



UNIVERSIDAD
DON VASCO, A. C.

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN N° 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

*INFLUENCIA DEL PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA
EN EL ESTADO EMOCIONAL DE DOS MADRES CON
BEBÉS EN CUIDADOS INTENSIVOS*

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Stephanie Ayala Carrillo

Asesora: Lic. Perla Lizbeth Uribe Carmona

Uruapan, Michoacán. 21 de Marzo de 2019.



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.

AGRADECIMIENTO

En la presente investigación quiero dedicar un espacio para agradecer a mi familia por su apoyo incondicional a cada momento, por motivarme a dar lo mejor de mí y de ésta manera cumplir mis metas, por creer en mí y no dejarme caer. Son lo mejor que tengo en la vida. A mis personas especiales que ya no están físicamente pero su recuerdo se queda para siempre y me inspira a seguir adelante.

Agradecer a mi asesora de tesis por su atención, tolerancia y tiempo que fueron fundamentales para poder guiarme y así concluir satisfactoriamente el proyecto. A quien como coordinador académico de la carrera mostró total disposición para orientarme en cada paso.

A alguien con quien sin tener algún vínculo cuando inicié la carrera, me brinda su apoyo siempre y me impulsa de una manera muy particular a cumplir mis objetivos.

A mis amigos que siempre se hacen presentes a pesar de la distancia que pueda existir, que me hacen sentir querida y segura ante las situaciones que se presentan.

ÍNDICE

Introducción

Antecedentes.....	1
Planteamiento del problema.....	12
Objetivos.....	15
Instrumentos de campo	16
Pregunta de investigación.....	18
Justificación.....	19
Marco de referencia.....	20

Capítulo 1. Emociones.

1.1. Definición de emoción.....	22
1.2. Funciones de la emoción.....	26
1.3. Origen de las emociones.....	30
1.4. Principales teorías sobre las emociones.....	32
1.5. Tipos de emociones.....	38

Capítulo 2. Maternidad y enfermedad.

2.1. Definición de maternidad.....	47
2.1.1. Cambios en la mujer durante la maternidad.....	49
2.1.2. Trastornos físicos y trastornos psíquicos.....	52
2.1.3. Relación entre la madre y el recién nacido.....	55
2.2 Enfermedad.....	58

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1. Descripción metodológica.....	63
3.1.1. Tipo de enfoque.....	64
3.1.2. Tipo de diseño.....	66
3.1.3. Tipo de estudio.....	67
3.1.4. Tipo de alcance.....	68
3.1.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos.....	69
3.2. Selección de casos.....	72
3.3. Descripción del proceso de investigación.....	78
3.4. Análisis e interpretación de resultados.....	79
3.4.1. Atención del personal desde la perspectiva de las madres de los bebés...81	
3.4.2. Emociones básicas (alegría, tristeza, sorpresa, miedo, ira) y sociales (culpa) que las madres presentan durante la estancia del bebé en el hospital.....	94
3.4.3. Calidad de la información por parte del personal.....	102
Conclusiones.....	110
Bibliografía.....	114
Mesografía.....	116
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se aborda el tema de la influencia del sector salud, específicamente de médicos y enfermeras, en el estado emocional del familiar del paciente; esta investigación fue realizada en el área llamada Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales dentro de un hospital.

La investigación se enfoca en descubrir, desde el punto de vista de la madre, cómo el trato del personal del hospital puede influir en la manera en que ella toma la situación y cómo asimila la información brindada acerca del estado de salud de su bebé, los cambios e intervenciones que al pequeño se le realizan, así como la variación de emociones que ocurre al momento de interactuar con médicos y enfermeras de todos los turnos que pertenecen al área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Antecedentes.

Para dar inicio a los antecedentes, es importante definir de manera inicial el término estado emocional como “vivencias afectivas de moderada intensidad en su manifestación, que aparecen de forma relativamente brusca, lo que puede organizar o desorganizar la actuación del sujeto” (García y cols.; 2016: s/p).

Siguiendo con los autores, se define como estados emocionales a las experiencias relacionadas con los sentimientos y emociones que experimenta el sujeto, los cuales se presentan de manera repentina y pueden influir en la conducta del individuo.

Es fundamental conocer la existencia de algunas investigaciones realizadas anteriormente, con el fin de tener en cuenta la cantidad de estudios que se han realizado al respecto, la información y resultados que se han obtenido.

Se encontraron diversas investigaciones que se relacionan con el presente trabajo y que se describen a continuación:

En la Universidad Nacional Autónoma de México se realizó una investigación llamada “Expectativas y experiencias de los usuarios del sistema de salud en México: Un estudio de satisfacción con la atención médica”. La investigación se llevó a cabo en el año 2013 por Hamui y cols. en la ciudad de México.

Se plantearon, como objetivos, identificar los elementos que se asocian con el bienestar subjetivo de los usuarios y sus acompañantes en un evento de atención a la salud, así como las expectativas y experiencias en su paso por el sistema de salud, considerando el efecto que tiene la percepción del paciente.

Se integró un grupo interdisciplinario con especialistas, médicos, familiares, sociólogos, antropólogos y dos doctoras en estadística. Después de varias versiones, utilizaron un instrumento que denominaron SIUSEX (Satisfacción, Insatisfacción de Usuarios de Servicios desde sus Expectativas y Experiencias), que fue aplicado y validado en el Hospital General de México.

Los investigadores decidieron realizar entrevistas a profundidad para fortalecer sus resultados con la investigación cualitativa. La encuesta, validada y enriquecida con el nuevo instrumento SIUSEX, fue aplicada en todos los institutos nacionales de salud que prestan servicios de atención médica, en los hospitales federales de referencia y en los hospitales regionales de alta especialidad, 19 en total.

Los resultados del estudio señalan que el 42% de los pacientes atendidos en el área de hospitalización quedó muy satisfecho. El porcentaje de usuarios muy satisfechos con la atención recibida en el área de urgencias fue de 33% y para la consulta externa, 38%. Un 45% de las personas con estudios universitarios completos quedó muy satisfecho, en comparación con un 33% a 39% de los usuarios con menor escolaridad. Con respecto al tipo de padecimiento, el 66% de los enfermos terminales quedó muy satisfecho, en comparación con un 30% a 40% de

los pacientes con una enfermedad no terminal. Únicamente se encontró asociación significativa entre el tipo de padecimiento y sentirse muy satisfechos con la atención recibida.

Por otra parte, el 43% de los usuarios subsecuentes de las unidades médicas se sintió muy satisfecho con la atención recibida, en contraste con el 24% de los pacientes que acudieron por primera vez. El 39% de los usuarios que sí esperaba que le realizaran algún tipo de estudios, se sintió muy satisfecho con la atención recibida. Este porcentaje es significativamente distinto al de los usuarios que no esperaban que les realizaran algún tipo de estudios y que quedaron muy satisfechos con la atención: 33%.

En continuidad con lo anterior, el 42% de los usuarios sometidos a algún tipo de estudio médico se sintió muy satisfecho con la atención recibida, en contraste con el 27% de los usuarios que no tuvieron que realizarse ningún estudio. De los 634,296 usuarios que esperaban cambios que afectaran su economía familiar debido al padecimiento/embarazo, solo 44% (277,319) dijo sentirse muy satisfecho con la atención recibida. En cambio, de los 663,716 usuarios que no esperaban cambios en su economía familiar, el 35% quedó muy satisfecho con la atención médica.

El 19% de los individuos sí esperaba cambios en la unión familiar, de los cuales el 41% se sintió muy satisfecho con la atención recibida. Existe una diferencia de 1% entre estos dos porcentajes de individuos satisfechos. El 87% de los usuarios esperaba que el hospital le permitiera el acceso adecuado a su familia cuando lo

necesitara y el 9% no esperaba que así fuera. La proporción de usuarios muy satisfechos con la atención médica fue de 38% y 39% respectivamente.

El 73% de los usuarios no recibió ayuda para manejar sus emociones, sin embargo, el 36% de ellos se sintió muy satisfecho con la atención. Solo el 26% de los usuarios recibió atención para manejar sus emociones y, de estos, el 43% quedó muy satisfecho con la atención recibida. El 34% de los usuarios recibió un trato muy bueno por parte del personal del hospital, el 63% recibió un trato bueno, el 2% recibió un trato malo y menos del 1% recibió un trato muy malo. El porcentaje de usuarios en cada uno de estos cuatro grupos que quedó muy satisfecho con la atención recibida fue 66%, 23%, 3% y 1% respectivamente.

Al preguntar sobre sus expectativas respecto al trato del personal, el 63% de los usuarios que esperaba un trato muy malo se sintió muy satisfecho con la atención recibida; tal parece que las expectativas de este grupo fueron superadas. En cuanto a los usuarios que esperaban un trato muy bueno, el 51% se sintió muy satisfecho con la atención recibida. En relación con las explicaciones del médico acerca del estado de salud, del tratamiento y de los cuidados a seguir, no más del 19% de los usuarios que percibieron que no se les explicó nada reportó estar muy satisfecho. Mientras que alrededor del 60% de quienes recibieron muchísimas explicaciones reportó estar muy satisfecho.

La investigación mencionada tiene puntos importantes a considerar, ya que menciona algunos de los aspectos que el paciente toma en cuenta para presentar un

bienestar al permanecer en las instalaciones, de acuerdo con las características del hospital. Dentro de los aspectos importantes se encuentran: las instalaciones, la atención prestada y la información otorgada por parte de los médicos sobre el estado de salud del paciente.

Continuando con las investigaciones; se llevó a cabo en Uruguay una investigación llamada “La familia del paciente internado en la Unidad de cuidados intensivos”, realizada por de Albístur y cols., en el año 2000.

Dicha investigación tenía como objetivo conocer las vivencias de la familia del paciente internado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), su relación con la Unidad, sus comportamientos, sus expectativas y las opiniones que pueden ser de interés para optimizar su relación con el médico intensivista.

Para realizar la indagación, se reclutó una población de familias de pacientes internados en UCI en un estudio prospectivo, longitudinal, observacional, que abarcó un periodo de 12 meses. El criterio de inclusión fue: familias de pacientes internados en la UCI por 5 días o más. El trabajo se realizó en una UCI polivalente con capacidad para 8 boxes independientes, luz natural, separados con tabiques transparentes. Los informes médicos se dan cada 24 horas por parte de tres médicos coordinadores, uno asignado a cada día, en un área cerrada, fuera de la Unidad. Allí, el médico coordinador transmite las novedades de la evolución del enfermo y recibe las consultas de la familia. Las visitas de los familiares se concretan en 2 horarios, con 1 hora de duración, y se autorizan horarios extraordinarios según los casos.

Se recolectó la información cuantitativa y cualitativa en un formulario aplicado en todos los casos por la psicóloga de la UCI, con la colaboración voluntaria de la familia, al quinto día de la internación del paciente. La información cualitativa fue recabada en el primer contacto con la familia, al ingreso del paciente a la UCI, y fue ampliada en sucesivas entrevistas libres con los familiares y con base en las observaciones realizadas durante las entrevistas entre médicos y familiares. El formulario fue diseñado por la psicóloga, luego de un estudio preliminar sobre 15 grupos familiares. El formulario contempla 3 tipos de variables: 1) identificación del paciente y familia, 2) opinión de la familia y 3) variables clínicas objetivas de la situación del paciente; de igual manera, consta de 5 secciones: a) datos del paciente, b) datos de la familia, c) entrevista con la psicóloga, d) opiniones de la familia, e) otros datos de interés y aclaraciones de los obtenidos.

Para las variables de opinión, se tomaron aquellas autodeterminadas por la familia y sus integrantes a través de su propio juicio de elección o valoración o ambos. Algunas preguntas estaban precodificadas (excluyentes y de múltiple opción) y otras eran abiertas.

Se diseñaron para establecer cuáles eran la actitud, conducta y sentir de las familias frente a determinadas situaciones; cuáles eran sus preocupaciones y si se interesaban por el futuro del paciente; cuáles las vivencias, expectativas y opiniones sobre la atención en la unidad y sobre los espacios físicos (salas de informe médico y de espera); si comprendían lo expresado por el médico que informa a la familia; si quedaban conformes con la información; si buscaban averiguar más y por qué, y la

opinión sobre la atención psicológica. Se mantuvo abierto un espacio para aspectos no previstos.

En cuanto al equipo de salud, solo se hicieron preguntas con respecto a los médicos que daban el informe médico. No se incluyeron preguntas específicas sobre los integrantes del equipo de salud, médicos de guardia ni enfermeras, entendiendo que esta investigación merece un trabajo aparte.

Sobre el total de 94 pacientes, 36% fueron de sexo femenino y 63% masculino. La edad media fue de 55.62 ± 19.54 , rango de 16 a 89 años. El 74% de los pacientes se ubicaron entre 50 y 79 años. 60% estaban casados, 17% figuraron con unión libre, 1% estaba divorciado, 18% eran solteros y 17%, viudos; 64% eran jefes de familia, cualquiera que fuese su sexo. Sobre el total de 94 pacientes, 17% eran traumatizados graves, 15% cardiológicos y respiratorios respectivamente, 13% posoperatorios abdominales, 11% toximetabólicos, 10% neurológicos, 7% neuroquirúrgicos, 4% con sepsis, 2% con paro cardiorrespiratorio, posoperatorio, posoperatorio de tórax y varios, respectivamente. La mortalidad fue de 25.3%.

El 49% de las familias que no permanecían en el hospital, dijo no tolerar la angustia que le genera la sala de espera, dijo confiar en que su familiar “estaba bien atendido” y que además “había que trabajar”. El 66% de las familias verbalizó espontáneamente sus preocupaciones en el sentido de “si se va a morir”; el 54% verbalizó espontáneamente sus preocupaciones en el sentido de “si va a sobrevivir el episodio”; el 31% reprimió sus expresiones, el 69% de las familias verbalizó su

inquietud con relación a la calidad de vida y 74% de ellos, lo quería “vivo y con calidad de vida” y 26%, “vivo, aun sin calidad de vida”.

El 90% de las familias manifestaba preocupación por el eventual sufrimiento físico del paciente, el 97% de las familias se preocupó respecto a “si el enfermo entendía lo que pasaba y lo que se le decía”; el 98% preguntó si el paciente podía reconocer a sus integrantes, 93%, si podía hablarles y 94%, qué le podían decir a su familiar internado.

El 77% de las familias expresó que la UCI “es el lugar donde se internan a los pacientes con riesgo de vida”; 7% que es el lugar donde “se les devuelve a la vida” o el “lugar de los milagros”; 14%, la vivía como un “lugar angustiante” y 2%, lo consideró “un lugar caótico y agresivo”. El 5% desconocía lo que es una UCI. El 53% percibía a la UCI como “lo máximo en tecnología”. El 40%, la percibía como un “lugar de trabajo continuo, tanto con el paciente como con la familia”; y 3%, lo vive como “una lucha permanente”.

El tema de la calidad de vida al alta, fue discutido por 38% de las familias. El 47% de ellos, esperaba “un esfuerzo para salvar la vida con calidad de vida” y 36% esperaba el esfuerzo por “salvar la vida aun sin calidad de vida”. El 27%, especificó que esperaba la atención “completa” del equipo de salud. El 80% de las familias manifestó haber comprendido lo expresado por el médico informante, y 17%, expresó confusión. En estas 91 familias, que alcanzan 97% de la población estudiada, y que están incluidos a aquellas familias que manifestaron haber comprendido el informe, (91%) de ellas, buscaron recibir más información por otras vías.

El 3% restante de la población no lo comprendió en absoluto. Independientemente de la manifestación de haber comprendido o no, 85% de la población señaló conformidad con el informe médico. El 72% lo percibió “realista y seguro”, 11% como “cauteloso” y 2% como “angustiado y preocupado”. El resto, 15%, no se expresó en este sentido. El 49% esperaba que expresara esperanzas, pero que fuera honesto y sincero; 37% esperaba “honestidad y sinceridad”, 11% “esperanzas” y 2% que “les oculte la realidad”.

El 74% percibe al psicólogo como un “integrante más del equipo de salud, con facilidad para comunicarse con él, por ser persona confiable y conocedora del paciente”. El 26% no buscó el acercamiento hacia dicho profesionalista.

Las personas se comportaron homogéneamente dentro de la estructura de la familia. Esta llega al informe médico con emociones intensas y sentimientos que no pertenecen al campo de lo cuantificable ni de lo palpable: angustia, depresión, incertidumbre, desasosiego, temores acerca del futuro de su familiar. Casi todos (97%) expresaron preocupación por el posible sufrimiento físico y emocional del paciente. Este es percibido separado del grupo, solo y lejos de su familia.

Por último, se presenta una investigación realizada en Lima, Perú, por Martínez, en el año 2014. La investigación lleva por nombre “Percepción del familiar del paciente crítico, sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en los servicios de medicina de un Hospital Nacional de Lima”.

La investigación tuvo por objetivo determinar la percepción del familiar del paciente crítico, sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en los servicios de medicina de un Hospital Nacional de Lima. Para llegar a los resultados, se realizó un estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, con un método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 familiares cuyos parientes se encuentran internados en los servicios de medicina, con grado de dependencia II y III.

La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento un formulario tipo escala de Likert, modificada; el cual fue sometido a juicio de expertos, siendo procesada la información en la Tabla de Concordancia y Prueba Binomial. Posterior a ello, se determinó la validez estadística mediante la prueba de correlación de Pearson y para la confiabilidad estadística, se aplicó la prueba de alfa de Cronbach. Luego de recolectar los datos, estos fueron procesados en el programa estadístico de Excel, previa elaboración de tabla de códigos y tabla matriz.

De acuerdo con los resultados que se obtuvieron luego de realizar la investigación, 43% tiene una percepción medianamente favorable, 30% desfavorable y 27% favorable. Referente a la dimensión comunicación verbal, 40% desfavorable, 30% tiene una percepción medianamente desfavorable y medianamente favorable, respectivamente; en la dimensión comunicación no verbal, 53% tiene una percepción medianamente favorable, 30% favorable y 17% desfavorable; en la dimensión de apoyo emocional, tiene una percepción medianamente desfavorable el 66.6%, 16.8% favorable y 16.6% desfavorable.

La percepción de los familiares del paciente crítico en el servicio de medicina, en la mayoría es medianamente favorable a desfavorable, debido a que el personal se muestra muy ocupado para atenderlos y hace gestos de molestia cuando el familiar pregunta repetida veces sobre un mismo tema; un mínimo porcentaje significativo es favorable cuando la enfermera utiliza un lenguaje claro y sencillo al conversar o responder.

Planteamiento del problema.

Para cualquier persona, puede resultar complicado estar cerca o cuidando de otra que presente problemas de salud, ya que puede ocurrir que su carácter cambie o que los síntomas, a consecuencia del padecimiento, no le provoquen las mejores sensaciones para estar de buen humor.

En México, existen varias instituciones públicas en las que labora gran cantidad de médicos y enfermeras enfocados en mejorar la salud de los pacientes, mientras que la demanda de los jóvenes que ingresan a la universidad y están interesados en el área de la medicina se mantiene elevada.

Dentro de esta profesión, los médicos y las enfermeras se esfuerzan y concentran todos sus conocimientos para mantener o mejorar la salud física del paciente, pero factores como el cansancio, el estrés, las jornadas de trabajo, los horarios que manejan, el ambiente laboral y el gran número de pacientes por atender, así como las exigencias del trabajo, pueden influir para que el personal del sector salud se vea afectado.

Aunque estos profesionistas realicen de la mejor manera su trabajo, medicamente hablando, puede ocurrir que dejen de lado el aspecto emocional en cuanto a la manera de tratar a sus pacientes. El trato o la relación médico-paciente puede repercutir en la mejoría del paciente y en el estado emocional de las personas

cercanas a este, ya sean familiares, amigos o conocidos que se encuentren a cargo de su cuidado.

Llevar un seguimiento para lograr un bienestar tanto físico como psicológico debe ir a la par, de esta manera, pueden obtenerse mejores resultados en la recuperación del paciente y los familiares de este pueden sobrellevar de una mejor manera la situación.

Al poner atención en el aspecto emocional, tanto médicos como enfermeras pueden cambiar o mejorar elementos relacionados con la atención que brindan hacia las madres de bebés internos dentro del área de cuidados intensivos, para lograr un buen cuidado, tomando en cuenta la situación emocional que las madres presentan.

Cuando un paciente se encuentra en un estado crítico de salud para sus familiares, es difícil poder mantenerse íntegro ante tal situación. Existen diferentes circunstancias por las que un familiar puede encontrarse hospitalizado, puede ser por causas no muy complejas, o bien, puede encontrarse envuelto en una situación de gran riesgo. La edad del paciente también influye en el estado emocional de sus familiares cercanos, existe una gran diferencia si el enfermo es de la tercera edad, es una persona adulta, un joven, un niño o un recién nacido.

Para una madre que acaba de dar a luz a su bebé, debe haber emociones presentes en ese momento, pero si se entera que ocurrieron problemas con su hijo, el estado emocional puede cambiar de un momento a otro, en este sentido, el

personal del sector salud puede tener una marcada influencia en el estado de ánimo de la aún paciente, desde la manera en que da la noticia hasta todo el proceso en que el pequeño se encuentre en una situación crítica dentro del hospital.

Objetivos.

El presente trabajo implicó diversas tareas de índole teórica y metodológica, de manera que, para su consecución sistemática, fue necesario plantear algunos lineamientos que se enuncian enseguida.

Objetivo general.

Analizar la influencia del personal de sector salud en el estado emocional de dos madres que tienen interno a su bebé en el área Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en el Hospital General Regional de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares.

1. Definir el concepto de emoción.
2. Describir las emociones con base en diferentes autores.
3. Conceptualizar el término maternidad.
4. Indicar el concepto de enfermedad de acuerdo con la información bibliográfica.
5. Indagar el trato del personal del sector salud hacia dos madres que tienen interno a su bebé en el área Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
6. Examinar la influencia del sector salud en el estado emocional de dos madres que tienen interno a su bebé en el área Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Instrumento de campo.

En la presente investigación se utilizó un instrumento clave que es funcional cuando lo que se busca es obtener de una manera detallada, precisa y verídica la información sobre un fenómeno en específico. La técnica utilizada fue la entrevista semiestructurada, que permite al investigador plantear preguntas adicionales que pueden enriquecer la información.

Para Hernández y cols. (2014: 403), “La entrevista se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (entrevistado) u otras (entrevistados).

La entrevista se usa para que el investigador tenga la oportunidad de realizar una serie de preguntas al sujeto de estudio y adquirir de tal manera información que le sea útil para cumplir los objetivos, a manera de conversación y así conocer de manera subjetiva los puntos de vista del entrevistado.

Siguiendo con los autores, existen varias clases de entrevistas: estructurada, semiestructurada y no estructurada o abierta.

Para Díaz y cols. (2013), la entrevista semiestructurada parte de un diseño realizado por el investigador, pero con la flexibilidad de agregar nuevas preguntas que se adapten al relato del entrevistado. En la presente investigación se optó por emplear la entrevista semiestructurada, ya que de acuerdo con el tema y los

objetivos a cumplir (como complemento del diseño que se pensó), se dejó abierta la posibilidad de rescatar toda la información complementaria para profundizar en el tema.

Pregunta de investigación.

Existen momentos en cada una de las etapas de una mujer en los que el estado emocional puede variar frecuentemente, una de estas etapas es el embarazo y un momento importante es el dar a luz a un hijo. Si a este proceso se le agrega un pensamiento de posible pérdida del bebé, la situación emocional puede volverse todavía más complicada, por lo tanto, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo influye el personal del sector salud en el estado emocional de dos madres que tienen interno a su bebé en el área Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en el Hospital General Regional de Uruapan, Michoacán?

Justificación.

Para el personal que labora en el sector salud, puede resultar de gran importancia el conocer su influencia en el paciente y en el estado emocional de este. La manera en que los pacientes reciben atención por parte de estos profesionales de la salud puede afectar la manera en que se ve afectado su proceso de estancia dentro de un hospital.

Para el paciente, resulta benéfico el hecho de que los médicos y enfermeras que lo están atendiendo puedan darse cuenta de cómo actúan respecto a la atención y prestación de sus servicios. De esta manera, pueden tomar acciones que ayuden a cambiar algunos aspectos, como el enfocarse solamente en su labor para mejorar la salud física y el modo en que otorgan información a sus pacientes.

Las personas dedicadas al área de la psicología pueden contribuir prestando también sus servicios para tratar a médicos y enfermeras, para colaborar así en la disminución de estrés, cansancio y factores que contribuyen para que presenten una conducta específica. A los pacientes, esto les serviría para poder llevar de una mejor manera la situación de enfermedad u hospitalización que se están experimentando.

Marco de referencia.

Las mujeres de 32 y 42 años de edad que participaron en la investigación, se localizaron por su presencia en el Hospital General Regional, con ubicación en camino a Tejerías sin número, Km 1.5 (Mapeco) con código postal 60157, en la ciudad de Uruapan, Michoacán. Esto durante la estancia de sus bebés en el área Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

En el primer caso, se trata de una mujer originaria de Apatzingán, Michoacán. En la actualidad, habitante de Uruapan, Michoacán; es de tez morena clara, cabello oscuro rizado y estatura media; madre de familia y ama de casa de 42 años, quien ha experimentado 4 partos, 3 de sus hijos viven y uno de ellos falleció a los 10 meses de nacido a causa de negligencia médica. Antes del último embarazo, experimentó 2 situaciones complicadas durante sus partos: su hija mayor de 22 años al nacer tuvo complicaciones respiratorias; su tercer bebé, que ahora tendría 16 años, murió por negligencia médica y su cuarta bebé, al igual que la primera, tuvo complicaciones respiratorias, pero también logró sobrevivir.

En el segundo caso, se trata de una mujer originaria de Uruapan, Michoacán y residente del mismo lugar; es de tez clara, cabello rizado y estatura media; madre primigesta y ama de casa de 32 años de edad, con 12 años de matrimonio, casada por lo civil. Su nivel de escolaridad es de preparatoria concluida y con una especialidad como asistente educativo, su ocupación actual es ama de casa; ha tenido diferentes empleos, dentro de los cuales se encuentra su participación dentro

de guarderías, trabajo que desempeñaba durante su embarazo. Su bebé tuvo problemas respiratorios, por lo cual estuvo internado. A pesar de su gravedad el bebé logró sobrevivir y ahora tiene 2 años de edad.

CAPÍTULO 1

EMOCIONES

Resulta primordial profundizar en el tema de las emociones, ya que, para la presente investigación, forma parte de los elementos claves para su estructura, sin embargo, resulta complicado encontrar una definición en concreto para tal concepto, en razón de que existen muchas perspectivas teóricas.

Las emociones permiten a cada organismo presentar cierta conducta, así como transmitir a los demás, por medio de expresiones, su estado actual y la explicación de cierto comportamiento que puedan proyectar al momento de vivir tal emoción; por consecuencia, son esenciales en cada uno de los seres humanos, se manifiestan e interpretan de diferente manera y cambian de acuerdo con la situación que se está viviendo.

Para entender mejor el tema de las emociones, es importante considerar el concepto, las funciones, los tipos y algunas teorías relacionadas con la parte emocional. Los aspectos mencionados se desglosan a continuación.

1.1 Definición de emoción.

Existe una diversidad de conceptos sobre emoción, debido a la variedad de autores que términos diferentes en sus teorías utilizan, dependiendo de sus

conclusiones acerca del tema. Dado que el tema central del primer capítulo son las emociones, definir este concepto constituye el objetivo principal que dará pie a profundizar en todos los aspectos siguientes que permiten entrelazar los contenidos con la realidad y entender los fundamentos teóricos.

Señala Spinoza (referido por Palmero y cols.; 2002: 291), “las emociones son pensamientos erróneos que nos hacen entender equívocamente el mundo, produciendo displacer”.

De acuerdo con estas palabras, las emociones se conceptualizan como pensamientos negativos de la realidad, que distorsionan la verdad y permiten que el individuo perciba el escenario real diferente al que objetivamente se está viviendo.

Retomando al autor, tal concepto tiene bases filosóficas que pueden dar como resultado una concepción muy diferente de las emociones, si se revisan antecedentes de una corriente distinta.

Por otra parte, Darwin (referido por Palmero y cols.; 2002), citando ahora los antecedentes evolucionistas, se enfoca en las emociones y las conceptualiza como expresiones que permiten la adaptación y, por ende, la supervivencia de la especie.

Así pues, a diferencia de los antecedentes filosóficos, el concepto propuesto en los antecedentes evolucionistas se relaciona con la adaptación del ser humano,

por el momento en que la sociedad se encontraba en ese entonces, menciona el autor; las teorías evolucionistas fueron rechazadas al principio, ya que se creía que el hombre actuaba solamente usando la razón y no se daba énfasis a los aspectos referentes a las emociones.

Según Pinillos (referido por Palmero y cols.; 2002), las emociones pueden ser resultado de un momento agradable o desagradable para la persona que, en su momento, las vive; las emociones están relacionadas con la evocación de recuerdos. De acuerdo con la emoción que alguien presente, así pueden ser sus respuestas ante ciertos estímulos, su manera de reaccionar, de actuar y expresarse.

Ante cualquier situación de la vida cotidiana, el organismo va a revelar una serie de distintas emociones que pueden caracterizar el momento y manifestarse de una manera diferente y específica. Dependiendo de la situación y la valoración de esta, va a ser la emoción que el sujeto experimente y, por ende, surgirá determinada expresión.

Asimismo, señalan Solomon y Lyons (referidos por Hansberg; 1996) que, si se presenta un contexto específico, se evalúa la situación como positiva o negativa por parte del sujeto y de los demás, de acuerdo con las emociones que se provoquen como consecuencia de esta, por ende, se van a generar conductas o actitudes ante tal situación. Las emociones se presentan como consecuencia de estímulos ante el sujeto, la emoción que el sujeto perciba va a definir su conducta, asimismo, va a

generar que los demás se percaten de su estado emocional por medio de la conducta manifiesta y su expresión facial, verbal y no verbal.

Según Palmero y cols. (2002), las emociones se muestran de diferente manera, dependiendo las situaciones, y se expresan como herramienta de adaptación, ya que al expresar emociones de manera subjetiva y externarlo, se pueden lograr cambios fisiológicos importantes; al controlar las emociones, también la conducta adaptativa puede mejorar. Si el sujeto es consciente de las emociones y al expresarlas los demás se percata de ellas, las relaciones interpersonales serán más empáticas, aunque al ser subjetivas, los demás pueden tomar de manera distinta o desde otra perspectiva las conductas que se presenten como resultado de la emoción.

Según Denzin (referido por Bericat; 2012), la emoción es una experiencia que se vive en el cuerpo, que se percibe en el interior del sujeto y que puede cambiar tanto la realidad de la persona misma como la realidad de quien se encuentra a su alrededor.

Para Lawler (referido por Bericat; 2012), las emociones son evaluativas, de acuerdo con la vivencia, son fuentes de evaluación que utiliza el sujeto basándose en su experiencia frente a las situaciones, para percibir las como positivas o negativas.

Según Brody (referido por Bericat; 2012), las emociones son estados motivacionales que tienen que ver con el aspecto fisiológico, conductual y con las experiencias dentro de la vida de la persona. Las emociones influyen para sentirse

bien o mal, de acuerdo con las consecuencias que se presentan en el organismo al portar cada una de ellas.

Las emociones son un resultado de las vivencias del ser humano, y de las evaluaciones e interpretaciones que el individuo le da a cada escenario. Surgen a la par expresiones que permiten externar las sensaciones que se perciben en el interior y, de esta manera, lograr que los que se encuentran alrededor sean capaces de comprender las conductas y comportamientos de cada uno.

1.2 Funciones de las emociones.

Cada acción tiene una razón de ser, las emociones están involucradas en este argumento, cada una de ellas tiene un fundamento por el cual se presenta. Las emociones deben cumplir algún objetivo y por ello existen.

A continuación, se hace referencia al papel que desempeña cada una de las diferentes emociones en el actuar del ser humano, así como la importancia que tienen en todos los contextos.

Las emociones se presentan de diferentes maneras y, al igual que existen diferentes modos de expresarlas, también existen diferentes funciones de acuerdo con cada una de ellas. Afirma Scherer (referido por Palmero y cols.; 2002) que la función de las emociones es detectar y preparar a los sistemas encargados de responder de cierta manera frente a cualquier estímulo ambiental, con una variedad

de distintas clases de respuestas conductuales que el organismo tiene como alternativa.

La emoción, según este autor, puede recibir, entender y dar un significado subjetivo a cada estímulo, para dar una respuesta adecuada según la persona y su experiencia subjetiva de tal situación.

Para Palmero y cols. (2002), existen cinco funciones de las emociones, que son:

1. Funciones intrapersonales: las emociones permiten que exista una coordinación entre las respuestas subjetivas, fisiológicas y las que se refieren a la conducta que se presenta; las emociones pueden llevar a que una persona actúe de una manera específica, dejando de lado sus creencias o sus conductas aprendidas y dando prioridad a sus respuestas adaptativas; optar por la conducta de retirada o lucha y, por último, dentro de las funciones intrapersonales, las emociones permiten que se facilite el procesamiento de la información, brindando a la persona posibilidades para reaccionar y adaptarse a las situaciones que el ambiente le presente.
2. Funciones extrapersonales: las emociones permiten comunicar y controlar tanto el lenguaje verbal como el no verbal, que hace posible expresar el estado emocional frente a los demás. De esta manera, las conductas y expresiones que perciben los otros pueden influir en la manera de

comportarse, el trato que debe proporcionar y puede definir su acercamiento o su decisión de optar por alejarse.

3. Las emociones motivan: esto implica que hacen posible realizar un movimiento o una respuesta que pueda poner a salvo en una situación de peligro, por ejemplo, motivan para activar y presentar respuestas, para prevenir y anticiparse ante un acontecimiento.
4. Las emociones permiten comunicar: por medio de las expresiones verbales, no verbales y conductuales que se manifiestan al presentar una emoción, se puede transmitir información hacia los demás. La interpretación de las emociones puede resultar distorsionada o no, dependiendo de cómo la presente la persona.
5. Las emociones son un índice de señalamiento (valoración) de la información: otra función de las emociones es permitir que el sujeto perciba el evento como placentero o displacentero.

Por otro lado, según Reeve (referido por Chóliz; 2005), las funciones principales de las emociones son tres:

- 1) Funciones adaptativas: son las principales y su papel es preparar al organismo para que reaccione, presentando una conducta adecuada para las condiciones ambientales presentes, las cuales van dirigidas hacia un objetivo establecido.

Las funciones adaptativas permiten que el sujeto pueda habituarse al entorno en que se encuentra, así como al ambiente social.

- 2) Funciones sociales: las emociones permiten que el organismo presente tal conducta y comportamiento, para que el entorno pueda comprender el estado emocional en el que se encuentra la persona que lo externa. Las emociones que puede presentar un organismo influyen en la respuesta de los demás y en su comportamiento. El sujeto que está experimentando una determinada emoción va a provocar que las personas a su alrededor entiendan el mensaje, de acuerdo con sus expresiones corporales, faciales y conductuales, de esto va a depender la interacción del sujeto con el medio y el modo en que es percibido y tratado por los demás. Durante la interacción social, una emoción presente en una persona puede influir en el estado emocional de otra con quien interactúa o en el tono de la conversación, en la convivencia y en el intercambio de información.

- 3) Funciones motivacionales: para Chóliz (2005), la emoción siempre va de la mano con la motivación, ya que al estar una conducta cargada de emoción se lleva a cabo con más facilidad y con mayor impulso que una conducta que carece de emoción.

1.3 Origen de las emociones.

Este apartado está dedicado a poner énfasis en la parte del inicio de la expresión o percepción emocional, que es otro factor importante para entender uno de los temas principales de la presente investigación.

Según Esquivel (2001), la parte fisiológica tiene gran relevancia en el aspecto emocional. El autor menciona dos sistemas importantes que son: el sistema simpático y el parasimpático, que se encargan de reaccionar tanto en momentos de peligro como en diferentes momentos que se presentan en la vida diaria. Pone énfasis en que las respuestas fisiológicas surgen de manera automática ante la percepción del entorno, que el sistema nervioso central manda señales, ya sea para enfrentar o huir de la situación.

El sistema nervioso autónomo es el que se encarga de dar órdenes al organismo para que presente las reacciones fisiológicas características de las expresiones emocionales. Todo lo que surge dentro del organismo, el individuo no lo puede explicar detalladamente y lo explica solo a partir de lo que se percató.

Para Izard (referido por Palmero y cols.; 2002: 58), “las emociones pueden desencadenarse por muy diversas vías, tanto por procesos intra como interpersonales, en los que predominen bien los factores endógenos, bien los exógenos, y más comúnmente, la interacción de factores de origen neutral, afectivo y cognitivo”.

Las emociones tienen varias fuentes, que sirven como estímulos para desencadenar el tipo de emoción que se va a presentar. La vida de los seres humanos está llena de vivencias, experiencias, escenarios y personas con quienes se generan relaciones interpersonales; todos estos factores influyen para que, en algún momento del día, cualquiera de estos elementos lleve a presentar una emoción, dependiendo de la situación.

De acuerdo con la información que el cerebro percibe, poniendo más atención a la parte biológica, se va a presentar la respuesta ante cierto estímulo y con base en lo afectivo, las emociones van a presentarse como resultado de cómo perciba el sujeto la situación y qué tan agradable o desagradable le parezca.

Con base en la experiencia, en cada situación va a presentarse una emoción, ya que tiende a asociarse la situación actual en experiencias pasadas y así se va a presentar uno de los diferentes tipos de emoción.

Puede presentarse una vivencia que active la percepción agradable o desagradable del sujeto y, por consecuencia, este manifestaría una serie de sentimientos relacionados con sus experiencias que van de la mano con expresiones afectivas. De esta manera, al percibir una situación se activan procesos cognitivos que tienen la función de valorar la situación para asignarle una categoría y después, etiquetarla en relación con el juicio que hace la persona al respecto.

1.4 Principales teorías sobre las emociones.

Existen varias teorías sobre las emociones, que permiten entender mejor todo lo que conllevan y los aspectos que intervienen dentro del tema de las emociones.

Palmero y cols. (2002) toman en cuenta cuatro modelos teóricos de la psicología de la emoción, dentro de los cuales se encuentran los biológicos, los conductuales, las teorías cognitivas y las teorías social-constructivistas.

- a) Los modelos biológicos tienen sus bases en la obra de Darwin; las teorías neodarwinistas comparten la creencia de que las expresiones faciales son una de las principales representaciones de las emociones. Se presenta una gran diversidad de expresiones faciales de acuerdo con cada emoción, tales expresiones faciales son reconocidas a nivel universal y tienen la característica de ser de corta duración. Es característico que las expresiones correspondan a la emoción que el organismo presenta, de tal manera que el sujeto puede presentar la emoción que en el momento vive ante las personas de su alrededor.

Para Ekman (referido por Palmero y cols.; 2002), los sucesos que provocan una emoción van a depender de la cultura, dependiendo de la postura que se tenga acerca de los acontecimientos dará como resultado si la emoción se presenta o no y la intensidad con que lo hace.

Según Palmero y cols. (2002), en cada cultura se tienen diferentes maneras de pensar y de analizar las situaciones, si en una cultura ocurren acontecimientos que para las personas que los viven se perciben como gran generador de una emoción, tal vez para otra donde se manifiesten, a las personas no les va a generar el mismo tipo de emoción o con la misma intensidad.

Izard (referido por Palmero y cols.; 2002), propone que las emociones son innatas y universales, para él, las emociones se presentan desde el nacimiento, sin ser algo aprendido y son reconocidas por todos, sin importar la cultura, región, raza o lugar. Las reacciones faciales, ante una emoción, no requieren de algún tipo de conocimiento por parte del sujeto que las presenta, para él existen emociones principales de las emociones, que tienen que ver con la interacción social.

Este autor menciona que las expresiones faciales relacionadas con las emociones, tienen como función que los demás perciban la reacción afectiva que el sujeto está viviendo, que al momento de interactuar se entienda el trato que se debe proporcionar a cada persona al entender su estado emocional.

Según Plutchik (referido por Palmero y cols.; 2002), las emociones pueden ser un factor que contribuye a la supervivencia, ya que permiten al sujeto adaptarse a los cambios del ambiente. Las emociones requieren de factores o estímulos externos para ser activados, la sensibilidad que la persona presente ante los estímulos externos será heredada y dependerá de su percepción.

Para James (referido por Melamed; 2016: 16), “los cambios corporales siguen directamente la percepción del hecho, y nuestra sensación de esos mismos cambios mientras ocurren es la emoción”. La emoción es el resultado de la percepción que el sujeto hace de una reacción corporal, que fue consecuencia de un evento, la presencia de un objeto o un fenómeno.

Cuando el individuo se percata de la situación en la que se encuentra, el organismo presenta respuestas corporales que le generan cambios, los cuales son evidentes para el organismo y, por consecuencia, lo llevan a tener una sensación; esta, que llega como culminante, es a la que el autor llama emoción. El autor menciona en su teoría que, si el organismo no reaccionara de esta manera y no presentara reacciones o respuestas corporales, podría reaccionar de una manera cognitiva únicamente, pero no presentaría como tal una emoción.

b) Modelos conductuales: según Palmero y cols. (2002: 304), “Para J.B. Watson, las emociones son reacciones corporales a estímulos específicos”. Rescatando lo que plantea Watson, de acuerdo con el estímulo que el sujeto recibe y la manera en que lo interpreta, va a poder presentar o no una emoción.

Según Watson y Rayner (referidos por Palmero y cols.; 2002), de acuerdo con observaciones en recién nacidos, plantean que existen estímulos condicionados e incondicionados. Se entiende como estímulo incondicionado cuando ante este (ya sea una situación, fenómeno, objeto o acontecimiento) se presente una emoción, sin

ser antes aprendida, como algo innato. Por medio de un experimento con un niño pequeño, el autor plantea que las emociones ante estímulos se pueden manejar o alterar haciendo uso de otros estímulos y así, provocar emociones que no están presentes por medio de condicionamiento.

Bandura (referido por Palmero y cols.; 2002: 307), propone que “la conducta emocional puede aprenderse observando las reacciones emocionales de los otros y sus consecuencias”. En los seres humanos, influyen las reacciones emocionales de los demás ante diferentes situaciones para que el sujeto presente una emoción específica. Las respuestas emocionales ante estímulos pueden aprenderse observando a otros, las expresiones del modelo a quien se está observando influyen en el observador para que se genere un aprendizaje y adopte emociones que no presentaba ante ciertos estímulos.

En las teorías de los modelos conductuales, se afirma que las emociones pueden ser aprendidas por diferentes tipos de condicionamiento, así como por medio de la observación.

- c) Teorías cognitivas: presentan como factor principal el aspecto cognitivo en cuanto a la presencia de las emociones en un organismo. La cognición permite evaluar la situación para identificar si el sujeto la percibe como un beneficio o perjuicio y, como resultado, presentar una emoción que le permita sobrellevar la situación para poder adaptarse a los sucesos de su entorno.

Según Palmero y cols. (2002: 313), “los procesos valorativos no finalizan con la respuesta emocional, sino que continúan durante esta, influyendo constantemente sobre los procesos cognitivos”. Los procesos valorativos están estrechamente relacionados con la emoción y con la forma de reaccionar ante determinada situación, al momento de presenciar una vivencia comienzan a actuar los procesos valorativos para dar como resultado una emoción específica y subjetiva, luego de la emoción, los procesos valorativos vuelven a presentarse en el momento que el sujeto pretende reaccionar ante la situación, surgen con el objetivo de evaluar las posibles reacciones.

Mencionan Palmero y cols. (2002) que las emociones surgen de manera inevitable en los sujetos ante diferentes situaciones. Los seres humanos presentan una variedad de emociones a lo largo de su vida sin necesidad de realizar una evaluación cognitiva de la situación, aunque el sujeto, con ayuda de atención psicológica, pueda aprender a manejar su conducta emocional, las emociones van a seguir presentándose. Las emociones pueden entenderse sin ser verbalizarlas, por lo ya mencionado anteriormente, mediante todas las expresiones faciales, conductuales y la comunicación no verbal.

d) Teorías social-constructivistas: estas explican las emociones desde una diferente perspectiva, que involucra el aspecto sociocultural. Los factores socioculturales influyen en la expresión emocional de cada uno de los individuos. Según Parkinson (referido por Palmero y cols.; 2002: 320), “las

emociones son construcciones sociales que se vivencian dentro de un espacio interpersonal”.

Así, las emociones se presentan de acuerdo con las normas sociales, la cultura y las interacciones que mantiene el individuo con su entorno. La interacción social va a influir en la expresión emocional del individuo, así como su manera de percibir las situaciones y de actuar ante ellas. Las emociones, aun siendo innatas, van a poder moldearse de acuerdo con los factores sociales y culturales, esto puede ser para lograr la adaptación social y, por ende, la supervivencia.

Dentro de esta teoría, se menciona que la expresión emocional es regulada dependiendo de las culturas, ya que cada una tiene reglas que determinan cuándo y cómo se deben presentar o controlar las conductas relacionadas con la expresión emocional. Por lo tanto, existe variación entre la expresión emocional de hombres y mujeres. Ellas tienen mayor libertad social para demostrar sus emociones, por el contrario, los hombres son menos permisivos al expresar su estado emocional.

1.5 Tipos de emociones.

Todos los seres humanos experimentan emociones a cada momento, las cuales se expresan y se viven de diferente manera, por lo que implican distintas reacciones tanto corporales, como faciales y verbales.

Algunas emociones son universales y su expresión es igual en todas las culturas y poblaciones. Pero cada una es característica y fácil de reconocer.

Palmero y cols. (2002) clasifican las emociones en dos grupos. Las básicas, dentro de las cuales se encuentran: el miedo, la alegría, la sorpresa, la ira, la tristeza y el asco; por lo que se refiere a las emociones sociales, se encuentran: la culpa, la vergüenza, el orgullo, el enamoramiento, los celos, la envidia y la empatía.

a) Emociones básicas.

Se menciona dentro de las emociones el miedo. Mayr (referido por Palmero y cols.; 2002) proponía tres tipos de miedos: el no comunicativo, en el que se refería al miedo que se produce como reacción a seres no vivos, miedo interespecífico, que surge como consecuencia de otros animales y miedo intraespecífico, que se da como consecuencia de individuos de la misma especie.

Palmero y cols. (2002) mencionan que la principal función del miedo, es actuar en el organismo para que surja una conducta aversiva que le permita escapar o

evitar la situación. El miedo activa de manera automática la conducta de huida, escape, lucha o evitación. Mientras el organismo consiga adoptar tal conducta, se cree que se llegó al éxito, ya que es lo que se busca al localizar el fenómeno o situación que provoca el miedo.

Según Palmero y cols. (2002: 334), “el proceso de valoración asociado a la emoción de miedo tiene connotaciones de pérdida; tiene connotaciones de ocurrencia futura; y tiene características de inmediatez. El miedo se asocia a la supervivencia. Una situación en la que puede percibirse esta emoción es en la situación donde se encuentra la posibilidad de pérdida de vida, pérdida de la calidad de vida o un factor asociado, todo ser humano puede percibir miedo cuando se piensa en muerte, pero la sensación de peligro puede aumentar si la muerte se percibe como una situación próxima, es aquí donde se presenta el miedo”.

Los autores hablan de dos tipos de enfrentamiento que la persona presenta cuando se encuentra en una situación que le produce miedo: el activo es cuando la persona confía en su capacidad y sus recursos para afrontar la situación, así como dominarla, ya que le permiten tener el control para de esta manera evitar las consecuencias negativas. La activación pasiva es cuando el sujeto no se considera lo suficiente capaz para afrontarlo, por lo que tiende a minimizar la situación y solo protege su propia persona.

Otra de las emociones básicas es la alegría. Para Ekman, Izard y Plutchik (referidos por Palmero y cols.; 2002: 340), “la alegría es una emoción básica que se

caracteriza, por tanto, por poseer una importante dimensión innata; no obstante, al igual que en prácticamente todas las emociones, los desencadenantes que pueden evocar dicha emoción presentan una mayor influencia cultural”.

Esta emoción tiene gran influencia innata por lo que suele presentarse de manera automática, y expresarse de igual manera, pero los factores que influyen para que se presente están relacionados con el aspecto cultural. Según Palmero y cols. (2002), el sujeto realiza una valoración de la situación según las teorías cognitivas, y la emoción se presenta cuando se tiene la sensación de que las metas u objetivos que se plantearon están próximos a cumplirse, que se mantienen presentes, o que pueden recuperar y tener presentes.

Con relación a la emoción de la alegría, para Ekman y Friesen (referidos por Palmero y cols.; 2002), la alegría puede expresarse por medio de sonrisas; existen tres tipos, que son: la auténtica, la falsa y la miserable. Estos autores describen la sonrisa auténtica como la asociada a la emoción que el organismo presenta y que va a surgir como consecuencia de un suceso emocionalmente importante para el sujeto, la sonrisa falsa se presenta cuando el sujeto puede estar experimentando otra emoción, y la sonrisa miserable se manifiesta para enmascarar otra emoción, puede ser para ocultar emociones negativas y demostrar todo lo contrario.

Para Izard (referido por Palmero y cols.; 2002), la alegría se vivencia como una experiencia positiva, placentera y reforzante, según lo mencionado por el autor, la alegría permite que la persona se sienta feliz, cómoda, en un estado de bienestar y

pueda experimentar placer. De tal manera que una persona que experimenta tal emoción puede lograr sentirse más optimista sobre la vida, su curso y hasta los acontecimientos negativos que surgen a su alrededor.

Otra emoción básica, según Palmero y cols. (2002), es la sorpresa y aunque algunos autores no la consideran como una emoción, otros sí la toman en cuenta y la mencionan dentro de sus teorías. La sorpresa se considera como emoción básica y es la más breve, aparece de manera inmediata y desaparece con rapidez. Dentro de los causantes de que se presente la sorpresa, son situaciones desconocidas e inesperadas, eventos novedosos y la interrupción o fin inesperado de una actividad en curso.

Por otro lado, la ira es considerada una emoción básica. Según Aristóteles (referido por Palmero y cols.; 2002: 353), “la ira puede ser definida como la creencia que tenemos de haber sido indignamente ofendidos, lo que produce en nosotros un gran sentimiento de dolor, así como un deseo o impulso de venganza”. Esta emoción surge por medio de la interacción social y se presenta cuando el organismo se enfrenta a una situación que percibe como amenaza y siente la necesidad de actuar, puede surgir en todas las especies y su expresión puede ser muy similar.

Aunque la ira tiene que ver con la parte biológica, al momento en que el individuo hace una valoración de la situación y la percibe como injusta, o se da cuenta de que una meta no va a poder cumplirse a causa del propio individuo o de factores externos, también influye la cultura y el entorno social para que el sujeto

interprete la valoración y reaccione de una forma específica. La principal función de la ira es la autoprotección, ya sea de la integridad, de bienes materiales o aspectos personales del individuo.

Otra emoción es la tristeza. Según Palmero y cols. (2002), está relacionada con la pérdida de algo o de alguien, una situación de pérdida que puede ser permanente o la posible separación de algo o alguien importante para la persona que presenta la emoción, también se puede generar cuando la pérdida la vive alguien querido por la persona quien percibe tal emoción. La tristeza puede ocurrir en los tres tiempos: puede surgir cuando se presenta el recuerdo de la pérdida que ocurrió en el pasado, cuando se piensa en la pérdida que está ocurriendo en el presente, o cuando se tiene próxima la situación de pérdida y se piensa en ella y en que va a pasar, hablando del futuro.

La emoción de tristeza, para Palmero y cols. (2002), tiene relevancia en el entorno social, ya que permite a los demás darse cuenta de la situación del individuo y, de esa manera, entiendan y traten de brindar su apoyo y ayuda, así como generar cohesión si se trata de un grupo en el que se encuentra quien presenta tal emoción.

Según Palmero y cols. (2002), si se manifiesta una situación que represente pérdida para el individuo y no tiene los recursos para solucionar la situación, se percibe la emoción de miedo, pero puede pasar que el individuo se dé cuenta de que así nada puede solucionarse y con la sensación de no poder hacer nada, por consecuencia, puede llegar la emoción de tristeza, que puede desencadenar una

depresión como resultado de la falta de control y carencia de recursos para afrontar la situación.

Por último, en cuanto a las emociones básicas, según Palmero y cols. (2002: 366), “el asco es la respuesta emocional causada por la repugnancia que se tiene a alguna cosa o por una impresión desagradable causada por algo”. El asco se clasifica dentro de las emociones básicas, ya que las reacciones y expresiones de dicha emoción se consideran como universales. El asco es una respuesta ante situaciones desagradables, repugnantes o poco tolerables que representa un tipo de rechazo ante situaciones, objetos o seres vivos. La principal función del asco, según la describe Plutchik (referido por Palmero y cols.,2002), es la de evitar aspectos desagradables, y prepara al organismo para que ejecute conductas de rechazo hacia lo que le provoca la emoción.

Palmero y cols. (2002) mencionan otras emociones en un segundo tipo al que denominan emociones sociales. Dentro de este grupo, señalan la culpa, la vergüenza, el orgullo, la envidia, el enamoramiento, los celos y la empatía.

Retomando a los autores, la vergüenza es un estado que genera displacer, así como la sensación de querer desaparecer o esconderse, conlleva estados físicos como que la acción que se está realizando se interrumpa y que haya dificultad para hablar.

Siguiendo con el planteamiento, las personas que sienten culpa experimentan dolor que va relacionado con el objeto a quien se ha provocado daño o las causas que llevaron a la acción realizada.

Palmero y cols. (2002), al referirse al orgullo, proponen dos términos: el orgullo como evaluación de acciones propias, la que hace que el organismo se sienta bien consigo mismo por llevarlas a cabo, que generen en él un alto nivel de satisfacción.

Se habla también de Hubris, que es una especie de orgullo exagerado, en el que la persona se siente sumamente satisfecha consigo misma. Aunque para quienes presentan este tipo de orgullo puede resultar reforzante, puede provocar cierto tipo de rechazo por los demás, por el sentimiento que surge de superioridad.

Por otra parte, define Ortega (referido por Palmero y cols.; 2002: 396), “el enamoramiento como un estado anómalo de la atención, un estado inferior del espíritu o una imbecilidad transitoria”.

El autor define el enamoramiento de esa manera, ya que tal emoción permite que el ser querido ocupe gran parte del pensamiento y atención del individuo, hasta el punto en que puede ser afectada su capacidad de raciocinio.

Otra emoción que mencionan Palmero y cols. (2002), son los celos, esta emoción se presenta cuando el individuo percibe la posibilidad de que algo que aprecia o representa gran valor, corre peligro de perderse.

Pueden ocurrir varios tipos de celos, principalmente los que existen en una relación de pareja, donde se corre el riesgo de la existencia de una tercera persona que pueda poner en peligro la estabilidad de la pareja, pero puede presentarse la emoción en otras relaciones interpersonales como amistades, compañeros de trabajo o hermano.

En cuanto a la emoción denominada como envidia, Palmero y cols. (2002) mencionan que es difícil de aceptar, ya que se refiere a querer lo que otra persona ya tiene, a desear lo que otro individuo posee y de lo que se carece y se ansía tener, pero con lo que los demás sí pueden contar. Al aceptar que se presenta este tipo de emoción, puede implícitamente reconocer que siente cierta inferioridad comparado con el otro individuo, al no poseer lo que anhela.

El autor menciona dos tipos de envidia: la sana y la maliciosa; la primera es cuando se desea lo que otro tiene, pero no se tiene un pensamiento negativo hacia la otra persona, mientras que la segunda es cuando se desea que a la otra persona le vaya mal o se tienen pensamientos negativos hacia su persona.

Por último, Palmero y cols. (2002) mencionan que la empatía y la define como la capacidad de entender cómo se encuentran los demás y en función de lo entendido, actuar de una manera específica.

La empatía, siguiendo a los autores, se refiere a la capacidad que se tiene para escuchar, entender al otro y ponerse en su lugar, dependiendo la situación por la que está pasando. Para lograr presentar la emoción de empatía es necesario entender que existen diferentes puntos de vista, entender la situación por la que se está pasando, así como la postura que ocupa la persona y tomar en cuenta la postura analizando la situación para lograr entender la realidad que se vive.

Abordando cada una de las emociones, es más sencillo identificar cada una de ellas cuando se presenta en uno mismo o en los demás, para poder entender las conductas propias y ajenas, y de esta manera llevar a cabo relaciones interpersonales sanas, así como respetando las posturas de cada individuo, para así generar una mejor inteligencia emocional, también un trato adecuado hacia los demás.

Existen diferentes clasificaciones que considera el autor, las cuales tienen características que permiten identificarlas.

CAPITULO 2

MATERNIDAD

Para entender la palabra maternidad, es importante retomar todo el proceso que una mujer vive desde la concepción de un bebé hasta su nacimiento. Pero dicha condición no concluye en este ciclo; desde el momento en que la mujer se convierte en madre, una nueva etapa comienza y la responsabilidad de una nueva vida queda en sus manos.

El cuerpo de una mujer es perfecto para concebir, poder proteger y dar vida a un nuevo organismo. Está diseñado para mantener a salvo a un bebé mientras se forma cada parte de su pequeño cuerpo, para alimentarlo, mantenerlo a una temperatura correcta y proporcionarle los nutrimentos necesarios para su desarrollo.

2.1. Definición de maternidad.

Para Cáceres y cols. (2014), la maternidad es un fenómeno sociocultural complejo que va más allá de la gestación y el parto, comprende además aspectos psicológicos, sociales, culturales y afectivos.

Dentro de los aspectos psicológicos, se pueden encontrar los pensamientos que surgen en cuanto al bebé; se comienza a pensar no solamente en sí misma, sino en el ser que se ha creado, surgen pensamientos y preguntas sobre la experiencia

de su nacimiento, imaginarse los rasgos físicos que lo podrán caracterizar o su aspecto físico.

En cuanto a lo social, en la maternidad surgen grandes cambios: la mujer que se encuentra en esta etapa empieza a ser selectiva con los lugares que visita, ya que no todos favorecen la salud del bebé. La interacción con los demás puede sufrir modificaciones, puede ser menos frecuente a causa de conductas características del embarazo, como la presencia de cansancio.

Las relaciones interpersonales cambian, al ser madre, la mujer empieza a compartir tiempo y experiencias con otras mamás y se relaciona con madres de familia, ya que los intereses empiezan a cambiar y las prioridades son diferentes.

Respecto a la cultura, la maternidad influye en gran medida, ya que se toman en cuenta creencias, valores y costumbres que trascienden de generación en generación y por imitación se llevan a cabo; algunas de estas creencias se ponen en práctica durante el embarazo, otras pueden surgir en el nacimiento, en la etapa de lactancia, cuando el bebé empieza a crecer o a lo largo de su vida.

Referente a lo afectivo, la maternidad da pie a un amor incondicional que se crea por el vínculo entre madre e hijo. El hacerse responsable de una vida, cuidarla y protegerla en total entrega, el vínculo afectivo que se crea con los hijos comienza desde la concepción y se está reforzando a cada momento.

Dentro de cada uno de los procesos se experimentan diferentes cambios y aprendizajes, se viven nuevos contextos de los que no se tiene noción. Desde el embarazo, comienza una etapa desconocida para la mujer, que implica cambios en todos los aspectos, donde la mujer experimenta en el ámbito físico, en su entorno social y en sus relaciones interpersonales, así como sus hábitos.

2.1.1. Cambios en la mujer durante la maternidad.

Para Ramírez (2002), pueden definirse modificaciones generales (en todo el organismo) y modificaciones locales (aparato genital y pared abdominal).

Con respecto a lo que señala el autor en la etapa de la maternidad, la mujer embarazada sufre una cantidad de cambios en diferentes aspectos de su vida, dentro de los que presenta, se encuentran los físicos, emocionales y fisiológicos.

Menciona Ramírez (2002) que existen repercusiones en el sistema sensorial; en cuanto a la vista, existe la posibilidad de presentar falta de visión durante el embarazo, en lo que respecta al oído una disminución en la agudeza auditiva y, por último, el gusto que involucra la parte de la sensibilidad gustativa, comúnmente conocida como “antojos”.

Según Castillo (2007), la etapa de la maternidad comienza con el embarazo cuando la mujer experimenta una serie de emociones como la alegría; puede presentar tristeza, miedo y cambios relacionados con su vida sexual.

De acuerdo con el autor, una madre experimenta emociones y pensamientos por enfrentarse a una situación desconocida, se vive alegría por conocer al nuevo ser que está en su vientre, pero al mismo tiempo se vive miedo por no saber lo que va a ocurrir, por la incertidumbre de saber si su bebé tendrá complicaciones, problemas de salud o por los procedimientos que se van a llevar a cabo a la hora del parto. También vive un sentimiento de estar acompañada, a pesar de encontrarse solas.

Asimismo, cuando el bebé empieza a realizar movimientos dentro del vientre, la madre empieza a percibir más real el tener un ser vivo dentro de ella. En ese momento puede externar su sentir y los demás pueden percibir lo que está ocurriendo. La conexión entre el bebé y la madre se intensifica.

En esta etapa, se empieza a buscar un lugar para el futuro bebé en el entorno físico, comprar ropa para vestirlo, buscar un espacio donde pueda sentirse cómodo, Así como adquirir su cuna y pensar en su posible nombre que lo represente y le dé identidad.

Según este autor, en el momento justo después del nacimiento la madre y el bebé necesitan un momento de intimidad para reconocerse y terminar e formar ese vínculo que se genera durante los 9 meses.

Para el autor, los niños que no reciben cuidados maternos presentan como consecuencia, retraso en el aspecto mental y físico, así como debilidad al momento de poder afrontar una enfermedad.

Para Cornachione (2006), la mujer, durante el embarazo, empieza su etapa de maternidad, experimenta varios cambios físicos y corporales. Esto puede traer en ella percepciones distorsionadas que pueden impactar negativamente por su aspecto, asimismo, puede ocurrir que la mujer lo experimente como una etapa con transformaciones positivas, ya que este proceso le permite conocer su cuerpo y la capacidad que tiene para formar un nuevo ser, así como la propia femineidad que la caracteriza.

Para Castro (2007), la llegada de un hijo incluye la planeación de un espacio tanto físico como emocional. El asignarle un espacio en casa, la preparación de los padres durante 9 meses para la llegada del bebé, recrear las reglas que se tenían solamente en pareja para ahora planear la educación y desarrollo de un nuevo miembro que va a generar grandes cambios en el entorno, que era de pareja, pero pasará a ser familiar.

El nacimiento de un hijo genera grandes cambios en la dinámica de la pareja, nuevos hábitos desde el primer día que el bebé se encuentra en su nuevo hogar. Con la llegada de un hijo, la pareja adquiere una nueva y mayor responsabilidad que es tener a cargo una vida, llevar a ese bebé por el camino correcto, saber guiarlo y educarlo para que sea un buen ser humano.

Otro reto para los padres es saber compartir la responsabilidad, participar en el nuevo papel que están por desempeñar, antes de que se generen conflictos; trabajar por una colaboración mutua y apoyo incondicional.

El tema de maternidad es muy interesante: implica investigar sobre los cambios físicos, emocionales y hormonales que sufre la mujer y la naturaleza tan perfecta con que se crea por esa capacidad de dar vida y de mantenerla; de cuidar desde el inicio y durante 9 meses una vida y llevarla dentro de sí, así como de poderle brindar amor y protección.

2.1.2. Trastornos físicos y trastornos psíquicos.

Debido a que el embarazo es una etapa que la mujer desconoce y durante la cual se presenta una serie de cambios en diferentes áreas que la componen, esto puede traer consecuencias durante y después del embarazo.

Menciona Ramírez (2002) que, dentro de los cambios fisiológicos que la mujer sufre durante el embarazo, pueden presentarse trastornos en la circulación; como consecuencia, se pueden presentar cambios físicos como la hinchazón de pies y piernas, tiempos de tránsito más lentos y estreñimiento.

Las mujeres durante el embarazo sufren una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales. Para muchas, el embarazo puede resultar feliz y satisfactorio, pero en otros casos se pueden presentar tanto depresión como otros trastornos psíquicos.

Para Urbina y Villaseñor (2005), el papel de la mujer en su etapa de madre va a estar influido por su entorno social, su historia personal y experiencias vividas, su

relación de pareja y la relación que tiene con su contexto familiar. Durante el embarazo se generan preguntas sobre el futuro: ¿Cómo será el parto? ¿Cómo será el bebé? ¿Será el nacimiento un suceso rápido y fácil?

Los autores mencionan el trastorno de pica, que se puede presentar en las mujeres embarazadas, los síntomas se pueden manifestar cuando a la mujer le da por comer todo lo que esté en su alcance, pero esto se sale de control cuando empieza a comer piedras, tierra, arena u otros materiales.

Los autores toman en cuenta el trastorno de la depresión postparto como parte de los trastornos que pueden surgir con el embarazo; se caracteriza por los cambios de temperamento en las madres, la ansiedad, el miedo sin casusa justificada que presenta la mujer en cualquier momento después del parto. El riesgo de padecer depresión postparto es más grande cuando la mujer ya la ha presentado antes o ha presentado depresión mayor, dado que puede aumentar la probabilidad de recaída.

Para Mendoza y Saldivia (2015), la depresión postparto es la complicación psiquiátrica más frecuente en esta etapa. Se tiene un periodo identificado en el cual se presenta este tipo de perturbación, este periodo es durante los primeros 3 meses después del nacimiento del bebé. Los autores mencionan que la prevalencia del trastorno puede variar entre 10 y 20%, pero las cifras más altas en casos donde hay presencia de la depresión postparto es en mujeres adolescentes y las que presentan un nivel socioeconómico bajo.

Siguiendo con las autoras, la depresión post parto cuenta con la sintomatología de un episodio de depresión mayor y puede acompañarse de ideas obsesivas sobre el bienestar del recién nacido.

La depresión postparto puede tener desenlaces fatales como suicidio e infanticidio, que están asociados a la ausencia de tratamiento, a una depresión postparto severa o a una psicosis postparto. La duración del episodio depresivo puede afectar la relación madre-hijo y, de esta manera, intervenir en el desarrollo cognitivo y emocional del bebé.

Según afirman los autores, los factores que influyen en la presencia de este trastorno son de tipo psicosocial y es recomendable revisar, como factores de riesgo ante la depresión post parto, si existen antecedentes familiares de depresión, suicidio y otros trastornos psiquiátricos, ansiedad materna, falta de apoyo de la pareja o no vivir con este, ocurrencia de violencia doméstica o si se trata de un embarazo no deseado.

Postulan que, tras un estudio, los resultados arrojaron que se observa mayor probabilidad de presentar depresión postparto en el primer mes después del nacimiento y a esto se le atribuyen como causas la ansiedad por el embarazo, el cuidado del bebé y el apoyo psicosocial que la mujer presente.

Para abordar el trastorno y como principal tratamiento, el trabajo psicoterapéutico se considera como una opción adecuada, ya que no interfiere en el bebé como lo podrían hacer los tratamientos farmacéuticos en madres lactantes.

Por otra parte, Maldonado y Lartigue (2008) toman en cuenta el trastorno de ansiedad. Para ellos, la ansiedad excesiva que se presenta en la etapa del embarazo puede ocasionar sufrimiento y dificultades en el aspecto psicosocial, en su pareja, además de conflictos familiares y puede ocasionar problemas en la relación con su bebé.

Mencionan que la presencia de ansiedad durante el embarazo se relaciona con alteraciones en el bebé, como cambios en el desarrollo y movimientos del feto o bajo peso al nacer. La ansiedad puede provocar efectos en el bebé como cambios en su funcionamiento, comportamiento y estado emocional.

2.1.3. Relación entre madre y recién nacido.

Abordando el tema del vínculo existente entre la madre y su hijo, menciona Santos (2013) que la relación de estos dos seres no se inicia en el momento en que la mujer da a luz, sino que se empieza a crear desde que el bebé se encuentra en el vientre de su madre.

Al nacer, la relación solamente se refuerza, cuando piel con piel reafirman la idea de tenerse uno al otro. Siguiendo con el autor, rescata también las creencias

que se tenían en tiempos pasados, que la mujer era como un medio que se utilizaba para guardar en su vientre a un organismo nuevo. Con el paso del tiempo, el pensamiento que se tenía ante tal situación ha ido evolucionando y ahora se toma en cuenta que los cambios que ocurren en la mujer durante el embarazo pueden influir en el bebé y viceversa, que los dos organismos están comunicados.

Según el autor, la cercanía de la madre después de nacer lo ayuda a darse cuenta de que no está solo y reconocer la presencia materna para sentir tranquilidad al estar expuesto al exterior.

Dentro de las aportaciones teóricas que surgen sobre la relación madre-hijo, existen varias contribuciones que complementan tal tema. Quinteros (2016) cita a Winnicott, quien plasma en su teoría la importancia de la relación entre la madre y el bebé, cómo tal relación puede influir en el desarrollo del niño, ya que de lo anterior dependerá que este aprenda o no a vincularse con los demás. Winnicott menciona la importancia del lazo que se crea entre los dos organismos, estos lazos se refieren a la reacción de la madre ante las necesidades fisiológicas, pero sin dejar de lado la parte emocional que el bebé presenta.

El autor menciona que las acciones que la madre brinda al bebé son asimiladas no simplemente por sentir las, tiene que ver la manera en que se transmitan, ya sean las caricias, el mantenerlo cerca o interactuar con él; todo debe ser con el fin de que se sienta protegido y querido.

Quinteros (2016) cita a Bowlby, quien menciona en su teoría la importancia del apego entre el recién nacido y su madre, así como las consecuencias que puede traer la falta de este en la personalidad del bebé.

El apego está relacionado con las relaciones que la persona forme en un futuro con los demás. El autor asocia el apego con la sensación de protección con organismos de su misma especie. Esto ocurre cuando el sujeto se percibe en una situación de peligro y busca a alguien con quien pueda sentirse a salvo y seguro.

La misma autora cita a Ainsworth, quien propone en su teoría el término “sensibilidad materna”, que se refiere a la capacidad que tiene la mujer, al convertirse en madre, de prestar atención e interpretar las señales del bebé para, de esa manera, satisfacer la necesidad que se le ha presentado. No solamente toma en cuenta las necesidades fisiológicas, también involucra las afectivas; tal interpretación, según el autor, se logra por medio de la empatía que se desarrolla en la madre hacia el bebé.

“La calidad del apego es el producto de las respuestas del cuidador a las señales que el niño emite en su búsqueda de proximidad y contacto” (Ainsworth y cols., citado por Viguer y cols.; 2014: 179).

De acuerdo con los autores, según se hayan presentado las respuestas a las necesidades del bebé, será como se forme su personalidad en cuanto a la búsqueda de contacto o acercamiento con los demás.

Para Viguer y cols. (2014), la cercanía del bebé con los padres viceversa, va a influir directamente en la manera en que establezca en el futuro las relaciones interpersonales.

2.2. Enfermedad.

El proceso de enfermedad dentro de una familia contiene varios aspectos a considerar, que pueden influir en el estado y la interacción del sistema familiar y las relaciones entre los miembros de este.

Para López (2009), la enfermedad se presenta cuando algo en el organismo está funcionando de una manera incorrecta.

Según Fernández (2004), Cuando se presenta una situación de enfermedad dentro de una familia, puede afectar su funcionamiento; son varios aspectos los que cambian y que ponen en riesgo la estabilidad del sistema familiar. Asimismo, se pueden ver afectadas las relaciones entre los miembros de la familia.

El autor menciona diversos factores que influyen en el impacto que ocasiona la enfermedad en la familia, los cuales son la etapa del ciclo vital, la flexibilidad de los roles familiares, la cultura familiar, el nivel socioeconómico, la comunicación familiar, la capacidad del grupo familiar para la resolución de conflictos, el aislamiento y abandono, el conflicto de roles y límites, conflictos de pareja, problemas económicos, síndrome del cuidador, negación, cólera y miedo, así como ambivalencia afectiva.

En cuanto a la etapa del ciclo vital, el autor se refiere a la etapa que como familia se está viviendo, a los roles que se manejan dentro del sistema, el impacto de la enfermedad va a depender del momento en que la familia se encuentre y del tipo de enfermedad.

Por la flexibilidad de roles familiares. se refiere a que, en el caso de ocurrir una enfermedad, los roles existentes en el momento pueden ser cambiados o compartidos de acuerdo con la necesidad de quien padezca la enfermedad y de quienes se encuentran alrededor.

En cuanto a la cultura familiar, se refiere a las costumbres, creencias y valores que se practican dentro de la familia, de esto va a depender cómo se interpreta el proceso de la enfermedad.

Otro factor es el nivel socioeconómico, ya que va a ser diferente el impacto de una enfermedad en una familia con ingresos bajos que en una de un nivel socioeconómico alto.

Referente a la comunicación familiar, el autor menciona un término denominado “conspiración de silencio”, que consiste en no hacer saber al enfermo sobre su gravedad o su probabilidad de muerte, pero esto puede generar desconfianza en el paciente, ya que percibe que le ocultan información, pero no tiene

total seguridad; tal decisión no le permite despedirse de sus seres queridos o compartir tiempo con ellos.

Se debe tomar en cuenta la capacidad que tiene la familia para solucionar problemas de diferentes niveles de gravedad, de tal manera se puede tener una visión de cómo se va a tomar la situación.

Existe otro factor, llamado aislamiento y abandono, que es cuando los miembros de la familia se enfocan en el bienestar de la persona enferma y se aíslan para poder manejar la situación. Este factor puede propiciar que la atención que se daba a otros miembros de la familia se vea afectada.

Cuando existe confusión en la distribución de roles, se presta a que haya conflictos y el establecimiento de límites se descontrola, esto puede generar que los miembros no logren adaptarse a los nuevos roles y existan diferencias en el sistema familiar.

El padecimiento puede generar conflictos en la pareja, si se trata de enfermedad de los hijos, se puede centrar la atención en el hijo enfermo y descuidar el lazo que existe en la pareja.

Pueden surgir problemas económicos cuando se trata de una enfermedad crónica o grave, si se realizan tratamientos de alto precio o se requiere de medicamentos costosos.

El autor menciona el término de síndrome del cuidador, en que se caracteriza por diversos malestares, así como depresión y en ansiedad en algunos casos, como si se tratara de una transferencia por parte del enfermo a la persona que se encarga de su cuidado.

Además, menciona el factor de ambivalencia afectiva, que se refiere a los sentimientos encontrados que presentan los miembros de la familia respecto al familiar enfermo. Por un lado, esperan que el paciente se mejore y el tratamiento funcione, pero por otro, desean que ocurra la muerte y de esta manera quien está enfermo deje de sufrir.

Como último factor aparece la negación, que surge desde que los familiares se enteran de la enfermedad del paciente, cuando se da el diagnóstico no pueden creer tanto la familia del paciente como él mismo lo que está pasando y cuando están seguros del diagnóstico, tratan de buscar otras opiniones en espera de una mejor respuesta.

Siguiendo con el autor, la enfermedad puede considerarse como una crisis, debido a la capacidad que tiene para intervenir en un sistema familiar y romper con su organización.

Para Roccatagliata (2006), el proceso de enfermedad dentro de un núcleo familiar es sumamente complicado cuando un hijo es quien enferma. Durante el proceso se viven situaciones complicadas como puede ser el alejamiento o

distanciamiento entre la pareja, si existen más hijos puede ocurrir que el hermanito que padece la enfermedad sea el foco de total atención y que a los demás hijos se dejen a un lado o no se les preste la atención que necesitan.

Siguiendo con la autora puede ocurrir que, dentro de la situación, se asignen roles para sobrellevar la situación, y sea la madre quien se encargue del cuidado y atención en el proceso de la enfermedad, así como el padre se encargue de ser el proveedor de ingresos económicos para solventar los gastos que se generen.

Esta asignación de roles puede resultar funcional, pero puede afectar la relación conyugal, ya que en ocasiones el padre se refugia en el trabajo para así lograr evadir el dolor que la enfermedad produce y puede generar un alejamiento en la pareja.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Al llevar a cabo una investigación de cualquier tipo, es importante realizar una explicación detallada de la metodología que se utilizó, así como los conceptos relacionados. Es importante conocer el tipo de investigación, su estructura, los instrumentos o técnicas que se emplearon para recolectar la información, entre otros elementos. Tener en cuenta todos los aspectos mencionados puede mejorar el entendimiento, comprensión y credibilidad de la presente investigación.

3.1. Descripción metodológica.

Una investigación involucra todo un proceso para generar resultados y estructurarlos adecuadamente. Dentro de ella, se realiza la selección de un tema que al investigador le genere interés, se plantean objetivos, problemáticas y se planea la recolección de datos para obtener la información necesaria.

Según Hernández y cols. (2014: 4), “la investigación es un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno”. De acuerdo con este autor, la investigación conlleva una serie de pasos que se deben seguir para llegar a una recolección de datos sobre un fenómeno en específico que genera interés por parte del investigador.

Al realizar una investigación, es importante destacar el proceso que se siguió para llevarla a cabo, así como los fundamentos teóricos que respaldan cada paso. A continuación, se describe el tipo de investigación que se llevó a cabo para recolectar los datos y llegar a conclusiones certeras.

3.1.1. Tipo de enfoque.

La elección de un enfoque se da con el fin de tener un panorama inicial de cómo se va a realizar la investigación, se plantea si se quiere llegar a datos numéricos y concretos o se busca indagar para encontrar la mayor cantidad de información.

Para Cauas (referido por Morales; 2017), el enfoque dentro de la investigación se refiere al proceso que va a seguirse y a su estructura, tal proceso está integrado por la recolección, análisis e interpretación de los datos obtenidos por el investigador.

Según Hernández y cols. (2014: 4), “los enfoques cuantitativo y cualitativo emplean procesos cuidadosos, metódicos y empíricos en su esfuerzo para generar conocimiento”. Según estos autores, se utilizan cinco estrategias similares en los dos enfoques, las cuales son:

1. Realizar observación y evaluación de los fenómenos observados y que generan interés en el investigador.

2. Se proponen ideas o suposiciones como resultado de la investigación y evaluación previa.
3. Se presenta el fundamento de las ideas o suposiciones.
4. Se revisan las suposiciones o ideas y se analiza si tienen relación con el análisis y las pruebas.
5. Se proponen nuevas observaciones para aclarar, cambiar y fundamentar las suposiciones o generar nuevas ideas.

Dentro de la clasificación de enfoques, en una investigación existen tres tipos: el cualitativo, el cuantitativo y el mixto. En la presente investigación se optó por el enfoque cualitativo, ya que la investigación puede generar información importante y es necesario involucrar cada palabra que las personas que colaboran con la investigación puedan aportar.

Esta investigación sigue un enfoque cualitativo, ya que, al tratarse de un tema sobre las emociones y entendiendo que resulta algo subjetivo, es necesario conocer diferentes perspectivas, puntos de vista y vivencias para obtener resultados precisos.

Según Hernández y cols. (2014: 364), “la investigación cualitativa se enfoca a comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto”.

La investigación cualitativa se centra en abordar a personas que tengan relación con el fenómeno que se está estudiando, conocer su perspectiva, sus

experiencias, su punto de vista acerca del tema central y sus vivencias relacionadas con la investigación. En este tipo de enfoque se pretende estar presente dentro del contexto natural dónde se llevó a cabo la experiencia.

Dentro de la investigación cualitativa el proceso es diferente, no se sigue un orden tan estructurado, puede realizarse un paso y saltarse a otro, para después poder regresar al que quedó pendiente y el planteamiento de hipótesis puede realizarse durante diferentes etapas, ya sea antes, durante o después de la recolección de datos.

3.1.2. Tipo de diseño.

Para Hernández y cols. (2014: 128), “El término diseño se refiere al plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea”. El diseño es la manera en que se planea el proceso para recaudar la información deseada, la manera en que el investigador da estructura y visualiza el proceso de su investigación en el aspecto de obtener información que le será útil y que lo llevará a obtener o comparar los resultados. Dentro del diseño, se pretende encontrar la mejor manera de profundizar en la recolección de información y, así, obtener unos resultados más precisos, tomando en cuenta los inconvenientes que se pueden presentar al momento de llevarlo a la práctica.

En la presente investigación se realizó un estudio de caso, el cual se define como “la unidad básica de la investigación y puede tratarse de una persona, una

familia, una organización, etc. Requiere tratarse con profundidad, buscando el completo entendimiento de su naturaleza, sus circunstancias, su contexto y sus características, y debe ser descrito en detalle” (Gómez, citado por Ruiz; 2017: 88).

Se optó por realizar un estudio de caso, ya que, al ser una experiencia en particular, es interesante conocer la perspectiva y la vivencia contada por la persona misma. Conocer detalladamente las sensaciones, la descripción del proceso y de cada momento, así como la manera de sobrellevar la situación, tratándose de un tema que involucra varios sentimientos y aspectos fuertes que en la vida de cualquier ser humano pueden influir de manera subjetiva.

En la investigación no experimental “no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien las realiza” (Hernández y cols.; 2014: 152).

La presente investigación trata de un diseño no experimental, ya que no hay manipulación de variables, se trata de investigar y recolectar información por medio de las personas que experimentaron la situación, que presenciaron el escenario y pueden describir lo ocurrido detalladamente, de una manera subjetiva.

3.1.3. Tipo de estudio.

Para Peña (referido por Rodríguez; 2015: 68), “el tipo de estudio es el esquema general o marco estratégico que le da unidad, coherencia, secuencia y

sentido práctico a todas las actividades que se emprenden para buscar respuestas al problema y objetivos planteados”.

El tipo de estudio en una investigación, es una visión de la estructura y planeación de las actividades que se llevan a cabo para recaudar información que contribuya a lograr la resolución del problema, reunir datos y lograr los objetivos planteados. Dentro de los tipos de estudio, se encuentran el transeccional o transversal y el longitudinal o de tendencia.

Para Liu y Tucker (referidos por Hernández y cols.; 2014), el estudio transeccional o transversal, trata de la investigación en la que se recolectan datos en un solo momento, en una sola ocasión, para conocer los resultados del fenómeno. A diferencia del estudio longitudinal, el estudio transversal se utiliza cuando la investigación que se pretende hacer no pretende estudiar el fenómeno en momentos diferentes y periodos distintos. Solo en un momento dado y en una ocasión.

En la presente investigación, se realizó un estudio transversal, ya que la situación que se está considerando ocurrió en un solo tiempo, no se realizó la investigación durante varios periodos.

3.1.4. Tipo de alcance.

Sustentan Hernández y cols. (2014: 90) que “los alcances en una investigación más que ser una clasificación, constituyen un continuo de ‘causalidad’

que puede tener un estudio”. Según el tipo de alcance que se pretenda utilizar en la investigación, va a ser diseñado el plan para realizar las técnicas de recolección de datos, así como el escenario y los tiempos para llevar a cabo la investigación. Dentro de los tipos de alcance en la investigación no experimental, se toman en cuenta el exploratorio, el descriptivo y el comparativo.

El alcance descriptivo “busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Hernández y cols.; 2014: 80).

Dentro de la presente investigación, se optó por el tipo de estudio descriptivo, ya que el investigador requiere conocer detalladamente las vivencias de cada persona e indagar así en la experiencia personal, así como en la manera de llevar la situación que presenta cada participante, lo que implica estudiar la perspectiva de cada una de las personas hacia la misma situación.

3.1.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos.

Para obtener datos e información en una investigación, es necesario hacer uso de técnicas que funcionen como apoyo al proyecto en cuestión.

Se define como método de investigación, al “conjunto de procedimientos ordenados que permiten orientar la agudeza de la mente para descubrir y explicar una verdad” (Aguilera; 2013: 86). Dentro de una investigación, se sigue un orden

para lograr una estructura clara, de tal manera la información obtenida puede arrojar resultados definidos y precisos. Al cumplir con tal orden, se va a lograr el entendimiento de la información que lleve a una verdad que se ha estudiado.

Por otra parte, se define como técnica al “procedimiento típico, validado por la práctica, orientado generalmente a transformar la información útil para la solución de problemas de conocimiento en las disciplinas científicas” (Rojas; 2011: 278).

Elegir una técnica o instrumento permite al investigador visualizar la opción que le sería más útil para recolectar la información que necesita de acuerdo con el tema y al tipo de datos que se están buscando. Para Hernández y cols. (2014), un instrumento es un recurso o herramienta que el investigador emplea para recaudar datos o información importante para lograr el objetivo de la investigación.

Para el presente estudio, se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista. Esta es la técnica más factible, ya que al investigar un tema como el que se está abordando, es importante realizar la entrevista cara a cara, formular preguntas que en el momento se den y que puedan ayudar a que la información sea más productiva.

Para Hernández y cols. (2014: 403), “la entrevista se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (entrevistado) u otras (entrevistados).

Siguiendo con los autores, la entrevista es una conversación donde se generan preguntas y respuestas entre dos o más personas con el fin de intercambiar información.

Según Hernández y cols. (2014: 403), “las entrevistas se dividen en estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas o abiertas”.

En las primeras, se tiene como guía una serie de preguntas dentro del diseño de la entrevista, pero si al momento de realizarla surgen cuestionamientos que le generen interés al investigador, puede hacerlas.

Dentro de la entrevista pueden surgir dudas que al entrevistador le generen intriga, al encontrarse frente a la otra persona, puede cuestionar y de esa manera aclararlas. Puede surgir en el momento información que no había sido contemplada, pero que puede ser rescatada por el entrevistador. Por lo anterior, se puede guiar la conversación y así recaudar información importante, además, puede observar el lenguaje no verbal de la persona a quien se está entrevistando y el tono de voz o el énfasis de las palabras.

En la presente investigación se realizó una entrevista semiestructurada, ya que el entrevistador diseñó una serie de preguntas para la recolección de datos, pero dejó abierta la posibilidad de que durante, la entrevista, podía surgir información enriquecedora que podría ser de gran utilidad.

Para realizar la recolección de datos se utilizó como instrumento un guion de entrevista, que consta de una serie de preguntas, algunas de ellas fueron incorporadas al momento de entrevistar.

Los temas en que se clasifica la entrevista se consideraron con el objetivo de responder a todos los cuestionamientos que surgen de acuerdo con el tema de la presente investigación. Se toman en cuenta los motivos de ingreso del bebé al área de cuidados intensivos para conocer los antecedentes en cada uno de los casos, el tiempo de estancia para saber la duración que tuvo la situación tanto de las madres como de los bebés dentro del hospital y la descripción de la estancia, para profundizar en el trato que desde la perspectiva de la madre se proporcionaba hacia ella por parte del personal médico y enfermería.

Las emociones que la madre presenta durante la estancia es otro de los temas de gran importancia que se abordan dentro de las preguntas de la entrevista, así como la calidad de la información y otros aspectos que permiten indagar en el trato del personal y el lugar que se les da a las madres de los bebés en cada uno de los casos.

3.2. Selección de los casos.

Para la presente investigación se contactó a dos mujeres residentes de Uruapan, Michoacán. Como característica en común comparten la experiencia de

tener a su bebé internado en el área de U.N.C.I. en el Hospital General Regional de Uruapan, Michoacán.

Caso 1.

Es una mujer casada ama de casa, madre de 4 hijos. Una hija mayor de 22 años, un hijo de 18 años, un tercer hijo que en la actualidad tendría 16 años, pero a causa de negligencia médica falleció a los 10 meses de edad, por último, una bebé de 2 años.

Su hija mayor, al nacer, también tuvo problemas respiratorios, estuvo internada durante 14 días en incubadora, pero logró salir adelante; como consecuencia, tuvo problemas de asma al principio, pero con el paso del tiempo se recuperó. Solo en uno de sus hijos no se presentó ningún problema en el nacimiento.

Su tercer hijo quien falleció a los 10 meses a causa de una negligencia en Apatzingán, Michoacán; él falleció en una clínica particular. El bebé presentaba una gripa, pero sus padres se preocuparon y lo llevaron al médico para no medicarlo sin indicaciones de un profesional, lo llevaron a consulta con un doctor particular y le aplicaron una inyección que le provocó alergia y como consecuencia de esto, taquicardia durante la noche. A la mañana siguiente se volvió a llevar al bebé al doctor e indicó que se tenía que internar, se mantuvo con tratamiento y falleció.

Días después de la muerte del bebé, la madre del mismo se enteró que el médico le había administrado un medicamento muy fuerte para la edad tan corta de

10 meses. En esta situación, la madre vivió momentos difíciles en los cuales menciona que se quería morir, no le gustaba ver a los demás contentos porque creía que debían respetar el luto hacia su bebé. Llegó a reprochar por qué a otras mamás que no cuidaban a sus hijos o que no los trataban bien sí se les permitía cuidar de ellos, mientras que a ella que los protegía y que estaba sufriendo le había pasado eso.

Como cuarto y último embarazo, tuvo una hija que en la actualidad tiene 2 años de edad, durante la gestación tuvo complicaciones, ya que ingresó en 3 ocasiones al hospital y la mantuvieron internada por su estado de salud. Al momento de nacer, su bebé tuvo problemas para respirar y como consecuencia de esto se le colapsó un pulmón. Estuvo en el área de cuidados intensivos durante 9 días, en los cuales pasó por diversas emociones debido a las noticias que recibía de la salud de su bebé y con antecedentes de muerte y de estado de gravedad de sus partos anteriores; durante los 9 días tuvo variaciones en su nivel de gravedad hasta que llegó el punto en que por sí misma, con sus manitas se desconectó y pudo permanecer así, los doctores la dejaron así para observar sus reacciones y después de esto se recuperó y la dieron de alta.

La bebé ahora tiene 2 años y presenta complicaciones relacionadas con el asma, desde que salió del hospital toma medicamento y utiliza un nebulizador para el momento en que se presentan problemas respiratorios, le siguen dando citas en el Hospital Regional y en Morelia para observar avances y es probable que le adapten

un inhalador que, posiblemente, con el paso del tiempo pueda dejar, todavía no es un hecho que el asma se presente de por vida.

Caso 2.

Mujer casada, en ese momento laboraba en una guardería. Madre primigesta de 32 años de edad, en este caso se trata de un bebé varón, muy esperado por su familia. Tras 12 años de matrimonio y varios tratamientos por dificultades para concebir, surge el embarazo, con un control total y un proceso sano y normal.

El nacimiento fue en una clínica particular, no fue dentro del Hospital General Regional. El embarazo fue atendido por el pediatra de cabecera de la familia de la madre del bebé, poco antes de realizar el parto hubo la sensación de no sentir al bebé y la mujer fue a revisión, el pediatra de cabecera le dio la orden de realizar un ultrasonido dentro de dos semanas, pero ella sintió que era mucho tiempo para saber el porqué de la falta de movimiento de su bebé.

Al suceder esto decidió pedir una opinión externa, consulto a un médico general que era familiar suyo y que laboraba en una clínica particular. La madre del bebé se puso en contacto con el doctor de esta otra clínica e hicieron una cita, el doctor de la clínica la revisó y le ordenó hacer estudios pronto, el médico de la clínica generó confianza al igual que el familiar que en la clínica laboraba y los padres del bebé optaron por realizar el parto en tal clínica.

Al momento del parto no tuvo complicaciones, pero cuando se llevaron al bebé para limpiarlo fuera del quirófano sufrió un paro respiratorio, cuando entregaron al bebé a su familia los doctores dijeron que el bebé estaba bien, pero le pusieron un oxígeno por medio de una campana de oxígeno que, al momento en que se le retiraba, el bebé se ponía morado y se la tenían que volver a poner.

El nacimiento fue a las 10:00 a.m. y el bebé se trasladó al Hospital General Regional a las 6:00 p.m. durante ese tiempo a la mamá del bebé se le decía que estaban tratando de conseguir un pediatra externo para revisarlo, que había que esperar y que se le iba a pasar.

A las 6:00 p.m. se trasladó al Hospital Regional de Uruapan, la madre del bebé se quedó en la clínica y fue dada de alta al siguiente día, desde que se llevaron al bebé ella no volvió a verlo, el doctor de la clínica le decía que estaba en contacto con el hospital y que su bebé estaba bien, que ya lo habían controlado y ella se quedó con esta información.

Al ser dada de alta, la madre del bebé se trasladó al hospital para saber sobre la salud de su hijo e ir por él, pues según ella y la información que tenía, el bebé ya estaba bien y se lo podría llevar a casa.

Al llegar al hospital, los pediatras le dicen que su bebé está agonizando y le reprochan atenderse en una clínica que no era reconocida, estando hospitales como el IMSS y el Hospital Regional.

Tras la desesperación de solo estar en espera y de no recibir información completa, se contacta a un pediatra de fuera, recomendado, que resulta ser el director de pediatría del mismo hospital, pero no tiene permiso para poder intervenir cuando no está dentro de su turno que es solo entre semana, por lo cual se busca el permiso para que este pediatra pueda entrar y revisar al bebé, cuando él llega explica las causas del padecimiento del bebé y que es lo que está pasando, explica también que el bebé tiene 15% de probabilidades de vivir.

El bebé permanece hospitalizado durante 22 días, todo el tiempo se mantuvo en el área de mayor gravedad y solo el último día en el estado de menor gravedad para poder darlo de alta.

Al dar de alta al bebé, que ya se encontraba bien de salud, no se le proporcionaron medicamentos ni tanque de oxígeno, solo se le dio un pase para el DIF municipal, donde se le daría atención de estimulación temprana porque era posible que a causa de permanecer sedado y con respirador artificial por tanto tiempo, podría presentar problemas a largo plazo. El bebé en la actualidad tiene 2 años y su desarrollo es completamente normal, se atrasa un poquito respecto a la edad promedio, pero es un periodo corto.

Para recolectar los datos, se diseñó una entrevista semiestructurada que consta de una serie de preguntas enfocadas en los motivos de ingreso del bebé al hospital, en las emociones que durante todo el proceso se presentaron, en la atención del personal y la calidad de la información que ellos brindan a las madres.

3.3. Descripción del proceso de investigación.

Se logró contactar a las 2 madres y se realizó la entrevista a cada una por separado, se llevó a cabo un estudio de caso. A pesar de haber permanecido en el mismo hospital, las causas no fueron completamente las mismas, el periodo de tiempo fue diferente, las condiciones en que ingresaron y la experiencia personal es diferente por la manera en que cada una percibe la situación.

En el primer caso se realizó una sesión de 1 hora y 30 minutos, la entrevista se llevó a cabo en casa de la madre del primer caso.

En el segundo caso se realizaron dos sesiones, la primera con una duración de 60 minutos y la segunda, de 30 minutos, la primera entrevista se llevó a cabo en la casa de un familiar de la madre del bebé y la segunda, en la casa de la madre del bebé.

3.4. Análisis e interpretación de resultados.

Para facilitar el análisis de resultados, la información se organizó de acuerdo con la propuesta de sistematización y análisis de datos cualitativos de González (citado por Mejía y Sandoval; 1998), quien menciona que, dentro de una investigación de carácter cualitativo, se debe seguir un proceso inductivo para el manejo de los datos en donde el investigador inicia recolectando datos con base en instrumentos abiertos, para después construir categorías y proposiciones teóricas.

Dentro del proceso anteriormente mencionado, se asevera que primero es necesario seguir una serie de pasos que se describen enseguida (Mejía y Sandoval; 1998):

- **Conceptualización:** en este paso se puede aplicar la técnica TKJ, en donde se le pide al sujeto que describa en hojas pequeñas, las ideas que responden a ciertas preguntas abiertas que conforman el cuestionario o entrevista, señalando en la parte superior derecha, de la hoja el número de la pregunta a la cual responde.
- **Categorización:** Todas las unidades de análisis deben estar incluidas en categorías. Al asignar el nombre a estas, se debe evitar que sean el resultado de una interpretación personal.

- Organización: En este proceso se intenta conocer una organización lógica de categorías y subcategorías, las cuales serán plasmadas al final en un mapa conceptual.
- Estructuración: Este consiste en elaborar un esquema en el que se incluyan de manera gráfica las categorías y subcategorías organizadas.

Por último, en la propuesta de González (referido por Mejía y Sandoval; 1998), para el análisis e interpretación de datos, de forma vertical, se siguen las categorías y subcategorías en el orden de mayor a menor número de datos y personas que las aportaron, con el fin de saber cuáles son los patrones más relevantes incluidos en las respuestas.

El análisis e interpretación de resultados de la presente investigación se realizó con base en los datos obtenidos por medio de un estudio de caso a dos madres que experimentaron el tener internado a su bebé en el área Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales dentro del Hospital Regional de Uruapan, Michoacán. A las madres se les aplicó un par de entrevistas para conocer la experiencia de cada una, así como su percepción de la situación y la influencia del personal del sector salud en su estado emocional.

Para lograr una clasificación más clara de ambos casos, se tomaron en cuenta diferentes categorías: atención del personal del sector salud, en la cual se describe el trato de médicos pediatras y enfermeras hacia las madres de los bebés. Las

emociones que la madre presentó durante la estancia del bebé en el área Unidad Neonatal de Cuidados Intensivos, y el trato del personal hacia los bebés internos.

1. Categoría: Atención del personal desde la perspectiva de las madres.

- a) Enfermeras grupo A.
- b) Enfermeras grupo B.
- c) Pediatras de fin de semana.
- d) Pediatras entre semana.

2. Categoría: Calidad de la información por parte del personal.

- a) Pediatras de fin de semana.
- b) Pediatras entre semana.

3. Categoría: Emociones que surgen en las madres a partir del trato del personal durante la estancia del bebé en el hospital.

- a) Emociones básicas.
- b) Emociones sociales.

3.4.1. Atención del personal desde la perspectiva de las madres de los bebés.

En la primera categoría se describe cómo fue el trato del personal del sector salud hacia dos madres de bebés internos en el área de cuidados intensivos, y cómo ellas describen su estancia y su percepción hacia la atención de médicos y enfermeras en esta área.

a) Enfermeras grupo A.

Dentro del grupo A se clasifica a las enfermeras que brindaban un trato percibido como desfavorable por las madres de los bebés.

Caso 1.

La madre del primer caso narra una ocasión en que, respetando el horario de visita que maneja el hospital, al acceder al área de cuidados intensivos, se encontró con una manchita de sangre en la naricita de su bebé, razón por la cual le preguntó a una enfermera si puede acercarse para limpiar su carita, pero, al hacerlo, la enfermera reaccionó de una manera inesperada y le cuestionó la razón de la manchita, culpándola por tal suceso.

Al final del relato la mamá del bebé menciona que, a pesar de lo ocurrido, no se atreve a responder ni a defenderse, por evitar roces con la enfermera que puedan traer consecuencias negativas para su bebé.

“Hubo una ocasión en la que iba llegando yo y haz de cuenta de que le digo a la enfermera: señorita ¿puedo yo limpiarle su naricita con una toallita húmeda?, y la enfermera contesta: ¿Por qué? ¿Qué tiene?; le digo: es que tiene sangrita... y se quedó... es que los acabamos de asear, no tiene por qué.¿Qué le hizo?, le digo: mire, yo voy entrando y la sangrita está seca, o sea, (y tiene la cicatriz aquí en la naricita donde le lastimaron y le abrieron aquí el porito) y le digo: pues yo qué le voy

a hacer, pues yo no quiero ni que el aire le pegue, o sea, yo con cuidadito todo para a la hora de limpiarlos con mucho cuidado, imagínese que yo le voy a... , no pues qué raro porque los acabamos de asear, y yo callada ¿no? porque pues qué más puedo hacer, ahora sí que como dicen por ahí el mal lo hago para la niña, para qué vamos a entrar en polémicas”.

En esta situación, la mamá del bebé describe una sensación relacionada con la ira, ya que, de acuerdo con la teoría, tal emoción se manifiesta cuando ocurre una situación en la que el individuo pueda sentirse ofendido por alguien, esto sucede con la mamá del bebé cuando la enfermera hace comentarios culpándola de lo que había pasado con el menor.

Durante el día, el hospital maneja ciertos horarios en que las mamás pueden pasar a estar con sus bebés y permanecer con ellos un tiempo, referente a eso menciona la mamá del bebé.

“En ocasiones nos faltaban 15 minutos y ya nos estaban sacando cuando entrábamos a ver a nuestros bebés: ya, ya, ya, vámonos para afuera y...afectan a su bebé y no vengan todas tristes porque... pero ¿Cómo no vamos a venir tristes? Si en lugar de, como te digo, darnos una noticia alentadora, darnos ánimos, nos deprimen y pues si vamos llegando”.

“Cuando entraba a ver a mi bebé me decían: no llore, eso le hace daño a su bebé”. Sí, pues, hay cosas que de repente uno no puede evitar”.

A pesar de la espera de 9 meses para conocer a su bebé, después del nacimiento la madre se encontraba limitada por órdenes que le daban las enfermeras del hospital para pasar tiempo con su hijo. En un momento tan crucial se le pedía ocultar sus emociones, esto hacía todavía más difícil el contexto. La madre sufría por ver a su bebé en ese estado y las enfermeras no le permitían externar las emociones ni vivir su proceso de manera natural.

Caso 2.

La madre del segundo caso narra la situación que vivió desde el momento en que ingresó por primera vez al área de cuidados intensivos para visitar a su bebé y estar con él un momento, después de separarse a tan solo unas horas de nacido.

“Al principio, ese fin de semana que ingresé las enfermeras que estaban me decían: no, no, no, no lo toque, su hijo está muy delicado y tiene muchos aparatos y no es bueno que lo toque, lo puede inquietar y no sé qué y no sé cuánto. A pesar de que él estaba sedado no me dejaron, y pues yo entraba y me le acercaba un ratito, no me dejaban tocarlo, no me dejaban acercármele, me decían que ni siquiera abriera las puertitas de la incubadora”.

Mencionan Guerra y Muñoz (2013: 85), que “el apego madre- recién nacido es una relación que tiene efectos profundos en el desarrollo físico, psicológico e intelectual del recién nacido”.

Las enfermeras del grupo A prohibían el acercamiento al bebé, al tener tan pocas horas de nacido era muy importante la cercanía entre madre-hijo para seguir formando ese vínculo, que es parte importante en el aspecto psicológico del ser humano en las primeras etapas.

“Me decían que le afectaba tanto virus, tanto todo lo que pudiera entrar por las puertitas que yo le abría, que no le hablara porque lo inquietaba, que ahí nada más lo viera un ratito y me saliera, así que el contacto al principio, no”.

En ambos casos las enfermeras clasificadas en el grupo A presentaban un trato percibido como poco empático y grosero, así como poco paciente y desagradable. En la descripción de ambas mujeres se puede notar la percepción que tenían del grupo de enfermeras antes mencionado.

b) Enfermeras grupo B.

En el grupo B se clasifica a las enfermeras que proporcionaban un buen trato a las madres de los bebés, así como palabras de aliento y apoyo emocional, mostraban empatía.

Caso 1.

En el primer caso, la madre del bebé describe el trato que recibe de las enfermeras del grupo B al pasar al área de cuidados intensivos para ver a su bebé.

“Había una enfermera que de repente, como todo el tiempo estaba de buenas y nos daba chance en cuanto al tiempo de estar con nuestros bebés”.

Dentro del contexto que se vivía en el área Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales alguien que se encontraba en un buen estado emocional podía transmitir eso a las mamás que pasaban por una situación difícil.

Recibir un buen trato y palabras reconfortantes de parte del personal era un factor importante para mejorar el estado emocional de las madres de los pacientes.

Caso 2.

En el caso 2, el bebé ingresó al hospital un viernes por la tarde y fue al siguiente día el sábado que ingresó su mamá a pedir los primeros informes del estado de salud de su bebé, después del trato que recibió con las pediatras del fin de semana describe un cambio totalmente diferente.

“Ya el lunes, la enfermera que entró en la mañana, me dijo: señora, pero ¿por qué usted no se le acerca? Usted agárrelo, háblele, es muy importante que usted le hable, que la sienta para que él le eche ganas; a partir de ahí fue que yo empecé a tener contacto con él. Porque ella me dijo que sí podía, que de hecho le ayudaba mucho a él el contacto conmigo y mi voz y todo”.

Al llegar el lunes hubo cambio de personal y la enfermera que llegó en turno estaba de acuerdo con el bienestar que provoca la voz y el contacto de la madre con su bebé. Por otra parte, el poder acercarse le generó tranquilidad ya que no había podido compartir tiempo con su bebé desde su nacimiento y se separaron solo unas horas después de ella dar a luz.

En el segundo caso, la mamá del bebé describe el cambio que percibió con respecto al personal de enfermería que se encuentra al cuidado de los bebés los días entre semana.

“Había unas muy muy amables, demasiado amables y pues si cuando te topas con este tipo de personas en una situación tan fea pues si te cambia la cara, te hace sentir un poquito mejor. Pero por lo regular la más amable era la que estaba en el área de salida, donde ya los niños nada más están agarrando peso para poderlos dar de alta y con ella casi nunca me tocó, pero ella si ella siempre bien risueña y bien amable y así”.

Se encontraban en el área de cuidados intensivos enfermeras que aparte de proporcionarles a los bebés los cuidados pertinentes en cuanto a su salud, también trataban de mostrar amabilidad y transmitir actitudes positivas a las madres que pasaban por momentos difíciles.

En ambos casos mencionan comentarios favorables de las enfermeras del grupo B. Había enfermeras que según las madres entrevistadas, realizaban bien su

labor, pero de igual manera trataban de buscar palabras adecuadas para dirigirse a ellas, entendiendo la situación que estaban viviendo.

c) Pediatras de fin de semana.

Las madres en los dos casos mencionan que los pediatras del fin de semana no tenían un trato cordial al momento de tratar con ellas, al proporcionarles información sobre el estado de sus bebés, hacían comentarios hirientes que podían hacerlas sentir mal y causar pensamientos negativos, así como pensar que su bebé no iba a recuperarse.

Caso 1.

La madre del primer caso habla sobre el trato del personal antes mencionado, cuenta la experiencia de una ocasión en que después de recibir noticias desalentadoras y escuchar sobre un estado de salud muy grave, le comunican que su bebé se desconectó del aparato que le ayudaba a mantenerse estable, a pesar de esto y respirando por sí misma, la bebé siguió adelante.

“Esta otra doctora que era la de los fines de semana si era muy drástica, la verdad, sí, y te quedas como diciendo: es que yo no sé por qué me dice esto cuando yo veo y es algo diferente, o sea, no sé, no entiendo”.

“Donde la pediatra me está diciendo que mi bebé está agonizando y de repente se desconecta y sigue respirando bien. Quizás ella queriéndonos preparar para si llegara a pasar ¿no? pero yo te digo en lo personal, pienso yo que al contrario, tienen que darnos ánimo de que vamos a salir y que todo va a salir bien y no prepararnos ya para lo peor”.

El no recibir palabras que la convencieran de pensar en una posible recuperación de su bebé, era el principal punto de atención de la mamá, ella necesitaba palabras de aliento y más aún después de observar cambios favorables en el estado del paciente, esperaba que la doctora fuera capaz de notar los avances y señalarlos, así como cambiar su actitud al ver respuestas favorables al tratamiento.

Caso 2.

En el segundo caso, el bebé se trasladó de una clínica particular con antecedentes poco favorables. Al pedir información sobre el estado de salud de su bebé, menciona el trato que recibe por parte del personal de pediatría que corresponde al fin de semana.

“Me hacían sentir culpable la pediatra o las pediatras del fin de semana. Las del fin de semana eran dos y una era más o menos, pero era amable cuando estaba sola porque cuando estaba acompañada de la que según yo sé que era la mera encargada del fin de semana, las dos eran una porquería, pero la otra era la peor”.

En el caso 2 la madre del bebé menciona la culpa, debido a que llegó el fin de semana y se encontraban como responsables las pediatras del grupo B, consideradas como poco amables, al conocer el antecedente de lo que había pasado con el bebé, la culparon por la decisión tomada de realizar el parto en la clínica en que se llevó a cabo.

Narra las palabras que se utilizaban para dirigirse a ella y la manera en que se les proporcionaba la información sobre los bebés. Si había avances en la salud del bebé no los hacía notables y le daba más peso a la parte negativa de la situación, así como a mantener el pensamiento en la gravedad del bebé.

“No tenía tacto para nada, siempre te regañaba, te decía... a mí me llegó a decir, pues...tu hijo se va a morir, tu hijo se está muriendo, no va a sobrevivir”.

“La siguiente semana que mi hijo mostró mucha mejoría y que ya no tenía el aparato ese más pesado y más complicado y más fuerte y que también le afectaba a la larga, pues obviamente era una mejoría muy grande. Y me dijo: pues evidentemente tu hijo ha mostrado mucha mejoría, pero eso no quiere decir que se vaya a salvar. Su hijo de todos modos está en mucho peligro, vete haciendo a la idea, mostró mejoría, pero eso no quiere decir nada, o sea, que de parte de ella nunca te decía algo bueno. ¡Jamás!”.

“Yo siento que les falta como tacto, no sé porque al estar en esos lugares se vuelven frías, se vuelven no sé sienten que uno les va a pedir regalado, que porque

es gratuito tienen derecho de tratarte como ellos quieren. Porque es el trato, la manera de explicarte las cosas, o no explicarte primero te regañan”.

“Para mí hasta el estrés se sentía a tope el fin de semana”.

En ambos casos, el trato del personal de fin de semana es muy específico y se percibe como negativo por parte de los pediatras de esos días, las entrevistadas describen detalladamente las palabras hirientes que recibían por parte del personal.

Era complicado para ellas pedir información sobre el estado de salud de sus bebés, ya que recibían noticias con palabras ofensivas, y a pesar de tener avances favorables, estos parecían ignorados por el personal, para resaltar y poner atención solo en el peligro que existía.

La madre menciona la ocasión en que ingresó al hospital y por el impulso de la desesperación, por hacer algo más al saber la gravedad de su bebé, contactó a un doctor de manera externa, para hacer lo posible por llevarlo al hospital para que revisara al bebé, por tal motivo, menciona las consecuencias que tuvo este acto.

“Yo tuve ciertos roces con ella porque tuve la posibilidad económica de mandar pedir un pediatra externo, que realmente no era tan externo pues, ya supe después que ese pediatra que mandamos llamar externamente era el encargado de esa área.

A él no le dijeron nada, con él no hubo problema, pero a mí me odió esa señora del fin de semana. A mí me odió porque si, ¿a poco no confiaba en lo que me estaba diciendo? Que si la creían poca cosa en lo que estaba haciendo como para haber traído a otro”.

d) Pediatras de entre semana.

En los pediatras que laboran entre semana, las madres perciben un trato diferente, dan mucho énfasis a las palabras que les generan esperanzas en que sus bebés van a recuperarse. Los pediatras que correspondían a los turnos entre semana hacían comentarios alentadores, esto impulsaba a las mamás a seguir adelante con sus bebés y restarle importancia a los comentarios del fin de semana.

Caso 1.

Se trata del personal de pediatría del grupo que laboraba entre semana y la mamá del primer caso describe el trato que recibía de esta parte del sector salud.

“Esta doctora que no recuerdo su nombre, que era la que nos alentaba un poquito nos decía: yo veo que ya su bebé ya está estable y primeramente Dios y así”.

Brindar apoyo emocional a las madres de los bebés resulta un factor muy importante, para que pongan de su parte y le transmitan seguridad de que se va a

poner bien, pensamientos positivos generan un impulso para seguir y no rendirse fácilmente ante la situación.

Caso 2.

En el segundo caso el trato del personal durante la semana se describe de una manera diferente, el recibir información como algo más llevadero y las palabras más alentadoras de los pediatras.

“Yo con todos me sentía bien, entre semana, ninguno durante los primeros días me dijo: tú bebé está bien o tu bebé vas a ver que se va a poner muy bien. Siempre me decían, la de la tarde luego tenía mucho tacto y me decía: tú échale ganas, está grave, el hecho de que pueda respirar por sí solo no quiere decir que está bien, está grave pero tú pídele a Dios, tú encomiéndatele a quien tú le tengas fe, tú pide por tu niño y que se siga mejorando para que le podamos quitar el ventilador. Ahí, ahí sí te voy a poder decir que ya salió de la gravedad porque ya nada más es el respirador artificial. Y así los de la mañana igual”.

Cuidar el tacto para brindar información podía influir en la manera de entender la que estaba pasando y así sobrellevar lo que ocurría en el contexto.

3.4.2. Emociones que las madres presentan durante la estancia del bebé en el hospital.

Las emociones se presentan como resultados ante estímulos que el sujeto pueda evaluar como agradables o desagradables. Se pueden expresar de diferentes maneras al exterior y los demás pueden percibir la presencia de las emociones en otro individuo.

a) Emociones básicas.

De acuerdo con la teoría expuesta por Palmero y cols. (2002), se forma una clasificación de las emociones y se divide en dos grupos, las principales son las emociones básicas, que se presentan de manera innata, pero su aparición va a depender del contexto y de cómo la persona lo evalúe.

Caso 1.

Al pensar en el momento en que su hija iba a nacer, la madre describe las emociones que recuerda haber presentado.

La emoción que vivió en el nacimiento de su hija fue de alegría, era una hija muy esperada y después de haber estado por tres ocasiones interna por malestar durante el embarazo, el saber que había nacido era reconfortante.

“Cuando ya voy a conocer a mi niña pues mucha emoción por verla, al menos yo mi bebé fue esperadísima, al menos yo estuve mal en 3 ocasiones, estuve internada. Entonces yo ya lo que deseaba era tener a mi bebé es algo que sí, yo quería abrazarla”.

Presenta emociones durante el tiempo en que su bebé permanece interna en el hospital.

“Yo me sentía feliz, luego yo salía y le decía a mis hermanas, a mi mamá: le toco su manita y yo la veo como que sabe quién soy, porque aunque no abría sus ojitos, yo sentía como que ella estaba contenta”.

Vivía momentos de alegría al estar cerca de su bebé y percibir la misma emoción en ella al sentirla cerca. Al tener a su bebé en brazos y entender en su rostro la expresión facial de bienestar y de alegría; al ser una emoción básica, las expresiones faciales son universales y se reconocen fácilmente, era la manera en que la mamá identificaba tal emoción y podía sentirla para poder presentarla también.

Durante su estancia en el hospital se presentaban diferentes emociones dependiendo lo que ocurría, en determinados momentos la madre también sentía tristeza.

“De repente triste porque pues ver a mi bebé tan chiquitita y ya con esos tubos, como que se confunde uno con muchas emociones a la vez. Yo de repente no hallaba si llorar, bueno, no llorar porque no podía uno”.

“Y en ocasiones que de repente llegaba y nada, la veía tristecita como queriendo llorar, todo eso lo llenaba a uno aparte de sentimiento porque no puedes hacer nada, esperar y esperar”.

La tristeza es también considerada como emoción básica, sus expresiones son universales y se conocen en todas las culturas, la madre percibía emociones en su hija que le provocaban cambiar su estado de ánimo. La tristeza se relaciona con pérdida y al ver a su bebé conectada a aparatos y sin responder ni abrir los ojos, aunado a los comentarios del personal; esto le generaba una sensación de posible pérdida.

En un momento se presentó la emoción de sorpresa ya que ocurrió algo inesperado.

“Donde ella me está diciendo que está agonizando y de repente ella se desconecta y sigue respirando bien”.

Existe la presencia de sorpresa al momento en que inesperadamente su hija se desconecta por accidente con su manita y permanece respirando por sí misma, le

comentan los doctores y es la reacción de la madre al ser un evento que no se imagina y de repente sucede.

Es algo inesperado porque la madre está al tanto de la gravedad de su hija, en un momento le comentan que su hija accidentalmente se desconectó, pero, al contrario de afectarle, la bebé reacciona bien y puede permanecer desconectada y respirando por sí misma.

En ocasiones se presentaba la emoción de miedo que tiene relación con la supervivencia, en este caso se encontraba en juego el bienestar de su hija.

“Me decía una: es que señora hay que quejarnos, yo le decía: es que yo no puedo hacerlo porque mi bebé sigue aquí y yo me voy a mi casa y mi bebé aquí se queda y ahora sí que desgraciadamente hemos visto tantas cosas, que yo en lo personal yo no estoy de acuerdo, porque digo todos somos iguales. Entonces mientras sí o no mejor me quedo callada”.

Al momento de dar de alta a su bebé en el hospital, la mamá del caso 1 menciona la presencia de las siguientes emociones:

“Me sentía feliz porque ya la tenía, pero tenía miedo de que me le pudiera pasar algo, como a los 2 o 3 días de que ya la teníamos en la casa empezó a llorar y a llorar y a llorar y yo ¿qué hago?, mi mamá buscándole en la cama a ver si no le había picado algo, comer no quiere, o sea... ¡Ay! Dios mío, ¿qué hago? Con una desesperación, yo como ya lo había pasado de mi bebé que falleció, o sea, peor

todavía. La sacamos para llevarla a urgencias porque rápido era en la madrugada y tápala y tápala, en cuanto la subimos al carro ya”.

Caso 2.

Mientras la madre del bebé se encontraba todavía en la clínica donde se había realizado el trabajo de parto, recibía información errónea del estado de salud de su bebé, el doctor de la clínica mentía sobre la salud del bebé, también decía que estaba en contacto con el Hospital Regional para estar al tanto de la situación y mientras tanto, informaba que el bebé se encontraba bien y estaba respondiendo bien al tratamiento. Durante este periodo, la mamá del bebé todavía no era dada de alta y, por el horario, no era posible ya pedir información directamente en el hospital.

“En ratitos me sentía muy contenta y muy tranquila cuando me decían que estaba bien, pero claro que también tenía mucha preocupación y muchas preguntas: ¿Cómo está? ¿Dónde está? ¿Ya lo están atendiendo? En ese momento era eso”.

Tal argumento se relaciona con la emoción de alegría, ya que menciona un estado de tranquilidad y de estar contenta por pensar en el bienestar de su bebé, después de presenciar sus problemas respiratorios y su malestar.

Al recibir la información real sobre su bebé, las emociones que se presentaron fueron totalmente diferentes.

“Cuando yo supe todo lo que realmente estaba pasando y todo lo que podía pasar, que pues no era nada bueno. Entonces pues era tristeza, era coraje”.

“De los bebés más graves, pues, yo creo que él era el más grave junto con otro, cuando yo entré ese sábado él y otro bebé eran los más graves. Y el otro al siguiente día, el domingo, el otro bebé falleció”.

La tristeza se relaciona con la pérdida, la primera información que recibió al respecto fueron noticias que señalaban una probabilidad muy alta de la pérdida de su hijo.

Recuerda la madre del bebé en el caso dos, percibir la presencia de otra emoción en ciertas ocasiones, la que menciona como coraje. Dicha emoción se relaciona con la ira.

“Pues era coraje, impotencia, porque pues no podía hacer nada, una era todo eso por el hecho de saber que mi bebé estaba ahí y que no sabía si iba a salir de ahí y otra, todavía todo lo que nos decían, todo lo que me decían las pediatras, que fueron los dos primeros días que yo estuve en el hospital, que pues al estar la comunicación entre ellas y yo y al ver la convivencia entre ellas y yo, pues, yo pensé que así iba a ser toda mi estancia ahí y pues era un infierno, era horrible. Al principio nada bueno, todas las emociones y sentimientos eran malos”.

La emoción que se presenta en el caso 2, lo que ella menciona como coraje, se relaciona con la ira, ya que tiene que ver con lo que ella sentía al escuchar los comentarios de quien la atendía, al sentirse agredida y no poder responder.

Retomando a Aristóteles (referido por Palmero y cols.; 2002: 353), “la ira puede ser definida como la creencia que tenemos de haber sido indignamente ofendidos, lo que produce en nosotros un gran sentimiento de dolor, así como un deseo o impulso de venganza”.

Al hacer comentarios en los que la hacían ver como responsable de la salud de su bebé, se relacionan con el sentirse ofendida, ya que no era ese el objetivo de sus decisiones.

Al dar de alta a su bebé, experimentó emociones que describe de la siguiente manera.

“Una de las cosas más bonitas fue que ahora sí ya todo mundo lo pudo ver, lo pudo abrazar porque muy pocas personas lo pudieron ver y lo pudieron cargar. Mi papa no lo conocía, mi papá lo conoció hasta que me lo dieron del hospital después de esos 22 días, toda la gente que estuvo acompañándome, vecinos, amigos, familiares, toda la gente que estuvo acompañándome en el hospital, todo ese transcurso a pesar de que no podían estar conmigo arriba o estar con el bebé o que no lo podían ver, pues estaban ahí como apoyo y entonces fue cuando ya lo pudieron ver, lo pudieron cargar, pudieron estar cerca de él”.

El tener a su bebé en sus brazos y presenciar el momento en que todos lo pudieran conocer, la hacía sentir bien, la felicidad se relaciona con un estado de bienestar, como una experiencia placentera, positiva y reforzante y es lo que en este caso presenta la mamá del bebé.

b) Emociones sociales.

Caso 1.

En el caso 1 no presenta emociones sociales, las que presenta entran en la clasificación de las básicas.

Caso 2.

En el segundo caso sí existe la presencia de emociones sociales y la mamá describe lo que sentía en esos momentos.

“Culpa, porque yo sentía que yo podía haber evitado eso y por mis malas decisiones, pues me fui al hoyo yo misma o lo mandé a él”.

En el caso 2 se presenta la emoción de culpa debido a los comentarios del personal del hospital, ya que le decían que la clínica en la que se le había practicado el parto no era confiable y por eso el bebé había tenido esas consecuencias.

Según Palmero y cols. (2002), las personas que sienten culpa experimentan dolor que va relacionado con el objeto a quien se ha provocado daño o las causas que llevaron a la acción realizada.

Con la definición del autor, se puede deducir que existe relación ya que la madre sentía dolor por creer que ella había provocado daño a su bebé y que las consecuencias eran resultado de sus acciones. Estos pensamientos incrementaban con los comentarios del personal del hospital.

3.4.3. Calidad de la información por parte del personal.

En esta categoría se toma en cuenta la manera en que el personal del hospital brindaba a las madres la información sobre el estado de salud del bebé de cada quien.

a) Pediatras de fin de semana.

Caso 1.

La mamá del bebé, en el primer caso, menciona cómo desde su perspectiva le parecía la información sobre su bebé cuando en su horario pasaba a recibir noticias de su estado de salud.

“Yo pienso que exageraba la información porque, muchas de las veces, como yo por decir con mi niña o una a lo mejor científicamente, ya la veían que estaba agonizando y de plano sí, Diosito nos echó la mano, ¿verdad?, porque te digo: fue en ese mismo momento, o sea, donde ella me está diciendo que está agonizando y de repente ella se desconecta y sigue respirando bien”.

“No y a otro día, creo si fue a otro día cuando ya me la dieron para que yo la pegara al pecho, o sea... ¿Te imaginas? Ese es un avance grandísimo”.

El fin de semana, la información destacada eran las noticias negativas y se le restaba importancia a los avances, no importaba que los hechos fueran visibles, la situación se manejaba como grave siempre que estaba a cargo del personal de fin de semana.

Se habla sobre los horarios que maneja el hospital para que las mamás pasen a pedir información y la falta de tolerancia de los pediatras hacia las mamás al pedir información en los dos horarios el mismo día.

“Si ya habíamos pasado a las 12:00 p.m. y nos habían dado información, de repente a las 6: 00 p.m. nos decían: ¿es que ya en la mañana no le dijimos? ¿O no le dijeron nada? y yo decía: no pues sí, ellos respondían: ah, pues sigue igual”.

Las madres de los bebés, por la gravedad de la situación y por la esperanza de obtener buenas noticias, estaban al pendiente de pedir información en los dos

horarios que dentro del hospital se manejaban. Pero cuando no había información nueva y ellas preguntaban de igual manera, los doctores respondían de una manera grosera, sin poner en práctica la empatía al entender la necesidad de las mujeres por saber de sus bebés.

Dentro de cuidados intensivos se podía escuchar cuando los pediatras mostraban su molestia a las mamás que no entendían la información que, haciendo uso de términos médicos, se les proporcionaba. Esto favorecía para que las demás mamás evitaran externar sus dudas o se limitaran a solo escuchar lo que los doctores tenían para comunicarles.

“De repente que no comprendemos la información y le preguntamos: Ay, señora, ay, señora. Es que tengo tantos que atender tener que explicarles (no precisamente a mí, a una compañera) ¿Es que esto qué doctor? A lo que responde: ¿Es que quieres que te explique con palitos y manzanitas? Es que lo dejan a uno igual ¿No?”

La información, en ocasiones, se explicaba en un lenguaje que las madres de los bebés no entendían, los doctores no les tenían paciencia para explicarles lo que sucedía y daban por hecho que el lenguaje de medicina es universal.

Gracias a un familiar en el caso 1, se podía conocer la información a detalle, ya que este familiar, por ser médico, podía explicar de una manera más entendible lo que estaba pasando con la bebé y su situación. Este familiar concluyó que el trato y

los cuidados hacia la bebé eran los mejores, pero dada la situación, la mamá tenía que permanecer a pesar del trato del personal.

“Tengo un, es primo político y es radiólogo, el este fue director del seguro, trabajó ahí en el regional, entonces conoce mucho y le llamamos, una de mis hermanas. Él dijo: no, no la saquen ahí déjenla. Pero es que el ambiente está medio canijo porque, te digo que no les daban tanta información a ellos, y yo que no me daban de alta no me dejaban hablar con ellos, entonces ellos estaban desesperados y le dice mi hermana a mi primo: Es que no los aguanto. Pues aguántate, porque desgraciadamente hay buenos especialistas, está en buenas manos y los aparatos más que nada no cualquiera los tiene, entonces ahorita mientras te la estén viendo pues aguántate con eso y hasta que te digan algo porque no, no se puede hacer”.

“Pero como quiera por medio de él que fue y se dio una vueltita y eso ya tuvimos más información, pero desgraciadamente no todos tenemos esas mismas facilidades”.

La madre del bebé del caso 1 habla sobre la ocasión en que su bebé se desconectó y de cómo se le dio información hiriente y un momento después su hija tuvo un gran avance.

“Precisamente ese día que se desconectó iba yo con una de mis compañeras para abajo cuando me llamaron y ya, que me regreso y me dijo la doctora: Su hija está agonizando, así es de que quizás a la vuelta ya no la encuentre porque ella, está muy muy malita, está agonizando, dice, y ella no, no se va a lograr, así que para

que se vaya previniendo, me acuerdo que mi compañera me dice: No, no le haga caso, fue lo mismo que me dijeron a mí y ahí yo sentía que me iba a morir. Yo ya a la vuelta ya no quería subir, no, yo decía: No, es que nada más voy para que me digan o entregarme su cuerpecito y yo no quiero”.

A consecuencia de los comentarios y los diagnósticos que la doctora proporcionaba anticipadamente, provocaba hasta sensaciones de querer morirse en la madre del bebé, por comentarios hirientes que lanzaba al aire sin tener la certeza de que era ya una realidad y estar segura de que iba a pasar.

Caso 2.

La madre describe cómo fue la manera en que le proporcionaron información al momento de ingresar al hospital, después que ocurrió el nacimiento de su bebé y tuvo que permanecer horas sin verlo, al llegar al hospital se encontró con un diagnóstico impactante.

“Yo iba con la total certeza de que me lo iban a dar en ese momento porque toda la noche había estado bien, todavía en la mañana cuando me dieron de alta en la clínica donde yo estaba, me dijo que se acababa de comunicar y el niño estaba muy bien, a mí me dieron de alta, pagamos, se hizo todo como normalmente y ya cuando llegué al regional, cuando pedí información me pasaron luego con las pediatras encargadas y me dijeron que el niño se estaba muriendo, que yo tenía que hacerme a la idea de que mi niño se me iba a morir”.

“Y cada situación que se va presentando, cada información que tú necesitas saber ni siquiera te la dan, ya cuando la riegas te ponen tu ‘cajeta’ porque estás mal, porque no sabes hacer las cosas, porque todo lo haces mal, pues todo es darte para abajo. Todo es hacerte sentir peor de lo que ya te sientes, todos los días así”.

“Era la mera encargada del fin de semana, las dos eran una porquería, pero la otra era la peor. No tenía tacto para nada, siempre te regañaba, te decía... a mí me llegó a decir, pues...tu hijo se va a morir, tu hijo se está muriendo, no va a sobrevivir”.

Durante el fin de semana, la situación se vivía complicada por parte de las madres de los bebés, por un lado, el estado de salud de su bebé y por otro, el trato del personal que durante el fin de semana no era para nada de apoyo.

b) Pediatras entre semana.

Caso 1.

En el primer caso no habla específicamente de la información que recibía, sino de las palabras de las pediatras que, a pesar de cuidar el darles falsas esperanzas, manejaban un buen y cordial trato hacia ella.

“Esta doctora que no recuerdo su nombre, que era la que nos alentaba un poquito, nos decía: Yo veo que ya su bebé ya está estable y primeramente Dios y así”.

En las pediatras de entre semana, la madre en el caso 1 percibía palabras de aliento, y al hablarle sobre la religión la hacía sentir mejor, ya que ella se basaba mucho en Dios para confiarle la salud de su bebé.

Caso 2.

Al hablar sobre la manera en que le proporcionaban información en el caso dos, se menciona una marcada diferencia en los pediatras que se encontraban a cargo de cuidados intensivos entre semana.

“Los de entre semana los dos que nos daban información en la mañana y la que nos daba información en la tarde, porque era una casi siempre. Ellos 3 te daban la información comprensible y no te hablaban como si tu fueras una experta en medicina y que entendieras todo lo que estaba pasando, o sea, se detenían a explicarte y a que entendieras lo que estaba pasando con tu enfermo”.

Se nota una diferencia muy marcada en el trato de los pediatras que atendían entre semana y los del fin de semana, el trato hacia las mamás era cordial entre semana y atento.

Los doctores se mostraban más empáticos y las madres de los bebés percibían eso, con el simple hecho de escuchar la manera en que les daban la información su percepción de la situación cambiaba y entendían lo que pasaba, pero lo enfrentaban con calma y más tranquilidad. La información parecía menos alarmante.

CONCLUSIONES

De acuerdo con la presente investigación, se obtienen las siguientes conclusiones en respuesta a la pregunta de investigación y de acuerdo con los objetivos planteados.

En el capítulo 1 se aborda el tema de las emociones, en el cual se describen como respuesta de un estímulo ante el sujeto, que este valora como positivo o negativo y, por ende, va a presentar una conducta específica.

Se identificó la definición de emoción que puede encontrarse con diferentes autores que han realizado investigaciones y estudios que les proporcionan información para plantear nuevas teorías. Al paso de los años, el significado de emoción ha tenido modificaciones por los estudios que se han realizado más a fondo y porque existen más explicaciones sobre el tema.

El objetivo particular 3 se cumplió al explicar de manera teórica el significado de maternidad, los cambios en todos los aspectos que ocurren con la mujer en esta etapa, así como los posibles conflictos a nivel psicológico que pueden presentarse.

El objetivo 4, referente al proceso de enfermedad, se logra explicar con base en estudios y casos que han ocurrido cuando la enfermedad se presenta en uno de

los hijos, cómo se vive el proceso y cómo los padres afrontan o aprenden a sobrellevar este proceso.

El objetivo 4, que corresponde a la parte empírica y se relaciona con la recolección de datos, se cumplió satisfactoriamente, ya que se obtuvieron las vivencias por parte de las personas que experimentaron la situación. Esto se encuentra en el capítulo 3 y se logró conocer cómo es el trato del personal del sector salud hacia las madres de los bebés internados en el área de cuidados intensivos.

Por medio de entrevistas, se logró cumplir el objetivo particular 5, que consiste en identificar y clasificar al personal que brindaba un buen trato, atento y cordial a las madres de los bebés; así como al personal que no muestra empatía ni buen trato hacia ellas.

Se identificó al personal de pediatría que se encuentra laborando los fines de semana, de los cuales se recibía un trato grosero y agresivo, tanto al brindar información sobre el estado de salud de los bebés como en sus comentarios hacia las madres.

Se cumplió además el objetivo 6, ya que se logró recolectar información que indicara cómo influye el personal del sector salud en las mamás de los bebés. Las madres se encuentran en una situación complicada, ya que ambas permanecían esperando noticias alentadoras o avances de sus bebés, estos estaban en una situación de grave peligro y las pediatras que se encontraban el fin de semana, así

como algunas enfermeras, hacían comentarios hirientes, dando por hecho que los bebés de ambas iban a morir.

El objetivo 6 se logra al poder identificar el personal que brindaba un buen servicio, así como el personal que dejaba mucho que desear y afectaba el estado de ánimo de las madres de los bebés. Por un lado, se encuentra el personal de pediatría del fin de semana, el cual brinda comentarios hirientes y responde de manera grosera y agresiva a las madres; en ocasiones, tales pediatras reaccionan molestos cuando se les pedía información o que aclararan dudas.

El personal de pediatría que atiende entre semana, responde de manera amable, resuelve dudas y explica de manera entendible con un lenguaje apropiado, da esperanzas a las mamás para que luchen por salir adelante y apoyen a su bebé, les brindan confianza y proponen que permanezca la fe, así como que por medio de la religión confíen en que los bebés van a sobrevivir.

En el personal de enfermería se pueden clasificar dos grupos: en uno se encuentran las enfermeras que brindan un buen trato a las mamás y en el otro, las que no lo hacen. Las enfermeras tienen un contacto más cercano con las madres de los bebés, el grupo A presenta un trato parecido al de los pediatras de fin de semana, da indicaciones de manera grosera y de esa misma forma es el trato hacia las mamás.

Las enfermeras del grupo B, por el contrario, presentan empatía y dan indicaciones con tacto a las mamás cuando coinciden en la hora de visita dentro del área U.N.C.I. ya que, en algunas ocasiones, las enfermeras se encuentran aseando a los bebés o brindando algún tipo de cuidado.

El personal del sector salud, en este caso pediatras y enfermeras, proporcionan a los bebés un cuidado profesional y delicado, la atención hacia los bebés es excepcional y el equipo del hospital es de alta calidad. Pero desde la percepción de las madres de los bebés no es así, parte del personal brinda una atención desagradable y, genera en las madres, emociones que afectan su bienestar.

BIBLIOGRAFÍA

- Castillo, Alfredo. (2007)
Antología de la Sexualidad Humana II.
Miguel Ángel Porrúa. México.
- Castro, María del Carmen. (2007)
Tanatología: la familia ante la enfermedad y la muerte.
Trillas. México.
- Chóliz, Mariano. (2005)
Psicología de la emoción: el proceso emocional.
Universidad de Valencia. España.
- Cornachione Larrinaga, María A. (2006)
Psicología del desarrollo: aspectos biológicos psicológicos y sociales.
Editorial Brujas, Argentina.
- Guariglia, Osvaldo. (1996,2007)
“Cuestiones morales, volumen II”.
Enciclopedia iberoamericana de filosofía.
Trotta. Consejo superior de investigaciones científicas. Madrid.
- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, María del Pilar. (2014)
Metodología de la Investigación.
McGraw-Hill. México.
- Mejía, Rebeca; Sandoval, Sergio Antonio. (1998)
Tras las vetas de la investigación cualitativa.
ITESO. Guadalajara, Jalisco.
- Morales-Cázares, Cristina. (2017)
Percepción de las mujeres casadas hacia su sexualidad y grado de satisfacción.
Tesis de la escuela de Psicología. Universidad Don Vasco, A.C.
Uruapan, Michoacán, México.
- Palmero; Francesc, Fernández- Abascal, Enrique; Martínez, Francisco; Chóliz, Mariano. (2002)
Psicología de la motivación y la emoción.
McGraw-Hill. México.

Quinteros Batista, Lucía Natalia. (2016)
Vínculo temprano y prematuridad: particularidades de la interacción temprana madre-bebé prematuro.
Universidad de la República. Uruguay.

Ramírez, Félix. (2002)
Obstetricia para la enfermería profesional.
El Manual Moderno, S.A. de C.V. México.

Roccatagliata, Susana. (2006)
Un hijo no puede morir: la experiencia de seguir viviendo.
Debolsillo. México.

Ruiz, Martha. (2017)
La experiencia emocional de una mujer casada con una persona no considerada como el amor de su vida.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología. Universidad Don Vasco, A.C.
Uruapan, Michoacán, México.

Santos Sánchez, Ma. Cristina. (2013)
Adaptación neurosensitiva del recién nacido desde el vínculo materno filial.
Universidad de Córdoba. España.

Viguer Seguí, Paz; Gómez Artiga, Amparo; Cantero López, María José. (2014)
Intervención temprana.
Ediciones Pirámide. España.

Rodríguez Lemus, Alondra. (2015)
Inteligencia emocional y su relación con la dependencia afectiva en estudiantes de psicología de la Universidad Don Vasco.
Tesis de la Escuela de Psicología. Universidad Don Vasco, A.C.
Uruapan, Michoacán, México.

MESOGRAFÍA

Bericat, Eduardo. (2012)

“Emociones”.

Universidad de Sevilla, España.

<http://www.sagepub.net/isa/resources/pdf/Emociones.pdf>

Aguilera Hintelhalher, Rina Marissa. (2013)

“Identidad y diferenciación entre método y metodología”.

Universidad Nacional Autónoma de México.

<http://www.redalyc.org/pdf/4264/426439549004.pdf>

Cáceres, Flor de María; Molina, Gloria; Ruiz, Myriam. (2014)

“Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos”.

<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2803/3669>

De Albístur, María Cristina; Bacigalupo, Juan Carlos; Uzal, Mónica; Ebeid, Alejandro; Maciel, Mónica; Soto, Juan José. (2000)

“La familia del paciente internado en la Unidad de cuidados intensivos”.

Rev. Med. Uruguay; 16: 243-256.

<https://www.smu.org.uy/publicaciones/rmu/2000v3/art8.pdf>

Díaz- Bravo, Laura; Torruco-García, Uri; Martínez Hernández Mildred; Varela-Ruiz, Margarita. (2013)

“La entrevista, recurso flexible y dinámico”.

Universidad Nacional Autónoma de México.

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572013000300009&script=sci_arttext)

[50572013000300009&script=sci_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572013000300009&script=sci_arttext)

Fernández, Miguel Ángel. (2004)

“El impacto de la enfermedad en la familia”.

Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UNAM.

<http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>

García, María; Gómez, Yannelis; Milord, Yorsenka; Herrera, Raúl. (2016).

“Estados emocionales más frecuentes en pacientes convalecientes de un infarto de miocardio y su relación con el estado de salud cardiovascular”.

Revista de enfermedades cardiovasculares.

<http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/95/233>

Guerra, M.; Muñoz, L. (2013)

“Expresiones y comportamientos de apego madre. Recién nacido hospitalizado en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal”.

Universidad Nacional de Colombia.

<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n3/v10n3a3.pdf>

Hamui, Liz; Fuentes, Ruth; Aguirre, Rebeca; Ramírez Omar. (2013)
“Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México. Un estudio de satisfacción con la atención médica”.
Universidad Nacional Autónoma de México.
<http://www.facmed.unam.mx/bmnd/SatisfaccionAtencionMedica.pdf>

López, Malaquías. (2009)
“Conocimientos fundamentales de ciencias de la salud”.
Universidad Nacional Autónoma de México.
<http://www.conocimientosfundamentales.unam.mx/vol1/csalud/m01/t01/01t01.html#null>

Martínez, Katherine. (2014)
“Percepción del familiar del paciente crítico, sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en los servicios de medicina de un Hospital Nacional de Lima”.
Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4258/Martinez_ak.pdf?sequence=1

Melamed, Andrea. (2016)
“Las teorías de las emociones y su relación con la cognición: un análisis desde la filosofía de la mente”.
Redalyc. Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales.
Universidad Nacional de Jujuy – San Salvador de Jujuy, Argentina.
<http://www.redalyc.org/pdf/185/18551075001.pdf>

Mendoza, Constanza; Saldivia, Sandra. (2015)
“Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje”.
Artículos de revisión. Chile.
<http://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v143n7/art10.pdf>

Rojas, Ignacio Roberto. (2011)
“Elementos para el diseño de técnicas de investigación: una propuesta de definiciones y procedimientos en la investigación científica”.
Revista interinstitucional de investigación educativa.
<http://www.redalyc.org/html/311/31121089006/>

Maldonado-Durán, Martín; Lartigue, Teresa. (2008)
“Trastornos de ansiedad en la etapa perinatal”.
<http://www.inper.mx/descargas/pdf/Trastornosdeansiedad.pdf>

Urbina, Celia Cristina; Villaseñor, Sergio Javier. (2005)
“Los trastornos mentales y el embarazo”.
Revista digital universitaria.
http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art108/nov_art108.pdf

ANEXO 1

Motivos de ingreso a cuidados intensivos.

¿Qué edad tiene su bebé?

¿Cuál fue el motivo por el cual su bebé ingresó al área de cuidados intensivos?

¿El nacimiento del bebé fue en el mismo hospital en el que recibió los cuidados intensivos?

¿La estancia de su bebé tuvo variaciones en cuanto a su nivel de gravedad?

Tiempo de estancia.

¿En qué fecha ingresó su bebé al área de cuidados intensivos?

¿En qué fecha terminó su estancia en el área de cuidados intensivos?

¿Cuánto tiempo permaneció su bebé en el área de cuidados intensivos?

Descripción de la estancia.

Describa cómo fue la experiencia de tener a su bebé en el área de cuidados intensivos.

¿Cómo considera que fue la cercanía con su bebé, de acuerdo con las indicaciones del personal?

Emociones de la madre.

¿Qué emociones se presentaron en usted al momento de ingresar a su bebé al área de cuidados intensivos?

¿Qué emociones se presentaban en usted durante la estancia de su bebé en el hospital?

¿Cómo fue el recibir a su bebé cuando le dieron de alta y tenerlo en sus brazos de nuevo?

Calidad de la información.

¿Quién le informaba acerca del estado de salud de su bebé?

¿Cómo fue la manera en que le daban información sobre el estado de salud de su bebé?

¿En qué momento le proporcionaban información acerca del estado de salud de su bebé?

¿Cuánto tiempo transcurría para recibir información acerca del estado de salud de su bebé?

¿Qué pensaba en ese intermedio?

¿Cómo era la manera en que le proporcionaban la información sobre el estado de salud de su bebé?

¿Cómo se sentía después de recibir información sobre su bebé?

¿Considera que la información que le brindaban sobre su bebé era clara y entendible para usted?

Cirugías.

¿Se le hicieron intervenciones quirúrgicas durante el tiempo de estancia en área de U.N.C.I.?

¿Cuáles fueron esas intervenciones?

¿Recibió información sobre el trabajo que los doctores iban a realizar para lograr que su bebé mejorara su estado?

Estado de salud de la madre.

¿Cómo fue la espera mientras su bebé se mantenía hospitalizado?

¿Permanecía sola durante la espera de información de su bebé?

¿Qué cree usted que podría ayudar en su estado de ánimo mientras el bebé permanece internado?

¿Considera que le ayudaban en su estado de ánimo las otras mamás que se encontraban en la misma situación?