



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**EXPERIENCIA DE PADRES MEXICANOS CON RECIÉN NACIDO
PREMATURO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
NEONATALES**

TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA
(EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA)

PRESENTA:
L.E. CASTREJÓN LÓPEZ ROCÍO

DIRECTOR DE TESIS
DOCTORA. ROSA MARÍA OSTIGUÍN MELÉNDEZ
ENEO-UNAM.

Ciudad Universidad, Cd, Mx; Noviembre 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

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

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **3 de noviembre del 2016**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Educación en Enfermería) de la alumna **ROCIO CASTREJÓN LÓPEZ** con número de cuenta **514025988**, con la tesis titulada:

**“EXPERIENCIA DE PADRES MEXICANOS CON RECIÉN NACIDO
PREMATURO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES.”**

bajo la dirección de la Doctora Rosa María Ostiguín Meléndez

Presidente : Doctora Silvia Crespo Knopfler
Vocal : Doctora Rosa María Ostiguín Meléndez
Secretario : Doctor José Salvador Sapién López
Suplente : Doctora Gandhi Ponce Gómez
Suplente : Maestro Alfredo Bermúdez González

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
Cdad. Universitaria Cd. Mx., a 16 de noviembre del 2016.

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA



C.c.p. Expediente del interesado

**COORDINACIÓN DEL POSGRADO
DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

JEG-F6

Reconocimientos.

A la Universidad Nacional Autónoma de México nuestra máxima casa de estudios, es un honor y orgullo perecer a esta institución, ser seleccionada y a su vez aceptada, por darme la oportunidad que espere por más de 20 años, por diferentes circunstancias de la vida hoy he podido concluir, mil gracias.

Al Programa de Maestría en Enfermería, para de alguna manera, poder retribuirle a la profesión de enfermería un poco de lo me ha dado a lo largo de todo este tiempo de ejercicio profesional.

A mi tutora la Dra. Rosa María Ostiguín Meléndez, por su paciencia, dedicación, el tiempo empleado para acompañarme en este proyecto de mi vida llamado Maestría, gracias a sus exigencias tengo un panorama más claro, por creer en mí, por su profesionalismo, por compartir sus conocimientos, pienso que en la vida no hay casualidades hay causalidades, y por algún motivo especial tenía que conocerla, en este momento veo el porque de ese propósito, gracias.

A la Dra. Gandhi Ponce Gómez Coordinadora del Programa de Maestría en Enfermería, por ser un ser humano excepcional, gracias por el apoyo.

A todos y cada uno de los docentes, Dra. Rosa María Ostiguín, Dra. Silvia Crespo, Dra. Susana González, Dr. Salvador Sapien López, Dr. Juan Pineda Olvera, Dra. Laura Moran, Dra. Irma Piña, Dra. Yariela, Dra. Gordón y Dra. Conejero, sólo por mencionar a algunos; en realidad **“todos”** los que conforman el cuerpo docentes del programa de Maestría en Enfermería, que tuve la fortuna de escuchar su cátedra, son una infinita fuente de sabiduría que amablemente comparte con nosotros los estudiantes.

A los docentes Posdoctores y Doctores en enfermería, certificados en simulación clínica de la Escuela Superior de Enfermería de Coímbra en Portugal, por mostrarme otro mundo que desconocía, el mundo de la simulación clínica, por sus inagotables conocimientos y calidad humana.

Agradecimientos.

A Dios... no seque seas, Dios te llaman por darte un nombre, sé que existes ya que cada cultura y religión tienen un Dios, y sé que te manifiestas de muchas formas, algunos dirán que es la naturaleza, yo pienso que eres tú, me queda claro que en los momentos difíciles de la vida, cada ser humano recurre a ti, sólo me queda agradecerte tú infinita misericordia, y decirte que gracias porque nunca me has abandonado, sé que me diste una misión en esta vida y he tratado de cumplirla lo mejor posible.

A la vida por darme más de lo que alguna vez soñé tener...

Mi esposo, gracias Amor por coincidir en esta vida, como una vez mencionaste, ya estábamos destinados el uno para el otro, agradecerte tu apoyo, paciencia, dedicación, por ser el eje de mi vida, ya que sin ti nada sería igual, eres el cómplice en esta travesía y parte fundamental en mi formación académica, tal vez tardía para mí, gracias por darme la oportunidad y estar presente, te amo.

A mis hijos, Mayli, Emmanuel y Rosy por darme la oportunidad de ser su mamá y coincidir en este mundo, no soy la mejor pero lo intento, ya que como hemos comentados infinidad de veces, sólo la experiencia es en la que uno puede apoyarse para hacer las cosas lo mejor posible, y no hay experiencia previa a ser padre, así que se va aprendiendo en el camino, quiero decirles que son excelente hijos y seres humanos, que vaya tras sus sueños hasta alcanzarlos, los amo con todo mi corazón gracias por la comprensión, el amor y el apoyo.

A mis padres porque gracias a ellos sigo en este mundo, ya que sin tener la necesidad quisieron que fuera parte de su vida, con especial gratitud, gracias.

A mi madre, sólo me queda agradecerte por darme la vida.

A mis compañeras amigas de la UCIN, gracias por su gran amistad, que sería de esos momentos tan gratos en su compañía y también esos momentos infinita tristeza, ese acompañamiento como profesionistas y compañeros.

A mis compañeros de la 13^a. Generación en especial a Ely, Raquel, Jesús, Pame y Maribel, especiales seres humanos, por aportar conocimientos y muchas experiencias, habiendo tanto mudo y tantos lugares coincidimos en este espacio, los voy a recordar siempre con mucho cariño.

A mis entrañables amigos Anel, Hortensia, Alberto, Irma, Elvia, Yadí, Carmen Rodríguez, Hilda Rivas por todas sus palabras de aliento para terminar este proyecto, por creer en mí, por su comprensión que muchas veces necesite, gracias amigos.

A los papás de los recién nacidos que participaron en este proyecto pero en especial a la mamá de Elías+ y al papá de Fer+, por confiar en mí y hacerme parte de su experiencia; a veces tan alentadora y en muchas otras de tanto dolor, a todos ustedes que guardan un lugar muy especial en mi corazón, de esta manera se hicieron presentes en mi vida y por lo cual nació esta investigación, mucha paz para ustedes mis recién nacidos dónde quiera que se encuentren, sólo es cuestión de tiempo y espacio alguien día los volveré a ver ...

“El valor de la educación universitaria no es el aprendizaje de muchos datos, sino el entrenamiento de la mente para pensar”

“Todo el mundo es un genio, pero si juzgas a un pez por su habilidad para trepar un árbol, vivirá creyendo toda su vida que es un estúpido”

Albert Einstein

ÍNDICE

Resumen	9
Summary	10
Introducción	11
CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO	13
1.1 Justificación	16
1.2 Pregunta de interés	16
1.3 Objetivo General	16
1.4 Objetivos específicos	16
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO EPISTEMOLÓGICO.	17
2.1 Antecedente sobre la experiencia	17
2.2 Martín Heidegger: Biografía	18
2.3 La filosofía de la experiencia	19
2.4 Elementos de la experiencia	20
CAPÍTULO 3. MARCO CONCEPTUAL.	27
3.1 Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	27
3.1.1 Antecedentes	27
3.1.2 Funciones	28
3.2 El prematuro	29
3.3 Padres mexicanos	29
3.4 Concepto de padres	30
3.5 Vinculación de los padres con hijos recién nacidos	31
CAPÍTULO 4. MARCO REFERENCIAL.	33
4.1 Experiencia de padres con recién nacido prematuros en la UCIN	33
CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA.	35
5.1 Tipo de estudio	35
5.2 Diseño	35
5.3 Método	35
5.4 Contexto	35
5.5 Informantes	37

5.6 Técnicas de recolección de información	37
5.7 Procedimientos	38
5.7.1 De ingreso al campo	38
5.7.2 De recolección de información	38
a) Entrevista	39
b) Observación no participante	40
c) Nota de campo	40
5.7.3 Análisis	40
5.8 Criterios de rigor científico	42
5.9 Consideraciones éticas	43
CAPÍTULO 6. HALLAZGOS Y DISCUSIÓN.	44
6.1 Presentación de informantes	44
6.2 Hallazgos	45
CATEGORÍA 1. CONSTRUIR EL SER PADRE EN LA UCIN (Construcción de la paternidad)	46
Subcategoría 1. Acción humana	47
a) Observar	48
• Aspectos físicos del recién nacido	48
• Aparatos del soporte vital	49
• Integrantes del equipo de salud	49
b) Hablar	50
• Estimularlos a luchar por su vida	51
• Comunicar las noticias sobre el estado de salud de sus hijos con otros padres	52
c) Tocar	53
• Forma	53
• Interpretación del estado de salud	54
Subcategoría 2. Rutina- ambiente	54
a) Informe	55
• Médico	55
• Trabajo social	56
b) Aprendizaje de las normas	57
• Medidas de higiene y portación del equipo	57
• Adaptarse a los horarios de visita	57
CATEGORÍA 2. SER EN EL MUNDO DE LA UCIN PADRE (Vivir el rol de ser padre)	58
Subcategoría 1. Emociones	59

CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES

67

CAPÍTULO 8. RECOMENDACIONES

69

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS.

- A. Exponentes sobre la experiencia
- B. Componentes de la experiencia desde la propuesta de Heidegger
- C. Emociones y sentimientos: características
- D. Mapa de búsqueda de información
- E. Croquis de servicio
- F1 Construcción de la guía de entrevista
- F2 Guía de entrevista semiestructurada
- G. Consentimiento informado
- H. Subcategoría: ambiente-rutina
- I. Categoría 2. SER EN EL MUNDO DE LA UCIN PADRE (vivir el rol de ser padre)
- J. Subcategoría: Emociones y sentimientos.

Resumen.

Introducción. Según la Organización Mundial de la Salud en el mundo nacen 15 millones de prematuros, aumentando significativamente en los últimos 20 años. En México se reportó un incremento de prematuros del 6.5% en el 2011 al 7.4% en el 2012. La experiencia de padres en la UCIN se ha estudiado en países de primer orden como E.U, Taiwán, España, Brasil y Portugal, y giro en torno al diagnóstico, tratamiento, pronóstico o miedo a que su hijo muera.

Objetivo. Describir la experiencia de padres mexicanos con recién nacido prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Metodología. El estudio fue cualitativo, fenomenológico, descriptivo; los informantes fueron 4 padres y 2 madres entre los 18 a 40 años con recién nacido prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un hospital público de 2º nivel.

Recolección. Atendió a la triangulación de métodos: entrevista semi-estructurada, observación no participante y nota de campo. Los datos fueron analizados por análisis de contenido según la metodología de De Souza Minayo.

Ética. Se preservó el anonimato de los informantes según la Ley General de Salud y la declaración de Helsinki.

Resultados. La experiencia en padres fue construida por dos categorías: ***Construir el ser padre en la UCIN (construcción de la paternidad) y Ser en el mundo de la UCIN padre (vivir el rol de ser padre)***; la primera expuso el circuito **observar- hablar-tocar**, a partir del cual los padres interpretan el estado de salud de su hijo. La segunda emociones y sentimientos.

Conclusión. La experiencia de los padres en la UCIN de un prematuro es sin duda una circunstancia donde el circuito **observar-hablar-tocar** reditúa a los padres lecturas al respecto de la evolución de su hijo, esto en el marco de emociones y sentimientos; en el desarrollo de rutinas que les permiten adaptarse al “mundo” de la UCIN y con ello adaptarse para lograr su objetivo: la supervivencia de su hijo.

Palabras clave: experiencia, padres recién nacido prematuro, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Summary.

Introduction. According to World Health Organization 15 million of premature infants or preemies are born in the world and this figure has been increasing significantly in the last 20 years. Mexico has reported an increased rate of preemies which goes from 6.5% in 2011 to 7.4% in 2012. NICU (Neonatal Intensive Care Unit) has studied premature newborn parents' behavior, thoughts and experiences; this research has been held in countries like U.S.A., Taiwan, Spain, Brazil and Portugal. Parents' main concerns are the symptoms or a specific characteristic of value in their child's diagnosis, medical healthcare as well as the greatest fear that their newborn could die.

Objective: To describe the experience gotten by NICU with Mexican parents who have a premature newborn.

Methodology: The conducted study was qualitative, phenomenological, and descriptive. The data was taken from 4 fathers and 2 mothers whose age ranged from 18 to 40 years old; these parents had their premature newborn in NICU government hospital of second level.

Outcome data analyses: This information was gotten using triangulation of methods like: semi-structured interview with parents, Non-participant observation and some field notes. These data were analyzed based on their content according to De Souza Minayo's methodology.

Ethics: The anonymity of the informants was preserved according to General Law of Health and Helsinki treaty.

Final outcome: Parents' experience was under two categories: first one, how to become a parent in NICU (Parenthood building) and the second category involved how to behave in NICU's environment as a parent. (Parenthood -role). The first category tested how a parent watched-got in touch with his/her newborn and how a parent became aware of the child's health. The second category was based on parents' emotions and feelings.

In conclusion: The experience lived by a premature newborn parent in NICU is certainly a circumstance where the main role how **to watch-get in touch** with the new born teaches parents how to visualize and interpret their child's health evolution. Parents can also become aware of their emotions and feelings. They can also learn how to transmit these ones to their babies. In NICU parents develop routines which let them adapt in this "new world" where their primarily goal is the child's survival.

Key words: experience, parents premature new born, NICU (Neonatal intensive care unit).

Introducción.

El nacimiento es un fenómeno natural e inherente a la condición humana, como acto biológico la gestación en condiciones normales se presenta entre la semana 37 a 40, no siendo así cuando el nacimiento es prematuro, que puede suscitarse desde la semana 23 a 36, requiriendo la hospitalización inmediata en la unidad de cuidados intensivos neonatales para su inmediata atención y sobrevivencia, por lo cual la literatura científica refiere que la experiencia de los padres con un recién nacido prematuro hospitalizado en la UCIN, suele ser un evento sorpresivo que va acompañado una serie de experiencias.

En las últimas dos décadas aproximadamente se tienen reportes del nacimientos de 15 millones de prematuros, entre el 5% y el 18% a nivel Mundial³. México no es ajeno a este fenómeno ya que registro un aumentando significativo del 6.5% en el 2011 al 7.4 % en el 2012⁵, esto implico por un lado el aumento en la demanda del servicio, y por otro la presencia de los padres en esta área, detectándose un vacío en el conociendo en México sobre este tema; por lo cual se realizó la presente investigación.

El estudio es relevante en tanto que ofrece elementos sobre los aspectos que los padres vivencian mientras permanecen en la UCIN y podrá ser referente para acciones posteriores de orientación o para a los padres facilitando su estancia, para la enfermería especializada aportara información sobre los ejes de interacción con los padres. En el capítulo 1 se plantea la necesidad de estudiar el fenómeno, el capítulo 2 trato sobre el marco teórico epistemológico de Heidegger, y resalto los antecedentes sobre la experiencia, recuperándose los elementos bajo el concepto de la experiencia según Heidegger.

Por otro lado el capítulo 3 abordo los antecedentes y el marco conceptual de las palabras clave de esta investigación, que fueron experiencia, padres, recién nacido prematuro y Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. El capítulo 4 hace referencia a la revisión del estado del arte, se consultaron cinco bases de datos científicas, Cochrane, Cinhal, PubMed, Scielo, Medigraphic recuperando tres revisiones sistemáticas con un total de 32 artículos científicos de tipo cualitativo⁸⁻¹¹, cubriendo un periodo de 1997-2013 y un artículo más Colombiano realizado en el 2014, cabe resaltar que no se localiza ninguno realizado en México. En el capítulo 5 se describe la metodología que se utilizó para esta investigación, el estudio fue de tipo cualitativo, fenomenológico, descriptiva. El capítulo 6 trato sobre los hallazgos y discusión. Detalla las dos grades categorías teóricas encontradas y la aportación de este trabajo: el **eje sustantivo observar-hablar-tocar**. El capítulo 7 abordo las conclusiones y por último el capítulo 8 refiere las recomendaciones de este trabajo.

CAPÍTULO 1

PLANTEAMIENTO

El nacimiento de un hijo es casi siempre un evento de alegría para los padres que esperan un nuevo integrante, este momento es trascendental en cualquier ser humano, no siendo así cuando el recién nacido nace antes de tiempo. Este resultado suele ser visto por los padres como una tragedia, una urgencia y un evento sorpresivo.

En los últimos cincuenta años los recién nacidos prematuros han constituido una población no vista en el paradigma de la salud, teniendo un incremento significativo a nivel mundial dados los avances terapéuticos que han logrado que sobrevivan desde edades gestacionales muy tempranas, ocupando un lugar en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales por mucho tiempo, lo que implica una presencia mayor por parte de sus padres que tienen que organizar sus vidas de manera distinta para vivir esta experiencia¹.

En el mundo se reportan aproximadamente 15 millones de nacimientos de recién nacidos prematuros, esto es entre el 5% y el 18% de todos los nacimientos, teniendo un aumento significativo en los últimos 20 años, ya que hoy por hoy los neonatos que antes morían prematuros sobreviven².

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) más del 60% de los nacimientos de prematuros se producen en África, Asia, América del Norte, América Latina y el Caribe; sin embargo, en los países de ingresos económicos bajos como México se reporta que el 12% de los nacimientos corresponden a prematuros³.

En México la incidencia de prematuridad incrementó del 6.5% en el 2011 a 7.4% en el 2012, ingresando aproximadamente 6 de cada 10 prematuros a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)⁴. Esto implicó por un lado, un aumento en la demanda del servicio y por otro la presencia de los padres quienes deberán tarde o temprano tomar decisiones al respecto de la salud-vida de su hijo internado⁴.

En México al día de hoy existen varios tipos de familia, el 64% son nucleares, el 24% son ampliados, el 2% es compuesto, el 9% son unipersonales, y el 1% es co-residente. En este marco la composición de las mismas es diversa y por ende, también la participación en el cuidado de sus integrantes⁵.

“La familia sigue siendo el contexto más importante, probablemente porque las influencias familiares son las primeras y las más persistentes, y además, porque las relaciones familiares suelen caracterizarse por una intensidad afectiva especial”⁶, cosa que se acentúa en un recién nacido y primogénito.

Sin embargo, de manera general el cuidado de un hijo en México al interior de la familia, sigue depositado primordialmente en la figura de la madre y en la del padre, particularmente en los primeros meses de vida, aun cuando los padres trabajen fuera de casa, estén transitando separaciones, divorcios, haya falta de apoyo familiar y/o social, y muchas otras situaciones que determinan sin duda la forma en que cuidan a sus hijos⁶.

El cuidado de los padres hacia su recién nacido es extremo particularmente cuando es el primogénito donde las expectativas son amplias. Las dudas emergen a cada paso y la enfermedad se constituye en una circunstancia nueva que genera una experiencia⁷.

Los padres deben cumplir con los hijos funciones primordiales tales como: asegurar la supervivencia y el crecimiento sano, aportar el clima afectivo para el desarrollo y tomar decisiones respecto a la vida y la salud de los hijos⁷.

Desde la parte empírica la experiencia en padres con un recién nacido en la UCIN ha sido abordada en países de primer orden, principalmente europeos, que refieren que ésta gira en torno al diagnóstico, tratamiento, pronóstico, al miedo de que el hijo muera y a la transformación de la fisionomía del mismo.⁸ Frecuentemente los padres varones manifiestan diversas emociones tales como impotencia, depresión, ansiedad, frustración, angustia, preocupación, estrés, percepción del dolor en el neonato, tristeza, soledad, inseguridad, desilusión, desconfianza, intranquilidad, aspectos todos que sin duda influyen en la capacidad para tomar decisiones respecto de la salud del recién nacido durante su estancia⁸⁻¹⁴.

El fenómeno de la experiencia ha sido poco explorado tanto en padres varones⁹ como en el binomio padre-madre como unidad parental¹², en tanto que los estudios predominantemente se han centrado en las madres como la figura principal de los mismos¹¹ de ahí la relevancia de abordar al conjunto.

Al cabo de varios años de trabajar en áreas neonatales se ha reconocido el sufrimiento, preocupación, incertidumbre, enojo, miedo, por parte de los padres que invariablemente se encuentran en un área compleja con ruidos, olores, rutinas y personas que actúan con el prematuro permanentemente. Con frecuencia los padres en este escenario comprenden sólo una parte de las explicaciones del equipo médico, del entorno, tratamiento y pronóstico sobre su bebé, por más amplias o detalladas que éstas sean.

1.1 Justificación.

El presente estudio es relevante para la **institución de salud** en tanto ofrecerá elementos sobre los aspectos que los padres vivencian mientras permanecen en la UCIN en un hospital de 2do. nivel y podrán ser referente para acciones posteriores de orientación o apoyo a los padres, facilitando su estancia. Para la enfermería especializada aportará información sobre el o los ejes de interacción entre los padres y sus hijos. Y para los padres constituirá un referente al respecto de los procesos que experimentan en la UCIN.

1.2 Pregunta de interés.

¿Cómo es la experiencia de padres mexicanos con recién nacido prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales?

1.3 Objetivo General.

Describir la experiencia de padres mexicanos con recién nacido prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

1.4 Objetivos específicos.

- Distinguir el perfil de padres mexicanos con recién nacido prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
- Identificar las necesidades de padres mexicanos con recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICO.

2.1 Antecedentes sobre la experiencia.

En los hombres, la experiencia proviene de la memoria y en efecto, muchos recuerdos de un mismo suceso constituyen una experiencia, que está en el conocimiento de las cosas particulares, que constituyen una serie de eventos que pueden o no repetirse a lo largo de la vida.

Por tanto, la experiencia tiene un carácter personal, ya que toda ella es vivida por el sujeto por lo cual es privada, y además se dice que no puede ser compartida: como el sufrimiento físico o moral, una intuición, lo espiritual o místico, la percepción de un fenómeno físico, se limitan necesariamente al sujeto que las vive¹⁵. En cierto modo, ningún sujeto puede participar de la experiencia de otro, y aunque varios participen de una misma situación, cada uno la experimentará de modo personal¹⁶, es subjetiva y esta se adquiere a lo largo del tiempo, encontrándose presente en cada momento de la vida del hombre¹⁷.

Para el empirismo no hay ningún patrimonio *a priori* de la razón. La conciencia cognoscente no saca sus contenidos de la razón sino exclusivamente de la experiencia.

El espíritu humano está por naturaleza vacío; de esta manera es una hoja en blanco donde se escribe la experiencia, ya que todos nuestros conceptos incluso los más generales y abstractos, proceden de la experiencia. Mientras el racionalismo se deja llevar por una idea determinada, por una idea de conocimiento, el empirismo parte de los hechos concretos. Esta evolución prueba, en opinión del empirismo, la alta importancia de la experiencia. En las ciencias naturales la experiencia representa el papel decisivo²⁰.

La experiencia se encuentra presente en cada momento en la vida del hombre extendiéndose su uso y aplicación a todos los niveles de la actividad humana¹⁹; ha sido estudiada por varios personajes en diversos momentos tales como Aristóteles, Platón, Sócrates, Kant, Hume y Heidegger sólo por mencionar algunos; estos autores convergen que la experiencia es única e irrepetible y con carácter personal donde el ser humano tiene contacto con una serie de eventos repetitivos que pueden ser agradables o desagradables^{15,19,20-23} (ver anexo A).

2.2 Martín Heidegger: Biografía.

Filósofo alemán, nacido en Messkirch, Alemania (1889), fue discípulo de Husserl⁴⁷. Desde la filosofía analítica, su obra ha sido criticada con dureza, sin embargo, se admira la capacidad de precisión de su lenguaje, así como su aportación al discurso humanístico⁵¹.

La obra de Heidegger suele entenderse como separada en dos períodos distintos. El primero viene marcado por ***Ser y tiempo***, obra que, pese a quedar incompleta, plantea buena parte de las ideas centrales de todo su pensamiento. En ella, el autor parte del presupuesto de que la tarea de la filosofía consiste en determinar plena y completamente el sentido del ser, no de los entes, entendiendo por «ser» (aunque la definición de este concepto ocupa toda la obra del autor, y es en cierto sentido imposible), en general, aquello que instala y mantiene a los entes concretos en la existencia⁵¹.

En la comprensión heideggeriana, el hombre es el ente privilegiado al que interrogar por el ser, pues sólo a él «le va» su propio ser, es decir, mantiene una específica relación de reconocimiento con él. La forma específica de ser que corresponde al hombre es el "*Ser-ahí*"

(Daseín), en cuanto se halla en cada caso abocado al mundo, lo cual define al "*Ser-ahí*" como "*Ser-en-el-mundo*"⁴⁹.

En la segunda etapa de su pensamiento, el filósofo estudia la historia de la metafísica como proceso de olvido del ser, desde Platón, y como caída inevitable en el nihilismo (cuando se piensa el ente tan sólo, éste termina por aparecer vacío). En sus últimas obras, realiza un acercamiento al arte como lugar privilegiado donde se hace presente el ser. Para Heidegger, se hace también necesario rehabilitar los saberes teórico-humanísticos, a fin de mostrar que lo que constituye a todo hombre en cuanto tal no es su capacidad material de alterar el entorno, sino la posibilidad que tiene de hacer el mundo habitable: el hombre debe comprender que no es "el señor del ente sino el pastor del ser" y que "el lenguaje es la casa del ser". Antes que la técnica, el lenguaje, y en general la conciencia (la capacidad de interrogarse del Daseín), son los dos elementos que constituyen al hombre en cuanto existente o, lo que es lo mismo, en cuanto al hombre es la base de toda acción, así como de toda operación de conocimiento y elaboración científica. De acuerdo a esta filosofía Heidegger pretende comprender las habilidades, prácticas, experiencias cotidianas, articular las similitudes, compromisos, vinculando las diferencias en los significados, compromisos, prácticas y experiencias que tiene los seres humanos⁴⁹.

2.3 La filosofía de la experiencia.

El mundo no es único ni universal, sino diferente para cada ser humano de acuerdo a su cultura, tiempo, época histórica y la familia a la que pertenece. La manera de "ser" y "estar" en el mundo se guía por el significado que cada ser humano le atribuye a los eventos

y situaciones en el mundo propio e individual, estos significados se construyen en cada persona de acuerdo al entorno y todas las formas que dispone²².

Heidegger define a la experiencia como comprenderse a sí mismo y su sentido en el mundo de la vida. Bajo este contexto la experiencia nombra a la subjetividad del sujeto o lo que significa la subjetividad del ser en la palabra conciencia (Bewußtsein) de modo que solo a partir de este “ser” (Sein) se torna claro y vinculante²².

En la experiencia o percepción individual de las cosas se ve una trascendencia de sentido; primero desde un horizonte externo como anticipación de posibles cosas reales individuales que aparecerán en el mundo; segundo como horizonte interno en cada cosa real con relación a rasgos o determinaciones no apercibidas; tercero, todo lo que aparece como nuevo en la experiencia está inmerso o en el horizonte mundano, que en cuanto tal posee su horizonte interno que destaca sus rasgos particulares, y como anticipación de cualquier explicación de percepción de ese objeto, se constituye por esencia como lo real²².

2.4. Elementos de la experiencia.

Los seres humanos a diferencia de otros seres vivos tienen una particularidad, al paso de los años y en su proceso de crecimiento van adquiriendo una serie de acciones humanas repetitivas que suelen llamarse experiencia; para algunos autores como Heidegger el término ser ahí “Dasein” lo emplea para referirse al hombre tratando de enfatizar su particular ser. En principio, el significado del término alemán “Dasein” se debe entender partiendo de la comprensión de la conjugación de los dos términos que le dan origen: “da” y “sein”. “Da” alude al ahí y “sein” al ser. El significado de Da-sein es el ser-ahí, el ser (de lo que está) ahí; esto es, cómo se da el ser de lo que está ahí. Si el hombre es Da-sein, el hombre es ahí. Entonces, atendiendo a que en el ahí se da el ser del hombre, el ahí se refiere a todo aquello en lo que el hombre deposita y muestra su ser, aquello en lo cual el

hombre se abre y, de esta manera, contribuye a que los demás entes también se muestren. Por tanto, el término “Daseín” no presenta la definición de algo, sino, intenta mostrar (cómo es) el ser de algo. Ese algo es el hombre como ente que, en cierta forma, se muestra especial, en atención a la relación singular que entabla con el mundo. Justamente por ello, se hace necesario ahondar en su ser; en este sentido, llamarlo y comprenderlo como Daseín²².

El Ser ahí (Daseín); implica tres aspectos a saber el primero: la acción humana; el segundo: la rutina y el tercero el ambiente.

La acción humana es una conducta consciente movilizadora a voluntad, transformada en actuación que pretende alcanzar precisos fines y objetivos, es una reacción consciente del ego ante los estímulos y las circunstancias del ambiente; es una reflexiva acomodación a aquella disposición que está influyendo en la vida del sujeto²².

La rutina es una costumbre o hábito adquirido de hacer un modo determinado que no requiere tener reflexión o decidir²².

El ambiente alude a los elementos que constituyen la realidad en la que se realiza un hecho determinado, que influyen en la vida del organismo o del individuo de un modo real o imaginario, por su parte la rutina es la costumbre inveterada, hábito adquirido de hacer las cosas por mera práctica y sin razonarlas²².

Para Amor del Olmo²⁴, en su interpretación de Heidegger, el Ser en el mundo expresa un modo posible de tratar con las cosas como es conocerlas; pero los seres humanos suponen esa previa y radical situación del existir constitutivo de él, que es el estar desde luego en algo que se llama primariamente mundo. De esta manera, mundo no son las cosas (árboles, hombres, montañas, etc;) que hay dentro del mundo y que son intramundanas

(innerweltlich). ¿Qué significa estar en? Desde la composición de las cosas tiene un significado particular, esto es, “estar dentro de” es decir un ente que está “en” otro como el agua está “en” el vaso y el traje “en” el armario. Con él “en” nos referimos a la relación de dos entes que se extienden “en” el espacio, que tienen entre sí respecto de su lugar. De esta manera son también las emociones, los sentimientos, estos son entes en diversos grados y formas que pertenecen al mundo. De acuerdo a esto ni siquiera la interpretación ontológica del ser de estos entes se refiere al fenómeno mundo, que está ya supuesto en estas vías de acceso al ser objetivo, éste representa ontológicamente un carácter del existir mismo. La “esencia” del existir consistiría en su existencia, porque el existir implica siempre el pronombre personal, yo soy, tú eres, y de ahí desglosamos que el existir es esencialmente su posibilidad; por esto puede elegirse, ganarse o perderse y por esto le pertenecen dos modos claros y definitivos de ser: autenticidad o inautenticidad²⁴.

En las distintas etapas por las que atraviesa el ser, muchas veces se plantea esta dicotomía y con ello a medida que pasa el tiempo y que alcanza una edad, con mayor motivo, yo quiero ¿ser del mundo, estar en el mundo o vivir en el mundo? No es fácil dilucidar estas proposiciones, pues si bien la función verbal que la diferencia y que en otras lenguas sería intraducible, en español impone a estas frases un fuerte concepto filosófico y religioso. Probablemente la mayoría de los seres lo que queremos es vivir en el mundo, entendiendo éste como un lugar de existir, es sólo existencia porque relacionamos vivir y mundo, existir y mundo, aunque por desgracia sabemos que esto no siempre es verdad. Hay muchos seres que están en el mundo pero no viven en él, hay muchos seres que son del mundo pero no viven en el mundo, por ello el concepto activo de vida, de vivir intrínsecamente relacionado con el de existir y mundo deberían de estar siempre unidos

para que nadie se sienta en los otros dos rincones (ser y estar en el mundo) que tanta angustia y desolación producen en el ser humano²⁴.

Por su parte, el segundo elemento, o sea, el Ser en el mundo (dentro de), se refiere a ese mundo como intra-humano en donde se desprenden dos elementos importantes: las emociones y los sentimientos²⁴ (ver anexo B).

Las emociones son fenómenos que representan modos de adaptación a ciertos estímulos ambientales, hacen reaccionar en público, estos le ayudan a la persona a superar determinados cambios externos que pueden afectar nuestra integridad, en otras palabras las emociones son impulsos que llevan a la acción; dicho de otra manera las emociones surgen ante una situación que aparece de repente, bruscamente y se expresan por el lenguaje no verbal²²; psicológicamente alteran la atención, hacen subir de rango ciertas conductas, son guía de respuestas del individuo y activan redes asociativas de la memoria²⁵.

Fisiológicamente, las emociones organizan las repuestas rápidamente de distintos sistemas biológicos, incluida las expresiones faciales, los músculos, la voz, la actividad del sistema nervioso autónomo y del sistema endocrino a fin de establecer un medio interno óptimo para el comportamiento más efectivo ³⁰.

Por ende las emociones actúan también como depósitos de influencias innatas y aprendidas, poseen ciertas características invariables entre individuos, grupos y culturas, estas son emociones básicas que podrían denominarse emociones universales y se denominan en seis: miedo, alegría, sorpresa, tristeza, ira, asco²⁵.

El miedo anticipa y avisa de algo que puede ser peligro o una amenaza, se manifiesta en la cara con ojos fijos, músculos tensos y preparados para una respuesta de huida o

ataque, la boca entre abierta mostrando los dientes, respiración frecuente e intensa, sudoración, manos temblorosas y pelos erizados, etcétera²⁶.

La alegría se produce como consecuencia de detectar algo que nos favorece o beneficia, es una sensación de bienestar y seguridad, se aprecia por distintos signos: cara relajada, boca sonriente con la comisura de los labios elevada, mirada dulce, faz amistosa, brazos abiertos y caídos a lo largo del cuerpo, manos entreabiertas, actitud observadora o expectante²⁹.

La sorpresa por su parte indica asombro, desconcierto y muestra diferentes signos como los ojos más abiertos de lo habitual y fijos en el objeto causante de la emoción, las cejas arqueadas y fruncidas, la boca entre abierta, actitud observadora o expectante²⁷.

La tristeza indica un estado de ánimo negativo, muestra pena, soledad, pesimismo, se percibe mirada perdida con tendencia a fijarse en el suelo, la boca hacia el suelo, la cabeza inclinada y sometido, el cuerpo flácido sin tono, habla escasa y en tono apagado²⁷.

La ira implica agresividad y una fuerza momentánea manifiesta de rabia, enfado, resentimiento o furia e induce a la destrucción del objetivo causante, para lo que da una fuerza desmedida. Suele expresarse con ojos muy abiertos y fuera de sí, entrecejo fruncido, cara contracturada mostrando los dientes en actitud de lucha, mandíbulas apretadas, cuerpo tenso y amenazante, brazos elevados y con movimientos rápidos y en todas direcciones, dedos separados mostrando las uñas²⁸.

Las emociones generan acciones, crean sentimientos y se interpretan de determinada manera siendo de mayor intensidad y de menor duración que los sentimientos, en conclusión las emociones son impulsos racionales que permiten al individuo adaptaciones a

los cambios externos o internos con una consecuencia de ideas que se ejecutan en determinado momento y se presentan en el cuerpo por estados de ánimo que hacen reaccionar de manera pública y notoria que desencadenan reacciones diseñadas para superar determinados cambios externos que pueden afectar la integridad²⁵.

Los sentimientos son reacciones positivas o negativas a una vivencia, es la experiencia subjetiva de la emoción. Se habla de sentimientos cuando la emoción es codificada en el cerebro y la persona es capaz de identificar la emoción específica que experimenta alegría, pena, rabia, soledad, tristeza, vergüenza⁴³. Los sentimientos son profundos y duraderos que dependen del estado de salud, de circunstancias corpóreas o de accidentes de la vida³⁰.

La importancia de los sentimientos reside sobre todo en su relación con la inteligencia y con la voluntad y no simplemente como precedentes, sino como derivados de las dimensiones activas del ser humano. Sin embargo, en nuestra época las facultades espirituales del hombre, la inteligencia y la voluntad, están desacreditadas, por eso ha aumentado el relativismo, es decir, la opinión que niega la universalidad de la verdad, así como el control de la voluntad. En nuestra época se concede un mayor crédito a los sentimientos; se acude a ellos por considerar que son lo que resta después de la duda sobre el alcance de la inteligencia y de la voluntad²⁸.

El sentimiento intuye los valores que se distribuyen en una escala favorecida por los sentimientos vinculados por la percepción como el placer y el dolor, en función de los seres sociales de nuestro contexto social y cultural, son resultado de la relación, vivencias y experiencias de nuestra forma de actuar³⁰.

No hay un estímulo que haga que surja en un momento, sino que es producto de una situación progresiva que deja su huella. Se aprecian como positivos o negativos, agradables

o desagradables. Los sentimientos son cuatro: sensoriales (dolor), vitales (salud), anímicos (tristeza), espirituales (paz)⁵⁰ (ver anexo C.

CAPÍTULO 3

MARCO CONCEPTUAL

3.1 Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

3.1.1 Antecedentes.

La neonatología se considera que inicio con el obstetra francés Pierre Budí, él se preocupó por los recién nacidos no sólo de que nacieran sino que se les brindará atención después del parto, creando la primera clínica de cuidados para niños en el hospital Charité en París en 1892, él es el encargado de elaborar los principios y métodos que forman parte de la medicina neonatal.

En la primera década del siglo XX es donde se da la mayor contribución de la ciencia |sobre la prematuridad ya que había una tasa de mortalidad para los recién nacidos prematuros muy alta, aunada a las infecciones intrahospitalarias, siendo estos factores determinantes para la muerte¹⁸.

En esta época se destaca que el neonato no pertenecía ni a la obstetricia ni a la pediatría, siendo este un factor importante para impulsar el cuidado especializado. El aislamiento obligado provocó la separación del neonato y la madre rompiendo el vínculo afectivo de madre e hijo por la condición crítica con que nacen algunos neonatos, de esta manera se crearon las Unidades de Cuidados Intensivos¹⁷.

Los avances terapéuticos y la modernidad han permitido que el prematuro logre sobre vivir desde edades gestacionales muy tempranas; ahora la UCIN se transformó en un espacio cerrado de alta tecnología que no permite la integración de los padres en los procesos para asegurar la sobrevivencia del neonato^{17,18}.

3.1.2 Funciones.

En la actualidad la UCIN es un espacio altamente equipado, con tecnología específica, de estructura cerrada y aislada con procedimientos y rutinas establecidos por normas para el mejor funcionamiento y atención al neonato en estado crítico. En este espacio se requiere de personal altamente especializado, el cual necesariamente debe contar con conocimientos, habilidades y destrezas para realizar funciones específicas que demanda esta atención para este tipo de pacientes.

La organización de estos sitios debe considerar los recursos humanos, el espacio físico y tomar en cuenta el cuidado centrado en el recién nacido y los padres, ya que juegan un papel fundamental en la dinámica de la UCIN, desde el reporte médico los avances o retrocesos en los tratamientos y para cubrir todos los aspectos del ingreso del recién nacido hasta el alta^{32,33,34}.

El objetivo de la UCIN es cumplir tres aspectos básicos: a) un espacio destinado a reunir pacientes muy graves o en peligro de muerte; b) contar con personal especializado en el área y, c) contar con el equipo biomédico y recursos materiales para proporcionar el tratamiento y vigilancia de los recién nacidos para asegurar la vida^{32,33,34}.

3.2 El prematuro.

Los recién nacidos son considerados prematuros cuando el parto tiene lugar antes de que se hayan completado de 37 a 40 semanas de gestación ya que éstas son consideradas las semanas normales promedio³².

El recién nacido prematuro es definido como el producto de la concepción de menos de 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 520 gramos a menos de 2.500 kilogramos, caracterizado por presentar inmadurez de los tejidos, bajo peso, talla corta y por ello requiere cuidados especializados que le garanticen condiciones para la vida. Debido a su condición serán ingresados en la UCIN, por un mes o más de estancia en esta área hospitalaria^{32,35}.

3.3 Padres mexicanos.

La paternidad y la maternidad como apertura a una nueva vida, implica una dimensión ética de responsabilidad frente a un proyecto global de fecundidad mediada por la voluntad⁶.

En Latinoamérica la paternidad está experimentando un proceso de transformación que implica un redireccionamiento hacia el incremento de las contribuciones de tiempo paterno dedicado al cuidado de los hijos e hijas, hacia una mayor conciencia sobre el deseo de tener hijos, así como a mayores expresiones de afecto y cercanía hacia ellos. Se reconoce, sin embargo, que para la implantación de este nuevo modelo de paternidad siguen existiendo obstáculos importantes, tales como la persistente falta de equidad en la distribución de las responsabilidades para el cuidado y la atención de los hijos entre padres y madres⁶.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en México, realiza la distinción de cinco tipos de hogares: nuclear, ampliado, compuesto, unipersonal y co-residente cada uno integrado por diferentes miembros, pero en todas ellas el cuidado de los hijos es sustantivo⁵.

Considerando los datos del INEGI en el 2010, el 70.4% de los hogares en México estaban compuestos por familias nucleares biparentales, el 77.7% tenía como jefe de familia un hombre y el 22.3% a una mujer, sin embargo 9 de cada 10 mexicanos opinó que el modelo “clásico” de familia para que un niño crezca feliz implica la figura de un padre y una madre⁵.

Bajo este contexto ser padre o madre en México no es sencillo, en muchos hogares todos los adultos de la familia nuclear trabajan fuera de casa, hay separaciones, divorcios y muchas otras situaciones que circundan el nacimiento de un hijo³⁵.

La paternidad hace referencia a las actividades desarrolladas por los padres y madres para cuidar a sus hijos, ésta no depende de la estructura o composición familiar, sino que tiene que ver con las actitudes y forma de interactuar en las relaciones paterno/materno-filiales en torno a asegurar la supervivencia, el crecimiento sano, aportar el clima afectivo para el desarrollo y tomar decisiones respecto a la vida y salud de los hijos³⁵.

3.4. Concepto de padres.

El significado que se le otorga al ser padre o ser madre, se desprende de las expectativas y los simbolismos que la cultura establece respecto a las relaciones de género; el concepto hace referencia a las representaciones sociales que brindan sentido a la

diferencia sexual, a la manera como se explican, se valoran y se establecen normas acerca de la masculinidad y la feminidad⁶.

Se considera al género como un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos, y al mismo tiempo como una forma primaria de relaciones significativas de poder. En esta perspectiva, el género es una categoría relacional y facilita conocer las jerarquías culturales sobre las cuales se aprecian de manera distinta los sexos. La corporalidad femenina corresponde a una imagen de maternidad: servicial, pasiva, emocional, y que ama sin fronteras ni límites. En el polo opuesto se encuentra el cuerpo masculino, estereotipado como el activo, creativo, racional, viril y proveedor. Por tradición las mujeres construyen la feminidad formándose en las cualidades que la cultura ha construido sobre lo que significa ser madre, de forma que la representación social dominante en nuestra cultura ha sido la de mujer igual a ser madre complementada con el hombre como proveedor⁶.

3.5 Vinculación de los padres con hijos recién nacidos.

El nacimiento del primer hijo es impactante ya que este acontecimiento transforma la existencia de la mayoría de las personas; sin embargo, este evento es vivido de manera diferente por hombres y mujeres, según sus historias y proyectos vitales, su ubicación socio-profesional y la influencia que han tenido en ellos y ellas los cambios culturales y del contexto social. De esta manera la capacidad de los padres para formar fuertes lazos con sus hijos está entre las experiencias humanas más fundamentales¹¹.

Los padres crean lazos afectivos desde la concepción y durante toda la evolución del embarazo y se desenvuelven con más fuerza durante el nacimiento, es por esto que la

experiencia de los padres que tienen un recién nacido prematuro hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) es intensa, y ésta no sólo es generada por la gravedad y la condición física del recién nacido, sino por las dificultades que existen en la comunicación que se genera con el equipo médico, aunado a una serie de normas y procedimientos que son necesarios durante la estancia en el área ¹⁰.

Si bien la UCIN brinda cuidados centrados en el neonato en estado crítico, con frecuencia no toma en cuenta a los padres que también son actores dentro del entorno. Las necesidades comunes de los recién nacidos son atendidas por los profesionales de la salud, no considerando la necesidad de información de los padres y no sólo de su tratamiento sino también de su estado de salud y de saber si el neonato tiene dolor, destacando la incomodidad de la interrupción súbita de las actividades diarias y las preocupaciones del futuro pudiendo llegar a generar una serie de sentimientos y emociones en los padres⁸⁻¹⁴.

El recién nacido prematuro es separado de sus padres y ubicado en un ambiente desconocido para ellos donde se presume que en cualquier momento se puede producir un desenlace trágico, debido a la inestabilidad en su estado de salud^{10,11}.

En los últimos años se ha reconocido la importancia no sólo de atender las necesidades del recién nacido, sino también los aspectos psicosociales de los padres en la recuperación de su hijo, ayudarlos a pasar por este período dado que el profesional de la salud no ha tomado en cuenta a los padres.

CAPÍTULO 4

MARCO REFERENCIAL.

4.1 Experiencias de padres con recién nacido prematuro en la UCIN.

Para la revisión de la literatura se consultaron cinco bases de datos científicas: Biblioteca Cochrane, Pub Med, CINAHL, SCIELO y Medigraphic para la localización de artículos en inglés, español y portugués.

La búsqueda comprendió los siguientes parámetros: período 1988-2015, padres de 18 a 44 años y estudios cualitativos, con las siguientes palabras clave: experiences, experiencias; (padres), parents, pains; premature, newborn, recém-nascidos prematuros (recién nacido prematuro) NICU, UTIN y UCIN.

Consecuente con la búsqueda, se localizaron tres revisiones sistemáticas que cubrieron el período de 1997 al 2013; una en inglés, otra en español y una más en portugués; además de un artículo en español no incluido en las revisiones sistemáticas, reportes que daban cuenta de 32 artículos de países como: Reino Unido, Noruega, Portugal, Irlanda, Suecia, Taiwán, Canadá, EE. UU y Colombia (ver anexo D).

A partir de las revisiones sistemáticas⁸⁻¹⁰ se reconoció que las experiencias de los padres en la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales (UCIN) acentúan sentimientos y emociones como estrés, tensión, depresión, desesperación, ambivalencia, ansiedad, impotencia, crisis, incertidumbre, miedo a la muerte, angustia, pérdida del niño, pérdida del vínculo afectivo, pérdida del contacto piel a piel, entre otros.

En la revisión sistemática del 2008⁸ se señalaron dos áreas de oportunidad para la investigación en torno a la experiencia de los padres con prematuros en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, por un lado considerar las influencias culturales en la experiencia de los padres al tener un bebé hospitalizado y por otro la necesidad de estudiar las experiencias en padres y madres por separado para identificar formas únicas de responder con un enfoque de teoría fundamentada con el fin de comprender el proceso que experimentan.

Las revisiones, por otro lado, expusieron que el diseño predominante fue el fenomenológico, los informantes fueron principalmente madres, seguido por el binomio padre-madre y finalmente los padres varones. Los padres en su mayoría no contaban con trabajo o éste no era estable, su edad osciló entre los 18 y 37 años, el nivel educativo de estos informantes fue variado pasando desde los que no tenían ningún grado escolar hasta los que manifestaron estudios universitarios y finalmente el estado civil predominante fue la unión libre, seguido por los casados y en menor proporción los solteros⁸⁻¹¹. La técnica dominante fue la entrevista y los grupos focales⁸⁻¹¹.

El artículo colombiano del 2015 reportó al respecto del tema de interés, que el ingreso de los recién nacidos en la UCIN provocó una sensación de vacío en las madres, la falta de contacto táctil y visual contribuyó a un distanciamiento en las madres afectando el vínculo afectivo madre-hijo y aumentó las dudas e inseguridad en el estado de salud y su cuidado¹¹.

Finalmente llamó la atención que en esta revisión no se localizó ningún artículo realizado en México.

CAPÍTULO 5 METODOLOGÍA

5.1 Tipo de estudio.

El estudio fue de tipo cualitativo en tanto se pretendió la explicación profunda y completa de datos descriptivos sobre la conducta humana desde los discursos de los participantes, buscando entender los fenómenos desde la perspectiva del actor, examinando el modo en que se experimentan³⁷.

5.2 Diseño.

El diseño de la investigación fue descriptivo, por lo que la información se recolectó y se transcribió con procesos de reducción y ordenamiento de la misma en forma detallada³⁴.

5.3 Método.

El método para esta investigación fue fenomenológico, en tanto que se buscó la comprensión del fenómeno desde la propia perspectiva del actor, es decir, desde el modo en que experimentó el mundo, en donde la realidad que importó fue que las personas percibieron como importante⁴⁰.

5.4 Contexto.

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un hospital de 2do. Nivel de la Ciudad de México donde se realizó la investigación se ubicaba en la planta baja adyacente a los servicios de Urgencias, la Unidad Tocoquirúrgica, y la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.

La UCIN consta de una pequeña puerta de cristal de 90 centímetros enmarcada en dos hojas de aluminio que se abren por la mitad, sus paredes son de azulejo beige de piso a techo. Al ingresar al área del lado izquierdo existe un perchero con cinco ganchos, una mesita con un contenedor de gorros y cubre-bocas, al lado derecho se encuentran los baños para el personal y dos lavabos en el centro donde se lleva a cabo el lavado de manos supervisado por las enfermeras.

La unidad tiene capacidad de 16 lugares para la atención del neonato, es un área cerrada y con luz artificial. En el centro se encuentra el control de enfermería con tres sillas, mientras que al lado derecho existe un cubículo con una tarja para el lavado de material y dos cubículos más que ofrecen visibilidad hacia el área de aislamiento. La UCIN tiene dos pasillos, uno derecho y uno izquierdo, ya que las cunas de calor radiante están alineadas una a lado de la otra, de esta manera los padres pueden ubicar a su recién nacido y realizar la visita (ver anexo E).

Por otra parte, en el área externa, en la entrada principal del hospital, existe un espacio techado acondicionado de estancia transitoria, en donde se realizaron las entrevistas. Cuenta con seis filas de butacas, el área está aislada parcialmente con tubos gruesos que funcionan como límite del área urbana donde se ubican comerciantes y las personas que están en espera y el tránsito habitual de la calle.

Frente a esta área se encuentra un andador con árboles, butacas y juegos infantiles misma que fue acondicionada como zona de recreación y esparcimiento, y en donde se escucha el cantar de los pájaros por la mañana.

5.5 Informantes.

Para esta investigación se seleccionaron sujetos tipo: padres hombres o mujeres entre los 18 y 40 años con cualquier nivel de escolaridad, que fueran residentes de la Ciudad de México o zona conurbada, y que tuvieran un recién nacido prematuro primogénito hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un hospital público de 2do. nivel de la Ciudad de México ³⁷.

5.6 Técnicas de recolección de información

Para esta investigación se empleó la triangulación de técnicas: entrevista, observación no participante y nota de campo atendiendo a la premisa de que ningún método de recolección de información por sí sólo es capaz de acopiar todos los matices, aspectos y características de un objeto de estudio de tipo cualitativo ^{41,42}.

La conjunción de técnicas permitió mayor consistencia a los datos ya que las debilidades de un método de recuperación de información se compensaron con la potencialidad del otro. Asegurando de esta manera la contrastación a través del rigor metodológico y generando condiciones para la producción de validez o credibilidad y reforzar la confiabilidad (objetividad) y la dependencia (fiabilidad) de los datos³⁷⁻⁴³.

Las entrevistas se realizaron a partir de la guía semi-estructurada elaborada para esta investigación a partir del referente epistemológico de Heidegger.

5.7 Procedimientos

5.7.1 De ingreso al campo

La inmersión al campo de investigación se logró en el marco del ejercicio profesional de más de 20 años en el área neonatal, lo que implica haber estado en contacto con padres de prematuros en el área en diversos momentos del internamiento de sus hijos.

El acceso al campo se logró solicitando la autorización verbal de la jefatura de enfermería del hospital, después de haber expuesto generalidades de la investigación. Posteriormente la jefatura notificó a las autoridades del servicio de la UCIN del propósito de la investigación con el fin de brindaran las facilidades para entrar al campo e identificar a los posibles participantes.

5.7.2 De recolección de información

Para la recolección de información se emplearon tanto la entrevista a profundidad como la nota de campo y la observación no participante; que para fines de presentación se describen por separado.

Las **entrevistas** se desarrollaron a partir de la guía semi-estructurada construida para la investigación y sustentada en la propuesta teórica de experiencia de Heidegger; este recurso constó de tres apartados y 3 preguntas base (ver anexo F1 y F2).

En el apartado perfil de los informantes se recabaron datos como: edad, estado civil, nivel de escolaridad, número de hijos y lugar de residencia; en la sección siguiente se interrogó sobre la experiencia desde el hacer y sentir de los padres, para finalmente con una pregunta de cierre ofrecer a los participantes la posibilidad de aportar cualquier información complementaria.

El **reclutamiento de informantes** se realizó en un período de 9 meses (noviembre del 2014 a agosto del 2015) lapso donde se identificaron potenciales participantes desde los expedientes clínicos de los prematuros internados en la UCIN. Lo anterior implicó elaborar para esta investigación siete listas en diferentes momentos con informantes apegados al perfil requerido y a los cuales se les explicó el objetivo del estudio, la necesidad de su consentimiento para grabar la entrevista, la confidencialidad de la información otorgada; al mismo tiempo se acordaba en lo posible el día y condiciones para la entrevista.

Los listados fueron necesarios en tanto que situaciones como muerte del prematuro, negación de los potenciales informantes a participar en la investigación, falta de disponibilidad de tiempo y cancelación de las entrevistas de forma reiterada implicó la localización de nuevos casos hasta lograr conjuntar un padrón final de 7 informantes en disponibilidad.

a) Entrevistas

Las entrevistas se llevaron a cabo en la parte externa de la entrada principal del hospital llamada de tránsito, espacio techado, con butacas y anexo al edificio. El área está cercada por barrotes circulares de amplio grosor los cuales permiten la visibilidad al exterior, pero aíslan lo suficiente como para lograr una conversación en corto.

Se realizaron 6 entrevistas hasta alcanzar la saturación teórica ^{36,42} las cuales se grabaron y que una duraron entre 28 y 40 minutos. La transcripción de las mismas implicó la utilización de un equipo de reproducción manual y audífonos, para de manera textual confrontar en varias ocasiones los textos con los audios, teniendo la certeza que lo que se transcribía era lo que los informantes expresaron.

b) Observación no participante.

La **observación no participante** se llevó a cabo durante la visita de los padres a la UCIN, sólo para documentar aspectos complementarios a la investigación en torno al objeto de estudio.

c) Nota de campo

En cuanto a **las notas de campo**, se levantaron después de cada entrevista tratando de registrar elementos que el audio no es capaz de conservar como lenguaje corporal, tono de voz, gesticulaciones, movimientos voluntarios e involuntarios, entre otros.

5.7.3 De Análisis

Para el proceso de análisis de la información se tuvieron en cuenta dos procesos analíticos: codificación axial⁴⁰ para ordenar el material escrito y el análisis de contenido para la construcción de categorías ⁴¹.

La **codificación axial** implicó el ordenamiento del material escrito a través de una transcripción de los audios de cada entrevista, así como la asignación a cada informante de un pseudónimo, en este caso de metales para los varones y de piedras preciosas para las mujeres ⁴².

Debidamente etiquetadas y transcritas las entrevistas se procedió al tratamiento de clarificar el discurso (etic) para hacerlo fluctuante y legible; de cada una se conservó un ejemplar impreso y electrónico como referente para regresar tantas veces fue necesario al contexto de los discursos y preservar su intensidad durante el análisis.

Posteriormente se diseñó una **matriz de análisis** donde se identificaron unidades temáticas, subcategorías y categorías empíricas que se fueron agrupando en múltiples

ocasiones a partir de las categorías teóricas contempladas desde el marco teórico-epistémico del estudio.

Las entrevistas fueron analizadas por medio del **análisis de contenido**, ya que esta técnica ofreció la posibilidad de investigar sobre la naturaleza del discurso a través de procedimientos sistemáticos, específicamente la descripción del contenido de los mensajes para ir más allá de los datos, sustrayendo los códigos y mensajes para la búsqueda del sentido del habla⁴³.

Consecutivamente se realizó la **lectura horizontal que implicó elaborar** siete tablas de análisis en diversos momentos tras procesos de lectura fluctuante y reducción de datos reiterado a partir del marco epistémico del estudio⁴³.

La primera tabla de análisis contó con 29 categorías que después de diversos procesos deductivos e inductivos, se logró reducir a dos con sus respectivas subcategorías.

La **lectura fluctuante** de las entrevistas se auxilió de un sistema de clasificación con colores de temas a partir de los discursos, mismo que permitió evidenciar las categorías teóricas: *Construir el ser padre en la UCIN (construcción de la paternidad)*: Acción humana (azul) ambiente (verde), y rutina (anaranjado) y *ser en el mundo de la UCIN padre (vivir el rol de ser padre)*: con las emociones (rosa) y sentimientos (amarillo). Una vez extraída la información se llevó acabo nuevamente la lectura que permitió validar la categoría empírica en el marco de la teoría y la pertinencia del código vivo ⁴⁴

La **lectura transversal** implicó la búsqueda intencionada de las categorías teóricas en y desde los discursos de los informantes, esto a través de un proceso de agrupar

testimonios, buscar conexiones y confrontar la síntesis con la filosofía de Heidegger en este caso a través de analogías o síntesis de resultados de otras investigaciones para lograr concretar impresiones analíticas⁴².

5.8 Criterios de rigor científico

En la investigación se buscó la preservación de los cuatro criterios de rigor en la investigación cualitativa a saber: credibilidad, transferencia, confirmabilidad y dependencia^{40,41,42}.

La **credibilidad** se garantizó con la descripción detallada del lugar en donde fueron levantadas las entrevistas, notas de campo y la observación no participante.

La **transferencia** se preservó a través de una descripción en profundidad de datos subjetivos de los informantes en torno al fenómeno durante la observación y a una amplia recolección de información al contar con lista de potenciales informantes como para llegar a la saturación.

Por otro lado la **confirmabilidad** se garantizó al relatar detalladamente dónde fueron obtenidos los datos, el contexto de la UCIN y la observación de los participantes durante la entrevista (triangulación de métodos).

La **dependencia** dadas las características ontológicas de la realidad asumida en esta investigación no es posible ofrecer replicabilidad, sin embargo el empleo de métodos superpuestos para la recolección de datos (entrevista, nota de campo y observación no participante) permitió aproximarse a ella.

5.9 Consideraciones éticas

En esta investigación se atendieron los principios éticos de confidencialidad, anonimato y riesgo mínimo conforme lo señalado en la Ley General de Salud en sus artículos 17,19,20 y 21 y lo propio de la declaración del Helsinki capítulos 5-9,12, 21-25 ⁴⁶⁻⁴⁷. En este marco se obtuvo el consentimiento informado antes de llevar a cabo la entrevista de cada uno de los participantes, no sin antes haber precisado con ellos el objetivo del estudio y la posibilidad de abandonarla en cualquier momento (Ver anexo G).

CAPÍTULO 6

HALLAZGOS Y DISCUSIÓN

6.1 Presentación de informantes

Los informantes fueron 6: dos de ellos mujeres y el resto hombres; la edad promedio fue de 29 años (oscilando entre los 21 a 37 años), la actividad económica en 5 de ellos se reportó como de carácter informal y sólo uno asalariado. El nivel de estudios fue desde la instrucción primaria hasta el bachillerato; mientras que el estado civil correspondió en 4 casos a unión libre, uno soltero y uno casado. Finalmente 3 de los informantes vivían en el Estado de México el resto en la Ciudad de México (ver Tabla 1).

Tabla 1.
Descripción de informantes.

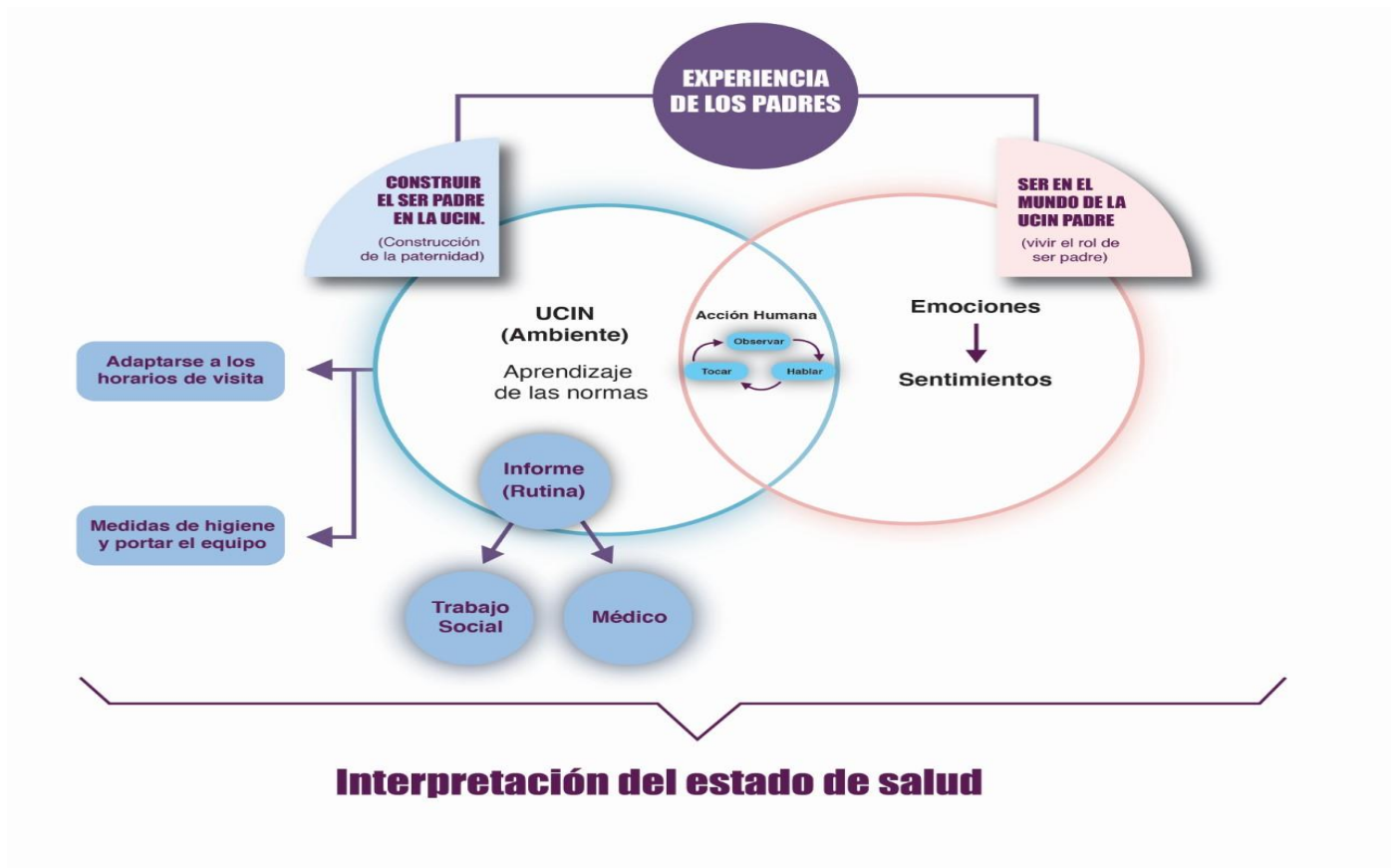
Edad de los padres	31 años	21 años	37 años	23 años	37 años	30 años
Ocupación	Cuidadora de bebes	Comerciante	Comerciante	Policía Federal	Chofer	Hogar
Escolaridad	Secundaria	Secundaria	Primaria inconclusa	Preparatoria y carrera técnica	Preparatoria	Carrera técnica
Estado civil	Soltera	Casado	Unión libre	Unión libre	Unión libre	Unión libre
Residencia	Edo. de México	Edo. de México	Ciudad de México	Edo. de México	Ciudad de México	Ciudad de México
Prematuro SDG	28.4	28.1	27.2	34.3	34.4	34.4
Estancia hospitalaria	63 días	8 días	18 días	3 días	8 días	8 días

6.2. Hallazgos

A continuación, se presentan los hallazgos en torno a la pregunta central ¿cómo es la experiencia de padres mexicanos con recién nacido prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales?.

En la experiencia de los padres con un recién nacido en la UCIN se identificaron dos grandes categorías teóricas de acuerdo a la filosofía de Heidegger que son **construir el ser padre en la UCIN (construcción de la paternidad)** y **ser en el mundo de la UCIN padre (vivir el rol de ser padre)**; la primera con dos subcategorías: acción humana, y rutina-ambiente; mientras que la segunda con las subcategorías: emociones y sentimientos, cada una con sus respectivas unidades temáticas (Ver figura 1).

Figura 1. Categorías y subcategorías.



CATEGORÍA 1. CONSTRUIR EL SER PADRE EN LA UCIN (Construcción de la paternidad).

Ser padre implica una acción permanente que tiene que ver con la triada observar-hablar-tocar, mecanismo con el cual ellos establecen una apreciación del estado de salud de sus hijos mientras están en la UCIN. Estas acciones de los padres van impregnadas del ambiente y la rutina de la UCIN, que invariablemente participan en la toma de decisiones de los padres y madres con un prematuro hospitalizado (Ver tabla 2 y figura 2).

**Tabla 2.
Categoría, subcategorías y unidades temáticas.**

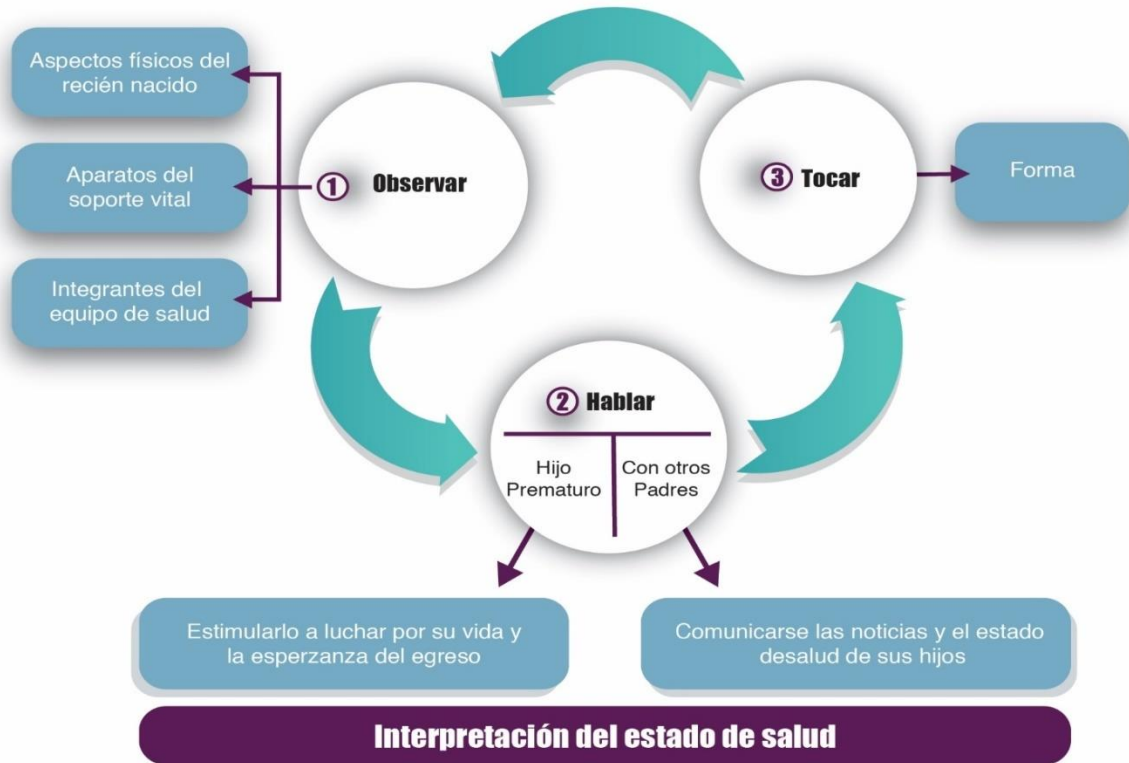
CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	UNIDADES TEMÁTICAS	
1.CONSTRUIR EL SER PADRE EN LA UCIN. (Construcción de la paternidad)	1. Acción humana	a) Observar	<ul style="list-style-type: none"> • Aspecto físico del recién nacido • Aparatos del soporte vital • A los integrantes del equipo de salud
		b) Hablar	<ul style="list-style-type: none"> • Estimularlos a luchar por su vida. • Comunicar las noticias sobre el estado de salud de sus hijos con otros padres
		c) Tocar	<ul style="list-style-type: none"> • Forma de tocar
	2. Rutina-ambiente.	a) El informe	<ul style="list-style-type: none"> • Médico • Trabajo social
		b) Aprendizaje de las normas	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas de higiene y portación del equipo. • Adaptarse a los horarios de visita

I
n
t
e
r
p
r
e
t
a
c
i
ó
n

e
d
o

s
a
l
u
d

Figura 2. Categoría 1: Construir el Ser padre en la UCIN (Construcción de la paternidad). Subcategoría Acción humana. Circuito observar-tocar-hablar.



Subcategoría 1. Acción humana.

La acción humana es definida como el conjunto de actividades con inclinación a un fin determinado y tendencia hacia el bien⁴⁸ y poseen una finalidad, en tanto participan de la voluntad y la elección, son intencionadas, con propósitos y fines específicos⁴⁹ como ocurren en los actos humanos de los padres con un recién nacido en la UCIN donde involucran específicamente tres acciones que para esta investigación se identifican en secuencia: observar, hablar y tocar.

a) Observar

Observar es la primera acción que refieren los padres con hijos en UCIN y la realizan acerca de tres puntos particulares: los aspectos físicos del bebé, los aparatos del soporte vital y los integrantes del equipo de salud; elementos con los que los progenitores hacen su propia interpretación del estado de salud del hijo, referente experiencial con el que indudablemente tomarán decisiones

- **Aspectos físicos del recién nacido.**

Los padres cuando están con sus hijos en la UCIN lo primero que realizan es observar la cara, boca, manos y la talla; todos aspectos físicos que ofrecen una lectura a los padres de la “salud” de sus recién nacidos, tal como lo muestran los testimonios:

“...Vi su cara blanquita, la boquita, así como su mamá, y la vi así nada más con su puro pañalito, hasta eso tiene manos grandes” Bronce r176-177.

“...La vi [a mi hija] primero, que estaba muy chiquita, muy frágil no me imagine que estuviera con tanto aparato...” Zafiro r44-45.

Fedman⁵⁰ refirió que los padres de un recién nacido prematuro en la UCIN realizan una acción relevante: la observación de su bebé, donde el soporte vital juega un papel fundamental; por su parte Hall⁵¹ reportó que la condición física del bebé es un aspecto que impacta a los padres y con frecuencia lo relacionan con la gravedad, lo que es congruente con esta investigación.

- **Aparatos de soporte vital.**

Los aparatos de soporte vital ocupan gran parte de la atención de los padres y les generan una “impresión” importante; la presencia de tubos y equipo biomédico habitual que con frecuencia contrasta con la talla del recién nacido, por lo que la cantidad de equipo les generan en los padres una sensación intensa de sorpresa o miedo, como lo apunta el siguiente testimonio:

“...Me impresioné al entrar [en la UCIN] y ver a mi bebé en la cunita... con los aparatos y pregunte ¿y entonces qué? ¡Va a pasar a la terapia como donde yo estaba! ...” Ónix r26-28.

“...No me imaginé que fuera así, al entrar me imaginé todo, que mis bebés están muy graves, [...] son muy pequeños prematuros, el primer bebé que vi fue la niña, porque ella está más delicada [...], muy mal por el tamaño, la vi tan pequeña, como he visto a otros niños normalmente más grandecitos, me sentí mal al ver a mi bebé llena de todo...” Oro r16-27.

Lo anterior se corrobora a partir de lo señalado por Phillips⁶² y Wigert⁶⁴ en estudios independientes que mencionan que para los padres de la UCIN estar cerca de sus hijos es una de las acciones relevantes, los monitores y todos los demás aparatos de soporte vital atrapan su atención y de acuerdo a la cantidad de los mismos se genera una fuerte impresión y angustia, lo que coincide en esta investigación.

- **Integrantes del equipo de salud.**

Por otro lado, los padres observan a los integrantes del equipo de salud particularmente enfermeras y médicos; de las primeras están atentos a los cuidados que

brindan, la proporción de ellas por niño, el movimiento en el área y en su capacidad para esclarecer dudas. En cuanto a los médicos consideran que tienen la capacidad de estos para atender a sus hijos y “ser guiados por Dios”, así fueron los discursos:

“...Hay que rezar mucho, acercarse a Dios para que les siga dando esa visión y capacidad a los médicos y ellos puedan hacer su labor para rescatar a todos esos angelitos...” Plata r100-105.

“...También ves bebés ya recuperados, se ríen, recuperaron peso, se ven más estables, [a mi bebé] la vi mejor en la UCIN, es una buena atención por parte de las enfermeras, cada bebé creo tiene una enfermera o dos bebés tienen una enfermera, pero hay muchos, ahí están [las enfermeras] al pendiente de ellos, cualquier duda que nosotros [los padres] tenemos les preguntamos y nos la saben contestar o todo lo del bebé al menos a mí sí...” A r190-198.

Esta observación de los padres sobre el cuidado de la enfermera en la UCIN y específicamente sobre la información que ésta les proporciona apunta a lo señalado por Guerra⁵² y Nelson Conner⁵³ encontraron que la satisfacción de los padres está relacionada sobre la información que reciben sobre la salud y el cuidado de sus hijos, lo que es pertinente con ésta investigación.

b) Hablar

De igual forma los padres cuando están en la UCIN después de observar a sus hijos buscan hablar con ellos tanto para estimularlos a luchar por su vida como para compartir con otros padres las noticias y sobre su estado de salud.

- **Estimularlos a luchar por su vida.**

Los padres y madres en la UCIN al observar interpretan gestos en el bebé, pero al hablar establecen un diálogo desde su imaginario, en donde les comunican la importancia de luchar por su vida y las expectativas sobre su presencia en casa, siempre con palabras de aliento como lo describen los siguientes testimonios:

“...Le decía: ánimo Elías, ¡échale ganas, tú puedes!, pero me imagino que me decía: ¡mamá ya no puedo!, yo le decía: ¡échale ganas!, [él dijo] pero ya no aguantó [ella se contestó] y por eso sacó sus dos lagrimitas, dije: a lo mejor se siente triste o no, [se contestó] también estaba triste ese día. Ónix [se dijo] le estás transmitiendo tu tristeza...” Ónix. r155-16.

“...Le platico [refiriéndose a su hija], le doy ánimos, le digo que debe ser una guerrera, si yo fui una guerrera para traerla al mundo, ella debe hacer lo mismo para sobrevivir”. Zafiro r53-55.

En este sentido Tronchi¹⁴ refiere que los padres con frecuencia hablan con sus hijos, pero se carece de estudios que mencionen específicamente los discursos o expresiones que emplean para incitarlos a luchar por su vida, acontecimiento que para este estudio se reconoce como un vínculo especial donde los padres alientan a sus bebés a continuar la batalla de vivir desde el lugar que les toca, en tanto que ellos mismos desde el exterior llevan su propia batalla.

Los padres en la UCIN forman lazos con sus hijos al motivar a sus recién nacidos a vivir, como lo muestran sus discursos:

“...Le dije: ¡échale ganas!, primero Dios, tienes que salir adelante, toda nuestra familia te está esperando, ella y su mamá pasaron un momento malo pero gracias a Dios que le echen ganas! y vamos a estar afuera...” Aluminio r 51-54.

“...estamos haciendo todo el esfuerzo sobre humano para que él siga adelante y nosotros seguimos esperándolo así con los brazos abiertos...” Plata 50-52.

Una de las preocupaciones identificadas desde la literatura sobre el tema es que los padres tienen particular interés en hablar con sus hijos y dejarles saber que están en la espera de su egreso haciendo todo lo que está a su alcance para que eso se lleve a cabo; este acto se ha identificado como una fuente particularmente importante de la ansiedad de los padres durante la atención neonatal.

- **Comunicar las noticias sobre el estado de salud de sus hijos con otros padres.**

Uno de los temas de conversación entre los padres se refiere a las novedades sobre la salud de sus recién nacidos particularmente sobre la prematurez de sus hijos y la asociación de la permanencia de estos en el área con el peligro inminente de muerte.

“...Cuando la vi, sí, fue muy difícil [.....] Me imaginé que ella [refiriéndose a su hija] estaba peor de lo que estaba, no sé o quizás a lo mejor había pasado otra cosa y no me querían decir, así me imaginaba muchas cosas malas [.....] o sea a lo mejor ya no vivía, ese era mi mayor miedo...” Zafiro r 88-94.

“...Entre nosotros [padres] comentamos cómo van nuestros bebés, cómo tomamos las noticias, si bien o mal; si el niño que está al lado del mío es prematuro, por eso está ahí...” Oro r 65-70.

El tema principal y fuente de la atención de los padres es sin duda la comunicación sobre los avances o retrocesos de la salud de sus hijos, tema que los identifica y sobre el cual construyen alianzas de apoyo entre ellos, lo que hace su estancia en el área menos tensa, situación que coincide con lo reportado por MacDonal⁵⁵.

c) Tocar

- **Forma**

El tocar es la tercera acción humana sobre la cual los padres desarrollan su experiencia y la ejercen de una manera suave y sutil siendo ésta de particular relevancia.

Para los padres la **forma en que deben tocar a los hijos** hospitalizados es estresante ya que no se sienten con la capacidad de hacerlo sin lastimarlos considerando su fragilidad; con frecuencia la posibilidad de tocarlos o no se asocia a la percepción del tamaño y peso del recién nacido, entre más “grande es percibido el bebé” mayor será la libertad que cualquiera de los padres se permita para tocarlos, así lo describen los discursos:

“... Me gusta mucho tocarlo, bueno cuando se deja, porque antes no se dejaba, desde que llegué yo quería tocarlo, pero estaba muy chiquito y me daba miedo, sólo le hablaba mucho, yo siempre le digo cuánto lo quiero...” Ónix r125-128.

“... La toco con mucho cuidado porque me entran los nervios, porque mis manos son muy torpes para agarrar *una muñequita de cerámica, no la vaya a lastimar....*”Bronce r50-52.

Heermann⁵⁴ reportó que una acción cargada de significado para un padre es sin duda el tocar a sus hijos, esto como una demostración de afecto sutil, suave y cargado de afecto lo cual es congruente con esta investigación.

- **Interpretación del estado de salud**

Uno de los **hallazgos más relevantes** de esta investigación fue que **los padres** en la UCIN y al estar ahí **hacen una interpretación del estado de salud** de sus hijos al conjuntar el circuito **observar-hablar-tocar** en el marco de las rutinas del ambiente de la UCIN. Los padres se vinculan y aproximan al hijo en la UCIN, dato que no reporta evidencia en la literatura científica, por lo que es necesario profundizar en el tema (Ver figura 1).

Subcategoría 2. Rutina-ambiente.

Ser ahí en la UCIN padre también implica involucrarse en la rutina ahí, la experiencia que los padres forjan en función de su presencia en un ambiente como la UCIN está determinada por las rutinas que tienen que aprender en torno a normas de higiene y esquemas institucionales para recibir el informe de salud (ver anexo H).

La UCIN suele crear sensaciones de desamparo en los padres al pasar mucho de su tiempo en espera. Oliveira⁵⁶ en el 2013 encontró que los informes son una serie de procesos administrativos y técnicos que los desgastan antes de encontrarse con su paciente y uno de esos procesos sin duda es el informe.

a) Informe

- **Médico**

Los padres reconocen el **informe** en la UCIN por dos fuentes: el médico y el de trabajo social, cada uno con sus respectivas bondades y debilidades.

El informe médico es confuso y reiterado desde la óptica de los padres, lo que sin duda incrementa su preocupación y los aleja de la toma de decisiones con respecto a la salud de su hijo. Así lo apuntan los testimonios:

“...Sí, a nadie se le desea que esté aquí; al segundo día vi al **mismo médico** y me dio la **misma explicación y el mismo informe...**” Bronce r30-33.

“... Me dicen [en el informe médico] que él **bebé trae mucha infección**, a eso es lo que **casi no le entiendo**, porque **¿Por qué trae tanta infección?**, ¿O por qué razón tiene infección la niña? es lo que no captó ¿su mamá trae la infección?, o ¿cuál es la pregunta que yo debo preguntar? no pregunté antes porque es la primera que estuve en la UCIN, no entiendo y no me doy cuenta qué debo preguntar...” Oro r43-51.

Una de las actividades relevantes en la UCIN es el informe médico que a menudo es poco claro, haciendo que los padres vivan en una constante preocupación. En este sentido Gale⁶⁰ y Ocampo¹¹ publicaron que cada noticia o información nueva despierta la ansiedad en los padres y que es esencial la claridad de ésta para mantener un canal permanente de comunicación, que para el caso de esta investigación dista de ser una realidad.

- **Trabajo social**

Por su parte el informe de **trabajo social** suelen recibirlo los padres varones al encontrarse en la sala de urgencias y se reduce a tres aspectos principalmente: el peso, el sexo del bebé y la notificación del área física donde será internado.

Es un informe que perciben como desgastante ya que les exigen permanencia en la sala por muchas horas, lo cual les impide la atención de necesidades básicas como comer, dormir o bañarse y en no pocas ocasiones soportar las inclemencias del tiempo; los discursos señalan:

“...Me dijeron [en urgencias, refiriéndose a trabajo social]: que si mi esposa y mi bebé necesitaban algo o estuvieran delicadas que me iban a hablar ahí precisamente en la sala de espera, que no me podía mover de urgencias; tenía que estar ahí por cualquier cosa que se llegara a presentar...” Aluminio r130-135.

“...Me dijo la señorita[de Trabajo Social] que me dio los informes [en urgencias] es una niña, que estaba en la incubadora, que había pesado tantos gramos, que estaba en el área de terapia intensiva, pero no me dijeron en dónde estaba esa área[de la UCIN], hasta que yo más tarde fui a pedir información...”Bronce 17-21.

Perez Baena⁶⁴ y Brevis Urrutia⁶⁵ en estudios independientes encontraron que la información es una de las necesidades más valoradas por los familiares de pacientes hospitalizados en la UCIN, en este sentido los informes que reciben de Trabajo Social no son concretos, crean

angustia y desgaste emocional de los padres en ese esperar lo cual coincide con esta investigación.

b) Aprendizaje de las normas.

- **Medidas de higiene y portación del equipo.**

Dentro de las actividades que los padres tienen que realizar para ingresar al área de UCIN; está el lavado de manos que al parecer es instruido por la enfermera, sin embargo la colocación del equipo, entiéndase gorro, cubre bocas y bata es explicado por los padres de mayor tiempo en el área a los recién llegados:

“...Para entrar tienes que lavar tus manos, no traer nada, anillos, esclavas, reloj, te enseñan [refiriéndose a las enfermeras] cómo lavar tus manos, te pones cubre-bocas...” Aluminio r68-70.

“...Te pones cubre-bocas, te cubren con un gorro para el cabello que no se te caiga; te dan una bata, tienes que ponerte alcohol en las manos y ese es todo el proceso que tienes que llevar a cabo para poder ver a tu bebé...” Bronce r 77-82.

Macdonell⁶⁶ reportó que los padres con mayor tiempo de su hijo en la UCIN comparten información diversa con los padres de menor estancia, como lo son las medidas de higiene siendo congruente con esta investigación.

- **Adaptarse a los horarios de visita.**

El aprendizaje de las normas implica adaptarse a los horarios de visita: tiempos, medidas de higiene, portación del equipo para llegar a una buena interpretación del estado de salud.

El tema del **tiempo de visita** es considerado por los padres como insuficiente y con frecuencia sujeto a las contingencias que se presentan en el interior de la UCIN, sin embargo se adaptan a los ritmos establecidos.

“... Si un bebé se pone mal o le están haciendo algo a veces te sacan tarde, a veces te reponen el tiempo. Los primeros días no lo entiendes, te preguntas ¿por qué no me dejan pasar, qué les pasa?, después entiendes que son bebés que están muy graves, que así como pueden estar bien están mal, y ahí tienes a tu bebé, tienes que aguantarte y lo atienden igual que al tuyo, sólo queda aprovechar el tiempo que te den”. Ónix r 214-220.

“...Nosotros no dejamos de venir a ninguna de las visitas, él [refiriéndose a su hijo] tiene visita de 12:00 a 13:00 del día y en la tarde nos salimos a comer y aquí hasta que viene la otra visita que es de 4:30 a 5:00 y ya después de las cinco nos dan la atención y el informe...” Plata r16-20.

Broedsgaard A y Wagner⁶¹ encontraron que el tiempo de la visita de los padres con sus hijos en la UCIN es percibido como insuficiente, ya que cualquier eventualidad que pasa dentro de la sala a los padres les resta el tiempo para estar con sus hijos, hallazgo congruente con esta investigación.

CATEGORÍA 2. SER EN EL MUNDO DE LA UCIN PADRE (Vivir el rol de ser padre).

Ser en el mundo de la UCIN para los padres que tienen un recién nacido prematuro implica definirse en un ambiente que les provoca emociones tan intensas y dominantes como el miedo y la tristeza, mismas que con frecuencia generan sentimientos negativos de preocupación y culpabilidad; y paradójicamente fortaleza, amor y esperanza que les permiten una interpretación sobre el estado de salud de sus hijos, a través de acciones

secuenciadas de observar, hablar y tocar a su bebé como un ejercicio de acción humana (Ver tabla 3).

Tabla 3.
Categoría, subcategorías y unidades temáticas.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	UNIDADES TEMÁTICAS	
2. SER EN EL MUNDO DE LA UCIN (Vivir el rol de ser padre)	Emociones	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo • Tristeza • Alegría 	
	Sentimientos	• Positivos	<ul style="list-style-type: none"> • Fortaleza • Amor • Esperanza
		• Negativos	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación • Culpabilidad

Subcategoría 1. Emociones.

Las emociones son fenómenos que representan modos de adaptación a ciertos estímulos ambientales, ayudan a la persona a superar determinados cambios externos que pueden afectar su integridad; son impulsos que llevan a la acción³⁰.

En esta investigación las emociones manifestadas por el lenguaje verbal y corporal de los padres y madres fueron miedo, tristeza y alegría, siendo la primera la de mayor intensidad, desde los discursos.

La emoción prevalente fue el **miedo** particularmente a la muerte de los prematuros; los padres evitaban mencionar la palabra muerte cuando se referían a la gravedad de sus hijos y aludían al tema refiriéndose a ella como “eso que no quiero que pase” o “pensar que ya no estará” y su cuerpo se compactaba cuando el tema se aproximaba.

“...Por momentos su voz se escuchó entrecortada, el hecho de pensar que su bebé pueda morir es un asunto que le inquieta, dentro de su relato es evidente que le angustia [...] es tan profundo el miedo a la muerte [de su hijo] que no le es posible siquiera mencionarlo su cuerpo se recoge en la butaca metiendo nuevamente sus manos en medio de sus piernas....” Ónix -Nota campo.

“...Cuando tocó el tema de la posible muerte de ella [su hija], lloraba y pedía por ella y mencionó: mi hija ha perdido kilo y medio desde que nació y depende de un ventilador, ese miedo [refiriéndose a la muerte] esperando a ver qué pasa o mejor a que no pase eso...” Zafiro-Nota de campo.

El miedo latente a la muerte del hijo se ratifica desde la literatura Olivera⁵⁶, quien reportó que los padres sienten miedo por diferentes factores, pero en especial el miedo a la muerte al ser un evento que no pueden controlar, lo cual es congruente con esta investigación.

Por otro lado, una segunda emoción fue la **tristeza** que se percibió con expresiones corporales tales como mirada con tendencia a fijarla en el suelo, cabeza inclinada, cuerpo flácido, discursos breves y lentos con tono apagado.

“...La tristeza se acentúa cuando hablan sobre el estado de salud de su hijo y se manifiesta con el quebranto de la voz y el llanto, sus ojos se llenan de lágrimas que limpia rápidamente, por momentos su voz se escucha entrecortada, el hecho de pensar que su bebé pueda morir....” Ónix -Nota de campo.

“....Cuando comienza a relatarme cómo vio a su hija [dentro de la UCIN] su voz ya no salió de su garganta, comenzó a llorar, resbalaron las lágrimas abundantes por sus mejillas que trataba de limpiar, pero emanaban más, y poco a poco se fue

descomponiendo, su postura se inclinó hacia adelante poco a poco y cubrió su cara con sus manos, la vi desconsolada...” Zafiro-Nota de campo.

Los hallazgos de esta investigación coincidieron con Londqvisq¹² el cual encontró que la tristeza es una emoción que está presente y es mezclada con otras como la impotencia, decepción, frustración e ira, siendo congruente con esta investigación.

La **alegría** es un sentimiento de placer producido normalmente por un suceso favorable que suele manifestarse con un buen estado de ánimo, satisfacción y tendencia a la risa o levantamientos de hombros²⁵.

A los padres el recordar el encuentro y contacto con su pequeño hijo les genera un sentimiento de alegría a tal grado que con su cuerpo, manos y cara recrean ese momento, aun sin estar con ellos.

“...Cuando refiere que entró a ver a su hija en la UCIN, su expresión cambio totalmente...comienza describir cómo toca a su bebé y se asoma una sonrisa en su rostro, pone su mano abierta refiriendo que su hija tiene unas manotas...” Bronce-Nota de campo.

En esta investigación se encontró que la alegría es una emoción que está presente en los padres de la UCIN; y es mezclada con otras emociones. Es pertinente mencionar que esta emoción la viven en una proporción menor, no contando con literatura que apoye esta investigación.

Subcategoría 2. Sentimientos.

Los padres en este estudio dejan expuestos sentimientos, tanto los positivos como los negativos, mismos que como expresiones subjetivas de la emoción movilizan a los padres y a las madres de forma diferenciada aun con las mismas experiencias en la UCIN.

Los padres y las madres conciben la **fortaleza** como un rasgo inherente a su condición de padres, que se expresa en los varones de una forma peculiar, esto es no mostrando sus sentimientos; por otra parte en la mujeres es cotidiano mostrar emociones en público incluso hasta el llanto¹¹.

En la sociedad mexicana es común que el hombre no muestre sentimientos en público, y menos el llanto; expresión que es interpretada como debilidad, que para el caso de los cuatro padres varones de esta investigación quedó de manifiesto que contener el llanto al límite es una expresión de fortaleza para su hijo (a) y su esposa; tal como se testimonia de la siguiente manera:

“...Me pongo triste; tengo que sacar fuerzas para que [su esposa] no me vea llorar, porque ella llora en la casa, pero yo le doy ánimos y le digo: ¡que todo va a estar bien!, le acaricio la cabeza, la apapacho para que ella me vea bien, no le demuestro tristeza para que se recupere [.....] Ella [su esposa] no me dice mucho... pero es la más afectada....” Oro r119- 128.

“...Estaba muy mal, tenía ganas de llorar, cuando me fui a la sala de espera ya no aguantaba más, venía en las escaleras y se me hicieron eternas, sentía que no llegaba [a la salida del hospital] y cuando estaba afuera le dije a mi mamá, ¡sabes me acaban de decir muchas malas noticias durante el informe!, mi esposa está en la terapia y mi bebé también, sentí que me derrumbé y [.....] Mi mamá me dijo: tienes que ser fuerte, échale ganas...” Aluminio r262-271.

Para las madres, la fortaleza está en “seguir ahí” -refiriéndose- a permanecer junto a su hijo, aunque no lo vean, así lo describe un testimonio:

“...Traigo mucho cargando todavía, hay veces que estoy bien, y de repente te da el bajón y dices: No, tienes que ser fuerte y otra vez te levantas...no he sacado esa parte y si estoy aquí es por mi bebé...” Ónix r37-41.

Uno de los sentimientos que se hace presente en la experiencia de ambos padres en la UCIN es el **amor** hacia sus hijos, mismo que suelen expresar a través de la mirada, del diálogo y el cuidado de su bebé:

“..Digo: no veo mi cara, pero me imagino verlo con ojos de amor: ¡ ay mi vida, mi cielo!, y se te pasa tan rápido el tiempo, cuando dicen [las enfermeras] “ya mamás pueden irse”, ese tiempo que estoy con él, le doy todo lo que soy, lo brazo...” Ónix r183-188.

“...De repente me desvanezco y empiezo a llorar aunque me dijeron [las enfermeras] que eso no es bueno para ella [su hija], la toco despacito, la acaricio y le digo [a mi hija] cuanto la quiero...” Zafiro r62-65.

Nystrom y Axelsson⁵⁸ encontraron que las madres suecas tuvieron como factor común el sentimiento del amor para con sus hijos, aspecto congruente con este estudio.

Por otro lado, la **esperanza** como aspiración compleja en el caso de los padres del estudio, se centra en salvar la vida de su hijo y suelen vincularse con la figura de un Dios en el cual depositan su confianza para evitar el sufrimiento de sus hijos ya sea por cualquiera de estas dos posibilidades como expresión de su voluntad, la salud o la muerte.

“.....Y yo decía Dios mío... de verás lo amo tanto, pero si él está sufriendo [.....] Que se haga tu voluntad, pero que no sufra más” Ónix r134-138

“...Cuando me dijeron [en el informe médico] lo tomé muy mal, y mi esposa igual, lo único que esperamos es que [mis hijos] se recuperen bien y le pido a Dios que se haga su voluntad...” Oro r 80-83.

Para la mayoría de las personas la esperanza es la posibilidad de materializar un deseo humano, que en este caso depende de la voluntad divina, en donde como lo apuntan Hollywood¹³ y Chang Lee⁵⁹, en estudios independientes, el Ser supremo de la creación es responsable del destino de los seres, afirmación que coincide con la investigación.

Por otro lado, existen sentimientos **negativos** como la **preocupación**, misma que gira en torno a aspectos tales como la salud del recién nacido, la economía familiar para afrontar gastos, recibir y esforzarse por comprender el informe médico y conservar o conseguir trabajo; sin embargo, el tema llega a ser de tal intensidad que tiene estragos en su salud que no pocas veces genera gastos y situaciones complejas para la permanencia con sus hijos en la UCIN.

Los padres toman estrategias para hacer rendir sus escasos recursos y así poder estar el mayor tiempo posible con sus bebés y reducir la intranquilidad primordial: la salud de su hijo.

“...Tenemos que estar al pendiente por el informe que es cada cuatro horas, es un poco estresante y cansado, estás bajo mucha presión, me puse mal, mi sistema nervioso se alteró, me dio herpes, me salieron ronchas en todo el cuerpo, en los brazos en la cara, de la **preocupación**...” Aluminio r153-157.

“...Me quedo a las dos visitas para no gastar, el dinero se acaba, antes trabajaba, hoy pienso en trabajar por la tarde, que me va a pesar mucho, porque ya estoy acostumbrada a todos estos meses, dos meses que estoy aquí desde la mañana hasta la tarde también en visita con él, el dinero se acaba, para que él esté bien atendido, tengo que aportar dinero, ya no me alcanza...” Ónix. r 122-128.

El ingreso y la estadía de un hijo en la UCIN produce preocupación tanto por las circunstancias propias de la patología como por la reorganización de recursos y esfuerzos de la familia para permanecer con el prematuro, lo que se confirma lo expresado por Obeidat⁸ quien encontró que la economía para los padres de la UCIN es probablemente la preocupación más amplia y frecuentemente detonadora de otras que se suman al proceso de internamiento de los hijos.

Los sentimientos que acompañan a los padres en la UCIN son diversos, pero uno de los prevalentes en este estudio es la **culpabilidad** ante la prematurez de sus hijos, sin embargo las mujeres y los hombres lo conceptualizan de forma diferente.

En el caso de las madres la culpabilidad emerge ante la idea de posibles omisiones en el cuidado de su embarazo; la prematurez es su consecuencia.

“... [Sentí] dolor, angustia, culpabilidad, porque ella dependía de mí, realmente no supe qué fue lo que falló, si durante los primeros siete meses estaba bien, llevaba mi control cada mes, tomaba mis vitaminas todo, todo y... cada mes me hacían un ultrasonido en donde me decían que todo estaba bien, y ¡oh sorpresa que me llevo!, realmente yo no estaba bien, ni mi hija...” Zafiro r 28-33

Mientras que, en el caso de los padres, se vincula más a alguna falta que ellos realizaron en su vida y que repercute en sus hijos, aquí la expresión:

“...al inicio fue muy duro, difícil, muy fuerte; da tristeza, impotencia, ganas de llorar y de quitarse la vida, se siente uno culpable por equis cosa que haya uno hecho mal...”

Plata r57-60.

Otro aspecto que cabe resaltar en esta investigación es que la manera diferenciada entre padres y madres de sentir culpabilidad por la prematurez, en los varones los lleva a pensar en la posibilidad de quitarse la vida, mientras que para las mujeres implica un cuestionamiento con respecto al cuidado sobre el embarazo, ambas situaciones sin duda requieren de una especial atención a la salud mental en estos padres. Dato que se refrenda por lo dicho por Macedo⁹ quien refiere que los padres con un recién nacido en la UCIN tienen sentimientos de culpa al considerarse directamente responsables de la estancia hospitalaria de sus hijos, coincidiendo con este estudio (Ver anexo I).

CAPÍTULO 7

CONCLUSIONES

La experiencia de los padres en la UCIN con un hijo prematuro tiene dos dimensiones, una “activa” (ser ahí) y otra “pasiva” (ser en el mundo), la primera atañe al aprendizaje de normas y rutinas propias del ambiente asistencial de la UCIN en donde las acciones observar-hablar-tocar existen de manera concatenada que les permiten actuar o no durante su permanencia en el área permeada por emociones y sentimientos, que suele ofrecer un espacio en donde los padres se adaptan a los protocolos para lograr el encuentro con su recién nacido.

Los padres experimentan desde su interior emociones intensas y dominantes como el miedo y tristeza que con frecuencia generan sentimientos negativos de culpa, preocupación, y eventualmente positivos de esperanza y fortaleza, mismos que permiten desvelar una realidad al respecto de su interpretación sobre el estado de salud de su hijo, y con ello generar o no acciones proactivas para sí y su bebé.

Algunas conclusiones que emergen del estudio son:

El proceso **observar-hablar-tocar (acción humana)** lo desarrollan los padres como un eje sustantivo para vincularse con los prematuros e interpretar el estado de salud del mismo y son para desarrollar la experiencia de ser un padre o una madre de la UCIN.

La acción humana es el punto de encuentro de entre el *ser ahí* y *el ser en el mundo*, es decir, entre lo que sienten los padres y el escenario hospitalario; en otras palabras, la

experiencia de ser padre en la UCIN tiene acciones muy específicas para poder cumplir con ese rol que sin duda está ampliamente acorde por la normatividad propia del área.

Existe una forma diferenciada de expresar la culpa que genera un hijo en la UCIN en padres y madres.

La experiencia de ser madre de un prematuro en UCIN está en función del hijo, mientras que para los padres está en torno al proveer sus recursos.

CAPÍTULO 8

RECOMENDACIONES

A partir de la investigación es posible pensar en la importancia de explorar a mayor profundidad las implicaciones del circuito observar-hablar-tocar en padres y madres de manera diferenciada, considerando que este eje es sustantivo para la vinculación con su hijo.

Resultaría conveniente investigar la experiencia en padres indígenas con hijos prematuros en la UCIN.

Por otro lado sería pertinente incursionar en el fenómeno del cuidado de los padres con hijos en la UCIN desde los discursos y diálogos que establecen con sus hijos internados.

Finalmente, es necesario contemplar más estudios en torno a las experiencias de los padres de la UCIN ya que en un período de 27 años (1988-2015) sólo se localizaron 32 artículos referentes al tema, pero ninguno en México, sólo en países de primer orden detectándose un vacío en países en desarrollo como el nuestro que tiene comunidades urbanas, rurales e indígenas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Rodríguez WM, Udeta ME. Bioética en neonatología. En: Neonatología Clínica. Mc Graw Hill. México Distrito Federal. 2004. P 13-24.
2. Beck S; Wojdyla D, Say CL, Betran A, et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. Bull World Health Organ 2010; 88:31–38 | doi:10.2471/BLT.08.062554
3. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa: Nacimientos prematuros. Nota descriptiva No. 363. Noviembre de 2013 [Internet] 2013 [consulta el 04 de abril 2014]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
4. Lozano GC, Flores TM, Castro MM. et al. Límites de la viabilidad neonatal. Perinatología y Reproducción Humana. 2013; 27 (2): 79-85.
5. Instituto de Estadística Geografía e informática. INEGI. Hogares. [Internet] [consulta el 30 de Marzo 2015]; 2015. Disponible en <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/hogares.aspx?tema=P>
6. Sales GC. Las competencias parentales en la familia contemporánea: descripción, promoción y evaluación. Revista de Educación Social Educativa 2011; (25):25-47 [internet] 2011 [consulta el 23 de marzo 2015]. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/viewFile/250177/369142>
7. Sales GC. Op cit. 27
8. Obeidad HM, Bond AE. Callister CL. The parental Experiences of Having an Infant in the Newbor Intensive Care Unit. Rev The Journal of Perinatal Education 2008; 18(3): 23-29
9. Macedo L, Gumaraes AS. Vivencias naprematuridade: Umarevisao da literatura. Nursin Magazine digital. [internet] 2010 – artigo retidado da revista nursing no.

10. Iriarte RA, Carrión TM. Experiencias de los padres de grandes prematuros de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: revisión sistemática de la evidencia cualitativa. *Metas Enferm.* 2013; 16(2): 20-25.
11. Ocampo MP. El hijo ajeno: vivencias de madres de niños prematuros hospitalizados. Chía, Colombia. 2013; 13(13):1 69-80.
12. Lundqvist P, Westas LH, Hall Fromdistance toward proximit: father's lived experience of caring for their preterm in fant. *J Pediatric nurs.* 2002; 22(6):490-7
13. Hollywood M, Hollywood E. The lived experiences of fathers of a premature baby on a neonatal intensive care unit. *JNeonatalNurs.* 2011; 17:32-40
14. Tronchi DMR, Tsunehiro MA. Cuidar e conviver como o fhlho prematuro: A esperienci do pai. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2006; 14 (1): 93-101
15. Hessen J. Teoría del conocimiento. En: Teoría general del conocimiento. Colección Austral Vigésimo segunda edición. México; 1989. P 25-46.
16. HessenJ. Op. cit. páginas 68-74.
17. Plasencia JM, Barbosa AR, Herrera FM. Historia de la neonatología en México En: Cuidados avanzados en el neonato. Enfermería en salud perinatal y reproducción humana INper. México; Distrito Federal. 2010. P 64-72.
18. Jasso GL. Neonatología práctica En: La Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Manual Moderno. Séptima Edición. México, Distrito Federal. 2008. P 23-32.

19. Locke J. Su vida, obra y pensamiento. Barrio Nuevo (1632-1704). Revista iberoamericana de educación. [internet] 2011 [consulta el 05 marzo 2015]. Disponible en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/887Barrionuevo.PDF>
20. Cuadernos de Filosofía Duererías/ serie historia de la filosofía. Humes D. [Internet] 2013 [consulta el 08 de febrero 2015]. Disponible en: <http://quindo.pntic.mec.es/ssag0007/filosofica/Hume-fil2.pdf>
21. Husserl E. Invitación a la fenomenología. En: Introducción a la fenomenología. Ediciones Paidós. Universidad Autónoma de Barcelona. 1962. P 25-139.
22. Heidegger M. Ser y tiempo; traducción de Rivera CJ. Editorial Universitaria. Tercera edición corregida. Santiago de Chile. 2002. P 69-197.
23. Lundqvist P, Westas LH, HallFromdistnce toward proximit: father's lived experience of caring for their preterm in fant. J Pediatric nurs. 2002; 22(6):490
24. Amor del OR. Estar en el mundo (Martin Heidegger). [internet] 2012 [consulta el 11 de mayo 2016]. Disponible en: http://www.filosofia.mx/index.php/perse/archivos/estar_en_el_mundo_martin_heidegger.
25. Baró T. La gran guía del lenguaje no verbal, como aplicarlo en nuestras relaciones para lograr el éxito y la felicidad. Paídos divulgación. México; DF. 2013.
26. Viscott D. El lenguaje de los sentimientos; Emece Editores. 18ª Reimpresión. Argentina 1996.
27. Zenter JA. Las cuatro emociones básicas. Herder. España. 2014

28. Frazzetto G. Cómo sentimos, sobre lo que la neurociencia puede y no puede decirnos acerca de nuestras emociones. Editorial anagrama; Barcelona, 2014.
29. Frayjo MM. El origen de las emociones. Editorial Trillas. México; DF. 2014.
30. Pallarés QM. Emociones y sentimientos, donde se forman y como se transforman. Marge; 2da. Reimpresión. Barcelona. 2011.
31. Norma Oficial Mexicana 07-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio [internet] [consulta el 01 noviembre 2014] disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
32. Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2006, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales [Internet] 2006 [consulta el 08 de abril 2014]. Disponible en: http://c.ymcdn.com/sites/www.osap.org/resource/resmgr/docs/2_nom_045_ssa_2_2006_infecci.pdf
33. Norma Oficial Mexicana 025-SSA3-2013, para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos. [internet] 2013 [consulta el 01 de noviembre 2014]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
34. Álvarez MM. Cambio social y familia. Revista chilena de sociología [internet] 2014 [consulta el 11 de junio 2015]. Disponible en: <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/sociologia/articulos/04/0403AlvarezMarin>
35. Álvarez RJ. Los sentimientos se aprecian como positivos o negativos, agradables o desagradables. Psicología de la salud [Internet] 2015 [consulta el 11 de mayo 2015]. Disponible en: http://webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/apunt_psicolog_salud.

36. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona España. Páidos 3ª. Reimpresión 1996.
37. Rodríguez SC, Lorenzo QO, Herrera TQ. Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad internacional de ciencias sociales y Humanidades, SOCIOTAM Universidad Autónoma de Tamaulipas. 2005; 15:(2) 133-154.
38. Castillo EE. La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. Investigación y Educación en Enfermería. Universidad de Antioquia, Colombia. 2000; 13 (1): 27-35.
39. Strauss AL, Corbin JM. Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. 1998
40. Campos MM, Mujica LA. El análisis de contenido: Una forma de abordaje metodológico. Laurus. Universidad pedagógica experimental. Libertador Venezuela. 2008; 14(27):
41. Medina MJ. Deseo de cuidar y voluntad de poder. En: análisis de contenido. La enseñanza de la enfermería. Universidad de Barcelona. 1988. P 56-71.
42. De Souza MM. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires. Lugar Editorial. 2009
43. Gadamer G, Durand P, Ricoeur G. Diccionario de hermenéutica. Universidad de Deusto. Bilbao, España. 2006.
44. Morse MJ. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa En: La riqueza de la fenomenología; preocupaciones filosóficas, teóricas y metodológicas. Editorial Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Colombia. 1994. P139-145.

45. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos apartados 5-9,12,21-25 [Internet] 2013 [consulta el 17 de Noviembre 2014] disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
46. Ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, [Internet] CAPITULO I, Artículos 2, 13, 14, 17 y 18 [consulta el 10 de Noviembre 2015]. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/.../LEY_GENERAL_DE_SALUD.
47. Abbagnano N. Diccionario de filosofía traducción de Calderón JE. Fondo de Cultura Económica, México; Distrito Federal. Cuarta reimpresión. 2012.
48. Gallach PF, libro uno. Aristóteles; Ética a Nicómaco Traductor, biblioteca jurídica virtual, UNAM. [internet] 2014 [consulta el 10 de Noviembre 2015] disponible en <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/libro.htm?l=767>
49. Biografía de Martín Heidegger:[internet] 2011 [consultado el 04 de Marzo 2015] <http://www.biografiasyvidas.com/biografia/h/heidegger.htm>
50. Fedman RW; LeckanFj; KuintJ&Edman IA. The nature of mather's tie to her infant: Mternalbondig under conditions of proximitu, separati6n, and potential loss. Journal of chilspycholog and Psychiatry, and Allied Disiplines 1999; 40 (6): 929-939.
51. Hall E Being in and alien wor: Danish parent's lived experiences when a nerborn or smal child is critically ill Scandinavian journal of Caring Sciences, 2005; 19(3): 179-185.

52. Guerra GJ. Ruiz de Cárdenas C. Interpretación del cuidado de enfermería neonatal desde las experiencias y vivencias de los padres. *Avances en enfermería*. Bogotá 2008; 26(2):
53. Conner JM & Nelson EC. Neonatal intensive care: Satisfacción measured from a parent's perspective. *Pediatrics* 1999; 103(1): 336-348.
54. Heermann JA. & Wilson, ME. Nurses' experiences working with families in a NICU during implementation of family- focused developmental care. *Neonatal Network* 2000; 19 (1): 23-29.
55. MacDonal M. Mother of pre-term infants in neonate intensive care. *Early Child Dev Care*. 2007; 177 (8): 821-38.
56. Oliveira K; Veronez M; Higashimura M; Darci et al., Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. *Esc. Anna Nery* Rio de Janeiro. 2013; 17 (1): 46-53.
57. Lupton D & Frewick J. They've forgotten that I'm the mum: Constructing and practicing motherhood in special care nurseries. *Social Science & Medicine*. 2001; (53): 1011-1021.
58. Nyström K & Alelsson K. Mother's experiences of being separated from their newborns. *Journal of obstetric, gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2002; 31(3): 275-282.
59. Chang Lee SN; Long A; Boore J. Taiwanese women's experience of becoming a mother to a very-low-birth weight preterm infant: A grounded theory study. *J Nurs Stud* 2009; (46): 326-36.

60. Gale G; Franck SL; Kools S. et al. Parent's perceptions of their infant's pain experience in the NICU. *International Journal of Nursing Studies*. 2004; 19(3): 176-181.
61. Boedsgaard A & Wagner I. How to facilitate parents and their premature infant for the transition home *International Nursing Review* 2005; 52 (3): 196-20.
62. Phillips SJ & Tooley GA. Improving child and family outcomes following complicated birth requiring admission to neonatal intensive care units. *Sexual and Relationship Therapy*. 2005; 20(4): 431-442.
63. Wigert H; Johansson RB & Hellstrom AL. Mothers' experience of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2006; 20 (1): 35-41.
64. Perez Baena MC. Una semana en la sala de espera de la UCI, relato del padre de un paciente. *Arch Memoria*. 2006; 3 (2): 9-13.
65. Brevis UI. Silva GP. Creencias, sentimientos e incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*. 2011; 26 (1): 27.
66. Macdonell K; Christie K; Robson P. et al. Implementing family-integrated care in the NICU: Engaging veteran parents in program design and delivery. *Advances in Neonatal Care (Lippincott & Williams)* (advances in neonatal care) Aug 2013; 13(4): 262-26.

Anexo A

Exponentes sobre la experiencia

(Ostiguín MRM; Castrejón LR; 2015)

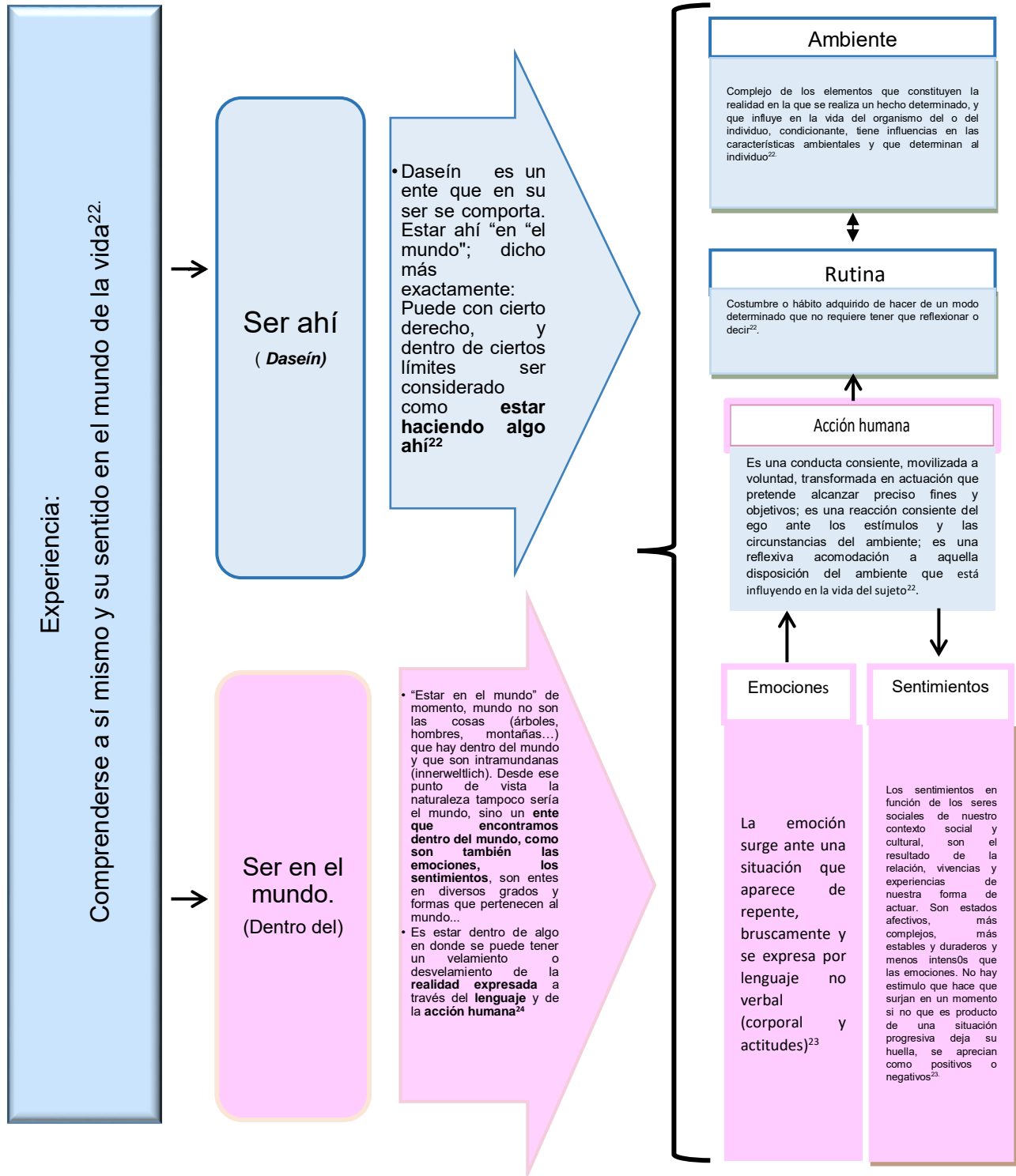
Algunos autores que hablan sobre el concepto de la experiencia.

Nombre	Platón ⁴⁹	Aristóteles ⁴⁹	Roger Bacon ⁴⁹	John Locke ¹⁹	David Hume ²⁰	Edmund Husserl ²¹	Martín Heidegger ²
Ocupación	Filósofo griego	Filósofo griego	Filósofo, científico y teólogo inglés	Pensador inglés, diplomático, teólogo, Economista, profesor de griego antiguo, médico, Doctorado en Oxford.	Filosofo ingles	Filósofo y lógico Alemán, físico, matemático y astrónomo.	Físico, Alemán
Fecha de nacimiento	427 a C.	384 a C.	1220	1632	1711	1859	1889
Año de la teoría o concepto	361 a C.	343 a C.	1247	1674	1766	1913	1927
Teoría			Ciencia experimental	Teoría de la experiencia	Uno de los principales creadores del empirismo	Fundador de la Fenomenología que representa en cierta medida una modernización del trascendentismo Kantiano.	Fenomenología
Concepto de experiencia	Todo verdadero saber se distingue por las notas de la necesidad lógica y la validez universal, el mundo de la experiencia se encuentra en continuo cambio y mudanza.	Cierto conocimiento sobre las cosas singulares, concretas, lo relacionado aborda lo universal y las esencias por medios de la abstracción y la deducción.	Conocimiento o habilidad que marca, la cual puede provenir de la observación de la vivencia de un evento o bien de cualquier otra cosa que nos suceda en la vida y que plausible de dejarnos una marca por su importancia o trascendencia.	Reducción de la experiencia a intuiciones de las cosas externas o de los actos internos (sensaciones), resoluciones ya sea de las sensaciones tanto como la intuición.	El conocimiento de hechos se produce siempre por la experiencia; esta es en todo caso contingente y particular, como los hechos mismos.	Esencia=eidosde ahí su perspectiva fenomenológica. Eidética. La experiencia En el tiempo mismo, de una presencia recorre la primera digresión, una intensión en un primer lapso de tiempo. Todo lo que es aprendido por los sentidos dichos eventos se presentan a lo largo del tiempo.	Comprenderse a sí mismo y su sentido en el mundo de la vida.
Influencia	Sócrates	Aristóteles	Aristóteles	John Owen	Uno de los principales creadores del empirismo	Aristóteles	Husserl y platón
Características	Toda la base del saber humano y del conocimiento se adquiere a través del tiempo.	Se refiere a la experiencia como un conjunto de ciertos conocimientos que se da por medio de la abstracción y la deducción	La experiencia está relacionada con un conocimiento o habilidad, esta puede darse por la observación o la vivencia	El empirismo afirma que la conciencia humana en los confines de la experiencia y que más allá de ellos no hay más que problemas insolubles o arbitrarias fantasías.	El ser humano aprende a lo largo del tiempo de eventos y fenómenos que se presentan y esto es la experiencia.	Estos son eventos que se presentan en la vida de cada individuo a lo largo del tiempo, en un determinado momento.	Son vivencias a base de toda acción de conocimientos de la vida.

Anexo B

Componentes de la experiencia desde la propuesta de Heidegger.

(Ostigúin MRM; Castrejón LR. 2015)



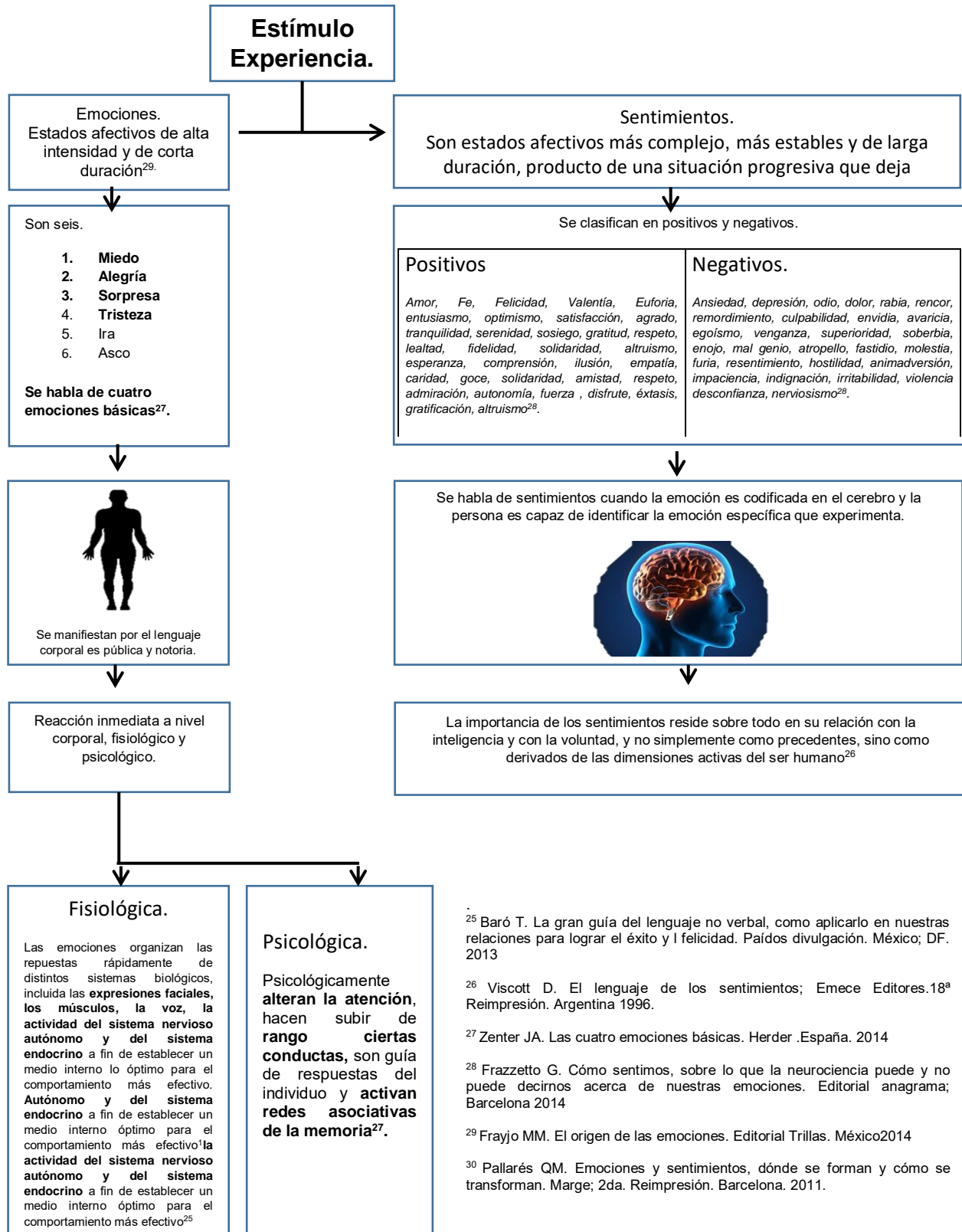
22. Heidegger M. Ser y tiempo traducción Rivera CJ. Editorial Universitaria. Tercera edición corregida. Santiago de Chile. 2002

23. Amor del OR. Estar en el mundo (Martin Heidegger) [Internet] 2011 [consulta el 11 de mayo 2015] disponible en: http://www.filosofia.mx/index.php/perse/archivos/estar_en_el_mundo_martin_heidegger

Anexo C

Emociones y sentimientos: características

(Ostigüín MRM; Castrejón LR. 2015)



²⁵ Baró T. La gran guía del lenguaje no verbal, como aplicarlo en nuestras relaciones para lograr el éxito y la felicidad. Paidós divulgación. México; DF. 2013

²⁶ Viscott D. El lenguaje de los sentimientos; Emece Editores.18ª Reimpresión. Argentina 1996.

²⁷ Zenter JA. Las cuatro emociones básicas. Herder .España. 2014

²⁸ Frazzetto G. Cómo sentimos, sobre lo que la neurociencia puede y no puede decirnos acerca de nuestras emociones. Editorial anagrama; Barcelona 2014

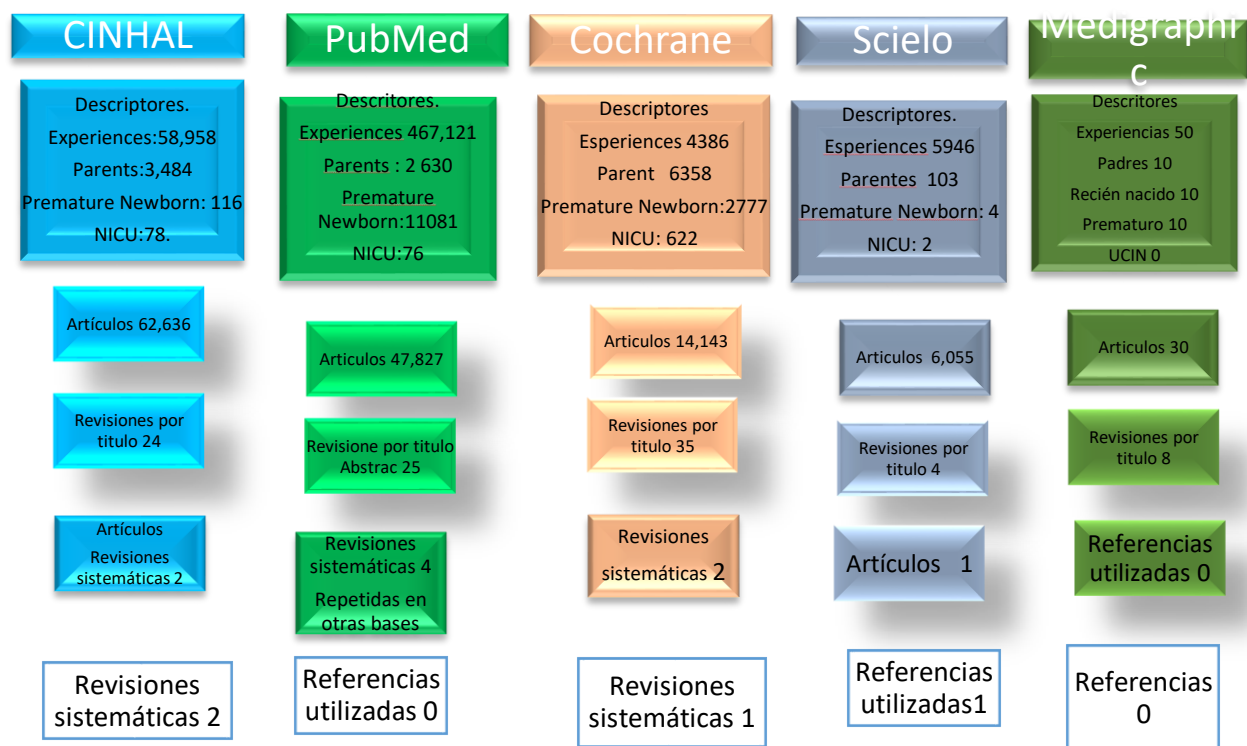
²⁹ Frayjo MM. El origen de las emociones. Editorial Trillas. México2014

³⁰ Pallarés QM. Emociones y sentimientos, dónde se forman y cómo se transforman. Marge; 2da. Reimpresión. Barcelona. 2011.

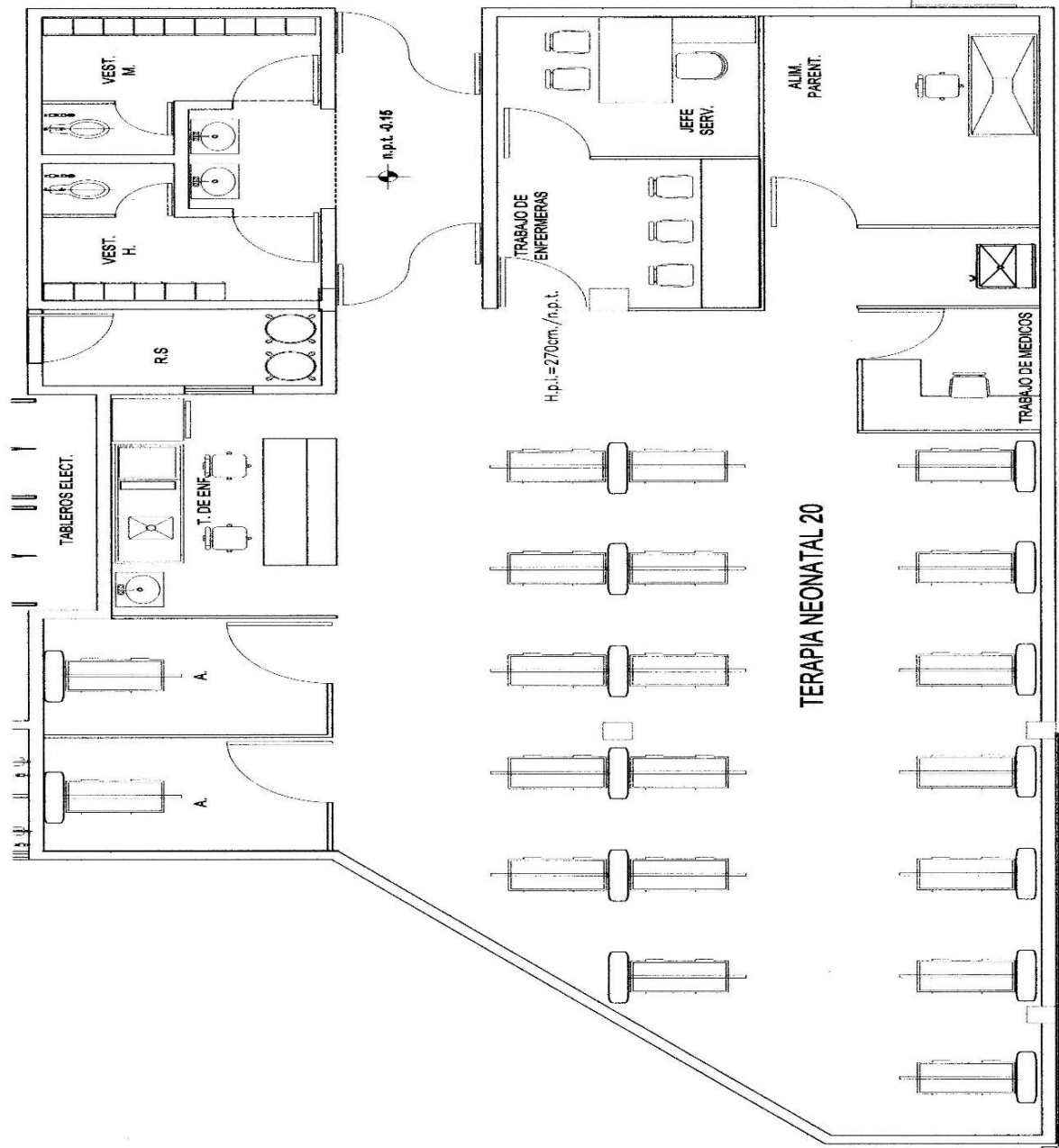
Anexo D

Mapa de búsqueda de información.

(Ostiguín MRM; Castrejón LR. 2015)



Anexo E
Croquis de servicio.



- Ubicación y distribución del área hospitalaria.
 - **Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.**
- Cortesía: División de Neonatología.**

Anexo F1.

Construcción de la Guía de entrevista.

(Ostigúin MRM; Castrejón LR. 2015).

	Objetivos	Tópico	
Rapport	Conocer el perfil de los padres mexicanos que tienen un recién nacido prematuro en la UCIN		¿Cuántos años tienes? ¿Vive en pareja? ¿Nivel escolar? ¿Es su primer bebe? ¿Lugar de procedencia?
Objetivos específicos	<p>Identificar las necesidades de los padres mexicanos con recién nacido prematuro en la UCIN.</p>	<p>Se utilizó la filosofía de Martín Heidegger sobre la experiencia la define como: comprenderse a sí mismo y su sentido en el mundo de la vida. El autor propone dos elementos sustantivos para comprender la experiencia el primero SER AHÍ; y el segundo SER EN EL MUNDO. (Heidegger, 2002: 80).</p> <p>Ser ahí. Es una conciencia clara y ésta no puede venir desde otro lugar sino que desde las experiencias del conocimiento anterior del ser, el ser más que preocuparse en "conocer" el mundo, se aboca por su lugar en el mundo, Dasein, estar haciendo algo ahí(Heidegger : 2002. 79-81), concepto desde el que se desprende la idea de acción humana, ambiente y rutina.</p> <p>a) Acción humana. Conducta consciente, movilizadora voluntad transformada en actuación, que pretende alcanzar precisos fines y objetivos. (Heidegger; 2002:84).</p> <p>b) Ambiente. Se refiere al complejo de los elementos que constituyen la realidad en la que realiza un hecho determinado, e influye en la vida del individuo de un modo real o imaginario (2014) (Heidegger; 2002:81).</p> <p>c) Rutina. Costumbre arraigada, hábito adquirido de hacer las cosas por mera práctica y sin razonarlas (Heidegger; 2002:84).</p> <p>.http://webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/apunt_psicolog_sa_lud_3.pdf</p>	¿Cuánto tiempo tiene su bebé? ¿ Cuándo esta con su bebe que hace ? ¿ Qué es lo que observa cuando esta con su bebé ? Nota de campo Observación no participante.
	<p>Describir la experiencia de padres mexicanos con recién nacido prematuro en la UCIN.</p>	<p>Ser en el mundo se refiere a un ser o cosa que esta «dentro del» esto no quiere decir cosas intramundanas, más bien es como un ente que se muestra dentro del mundo, como son también las emociones y los sentimientos en donde se conceptualizaran :</p> <p>a) Emociones como aquella percepción que surge ante una situación que aparece de repente, bruscamente y se expresa por el lenguaje no verbal (Heidegger; 2002: 138).</p> <p>b) Sentimientos son estados afectivos más complejos, estables, duraderos y menos intensos que las emociones, producto de una situación progresiva deja huella, se clasifican en positivos y negativos (Amor del Olmo; 2012).</p> <p>http://webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/apunt_psicolog_salud_3.pdf http://www.filosofia.mx/index.php/perse/archivos/estar_en_el_mundo_martin_heidegger</p>	¿Qué siente cuando esta con su bebé? ¿Cómo son sus emociones cuando esta con su bebé? ¿Cómo está pasando este momento?
	Cierre		¿Le gustaría compartir algo más?

Anexo F2.
Guía de entrevista semi-estructurada
Según Heidegger.
(Ostiguín MRM; Castrejón LR. 2015).

Guía de preguntas.

- ¿Cuántos años tiene?
- ¿En dónde vive?
- ¿Vive en pareja?
- ¿Es su primer bebé?

¿Cuándo esta con su bebé que hace?

¿Que observa?

¿Qué edad tiene su bebé?

¿Cuándo esta con su bebe que hace?

- **¿Qué siente cuando esta con su bebé?**

¿Qué siente cuando esta con su bebé?

¿Cómo está pasando este momento?

Le gustaría compartir algo más.

Anexo G
Consentimiento informado
(Adaptado del formato oficial del Hospital de la Mujer; 2009)

Ciudad de México a 01 de abril de 2015.

Folio. Oro 01-04-15

Título: Experiencia de padres mexicanos con recién nacido prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Objetivo: Describir la experiencia en padres mexicanos con recién nacido prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Lugar de realización: -----

Investigador principal: Castrejón López Rocío

Domicilio: -----

**Fundamentos
legales de este
consentimiento
informado:**

Principios de la Declaración de Helsinki y Ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos
CAPITULO I. Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.
En esta investigación se consideró como riesgo mínimo de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados en el Artículo 21.

Por medio de la presente C..... Doy el consentimiento para participar en el proyecto de investigación: _____

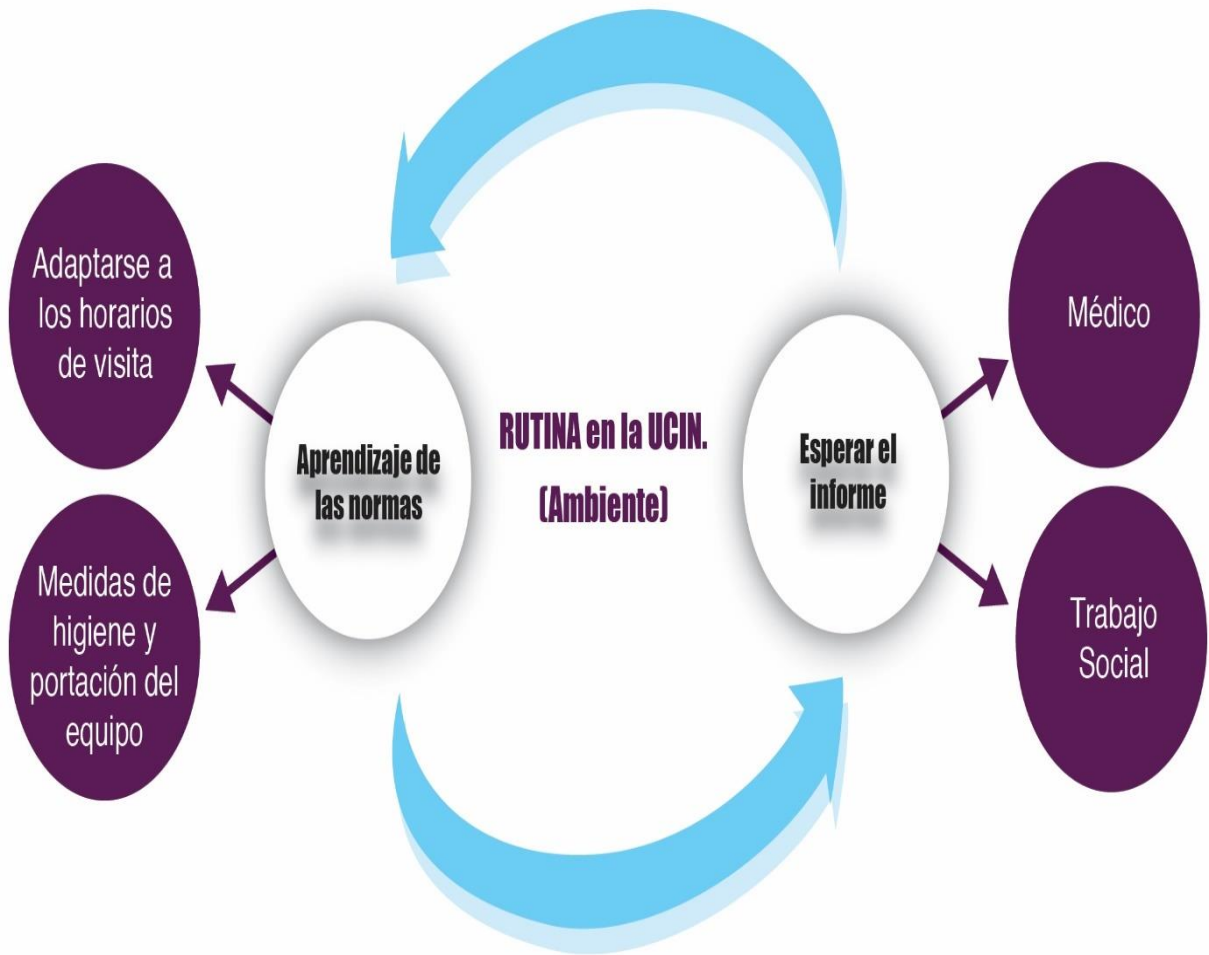
___ del cual la C. **Rocío Castrejón López** estudiante de la Maestría en Enfermería de la UNAM; me hablo y explico la finalidad del estudio, dándome a conocer el objetivo, el anonimato y la confidencialidad en mis datos personales, soy consciente que la información será utilizada sólo confines académicos en el proyecto de su tesis, es mi libre decisión participar, así doy la autorización para que la entrevista sea grabada y utilizada para los fines expresados.

ACEPTO PARTICIPAR

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del testigo

Anexo H
Categoría1. CONSTRUIR EL SER PADRE EN LA UCIN.
(Construcción de la paternidad).
Subcategoría 2. Rutina-ambiente.



Anexo I.
Categoría 2. SER EN EL MUNDO DE LA UCIN PADRE
(Vivir el rol de ser padre).
Subcategorías: emociones y sentimientos.
(Ostiguín MRM; Castrejón LR. 2015)

