpretar las experiencias de los participantes, el foco de la fenomenología hermenéutica es explorar la experiencia vivida, es importante reconocer que las realidades de la persona se ven influenciadas por el mundo en que viven y los rodea, es necesidad vital del investigador entender que las experiencias están ligadas al desarrollo social, contexto cultural y político<sup>64</sup>.

Comprender lo que la persona vive en la salud enfermedad moviliza a todo ser humano, pues como una totalidad en su existencia abierta que se va tomando con todo ánimo y comprendiendo poco a poco, pues es imposible que lo comprenda todo. En enfermería el objeto de estudio es el cuidado, es considerar los significados que evoca su actual experiencia para ayudarlo a ampliar su conciencia sobre las actitudes frente a lo que vive, es actualizar las experiencias pasadas relacionadas con la vivencia actual y ayudar a esclarecer cómo ésta afecta su vida futura<sup>65</sup>.

## **5.2 Contexto o lugar donde se realizó el estudio**

El estado de Chiapas tiene una población que asciende actualmente a 4 796 580 millones de habitantes, 2 352 807 hombres y 2 443 773 mujeres. (INEGI 2010), de estos únicamente el 17.3% y el 17.9% de hombres y mujeres son derechohabientes (IMSS ISSSTE PEMEX, SDN y SM, otras) lo cual coloca a la entidad como el último estado en cuanto a población derechohabiente del país. Aunque el 70% cuenta con seguro popular. Se encuentra entre las 10 entidades con mayor proporción de población indígena (28.5%). Estas cifras colocan al estado con diversidad cultural, con 11 grupos étnicos principales y un sinnúmero de variantes lingüísticas habladas a lo largo y ancho del territorio estatal. El Instituto de Salud del estado atiende a la mayor parte de la población<sup>66</sup>.

En 2010, de acuerdo con cifras del CONEVAL, a nivel nacional la población en pobreza fue de 52.1 millones de personas y 12.8 millones en pobreza extrema

lo que representó respectivamente el 46.3 y el 11.4 por ciento del total de la población, con respecto a las 32 entidades Chiapas ocupa el primer lugar en porcentaje de pobreza y pobreza extrema<sup>67</sup>. Debido a esto actualmente enfrenta múltiples problemas sociales y de rezago en educación, salud, económicos entre otros tantos; en el rubro de salud la población más vulnerable son los niños, las mujeres en edad reproductiva y los ancianos

Esta investigación se llevó en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, concretamente en el Hospital Dr. Rafael Pascasio Gamboa dependiente de la Secretaría de Salud, que cuenta con una unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos, cuenta con 3 camas para la atención de las pacientes que presentan cualquier complicación relacionada con el parto y puerperio, el ingreso aproximado es de 2 a 3 pacientes por semana, su estancia es de entre 2 a cuatro días dependiendo su evolución, pero en ocasiones es mayor, debido a que no se cuenta con el área de cuidados intermedios, y el área de ginecoobstetricia regularmente se encuentra sin espacios disponibles para las pacientes.

Al ser un hospital de la Secretaria de Salud el régimen de atención es de población abierta que no cuenta con seguridad social y afiliada al seguro popular, aunque también se atiende a derechohabientes del IMSS, ISSSTE e ISSSTECH. Al ser el hospital más grande y denominado hospital materno-infantil, se considera una unidad de concentración que recibe a mujeres de todo el estado principalmente de las zonas altas como San Cristóbal y comunidades aledañas, Comitán, Villaflores, Tecpatan, Berriozábal, y la zona centro además por la cercanía con la frontera sur se reciben también pacientes de Guatemala; a pesar de que existen otros hospitales generales ubicados en diferentes municipios, debido a las carencias que se viven actualmente en todas las unidades, las pacientes son enviadas a este centro de atención. Las pacientes obstétricas están exentas de pago por la atención del parto y la hospitalización, pero por desabasto y falta de insumos en ocasiones deben asumir el costo de medicamentos, estudios de laboratorio y gabinete aun cuando se encuentran afiliadas al seguro popular pues este tiene cobertura limitada.

### 5.3 Informantes

La elección de los participantes se basó en definir quienes nos proporcionan la mayor riqueza de información posible para comprender e interpretar la pregunta de investigación.

- El hombre que experimentó la hospitalización por complicación obstétrica de su esposa que se presentó durante el embarazo y/o parto.
- Que aceptaron participar en la investigación.

La elección de los participantes se realizó, en el área de visita de la Unidad de Cuidados intensivos del hospital Regional Pascasio Gamboa, en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Todos fueron esposos, parejas estables, mayores de edad, se abordaron al final de la visita, se les dio a conocer el propósito del estudio, obteniendo autorización y se firma el consentimiento informado, solicitando su autorización para grabar la entrevista; de los seis participantes solo cinco accedieron a grabarla y uno accedió a entrevistarse pero sin grabarla, se utilizó una guía de entrevista, donde el primer apartado contenía datos sociodemográficos, segundo apartado contenía preguntas referentes a indagar sobre el fenómeno deseado. La selección de los participantes se realizó por caso típico<sup>68</sup>, por ser informantes claves y conocedores de la realidad del estudio.

Para realizar la selección de participantes se consultó la libreta de ingresos-egresos del servicio de UCIO y el expediente clínico; para tener acceso a esta información se elaboró un oficio dirigido a la Coordinación de Enseñanza de Enfermería del Hospital “Dr. Rafael Pascasio Gamboa”, en donde se hizo explícito el propósito de la investigación y llevar a cabo las entrevistas, así también se realizó la solicitud y entrega de protocolo en la Subdirección de Enseñanza en Salud del Instituto de Salud del estado de Chiapas con la finalidad de contar con autorización para realizar dicha investigación, lo cual hasta el momento no se ha notificado.



## 5.4 Técnicas de recolección de la información

La pregunta de cómo conseguir acceso al campo de la investigación cualitativa es crucial, el contacto del investigador es más cercano e intenso, se utilizaron entrevistas semiestructuradas que requirieron que tanto el entrevistador como el entrevistado se implicaran estrechamente<sup>69</sup>. La conversación fue el modo ideal para lograr una interacción con los participantes, es el modo básico, para saber cómo la pareja (hombre), ven el mundo, su mundo, mediante el dialogo planteamos preguntas y respuestas de ellos y nos brindó la posibilidad de saber y conocer sus experiencias y sentimientos. La entrevista nos permitió escuchar lo que las parejas (hombres) contaran sobre sus experiencias, su mundo vivido, sueños y esperanzas<sup>70</sup>.

Para lograr la obtención de los datos se llevó a cabo una entrevista semiestructurada, para lo cual se realizó una guía de entrevista (**anexo 1**), dirigida a la pareja (hombre) para poder explorar las experiencias de los participantes de la investigación<sup>71</sup>. Con el propósito de obtener una descripción del entrevistado respecto a la interpretación del fenómeno descrito, el hombre se describió así mismo, detalles de las experiencias vividas durante la hospitalización de su esposa, los detalles de su entorno, reevaluando los detalles de su vida cotidiana<sup>72</sup>. Para contar con la aceptación y empatía por parte del entrevistado, se le dio a conocer el propósito de la investigación de una manera simple y clara, así mismo se mantuvo un absoluto respeto hacia el informante durante todo el tiempo que se llevó a cabo la entrevista<sup>71</sup>.

Ya que la entrevista debe ser flexible en tiempo y lugar se les pidió a los participantes que decidieran el lugar, la hora y el día más conveniente para realizar la entrevista, esta fue dirigida para comprender las perspectivas que tiene el informante respecto a su vida, experiencias y situaciones expresadas en sus propias palabras<sup>73</sup>. Fue necesario tener conocimiento por parte del entrevistador sobre el fenómeno a explorar, la capacidad de estructurar preguntas, dar un propósito a la entrevista; se expresó con palabras claras, sencillas y

comprensibles las preguntas, sin utilizar lenguaje académico o profesional y tener la sensibilidad y capacidad de interpretar<sup>74</sup>.

La entrevista nos permitió recoger información sobre aspectos subjetivos de los informantes que no podemos estudiar de otra manera, nos facilitó la interacción con el sujeto de estudio y al mismo tiempo nos permitió evaluar en qué medida logramos el objetivo y por lo tanto poder hacer modificaciones hacia nuestra actuación en el desarrollo de la investigación<sup>75</sup>. También se realizaron anotaciones sobre observaciones hechas durante la entrevista de manera detallada, además de registros detallados sobre reflexiones durante la transcripción de las entrevistas, lo que permitió aumentar la capacidad de análisis y escritura<sup>76</sup>.

## **5.5 Recolección y análisis de datos**

La recolección se concluyó con seis entrevistas que permitió la saturación de datos del fenómeno de estudio<sup>76</sup>, que se refiere al momento en que durante la obtención de datos, estos sean iguales, repetitivos o similares, es decir, el punto en la construcción de las categorías<sup>71-77</sup>. En el cual ya no emergieron propiedades, dimensiones o relaciones nuevas durante el análisis, pues se escucharon diversidad de ideas y con cada entrevista no aparecieron elementos nuevos, Es importante señalar que la realidad es compleja y nunca se podrá capturar completamente<sup>78</sup>.

Se propuso el método de Colaizzi<sup>79</sup> para el análisis de los datos para lograr ampliar el conocimiento del fenómeno, que define los siguientes pasos:

Primero se definió el fenómeno de interés que fue analizar las experiencias del hombre durante la hospitalización de su mujer por alguna complicación obstétrica durante el embarazo y/o parto y que este haya estado involucrado en todo el proceso.

Se realizaron las entrevistas y se grabaron en audio previo consentimiento informado, posteriormente se realizó la transcripción de las entrevistas de forma

literal, se organizaron las notas de campo, en un formato legible y se realizaron varias lecturas; además se llevó a cabo un análisis secuencial y extraer declaraciones significativas. Posteriormente se identificaron unidades de significado y se agruparon en categorías y subcategorías, se realizó la descripción del fenómeno y unidades de significado construidos, el análisis de Colaizzi menciona que es necesario devolver a los participantes la transcripción pero por las características propias de los participantes esto no fue posible, pues su pareja (mujer) fue dada de alta prontamente o simplemente no se encontraban disponibles<sup>80</sup>.

## 5.6 Rigor Metodológico

La calidad de la investigación en las ciencias de la salud es un aspecto fundamental que el investigador permanentemente debe garantizar y los profesionales de los servicios de salud necesitan evaluar antes de utilizar los resultados de los estudios. La calidad se determinó en buena medida por el rigor metodológico con el que se realizó, para los estudios cuantitativos estos estándares están bien definidos y se conocen universalmente, pero este no es el caso para los estudios cualitativos. Sin embargo, existen algunos criterios que permiten evaluar el rigor y la calidad científica de los estudios cualitativos y sobre los cuales existen acuerdos parciales<sup>81</sup>.

**Credibilidad:** Una vez que se transcriban las entrevistas, deberán ser mostradas a los participantes para que sean corroboradas, si corresponden a su experiencia vivida, esto se pretende realizar buscando a los participantes.

En este proyecto no se pudo realizar este paso ya que los participantes no aceptaron que se les volviera a entrevistar por temor a que se utilizaran para otros fines, aun cuando se les explicó de manera clara el propósito del estudio, así como también mencionaban la falta de disponibilidad de tiempo por tener que realizar otras actividades como compra de medicamentos o trámites en el hospital.

**Confirmabilidad:** Esto hace referencia a si todos los procesos que se realizan por parte del investigador lo llevan a una conclusión que concuerda con lo

que se obtuvo, al llevar a cabo esta investigación. Además que permita que otro autor pueda seguir la investigación sin problema, es decir que deje una huella clara del método paso a paso.

En este proyecto se describen claramente los pasos que se siguieron durante todos los procesos de la investigación que permite el seguimiento hasta las conclusiones.

**Auditabilidad:** Una vez que se obtengan los resultados de la investigación será necesario determinar si las unidades de significado construidas representen la experiencia vivida de los sujetos, el fenómeno a investigar y claridad del método usado. Se sugiere fundamentarlo con frases contextuales de los sujetos de donde se extrajeron las unidades de significado, con esto el lector podrá verificar que tan seria es la investigación.

Este proyecto conto con un análisis detallado en su realización, se tienen las entrevistas en audio y transcripciones escritas textualmente guardados en archivos electrónicos, se describen las características de cada informante, los pasos que se siguieron para llegar a los hallazgos encontrados; los cuales se han presentado en foros nacionales e internacionales lo que permite su validación rigurosa por otros expertos.

**Transferibilidad:** Se refiere a que si el fenómeno que se construyó como producto del estudio, constituye un aporte para otros sujetos en una situación similar. Es importante que los significados encontrados en la investigación correspondan con el propósito de la misma y que sean útiles para otras personas en similar condición<sup>82</sup>.

Para cumplir con esto se realizó la descripción detallada del lugar donde se llevó a cabo la investigación, así como de cada uno de los informantes, los hallazgos encontrados, para que se puedan transferir a otras investigaciones similares en diferentes lugares y contextos, considerando que la literatura es escasa en relación al fenómeno estudiado.

## **5.7 Temporalización**

El estudio se inició en el mes de agosto del 2015 con la búsqueda de antecedentes para reforzar la propuesta inicial y la descripción del fenómeno, en el mes de mayo del 2016 se inicia la inmersión al campo con algunas entrevistas lo cual permitió la definición de los participantes, en esta etapa se decidió enfocarlo solamente a la pareja (hombre), ya que en un inicio se pretendía realizarlo tanto a la mujer como al hombre.

La recolección de los datos se llevó a cabo de septiembre 2016 a abril 2017, el tiempo aproximado de la entrevista fueron de 30 a 45 minutos. La entrevista se realizó en el área de visita de la Unidad de Cuidados intensivos del hospital Regional Pascasio Gamboa, en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Fueron abordados al final de la visita, se les dio a conocer el propósito del estudio, obteniendo autorización y se firmó el consentimiento informado, solicitando su autorización para grabar la entrevista, lo cual aceptan, se utilizó una guía de entrevista, donde el primer apartado contiene datos sociodemográficos, segundo apartado contiene preguntas referentes a indagar sobre el fenómeno deseado, posteriormente se agradeció la colaboración de participar, se realizó la transcripción de las entrevistas grabadas, se etiquetó y guardó en archivo Word.

Desde que se inició con la primera entrevista se procedió a realizar el análisis, en los meses de marzo abril y mayo de 2017 se inició con la interpretación y discusión de los datos del material obtenido así como las conclusiones.

## **5.8 Consideraciones éticas del estudio**

Este apartado se refiere a las bases éticas que guiaron esta investigación.

Protección a la intimidad: El término intimidad se refiere a aquello que es propio y exclusivo de la persona, solo esta accede y decide compartirlo, la protección se hizo efectiva con el respeto a la privacidad que se define como aquello que por derecho excluimos a los demás para su acceso y conocimiento sin nuestro consentimiento<sup>83</sup>. La confidencialidad es cualidad de aquello que decimos,

hacemos o intercambiamos dentro del marco de la confianza, dicha información debe ser accesible para aquellos autorizados, los profesionales de la salud están obligados a no revelar ni utilizar dicha información obtenida por la confianza para otros usos que no sea la investigación realizada<sup>84</sup>.

El código Nuremberg reconoce que es indispensable el “consentimiento informado”<sup>85</sup>, determina que es absolutamente esencial, la persona implicada debe tener la capacidad legal para dar su consentimiento, estar en una situación tal que pueda ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, coacción u otro factor. Se elaboró un consentimiento informado (**anexo 2**) para el propósito de esta investigación, se presentó a la jefatura de enseñanza de enfermería del Hospital “Dr. Rafael Pascasio Gamboa”, así mismo se entregó para su aprobación a la Subdirección de Enseñanza en Salud y a la Comisión de Ética y Bioética del instituto de Salud del estado de Chiapas para su aprobación sin que hasta el momento se tenga notificación de ser aceptado.

Conforme a lo que establece la Ley sobre Protección a la Intimidad como lo refiere la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos<sup>86</sup> en el artículo 18, relativo a los derechos humanos y libertad: se explicó en forma clara y explícita con lenguaje coloquial a los participantes en qué consiste y los propósitos de la investigación que se llevará a cabo en el Hospital “Dr. Rafael Pascasio Gamboa” de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Se asignaron seudónimos: Ílicham 1, Ílicham 2 etc. (cónyuge/esposo en Maya) para proteger la intimidad e identidad de los participantes, se firmó por duplicado el consentimiento informado por el participante y el investigador.

Así mismo el Código Deontológico de Enfermería<sup>87</sup> establece en su artículo II: los deberes de enfermería son reconocer la libertad, igualdad, derecho y valores de todo ser humano, por lo cual se trató con respeto y ética a todas los participantes sin importar raza, condición social, credo, cultura, género o estado de salud.

## VI Hallazgos

A partir de las entrevistas realizadas a 6 hombres, que fueron abordados durante la hora de visita a la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos, del Hospital de la Mujer “Dr. Rafael Pascasio Gamboa” de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, se describen las características propias de cada informante y a partir del análisis de los discursos se definieron las categorías en base a los hallazgos encontrados.

En el siguiente cuadro se muestran las características sociodemográficas de los informantes.

Características de los informantes						
Seudónimo (esposo en Maya)	Edad	Ocupación	Estado civil	Domicilio	Escolaridad	Tiempo de vivir con su esposa
Ícham 1	28 años	Campesino	Casado	Tecpatan, Chiapas	Preparatoria	4 años
Ícham 2	23 años	Empleado de un Bar	Casado	Col. Plan de Ayala, Municipio de Tuxtla Gutiérrez.	Licenciado en Gastronomía	2 años
Ícham 3	37 años	Maestro de escuela primaria	Casado	Tonala, Municipio de Tonala.	Lic. Educación	3 años
Ícham 4	31 años	Empleado administrativo	Casado	Tuxtla Gutiérrez	Maestría en administración de empresas	3 años
Ícham 5	22 años	Vendedor de flores	Unión libre	Colonia Maldonado, Tuxtla Gutiérrez	Tercero primaria	5 años
Ícham 6	41 años	Campesino	Casado	Col. Luis Espinoza, Municipio de Tecpatan.	Secundaria	3 años

Cuadro 1.

En el siguiente cuadro se describen de forma narrativa las características particulares de cada participante.

**Ícham 1:** tiene 28 años de edad, cursó la preparatoria completa, se dedica al campo y a la ganadería, actualmente no se preocupa por el trabajo pues cuenta con todo el apoyo de su comunidad y económicamente de su familia y amigos, vive en una comunidad que se encuentra en Tecpatan, municipio de Tecpatan, más o menos a dos horas de la capital, está casado desde hace 4 años, este es el segundo embarazo de su esposa y su bebé se encuentra en cunero por ser prematuro y bajo peso, estable solo se encuentra hospitalizado para aumento de peso. Su esposa se encuentra estable, a parte de la complicación que presento, ella es cardiópata con tratamiento en espera de que puedan conseguir un medicamento y un tanque de oxígeno en casa para poder egresar del hospital. Su primer hijo tiene tres años y tuvo que quedarse en su casa a cargo de su cuñada (hermana de su esposa), él cuenta con familiares en Tuxtla Gutiérrez, pero menciona que no le da tiempo de trasladarse por estar lejos y tener que estar atento a cualquier necesidad, su esposa tiene dos semanas ingresada en la UCIO. En ese tiempo solo ha ido a su casa una vez.

**Ícham 2:** tiene 23 años, estudió la licenciatura en Gastronomía, trabaja en la cocina de un Bar de Sushi, tiene dos semanas que no va a trabajar por tener que estar todo el día en el hospital, no ha recibido pago y sobrevive gracias a la ayuda de su familia. Solo va a su casa a bañarse cuando puede, su domicilio se encuentra en la colonia Plan de Ayala en Tuxtla Gutiérrez, el traslado le lleva aproximadamente 40 a 60 minutos ya que no existe transporte directo, debe trasbordar. Está con su pareja desde hace dos años y se casaron hace tres meses. Es el primer embarazo de su esposa, desde el inicio del embarazo presento complicaciones, su hija nació sano y fue dado de alta a su domicilio, la mama de él y hermana le ayudan a cuidarla. El estado de su esposa es delicado, desarrollo preeclampsia y síndrome de HELLP, lleva dos semanas en el hospital.

**Ícham 3:** tiene 37 años de edad, estudió la Licenciatura en educación primaria, trabaja en una escuela primaria en la ciudad de Tonalá, municipio de Tonalá, Chiapas de donde es originario y radica con su familia actualmente, esta se ubica a dos horas de Tuxtla Gutiérrez en auto y taxi particular y a tres horas en transporte público. Casado hace tres años, tiene una hija de dos años, siendo este el segundo embarazo, presenta preeclampsia por lo cual se decide su traslado a Tuxtla Gutiérrez para valoración y manejo por falta de médicos especialistas e insumos para su atención. Su hija nace sana, con peso adecuado para su edad a pesar de no llegar a término es egresada a su domicilio y él al no contar con familia en Tuxtla Gutiérrez ni un lugar adecuado deciden que el regrese a Tonalá para cuidar a su bebé e hija menor, además de no contar con permiso en su trabajo, llegando al hospital los fines de semana y dejando a sus hijas al cuidado de su familia, ya que su esposa continua hospitalizada en obstetricia, en espera de su egreso., estuvo ingresada en la UCIO por presentar síndrome de HELLP, hasta el momento lleva tres semanas en el hospital.



**Ícham 4:** edad 31 años, su último grado escolar es Maestría en administración de empresas, actualmente es empleado administrativo en un hospital de la Secretaria de Salud, vive en la colonia San Francisco, ciudad de Tuxtla Gutiérrez, aproximadamente a 15 minutos del hospital, casado hace tres años es el primer hijo de la pareja, presenta retraso en el crecimiento por lo cual es internada para observación por disminución de líquido amniótico, fatiga, mareos intensos durante una semana y dada de alta posteriormente previa administración de maduradores pulmonares. Se decide interrupción del embarazo una semana antes de la fecha de parto la bebé al nacer presenta apéndices auriculares, polidactilia, dextrocardia y escoliosis congénita, pero que no presentan un riesgo en ese momento por lo cual es dada de alta. Su esposa permaneció hospitalizada tres días posteriores a la cirugía.

**Ícham 5:** Edad 22 años, ocupación comerciante de flores, cursó hasta el tercero de primaria, es originario de Zinacantan, una comunidad indígena que se encuentra en la región altos, Chiapas. vive en Navenchauc, municipio de Navenchauc, habla Tzotzil y español, el momento que su esposa fue hospitalizada se queda en la colonia Maldonado, Tuxtla Gutiérrez, se traslada en taxi con un costo aproximado de 40 pesos por viaje al hospital, vive con su esposa hace seis años, casado hace 5 años, este es el quinto embarazo, tres hijos vivos y un óbito del primer embarazo, desconoce la causa, su esposa fue hospitalizada por presentar SIRA, actualmente se encuentra en remisión después de una semana de hospitalización, a sus hijos los cuida su suegra y su mamá, su familia no lo acompaña ya que viven el Zinacantan que se localiza a 1 hora quince minutos en automóvil, en transporte público aproximadamente de 1 hora y media a dos horas ya que es necesario trasbordar porque no existe transporte directo, por lo que se encuentra solo sin apoyo, refiere que su familia no hablar bien el español, por lo que no lo acompaña al hospital; aunque un amigo si lo apoya en su trabajo y su familia le mandan apoyo económico.

**Ícham 6:** Edad 41 años, se dedica al campo y la ganadería, estudió la secundaria completa, vive en la colonia Luis Espinoza, municipio de Tecpatan, Chiapas, se encuentra a 1 hora 50 minutos de Tuxtla Gutiérrez. Ocupación se dedica al campo y la ganadería. Estado civil casado hace un año y de vivir con su pareja 2 años, es su segundo matrimonio, tiene una hija de siete años de su relación anterior, de este matrimonio es el primer embarazo (gemelar), su esposa presentó preeclampsia eclampsia, la interrupción del embarazo se realizó en el hospital rural del Ocozocoautla (IMSS) y posteriormente fue trasladada al hospital de Tuxtla Gutiérrez, las gemelas se quedaron internadas en el área de cunero del hospital rural, quedando como responsable la mamá y suegra del participante, actualmente su esposa se encuentra en la UCIO, tiene dos días hospitalizada, se encuentra estable en espera de poder ser dada de alta al piso de ginecología. Él practica la religión adventista y se considera una persona apegada a su religión y acude al templo cada sábado participando de forma activa durante la celebración con su familia.

Cuadro 2.

Esquema conceptual de las categorías que emergieron del análisis sobre “**Las experiencias del hombre ante la hospitalización por complicaciones obstétricas de su esposa**”



Figura 1.

## **A: Efecto de cuidar a otros.**

Darse cuenta que la vida de ambos peligró debido a complicaciones que se presentan en el embarazo y parto crean en la pareja un efecto de cuidar, el efecto presenta una gran cantidad de variantes, algo que se consigue debido a una consecuencia o impresión de algún acontecimiento o de una causa, en este caso la presencia de una complicación obstétrica que pone en peligro a su esposa e hijo que aún no nace, sumado al estrés que viven al no saber qué pasará, además de tener que estar pendiente las 24 horas del día, dejar a un lado sus propias necesidades, tener que permanecer fuera del hospital, pasar por esta experiencia y ver lo frágil que es la vida le permitió afianzar su rol como esposo y cuidador, cuidar se entiende como la expresión de asistir a alguien que necesita ayuda, ya sea por su edad o por haber perdido su salud o vigilancia especial, esto se hace evidente para el hombre al darse cuenta que el estado de salud de su esposa e hijo requieren un mayor cuidado; al cuidar a otros, sobre todo a nuestros seres amados, proveemos apoyo emocional y físico; esta decisión se toma con el corazón y la mente.

De esta categoría emergen las siguientes subcategorías:

a.1 Decisiones de vida o muerte.

a.2 Anteposición de sus necesidades personales.

a.3 Fortalecimiento del rol de esposo.

a.4 Ahora a me toca cuidarlos.

### **a.1 Decisiones de vida o muerte**

El enfrentarse a una situación inesperada que implica decisiones sobre la vida o la muerte de un ser querido y tener que tomarlas de forma inmediata se torna como un proceso complicado.

*Yo pienso que hasta ahorita se ha decidido bien, tanto para la salud de ella, tanto para el bebé, le puede dar un infarto, se podía morir también. (Ílicham 1)*

*Está tan grave...Elegir entre el bebé o mi esposa...La peor decisión o el peor momento que me ha tocado vivir. (Ílicham 2)*

*Es difícil tener que decidir y aceptar que es necesario que trasladen a tu mujer a otro hospital, ella y mi bebé pueden morir...“decisiones rápidas que se toman de un momento a otro y cambian tu vida. (Ílicham 3)*

*Pues muy mal, la verdad desesperado, mucha desesperación...La incertidumbre de saber qué, o sea qué opinión tomar o que decidir (Ílicham 4)*

*Cuando empezó a convulsionar pensé que iba a morir...Mi mamá me dice no vayamos hasta Coita llévala a Malpaso y yo no acepté”. “Por Ocuilapa (localidad a 40 min de Coita)) antes de llegar a Coita otra vez le toco (convulsiona) me dio tristeza porque no le hice caso a mi mamá” (Ílicham 6)*

Al observar los discursos de los participantes, en diferentes escenarios, se enfrentaron a tomar la mejor decisión para su esposa y su bebé por nacer, un proceso difícil pues tenían que elegir entre la vida de su esposa o su hij@ y que estas cambian su vida. En esta situación el hombre fue el que tenía que tomar la decisión, propia de la razón de ser de cada individuo unido a su voluntad, querer y pensamiento se unen en una sola elección y muestra la libertad personal de cada uno con el poder de decidir qué quiere hacer.

Es un proceso de reflexión que requiere de tiempo para poder valorar distintas opciones y consecuencias de cada decisión, en esta situación la mayoría de ellos se exigieron demasiado pues estaba relacionada con la decisión de vida o muerte, al observar los discursos se pone de manifiesto que debido a la situación de salud de su esposa era necesario que el bebé naciera, aunque fuera prematuro, pues ambos corrían el riesgo de morir, lo que para algunos representó enfrentarse al peor momento de su vida, pues el estado de su esposa era tan grave que tenía que elegir entre la vida de su esposa o su hij@.

La primera manifestación es la verbal y varía de acuerdo a cada persona: preocupación, vacilar entre diferentes opciones, signos de angustia y tensión y la incertidumbre de no saber qué decisión tomar. Existen también factores externos

como falta de conocimiento, expectativas no realistas, falta de apoyo de algún familiar y falta de recursos en el entorno.

## **a.2 Anteposición de sus necesidades personales**

Dejar atrás sus necesidades por estar atentos a las necesidades de su esposa e hij@ en ese momento sin importar el cansancio, el hambre, dormir en el piso, en espera de noticias y atentos a lo que pasara.

*Yo a ella la he apoyado en todo momento hasta ahorita...ando de allá para acá...uno tiene que estar al pendiente. (Íicham 1)*

*No puedo irme de aquí, yo quedo solo, duermo en el piso, a veces sin chamarra ni nada, a veces hay que pasar hambre, tenemos que estar atentos de nuestra mujer (Íicham 2)*

*Es muy cansado estar en la sala de espera...ella necesita sentir apoyo (Íicham 3)*

La palabra apoyo se define como algo que descansa sobre algo físico o cuestión simbólica; por otra parte puede ser un favor, auxilio o protección que se da a alguien que lo necesita, cuando el esposo se convierte en el cuidador y estar al pendiente las 24 horas del día, al referir y sentir que no puede dejar a su esposa, aun cuando este apoyo lo brinda desde la sala de espera, estar a la expectativa para recibir cualquier información sobre el estado de salud de su esposa e hij@, sin importar que estas no buenas o malas, pues al ser un hospital con carencias significativas deben estar atentos en el momento en que les soliciten medicamentos, estudios de laboratorio y otras necesidades especiales, lo cual altera su rutina a la que está acostumbrado, además del desembolso económico que implica, como se observa en los discurso

*No me baño un día hasta el otro día, de comer, no como a la hora, ando de allá para acá...Es muy estresante la verdad, se sufre mucho por acá, nosotros somos de lejos (Íicham 1)*

*Estuvieron a punto de correrme de mi trabajo, estas dos semanas no me han pagado nada, no sé si me van a recibir en mi trabajo (Íicham 2)*

*Bajó mucho mi rendimiento laboral por el hecho de estar pensando que iba a pasar...Todo lleva tiempos y pues la incertidumbre es lo que, lo que afecta (Íicham 4)*

*Me están diciendo los doctores que está muy delicada su enfermedad...No hay dinero...A ver que me piden más al ratito...Creo que también tengo que pagar el hospital...No queda de otro a pagarlo (Íicham 5)*

Vivir en constante estrés, soledad y abandono al dejar atrás su casa, hijos, trabajo, familia y tener que estar en el hospital produce ansiedad e impotencia al anteponer sus propias necesidades por las de su esposa y su bebé, como comer, descansar, su aseo personal, tener que estar atentos al llamado y no poder alejarse, no saber si perderá su trabajo.

El sentirse fuera de su casa, le provoca conflictos pues el estar en un ambiente extraño para ellos como el hospital y para algunos que vienen de fuera, hacer la referencia en el discurso “Ser de lejos” significa el sentido de pertenencia a algo en este caso el lugar donde viven, significa arraigo a algo que se considera importante: su casa, su trabajo, su comunidad. Desde el punto de vista social, representa el sentimiento que tiene una persona por el grupo humano o contexto al que se siente ligado por determinados valores culturales, históricos, familiares, entre otros. Como se observa en el discurso el encontrarse fuera de su hogar le genera sentimientos estresantes, de soledad y sufrimiento. Se siente extraño y solo, siente que no pertenece a ese lugar, pues tiene arraigado el sentido de pertenencia en su comunidad.

El estar siempre pendiente absorbe su tiempo, se le hace corto; esto lo lleva a desatender sus necesidades básicas como asearse, dormir y comer a la hora que acostumbra. Esta situación podría provocar sentimientos de frustración, ansiedad, cansancio, preocupación por su trabajo, pues en algunos casos deben ausentarse con la incertidumbre de no ser recibidos nuevamente o disminuir su rendimiento laboral, lo que le genera mayor estrés, por lo cual es necesario saber y entender lo que pasa durante ese tiempo.

### **a.3 Fortalecimiento del rol de esposo.**

La experiencia de pasar por esta situación fortalece su rol, afianzar su responsabilidad sobre el deber de esposo al darle su apoyo en estos momentos.

*Bueno yo como esposo, más que nada como ser humano (Íicham 1)*

*Porque desde el momento que a nosotros nos dicen que se hospitalizará, yo me empecé a dedicarme más a ella (Íicham 2).*

*A veces peleamos, pero ahora estoy más pendiente de ella...De mis hijos también (Íicham 5)*

*Gracia a Dios se está recuperando mi esposa...Vengo de Patria Nueva (colonia de Tuxtla Gutiérrez) me fui a echar un bañito, listo para estar otros dos días para la chamba (Íicham 6)*

Históricamente el rol de esposo es para los hombres la relación con su función social de proveer y de autoridad de la familia, derivada de su capacidad de protección y sostén económico. El hombre como ser social refiere su status desde el punto de vista formal el rango de jerarquía que ocupa en un grupo, los factores que determinan son nacimiento, origen, edad, sexo, raza, clase social; el papel o rol en cambio es un conjunto de actitudes, modo de comportamiento o convicciones, que se espera de un individuo según su posición, tareas o modo de conducta.

Entienden que su papel durante el embarazo y el parto sólo se reducen a dar apoyo a la madre en la medida en que tiene lugar en el cuerpo de ella. Los participantes describen la necesidad de proveer cuidado, apoyo y afecto a ella y su bebé durante este proceso, el dejar atrás situaciones de conflicto entre ellos, empezar a dedicarle más tiempo para cuidarla, estar al pendiente de sus necesidades debido a la situación que están atravesando, lo que les permite afianzar y fortalecer rol de esposo y padre.

#### **a.4 Ahora me toca cuidarlos.**

Ante la fragilidad y dependencia por el estado de salud de su esposa y el nacimiento de su hij@ acepta que necesitan mayor cuidado. Al adoptar el rol de padre y cuidador también asume la responsabilidad de tomar decisiones trascendentales en su vida

*Ayudar a bañarla, al bebé, si cuidándola, en la recuperación de que sane...Pero ahorita en la situación se ha de tener más cuidado en ella". (Ícham 2)*

*Solo puedo cuidarla el fin de semana y el resto de la semana tengo que cuidar a mis hijas después de ir a trabajar, es mi responsabilidad y lo hago con gusto. (Ícham 3)*

*Emocionalmente en todo lo que se ha podido la verdad, siento que lo he intentado todos los días. (Ícham 4)*

*La verdad mi preocupación más fuerte es ella, si porque y es el niño que está esperando... lo único que yo quiero es que este bien que se cure (Ícham 5)*

La palabra cuidar se usa comúnmente para describir la atención que se le da a la persona que no puede hacerlo por sí misma, ya sea por su edad o por alguna enfermedad y que en ese momento no puede valerse por sus propios medios, necesitando a alguien que la ayude en lo que necesita.

Cuando un familiar cercano se enferma como en este caso la esposa se espera que los familiares cercanos asuman la responsabilidad, en los discursos se pone de manifiesto como la pareja (hombre) asume esa responsabilidad y no solo en el cuidado físico de ella y su hij@, si no también emocional, ayudándole a realizar tareas que por su condición no puede realizar como bañarse, comer entre otras o brindando apoyo emocional con palabras afectivas. Aceptar esta tarea tiene significados y maneras diferentes de afrontarlo por los hombres así como sus efectos, en este caso significó adoptar el papel de cuidador, afrontándolo de manera inmediata y aunque lo asumen como una responsabilidad lo hacen con gusto, es un acto de reciprocidad de dar a cualquier persona de forma temporal o definitiva y no solo a una persona enferma sino también a su bebé e hij@s que quedaron en su casa.



## **B: Redes de apoyo**

Al presentarse una complicación durante el embarazo o parto tanto el hombre como la mujer experimentan la necesidad de contar con el apoyo de su familia, comunidad y el personal de salud. Las redes de apoyo son estructuras que brindan contención a algo a alguien al sentir ese apoyo recibe una contención integral, pues el problema es atacado desde diversos sectores, a estas redes también se les conoce como redes sociales de apoyo que se refieren al conjunto de personas que tiene otro apoyo desde dentro como su familia, grupo de amigos o en su trabajo y comunidad, que sabe que le pueden prestar ayuda de cualquier índole, cuando la necesite.

Estas redes de apoyo se consideran fundamentales para el día a día de cualquier persona, en esta situación el hombre necesita contar con el apoyo para el cuidado de sus hijos que quedan en casa, quien le ayude en su trabajo y como sostén económico, sentir el apoyo de todas las personas que sabe están dispuestas a ayudar, pues él debe permanecer al tanto de la salud de su esposa y su bebé. Es importante mencionar que el papel de la espiritualidad refuerza la capacidad de las personas de lidiar con sus problemas y que la gente obtiene un gran confort emocional y apoyo de su fe en tiempos de grandes dificultades. Son de suma importancia para él, pues le permiten afrontar la experiencia vivida contando con auxilio, soporte emocional, espiritual y económico, le ofrecen seguridad y protección.

De esta categoría emergen las siguientes subcategorías:

---

b.1 La familia como sostén.

b.2 Apoyo de la comunidad.

b.3 Religiosidad y automotivación.

---

## **b.1 La familia como sostén**

El apoyo de la familia significa para ellos un sostén emocional, económico y físico en medio del desgaste que sufren durante el tiempo que se encuentra hospitalizada su esposa.

*Mi familia me ha estado apoyando económicamente, en todo lo que ellos pueden también, y por ese lado de mi trabajo soy afortunado (Ícham 1)*

*Prácticamente de los que dependo mucho es de mi familia, mis hermanos que me han apoyado con dinero y cuidando a mi hija, también la familia de mi esposa. (Ícham 2)*

*Está muy dura la situación, está enferma mi mujer, más mis hijos están allá (su casa), gracias a Dios mi suegra los está mirando. (Ícham 5)*

*Mis hijitas están allá (hospital de Coita) con mi mamá y mi suegra..."No tengo preocupación. (Ícham 6)*

Los vínculos de ayuda familiar le permiten afrontar la realidad que experimentan, se crean lazos de solidaridad, se comparte el miedo, angustia, afectos y estos mismos generan sustento y fortaleza necesaria para sobrellevar la situación por la que están pasando.

En los discursos se observa que el apoyo sentido y brindado por su familia en el cuidado de sus hij@s que se quedaron en casa, les facilitó el poder dedicarse y estar pendiente de su esposa en el hospital, lo que les ayuda a enfocar su preocupación en el estado de salud de su esposa y su bebé, algunos informantes refirieron que debido al estado de salud de los recién nacidos debieron quedarse hospitalizados, aun cuando esos se encontraban en otro hospital diferente a donde se encontraba su esposa, contaron con la ayuda de su familia para cuidar de ellos y estar pendiente de lo que necesitaran como medicamentos, estudios de laboratorios, etc.

Así también se observó que todos contaron con el apoyo económico de su familia, lo cual le ayudó para afrontar los gastos que se le presentaron, pues a decir de uno de los participantes no sabía si perdería su trabajo, lo cual le generaba mayor ansiedad y estrés.

## **b.2 Apoyo de la comunidad**

Los amigos y la comunidad son dadores de bienestar y considerados esenciales para brindar apoyo emocional, al contar con redes de apoyo complejas se consigue un engranaje en situaciones de la vida cotidiana y relaciones estrechas. Envuelven sentimientos y actitudes que hacen que se sientan protegidos

*Me han apoyado la gente que vive en mi comunidad, no son mi familia ni nada, pero son parte de la religión de la iglesia. Nosotros somos de una comunidad, nos conocemos todos. (Íicham 1).*

*Mis amigos de la escuela me han apoyado con palabras de aliento, me preguntan qué pueden hacer para ayudarme, es muy reconfortante. (Íicham 3)*

*Mi paisano es de allá (la persona con la que trabaja) me dijo toma los días que quieras...por ese lado no me preocupó. (Íicham 5)*

El hombre un ser social por naturaleza, G. Rocher menciona que “el proceso por medio del cual una persona aprende e interioriza, en el transcurso de su vida, los elementos socioculturales de su medio ambiente, los integra a la estructura de su personalidad, bajo la influencia de experiencias de agentes sociales significativos, y se adapta así al entorno social en cuyo seno debe vivir”, esto se hace evidente en los discursos al observar como ellos se sienten apoyados de manera económica, emocional y con relación a su trabajo, lo cual los reconforta y les permite sentir apoyo casi como si fuera su familia, no preocuparse por su trabajo.

Los individuos y los grupos se reconocen, diferencian, observan, se organizan y agrupan de tal manera que todo el resultado de este tipo de actividad trae beneficios al grupo o sociedad a la que pertenecen.

## **b.3 Religiosidad y automotivación**

La fe en algo o en alguien nos da una sensación de certeza, cuando nombramos aquello en lo que creemos nos da la fuerza sentimental o emocional,

el anhelo de que todo va a mejorar; nos permite sentir motivación, que se traduce en un deseo de querer que las cosas mejoren, activa sentimientos positivos.

*Personalmente solito me echo porras, solito me animo...También tenemos una fe, y si uno tiene fe, echándole ganas y haciendo todo lo que es humanamente posible tienen que salir bien las cosas. (Ícham 1)*

*Primeramente Dios que salga bien...Solamente hay que esperar...Primeramente Dios...La única esperanza. (Ícham 5)*

*Dios me está ayudando...Desde hace seis meses lo deposité en Dios ahora día, tarde y noche le pido por mi esposa. (Ícham 6)*

La relación con un ser divino se convierte en fortaleza para poder sobrellevar esos momentos de angustia y desesperanza, activada por pensamientos positivos, los participantes repetidamente mencionan la necesidad de pedirle a un ser divino resolver la situación, pues en sus discursos se observa como repetidamente le piden a Dios por la salud de su esposa y como esa fe les motiva a esperar, a pedir por la salud de su esposa, como su única esperanza y acrecentar la confianza y la seguridad de que todo saldrá bien.

La finalidad de la psicología de la motivación y la fe debe ser explicar cómo y porque se inicia una conducta o acción determinada, o cómo y porque se produce un cambio en la actividad. La mayoría de los investigadores han considerado la motivación como un concepto explicativo relacionado con la fuerza o energía que activa, dirige y mantiene el comportamiento.

## C. Invisibilidad del hombre por el personal de salud.

La falta de empatía de los profesionales de la salud genera en el hombre desconfianza en la atención que se brinda, al no ser tomados en cuenta, se sienten incomprendidos, se perciben invisibles ante los profesionales de la salud, con la sensación constante que les ocultan información valiosa o no les explican claramente sobre el estado de salud de su esposa e hijos.

*En mi caso hay veces que los doctores, las enfermeras me dan la impresión que no nos toman importancia, no tratan de comprender lo que es estar afuera (calle). (Ícham 1)*

*Hay momentos que los doctores o enfermeras no te quieren decir cómo está tu familiar...No te pueden decir nada de su estado de salud. (Ícham 2)*

*Nos dicen que a la niña hay que hacerle un ultrasonido renal, en verdad alarma, sin poder comunicarme con mi esposa, nadie te explica nada, nada más te dicen tienes, tienen que hacerlo. (Ícham 4)*

*En las noches que no te la dejan ver...no te dicen como sigue, vas a preguntar no te dicen nada, imagínate que vas a pensar. (Ícham 5).*

Cuando se acude a solicitar servicios de salud la persona y su familiar se vuelven vulnerables, se sienten desprotegidos, rodeados de gente extraña, con normas rígidas, esto lleva a la persona a percibir de forma diferente la atención recibida, pues están lejos de su hogar y son separados de su familia. Como se deja ver en los discursos la falta de una comunicación veraz hace que el hombre sienta desesperación por no saber qué está pasando en realidad, no le explican el por qué hay que hacer algunos estudios, como se encuentra realmente la paciente, solo se les exige estar pendientes por si se necesita algo, no les permiten estar al lado de su esposa, se sienten invisibles y ajenos a la situación en todo momento.

Se debe reflexionar respecto a que el hospital debe ser centro para brindar atención a las personas, con trato digno, la comunicación debe ser clara y precisa y el personal debe tener empatía hacia el paciente y su familiar.

## VII Discusión

Gracias al lenguaje el fenómeno hermenéutico adquiere un alcance universal, pues todo puede ser comprendido justamente por articularse lingüísticamente, conforme se avanza en la relación enfermera-persona, se van conociendo, se crean puentes para la comprensión de dudas y proporcionar un cuidado integral; que incluye no solo aspectos físicos sino emocionales y espirituales, que ayudan a sustentar la individualidad en el cuidado y fomentan la autonomía. Para Gadamer la experiencia comprende dos momentos: uno positivo donde las experiencias se integran en nuestra expectativa y se confirman y uno negativo es decir cuando estas resultan frustrantes por alguna novedad anticipada, pero más allá de esto para él tiene un efecto productivo puesto que este hecho tan inesperado proporciona una nueva experiencia<sup>44</sup>.

Al presentarse de forma súbita las complicaciones obstétricas y de forma silenciosa fue importante tomar en cuenta todos los aspectos referentes durante la investigación del fenómeno.

De acuerdo con las experiencias que describen los participantes y derivado del análisis se obtuvieron tres grandes categorías, la primera nos habla del efecto de cuidar a otros con tres subcategorías que reflejan los sentimientos y actitudes presentes en ellos en esta situación, una de las primeras fue la de tener que enfrentarse a la toma de decisiones de vida o muerte sobre la salud de su esposa e hij@, en un estudio realizado en Chile por Mendoza PS et al en el 2006<sup>88</sup> citando a O'Connors, Jacobsen y Stacy que definen el "Conflicto decisional" como una incertidumbre de que alternativa es la mejor, cuando esto significa un riesgo, pérdida de la vida o rechazo a los valores personales, en esta investigación se observa que el esposo se enfrentó a este conflicto, al tener que decidir entre la vida de su esposa o la de su bebé aun por nacer, para lo que algunos represento la peor decisión o el peor momento que vivieron, la incertidumbre de pensar si tomaron la mejor o peor decisión y cómo esto cambio su vida.

En este mismo estudio se reflexiona que existen tres modelos de la toma de decisiones en el ámbito de la salud, el primero nos habla de un modelo paternalista donde el familiar no participa en las decisiones, si no que esta es responsabilidad del médico según su juicio, en el segundo esta decisión informada se expone al familiar las opciones y de acuerdo a las expectativas puede estar o no de acuerdo con las decisiones médicas y no dar su consentimiento, en el último modelo que se utiliza en la actualidad es la compartida, la información se expone al familiar y junto con el profesional de la salud deciden la mejor opción<sup>89</sup>. Para el caso de esta investigación el esposo tuvo que tomar el solo la decisión sobre la atención y el tratamiento, aunque en algunas ocasiones esta información fue confusa sin poder tener el tiempo de poder reflexionar, de forma casi inmediata y teniendo solo una opción, lo cual generó ansiedad y estrés por no saber en ese momento si fue la mejor decisión; estos hallazgos concuerdan con un estudio realizado por Aarnio A et al<sup>21</sup> en Malawi en el 2013, los hallazgos encontrados dieron cuenta de que la toma de decisiones se torna difícil y puede retrasar la búsqueda de atención pues debe ser tomada en familia, en relación al presente estudio pues esta se tornó difícil pues en la mayoría de los casos no contaron con su familia para tomar la decisión pues se encontraban lejos.

García B<sup>13</sup> en su reseña sobre el libro de Paternidad y vida familiar en la Ciudad de México algunos resultados sobre los hombres y reproducción desde el embarazo y parto hasta el desempeño de este en su rol de cuidador y de la paternidad, se observó que los más jóvenes y de clase baja se mantuvieron lejos durante el embarazo, parto y puerperio, pues ninguno estuvo presente en la sala de espera del hospital durante el nacimiento de su hij@, en relación a los hallazgos encontrados concordamos en lo antes mencionado, pues los participantes de esta investigación se encuentran entre los 22 a 41 años de edad y ellos se mantuvieron expectantes ante lo que pudiera suceder aun cuando esto implicó anteponer las necesidades de su mujer las propias necesidades básicas como comer, dormir, asearse, lo que le provocó sentimientos de ansiedad, cansancio, preocupación en algunos por la incertidumbre de perder su trabajo, la falta de concentración en su trabajo, por estar pendientes desde que ingresó hasta

que fue dada de alta. Con relación a estos hallazgos se encontró similitud en un estudio realizado por Kaye D y colaboradores en el 2014<sup>15</sup> donde describen que el padre ideal es el que está disponible, son accesibles y considerados, están dispuestos a aprender sobre las funciones que se esperan de ellos durante el parto, aun cuando se presentan complicaciones y están dispuestos a apoyar a sus esposas durante este tiempo. Sin embargo, se identificaron factores personales, de pareja, familiar y comunitario como barreras para su participación.

El fortalecimiento del rol de esposo y el apoyo que se brinda durante este proceso se mencionan en el estudio ya señalado realizado por Aarnio A et al en Malawi en el 2013<sup>15</sup> donde se describe cómo los hombres mencionaban que sus deberes les podrían impedir acompañar a su mujer, pues a menudo no cuentan con nadie para atender su trabajo y su casa, pero que podían manejarlo ya que era su responsabilidad como esposo pues así lo habían prometido, así también en otro estudio realizado por Moroto et al en el 2009<sup>12</sup> los hombres reflexionan que su papel se reduce a dar apoyo a la madre durante el embarazo y parto, en la medida que esto se desarrolla en su cuerpo, son conscientes de esto con información de segunda mano, y aun cuando entienden las diferencias que impone la naturaleza, luchan por poder experimentar la llegada de su bebé, buscando información y como de una forma alternativa la relación con está; Estos resultados concuerdan con los encontrados en el presente estudio pues los participantes refieren que es su obligación como esposos estar pendiente de su salud, sobre todo durante esta situación inesperada, dedicarle más tiempo, apoyarla, brindarle afecto, cuidado, no pensar en conflictos de pareja y centrarse en sus necesidades, así también pensar en su bebé e hijos que quedaron en casa, esta situación también los unió más como pareja.

Históricamente el papel de cuidador ha sido asignado a la mujer, Aguilar-Montes de Oca et al<sup>23</sup> en el 2013 apunta en un estudio realizado en México que a las mujeres se les ha exigido llevar el rol de cuidadora, que debe brindar afecto por su condición de madre, orientadas a los demás, a la vez que dejando de ser tales; no obstante, el apoyo, la educación y la afectividad ya no les son únicas,



pues ahora la sociedad mexicana se orienta a derogar dichas funciones sin distinción sexual. Los hallazgos encontrados en esta investigación dan cuenta de cómo actualmente los participantes no dudaron en adoptar el rol de cuidador ante la situación del problema de salud de su esposa, en un estudio realizado por Larrañaga et al<sup>89</sup> donde estudiaron las diferencias del significado de cuidar entre hombres y mujeres observaron que en los hombres rara vez afloraba el sentimiento del deber moral, para la mayoría es una tarea nueva que rompe con el estigma anterior “las mujeres se encargan de la casa y los hijos y nosotros trabajamos”, el tener que adoptar el rol de cuidador refleja significados, estrategias y efectos diferentes, en relación al estudio se observa que los participantes lo adoptaron como una responsabilidad, dejando en muchas ocasiones su trabajo, pero lo hacían con gusto, como un deber moral lo cual no concuerda del todo con el estudio anterior.

Así también se observa que los participantes afianzaron el rol de padres durante el proceso del embarazo, pues aunque no podían cuidar de sus hij@s mayores, siempre estaban presentes en sus pensamientos y los dejaban al cuidado de su familia lo que les garantizaba que estaban en buenas manos, lo que concuerda con el estudio de Rodríguez MB<sup>38</sup> donde una de sus conclusiones describe que los distintos modelos de paternidad que pueden registrarse muestran el carácter construido de las emociones y la manera en que los hombres se van socializando durante el proceso de gestación y nacimiento. En resumen que los padres y los hombres no nacen, sino que se hacen.

En otro estudio realizado por Silva et al<sup>17</sup> donde se reflexiona sobre la percepción de la mujer sobre la participación del hombre en el cuidado de ella y su hijo después del parto se observó que existía una participación efectiva del compañero evidenciado por las mujeres; sin embargo, el cuidado del bebé es todavía incipiente y una participación es más efectiva en el cuidado de posparto y las tareas doméstica aunque este estudio fue realizado desde la perspectiva de la mujer. Los hallazgos encontrados en el presente estudio concuerdan con los discursos donde se descubre el apoyo que deben dar a su esposa en este

momento, los participantes siempre estuvieron dispuestos a brindar cuidado y apoyo aun cuando no se les permitía estar con su esposa directamente por decisión propia, sin importar el cansancio, estar pendiente 24 horas al día en espera de noticias sean buenas o malas, atentos a cualquier necesidad de apoyo para su mujer e hijo, este se da en forma física o simbólica, pues al permanecer en la sala de espera o afuera del hospital ellos sienten que continúan brindando apoyo.

Una segunda categoría encontrada nos habla sobre las redes de apoyo tanto de la familia, amigos, compañeros de trabajo, la comunidad y la espiritualidad, en este sentido encontramos que en el estudio realizado por Bezanilla et al en el 2013<sup>90</sup> donde considera a la familia como el más importante núcleo de configuración, considerándolo como el grupo primario por excelencia ya que desde el nacimiento estamos inmersos en él, viven y desarrollan experiencias y habilidades para la vida en todos los ámbitos de su existencia.

Así también en un estudio realizado por Scales en el 2011<sup>91</sup> sobre la validez de escalas de apoyo se observó una correlación entre el apoyo social de la familia donde es mayor el bienestar que con los amigos, es coherente con la literatura que demuestra que la familia es el grupo primario pues provee más afecto, seguridad y mejor equipado para manejar el estrés, sobretodo en situaciones de enfermedad, en relación a la presente investigación se concuerda con estos estudios pues de acuerdo con los hallazgos se observa en los discursos que para los participantes contar con el apoyo de su familia les brindó seguridad, confianza, certeza económica, lo cual fue vital para poder sobrellevar la carga emocional durante este proceso de enfermedad inesperado, pues se sintieron apoyados, más equipados para manejar la ansiedad, el temor y la incertidumbre, pues el apoyo no fue solo económico sino también en el cuidado de los hij@s.

El apoyo que brinda la comunidad es también vital para el ser humano, los amigos, vecinos, compañeros de trabajo son unidades de apoyo durante situaciones complicadas en un estudio de Gracia E et al en el 2006 se observa que la comunidad es un sistema geográfico y social que actúa como una conexión

entre la persona y la estructura social, es a través de esta que se canaliza el apoyo social<sup>92</sup>. Los hallazgos confirman que la percepción de apoyo comunitario está relacionada positivamente con el ajuste psicológico, así como que las condiciones de la comunidad de residencia influyen en la percepción de apoyo comunitario de sus residentes.

En otro estudio ya mencionado anteriormente hecho por Bezanilla et al en el 2013<sup>90</sup>, se encontró que quienes aspiramos a una vida en comunidad, tenemos que luchar por conservar nuestro sentido de pertenencia, que nos ayuda a mantener la cohesión humana, iniciando nuestro trabajo con la familia y proyectando este accionar, hacia nuestra participación en las actividades y organizaciones comunales, religiosas, estudiantiles, de voluntariado, culturales o re-creacionales de nuestro entorno. Como se observa en los testimonios de los participantes de esta investigación se concuerda en la importancia que tiene el apoyo de los amigos, los compañeros de trabajo y los integrantes de la comunidad a la que pertenecen, pues de ellos recibieron apoyo económico, emocional, así como el apoyo para ausentarse de su trabajo sin problema, lo que les brinda seguridad y confianza para afrontar las experiencias vividas en este proceso.

En el estudio de Vega-Morales E et al en el 2016 concluyen que la preeclampsia es multifactorial, se potencializa su vulnerabilidad y riesgo de morir, al vivir en crisis, se ve trastocada y alterada su vida cotidiana, no solo en los aspectos biológicos al sentir malestares físicos y corporales, sino también en la parte emocional. Se ratificó que las redes de apoyo familiar y social son dadoras de bienestar e indispensables para fortalecer el cuidado<sup>34</sup>, esto concuerda con los hallazgos encontrados pues los participantes refirieron en sus discursos como sus amigos y la comunidad les proporcionó bienestar, apoyo así también les ayudó a fortalecer su confianza y poder enfrentar la hospitalización de su esposa.

La experiencia de vivir una situación de peligro para la vida de una persona querida como lo es una complicación obstétrica enfrenta al hombre a muchas situaciones que lo llevan a descubrir su fe, en un estudio realizado por Noguera N<sup>39</sup> et al se describe como significado de la experiencia de padecer preeclampsia,

durante ésta, las mujeres del estudio describieron tener más apego por las creencias religiosas, pues la situación acrecienta la fe en Dios y genera agradecimiento por los favores recibidos, En otro estudio realizado por Laza-C et al<sup>31</sup> se describe la experiencia de una mujer que experimenta preeclampsia por primera vez describe que cuando ésta irrumpió inesperadamente en su anhelada maternidad, generando miedo y angustia por la gravedad que para ella significó la enfermedad y la posibilidad de la muerte de su hija junto con la experiencia de una larga hospitalización.

La fe en Dios y la presencia de su compañero se constituyeron en soporte para sobrellevar los amargos momentos vividos, los hallazgos encontrados en estos estudios aun cuando estos fueron dirigidos a las mujeres concuerdan con los obtenidos en la presente investigación pues los participantes describen como durante la hospitalización de su mujer la esperanza y la fe les ayudó a mantener la confianza de que todo saldría bien, la espiritualidad, el creer en un ser supremo permite al ser humano sobrellevar situaciones difíciles de manejar, En los hallazgos encontrados se pone de manifiesto la necesidad de los informantes de creer en algo o alguien y pensar que las cosas van a mejorar, durante este tiempo ellos le pedían a Dios por la salud de su mujer y su bebé para que les devolviera la salud, ponían sus esperanzas en ese ser supremo para ellos lo que constituyó una motivación y soporte durante esta experiencia vivida.

La vida cotidiana hospitalaria de acuerdo con Schütz es la realidad fundamental, suprema e inminente que experimenta el hombre que acompaña a su esposa durante la hospitalización por complicaciones obstétricas; es decir, el espacio hospitalario se convierte en su diario vivir, en su intersubjetividad y sentido común, en donde actúa, interviene y modifica mientras vive e interactúa con otros. Cuando la persona tiene la necesidad de buscar atención para su enfermedad, tanto ella como su familiar se vuelven vulnerables, se sienten desprotegidos, rodeados de gente extraña, con normas rígidas, que lleva a la persona a percibir de forma diferente la atención recibida, pues están lejos de su hogar y son separados de su familia.

En el 2014 Jurado R, et al en su estudio sobre las emociones y sentimientos del hombre durante el parto, concluyeron que ellos se sentían como una pieza olvidada durante todo el proceso, por los profesionales de la salud, además desde el punto de vista cultural y social<sup>19</sup>. En otro estudio Kaye D, et al encontraron que el sistema hospitalario es intimidante y nada solidario con los padres<sup>15</sup>, ya que existe una discordia entre la política y la práctica de la participación del hombre en el embarazo y el parto, pues el mismo sistema promueve la participación del hombre en la salud materna, pero a la vez impide que estos estén presentes durante el parto y puerperio, este estudio demostró que los hombres se sienten excluidos de todo el proceso sobre todo cuando se presenta una complicación, lo cual les genera desconfianza en el personal de salud, ansiedad y estrés.

En otro estudio realizado en Australia por Quinlivan, et al<sup>20</sup> sobre el impacto entre la pareja masculina ante un embarazo molar demostró que ellos experimentan niveles altos de ansiedad y que una buena comunicación y la detección de trastornos como la ansiedad misma se reducirían si se proporciona una terapia adecuada así como mejorar la comunicación entre la pareja y el personal de salud. En un estudio realizado por Laza VC, et al en el 2014<sup>32</sup> es necesario tomar en cuenta algunos aspectos que no deben pasar inadvertidos para los profesionales de enfermería, trabajar en las redes de apoyo durante toda la gestación, parto y puerperio; y reflexionar acerca del papel que juega el personal de enfermería como soporte para las gestantes.

Es primordial la revisión del ambiente hospitalario, las condiciones de hospitalización de las gestantes de alto riesgo, así como facilitar el desarrollo de prácticas espirituales en el medio hospitalario. Estos estudios concuerdan con los hallazgos encontrados en los testimonios dan cuenta de que los hombre se sienten desplazados, invisibles, no son tomados en cuenta, que no les brindan una información oportuna y clara sobre el estado de salud lo que les genera estrés, ansiedad y desconfianza hacia el personal de salud, mencionan que para ellos es importante poder estar presentes y apoyar a su esposa, que las horas de visita les

parecen cortas y que la comunicación con el médico, enfermeras y demás personal es poco clara, escasa y muy esporádica.

## VIII Conclusiones

Las conclusiones del presente estudio se presentan desde diferentes aspectos:

La primera se realiza en función del objetivo que planteo describir las experiencias del hombre ante la hospitalización de su esposa cuando se presenta alguna complicación obstétrica, el cual se cumplió al elegir el enfoque metodológico que permitió indagar la subjetividad del fenómeno estudiado por parte de los actores principales.

El deterioro de la salud o muerte de la mujer en edad reproductiva y productiva tiene consecuencias graves para su pareja, familia y comunidad, pues se consideran creadoras de la nueva vida y las que cuidan, del hombre se espera capacidad para poder satisfacer las necesidades de la familia es decir a la mujer como protectora de los hijos y del hogar y al hombre como proveedor. Cuando se presenta una complicación obstétrica estos roles se modifican sustancialmente, el papel del hombre se ve modificado debido a las expectativas que se esperan de él, la manera en que debe comportarse socialmente: es decir con fortaleza, valentía, control emocional e independiente, entre otras muchas.

El enfrentar que su esposa presentara una complicación obstétrica le hizo sentir lo frágil que es la vida, le permitió fortalecer su rol de esposo y cuidador, se da cuenta de que el estado de salud de su esposa y su hijo recién nacido requiere mayor atención y es el que lo debe brindar. Al enfrentarse a esta situación tan inesperada lo llevo a la necesidad de tomar decisiones de vida o muerte; así mismo tener que tomarla de manera urgente, sin contar con la ayuda de su familia. Se tornó un proceso complicado para él, cada uno de ellos tuvo que enfrentar el hecho de tener que tomar la mejor decisión para su esposa y su hij@ por nacer, un proceso difícil al tener que elegir entre la vida de su esposa o su hijo y que estas podían cambiar su vida.

Se evidencio que su rutina diaria a la que estaban acostumbrados se vio alterada, con incertidumbre de que pasara, se sentían estresados, solos, tuvieron

que dejar atrás su casa, su trabajo, su familia, lo que representaba ansiedad, la impotencia de no poder hacer más que esperar; y anteponen sus propias necesidades personales, por las de su esposa y su bebé, como comer, descansar, su aseo personal, tener que estar atentos al llamado y no poder alejarse, pensar que podían perder su trabajo. El sentido de pertenencia es imprescindible para todo ser humano, pertenecer a alguien o algo es vital para todos, esto se ve reflejado en las experiencias que describen los hombres al referir que el encontrarse fuera de su hogar les genera sentimientos de soledad y sufrimiento; se sienten extraños, que no pertenece a ese lugar, pues tiene arraigado el sentido de pertenencia en su casa y comunidad.

Se observa también cambios respecto al rol tradicional de género pues el hombre no debe doblegarse ante el dolor ni pedir ayuda; sin embargo, se observa en los hallazgos cambios importantes respecto a la demostración de afectos tales como la ternura, los compromisos afectivos profundos y la expresión de los sentimientos sin que nadie cuestione su masculinidad. Ellos refirieron apoyar a su esposa no solo por obligación si no más emocional y en un sentido más subjetivo, ellos describen como esta situación fortaleció su rol como esposos, padres, que deben dar apoyo, cuidado y afecto a su esposa e hijos. Al adoptar el rol de cuidador también asume la responsabilidad de tomar decisiones trascendentales en su vida, se mantuvieron expectantes ante lo que pudiera suceder con su esposa e hijo, pendientes desde que ingreso su esposa hasta que fue dada de alta.

Para ellos fue imprescindible contar con el apoyo de su familia y comunidad como un sostén emocional, económico y físico en medio del desgaste que sufrieron durante el tiempo que se encuentre hospitalizada su esposa durante este tiempo, se comparte el miedo, angustia, afectos y estos mismos generan sustento y fortaleza necesaria para sobrellevar la situación que experimentaron.

Al presentarse una situación inesperada deseo interno de querer que las cosas mejoren cubre una necesidad y una fuerza interna que activa pensamientos positivos en situaciones de crisis como la que experimentan en ese momento. El



creer en algo o alguien, el rezar y pedir a dios que su esposa mejorar les permitió a los participantes poder transitar y poder sobrellevar la experiencia por la que pasaron. Fernández-Abascal señala que la finalidad de la automotivación debe ser explícita sobre cómo y porque se inicia una conducta o acción determinada o cómo y porque se produce un cambio en la actividad. La mayoría de los investigadores han considerado la motivación como un concepto explicativo relacionado con la fuerza o energía que activa, dirige y mantiene el comportamiento.

El hallazgo más trascendental de la investigación fue la actitud del personal de salud percibida por los participantes, pues la falta de empatía por parte de los mismo, pues generó desconfianza en la atención que se proporcionó, al referir no ser tomados en cuenta, se sintieron incomprendidos, que les ocultaban información, que esta no era del todo clara sobre el estado de salud real de su esposa e hijo. El modelo de atención biomédico no permitió la integración del hombre en el proceso del embarazo, parto y puerperio, durante la hospitalización por la complicación obstétrica que presento su esposa, solo fueron tomados en cuenta al ingreso para decidir sobre el tratamiento, posterior a eso pasaron a un segundo plano al ser no son tomados en cuenta, se sentían invisibles ante el personal de salud. Solo eran requeridos cuando se necesita algún recurso material para la atención de la mujer como son medicamento, estudios de laboratorio y otros insumos.

En segundo orden de conclusiones es necesario explicar la necesidad de filosofar, dado que las palabras en ocasiones no permiten una adecuada comprensión de todo, muchas veces se quedan cortas y nos crean la invitación a seguir buscando palabras, dado que el lenguaje es en cierta forma el sentido común e instrumento de la narrativa de las experiencias, es necesario desarrollar la interpretación y finalmente hacer filosofía. En tiempos de la modernidad líquida es necesario un diálogo cara a cara para poder conocer cuáles son las experiencias, los significados y sentimientos del hombre ante el fenómeno de

investigación, que se presenta de forma súbita y en la mayoría de las ocasiones se torna largo e inesperado.

El rol de esposo y la paternidad en los hombres es parte fundamental de su identidad construida, un elemento estructurado en toda su vida, enfrenta desafíos y mandatos que se esperan de él como son trabajar, formar una familia y tener hijos. En diversas regiones latinoamericanas se observa un proceso de transformación que la paternidad experimenta, existen reportes que estas obligaciones paternas que se relacionan con la protección y proveeduría se han relajado, pero en cambio se incrementa el tiempo y la atención que dedican al cuidado de la mujer y los hijos, muestran su afecto y cercanía física, concordando con los hallazgos encontrados en esta investigación.

## **XI Aportaciones**

### **9.1 Aportaciones a la disciplina.**

La disciplina de enfermería debe estar abierta a utilizar diferentes filosofías y enfoques, por lo tanto se decidió utilizar la filosofía y el enfoque hermenéutico de Gadamer, que nos proporcionó postulados y conceptos que otorgaron el sustento teórico, demostrando que el profesional de enfermería debe ser capaz de abrirse a nuevos desafíos y experiencias en el momento de realizar trabajos de investigación. Al ser una disciplina donde nuestro objeto de estudio es el cuidado y el sujeto la persona en todo su contexto, el enfoque cualitativo contribuye a generar evidencia, nos permite comprender e interpretar diferentes fenómenos, como en el caso de esta investigación y ayudar a enriquecer y construir la disciplina de enfermería.

### **9.2 Aportaciones a la práctica.**

Las aportaciones a la práctica se observan a través de los discursos y hallazgos encontrados, que denotan la importancia de brindar un cuidado integral a la mujer y su pareja (hombre) al presentarse una complicación obstétrica y no solo utilizando un modelo biomédico que no permite la comprensión de este fenómeno, pues la práctica de enfermería no se centra solo en ejecutar intervenciones especializadas, además debe centrar su cuidado en aspectos emocionales, psicológicos, culturales y sociales no solo de la mujer que se encuentra hospitalizada sino también del familiar, en este caso a la pareja (hombre). Así mismo es importante que el profesional de enfermería tome el liderazgo en la integración y compromiso del equipo multidisciplinario entre los otros profesionales de la salud para la conjunción de esfuerzos en la atención integral del trinomio.

### **9.3 Aportaciones a la investigación**

El empleo de un diseño cualitativo en la construcción de esta investigación permitió describir las experiencias del hombre ante la hospitalización de la mujer por complicaciones obstétricas. El aporte en este apartado permite consolidar y

ampliar la línea de investigación para fortalecer los hallazgos descritos, hacia más informantes, también proponer ampliar la línea hacia las experiencias del hombre durante la atención del embarazo, parto y puerperio sin complicaciones.

Futuras investigaciones son necesarias para lograr una visión amplia del fenómeno, desde las necesidades de padres y madres, las implicaciones de este cambio en los avances conseguidos con respecto a los derechos reproductivos con objeto de adaptar las estrategias sanitarias a la nueva realidad.

#### **9.4 Aportaciones a las políticas públicas**

Las instituciones internacionales como nacionales develan la importancia de disminuir la morbilidad y mortalidad materna como el objetivo 5 de desarrollo del nuevo milenio: mejorar la salud materna. Las políticas internacionales y nacionales están encaminadas a este fin, sin embargo aún en la actualidad existen elevadas tasas de morbilidad y mortalidad materna en el mundo.

Por lo cual se sugiere la creación de políticas en salud encaminadas a fortalecer la atención prenatal, integrando a la pareja durante este proceso y también durante la vigilancia y atención del parto.

#### **9.5 Recomendaciones**

Los hallazgos encontrados en la presente investigación no deben pasar inadvertidos para los profesionales de la salud, es importante que los profesionales de enfermería, reiteren el compromiso de un trabajo multidisciplinario para crear condiciones óptimas para la atención no solo de la mujer, sino también del hombre como su pareja, no solo ante la presencia de una complicación obstétrica, si no también durante la atención prenatal, parto y puerperio como soporte para el trinomio; reflexionar acerca del papel tan importante que juega el profesional de enfermería, siendo esta la persona que está en contacto las 24 horas del día en el área hospitalaria. Es primordial la revisión del ambiente hospitalario, las condiciones de hospitalización de las gestantes de alto riesgo, así como facilitar el desarrollo de prácticas espirituales en el medio hospitalario.

De acuerdo con los hallazgos encontrados, que serán presentados a las autoridades del Instituto de Salud del estado y al hospital donde se llevó a cabo la investigación se realizan las siguientes recomendaciones:

Que la información sobre el estado de salud de la mujer que se brinde al esposo sea clara y oportuna, y que esta sea proporcionada por el médico tratante y no por el área de trabajo social.

Ampliar el horario de visita en el servicio de UCIO, permitir el acceso a la pareja (esposo) en diversos horarios y no solamente en horas de visita, dependiendo del estado de salud de la mujer.

Incentivar al personal de enfermería para continuar con diferentes líneas de investigación durante el proceso de gestación, la atención del parto y el puerperio tomando en cuenta al trinomio.

## **9.6 Limitaciones**

Durante la realización de la presente investigación se presentó la siguiente limitación: debido a la naturaleza de los participantes, se observó renuencia para querer participar en el estudio, ya que a pesar de que se les daba una explicación detallada sobre los propósitos de la investigación, ellos comentaban el temor de que su participación podría condicionar la atención que se le daba a su esposa e hijos y que les haría perder los apoyos gubernamentales que les brinda el estado.

Solo se pudo realizar una entrevista a cada uno de los seis participantes, debido a que manifestaron el no tener tiempo para poder hacer una segunda, pues tenían que realizar trámites administrativos o buscar apoyo económico para comprar material, medicamento, estudios de laboratorio y otros insumos que les solicitaban (paquetes globulares o concentrados plaquetarios) para la atención de su esposa.

## X Referencias bibliográficas

- 1) Rodríguez-Leal D, Verdú J. Consecuencias de una muerte materna en la familia. *Aquichan*. 2013; 13 (3); 433-41.
- 2) Herrera P. Rol de Género y funcionamiento familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2000; 16 (6): 568-73
- 3) Ku E. Factores psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, agosto a octubre de 2012. *Revista Peruana de Epidemiología [revista en internet]* 2014, 18 (Enero-Abril): [acceso: 1 de abril de 2016] Disponible en:<<http://redalyc.org/articulo.oa?id=203131355009>> ISSN.
- 4) Vargas HV, Acosta AG, Mario Moreno EA. La preeclampsia un problema de salud pública mundial. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2012; 77(6): 471- 476.
- 5) OMS [internet] Datos atrás. Embarazos y partos prematuros. Ginebra: 2012 [acceso 25 de agosto del 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/adolescet\\_heatt/facts/es/index2.html](http://www.who.int/features/factfiles/adolescet_heatt/facts/es/index2.html). marzo2013.
- 6) Observatorio de Mortalidad materna de México [internet] estadísticas de mortalidad materna. México: 2012 [acceso 8 de junio 2016]. Disponible en: <http://www.omm.org.mx>.
- 7) Rojas JA, Cogollo M, Miranda JE, Ramos EC, Fernández JC, Bello AM. Morbilidad materna y extrema en cuidados intensivos obstétricos. Cartagena (Colombia) 2006-2008. *Rev. Colom. Obstet. y Ginecol*. 2011; 62(2): 131-140.
- 8) González N, Ballardo M., Domínguez I, Magaña S, Molina O, Uriarte S. Conocimiento de la Enfermera en la atención a usuaria con preeclampsia y eclampsia. *Enfermer Global*. Octubre 2008; (14):01-10.
- 9) López LM, Díaz de LPM, Rodríguez AJ, Ayala RA. Preeclampsia-eclampsia: un problema médico diferido. *Gac Méd Méx*. 1999; 135(4); 397-405.
- 10) Aguilera M. Calidad de la atención durante la maternidad en centros públicos de salud de primer nivel en el Estado de Chiapas [revista en internet] abril

del 2013. [Acceso 20 de octubre 2015]; Disponible en [www.odm.maestrias.unach.mx/images/14vinculacion/calidad.pdf](http://www.odm.maestrias.unach.mx/images/14vinculacion/calidad.pdf).

11) Barbera N, Inciarte A. Fenomenología y Hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *Multiciencias*. 2012; 12 (2): 119-205.

12) Maroto G, Castaño E, García M, Hidalgo N, Mateo I. Paternidad y servicios de salud: Estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y posparto de sus parejas. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2009; 83(2): 267-278. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272009000200010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000200010&lng=es).

13) García B. Reseña de “Paternidad y vida familiar en la ciudad de México” de Olga Lorena Rojas Martínez. *Estudios Demográficos y Urbanos*. 2008; 23 (3): 661-66.

14) García D, Díaz Z. Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Rev Cub de Salud Púb*. 2010; 36(4): 330-36.

15) Kaye D, Kakaire O, Nakimuli A, Osinde M, Mbalinda S, Kakande N. Male involvement during pregnancy and childbirth: men’s perceptions, practices and experiences during the care for women who developed childbirth complications in Mulago Hospital, Uganda. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014; 14(1): 1-8.

16) Carter MW, Speizer I. Salvadoran fathers’ attendance at prenatal care, delivery, and postpartum care. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 18(3):149–56.

17) Silva EMD, Marcolino E, Ganassin G S, Santos ALD, Marcon SS. Participação do companheiro nos cuidados do binômio mãe e filho: percepção de puérperas. *Rev pesquis cuid. Fundam*. 2016; 8(1) 3991-4003.

18) Rodríguez MB. Emociones ante la paternidad: socializando a los hombres. *CRISIS Y CAMBIO: PROPUESTAS DESDE LA SOCIOLOGÍA*. XI Congreso Español de Sociología (FES). 2010. España.

- 19) Jurado R, Ajribach F. Proyecto de investigación: Emociones y sentimiento de los hombres ante el embarazo y el parto [tesis de grado]. España: Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat, Universidad de Barcelona; 2014.
- 20) Quinlivan JA., Ung KA, Petersen RW. The impact of molar pregnancy on the male partner. *Psycho-Oncology*. 2012; 21: 970–976.
- 21) Aarnio A, Chipeta E, Kumala T. Men's Perceptions of Delivery Care in Rural Malawi: Exploring Community Level Barriers to Improving Maternal Health Health Care for Women International. 2013; 34: 419–439.
- 22) Abril MP. Los hombres entre la esfera productiva y reproductiva: padres comprometidos durante la crisis económica en España. [tesis doctoral]. España. Universitat Oberta de Catalunya. 2015.
- 23) Aguilar-Montes de Oca YP, González-Escobar S, Valdez-Medina JL, González-Arratía, López-Fuentes NI. Los roles de género de los hombres y las mujeres en México contemporáneo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2013; 18(2): 207-224.
- 24) Salvador MJ. La dimensión biopsicosocial de la preeclampsia: un abordaje conceptual-empírico. *Ginecol Obstet Mex*. 2009; 77(5): 231-7.
- 25) Laza C, Quintero J, Jiménez H, Preciado J. Experiencias y sentimientos vividos durante una gestación de alto riesgo: un estudio documental 2005-2011. *Enferm Global*. 2013; 12(31): 357-86.
- 26) Furuta M, Sandall J, Bick D. Women's perceptions and experiences of severe maternal morbidity—A synthesis of qualitative studies using a meta-ethnographic approach. *Midwifery*. 2014; 30(2): 158-169.
- 27) Barlow JH, Hainsworth J, Thornton S. Women's experiences of hospitalisation with hypertension during pregnancy: feeling a fraud. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2008; 26(3): 157-167.
- 28) Souza NL, Araújo AC, Azevedo GD, Jerônimo SM, Barbosa LD, Sousa NL. Maternal perception of premature birth and the experience of pre-eclampsia pregnancy. *Revista de Saúde Pública*. 2007; 41(5): 704-10.
- 29) Lafaurie M, Castañeda V, Castro D, López C, et al. Vivencias de gestantes con embarazo de alto riesgo. *Rev. Colomb. Enferm*. 2011; 6(6): 15-28.



- 30) Suárez-Soler S, Puertas de García M. Vivencias de la mujer embarazada con hipertensión arterial. Estudio de caso. Biblioteca Las casas [revista en internet] 2008 [acceso 30 agosto 2015]; 4(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0364.php>.
- 31) Laza C, Pulido G. Cuando la preeclampsia irrumpe inesperadamente en el embarazo: Dolor, miedo y fe en Dios. Index Enferm [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2016 Abr 02]; 21(4): 234-238. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962012000300012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300012&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300012>.
- 32) Laza VC, Pulido AG. La vivencia de la preeclampsia: una dura travesía para la cual no se está preparada. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud. 2014; 46(2): 159-168.
- 33) Torres-Lagunas M, Luna F, García M. Trastrocamiento de la salud en la cotidianidad de las mujeres embarazadas con pre-eclampsia. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2016 Abr 02]; 9(4): 35-44. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632012000400004&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000400004&lng=es).
- 34) Vega-Morales E, Torres-Lagunas M, Patiño V, Ventura C, Vinalay I. Vida cotidiana y preeclampsia: Experiencias de mujeres del Estado de México. Enfermería Universitaria. 2016; 13(1):12-24.
- 35) Silva EF, Córdova FP, Chachamovich JLR, Záchia SA. Percepções de um grupo de mulheres sobre a doença hipertensiva específica da gestação. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS) 2011 jun; 32(2):316-22.
- 36) Laza VC, Pulido G, Castiblanco R. Peligro, muerte y secuelas: percepción de la preeclampsia severa por quienes la han vivido. Enferm. glob. [revista en la Internet]. 2014 Abr [citado 2016 Abr 02]; 13(34): 481-492. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000200022&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200022&lng=es).

- 37) Pérez M, Lucía PO, Barrera TC, Benavides AM, Bernal DL, Franco SD et al. Preeclampsia leve: cuidados en casa. *Repertorio de Medicina y Cirugía*. 2009; 18(4): 218-22.
- 38) Strauss C. Quinn N. *A cognitive theory of cultural meaning*. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.
- 39) Noguera N, Muñoz L. Significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 2014; 16(1): 27-48.
- 40) Pérez-Herrera B. Significado que las púerperas asignan a la experiencia de una gestación con preeclampsia. [tesis doctoral]. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería Bogotá, DC; 2011.
- 41) Souza NL, Pinheiro FA, Clara CI. Representaciones sociales de las madres sobre la hipertensión gestacional y parto prematuro. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Mayo-jun 2013; 21(3): 1-8.
- 42) Álvarez-Lozano L, Espitia-Suarez N. Percepción del cuidado de enfermería en gestantes diagnosticadas con preeclampsia en una institución de cuarto nivel [tesis de grado]. Bogotá: Facultad de Enfermería Pontificia, Universidad Javeriana: 2012.
- 43) Marín A. Comprender la experiencia de la mujer ingresada con preeclampsia y eclampsia. *Parc de Salut Mar [revista en internet]* 2013 [acceso 24 agosto 2015]; Disponible en: <http://hdl.handle.net/10230/20953>.
- 44) Muñoz M. (2013). Experiencia e historicidad en la hermenéutica de Hans-Georg Gadamer. *Ideas y valores*. . 2013; 62(152): 183-97.
- 45) Gadamer H. El lenguaje como hilo conductor del giro ontológico de la hermenéutica. En: Gadamer H, editor. *Verdad y método*. 10ª ed. España: Ediciones Sígueme; 2004. 469-526.
- 46) Gadamer H. Tratamiento y conversación. En: Gadamer H, editor. *El estado oculto de la salud*. 1ª ed. España: Gedisa; 2001. 141-54.
- 47) García, M., Pérez, M., & Soriano, M. Tendencias y características de la investigación en enfermería publicada en México. *Revista Enfermería Universitaria* 2011; 8(1), 7-16.

- 48) Orkaizaguirre A, Amezcua M, Huércanos I, El estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la Relación de Cuidado. Index Enferm [revista en internet]. 2014 [acceso 23 de septiembre 2015]; 23(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300011>.
- 49) Mariano L. fundamentos de la filosofía hermenéutica: Heidegger y Gadamer. Teología y vida. 2005; 46: 122-30
- 50) De Souza MC. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. Salud colectiva. 2010; 6(3): 251-261.
- 51) Bentolilla H. La estructura hermenéutica de la experiencia en Gadamer. Rev Colombiana de filosofía de la Ciencia. 2011; 11 (22): 9-21.
- 52) Reyes GR. El concepto de la experiencia en la hermenéutica de Hans-George Gadamer [tesis de maestría] Bogota. Pontificia Universidad Javeriana. 2008.
- 53) Organización de las Naciones Unidas [internet] Objetivos de Desarrollo del Nuevo Milenio informe 2015. EUA: 2015 [acceso] 31 de mayo 2016]. Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/PDF/2015/mdg-report-2015-spanish.pdf>
- 54) Lamas M. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. En: Universidad Nacional Autónoma de México, editor. El género, la construcción cultural de la diferencia sexual. México: Programa Universitario de Estudios de Género. Universidad Nacional Autónoma de México; 1996. p. 327-66.
- 55) Organización Mundial de la Salud [internet]. Definición de Género. Suiza: 2016 [acceso 06 de junio 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/tipocs/gender/es>
- 56) Lorena Rojas O, Martínez Salgado M. Una nueva mirada a la participación masculina en el trabajo doméstico y el cuidado de los hijos en México. Estudios Demográficos y Urbanos 2016;31(635-662). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3124700600>. Fecha de consulta 13 noviembre 2016.
- 57) Estrada A. Género, etnia y mortalidad materna. Gaceta urbana. 2008; 6(7): 99-106.

- 58) INEGI [internet] Estadísticas de mortalidad en México. México: 2013 [acceso 08 de junio 2016]. Disponible en: <http://inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad>.
- 59) Guzmán-Juárez W, Ávila-Esparza M, Contreras-Solís R, Levario-Carrillo M. Factores asociados con hipertensión gestacional y preeclampsia. *Ginecol Obstet Mex.* 2012; 80(7): 461-66.
- 60) Barreto S. Preeclampsia severa, eclampsia, y Síndrome de Hellp: Características maternas y resultado neonatal. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá.* 2002; 21 (1) 17-23.
- 61) Verdecía D, Castillo F, Lluch A, Morales A. Morbimortalidad materna en la preeclampsia complicada. *Rev Cubana Enfermer [revista en Internet].* 2009 Jun [acceso 01 abril del 2016]; 25(1-2): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192009000100004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100004&lng=es).
- 62) Foucault M. Incorporación del hospital en la tecnología moderna. *Educ Med Salud.* 1978; 12 (1): 20-35.
- 63) Bueno L. Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. *Ciencia y Enfermería.* 2011; 17(1):37-43.
- 64) Flick U. La entrada al campo. En: Flick U, editores. *Introducción a la investigación cualitativa.* Madrid: Ediciones Morata; 2007. p. 68-74.
- 65) Rivera S, Herrera M. Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería. *Texto & Contexto Enfermagem [revista en internet]* 2006 [acceso 18 de abril del 2016]; 15. 158-163. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71414366019>.
- 66) INEGI [internet] Censo de población y Vivienda 2010. México: 2010 [acceso 08 de junio 2016]. Disponible en: [www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv2010/](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv2010/).
- 67) CONEVAL [internet] Informe de pobreza y evaluación en el estado de Chiapas. [Acceso 26 de octubre 2016]. Disponible en:

[www.coneval.org.mx/cordinacion/entidades/.../Chiapas/principales/07informe2012.pdf](http://www.coneval.org.mx/cordinacion/entidades/.../Chiapas/principales/07informe2012.pdf).

- 68) Flick U. Estrategias de muestreo. En: Flick U, editores. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata; 2007. p. 75-86.
- 69) Steiner K. Introducción a la investigación con entrevistas. En: Steiner K, editor. Las entrevistas en la investigación Cualitativa. Madrid: Ediciones Morata; 2014. p. 23-32
- 70) De Souza C. Técnicas en investigación. En. De Souza C, editora. El Desafío del Conocimiento Investigación Cualitativa en Salud. 9ª ed. Brasil. 2015. p. 162-169.
- 71) Álvarez-Gayoun J. Como hacer investigación cualitativa. México: Paidós; 2014. pp 13-38-103-58
- 72) Taylor S, Bogdan R. La entrevista en profundidad. En: Taylor S, Bogdan R., editores. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Barcelona, España: Paidós; 1987. p. 100-130.
- 73) Rivera S, Uribe C, Radünz V. Metodología de entrevistas en investigación cualitativa. en. Prado M, Souza L, Carraro E. editores. Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Washington. D.C: OPS; 2008. p 168-185.
- 74) Ulin P, Robinson E, Tolley E. La recolección de datos cualitativos: la ciencia y el arte. En: Ulin P, Robinson E, Tolley E, editores. Investigación aplicada en salud pública: Métodos cualitativos. Washington D.C., U.S.A.: Organización Panamericana de la Salud; 2006. pp. 67-107.
- 75) Icart IB, Gosálbez IP, Eraso GB. Les tècniques d'investigació social i la seva aplicació. Universitat Rovira i Virgili, 2000.
- 76) Taylor S, Bogdan R. La observación participante en el campo. En: Taylor S, Bogdan R., editores. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Barcelona, España: Paidós; 1987. p 74.
- 77) Strauss A, Corbin J. Codificación selectiva. En: Strauss A, Corbin J. editores. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 1ª ed. Colombia: Universidad de Antioquia; 2002. p. 157-77

- 78) Martínez C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciencia & Saúce Colectiva*. 2012; 17(3): 613-19.
- 79) Riquelme G, Rivera M. El significado del embarazo en mujeres que trabajan como asesoras del hogar. *NURE inv [revista de internet]* Mar-Abr 2014 [citado 19 abril 2016]; 11(69): [aprox.9 p.]. Disponible en: [http://www.funden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/PROYECTO/NURE69\\_proyecto\\_embarazo.pdf](http://www.funden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROYECTO/NURE69_proyecto_embarazo.pdf)
- 80) Shosha GA. Employment of Colaizzi's strategy in descriptive phenomenology: A reflection of a researcher. *European Scientific Journal*. 2012; 8(27): 31-43.
- 81) Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colom Med*. 2003; 3 (34): 164-7.
- 82) Arias MM, Giraldo CV. El rigor científico en la investigación cualitativa. *Invest Educ Enferm*. 2011; 29 (3): 500-514
- 83) Vázquez M. Intimidad y Confidencialidad: Obligación Legal y compromiso ético, de la Comisión Gallega de Bioética [revista en internet]. 2013 Julio-diciembre [citado 20 de Abril de 2016]; 6(12). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n12/et1200.php>
- 84) Sánchez A, Souza L, Cruz B, Camargo B, Cunha B. Ética en la investigación en enfermería. en: Prado M, Souza L, Carraro E. ed. *Investigación cualitativa en enfermería: Contexto y bases conceptuales*. Washington. D.C: OPS; 2008. p 69-86-
- 85) Tribunal Internacional de Nüremberg [internet] Código de Nüremberg. México. 1997: [acceso 25 de noviembre de 2015]. Disponible en: [http://conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/.../2.INTL.\\_Cod\\_Nuremberg.p](http://conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/.../2.INTL._Cod_Nuremberg.p)
- 86) CCINSHAE [internet] Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México: 2015 julio [acceso 20 de septiembre 2015]. Disponible en: [http://wwwccinshae.salud.gob.mx/descargas/constitucion/66\\_4131\\_07-07-2015.pdf](http://wwwccinshae.salud.gob.mx/descargas/constitucion/66_4131_07-07-2015.pdf)
- 87) CIE [internet] Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería. Ginebra: 2012 [acceso 25 de noviembre del 2015]. Disponible en:

<http://castellon.san.gva.es/documents/4434516/5188103/Codigo+Deontologico+CI E.pdf>.

- 88) Mendoza PS, Jofré AV, Valenzuela SS. La toma de decisiones en salud y el modelo conceptual de Ottawa. *Invest. educ. enferm.* 2006; 24(1): 86-92.
- 89) Larrañaga I, Valderrama MJ, Martín U, Begiristain JM, Bacigalupe A, Arregi B. Mujeres y Hombres ante el Cuidado Informal: diferencias en los significados y las estrategias. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2009; 27(1): 50-55
- 90) Bezanilla JM, Miranda MA. La familia como grupo social: una re-conceptualización. *Alternativas en Psicología.* 2013; 17(29): 58-73.
- 91) Scales F. Validez concurrente de la versión mexicana de las escalas de Apoyo Social Percibido de la Familia y los Amigos (PSS-Fa y PSS-Fr). *Rev Latinoamericana de Psicología.* 2011; 43(1): 125-137.
- 92) Gracia E, Herrero J. La comunidad como fuente de apoyo social: evaluaciones e implicaciones en el ámbito individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2006; 38 (2): 327-342.

## **Anexos**

### **Anexo 1**

Guía de entrevista

#### **Experiencias del hombre ante la hospitalización por complicaciones obstétricas de su esposa**

Fecha \_\_\_\_\_ Participante \_\_\_\_ Entrevista\_\_\_\_ Edad\_\_\_\_\_

Escolaridad\_\_\_\_\_ Ocupación\_\_\_\_\_

Domicilio:\_\_\_\_\_

Estado civil:\_\_\_\_\_ Número de hijos\_\_\_\_\_

Inicio:

-Buenos días mi nombre es Laura Adriana Martínez Maldonado (indico el objetivo del estudio y se proporciona el consentimiento informado, se explica el motivo, si nos permite grabar la entrevista y que toda la información será confidencial y se le asignara un seudónimo

Se solicitan datos generales

#### **-Pregunta orientadora:**

¿Cómo te diste cuenta que algo andaba mal con su salud?

¿Quién tomó la decisión de traerla al hospital?

#### **-Durante la hospitalización**

¿Cómo han sido estos días para ti?

¿Has tenido problemas en tu trabajo?



¿Quién cuida de tus hijos?

¿Sientes que tienes algún apoyo?

**-Cierre**

¿Cómo cambio tu vida?

## **Anexo 2**

Consentimiento informado de la pareja.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA.**

**15ª GENERACION.**

Experiencias del hombre ante la hospitalización por complicaciones obstétricas de su esposa

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **HOMBRES QUE EXPERIMENTARON LA HOSPITALIZACION POR COMPLICACION OBSTÉTRICA DE ESPOSA.**

**Descripción de la investigación.** La UNAM a través del Programa de Maestría en Enfermería imparte la maestría en enfermería con orientación en administración y sus estudiantes realizan investigaciones como parte final de su formación académica, esta investigación corresponde a la tesis de maestría de Laura Adriana Martínez Maldonado.

La investigación se realiza para comprender como FUE LA EXPERIENCIA del hombre ante la hospitalización por complicaciones obstétricas, como le afecta en su vida, su casa, su hogar y comunidad, las dificultades que enfrentaron.

Para realizar esta investigación estamos solicitando su participación para ser entrevistado como esposo de la paciente con complicaciones obstétricas y conocer cuáles fueron sus experiencias.

Las preguntas están relacionadas con los siguientes aspectos: edad, estado civil, situación ocupacional actual, esta información será confidencial y solo será utilizada por el autor de la investigación, no podrá ser utilizada por ninguna persona no autorizada y ajeno a los servicios de salud del estado de Chiapas tendrá acceso a esta información.

**Beneficios esperados del estudio.** La información que usted nos proporcione ayudara a comprender las situaciones que enfrentan los hombres que enfrentan la experiencia de la hospitalización de su esposa por alguna complicación obstétrica y como resuelven estas dificultades para lograr sobrellevar y si lo superan o no.

**Contactos.** Si usted tiene alguna duda sobre esta investigación, puede llamar al Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM tel. **5623 02 00 ext. 80029.** O bien contactarme al 9613499473.

Si usted acepta participar, se le dará copia de este documento para que lo conserve.

Su colaboración es muy valiosa para nosotros, muchas gracias por participar.

Si acepta favor de firmar abajo. Yo también firmare.

Fecha\_\_\_\_\_

Firma del participante del estudio

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante del estudio.

Firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Nombre del investigador.