



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SIGNIFICADO PARA LA MADRE DE SU PARTICIPACIÓN EN EL CUIDADO AL NEONATO PREMATURO HOSPITALIZADO

Claudia Lorena Motta Robayo

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Programa de Maestría en Enfermería
Bogotá, Colombia
2014

SIGNIFICADO PARA LA MADRE DE SU PARTICIPACIÓN EN EL CUIDADO AL NEONATO PREMATURO HOSPITALIZADO

Claudia Lorena Motta Robayo

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:
Magíster en Enfermería

Directora:
Enfermera, Magíster en Enfermería.
ROSA YOLANDA MUNEVAR

Línea de Investigación:
Cuidado Materno Perinatal

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Programa de Maestría en Enfermería
Bogotá, Colombia
2014

Dedicatoria.

A las madres y sus recién nacidos prematuros que mediante su expresiones, contribuyeron al desarrollo de la investigación

A mi familia por su motivación y acompañamiento durante el proceso investigativo.

Agradecimientos

1. *A la profesora Rosa Yolanda Munevar Torres: Directora de tesis, por su direccionamiento, acompañamiento, motivación y aportes durante el proceso investigativo.*
2. *A las madres y sus recién nacidos, quienes participaron en el desarrollo de la investigación.*
3. *A la Subdirección de docencia e investigación científica y al comité de ética del Hospital Militar Central, quienes permitieron la ejecución de la investigación, a sus funcionarios, a las enfermeras quienes participaron del estudio y permitieron el acceso a la información.*
4. *A los docentes del programa de maestría en enfermería quienes dieron los direccionamientos para la construcción y ejecución del proyecto de investigación*

Resumen

El objetivo fue describir el significado que atribuye la madre a su participación en el cuidado al recién nacido prematuro en la unidad de cuidados neonatales, en un grupo de madres que tenían sus hijos hospitalizados en la unidad neonatal, del Hospital Militar Central de Bogotá. Estudio de diseño cualitativo y método de Etnoenfermería; apoyado en conceptos de la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales de Madeleine Leininger. Se realizaron entrevistas a profundidad, notas de campo y observación participante. Fueron informantes claves (9) nueve madres que tenían recién nacidos prematuros hospitalizados e informantes generales (4) cuatro enfermeras de la unidad neonatal. Se realizaron 20 entrevistas a las informantes claves y 4 a las informantes generales. Se obtuvieron 28 códigos, 5 patrones y 2 temas centrales. Se concluyó que el significado para la madre de participar en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado es contar con la enseñanza de la enfermera, un camino para la madre participar en el cuidado del prematuro hospitalizado y el contexto de la hospitalización del prematuro, un escenario que influye en la participación de la madre en el cuidado, que representan los temas centrales respectivamente.

Palabras claves: Enfermería transcultural, prematuro, cuidado del lactante, Atención de enfermería, enseñanza.

Abstract

The goal was to describe the meaning attributed the mother of their participation in the care, to the newborn premature neonatal care unit in a group of mothers who had their children hospitalized in the neonatal unit of the Central Military Hospital in Bogota. Qualitative design study and Ethnonursing method; based on the concepts of the theory of universality and diversity proposed by Madeleine Leininger. In depth interviews were developed, field notes and participant observation. The key informants were (9) nine mothers who had hospitalized premature newborn, and the general informants (4) four nurses from the neonatal unit. 20 interviews were conducted with key informants and 4 to the general informants. 28 codes were obtained, 5 Patterns and 2 central themes. It was concluded that the meaning for the mother to participate in the care of hospitalized premature child is to have the teaching nurse, a way for the mother to participate in the care of hospitalized preterm and context of hospitalization of prematurity, stage that influences the mother's participation in care, representing the central themes respectively.

Keywords: Transcultural Nursing, premature, infant care, nursing care, teaching.

Contenido

1. Marco Referencial	21
1.1. Área problema y surgimiento del problema	21
1.2. Justificación.....	25
1.3. Tema.....	33
1.4. Planteamiento del problema.....	33
1.5. Objetivo.....	33
1.6. Contexto.....	33
1.7. Definición de conceptos.....	35
1.7.1. Significado:.....	35
1.7.2. Cuidado:.....	35
1.7.3. Participación en el cuidado:.....	35
1.7.4. Recién nacido prematuro hospitalizado:.....	36
1.7.5. Unidad de cuidados neonatales:.....	36
2. Marco Conceptual	37
2.1. Participación de la madre en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado.....	37
2.2. El Concepto de Significado y su aplicación en La presente investigación	42
2.3. Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales.....	46
2.4. Modelo Del Sol Naciente De Madeleine Leininger.....	49
3. Marco de Diseño	53
3.1. Tipo de estudio.....	53
3.2. Inserción en el campo	55
3.2.1. Facilitador extraño amigo:.....	56
3.3. Población	56
3.4. Criterios de inclusión y exclusión informantes claves:	57
3.4.1. Criterios de inclusión	57
3.4.2. Criterios de exclusión.....	57
3.5. Criterios de inclusión y exclusión informantes generales.....	57
3.5.1. Criterios de inclusión	57
3.5.2. Criterios de exclusión.....	57
3.6. Criterios de selección de informantes claves.....	57
3.7. Muestra	60
3.8. Caracterización de los informantes	62
3.8.1. Informantes claves:.....	62
3.8.2. Informantes generales:.....	62
3.9. Retirada del campo.....	62
3.10. Papel del investigador.....	63
3.11. Validez y confiabilidad.....	64

3.12. Control de sesgos y riesgos.....	67
4. Procedimiento Metodológico	68
4.1. Técnicas de recolección de información.	69
4.1.1. Entrevista en profundidad.....	69
4.1.2. Diario de campo.	71
4.1.3. Observación Participante.	72
4.1.4. Facilitador de Observación-Participación-Reflexión.....	73
4.2. Análisis de la información	75
4.2.1. Fases de la Etno enfermería para el análisis.....	75
4.2.2. Facilitador: Modelo del Sol Naciente.	79
4.2.3. Análisis a la luz de la teoría de Madeleine Leininger.	79
5. Resultados	83
5.1. Tema 1: la enseñanza de la enfermera, un camino para la madre participar en el cuidado del prematuro hospitalizado.	85
5.1.1. Patrón 1. La enfermera fuente de enseñanza para participar la madre en el cuidado del prematuro hospitalizado.....	85
5.1.2. Patrón 2: Participar la madre en el cuidado, como presencia y como protección al prematuro hospitalizado.....	99
5.1.3. Análisis del tema 1 a la luz de la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales – Madeleine Leininger.....	104
5.1.4. Análisis de lo universo y lo diverso del Tema 1.	105
5.2. Tema 2: el contexto de la hospitalización del prematuro, un escenario que influye en la participación de la madre en el cuidado.....	107
5.2.1. Patrón 1: Los sentimientos de la madre la acercan o alejan en la participación del cuidado al prematuro hospitalizado.	107
5.2.2. Patrón 2: Los factores del contexto interfieren en la participación de la madre en el cuidado.	117
5.2.3. Patrón 3: El apoyo una motivación para participar en el cuidado.....	128
5.2.4. Análisis del tema 2 a la luz de la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales – Madeleine Leininger.....	136
5.2.5. Análisis de lo Universo y lo Diverso del Tema 2.	137
5.3. Significado para la madre de su participación en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado según análisis de la teoría de Madeleine Leininger.....	141
6. Conclusiones y Recomendaciones	145
6.1. Conclusiones	145
6.2. Recomendaciones	147
6.3. Dificultades u obstáculos en la realización de la investigación.....	148
7. Consideraciones Éticas.....	149
Cronograma	153
Presupuesto	154
A. Anexo:	155
Datos sociodemográfico madres de los recién nacidos pretérmino	155
Datos sociodemográfico enfermeras de la unidad neonatal	156

Informantes generales.....	156
B. Anexo: Aval Ética Universidad Nacional.....	157
C. Anexo: Permiso Institucional Hospital Militar Central.....	159
D. Anexo: Comité de Ética Hospital Militar Central.....	161
E. Anexo: Facilitador extraño amigo.....	163
F. Anexo: consentimiento informado informantes claves.....	165
G. Anexo: Consentimiento informado para toma de fotografías.....	167
H. Anexo: Consentimiento informado informantes generales.....	169
Bibliografía.....	171

Índice de Ilustraciones

Foto N° 1. La Lactancia transmite amor a los hijos:	102
Foto N° 2. Felicidad por la recuperación del hijo	102
Foto N° 3. Recién nacido prematuro recuperado	109
Foto N° 4. Contacto Madre e Hijo	110
Foto N° 5. Alteración en el estado de salud del recién nacido prematuro.....	113
Foto N° 6. Expresiones de tristeza de la madre por el estado de salud del hijo	113

Índice de Tablas

Tabla N° 1. Notas de Inmersión en el campo	71
Tabla N° 2. Notas de Inmersión en el campo	72
Tabla N° 3. Entrevista transcrita y codificada	77
Tabla N° 4. Tabla de análisis de las entrevistas	78
Tabla N° 5. Tabla de análisis para cada informante	80
Tabla N° 6. Tabla de relación de códigos con los factores del sol naciente.....	81
Tabla N° 7. Tabla de análisis de las entrevistas de Informantes generales	81

Índice de Figuras

Figura N° 1: Modelo del sol Naciente	51
Figura N° 2 Fases de Observación-Participación-Reflexión del “facilitador” de Etnoenfermería de Leininger-----	74
Figura N° 3. Relación tema 1 y 2. -----	140
Figura N° 4: Significado para la madre de su participación en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado. -----	144

Introducción

Mediante las observaciones reconocidas a través de la experiencia, se identificó la falta o escasa participación de las madres en el cuidado del recién nacido prematuro, es por eso que el interés investigativo residió en la necesidad de indagar sobre el significado para la madre de su participación en el cuidado del prematuro durante la hospitalización; para encontrar elementos teóricos que contribuyan a mejorar la práctica de enfermería en las unidades neonatales, donde se tenga en cuenta la madre como cuidador primario, y quien debe emprender un proceso de entrenamiento, aprendizaje y práctica para cuidar un prematuro; teniendo en cuenta que los prematuros son grupos vulnerables por su inmadurez anatómico – fisiológica que requieren cuidados especializados y que la madre debe aprender desde la hospitalización. Esta participación en el cuidado en la unidad neonatal, es el primer paso hacia la autonomía de la madre en el cuidado específico del prematuro en el hogar. Por tanto, este trabajo aporta conocimiento a enfermería e invita a los profesionales a involucrar a la madre y enseñarla para cuidar a su hijo en condiciones especiales de salud.

Pasando al diseño, se abordó la Etnoenfermería como método porque cuenta con una estrategia metodológica sistemática, clara, abierta, para comprender lo que las madres, piensan sienten y viven con respecto a la participación en el cuidado, siguiendo los lineamientos de la teoría de la Universalidad de los Cuidados Culturales propuesta por Madeleine Leininger y quien es la autora del método. Además, éste es un método para la investigación en enfermería. Es así como mediante este abordaje se identificaron los temas centrales que contienen la respuesta a la pregunta de investigación y describen el fenómeno de interés.

Finalmente, se invita al lector a conocer los resultados de este trabajo, a motivarse por ampliar la investigación y llevar los hallazgos a la práctica de enfermería, ya sea a través de la docencia, del ejercicio clínico o el fortalecimiento de la investigación.

1. Marco Referencial

1.1. Área problema y surgimiento del problema

El interés investigativo surge de la necesidad de conocer desde el propio conocimiento de la madre el significado de su participación en el cuidado del prematuro hospitalizado, con el propósito de brindar cuidado centrado en la familia.

De esta manera, para comprender el significado que le atribuye la madre a su participación en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado, se revisó la literatura que facilitara contextualizar el fenómeno de interés.

La sobrevida de los prematuros de muy bajo peso ha experimentado una mejoría significativa en las últimas décadas, debido a los avances en la medicina perinatal, advenimiento de las unidades de cuidados intensivos neonatales, introducción y desarrollo de la ventilación mecánica, incorporación de técnicas de monitoreo no invasivo; siendo los factores de mayor impacto en los últimos 20 años, el uso prevalente de corticoides prenatales para acelerar la maduración pulmonar y la introducción del surfactante exógeno.¹

Coherente con lo anterior, “la Organización Mundial de la salud (OMS) con el apoyo de centros europeos, definió como prematuro al niño que nace antes de las 37 semanas de embarazo cumplidas (259 días), teniendo en cuenta que los recién nacidos (RN) entre 37-38 semanas, son de bajo riesgo, especialmente en países en desarrollo, donde este grupo se comporta como RN maduros y por tanto no necesitan atención especial”². Sin embargo, “la Academia Americana de Pediatría (AAP) propone el límite por debajo de las 38 semanas de gestación, considerando el riesgo de enfermar entre las 37 y 38 semanas. Independientemente de la definición utilizada hoy, el término prematurez parece insuficiente ya que comprende un grupo de niños heterogéneos que tienen edad gestacional, peso al nacer, estado nutricional, riesgos, morbilidad y mortalidad diferentes, por lo que ha sido necesario catalogarlos en subgrupos.”³

¹ HUBNER G, María Eugenia y RAMIREZ F, Rodrigo. Sobrevida, viabilidad y pronóstico del prematuro. Rev. méd. Chile [online]. 2002, vol.130, n.8, p. 931-938. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000800015. Consultado el 7 de Agosto de 2011.

² Ibíd., p. 931-938.

³ Ibíd., p. 931-938.

Por otro lado, dentro de los objetivos del milenio, Colombia está apuntando al cumplimiento en las metas de reducción de la mortalidad materna e infantil, porque tanto a nivel mundial y de América Latina, la vigilancia en salud pública sobre la muerte materna y perinatal es prioridad internacional por ser insumo en el seguimiento al cumplimiento de las metas del milenio, que hacen referencia a disminuir entre los años 1990 y 2015, tres cuartas partes la muerte materna y dos terceras partes la mortalidad infantil; donde en ésta última, la mortalidad perinatal corresponde a 60% de la muerte en niños menores de un año que ocurre en la primera semana de vida.

Ahora, revisando datos estadísticos se halló que:

El número de nacimientos prematuros en el mundo para el año 2005 fue de 12,9 millones de partos prematuros, lo que representa 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial, es decir cada año nacen aproximadamente 13 millones de prematuros en el mundo. Aproximadamente 11 millones (85%) de ellos se concentraron en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte se registraron 0,5 millones en cada caso, y en América Latina y el Caribe 0,9 millones. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte (11,9% y 10,6% de todos los nacimientos, respectivamente) y las más bajas en Europa (6,2%).⁴

Además, según la Organización Mundial de la Salud⁵, el parto prematuro es un problema de salud perinatal importante en todo el mundo, porque representa el mayor porcentaje en la mortalidad y morbilidad perinatal. Los países en desarrollo, sufren la carga más alta; lo cual debe considerarse como prioridad. De esta manera es necesario comprender las causas de la prematuridad y así mejorar el acceso a la atención obstétrica y neonatal eficaz. Además, los prematuros son un grupo vulnerable que aporta un porcentaje importante a las cifras de morbilidad y mortalidad neonatal y al grupo de menores de cinco años.

Según estadísticas del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE ⁶, para el año 2008, en Colombia se reportó un total de 714.477 nacimientos, de los cuales, 18% (130.932) fueron prematuros, 74 recién nacidos de 22 semanas o menos; 2.523 entre 22 y 27 semanas, y 128.335 entre 28 y 37 semanas de gestación; siendo Bogotá la

⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Boletín de la organización mundial de la salud. Incidencia Mundial de parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas. Volumen 88, enero 2010, 1 – 80. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554-ab/es/index.html>. Consultado 8 de julio de 2011.

⁵ Ibíd. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Boletín de la organización mundial de la salud.

⁶ COLOMBIA. DANE. Departamento Administrativo Nacional de estadística. Estadísticas vitales. Nacimientos y Defunciones. Disponible en http://www.dane.gov.co/#twoj_fragment1-4. Consultado 8 de julio 2011.

ciudad que reportó 117.579 partos, de los cuales 23.902 correspondieron a recién nacidos pretérminos (8 de menos de 22 semanas, 504 entre 22 y 27 y 23.390 entre 28 y 37). Si bien es cierto, algunas de las causas de prematuridad son directas, otras como el bajo peso al nacer puede constituirse en factor predisponente; en este sentido, se calcula que aproximadamente 8,7% de los recién nacidos en América Latina y el Caribe sufren bajo peso al nacer (menos de 2.500 grs. al momento del nacimiento) (OPS/AIS, 2005). Este hecho guarda estrecha relación con la mayor morbilidad neonatal y se calcula que causan entre 40 y 80% de las muertes neonatales (OPS/AIS, 2005)⁷. Para el caso Colombiano en el 2009 las principales causas de mortalidad neonatal se presentaron en recién nacidos menores de 7 días de vida como: trastorno respiratorios específicos del periodo perinatal, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, sépsis bacteriana del recién nacido e infecciones respiratorias agudas. Siendo los trastornos respiratorios la causa más frecuente de mortalidad neonatal en hombres, registrando una tasa de 328,9 por 100.000 habitantes, es decir 23.3% y en mujeres una tasa de 231,4 por 100.000 habitantes, correspondiente a 20.7%.⁸

De igual forma se identificó que las principales causas de morbilidad y por tanto de hospitalización de los prematuros en nuestro país son: alteraciones de la temperatura corporal, apneas, distres respiratorio, sépsis, reflejo de succión y de deglución deprimidos, capacidad gástrica pequeña, baja tolerancia digestiva que puede dar lugar a enterocolitis necrotizante, función renal inmadura, disfunción hepática a menudo asociado con hiperbilirrubinemia, sistemas enzimáticos incompletos y tendencias a los desequilibrios metabólicos, como la hipoglicemia e hipocalcemia. Además de eventos relacionados con hemorragias intracraneales y retinopatías, que conllevan a su vez a la muerte de estos niños⁹. Es sabido que, sus características de inmadurez fisiológica y anatómica requieren alta tecnología y personal de salud especializado para cuidarlos y garantizar la sobrevivencia. En este orden de ideas, la hospitalización implica separación de los padres, cuidados específicos, en los cuales amerita involucrar a la madre, como una estrategia de preparación en el cuidado que requiere y el acompañamiento del profesional de enfermería desde la unidad neonatal, en el proceso de cuidar a su hijo.

Ahora bien, si se tiene en cuenta que las muertes perinatales posalta, posiblemente son por deficiencias en el cuidado y demora en el reconocimiento de signos de alarma que retrasan la consulta de urgencias, para enfermería estaría implicando la necesidad de revisar la enseñanza en el cuidado coherente con la condición de salud del niño, el grado

⁷ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La salud neonatal en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los objetivos de desarrollo del milenio de las naciones unidas. 47o Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud 58va Sesión del Comité Regional. Washington, D.c., EUA, 25 al 29 de septiembre de 2006, p.13. Consultado 9 de julio de 2011.

⁸ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Informe Epidemiológico Nacional 2009. Subdirección De Vigilancia y Control En Salud Pública. Indicadores básicos 2009. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/?idcategoria=80872#>. Consultado 5 de julio de 2011.

⁹ DICCIONARIO DE MEDICINA. Océano Mosby. 4 ed. Barcelona: Océano Grupo Editorial; 1996. p. 10102.

de habilidad y seguridad que ha adquirido la madre con la asesoría del profesional de enfermería a través de su participación en el cuidado, mientras estuvo hospitalizado su hijo y el grado de acompañamiento que enfermería está ofreciendo a las madres. Por tanto es necesario incluir y motivar a la madre a participar en el cuidado durante la hospitalización, familiarizarse con los comportamientos propios del prematuro que le facilitan la identificación de signos de alarma tempranos y buscar asistencia oportuna en salud. En este sentido y como lo plantea Leininger¹⁰ conocer, lo que sienten, piensan y saben las madres con relación a lo que significa para ellas participar en el cuidado de su hijo, durante el proceso de hospitalización, permite al profesional de enfermería contar con elementos teóricos desde la perspectiva de la madre que oriente las actividades de apoyo que ellas requieren para continuar con el cuidado específico, poder responder a las necesidades de sus hijos y de esta forma contribuir en el bienestar de la madre y el niño.

Por tanto, considerando el recién nacido prematuro, como grupo poblacional vulnerable y a quien una madre se enfrenta para cuidarlo, le resulta complicado por deficiencia en el conocimiento frente a su estado de salud y cuidados específicos que amerita. Es así, que para enfermería, Incluir a la madre en la participación del cuidado del recién nacido en la unidad neonatal, implica considerar varios aspectos relacionados con la inmadurez física y fisiológica del niño, que exige estrategias como: contacto piel a piel, actividades básicas cuidadosas, fortalecimiento del vínculo afectivo, aprendizaje en lactancia materna, necesidad de apoyo social para la madre, aprender a reconocer signos de alarma, realizar ajustes al rol, entre otras.

Es oportuno ahora recordar y a partir de la experiencia personal, que la hospitalización de un recién nacido en la unidad de cuidado neonatal (UCN), es un evento que moviliza la familia, por lo cual el equipo de salud debe ser capaz de identificar en ella y especialmente en la madre al momento del ingreso a la unidad neonatal, su actitud frente al neonato en condiciones de riesgo; muchos de ellos se muestran ansiosos, con temor al contacto por el miedo a causarles daño, ya que los niños se encuentran monitorizados, con dispositivos endovenosos e intubados, o son neonatos pre-término, de bajo peso y alto riesgo. En este ambiente nuevo, desconocido, complejo y de amenaza para la vida del hijo, la madre debe entrar en contacto y aprender a cuidarlo, posiblemente despojándose de su conocimiento en la crianza, pero con la necesidad de asumir una nueva forma de cuidar específica y desconocida para ella; en consecuencia la (el) enfermera (o) se convierte en la persona importante quien apoyará y promoverá la participación en el cuidado del recién nacido en la unidad, porque al momento del egreso la madre necesita contar con conocimientos y un grado de confianza en sí misma, habilidad en el cuidado de su hijo que le minimice los temores de llevarlo a la casa, dando continuidad a los cuidados específicos que requiere, pero también desearía un espacio en el que ella pueda compartir lo que sabe del cuidado y la crianza.

¹⁰ LEININGER M Madeleine. Macfarland. R. Marilyn. Universalidad y diversidad del cuidado cultural y evolución del método de la etnoenfermería. Capítulo 1. Jones and Bartlett Publisher .2006. p. 11. Traducción elaborada por: Juan David Cárdenas Ruiz. Junio 2010.

De acuerdo a la experiencia, como profesional de enfermería en la unidad neonatal, llama la atención la escasa participación de las madres en el cuidado del recién nacido prematuro, es por eso que el interés investigativo residió en la necesidad de indagar sobre el significado que le atribuyen las madres a su participación en el cuidado del recién nacido prematuro durante la hospitalización, que responda a las preguntas: ¿porqué las madres no participan del cuidado de sus hijos?, ¿qué significa para ellas esa participación?, ¿cómo se sienten cuando están cerca de sus hijos pero no participan del cuidado?, ¿qué aspectos les impide o les motiva a participar del cuidado? ¿Los conocimientos culturales de la madre son importantes para ellas, en el cuidado su hijos?, entre otros interrogantes que se lograron responder en la medida en que se comprendió el significado de la participación de la madre en el cuidado de su hijo hospitalizado, desde su propia vivencia, sentimiento y expectativas de cuidado, basado en los conocimientos y prácticas aprendidas, con el reconocimiento de los cuidados profesionales y de esta manera mediar estos dos caminos y brindar el cuidado que garantice el bienestar para el recién nacido y la madre.

1.2. Justificación

El cuidado del recién nacido prematuro, resulta complejo para la madre dentro de una unidad neonatal, ya que se enfrenta a un mundo desconocido y vulnerable, donde predomina el cuidado a su hijo, proveniente de personas desconocidas, pero tienen el conocimiento específico del cuidado que su hijo necesita. El cuidado que la madre ofrece por lo general es el que ha aprendido por tradición y que posiblemente no responde en ese momento, en ese ambiente y en esas condiciones a las necesidades del niño.

Para tratar de comprender el significado para la madre de la participación en el cuidado del recién nacido pretérmino en la Unidad de Cuidados Neonatales, se revisó la literatura y en Colombia se encontraron algunas investigaciones a saber: Rodríguez y Muñoz en su trabajo “Las madres se adaptan a la hospitalización de sus hijos mediante la exploración y el apoyo”,¹¹ describieron los significados que le atribuyen las madres a la hospitalización de su recién nacido en la unidad neonatal de un Hospital de Bogotá. Utilizaron un abordaje cualitativo, descriptivo con metodología teoría fundamentada; para la recolección de la información realizaron entrevistas en profundidad a las madres que tenían su hijo hospitalizado y que por sus condiciones familiares se enfrentaban solas a la hospitalización de sus hijos. Identificaron tres categorías importantes: la exploración, apoyo y adaptación. En la categoría de exploración identificaron en las madres sentimientos de angustia porque nunca esperaron un resultado de estos, cuando ha sido una gestación normal y los sentimientos de ansiedad crecen cuando es separada de su hijo y no es informada.

¹¹ RODRIGUEZ HOLGUIN, Yanira Astrid, MUÑOZ DE RODRIGUEZ, Lucy. Las madres se adaptan a la hospitalización de sus hijos mediante la exploración y el apoyo. Tesis realizada para obtener el título de Magister en Enfermería con Énfasis en Cuidado Materno Perinatal, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 2007. p. 53.

Los testimonios del estudio reflejan los sentimientos de tristeza expresados por la madre, ya que ella siente que el vínculo afectivo que se generó durante toda la gestación es ahora vulnerado por la hospitalización. Es importante mencionar que en la investigación en algunos testimonios, las madres expresaron temor frente a las respuestas de las enfermeras, lo que no permitía la adecuada participación de ellas, ya que la enfermera es el vínculo para la educación y la participación en el cuidado¹².

Con respecto al análisis de la información, que recibe del personal de salud hallaron que es inexacta, insuficiente; las enfermeras se limitan a referenciar a la madre con el médico para que le sean despejadas sus dudas, pero aunque intentan tranquilizarlas con sus palabras no informan ni despejan dudas. Otro aspecto importante relacionado con la información, es que a medida que la madre conoce la evolución de su hijo, le permitirá participar en sus cuidados e ir mejorando las condiciones de salud, para su pronta recuperación y la adaptación frente a la hospitalización. Si el equipo de salud mejora la información que suministra a las madres, mejora la experiencia de hospitalización del recién nacido.¹³

En la categoría de apoyo incluyeron el apoyo social y emocional, brindado para asumir su nuevo rol durante la hospitalización y lograr la adaptación a este proceso. Muchas de ellas por la condición personal, contaban con el apoyo materno pero expresaban sentirse solas.

Para la categoría de adaptación, identificaron que la madre se ha adaptado de manera positiva a la hospitalización cuando: se siente tranquila, es capaz de ofrecer mejores cuidados y se adapta a las normas institucionales. Por otro lado, los resultados de la investigación evidenciaron que las principales respuestas que dificultan la adaptación positiva fueron relacionadas con: experiencias previas de tipo negativo, desconocimiento de las normas del hospital, falta de entrenamiento y conocimientos en los equipos y elementos que tiene el neonato y falta de apoyo familiar.¹⁴

Las autoras proponen, la necesidad de que la enfermera apoye a las madres participando en la preparación de esta nueva experiencia, facilitándoles el proceso de aprendizaje de nuevas capacidades, atendiendo los cambios y necesidades que traen consigo el pasar de un estado de salud, que es la gestación a uno de enfermedad a partir del nacimiento del bebé y adaptándolas de la mejor manera a la nueva y desconocida situación. Pero para esto, es necesario que la enfermera conozca cómo experimentan las madres la hospitalización de sus hijos, con qué secuencia se perciben dichos sentimientos y si son relacionados o no con otras circunstancias de sus vidas.¹⁵

¹² Ibíd. , p. 69.

¹³ Ibíd. , p .140.

¹⁴ Ibíd. , p.140.

¹⁵ Ibíd. , p.16.

Es así que recomiendan se permita a la madre participar activamente en los cuidados al recién nacido en la Unidad Neonatal, para favorecer este proceso de adaptación y participación de las madres a la hospitalización de sus hijos. Es imperativo implementar un programa dirigido a ellas en el que se les permita desarrollar lazos emocionales saludables, fomentar el proceso del apego con su hijo, donde pueda interactuar con el recién nacido en el medio hospitalario en el que se encuentra, durante el mayor tiempo posible ¹⁶. Esta investigación aporta de manera trascendente al interés investigativo, aspectos claros de significados de las madres a la hospitalización, reconociendo la clara necesidad de continuar trabajando en relación con la participación en el cuidado.

En la investigación con abordaje cualitativo, descriptivo de Gallegos, Monti y Silvan,¹⁷ “Participación de madres/padres en el cuidado del niño prematuro en la Unidad Neonatal: significados atribuidos por el equipo de salud” desarrollada en México, que tuvo como objetivo Identificar y analizar los significados de la participación de las madres/padres en el cuidado al hijo prematuro hospitalizado atribuidos por el equipo de salud de una unidad neonatal, en la que participaron 23 profesionales de enfermería, reportaron como resultados que para los profesionales es favorable la participación, evidenciaron el interés por implementarla, ya que favorece la estabilidad clínica del neonato, garantizando su pronta recuperación y permitiendo el fortalecimiento afectivo; es decir, expresan el reconocimiento de la importancia de la participación de la madre en el cuidado del recién nacido en la unidad, destacando que también el padre debe participar.

Otros aspectos importantes del trabajo fue que:

“La presencia de la madre/padre favorece la estabilidad clínica del prematuro y su proceso de crecimiento y desarrollo y la participación posibilita la interacción madre-hijo y el establecimiento del vínculo afectivo; la madre es entrenada para el alta del hijo; la madre ayuda a enfermería en los cuidados del hijo hospitalizado y la presencia materna/paterna modifica el ambiente de la unidad neonatal, a partir del estímulo propiciado por los padres en el cuidado del hijo prematuro, hay una mayor ganancia ponderal, favoreciendo el crecimiento del niño y contribuyendo en el desarrollo neurológico del prematuro”.¹⁸

En este mismo sentido, el estudio destaca que la proximidad con la madre/padre ofrece estímulos positivos para la estabilidad y evolución clínica del prematuro, reduce el tiempo de hospitalización, disminuye los reingresos hospitalarios y minimiza los costos de atención.¹⁹

¹⁶ *Ibíd.*, p.146.

¹⁷ GALLEGOS MARTINES, Josefina, MONTI FONSECA, Luciana Mara, SILVAN SCOCHI, Carmen Gracinda. Participación de Madres / Padres en el cuidado del niño prematuro en la unidad neonatal: significados atribuidos por el equipo de salud. Tesis Doctoral. Revista Latino-Americana Enfermagem 2007 marco-abril; 15(2). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/es_v15n2a08.pdf. p. 3. Consultado 5 de diciembre de 2012.

¹⁸ *Ibíd.*; p. 4.

¹⁹ *Ibíd.*, p. 4.

Otro aspecto, hallados en la investigación mencionada, es que los padres buscan información sobre la condición del hijo, los cuidados y la previsión del alta, pero las preguntas de los padres son dirigidas principalmente a las enfermeras, más es el médico quien da información sobre el diagnóstico. Vale la pena resaltar de este estudio la categoría “las madres aprenden de los cuidados proporcionados por la enfermera”, pues el entrenamiento, es realizado principalmente por la enfermera, quien comparte con la madre los cuidados relacionados con la estimulación temprana y alimentación del prematuro. “Esta participación es percibida por algunas enfermeras como una ayuda que reduce la sobrecarga de trabajo”²⁰.

En sentido contrario, el trabajo también revela como desventajas, que la presencia de los padres, interfieren en la dinámica del trabajo de enfermería y los padres no centran la atención en el hijo, comportamientos percibidos por los profesionales de enfermería como factores que no les permiten la realización tranquila de los procedimientos y se sienten fiscalizados.²¹

Las autoras sugieren la necesidad de entrenamiento de los padres, donde la enfermera es citada como el profesional clave y la madre es entrenada y realiza cuidados al hijo prematuro especialmente aquellos relacionados con lactancia materna y cuidados básicos; sin embargo la madre no participa en la toma de decisiones, no contribuye para la construcción del cuidado compartido entre madres y enfermeras, por el contrario las distancia y fortalece la ejecución del cuidado fragmentado. La participación de las madres/padres es incipiente, pero existe interés en el equipo de salud en implementarla y fortalecer la educación permanente a los profesionales de salud de la unidad neonatal, incluyendo también contenidos sobre el cuidado centrado en el desarrollo, apego y vínculo afectivo madre-hijo y familia.²²

Otro estudio, con abordaje cualitativo descriptivo “Experiencias y vivencias de los padres sobre el cuidado de enfermería que se ofrece en la unidad de neonatos, del año 2007”²³, cuyo objetivo fue interpretar las experiencias y vivencias de los padres de los neonatos acerca del cuidado de enfermería que reciben sus hijos en la unidad neonatal de una institución, concluyó que los padres viven un impacto emocional ante la evidencia de tener que dejar a su hijo en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), la separación prematura de éste, desconocimiento de las condiciones en las que se encuentra y la incertidumbre sobre su recuperación; además, durante la hospitalización

²⁰ Ibíd. p. 4.

²¹ Ibíd. , p. 1.

²² Ibíd. , p. 1.

²³ GUERRA, GUERRA, Juan Clemente. Experiencias y vivencias de los padres sobre el cuidado de enfermería que se ofrece en la unidad de neonatos del Hospital Universitario de la Samaritana, durante los meses de Julio a Septiembre de 2007. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 2007. p. 32.

los padres se tienen que adaptar a una cultura impuesta por la UCIN, donde las normas, los horarios, los cuidados y los protocolos son diferentes a lo que ellos conocen y a la manera como han visto que se cuida a los niños que han nacido a término y en buenas condiciones de salud. Para los padres de los neonatos es importante participar del cuidado de sus hijos. Se tienen que adaptar a diferentes temperamentos y formas de realizar el cuidado de sus hijos por el equipo de salud y particularmente de enfermería.²⁴

Los testimonios registrados en el estudio evidencian que algunas enfermeras permiten la participación de los padres en la unidad neonatal, pero son prioritarios otros aspectos, frente a esta participación.

El autor concluye que en muchas ocasiones los padres sienten temor de desarrollar su rol de padres en una unidad de cuidados intensivos, ya que sus hijos se encuentran en situación de vulnerabilidad y son cuidados por enfermeras que tienen actividades y manejos especiales con estos niños en estado de prematuridad. En este sentido, la categoría los padres aprenden de las enfermeras, es significativa.

Pasando a otra investigación. "Facilitation of Parenting the Premature Infant within the Newborn Intensive Care Unit" (Facilitación de la paternidad al recién nacido prematuro en la unidad de cuidados intensivos), de Lawhon, Gretchen²⁵, con abordaje cualitativo y método descriptivo exploratorio, muestra las implicaciones para guiar la práctica clínica en la UCIN, donde el enfoque del cuidado de enfermería individualizado es apoyar a los padres en la obtención de una mayor comprensión del recién nacido. Los padres tienen el derecho a la participación activa de las rondas médicas y en la ejecución y planificación de los cuidados al recién nacido. Evidencia el reconocimiento de los padres como colaboradores esenciales en la atención, una vez que los padres y las familias han sido reconocidos como colaboradores activos en el cuidado de su hijo, todos los aspectos de cuidado son influenciados por la participación de la familia. Según la descripción del estudio las actividades como la alimentación y baño permiten reconocer los aspectos de la paternidad, hallazgos que visualizan la necesidad de facilitar como enfermera el rol de padres dentro de una unidad de cuidados intensivos neonatales.

En el artículo de investigación denominado: Engaging Fathers in the NICU Taking Down the Barriers to the Baby. (Participación de los Padres en la UCIN. Derribando las barreras para el bebé), de Amy Nagorski Johnson²⁶, realizado en Estados Unidos, identificó los posibles obstáculos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, percibido por los padres y la realización de intervenciones en que ellos puedan participar en el cuidado. Las conclusiones están relacionadas con los beneficios de la participación temprana de

²⁴ Ibid., p.105.

²⁵ LAWHON, GRETCHEN. Facilitation of Parenting the Premature Infant within the Newborn Intensive Care Unit. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 16(1): p. 71-82, Jun 2002. Consultado 7 de Agosto de 2011.

²⁶ NAGORSKI JOHNSON AMY, Engaging Fathers in the NICU Taking Down the Barriers to the Baby. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. Oct-Dec2008 22(4): p. 302-306. Consultado el 7 de Julio de 2011.

los padres de los recién nacidos prematuros, además lograron identificar que los padres comprometidos en esta participación proporcionan interacciones positivas que promueven el vínculo emocional con el recién nacido. Del estudio se puede inferir, que resaltan la importancia de la participación de los padres, pero no se identifica la importancia que tiene para los padres la participación en el cuidado.

Otra investigación hallada con abordaje cualitativo y método descriptivo: Mothers' Experiences of Having a Preterm Infant in the Neonatal Care Unit. (Experiencias de madres al tener un niño prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatal), de Aagaard, y Hall²⁷, muestra las experiencias de las madres de tener un niño prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatal y plantea la necesidad de realizar un plan de cuidados donde se logre la participación de los padres en la unidad de cuidados intensivos que sea oportuno, que considere importante involucrar la participación de los padres y conocer lo que significa para ellos participar en el cuidado del recién nacido prematuro.

Si bien es cierto, los estudios revisados evidenciaron la importancia de la participación de la madre y el padre en el cuidado del recién nacido prematuro, los efectos para el niño del contacto temprano con sus padres, algunos temores de los padres, la percepción de los padres en el cuidado, así como aspectos negativos percibidos por los cuidadores de la salud, cuando los padres están presentes; no se halló un estudio que mostrara, desde el propio conocimiento de la madre lo que significa para ella esa participación, ser activa en el cuidado del hijo, lo que sabe, siente, piensa e interpreta ante la posibilidad de ser ella cuidadora en un ambiente diferente y desconocido, pero necesario para el cuidado y recuperación de la salud del hijo.

Es necesario evidenciar que no solamente la participación de la madre en el cuidado del recién nacido hospitalizado es relevante, sino que también, el profesional de enfermería debe tener en cuenta que la hospitalización del bebé según Ruiz, Ceriani, Cravedi y Rodríguez "genera reacciones diversas en los padres, en general intensas y perturbadoras. El estrés y la depresión de padres y madres son algunos de los aspectos más frecuentemente observados y que pueden llegar a interferir en la organización de la interacción entre ellos y su hijo, como así también en la comunicación con los profesionales que asisten al niño."²⁸ Es decir que la madre debe aprender a cuidar a su hijo en medio de una situación de vulnerabilidad.

Por tanto, esta investigación es útil para la práctica ya que, mediante los resultados obtenidos permitirá a las enfermeras(os) tomar como referente la evidencia para construir

²⁷ AAGAARD Hanne, HALL Elisabeth, Mothers' Experiences of Having a Preterm Infant in the Neonatal Care Unit. *Journal of Pediatric Nursing*, (June), 2008, Vol. 23, No 3. P. 26 a 36. Consultado el 7 de Julio de 2011.

²⁸ RUIZ, Ana Lía; CERIANI CERNADAS, José M.; CRAVEDI, Verónica y RODRIGUEZ, Diana. Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Arch. argent. pediatr.*[online]. 2005, vol.103, n.1, pp. 36-45. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752005000100008&lng=es&nrm=iso. Consultado el 16 de Agosto de 2011.

y proporcionar planes de cuidados de enfermería que involucren a la familia específicamente la madre, reconociendo lo que ella sabe sobre el cuidado de sus hijos/as, respetando las creencias y prácticas que conoce y que ha adquirido a través del aprendizaje en su medio cultural, identificando y respondiendo sus dudas, miedos, temores y necesidades de aprender a cuidar, de manera que se sienta desempeñando su rol de madre con apoyo de enfermería en un ambiente nuevo para ella, pero necesario para la recuperación del hijo, donde prima la tecnología y el conocimiento específico. De esta forma enfermería estará ofreciendo espacios a las madres para compartir conocimiento profesional y ético en beneficio del bienestar de ella y del hijo.

Respecto al mérito social, la investigación hace evidente la necesidad de participación que involucre a la familia como núcleo principal de la sociedad, en un contexto desconocido para la madre, ya que a través de la participación de la familia en el cuidado del recién nacido prematuro, enfermería le alimenta la autoestima, facilitándole la expresión de sus propios estilos de cuidado y la habilita para asumir la realidad de la prematuridad, pues no existe mejor madre para un niño que la que tienen, acompañado de la participación familiar. De igual forma el espacio de aprendizaje será una estrategia para dar continuidad al cuidado específico a los prematuros en el hogar una vez sean dados de alta, continuar el énfasis en la vigilancia de signos de alarma y fortalecer la solicitud de acudir tempranamente a las instituciones de salud para evaluación y manejo profesional del niño. También es una estrategia para contribuir en la disminución de la morbilidad y mortalidad de los prematuros por prácticas de cuidado inadecuadas, de riesgo o desconocimiento de las mismas.

Con respecto a la relevancia institucional para el Hospital Militar Central, de la ciudad de Bogotá, donde se ejecutó el estudio investigativo, aporta elementos importantes para mejorar la calidad del cuidado y satisfacción del usuario por su participación e inclusión de opiniones dentro de una unidad neonatal; además, ofrece elementos teóricos que le facilitan al profesional de Enfermería, planear el cuidado del prematuro hospitalizado, centrándose en la madre y su vivencia frente a la hospitalización de su pequeño hijo, a la vez que ayuda a disminuir los niveles de estrés, ansiedad, miedo entre otros sentimientos, que se generan en la madre, cuando es ella quien debe cuidar y criar un niño inmaduro que le demanda cuidado específico para el que ella no está lista y que requiere de entrenamiento, capacitación, búsqueda de confianza en sí misma con el apoyo del profesional de enfermería. De esta manera el cuidado es humano y sensible.

Esta investigación aporta elementos importantes y convenientes para la profesión ya que representa un avance al conocimiento teórico de enfermería y al fortalecimiento de la línea de investigación materno perinatal.

En cuanto a la docencia, los resultados son evidencia para el estudiante y docente durante el proceso de enseñar y aprender a cuidar niños prematuros hospitalizados en unidades neonatales, donde si bien es cierto las tecnologías complejas y los conocimientos específicos son claves, no se debe perder el sentido humano del cuidado y es necesario conservar la unidad madre/hijo, a través del cuidado, recuperando para las madres la relación con su hijo en medio de la tecnología y la enfermedad.

Conocer a través de la investigación lo que significa para una madre participar en el cuidado del hijo prematuro hospitalizado, representa una forma de obtener evidencia que soporte el fortalecimiento del cuidado de enfermería sensible y humano, produciendo la

menor interferencia posible en la relación madre/hijo, a causa de la separación por la hospitalización, pues esta relación se intensifica a través del cuidado ofrecido por la madre a su hijo independientemente de las condiciones de salud, y donde enfermería es el referente para la madre, en la medida en que ellos (as) son quienes recuperan y conservan la cotidianidad para madres e hijos en medio de un contexto nuevo y posiblemente agresivo para los dos.

Si bien es cierto, los resultados de los estudios revisados y presentados anteriormente, evidencian la necesidad de que enfermería comparta su conocimiento e invite a la madre desde momentos tempranos de la hospitalización a participar en el cuidado del niño prematuro hospitalizado, es interesante saber que no se hallaron resultados de investigación que expresaran qué significa participar en éste cuidado al cuál la madre debe ser invitada. Por tanto se buscó dar respuesta a la pregunta: ¿Cuál es el significado que le atribuye la madre a su participación en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado en la Unidad Neonatal? Para conocer estos significados, fue importante partir de la definición de participación en el cuidado, la cual hace relación a las necesidades de la madre de involucrar sus experiencias, vivencias, expectativas y conocimientos socioculturales propios.

Coherente con lo anterior, la teoría de la universalidad y la diversidad de los cuidados culturales, de Madeleine Leininger, es la teoría que dio soporte al fenómeno de interés, ya que la teoría de cuidado cultural aborda dos conceptos importantes: la mirada del cuidado desde lo émico y lo ético. El concepto de cuidado émico: “se refiere a las prácticas y conocimiento laico, indígena, tradicional o local para proporcionar actos de asistencia, apoyo y facilitación para o hacia otros con necesidades de salud evidentes o anticipadas con el fin de mejorar su bienestar o ayudar con la muerte u otras condiciones humanas”²⁹.

En este sentido, los significados fueron extraídos del conocimiento expresado por las madres, con respecto a lo que siente, sabe, piensa de la necesidad y oportunidad de participar en acciones de cuidado a su hijo que por condiciones de salud y vulnerabilidad son específicos y que ella aprendió, pero también pudo compartir lo que sabe de cuidado y crianza de los niños. En cuanto al Cuidado ético (Profesional de Enfermería): “se refiere a conocimiento y prácticas de cuidado formales y explícitas, cognitivamente aprendidas, obtenidas generalmente a través de instituciones educativas (usualmente no genéricas). Son enseñadas a las enfermeras y otros para proporcionar actos de asistencia, apoyo y facilitación a otros individuos o grupos para mejorar su salud, prevenir enfermedades o ayudar con la muerte u otras condiciones humanas”³⁰. Si bien es cierto, esta no fue la esencia del trabajo, el cuidado ético estuvo presente, ya que es la enfermera (o) quien apoyó e invitó a la madre a participar en el cuidado específico al hijo.

²⁹ LEININGER M Madeleine. Macfarland. R. Marilyn. Universalidad y diversidad del cuidado cultural y evolución del método de la etnoenfermería. Capítulo 1. Jones and Bartlett Publisher .2006. p. 12. Traducción elaborada por: Juan David Cárdenas Ruiz. Junio 2010.

³⁰ *Ibíd.*, p. 12.

Estos dos conceptos de cuidado cultural, soportó el fenómeno del significado para la madre de su participación en el cuidado del prematuro hospitalizado partiendo de dos miradas, los conocimientos y prácticas culturales de cuidado en la participación propios de la madre y el conocimiento profesional en el cuidado del prematuro.

1.3. Tema

Participación de la madre en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado en la unidad de cuidados neonatales.

1.4. Planteamiento del problema

¿Cuál es el significado que le atribuye la madre a su participación en el cuidado al recién nacido prematuro hospitalizado en la unidad de cuidados neonatales?

1.5. Objetivo

Describir el significado que atribuye la madre a su participación en el cuidado al recién nacido prematuro en la unidad de cuidados neonatales, en un grupo de madres que tienen sus hijos hospitalizados en la unidad neonatal del Hospital Militar Central de Bogotá.

1.6. Contexto

La ejecución del estudio se realizó en la Unidad Neonatal del Hospital Militar Central, de la ciudad de Bogotá, donde fue el escenario en el que se realizó la captación de las madres de los recién nacidos prematuros hospitalizados.

El Hospital Militar, presta servicios de alta y mediana complejidad en urgencias, hospitalización adulto y pediátrico, cirugía, salas de maternidad, cuidado intensivo adulto, pediátrico y neonatal, cuidado intermedio y básico neonatal, atención en medicina especializada, apoyo diagnóstico y terapéutico, grupo de trauma, rehabilitación, terapias, imágenes diagnósticas, laboratorio clínico, inmunológico, servicio de oncología ambulatoria y hospitalización pediátrico y adulto. Además de contar con servicios de docencia e investigación de alto nivel, servicios proporcionados a la población del subsistema de salud de las fuerzas militares.

La unidad neonatal del Hospital Militar, se encuentra ubicada en el octavo piso, área central, piso donde están ubicadas las unidades de adulto y la unidad intensiva pediátrica, existiendo una división interna de la unidad neonatal y pediátrica.

Actualmente la unidad neonatal tiene una capacidad instalada para 15 recién nacidos, ya sean prematuros o recién nacidos a término que por ciertas condiciones de salud requieren hospitalización. La primera habitación está compuesta de 6 incubadoras para prematuros y condicionada para cuidado intermedio neonatal, la segunda habitación cuenta con 6 cunas para recién nacidos que por alguna condición tienen criterios de hospitalización y la tercera habitación cuenta con tres cunas para pacientes con patologías respiratorias, estas dos habitaciones con pacientes que tienen criterios de cuidado básico neonatal.

La unidad neonatal cuenta con monitores y dispositivos tecnológicos para el cuidado del recién nacido; entre las habitaciones existe un vidrio que las separa, que permite la visualización de los recién nacidos. El área cuenta con dos sitios específicos para el lavado de manos, uno al ingreso a la unidad, que es el usado por los padres al ingreso a la unidad, cuenta con un área para la extracción manual de la leche y la ubicación de la nevera para la conservación de la misma.

Cuenta además con un mueble para que las madres guarden sus pertenencias, ya que no pueden ingresar bolsos o chaquetas. Las normas para el ingreso de los padres requieren lavado de manos, retiro de joyas, chaquetas y utilización de bata quirúrgica. Para el ingreso de los padres inicialmente se solicita dejar a su hijo 8 pañales, pañitos y su ropa respectiva.

La unidad neonatal cuenta con horarios de visita establecidos para el ingreso de los padres; los horarios de ingreso para la madre son: de 9: 30 am a 10:30 am de 12 pm a 1pm de 3 pm a 4 pm, de 6pm a 7pm. El horario de ingreso de los padres es de: 11 am a 11:30 am y de 5pm a 5: 30 pm. No se permite el ingreso a de otros familiares.

El equipo de salud quienes ofrecen los cuidados a los recién nacidos está integrado por médico neonatólogo, residente de pediatría, enfermera profesional del servicio y tres auxiliares de enfermería en el turno de la mañana y noche y dos auxiliares de enfermería en el turno de la tarde. El equipo se caracteriza por idoneidad, profesionalismo, conocimiento en el área y sentido humano. Es un equipo especializado en el cuidado al neonato.

1.7. Definición de conceptos.

1.7.1.Significado: Para esta investigación y teniendo en cuenta los planteamientos de Leininger³¹ y Blúmer³², el significado es el producto social de la interacción de la madre con elementos y factores ambientales que la rodean en la unidad neonatal mientras su hijo prematuro está hospitalizado, que influyen en la participación en su cuidado. La madre deja ver desde su propio conocimiento la interpretación que da a las situaciones, cosas, personas e inclusive así misma en el contexto de la unidad neonatal.

1.7.2.Cuidado: “El cuidado en el sentido genérico (tradicionales o culturales) se refiere a aquellos actos de ayuda, apoyo o de facilitación hacia otro individuo o grupo, con necesidades evidentes o anticipadas, para mejorar una condición humana o vida.”³³

1.7.3.Participación en el cuidado: En relación a la dimensión de participación del paciente en su cuidado Brill y Gil (1986) “consideran que ésta se inicia desde la valoración que hace la enfermera de la situación del paciente; en conjunto y mediante el diálogo, identifican sus necesidades y posibles soluciones; así mismo y cuando sea necesario la enfermera orienta los cambios que el paciente tendrá que realizar para alcanzar los objetivos que el mismo se ha propuesto para recobrar su salud. Dicha participación le permite ser actor activo de su propio cuidado”.³⁴

Para la investigación la participación en el cuidado del recién nacido implica la necesidad de identificar como primera fuente de información la madre del recién nacido, reconociendo sus expectativas, necesidades y mediante el dialogo la enfermera facilita y promueve la participación del cuidado partiendo de los conocimientos culturales e iniciales de la madre del recién nacido.

³¹ SANDOVAL Casilimas, Carlos. Investigación cualitativa. Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. ICFES. 1996 .p. 58.

³² LEININGER M Madeleine. Macfarland. R. Marilyn. Universalidad y diversidad del cuidado cultural y evolución del método de la etnoenfermería. Capitulo 1. Jones and Bartlett Publisher .2006. p.11- 12. Traducción elaborada por: Juan David Cárdenas Ruiz. Junio 2010.

³³ *Ibíd.*, p. 11.

³⁴ DAZA DE CABALLERO, Rosita; TORRES PIQUE, Ana María y PRIETO DE ROMANO, Gloria Inés. Análisis crítico del cuidado de enfermería: Interacción, participación y afecto. *Index Enferm* [online]. 2005, vol.14, n.48-49; p. 18-22. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100004&lng=es&nrm=iso. Consultado 24 de Agosto de 2011.

1.7.4.Recién nacido prematuro hospitalizado: Se define como el recién nacido antes de las 37 semanas de gestación, que por su condición de salud necesita permanecer hospitalizado en la unidad neonatal.³⁵

1.7.5.Unidad de cuidados neonatales: “Unidad hospitalaria con sofisticado equipos tecnológicos para la vigilancia y asistencia del recién nacido con problemas de salud, hasta los 30 días de edad, proporcionando cuidado intermedio neonatal y básico de acuerdo a los criterios de admisión definidos por la asociación colombiana de neonatología, el personal que lo atiende, neonatólogos y enfermeras posee una formación especializada”³⁶

35 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Nacidos demasiado pronto. Informe de acción global sobre nacimientos prematuros. Disponible en http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/borntoosoon_execsum_es.pdf. Consultado 12 de febrero de 2013.

³⁶ DICCIONARIO DE MEDICINA. Océano Mosby. 4 ed. Barcelona: Océano Grupo Editorial; 1996. p 1266.

2. Marco Conceptual

Para comprender los significados que la madre le asigna a su participación del cuidado del recién nacido, se revisaron algunos aspectos teóricos y conceptuales del neonato prematuro y los cuidados que requiere, que permitió entender las razones por las cuales estos niños deben ser hospitalizados. Además se revisaron los conceptos de significado y los conceptos de la Teoría de la Universalidad y Diversidad del cuidado Cultural, planteado por Madeleine Leininger que orientaron el desarrollo del estudio investigativo.

2.1. Participación de la madre en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado.

Teniendo en cuenta que, el contexto ambiental de una unidad de cuidado intensivo neonatal, es un espacio diferente al que la madre había planeado para entrar en contacto con su hijo, cuidarlo y fortalecer el vínculo que se ha iniciado desde la gestación y que debe continuar después del nacimiento; que la prematurez es otro evento de salud que la madre no esperaba pero que es real, son situaciones que la conducen a iniciar un proceso de adaptación en un contexto nuevo que va a influir en el significado que ella atribuya a participar en el cuidado del hijo real, como dice Leininger “ Los fenómenos de la estructura social, dentro de los cuales están el parentesco o lazos sociales, creencias culturales y valores, influyen en las expresiones y significados de cuidado.”³⁷ Por tanto estos factores deben ser comprendidos por el profesional de enfermería pues influyen directa o indirectamente en la salud y bienestar de la madre y el hijo. Comprender los significados para la madre de participar en el cuidado del hijo en estas condiciones, proporciona elementos teóricos de profundidad sobre el cuidado desde la visión de la madre que contribuyen a la recuperación de la salud y el bienestar de madres y niños.

En otro sentido, entender los significados en este contexto, invita a las enfermeras (os) a optar por conocimientos, actos y decisiones de cuidados basados en la sensibilidad y en la posibilidad de ajustarlos a los valores, creencias, estilos de vida de las madres, para

³⁷ LEININGER M Madeleine. Macfarland. R. Marilyn. Universalidad y diversidad del cuidado cultural y evolución del método de la etnoenfermería. Capítulo 1. Jones and Bartlett Publisher .2006. p. 11. Traducción elaborada por: Juan David Cárdenas Ruiz. Junio 2010.

recuperar la salud del hijo y promover el bienestar de los dos; a este enfoque Leininger lo denomina cuidados humanos.³⁸

Para el logro de la comprensión del fenómeno de interés, se revisó el concepto de recién nacido prematuro, porque es él quien recibe los cuidados de la madre y de enfermería. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el prematuro es el recién nacido menor de 37 semanas de gestación. Inicialmente se consideraba prematuro, a todo recién nacido con peso inferior a 2500 gramos, pero finalmente fue reconsiderada la definición, llegando a la necesidad de clasificarlos en subgrupos de recién nacido con bajo peso ya sea pretérmino y/o a término. Con este nuevo enfoque se encontró que los recién nacidos con pesos <2.500g pueden ser realmente maduros o posmaduros, pero pequeños en relación con su edad gestacional (PEG) por tanto, su aspecto físico y los problemas de salud que plantean son diferentes a los de los recién nacidos prematuros³⁹.

Los recién nacidos prematuros poseen características que los clasifica como grupo vulnerable, que requiere de cuidados especiales, alta tecnología, personal entrenado y la estrecha cercanía de los padres para sobrevivir, en comparación con los recién nacidos a término, sin afirmar que éstos no son vulnerables. Algunas características de los prematuros que explican, la necesidad de hospitalización son: mayor superficie cutánea, presencia de panículo adiposo escaso, inmadurez de los centros termorreguladores que favorecen la pérdida de calor; fragilidad respiratoria, acompañada de cianosis, llanto débil, escasa capacidad de contracción de músculos respiratorios que determinan las pocas posibilidades de expulsar flemas y moco bronquial, flexibilidad del tórax, inmadurez de los tejidos pulmonares y del centro regulador de la respiración que originan respiraciones periódica e hipoventilación con periodos frecuentes de apnea; tendencia a la hipotensión y descompensación cardiaca por persistencia del ductus arterioso; deficiencias nutricionales y endocrinas; dificultades motoras pues los músculos carecen de tonicidad y escasa contracción muscular, sus movimientos de succión y deglución son torpes y débiles por lo que existe regurgitaciones; la digestión de la grasa está limitada por deficiencia de absorción; fácilmente puede caer en hipoglucemia; inmadurez neurológica, ausente, débil o ineficaz para el reflejo de succión, debilidad para deglutir; inactivo; tendencia a hemorragias debido a la fragilidad capilar aumentada por la escases de tejido elástico, limitada reserva de vitamina C indispensable en la elaboración de colágeno intercelular, anemia por reducción de eritrocitos, leucocitos y hemoglobina; desequilibrio hidroelectrolítico, entre otros aspectos. Además, son susceptible a las infecciones por inmadurez fisiológica y poseen, capacidad limitada para excretar los solutos en la orina.⁴⁰

³⁸ MARRINER Tomey Ann, RAILE Alligood Martha, Modelos y Teorías en Enfermería. . Elsevier España. 6ª edic. Madrid, 2007. p. 473

³⁹ MANEJO BASICO DEL PREMATURO. 2007. Artículo encontrado en la página web. <http://www.aibarra.org/neonatalogia/capitulo3/default.htm>.

⁴⁰ ENFERMERIA CIENCIA Y ARTE. 2009. Artículo encontrado en la página Web: <http://eenfermeriauv.blogspot.com/2009/04/enfermeria-infantil-caracteristicas.html>

Ahora bien, el nacimiento de niños prematuros y las terapéuticas utilizadas durante la hospitalización pueden tener consecuencias a largo plazo como lesiones pulmonares, de retina, daños neurológicos severos y discapacitantes que son característicos en los niños con prematuridad y que inducen continuas y prolongadas hospitalizaciones. Por tanto los padres inician un camino de angustias, temor e incertidumbre que se prolonga incluso más allá de la hospitalización⁴¹. Por consiguiente enfermería necesita conocer lo que siente, vive, experimenta, sabe la madre con respecto a lo que le significa participar en el cuidado de su hijo en situaciones difíciles, de manera que pueda ofrecerle espacios de comunicación donde se escuche a la madre, se le dé respuesta a sus necesidades por encima de los intereses de comunicación profesional. Además ofrecer espacios para que ella realice, aprenda del profesional y le enseñe al profesional cuidados que son significativos, en el ánimo de recuperar la salud de su hijo y lograr su bienestar.

Cada una de estas características de los prematuros hace que sean identificados como un grupo poblacional vulnerable que requiere de cuidados especiales, mediante técnicas, procedimientos y equipos de alta tecnología; sin embargo se tiende a olvidar que la familia es parte de la recuperación del niño. Con la evolución de la neonatología, en los últimos años se ha reconocido la importancia y la necesidad de involucrar a los padres como participantes activos desde que el niño es hospitalizado hasta que es dado de alta. Los padres son activos en la medida que contribuyen a proveer cuidado de manera que puedan ser capaces de cuidarlo una vez es dado de alta y se sienten seguros en esta responsabilidad⁴². En el estudio, presentado por Rossel, Carreño y Maldonado: afectividad de madres de niños prematuros hospitalizados, un mundo desconocido⁴³, en el cual describieron las emociones y conocimientos expresados por madres de niños prematuros menores de 1500 gramos durante la hospitalización de sus hijos, manifestaron que es posible mejorar el mundo afectivo de estas madres hacia sus hijos, a través de dos estrategias: mejorando la comunicación e integrando la madre en el cuidado y apoyo sensorial de su hijo. Con respecto a este último planteamiento, dicen que ofrecer mayores oportunidades de contacto físico entre madres e hijos se fortalece el vínculo afectivo y la madre se muestra optimista, agradecida y valorada, además la madre puede ser un valioso apoyo terapéutico, en la estrategia de ofrecer asistencia motora orientada a facilitar la integración neurosensorial del niño (reducción de la luz, ruido, respeto al horario de sueño, corrección de postura, empleo de mecanismos de contención pasiva entre otros.).

⁴¹ ROSSEL C., Katherine; CARRENO, Tamara y MALDONADO, María Estela. Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados. Un mundo desconocido. *Rev. chil. pediatr.* [online]. 2002, vol.73, n.1. pp. 15-21. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062002000100004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0370-4106. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062002000100004>. Consultado citado 13 de agosto de 2013.

⁴² TAMEZ, Raquel, y PANTOJA Silva María Torres. Enfermería en la unidad de cuidados intensivos: Asistencia del recién nacido de alta riesgo. 2da edición. Panamericana. Buenos aires – 2004. Pág. 173 177.

⁴³ ROSSEL C “*et al*”. Op.cit.p.15.

Agregando a lo anterior, la hospitalización del hijo implica la separación temprana de la madre para poder recibir cuidados específicos por personal de salud capacitado en el área, como los relacionados con la alimentación, regulación de la temperatura y manejo o evitando complicaciones, procurando la prevención de las infecciones, involucrando la necesidades emocionales y de desarrollo. De igual forma, para favorecer el desarrollo del neonato se requiere modificación del entorno físico, para brindar ciclos normales de día y de noche, medidas de comodidad que sea lo más parecido a su ambiente intrauterino, e involucrar a los padres en el cuidado⁴⁴. En consecuencia, para lograr una participación genuina y duradera de los padres es importante reconocer y promover el vínculo madre / hijo, así se podrá proporcionar un ambiente dentro de la unidad neonatal, que incentive y apoye la integración de los padres en el cuidado y recuperación del hijo.

Otros de los aspectos relacionados con la participación en el cuidado al recién nacido, es la comunicación que se pueda establecer con los padres y acorde con la teoría de Leininger sería el medio que facilitaría lograr identificar lo que ellos saben, han aprendido, y conocen sobre el cuidado del niño recién nacido y prematuro, que si el profesional de enfermería sabe de cuidado cultural, podrá preservar, adaptar y reorientar e invitar a la madre y el padre a participar en el cuidado de su hijo porque son ellos quienes conocen las necesidades emocionales de su bebé lográndose articular el conocimiento ético o genérico y el profesional y no "simplemente constituirse en los receptores de actividades planeadas por el profesional que lo cuida."⁴⁵.

Es sabido que el nacimiento de un prematuro, cambia el sueño de los padres, la imagen del hijo deseado y las esperanzas alrededor del hijo, generando contrariedad, sentimientos de incapacidad, culpa y miedo a la pérdida. Todos estos sentimientos producen estrés y muchas veces inducen distanciamientos entre padres e hijos.⁴⁶ Es en esta fase de hospitalización en que enfermería debe estar alerta para apoyar a los padres en forma efectiva y lograr el éxito de la recuperación y el bienestar de ellos.

Durante la hospitalización el niño prematuro es cuidado por personas entrenadas, lo que puede ocasionar en los padres cierto grado de seguridad y confianza, pero enfermería debe ser consciente que una vez inicia la hospitalización los padres deben ser invitados a participar en el cuidado del hijo como una estrategia de entrenamiento, aprendizaje y compartir conocimiento para que se sientan actores en el proceso de recuperación del

⁴⁴ El Cuidado de los Bebés en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Artículo encontrado en la página Web: <http://www.yalemedicalgroup.org/stw/Page.asp?ContentTypeId=90&ContentId=P05453>. Consultado 12 de septiembre de 2012.

⁴⁵ DAZA De Caballero, Rosita; TORRES Pique, Ana María y PRIETO De Romano, Gloria Inés. Análisis crítico del cuidado de enfermería: Interacción, participación y afecto. *Index Enferm* [online]. 2005, vol.14, n.48-49, p. 18-22. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100004&lng=es&nrm=iso>. Consultado 4 de mayo de 2012.

⁴⁶ *Ibíd.*; p. 173.

niño, se minimice el sentimiento de incapacidad para cuidarlo, el cual aumenta con el anuncio de la proximidad del alta.⁴⁷

Pasando a otro aspecto, para hablar del cuidado de enfermería del recién nacido prematuro es necesario, partir del concepto de cuidado. Tal como es mencionado en el libro de Colliere Promover la vida⁴⁸, “la aplicación de cuidados es la práctica más antigua de la historia del mundo”. La autora inicialmente reconoce el cuidado como base, para dar continuidad a la vida y enfrentar la muerte, organizando las labores de acuerdo a ciertas necesidades básicas de supervivencia, generando de esta forma una división sexual del trabajo. Los cuidados proporcionados por las mujeres están ligados al rol que desempeñan de acuerdo al momento de la historia de la que se habla. De esta manera el concepto de cuidado se ha desarrollado desde los tiempos más remotos de la historia y ha evolucionado a través del tiempo. Coherente con la anterior definición de cuidado, para enfermería el concepto se inició con los aportes realizados por Florence Nightingale, llegando hasta los conceptos definidos por teóricas en sus grandes teorías, de mediano rango y modelos conceptuales.⁴⁹

Dorothea Orem lo define como un servicio que se deriva de los conocimientos que poseen los (las) enfermeros (as), desde el ayudar a las personas a cubrir sus propias demandas de autocuidado terapéutico⁵⁰. Otras Teóricas como Joyce Travelbee: dice que es la relación terapéutica entre enfermera – paciente; Jean Watson, expresa que es un proceso interpersonal entre dos personas con dimensiones transpersonales.⁵¹ (Cuidado Humano) posteriormente las teóricas Anne Boykin y Savina O. Schoenhofer plantean el cuidado como “la expresión de la enfermería y es la presencia intencional y autentica de la enfermera con otra persona que se reconoce como persona que vive el cuidado y crece en el cuidado” La sensibilidad y los conocimientos para crear formas únicas y efectivas de comunicar los cuidados se desarrollan a través de la intención de cuidar⁵².

⁴⁷ *Ibíd.*, p. 174.

⁴⁸ COLLIERE, Marie Françoise. Promover la vida: de las prácticas de mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. McGrawHill- Interamericana, Madrid, 1997; p. 3.

⁴⁹ MARRINER Tomey Ann, RAILE Alligood Martha, Modelos y Teorías en Enfermería. . Elsevier España. 6ª edic. Madrid, 2007. p. 80 - 81.

⁵⁰ FERRER ARNEDO Carmen. La intimidad del cuidado y el cuidado de lo íntimo. 2º Encuentro de Enfermería. “reflexiones éticas desde enfermería” Madrid, 21 de octubre de 2005. Documento No3.

⁵¹ COHEN JA. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. J. Dos visiones del cuidado: una comparación de las artistas, Leininger y Watson. Adv Nurs. 1991 aug: 16(8):899-909.

⁵² SCHOENHOFER & BOYKIN 1993. Citado por MARRINER, Ann. Modelos y Teorías en Enfermería. Barcelona, España. Sexta Edición. 2007. p 407.

En este trabajo fue importante el concepto de cuidado planteado por Leininger y descrito por Cohen⁵³, quien para el cuidado en el sentido genérico son actos de ayuda, apoyo y facilitación hacia otros incluidos grupos o comunidades para mejorar sus condiciones de vida. Este concepto es coherente con lo que plantea Leininger quien define el cuidado como “los fenómenos abstractos y concretos que están relacionados con experiencias de asistencia, apoyo y facilitación o con conductas para con los demás que reflejan la necesidad evidente o prevista de mejora del estado de salud de la persona o de los estilos de vida o para afrontar discapacidad o la muerte”⁵⁴; en este sentido el concepto de cuidado está ligado a la cultura. Lo que implica tener en cuenta los conocimientos culturales de las personas y de esta manera establecer el puente entre los cuidados genéricos y enfermeros. Es así que para brindar cuidados de enfermería al prematuro es necesario involucrar a la madre ya que esta relación de cuidado se puede fortalecer en forma sensible y a través del cuidado humano. En esta medida las acciones de asistencia, apoyo, facilitación o conductas del profesional de enfermería son las que orienta hacia la madre como cuidadora del hijo, con el ánimo de invitarla e involucrarla en esta actividad sin desconocer que se sucederá en un ambiente nuevo para ella, cuyos factores que lo constituyen asociados con lo que sabe, siente, piensa es lo que le dio significado a esa participación en el cuidado de su bebé y que a través del estudio investigativo se logró descubrir.

2.2. El Concepto de Significado y su aplicación en La presente investigación

Significar, en su definición más simple se refiere a la palabra o frase de expresión sonora o escrita de una idea o cosa⁵⁵. Según la Real academia de la lengua española⁵⁶, el término significado se entiende como: contenido semántico de cualquier tipo de signo, condicionado por el sistema y por el contexto; pero para la investigación, Hernández Sampieri⁵⁷ define los significados como: “los referentes lingüísticos que utilizan los actores humanos para aludir a la vida social como definiciones, ideologías o estereotipos. Los significados van más allá de la conducta y se describen, interpretan y justifican. Los significados compartidos por un grupo, son reglas y normas. Sin embargo otros significados pueden ser confusos o poco articulados para serlo. Por lo tanto en sí mismos

⁵³ Op.cit.p3.

⁵⁴ MARRINER Tomey Ann, RAILE Alligood Martha, Modelos y Teorías en Enfermería. . Elsevier España. 6ª edic. Madrid, 2007. p. 479.

⁵⁵ Diccionario THEMA. Tomo 4, 1990. Segunda edición. Servigraphic Ltda. Bogotá. Colombia. p.1052.

⁵⁶ Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. edición 22. España. 2001. p.1614. ISBN 8423968138, 9788423968138.

⁵⁷ HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la Investigación. Cuarta Edición. Mc Graw-Hill. México. 2006. p. 353.

son información importante para el analista cualitativo". A través de la interpretación de los datos (información) se pretende encontrar sentido a los fenómenos en términos de los significados que las personas le otorgan⁵⁸. Los significados se extraen de los datos y no se reducen a números, ni deben analizarse estadísticamente⁵⁹. A través de la investigación cualitativa se busca comprender, interpretar y describir los fenómenos mediante las percepciones y significados producidos por las experiencias de los participantes⁶⁰.

En este orden de ideas a partir del conocimiento de la madre, su sentir y su vivencia se buscó descubrir, interpretar y describir el sentido que ella le asigna a la participación en el cuidado de su hijo, y así extraer los significados de los datos que obtenidos de lo que la madre expresó.

De otro lado, Charmas⁶¹ dice: que cualquier versión teórica ofrece un retrato interpretativo del mundo estudiado o un cuadro fiel de él. El significado implícito en los participantes de las investigaciones es como sus opiniones sobre sus propias experiencias, son construcciones de sus realidades. De igual forma, M. C; de Souza Minayo⁶² dice que las metodologías cualitativas son aquellas capaces de incorporar los significados, como inherentes a los actos, relaciones y estructuras sociales. Los significados, según la dialéctica son parte integrante de la totalidad, por tanto la acción humana no se entiende independiente del significado que le es atribuido por el autor.

Otro enfoque del término significado es desde la perspectiva de la fenomenología que considera cada experiencia (vivencia, modo, costumbre) única para el ser (ser), haciendo una analogía en este caso las madres que tienen sus hijos prematuros hospitalizados son el ser (ser ahí), atribuyéndole el Sinn (significado del ser) a la participación en el cuidado del hijo. En este sentido, según Parrado⁶³, en la fenomenología, la cotidianidad se considera como una dimensión compleja del ser, donde afloran los significados y el sentido desde las experiencias, por lo tanto el conocimiento relacionado con el significado se enmarca en la cotidianidad, espacio donde enfermería comprende el sentido y la esencia de las experiencias desde la indagación de las vivencias y los significados.

⁵⁸ *Ibíd.*, p. 9

⁵⁹ *Ibíd.* 10

⁶⁰ *Ibíd.* 12.

⁶¹ Kathy Charmas, *A Construção da teoria fundamentada. Guia Prático para análise qualitativo*. Editorial .ARTMED. 2009. p. 25.

⁶² DE SOUZA Minayo, María Cecilia. *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Lugar Editorial, 2004. p.8. ISBN 950-892-047-5. 1° edición.

⁶³ PARRADO LOZANO, Yaneth Mercedes y CARO-CASTILLO, Clara Virginia. *Meaning, knowledge to practice nursing. av.enferm.* [online]. July/Dec. 2008, vol.26, no.2, p.116-125. Disponible en: <http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000200013&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0121-4500. Consultado 29 de Mayo de 2011.

Otra corriente filosófica que aborda el concepto de significado es el Interaccionismo Simbólico, donde Herbert Blumer su principal exponente, plantea:

“El significado no se deriva de los procesos mentales sino del proceso de la interacción, y la preocupación central no reside en el modo en que las personas crean mentalmente los significados y los símbolos sino el modo en el que los aprenden durante la interacción en general y la socialización en particular. Los signos significan algo por sí mismos (los colores de una bandera, un puño cerrado) y aquellos que lo vehiculan son símbolos, y las personas los suelen utilizar para comunicar algo sobre sí mismas (Ej. Vestirse de una manera particular, ir a cierto tipo de restaurantes). Estos símbolos permiten a las personas actuar de un modo distintivamente humano, al permitirle relacionarse con el mundo social y material por el proceso de nombrar, clasificar y recordar los objetos que se encuentran en él. Estos símbolos incrementan la capacidad de las personas para percibir su entorno y solucionar problemas y aumentan por lo tanto su capacidad de pensamiento, de allí que el pensamiento puede definirse como una interacción simbólica consigo mismo. Los símbolos permiten a los actores trascender el tiempo, el espacio e incluso a las mismas personas, y aun más pueden salir de su propia persona simbólicamente e imaginar cómo es el mundo desde el punto de vista de otra persona (ponerse en el lugar de otro). En fin, los símbolos permiten imaginar una realidad metafísica como el cielo o el infierno, y permiten a las personas evitar ser esclavas del entorno al poder ser activas dirigiendo sus acciones”⁶⁴.

Para el Interaccionismo simbólico según Blúmer cada uno de las experiencias se basa en las interpretaciones, significados que las personas atribuyen al contexto social que viven. El concepto de significado lo presenta Blúmer en sus tres premisas⁶⁵:

1. Los seres humanos actúan con respecto a las cosas de acuerdo con los significados que éstas tienen para ellos.
2. El significado de estas cosas se deriva o surge de la interacción social que se tiene con los propios compañeros.
3. Estos significados se manejan en un proceso interpretativo utilizado por la persona al hacer frente a las cosas que encuentra y este proceso los modifica.

De acuerdo a los planteamientos anteriores y relacionándolas con la pregunta de investigación planteada, conocer los significados que le atribuye la madre a su participación en el cuidado, permitió reconocer formas de actuación frente al cuidado del prematuro hospitalizado en concordancia a los significados atribuidos por las madres al evento de participar en el cuidado del hijo.

Otra mirada al significado, está orientada a su importancia para la práctica de enfermería, como lo describe Parrado y Castillo⁶⁶:

⁶⁴ MEAD George Herbert. INTERACCIONISMO SIMBÓLICO Y PSICOLOGÍA SOCIAL. Disponible en: <http://virtual.funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/repositorioarchivos/2010/02/UNIDAD%20II.330.pdf>. Consultado 29 de Mayo de 2011.

⁶⁵ UWE FLICK. Introducción a la Investigación Cualitativa. Segunda Edición. Ediciones Morata-Madrid 2007. p. 32.

“El significado se puede establecer desde diferentes áreas del saber; entre otras, la filosofía con enfoques metodológicos como la fenomenología y la hermenéutica, al igual que la lingüística, la pedagogía, la psicología social y la etnografía. Estas diversas formas de concebir el conocimiento conllevan distintos abordajes que dan soporte a la práctica.

La enfermera, en el proceso de dar cuidado, debe trascender de la noción exclusivamente lingüística del significado hacia el rescate de la unidad del ser, considerando el lenguaje como un elemento necesario, pero no exclusivo, para comprender e interpretar en las narrativas la experiencia y los significados que se atribuyen”.

Teniendo en cuenta que el concepto de significado es incluido en la investigación, a través de las diferentes metodología. La etnografía, pretenden describir y analizar ideas, creencias, significados, conocimientos, prácticas de grupos, culturas y comunidades, incluso pueden ser mucho más amplios y abarcar la historia, geografía hasta la descripción e interpretación profunda de un grupo o sistema social o cultural. La investigación etnográfica también interpreta y describe los significados que las personas le dan a sus comportamientos bajo circunstancias comunes y especiales⁶⁷. Coherente con el anterior planteamiento, Spradley, citado por Morse⁶⁸ refiere que el núcleo central de la etnografía es la preocupación por el significado de las acciones y acontecimientos para las personas que buscamos comprender. La gente hace uso constante del complejo sistema de significados para organizar sus comportamientos, entenderse así misma y a los demás y encontrar sentido a partir del mundo en el que viven; en consecuencia, para enfermería es necesario comprender la experiencia y el significado que le pueden atribuir los seres humanos a los fenómenos de salud y enfermedad que se presentan en el diario vivir de las personas, familias y/o comunidades, es decir el sistema de significados constituye su cultura.

En este orden de ideas, conocer el significado que le atribuyen las madres a su participación en el cuidado del prematuro en la unidad neonatal, fue ser coherente con los planteamientos de Blúmer⁶⁹ y Leininger⁷⁰, descritos, cuando dice que los seres

⁶⁶ PARRADO LOZANO, Yaneth Mercedes; CARO CASTILLO, Clara Virginia. Significado, un conocimiento para la práctica de enfermería. *Avances en Enfermería*. 2008 jul-dic, 26(2). En: <http://www.index-f.com/rae/262/116125.php>. Consultado 29 de mayo de 2011.

⁶⁷ HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCIO, Pilar. *Metodología de la Investigación*. Cuarta Edición. Mc Graw-Hill. México. 2006. p. 697

⁶⁸ MORSE M, Janice. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Universidad de Antioquia. 2003. ISBN, 958-655-656-5. p.195.

⁶⁹ SANDOVAL Casilimas, Carlos. *Investigación cualitativa. Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social*. ICFES. 1996 .p. 58.

⁷⁰ LEININGER M Madeleine. Macfarland. R. Marilyn. *Universalidad y diversidad del cuidado cultural y evolución del método de la etnoenfermería*. Capítulo 1. Jones and Bartlett Publisher .2006. p.11- 12. Traducción elaborada por: Juan David Cárdenas Ruiz. Junio 2010.

humanos actúan con respecto a las cosas y a las personas con base en el significado que unos y otros tienen para ella y por otro lado, Leininger no define explícitamente el término significado pero, dice que el cuidado trasciende la actividad o tarea física e implica significados culturales y simbólicos, donde cada cultura tiene sus artefactos o artículos que le dan significado y son símbolos especiales de la cultura (camiseta roja protege al bebé de la enfermedad en el pulmón). Además los símbolos culturales, valores y creencias no materiales influyen poderosamente para proteger y tranquilizar a las personas; por tanto enfermería debe comprender estos significados para dar cuidado sensible y humano.⁷¹ Es decir que en esta investigación el significado es el producto social que surge de la interacción de la madre con todos los elementos y factores ambientales que la rodean en la unidad neonatal mientras su hijo prematuro está hospitalizado, donde ella deja ver desde su propio conocimiento la interpretación que da a las situaciones, personas y cosas e inclusive así misma y que influye en la participación en el cuidado de su hijo.

Por consiguiente, se pretende descubrir el significado que la madre asigna a participar en el cuidado de su prematuro hospitalizado a partir de datos que surgen de la visión étnica o propia de la madre, para encontrar su interpretación a las situaciones, personas, y elementos o artefactos que hacen parte del contexto de la unidad neonatal, con quienes ella interactúa y que se relacionan con el evento de su participación en el cuidado a su hijo. Leininger en su teoría de los cuidados culturales lo denomina conocimiento genérico al “hacer referencia al punto de vista y valores locales, indígenas o interiores de esa participación en el contexto de la unidad neonatal”⁷². Este concepto es uno de los conceptos fuertes que se tuvo en cuenta el desarrollo de la investigación.

De acuerdo a lo planteado anteriormente, y para responder a la pregunta: ¿Cuál es el significado que le atribuye la madre a su participación en el cuidado al recién nacido prematuro hospitalizado en la unidad de cuidados neonatales?, se abordó el concepto de significado a partir de planteamientos de Blúmer y de Leininger, utilizando la metodología de etnoenfermería, pues la mirada del significado que se dio se hizo en el contexto de la unidad neonatal.

2.3. Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales

La teoría de la Diversidad y universalidad de los cuidados culturales propuesta por Madeleine Leininger⁷³, se caracteriza por abordar el descubrimiento holístico y global del

⁷¹ Ibid; p. 11.

⁷² MARRINER Tomey Ann, RAILE Alligood Martha, Modelos y Teorías en Enfermería. . Elsevier España. 6ª edic. Madrid, 2007. p. 479.

⁷³ LEININGER. Op cit. p. 11 – 12.

cuidado cultural, centrándose en el punto de vista del mundo, factores de la estructura social, del lenguaje, cuidados genéricos y profesionales, etnohistoria y contexto ambiental, por tanto conocer el significado de la participación en el cuidado del prematuro hospitalizado para la madre se descubrió a partir de su propia vivencia, sentimiento y expectativas de cuidado, basado en los conocimientos y prácticas culturales, con reconocimiento de los cuidados profesionales, y de esta manera mediar estos dos caminos para brindar el cuidado sensible y congruente con la cultura materna que garantice el bienestar para el recién nacido y la madre.

En este sentido, Leininger en su teoría, expresa la importancia de la influencia del punto de vista de las madres, la influencia de la estructura social que incluye aspectos religiosos, económicos, de educación, políticos, tecnológicos, relaciones familiares, etnohistoria, entorno, lengua, cuidados genéricos y profesionales que influirán en la construcción de los significados, expresiones y formas de cuidado de la madre hacia su hijo; aspectos que deben ser tenidos en cuenta por el cuidado profesional de enfermería, para satisfacer las necesidades del niño y la madre dirigidos hacia la salud y el bienestar.

Considerando ahora los conceptos importantes que soportan la investigación, cabe resaltar que cada madre tiene conocimientos y prácticas de los cuidados genéricos (profanos, tradicionales, o indígenas), que corresponden a la mirada del cuidado cultural desde lo étnico (Cuidados tradicionales o populares) y normalmente conocimientos y prácticas profesionales, que pertenecen al componente ético que varían de una madre a otra.⁷⁴ Así, las creencias, valores y prácticas de cuidados culturales están arraigadas e influenciadas por el contexto del punto de vista del mundo de cada madre y los cuidados profesionales o enfermeros basados en la cultura que son beneficiosos, saludables y satisfactorios contribuyen al bienestar del niño y la madre dentro del entorno y sus contextos. Cuando una madre experimenta la carencia de cuidados profesionales con su hijo sin que se tenga en cuenta su cultura, mostrarán signos de conflictos culturales, prácticas de imposiciones, estrés y dolor.

Otro concepto de esta teoría que soporta el presente estudio de investigación, es el cuidado definido en el sentido genérico y que se refiere a aquellos actos de ayuda, apoyo o de facilitación hacia otro individuo o grupo, con necesidades evidentes o anticipadas, para mejorar una condición humana o vida.⁷⁵ Para Leininger, el "Cuidado humano es un fenómeno universal, pero las expresiones, procesos y patrones varía entre las cultura. El cuidado tiene dimensiones bio-físicas, psicológicas, culturales, sociales y ambientales, que se puedan estudiar y practicar, para dar un cuidado holístico a las personas."⁷⁶ El

⁷⁴ *Ibid.*, p. 483.

⁷⁵ COHEN JA. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. J. Dos visiones del cuidado: una comparación de las artistas, Leininger y Watson. *Adv Nurs.* 1991 aug; 16(8):899-909.p.

⁷⁶ *Ibid.* p. 4.

interés de conocer el significado para la madre de su participación en el cuidado del prematuro hospitalizado, basado en su historia sociocultural, ayuda al personal de enfermería a comprender el contexto cultural de la madre y de esta manera brindar un cuidado coherente con su cultura, siendo el fin último el bienestar del recién nacido prematuro. Es importante reconocer que este contexto cultural influye en los significados atribuidos al cuidado. La teoría tiene dimensiones abstractas y prácticas que pueden examinarse sistemáticamente para llegar a resultados de cuidados culturalmente congruentes.⁷⁷

Continuando con la descripción de los conceptos, Leininger define otros como son: Cuidado humano, Cultura, Cuidados Culturales, Diversidad en los cuidados culturales, Universalidad de los cuidados culturales, concepción del mundo, dimensiones culturales y de la estructura social, contexto del entorno, etnohistoria, sistema de cuidados genéricos (tradicionales o populares), sistemas de cuidados profesionales, salud, enfermería transcultural, conservación o mantenimiento de los cuidados culturales, adaptación o negociación de los cuidados culturales, reorientación o reestructuración de los cuidados culturales, cuidados enfermeros coherentes con la cultura. Dentro de estos conceptos el de cuidado cultural según Leininger es el constructo principal de la teoría de la universalidad y diversidad del cuidado cultural. Para esta investigación, fue necesario tener en cuenta otros conceptos que influyen en el significado para la madre de participar en el cuidado del prematuro:⁷⁸

Cultura: son los valores, creencias, normas, símbolos, prácticas y modos de vida de la madre, aprendidas, compartidos y transmitidos de una generación a otra.

Cuidado Cultural: prestación de cuidados de ayuda, apoyo, facilitación, o capacitación sintetizados y culturalmente constituidos hacia la madre y su bebé prematuro hospitalizado, centrados en necesidades evidentes, o anticipados para el bienestar del niño y la madre.

Concepción del mundo: Forma en que la madre mira hacia su mundo su contexto, para formarse una imagen o punto de vista sobre el cuidado de su hijo hospitalizado y todo lo que la rodea que influye en el significado que ella le atribuye a este evento.

Contexto o entorno: Se refiere a la totalidad de su entorno o contexto de cuidado (Unidad Neonatal, familia de apoyo, eventos de la vida que le rodean, etc.), situación que otorga significados que van a guiar sus percepciones, experiencias, decisiones para la participación en el cuidado del prematuro.

Cuidados enfermeros coherentes con la cultura: Hace referencia al uso de conocimientos profesionales, teniendo en cuenta la cultura de la madre y su necesidad de participar en ellos como cuidadora, con el fin de buscar el bienestar del recién nacido hospitalizado ya sea, modificando, cambiando o fortaleciendo conductas de cuidado.

⁷⁷ MARRINER Tomey Ann, RAILE Alligood Martha, Modelos y Teorías en Enfermería. . Elsevier España. 6ª edic. Madrid, 2007. p. 478.

⁷⁸ Ibid. p. 478 - 479.

Continuando con la presentación de la teoría, “ésta se enfocó en el cuidado cultural como un fenómeno amplio y holístico, y como el dominio central de la investigación del cuidado con múltiples factores sobre el cuidado y la cultura”⁷⁹. El objetivo es comprender la relación de cuidado y cultura. Para el fenómeno de interés a investigar, el conocer los significados para la madre de su participación en el cuidado del prematuro hospitalizado permite comprender desde la cultura materna, la significancia de esa participación y así facilitar o buscar la estabilidad y bienestar del niño, mediante la comunicación abierta con los saberes tradicionales de la madre, lo que Leininger define Cuidado Culturalmente congruente, lo cual es la meta principal de la teoría del cuidado cultural.

La Teoría de la Diversidad y Universalidad Cultural, ha sido el mayor progreso para la investigación basada en el conocimiento y experiencias.⁸⁰ Es así, como para esta investigación el conocer los significados de la participación dentro del contexto cultural permitió involucrar a la madre en el proceso de la participación del cuidado del recién nacido prematuro en el ámbito hospitalario, facilitando elementos teóricos al profesional de enfermería para que le permita la expresión con su hijo de algunas prácticas, creencias o costumbres, siempre que se concerté frente al riesgo del bienestar del recién nacido y la tranquilidad de la madre.

Pasando a otro aspecto interesante de la Teoría, Madeleine Leininger elaboró el modelo del sol naciente donde converge cada uno de los conceptos de su teoría de la universalidad y la diversidad de los cuidados culturales. “El modelo del sol naciente describe a los seres humanos como entes que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción del mundo, de su trayectoria vital y del contexto de su entorno, lo que viene a ser un principio fundamental de la teoría de Leininger”⁸¹. El modelo del sol naciente, se adaptó a las conceptualizaciones abordadas en el fenómeno investigado, como un modelo donde se relacionan los cuidados culturales o lo que Leininger define como cuidados genéricos (cuidado émico), con los cuidados profesionales (cuidado ético) y de esta manera hacer congruente culturalmente el cuidado en la salud del recién nacido prematuro.

2.4. Modelo Del Sol Naciente De Madeleine Leininger

⁷⁹ LEININGER M Madeleine. Macfarland. R. Marilyn. Universalidad y diversidad del cuidado cultural y evolución del método de la etnoenfermería. Capítulo 1. Jones and Bartlett Publisher .2006. p. 12. Traducción elaborada por: Juan David Cárdenas Ruiz. Junio 2010.

⁸⁰ *Ibíd.* p.14.

⁸¹ MARRINER Tomey Ann, RAILE Alligood Martha, Modelos y Teorías en Enfermería. . Elsevier España. 6ª edic. Madrid, 2007. p. 484. Citado por: (Leininger, 1191b, 1995c; Leininger & Mcfarland, 2002^a, 2005.)

El modelo del sol naciente de Leininger representa cada uno de los componentes de su teoría, ayudando al profesional de enfermería al proceso de su comprensión.

La mitad superior del sol simboliza los componentes de la estructura social: factores tecnológicos, factores religiosos y filosóficos, Familia y factores sociales, valores culturales y estilos de vida, factores políticos y legales, factores económicos, factores educativos y los factores de la concepción del mundo que influyen en los cuidados y en la salud por medio del contexto del lenguaje, la etnohistoria y el entorno. Estos factores también influyen en los sistemas populares, enfermeros y profesionales que se simbolizan en la parte central del sol. Las dos mitades unidas forman un sol entero, que viene a significar el universo que las enfermeras deben considerar para valorar los cuidados humanos y la salud. Según Leininger enfermería actúa como puente entre el sistema genérico y el profesional. Según la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales se pueden establecer tres tipos de cuidados de enfermería: preservación y mantenimiento de los cuidados culturales de adaptación, negociación de los cuidados culturales y reorientación o reestructuración de los cuidados culturales.⁸²

Como principio fundamental de la teoría de los cuidados culturales de Leininger es “describir a los seres humanos como entes que no se pueden separar de su procedencia cultural”⁸³.

El modelo del sol naciente se aplica en varios niveles: a muy pequeña escala (personas en particular) o bien al estudiar a grupos, familias o comunidades, o fenómenos a gran escala (el estudio de varias culturas). Para esta investigación el nivel que se desarrolló representa un nivel a pequeña escala ya que se realizó con una cantidad pequeña de madres por saturación de información. Partiendo inicialmente por el conocimiento de los cuidados genéricos de la madre relacionado a su participación en el cuidado del prematuro, con el propósito de brindar un cuidado coherente con su cultura.

A continuación (Figura No. 1) se presenta el Modelo del Sol naciente propuesto por Leininger en el que simboliza la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales.

⁸² Ibíd. p. 484.

⁸³ Ibíd. 483.

Figura N° 1: Modelo del sol Naciente

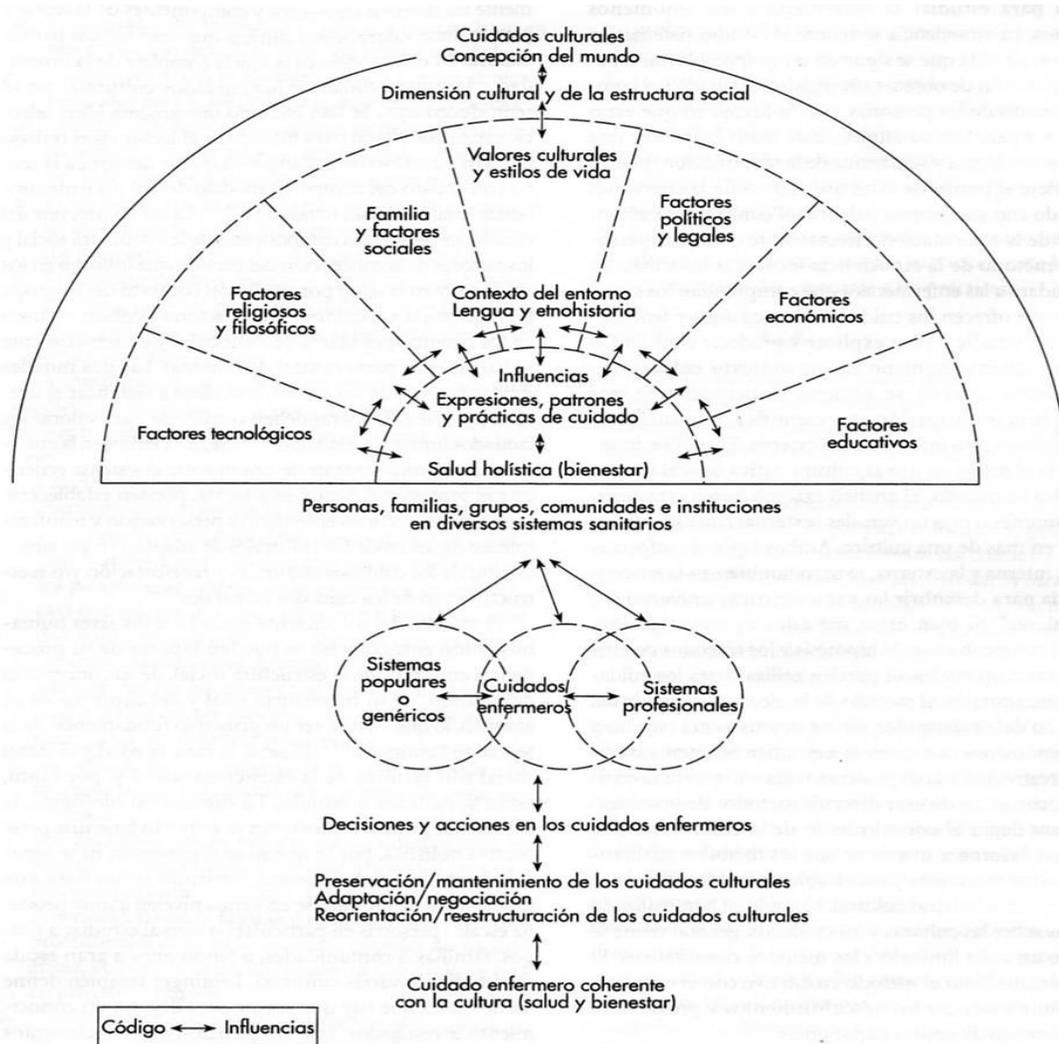


Figura 28-1 Modelo del sol naciente de Leininger que representa la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. (Modificación realizada por la misma Madeleine Leininger en 1996 e incluida en una carta personal. Está recogida en Leininger MM [1991]. *Culture care: Diversity and universality* [p. 43]. Nueva York: National League for Nursing. Publicada con permiso.)

Tomado de: MARRINER – TOMEY, Ann. Modelo y teorías de Enfermería. Madrid: Tercera Edición, 1995. Página 435.

Este fue utilizado en la investigación como un facilitador en el análisis de la información, que permitió relacionar los datos provenientes de las expresiones de la madre, que son su conocimiento émico e identificar la articulación con el conocimiento profesional y la importancia en el significado que le asignó a la participación en el cuidado de su hijo prematuro hospitalizado, articulado con el conocimiento profesional.

3. Marco de Diseño

3.1. Tipo de estudio

Investigación de diseño cualitativo, abordaje etnográfico en el cual se utilizó el método de Etno enfermería descrito por Madeleine Leininger.

Según la definición dada por Munhall citado por Burns; “la investigación cualitativa es un planteamiento sistemático y subjetivo que se utiliza para describir las experiencias y situaciones de la vida y darles un significado. La base filosófica es la interpretativa, humanista y naturalista y se ocupa de la comprensión del significado de las interacciones sociales de las personas”⁸⁴.

Es así, como en la investigación, mediante un abordaje cualitativo, se facilitó la comprensión de dichos significados, a partir del conocimiento de la madre, ayudando a generar conocimiento único y nuevo para la profesión de enfermería. Según Polit ⁸⁵ en los estudios cualitativos el diseño de investigación es más flexible, el investigador decide introducir deliberadamente algunas modificaciones en respuestas a lo que se descubre durante la propia colecta de datos, de modo que podrían detectarse comparaciones potenciales que influirían en las decisiones acerca de la información por obtener. O bien si descubre que determinado ambiente resulta más adecuado para estimular la espontaneidad u observar determinados comportamientos naturales, puede intervenir modificando el ambiente para la recolección de los datos. Esta flexibilidad es inherente al proceso investigativo desarrollado al abordarse cualitativamente.

De acuerdo al diseño cualitativo de la investigación y su abordaje etnográfico, se aplicó el método de Etno enfermería descrito por Madeleine Leininger. Entendida la Etnografía

⁸⁴ Burns N, Grove S. Investigación en Enfermería. 3a ed. Madrid, España: Elsevier; 2004. p. 21.

⁸⁵ Polit y Hunter (2000). Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. Mc Graw Hill Interamericana. p. 158.

como el método que permite “el estudio de una cultura, mediante la observación y descripción de lo que la gente hace, cómo se comportan y cómo interactúan entre sí, para describir sus creencias, valores, motivaciones, perspectivas y cómo éstos pueden variar en diferentes momentos y circunstancias; podríamos decir que describe las múltiples formas de vida de los seres humanos, analizando los puntos de vista de los sujetos y las condiciones histórico-sociales en que se dan”⁸⁶. Coherente con los planteamientos etnográficos, Madeleine Leininger tomó aspectos de la etnografía y diseñó un método de investigación para Enfermería, abierto, naturalístico, centrado en las personas, que permitiera a los seres humanos compartir sus ideas de cuidado de manera informativa y espontánea con los profesionales de enfermería investigadores. Este método lo denominó Etnoenfermería, que ella definió como método riguroso para estudiar múltiples culturas y factores de cuidado dentro de ambientes familiares de personas y para enfocarse sobre las interrelaciones entre cuidado y cultura para llegar a la meta de unos servicios de cuidado culturalmente congruentes.⁸⁷

Coherente con lo anterior, la utilización de la etnoenfermería en esta investigación permitió descubrir el conocimiento de la madre, acerca de su participación en el cuidado del recién nacido prematuro, identificando los cuidados profesionales y su articulación con lo que describieron las madres acerca de sus percepciones, visiones, sentimientos, factores internos y externos que influenciaron en el significado que atribuyó la madre a su participación en el cuidado del prematuro hospitalizado desde su perspectiva émica. Además la perspectiva metodológica de la etnoenfermería permitió descubrir, documentar y preservar e interpretar el significado que las madres le asignaron al fenómeno que se estudió.

Leininger describe la Etnoenfermería como un “método cualitativo de investigación enfocado en modos naturalístico, abiertos y largamente inductivos de documentar, describir, explicar e interpretar el punto de vista, los significados, los símbolos, y las experiencias de vida de los informantes con respecto a fenómenos de cuidado de Enfermería actuales o potenciales”⁸⁸. De esta manera esta investigación descubrió desde el conocimiento propio de la madre los significados atribuidos a su participación en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado en la unidad neonatal. La Etnoenfermería, para la investigación permitió mediante un enfoque holístico, proveer datos generales como particulares sobre el cuidado de la madre en su participación en el cuidado relacionados con la estructura social y otros factores.

Los fenómenos de cuidado cultural subjetivos y objetivos son las auténticas verdades de las madres para explicar el fenómeno del cuidado y la cultura dentro de su mundo.

⁸⁶ NOLLA CAO Nidia. Etnografía: una alternativa más en la investigación pedagógica Revista Cubana. Educ Med Sup 1997; 11 (2):107-115. Ministerio de Salud Pública.

⁸⁷ LEININGER. M Madeleine. MACFARLAND. R Marilyn. Teoría de la Universalidad y Diversidad del Cuidado Cultural y Evolución del Método De La Etnoenfermería. Universalidad y Diversidad del cuidado cultural. Capítulo 1. Jones And Bartlett Publishers .2006. Traducción elaborada por: Juan David Cárdenas Ruiz. Junio 2010. p. 18.

⁸⁸ *Ibíd.* p. 19.

Adicionalmente, la teoría fundamenta el marco teórico, que tuvo como propósito lograr abstraer los fenómenos descubiertos mediante el uso del facilitador de Observación-Participación-Reflexión. Estas observaciones detalladas e información compartida por las informantes claves (Madres de los prematuros) y los informantes generales (Enfermeras) proporcionaron datos científicos y humanísticos como hallazgos micros y macros cuando se utilizó el método cualitativo de la Etnoenfermería y sus facilitadores.⁸⁹ En este sentido la Etnoenfermería permitió comprender el mundo cultural de las personas y dar importancia a este conocimiento; de esta manera para la investigación, este método permitió comprender el contexto cultural de las madres que hace que se atribuyan significados a su participación en el cuidado.

Como método la etnoenfermería, permitió el uso de facilitadores para descubrir información compleja acerca del fenómeno, en este sentido se logró descubrir los significados atribuidos por la madre a su participación en el cuidado mediante la recolección de la información de los informantes claves, que para el caso de la investigación fueron las madres de los recién nacidos prematuros hospitalizados, quienes fueron las que contaron con el conocimiento acerca del fenómeno, porque tenían la vivencia, esta información es obtenida mediante la realización de varias entrevistas a profundidad, observaciones a los informantes claves y generales y uso de facilitadores como: facilitador del sol naciente, Facilitador de observación – Participación – Reflexión, Facilitador extraño amigo. Utilizando estos facilitadores se obtuvieron datos precisos, consistentes y significativos⁹⁰.

3.2. Inserción en el campo

Para la inserción en el campo se tuvo en cuenta los facilitadores o guías, descritos por Leininger en su metodología, que permitieron el acercamiento del investigador a los informantes y su contexto, garantizando la entrada y la permanencia en la unidad neonatal del Hospital Militar Central. Los facilitadores “permiten a los informantes compartir sus ideas en formas naturales y casuales”⁹¹. En esta investigación, se utilizaron los facilitadores: Observación-Participación-Reflexión (OPR) y extraño amigo que ayudaron a obtener datos creíbles y acertados.⁹²

Cuando se obtuvo el permiso institucional (**Anexo C**), donde se autorizó el acceso a la unidad neonatal del Hospital Militar Central, se realizó el reconocimiento mediante la observación permanente del lugar y se comentó el estudio con el personal de enfermería y médico que labora en el área. Una vez se inició el proceso de inserción en el campo, con el acercamiento continuo al personal de enfermería y madres, se obtuvo acceso a la

⁸⁹ *Ibíd.*, p.19.

⁹⁰ *Ibíd.*, p.22.

⁹¹ *Ibíd.*, p. 21.

⁹² *Ibid.* p. 22.

historia clínica de los recién nacidos y el conocimiento de las normas y manejo de la unidad neonatal, con el paso del tiempo hubo un acercamiento con el equipo de enfermería y las madres de los recién nacidos, proceso que se facilitó mediante el uso del facilitador extraño amigo. Este proceso duró 1 mes.

3.2.1. Facilitador extraño amigo: Este facilitador permitió realizar la inserción al campo, logrando que él investigador pasara de ser un extraño a ser una persona amigable o confiable para las madres en el desarrollo del estudio. “Moverse entre el rol de extraño al rol de amigo aseguró un estudio creíble, significativo y acertado. El propósito, entonces, del facilitador Extraño-Amigo fue servir como una evaluación o guía reflexiva para el investigador para atender conscientemente sus propios comportamientos, sentimientos y respuestas mientras se mueve entre los informantes y trabaja recolectando los datos para confirmar las “verdades” culturales⁹³.

Para la investigación este facilitador se empleó con el propósito que los datos que fueron recolectados proveían alta confiabilidad y confirmabilidad con los informantes, mientras el investigador pasaba de extraño a amigo confiable; además sirvió de ayuda para descubrir el significado para la madre de la participación en el cuidado del recién nacido prematuro en la unidad neonatal, en la medida en que la madre fue observando al investigador no como alguien de desconfiar, sino como ser humano en el que pudo confiar y de esta manera entrar al mundo de los informantes claves y generales, para obtener la información en forma creíble, acertada, significativa y sensible.

Además permitió al investigador evaluar y medir la relación con las madres, para acercarse a ellas y al evento de su participación en el cuidado de sus hijos prematuros hospitalizados, en este sentido, el facilitador extraño amigo (**Anexo E**) se diligenció durante todo el proceso de inmersión en el campo, inicialmente observándose todo lo que sucedía en el contexto de la unidad neonatal lo cual se analizaba y se registraba en el facilitador extraño amigo y en las notas de campo.

3.3. Población

La población fueron las madres de los recién nacidos prematuros hospitalizados en la unidad de cuidados neonatales del Hospital Militar Central de Bogotá, como informantes claves y los profesionales de enfermería de la Unidad de cuidado neonatal (UCN) de la misma institución, como informantes generales.

⁹³ LEININGER M Madeleine. MACFARLAND R Marilyn. Universalidad y Diversidad del cuidado cultural. Etnoenfermería: un método de investigación con facilitadores para estudiar la teoría del cuidado cultural. Capítulo II. Jones And Bartlett Publishers 2006. Traducción elaborada por: Juan David Cárdenas Ruiz. Junio 2010, p.16.

3.4. Criterios de inclusión y exclusión informantes claves:

3.4.1. Criterios de inclusión

- Madres de recién nacidos prematuros hospitalizado en la unidad Neonatal del Hospital Militar Central (HMC) de Bogotá.
- Madres de 18 años o más.

3.4.2. Criterios de exclusión

- Madres quienes por condiciones de salud en su puerperio requieren hospitalización mayor a 3 días, y no pudieron asistir a la visita en la unidad neonatal.
- Madres que por situaciones psicológicas, sociales o físicas, presentan alteraciones de comportamiento.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión informantes generales

3.5.1. Criterios de inclusión

- Enfermeras de la Unidad neonatal del Hospital Militar Central, que tenían contacto con las madres durante la hospitalización de sus hijos/as prematuros por periodos mayores a un mes.

3.5.2. Criterios de exclusión

- Profesionales de enfermería que hubiesen tenido contacto con los recién nacidos hospitalizados por periodos muy cortos: menos de un mes.

3.6. Criterios de selección de informantes claves

Las madres de los recién nacidos prematuros fueron captadas en la unidad neonatal del HMC de Bogotá durante la hospitalización de su hijo, previa autorización por parte del Comité de ética y Comité de docencia e investigación científica de la institución. Para la selección de los informantes claves y generales se tuvo en cuenta una adecuada

disponibilidad de las madres participantes y profesionales de enfermería del estudio y los criterios de inclusión anteriormente descritos.

La Etnoenfermería describe como **informantes claves** “aquellos que generalmente tienen más conocimiento de su cultura y los más interesados en el dominio de investigación. Esta información viene de visitas causales del investigador en las villas, pueblos, hospitales o comunidades, mientras habla y escucha atentamente a informantes sugeridos para el estudio e investiga acerca de su interés en participar en la investigación”⁹⁴.

Los informantes generales “usualmente tienen solo conocimiento general sobre el dominio de investigación; sin embargo, tienen algún conocimiento sobre el tema de la investigación y pueden llegar a compartir visiones relevantes y puntos de vista culturales”⁹⁵.

Conservando la rigurosidad del método, se tuvo en cuenta que las informantes claves fueran las personas que conocían el dominio de la investigación, fueron ellas quienes reflejaron las normas, valores, creencias y estilos de vida generales del grupo de madres, participantes del estudio. Las informantes generales fueron personas que no eran expertas del dominio de investigación, pero tenían ideas generales sobre el fenómeno estudiado. Una vez que el investigador involucró las informantes clave en varias sesiones, la información de las informantes generales se utilizó para reflexionar sobre qué tan diferente o similares fueron sus ideas con respecto a lo expresado por las informantes clave acerca del fenómeno en estudio. La información que aportaron las informantes claves y generales contribuyó a identificar la universalidad y diversidad de las ideas acerca del significado para las madres de participar en el cuidado del bebé prematuro hospitalizado⁹⁶.

Para Leininger⁹⁷, en su método de Etnoenfermería, es importante seleccionar informantes claves y generales, para entrevistar, observar y estudiar a profundidad el fenómeno; por tanto, para este estudio las informantes claves fueron las madres de los recién nacidos prematuros hospitalizados en la unidad neonatal del HMC de Bogotá, porque fueron ellas quienes vivieron la experiencia de la hospitalización de su hijo, por tanto proporcionaron la información clara e importante respecto al significado de la

⁹⁴ *Ibíd.* p. 25.

⁹⁵ *Ibid.* p. 26.

⁹⁶ LEININGER M Madeleine. MACFARLAND R Marilyn. Universalidad y Diversidad del cuidado cultural. Etnoenfermería: un método de investigación con facilitadores para estudiar la teoría del cuidado cultural. Capítulo II. Jones And Bartlett Publishers 2006. Traducción elaborada por: Juan David Cárdenas Ruiz. Junio 2010.p.30.

⁹⁷ LEININGER M Madeleine. MACFARLAND R Marilyn. Teoría de la Universalidad y Diversidad del Cuidado Cultural y Evolución del Método De La Etnoenfermería. Universalidad y Diversidad del cuidado cultural. Capítulo 1. Jones And Bartlett Publishers 2006. Traducción elaborada por: Juan David Cárdenas Ruiz. Junio 2010. p. 25.

participación de la madre en el cuidado del recién nacido prematuro desde su propia perspectiva. En cuanto a las informantes generales fueron algunas profesionales de enfermería de la unidad neonatal de esta institución, ya que ellas conocían el fenómeno de estudio, pero no vivían la experiencia de la hospitalización, por tanto su información residió en la identificación del cuidado brindado por la madre a su hijo durante su hospitalización, conocimiento que contribuyó al análisis y la reflexión acerca de lo expresado por los informantes clave con respecto al fenómeno estudiado.

Teniendo en cuenta, lo que dice Leininger con relación a los criterios de selección para los informantes, se tuvo en cuenta los siguientes⁹⁸:

- a) Estuviera asociado o identificado como miembro de la cultura bajo estudio.
- b) Tuviera voluntad de participar y ser entrevistado.
- c) Que el investigador pudiera entender su lenguaje.
- d) Que tuviera el tiempo para ser observado por el investigador.
- e) Haya vivido, o esté viviendo la experiencia de tener su hijo prematuro hospitalizado en la Unidad Neonatal del Hospital Militar Central de Bogotá.

Para la selección de los informantes se tuvo en cuenta los criterios de pertinencia y adecuación, los cuales hacen referencia a:

La pertinencia según Sandoval⁹⁹, tiene que ver con la identificación y logro del concurso de los participantes que pueden aportar la mayor y mejor información a la investigación, de acuerdo con los requerimientos teóricos de esta última. En este sentido la pertinencia para la investigación se obtuvo mediante el logro de la participación de las madres de los recién nacidos prematuros, quienes contribuyeron con la mejor y mayor información acerca de los significados atribuidos por ésta a su participación en el cuidado del prematuro hospitalizado teniendo en cuenta su contexto cultural, pues son ellas quienes vivieron la experiencia y fueron poseedoras de la información real del evento.

La adecuación “significa contar con datos suficientes disponibles para desarrollar una completa y rica descripción del fenómeno, preferiblemente, cuando la etapa de la saturación se ha alcanzado”¹⁰⁰. Es así que la adecuación se dio en la medida que se contó con abundantes datos que permitieron al investigador descubrir el significado de la participación en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado, desde la perspectiva de la madre hasta la completa saturación de la información ya que fueron ellas quienes tenían la mayor información relacionada con el fenómeno de estudio.

Con respecto a la selección del escenario, que para el caso de la investigación fue la Unidad Neonatal del Hospital Militar Central de Bogotá, donde estaban hospitalizados los

⁹⁸ Ibid. p. 25.

⁹⁹ SANDOVAL CASILIMAS. Carlos A. Investigación Cualitativa. Programa de Especialización en teoría, métodos y técnicas de Investigación social. ICFES. 1996. p. 136.

¹⁰⁰ Ibíd. p. 136.

niños y niñas prematuros y a donde acudían las madres para estar con ellos, se tuvo en cuenta los criterios, de **conveniencia, oportunidad y disponibilidad**.

En cuanto al criterio de **Conveniencia**, hace referencia a la elección del lugar, la situación o el evento que más facilitaron la labor de registro, sin crear interferencias, y a la adopción de una alternativa que le permitieron al investigador posicionarse socialmente dentro del grupo que buscaba analizar, mediante una oportuna y bien definida ubicación mental y cultural, a través de la cual obtendría una comprensión clara de la realidad que estaba estudiando¹⁰¹. En este sentido, con cada una de las informantes claves y generales, se concertó un lugar tranquilo en el Hospital Militar que facilitó la realización de las entrevistas, ya que no se tuvieron interferencias.

La oportunidad hace referencia a " estar en el momento justo, y en el lugar preciso"¹⁰². Para el caso de la investigación implicó, estar justamente durante la participación de la madre en el cuidado de su hijo prematuro, con el propósito de observar el fenómeno y lograr la selección en el momento y lugar preciso para la realización de las entrevistas.

La Disponibilidad: "se refiere al acceso libre y permanente a los lugares, situaciones o eventos que demanda la investigación"¹⁰³ Para la investigación esto fue posible cuando se contó con los permisos reglamentarios otorgados por el HMC de Bogotá para la realización del estudio investigativo, lo que permitió tener acceso permanente y libre a cada uno de las situaciones o eventos identificados del fenómeno estudiado.

3.7. Muestra

La muestra para la investigación la constituyó, la saturación de la información, hasta no obtener datos nuevos.

Para este estudio el tamaño de la muestra se determinó con base en las necesidades de información o por saturación de datos. Polit ¹⁰⁴ describe de manera clara que si la información de cada caso tiene profundidad suficiente, la redundancia suele alcanzarse con un número relativamente pequeños de casos. De esta manera la saturación de la información se obtuvo a partir de 20 entrevistas a profundidad realizadas a 9 madres de

¹⁰¹ *Ibíd.*, p. 137.

¹⁰² *Ibíd.*, p. 137.

¹⁰³ *Ibíd.*, p. 136.

¹⁰⁴ POLIT Y HUNTER (2000). Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. Mc Graw Hill Interamericana. p. 288.

recién nacidos prematuros que vivían la experiencia de participación en el cuidado del hijo/a hospitalizado.

Según lo describe Hernández Sampieri:¹⁰⁵

Las primeras acciones para elegir la muestra comienzan desde el planteamiento mismo del proyecto y cuando se selecciona el contexto, donde se esperan encontrar el número de informantes o casos de interés. Para elegir los casos se tienen en cuenta tres aspectos:

- Capacidad operativa de recolección y de análisis, es decir el número de casos que se puedan manejar de manera realista y de acuerdo de los recursos disponibles.
- Entendimiento del fenómeno, es el número de casos que permiten responder a la pregunta de investigación, proceso que se denomina saturación de la categoría.
- Naturaleza del fenómeno bajo análisis, relacionada con el grado de dificultad para recolectar la información y seleccionar los casos.

En investigación cualitativa la muestra no se fija a priori sino que se establecen unidades de análisis y ésta se va constituyendo en la medida que los informantes o casos no aportan datos nuevos. En este sentido, una muestra cualitativa no representa a una población, por lo cual sus resultados no se generalizan.

En general, el muestreo cualitativo se inició por la identificación del ambiente, luego los grupos y finalmente los individuos.

Finalmente, teniendo en cuenta lo expuesto por Sandoval¹⁰⁶, para este estudio, el muestreo implicó la selección del tipo de situación, evento, actor, lugar momento y temas que abordaron la investigación, por tanto el muestreo fue progresivo y estuvo sujeto a la dinámica que se derivó de los propios hallazgos de la investigación.

Para el estudio fue más importante la profundidad que la cantidad de los datos y la calidad del dato sobre la extensión numérica de la muestra; es decir que la profundidad la determinó la claridad de la información que se obtuvo acerca del fenómeno de estudio, y de la mayor o menor riqueza de los datos que se lograron de las fuentes que se exploraron.

¹⁰⁵ HERNANDEZ Sampieri, Roberto; FERNANDEZ – COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCI; Pilar. Metodología de la investigación. Cuarta Edición, México, 2006. p. 562- 568.

¹⁰⁶ SANDOVAL Casilimas. Carlos A. Investigación Cualitativa. Programa de Especialización en teoría, métodos y técnicas de Investigación social. ICFES. 1996. p. 107 a 109.

3.8. Caracterización de los informantes

3.8.1. Informantes claves: En la investigación se contó con la participación de 9 informantes claves, que eran las madres de los recién nacidos prematuros hospitalizados en la unidad neonatal del Hospital Militar Central de Bogotá.

El rango de edad de las madres, osciló entre 21 años y 37 años, procedían de diferentes ciudades de Colombia como Florencia, Leticia, Bucaramanga, Ibagué, Ocaña, Córdoba y Facatativá. Todas pertenecían al régimen especial de fuerzas militares, correspondientes a la armada y al ejército.

En cuanto al estado civil, una vivía en unión libre y ocho (8) eran casadas; se dedicaban al hogar, sin embargo contaban con profesiones definidas como abogadas, comerciantes, estudiantes universitarias y Auxiliar de enfermería.

Respecto al periodo gestacional todas recibieron controles prenatales, cuatro (4) cursaron con gestaciones múltiples, una (1) con trillizos y tres (3) con gestaciones gemelares.

Con respecto a los recién nacidos, las edades gestacionales estuvieron entre 25 y 36 semanas, entre las 9 madres hubo catorce (14) neonatos de los cuales, diez (10) eran niñas y cuatro (4) fueron niños. Los problemas de salud que justificaron la hospitalización de los niños y niñas fueron: síndrome de dificultad respiratoria, displasia broncopulmonar, problemas intestinales, problemas cardíacos, Ictericia, bajo peso, entre otros.

3.8.2. Informantes generales: En esta investigación la enfermera referenciada por la madre hace alusión al profesional de enfermería de la unidad de cuidado neonatal del Hospital Militar Central, pues éste profesional es bien identificado por las informantes clave. De igual manera se menciona la enfermera, porque allí sólo trabajaban mujeres profesionales de enfermería.

Las informantes generales, fueron 4 enfermeras profesionales que trabajaban en la unidad neonatal del Hospital Militar Central, en los turnos de la mañana y la tarde, porque eran quienes tenían más contacto durante la participación de las madres en el cuidado del prematuro hospitalizado, todas las enfermeras eran especialistas en Cuidado crítico pediátrico y una de ellas estudiante de Maestría en Enfermería.

Para facilidad en la caracterización de los informantes se realizó una matriz de datos sociodemográfico que se diligenciaba previo a la realización de la entrevista. **(Anexo. A.)**

3.9. Retirada del campo.

Cuando se logró la saturación de la información en los informantes claves, se agradeció a cada una de las madres por su participación y aporte a la investigación. Se informó además que una vez se concretara con el Hospital Militar la socialización de los resultados ellas serían invitadas a la presentación, por lo que se cuenta con los números

telefónicas de cada una de ellas, para ser contactadas. Las madres que permitieron la toma de fotografías, se compartieron las imágenes capturadas.

Finalizada las entrevistas con las informantes generales (Enfermeras), se presentaron los agradecimientos por su participación, informándoles que una vez se concreten socialización de los resultados ellas serían invitadas.

Respecto a la institución se enviaron reportes de seguimiento de los avances en la investigación, en la que se indicó la finalización del trabajo de campo y su posterior finalización de la investigación, para su respectiva socialización.

3.10. Papel del investigador

Según Leininger¹⁰⁷ El papel del investigador, implica que éste debe suspender o retener sus juicios y creencias predeterminadas para permitir que surjan las ideas de las personas y documentarlas. Explorar el mundo de los informantes para descubrir ideas desconocidas acerca del cuidado humano y otros fenómenos de enfermería era el enfoque dominante.

El investigador durante el desarrollo de la investigación permaneció como un aprendiz activo sobre el mundo de las madres y sus hijos/as, mostró una voluntad para aprender. Inicialmente el investigador fue observador dentro del contexto de la unidad neonatal, progresivamente fue ganándose la confianza de las madres, lo que le permitió descubrir y aprender sobre los significados, expresiones, valores, creencias y patrones de cuidado, lo cual requirió de una escucha activa, juicios suspendidos y reflexiones sobre las ideas de las madres¹⁰⁸.

A este respecto Hernández Sampieri,¹⁰⁹ denomina al investigador como el instrumento de recolección de información, por tanto el investigador fue quien descubrió las visiones de las madres, lo que le permitió ser una persona sensible y abierta; además asumió el papel de amigo utilizando el facilitador de extraño a amigo, descrito por Leininger que le permitió establecer una relación positiva y cercana con los participantes, minimizando la influencia de sus creencias, experiencias o fundamentos relacionados con el fenómeno estudiado.

¹⁰⁷ LEININGER M Madeleine. MACFARLAND R Marilyn. Universalidad y Diversidad del cuidado cultural. Etnoenfermería: un método de investigación con facilitadores para estudiar la teoría del cuidado cultural. Capítulo II. Jones And Bartlett Publishers 2006. Traducción elaborada por: Juan David Cárdenas Ruiz. Junio 2010. p. 6.

¹⁰⁸ *Ibíd.* p. 27.

¹⁰⁹ HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNANDEZ – COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCI; Pilar. Metodología de la investigación. Cuarta Edición, México, 2006. p. 585 a 587.

El investigador no interfirió en la recolección de los datos, para lograr obtener información tal como las madres lo revelaron. Algunas características del rol del investigador descritas por Hernández Sampieri¹¹⁰ y que se asumió en la investigación fueron:

- Se evitó inducir respuestas y comportamientos en las madres.
- Se buscó que las madres narraran sus experiencias y puntos de vista sin enjuiciarlos
- Se apoyó en fuentes de datos como las madres y los profesionales de enfermería de la Unidad neonatal.
- Cada madre fue abordada como una realidad única.
- No se habló acerca de miedos o angustias a las madres, tampoco se realizó comentarios preocupantes. El papel no fue proporcionar cuidados terapéuticos, cuando se requirió se contacto a la madre con los profesionales competentes.
- Se mantuvo una relación de respeto con todas las madres y profesionales de enfermería de la Unidad neonatal.
- Se buscó obtener la mayor información del contexto, antes de sumergirse en él.
- Se comunicó, frecuentemente con los miembros del equipo de salud, para conocer a profundidad el contexto y entender su cotidianidad, ganar la confianza y aceptación del investigador.
- Se logró empatía con las profesionales de enfermería y las madres.
- Se controló las emociones, para evitar que influyeran en los informantes.

Finalmente, el investigador como medio de recolección de la información se apoyó en estrategias para la realización de esta labor como: entrevista en profundidad, observación participante y notas de campo.

3.11. Validez y confiabilidad

Según Castillo y Vásquez¹¹¹, La validez y la confiabilidad de los estudios cualitativos se deben retomar como estándares de rigor científico. Los criterios que evalúa la calidad científica y el rigor metodológico de un estudio cualitativo son: credibilidad, auditabilidad y transferibilidad.

La credibilidad del estudio se logró cuando el Investigador, a través de las observaciones, y conversaciones prolongadas con las madres de los recién nacidos prematuros obtuvo la información que es reconocida por ella, como una verdadera aproximación, sobre lo que las madres piensan y sienten acerca del significado de su participación en el cuidado. Además esta credibilidad se logró alcanzar, cuando el investigador, volvió a los informantes, es decir a las madres, para confirmar sus resultados y revisó algunos datos. En este sentido “la credibilidad se refiere a como los resultados de una investigación son

¹¹⁰ Ibíd. p. 586.

¹¹¹ CASTILLO, Edelmira y VASQUEZ, Martha. El rigor metodológico en la investigación Cualitativa. Colombia Médica. Volumen 34; No 3. 2003. p. 165.

verdaderos para las personas estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado”¹¹².

Otros de los criterios, de rigor metodológico es la auditabilidad o confirmabilidad¹¹³, se refiere a la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio. Esta estrategia permite que otro investigador examine, los datos y pueda llegar a las conclusiones iguales o similares a las del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares. En este estudio, la directora de tesis fue quien realizó el acompañamiento y siguió la ruta de la investigación, mediante revisiones permanentes al contenido del estudio, proporcionando sugerencias y disponibilidad de bibliografía pertinente para la investigación.

El tercer criterio es la Transferibilidad o aplicabilidad¹¹⁴, se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones; sin embargo según lo describe Hernández Sampieri¹¹⁵, el investigador para evaluar la posibilidad de transferencia de los resultados, describió con toda amplitud y precisión el ambiente, informantes, materiales, momento del estudio entre otros. La transferencia, nunca será total ya que no existen dos contextos iguales, en todo caso será parcial. El grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos. Para el caso de la investigación se identificó y se caracterizó a los informantes quienes proporcionaron sus respuestas a partir de sus propias vivencias.

La confiabilidad del estudio se demostró, porque se describió en detalle¹¹⁶:

- La perspectiva teórica del investigador y el diseño que se usó.
- Se explicó con claridad los criterios de selección de los participantes y las técnicas de recolección de la información.
- Se describió el rol del investigador en el campo y los métodos de análisis empleados (procedimiento de codificación, desarrollo de categorías)
- Se especificó el contexto de la recolección y cómo se incorporó en el análisis, es decir se describieron las entrevistas, cuándo, dónde y cómo fueron efectuadas.
- Se documentó lo que se hizo para minimizar la influencia de sus percepciones y riesgos.
- Se probó que la recolección fue llevada a cabo con cuidado y coherencia.

¹¹² *Ibíd.* p. 165.

¹¹³ *Ibíd.* p. 165.

¹¹⁴ *Ibíd.* p. 165.

¹¹⁵ HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNANDEZ – COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCI; Pilar. Metodología de la investigación. Cuarta Edición, México, 2006. p. 662 – 668.

¹¹⁶ *Ibíd.* p. 663.

Para garantizar la validez y la confiabilidad del estudio se tuvo en cuenta los tres criterios de rigor metodológico, anteriormente descritos, además, se tuvo en cuenta la inversión de tiempo suficiente que correspondió del mes de julio de 2012 a mayo del 2013 en el cual se recogió la información acerca del significado para las madres a su participación en el cuidado del prematuro hospitalizado y la captación de informantes, así como se consideró durante todo el contenido investigativo la congruencia entre la pregunta y el procedimiento metodológico, selección adecuada de informantes, lo que garantizó la saturación efectiva de la información, la interacción entre la recolección y el análisis de la información y se volvió a los informantes cuantas veces fue necesario para confirmar y reconfirmar los datos obtenidos.

Para Garantizar el rigor metodológico en la investigación se tuvo en cuenta los criterios para los estudios de etnoenfermería descritos por Madeleine Leininger ¹¹⁷ :

- **Credibilidad:** se refiere a la confianza, precisión o credibilidad de los hallazgos que fue mutuamente establecida entre el investigador y las madres de los recién nacidos prematuros, como precisa y creíble sobre los significados atribuidos a la participación del cuidado y el conocimiento del fenómeno. Estas, creencias y valores fueron justificadas a través de la observación y con documentación sobre los significados en contexto, situaciones específicas o eventos.
- **Confirmabilidad:** se refiere a la evidencia repetida directa y documentada en gran parte de informantes primarios observados y de los datos primarios, y con repetidas explicaciones o interpretación de los datos desde informantes sobre ciertos fenómenos. La confirmabilidad significó reafirmar lo que el investigador había escuchado, visto o experimentado con respecto al fenómeno estudiado. En este sentido para la investigación fueron las madres quienes expresaron el significado de su participación en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado, quienes lo confirmaron y aclararon la importancia de esta participación en la unidad neonatal, durante la recolección de los datos.
- **Significado en contexto:** hace referencia a los datos que han resultado comprensibles con significados o relevantes para los informantes en ambientes diferentes o similares. Las madres expresaron el significado de su participación en el cuidado del prematuro hospitalizado en base a su contexto cultural y al contexto de la unidad neonatal.
- **Patrones recurrentes:** se refiere a instancias, secuencias de eventos, experiencias o estilos de vida repetidos que tienden a ocurrir en un periodo de tiempo en formas y contextos designados. Cada una de las madres conservó las prácticas culturales de su contexto, siendo cada contexto diferente para cada persona.
- **Saturación:** hace referencia al “incorporar” de los significados u ocurrencias, en una forma completa, comprensiva y exhaustiva, toda la información que pudiera generalmente ser

¹¹⁷ LEININGER M Madeleine. MACFARLAND R Marilyn. Universalidad y Diversidad del cuidado cultural. Etnoenfermería: un método de investigación con facilitadores para estudiar la teoría del cuidado cultural. Capítulo II. Jones And Bartlett Publishers 2006. Traducción elaborada por: Juan David Cárdenas Ruiz. Junio 2010, p.32.

conocida o comprendida sobre ciertos fenómenos bajo estudio. Para el estudio la Saturación significó el logro de una exploración exhaustiva sobre los significados atribuidos por la madre a su participación en el cuidado del recién nacido prematuro, hasta que no se presentaron datos nuevos o el investigador obtuvo la misma o similar información.

- **Transferibilidad:** se refiere a si los datos particulares de un estudio cualitativo pueden ser transferidos a otro contexto o situación similar y todavía preserva los significados, interpretaciones e inferencias particularizadas del estudio completo. Para que investigaciones similares se realicen en otros contextos, se describió en forma clara y precisa, la ruta y metodología seguida en la investigación, facilitando la oportunidad a otros investigadores seguir rutas parecidas si desean investigar el mismo fenómeno de enfermería.

Estos criterios planteados por Madeleine Leininger, garantizaron el rigor metodológico de la investigación.

3.12. Control de sesgos y riesgos

Los riesgos en la investigación tuvieron que ver con el papel del investigador, lo cual se evitó con la conceptualización clara del investigador como agente aprendiz activo. Otros de los riesgos estaban relacionados con la selección de informantes, por lo que se describió cada uno de los criterios de inclusión. El procedimiento metodológico puede traer riesgos para la investigación si no se plantea de manera clara cómo se recolectará la información, en este sentido se controlaron esos sesgos, mediante el uso de grabaciones de las entrevistas, análisis de las informaciones, descripción textual de las expresiones.

Según Hernández Sampieri¹¹⁸, los sesgos que puede introducir el investigador están relacionados con la sistematización durante la tarea de campo y el análisis, el que se disponga de una sola fuente de datos y la inexperiencia del investigador para codificar. Por lo que para la investigación el acompañamiento de la directora de tesis permitió guiar el proceso de codificación y análisis.

Coleman y Unrau (2005),¹¹⁹ mencionan algunas recomendaciones para alcanzar la confiabilidad en la investigación y que fueron aplicadas a la investigación.

- Se evitó que nuestras creencias y opiniones afectaran la coherencia y sistematización de las interpretaciones de los datos.
- No se realizó conclusiones antes de que los datos fueron analizados.
- Y se consideraron todos los datos, recolectados de los informantes.

¹¹⁸ HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNANDEZ – COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCI; Pilar. Metodología de la investigación. Cuarta Edición, México, 2006. p. 662.

¹¹⁹ *Ibíd.* p. 662.

4. Procedimiento Metodológico

Una vez, se contó con aval del Comité de ética de la Universidad Nacional (**Anexo B**), se presentó al Hospital Militar Central la solicitud para la realización del proyecto de investigación y de acuerdo a la solicitud institucional por parte del comité independiente de ética en investigación en el Hospital Militar (**Anexo D**), se autorizó el desarrollo de la investigación (**Anexo C**).

Una vez, alcanzado el adecuado grado de confianza en la unidad neonatal, con las madres de los bebés que estaban hospitalizados y el equipo de salud, con especial cercanía al equipo de enfermería, el investigador procedió a revisar las historias clínicas de los niños y niñas prematuros e identificar a las madres que cumplían los criterios de inclusión y que fueron seleccionadas como informantes claves.

Posteriormente, se invitó a la madre a participar en la investigación, se concertó el momento y lugar del encuentro para realizar la entrevista, las cuales fueron realizadas en los solarios de los servicios de pediatría por ser este un espacio que brindó comodidad y estaba libre de interrupciones.

Previo al encuentro se estableció comunicación con la madre para reconfirmar la cita o reprogramarla. Antes de iniciar la recolección de datos se explicó a la madre el objetivo de la investigación, riesgos, uso que se darían a los datos, beneficios para ella, y una vez confirmado que la madre había comprendido la información ofrecida se procedió a diligenciar el consentimiento informado (**Anexo F**). De igual forma se dio importancia a la solicitud de la autorización por parte de la madre para grabar las entrevistas. También, se explicó y solicitó el permiso para la toma de fotografías (**Anexo G**) si fuese necesario y se explicó que éstas serían una fuente de datos, siempre que ella explicara su contenido y significado a través de una nueva entrevista y su uso implicaría protección de su identidad mediante la pixelación de las imágenes si ella lo desea, para el caso de la investigación las madres autorizaron que sus rostros fueran evidentes.

Con la seguridad de haber cumplido con las actividades preliminares, haber dado prioridad a las necesidades de la madre, haber respondido sus dudas, ofrecido la información solicitada y con la certeza de que la madre estaba lista para iniciar la recolección de los datos, se dio paso al inicio de la entrevista, registro de eventos en el diario de campo, observación del contexto y actitudes y comportamientos de la madre.

4.1. Técnicas de recolección de información.

Para la recolección de la información se utilizaron las siguientes técnicas:

4.1.1. Entrevista en profundidad. La entrevista etnográfica, representa una entrevista en profundidad, planteada por Spradley. "La idea central que él maneja es la de contar con un inventario de tópicos culturales que a la hora de iniciar el trabajo de campo, permita realizar un barrido completo de esas dimensiones en el interior del grupo humano objeto de estudio"¹²⁰.

Coherente con la anterior definición, se realizaron varias encuentros con la madre de los recién nacido prematuros, para la realización de las entrevistas. Inicialmente se realizó una primera entrevista a profundidad con la madre, que partió de una pregunta abierta acerca de lo que saben de su participación en el cuidado de su hijo en la unidad, con esta pregunta se buscó contar con la información necesaria, para continuar conociendo lo que saben, piensan y sienten las madres de su participación en el cuidado que finalmente, condujo al descubrimiento del significado para la madre de su participación.

El propósito de la entrevista etnográfica es descubrir la perspectiva de la gente, cómo ellos perciben la vida. "El descubrir y entender la perspectiva nativa es otro tipo de conocimiento del que viene principalmente de la perspectiva extranjera."¹²¹ Para descubrir la perspectiva de las madres acerca de su participación en el cuidado se realizaron 20 entrevistas a 9 madres que participaron del cuidado de su hijo hospitalizado en la unidad neonatal del Hospital Militar. Con cada madre en promedio se realizaron de 2 a 3 entrevistas respectivamente, que duraron entre 30 y 45 minutos.

Una vez alcanzada la saturación de los datos con las informantes clave, previo a la obtención de consentimiento informado, se procedió a entrevistar los informantes generales, quienes fueron cuatro (4) profesionales de enfermería que trabajaban en la unidad de cuidado neonatal, a quienes se les realizó una entrevista con duración en promedio de 30 minutos, para un total de cuatro (4) entrevistas. Se pretendió ampliar los datos y posteriormente el investigador reflexionó, analizó y descubrió diferencias y similitudes de los datos en contraste con lo expresado por los informantes clave.

De acuerdo a la primera entrevista a profundidad que se realizó a las madres de forma abierta, se concretaron las posteriores entrevistas teniendo como referencia el análisis de la primera entrevista y por tanto la elaboración de otros tipos de preguntas que ayudaron aclarar las respuestas dadas por las madres en la primera entrevista realizada.

¹²⁰ SANDOVAL CASILIMAS. Carlos A. Investigación Cualitativa. Programa de Especialización en teoría, métodos y técnicas de Investigación social. ICFES. 1996. p. 138.

¹²¹ SPRADLEY, James P. La Entrevista Etnográfica. Hartcourt Brace Javanovich Collage Publeshers. Orlando Florida. 1979. Citado por: La Investigación cultural centrada en las relaciones que produce lenguaje de alto nivel. p.1.

Se utilizaron tres tipos de preguntas de la entrevista etnográfica descrita por Spradley: estas fueron: descriptivas, de contrastes y estructurales.¹²²

Con las preguntas descriptivas “El investigador se acercó al contexto en el que la informante desarrolló sus actividades rutinarias. Se formularon preguntas para obtener una descripción verbal de las características significativas de una actividad¹²³. Entre las clases de preguntas de tipo descriptivas que se plantearon en las entrevistas fueron: ¿Qué sabe de la participación en el cuidado de su hijo cuando está hospitalizado? ¿Cómo le gustaría o de qué modo participa en el cuidado de su hijo?

Estas preguntas se realizaron con toda la flexibilidad del caso, logrando que las participantes del estudio expresaran abiertamente el significado de la participación en el cuidado del recién nacido prematuro en la unidad neonatal. La información obtenida en esta primera entrevista, se retomó para posteriormente estructurar algunas preguntas, que permitieron confirmar la interpretación de la información.¹²⁴

Las preguntas Estructurales, se formulan para comprobar las explicaciones extraídas de los informantes a partir de anteriores entrevistas, estas permiten al entrevistador comprobar la interpretación que ha hecho de los significados que emplea su informante.¹²⁵ En la investigación de acuerdo al análisis de la primera entrevista se elaboraron preguntas estructurales, que permitieron confirmar la información proporcionada por la madre y su adecuada interpretación; entre las preguntas de contraste que se plantearon fueron: ¿Qué otras actividades hace para participar en el cuidado?, ¿qué más siente o le produce el tamaño de su bebé?, ¿el tamaño de su hija cómo le afecta para participar en el cuidado?

Por otro lado, las preguntas de contraste, se plantean para extraer diferencias entre los términos utilizados por un informante, permiten descubrir, oponiendo términos y las relaciones tácitas entre los mismos¹²⁶. Un ejemplo de este tipo de pregunta que se planteó a la madre fue: ¿cuál es la diferencia entre sentir miedo y sentir susto?

¹²² HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNANDEZ – COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCI; Pilar. Metodología de la investigación. Cuarta Edición, México, 2006. p.246.

¹²³ SIAVIL VARGUILLAS Carmen. RIBOT DE FLORES Silvia. Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad. Revista de Educación. Laurus. Universidad Pedagógica Experimental libertador. Volumen no 13. Caracas Venezuela. p. 249 – 262. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/761/76102313.pdf>

¹²⁴ HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNANDEZ – COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCI; Pilar. Metodología de la investigación. Cuarta Edición, México, 2006. p.597.

¹²⁵ *Ibíd.*, p. 249 – 268.

¹²⁶ *Ibíd.*, p. 249 – 268.

4.1.2. Diario de campo. Son los registros continuos y acumulativos de todo lo acontecido durante la recolección de la información del estudio¹²⁷.

En este sentido, durante todo el proceso investigativo, se llevó diariamente un registro, de lo acontecido, tanto en la inmersión en el campo como durante la realización de las entrevistas.

Para Leininger¹²⁸ el diario de campo ofrece al investigador los medios para registrar los datos directamente de la gente en formas condensadas y expandidas. Se registraron las observaciones realizadas de manera detallada y se usaron técnicas como grabaciones, fotografías, previo consentimiento de los informantes bajo fundamentos de privacidad.

Las notas de campo, derivadas del diario de campo¹²⁹ se clasificaron en función del objetivo con que se utilizaron durante el análisis y la integración de datos. Entre la clasificación de las notas de campo están:

Las notas de observación: constituyeron descripciones objetivas, de sucesos y conversaciones en que se registraron de la manera más completa y objetiva posible información como hora, lugar, actividades y diálogos¹³⁰. Un ejemplo de este tipo de nota de campo fue:

Tabla N° 1. Notas de Inmersión en el campo

FECHA	NOTAS DE CAMPO
19 de Julio de 2012 10 a.m.	Se presenta proyecto de tesis a las enfermeras del servicio y personal médico, mostrando los objetivos de la investigación el procedimiento metodológico y se resuelven algunas inquietudes acerca del proyecto. Todo el personal de salud, ven de forma positiva el proyecto a realizar ya que ellos expresan que es necesario conocer ese significado para establecer un plan de cuidados de Enfermería de acuerdo a lo expresado por los padres. Se inicia un proceso de entrada y permanecía en la unidad neonatal, para generar un acercamiento al personal de salud y al contexto de la unidad neonatal.

Fuente: Notas de campo de la investigación.

¹²⁷ SANDOVAL CASILIMAS. Carlos A. Investigación Cualitativa. Programa de Especialización en teoría, métodos y técnicas de Investigación social. ICFES. 1996. p. 140.

¹²⁸ LEININGER M Madeleine. MACFARLAND R Marilyn. Universalidad y Diversidad del cuidado cultural. Etnoenfermería: un método de investigación con facilitadores para estudiar la teoría del cuidado cultural. Capítulo II. Jones And Bartlett Publishers 2006. Traducción elaborada por: Juan David Cárdenas Ruiz. Junio 2010. p.32.

¹²⁹ POLIT, Dense F Y HUNTER, Bernadette P. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. Mexico: Mc Graw Hill Interamericana, 2003. p. 352.

¹³⁰ *Ibíd.*, p.352.

Las notas teóricas, “constituyeron intentos de interpretación para dar significado a las interpretaciones.”¹³¹ Algunos ejemplos de las notas de campo realizadas fueron:

I1E1NC1P1 Cuando la madre hace referencia al tamaño del bebé realiza movimientos con las manos para demostrar la sorpresa o impresión que le causó esta característica de su hija.

I1E1NC2 Cuando la madre expresa su experiencia al momento de bañar por primera vez a su hija, se ríe de manera nerviosa y manifiesta con sus manos para explicarme cómo bañó a su hija.

Las notas metodológicas, son instrucciones o recordatorios de la manera en que debieron efectuar las observaciones subsecuentes. Las notas personales son comentarios sobre lo que sintió y percibió el investigador durante el proceso del estudio¹³².

Tabla N° 2. Notas de Inmersión en el campo

FECHA	NOTAS DE CAMPO
24 de julio de 2012	Este día las madres llegan a la visita de las 9 am, se continua el proceso de observación, pero aquí en este día las madres al reconocer nuevamente mi presencia en la unidad neonatal se estable un acercamiento más estrecho, aquí una de ellas solicita que por favor le colabore, con la acomodación de su hija para lactarla, aquí ayudo a la mamá acomodar a su hija. La otra mamá se muestra ansiosa porque su hija hoy la ve con dificultad para el agarre y la succión entonces me pide ayuda, por tanto le ayudo en la técnica de lactancia materna, ella se siente cómoda y se establece un grado de confianza y acercamiento con las madres. Se termina visita y la despedida se hace más afectuosa. Con el personal de salud como ya existe una mayor confianza se revisan las historias clínicas de los pacientes para conocer los pacientes y establecer quienes cumplen los criterios de inclusión para el estudio.

Fuente: Notas de campo de la investigación.

4.1.3. Observación Participante. Sandoval¹³³ : describe la observación participante como la principal estrategia de trabajo de la etnografía y se apoya para registrar sus impresiones en el llamado diario de campo. La observación participante se empleó, para definir el problema de investigación con referencia a las percepciones de

¹³¹ *Ibíd.*, p.352.

¹³² *Ibíd.*, p.352.

¹³³ *Óp.* ,cit. p. 140.

las madres acerca de su participación en el cuidado, lo que lo constituyó una estrategia flexible de apertura y cierre.

La observación participante tiene su primer reto en lo que genéricamente se denomina "ganar la entrada al escenario" u "obtener el acceso". Para la investigación, una vez autorizado institucionalmente el ingreso a la unidad neonatal se observó y analizó el fenómeno estudiado. En esta investigación se observó, y se aprendió de las madres, al momento de verlas en contacto con sus hijos y su participación en el cuidado del prematuro en la unidad, involucrándose en un escenario desconocidos para ellas.

La observación participante se llevo ó cabo mediante cuatro (4) fases planteadas por Leininger:¹³⁴

- **Observación primaria:** En esta fase se observó y escuchó a las participantes. Se familiarizó el investigador y las madres participantes del estudio.
- **Observación primaria con participación restringida:** En esta segunda fase, se intensificó la observación con cierto grado de participación, por parte del investigador.
- **Participación primaria con observación restringida:** El investigador se esforzó, por ser un participante más activo, lo cual permitió aprender más por la experiencia de hacer, que por la de observar y escuchar. Cuando se realizó la inserción en el campo, las madres solicitaban la participación para la realización de ciertos cuidado con su recién nacido.
- **Observación reflexiva:** En esta fase el investigador reflexionó sobre todo el proceso dejando al descubierto la forma en que las participantes interactuaban con ella y reaccionaron ante su presencia.

4.1.4. Facilitador de Observación-Participación-Reflexión. Según Leininger, con el Facilitador de Observación-Participación-Reflexión (OPR), el investigador debe dedicar un periodo de tiempo haciendo observación antes de convertirse en participante activo. Este rol secuenciado tiene la función importante de permitir a la enfermera ser totalmente consciente de la situación o el contexto antes de entrar a ser participante activa. Adicionalmente, la fase de reflexión se ha añadido para proveer datos confirmatorios esenciales e importantes desde las personas estudiadas¹³⁵.

¹³⁴ LEININGER 1985. CITADO POR: Polit y Hunter (2000). Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. Mc Graw Hill Interamericana. p. 350 - 351.

¹³⁵ LEININGER M Madeleine. MACFARLAND R Marilyn. Universalidad y Diversidad del cuidado cultural. Etnoenfermería: un método de investigación con facilitadores para estudiar la teoría del cuidado cultural. Capítulo II. Jones And Bartlett Publishers 2006. Traducción elaborada por: Juan David Cárdenas Ruiz. Junio 2010, p.18.

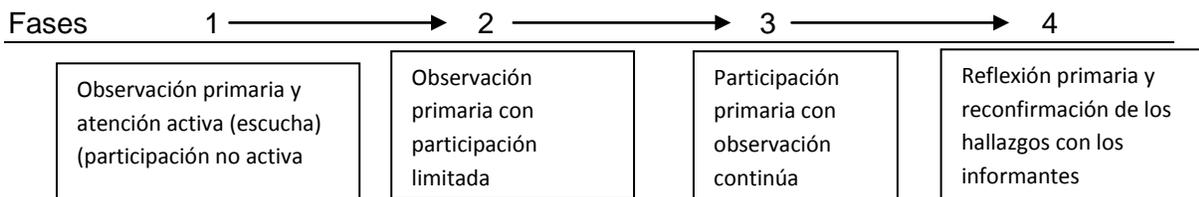
Mediante este facilitador se obtuvo inicialmente observaciones de los informantes claves y generales enfocados a la participación en la unidad neonatal moviéndose gradualmente entre la observación hacia la participación llegando a la reflexión y confirmación de los datos recolectados.

Esto, implicó un proceso que va desde que el investigador observó sin participar activamente, facilitándole ser consciente del contexto, antes de ser participante activo. Posteriormente la reflexión sobre los fenómenos observados y el contexto de la unidad neonatal, lo cual contribuyeron a los aspectos centrales de la investigación, antes de la interpretación de una idea o experiencia, como es indicado en la siguiente nota de campo:

1E3NC1: *“Cuando se procede a la realización de la entrevista la madre me pide ayuda para tratar de calmar a una de sus hijas porque estaba llorando, le ayudo alzar a una de las niñas, mientras ella lactaba a su otra bebé, una vez termina de lactarla le ayudo a dejarla en la cuna mientras ella lacta a su otra hija, ella se muestra agradecida y sonríe”.*

Las cuatro fases de este facilitador se presentan a continuación en la figura No. 2.

Figura No 2: *Fases de Observación-Participación-Reflexión del “facilitador” de Etno enfermería de Leininger*



Tomado de: LEININGER M Madeleine. MACFARLAND R Marilyn. Universalidad y Diversidad del cuidado cultural. Etno enfermería: un método de investigación con facilitadores para estudiar la teoría del cuidado cultural. Capítulo II. Jones And Bartlett Publishers 2006. Traducción elaborada por: Juan David Cárdenas Ruiz. Junio 2010. Pág.10.

El cumplimiento de las cuatro fases del facilitador OPR descritas anteriormente fue importante porque aseguró observaciones e interpretaciones de los hallazgos sistemáticos y precisos, relacionadas con el fenómeno estudiado.

4.1.1. Fotografías. La toma de fotografías que se realizaron con las madres y sus hijos prematuros, fueron fuente de información, para comprender a profundidad lo descrito por ellas en las entrevistas, de esta manera las fotografías requirieron de la interpretación por parte de la madre acerca de esta imagen que ayudó al análisis del investigador.

Para la realización de las fotografías, se solicitó a la madre su autorización, mediante el consentimiento informado para toma de fotografías. **(Anexo G)**, escogiendo aquellas fotografías que ampliaban la información por ellas suministradas.

4.2. Análisis de la información

El análisis de la información se realizó, teniendo en cuenta lo descrito por Leininger en su método de Etnoenfermería, lo cual se abordó cumpliendo las cuatro fases y se apoyó en el facilitador: el Sol Naciente.

4.2.1. Fases de la Etnoenfermería para el análisis. El análisis de datos¹³⁶ como parte del método de la etnoenfermería ofrece cuatro fases secuenciadas de análisis. Para el estudio se inició con el análisis de datos desde el primer día de la investigación y continuó con la codificación, procesamiento y análisis de todos los datos hasta que todos los datos fueron recolectados. Se utilizó las cuatro fases de análisis descrita por Madeleine Leininger.

En la primera fase, se analizó los datos detallados y fundamentados. En la segunda fase, se identificaron los descriptores, indicadores, y categorías de los datos de la fase 1. En la tercera fase, se identificaron los patrones recurrentes de los datos derivados de las fases 1 y 2. En la cuarta fase, los temas de comportamiento y otros hallazgos de investigación fueron presentados y abstraídos de los datos derivados de las tres fases anteriores.¹³⁷

Primera fase: Según lo descrito por Leininger, la primera fase de análisis de datos es: recolección, descripción y documentación de datos en bruto (uso del diario de campo y computador). En este sentido el investigador, recolectó, describió, archivó, y comenzó el análisis de los datos relacionados con el propósito de la investigación¹³⁸.

Esta fase incluyó: archivar datos de entrevistas de informantes claves y generales; hacer observaciones y tener experiencias participativas; identificar significados contextuales; hacer interpretaciones preliminares; identificar símbolos; y archivar datos relacionados con el fenómeno bajo estudio desde un enfoque émico. Los datos de campo de los diarios de campo pudieron ser procesados directamente en el computador y codificados, para analizarlos.¹³⁹

En este sentido el análisis de la información en primera instancia, se llevó a cabo mediante la transcripción de las entrevistas realizadas a las participantes del estudio, una vez transcritas se limpiaron de posibles ruidos o interferencias para obtener un audio

¹³⁶ LEININGER M Madeleine. MACFARLAND R Marilyn. Universalidad y Diversidad del cuidado cultural. Etnoenfermería: un método de investigación con facilitadores para estudiar la teoría del cuidado cultural. Capítulo II. Jones And Bartlett Publisher 2006. Traducción elaborada por: Juan David Cárdenas Ruiz. Junio 2010. p. 19 – 21.

¹³⁷ *Ibíd.*, p.20.

¹³⁸ *Ibíd.*, p.20.

¹³⁹ *Ibíd.*, p.20.

claro y confiable. Posteriormente se conformaron paquetes por informante, donde se archivó, entrevistas, notas de campo, fotografías, matriz de análisis respectiva y se asignaron códigos: informante 1, 2, 3. Luego se leyeron nuevamente los documentos de transcripción de entrevistas y se identificaron descriptores o los fragmentos de información que aportaron relevancia para el fenómeno, como se indica en el siguiente ejemplo:

I7E1P40 *“El estar más en contacto con ellos y aprender de... no, o sea ellos estando hospitalizados uno aprende más, aprende manejo, los cuidados, más confianza, si la verdad si me sirvió que ellos hubieran estado aquí antes hospitalizados”*

I7: Informante siete

E1: Entrevista uno.

P40: Párrafo cuarenta.

Para las notas de campo, se empleó un sistema de codificación similar al de las entrevistas. Luego se asignaron códigos a las notas del diario de campo que mostraron relevancia para la confirmación de los datos obtenidos por las madres, de esta manera fueron descritas así:

I9E1NC1: *“Cuando la madre menciona acerca de cómo la enfermera carga a su bebé realiza la demostración, cargándolo como lo hacía la enfermera”*

I9: Informante nueve

E1: Entrevista uno

NC1: Nota de campo uno.

Para las informantes generales se realizó el mismo procedimiento, se transcribió la entrevista, y se asignaron descriptores a los fragmentos significativos para el fenómeno. Por ejemplo:

IG4E1P22 *“y uno a veces, o sea tanto personal médico como enfermería en hospitalización puede dañar como el vínculo de la mamá con el papá limitando por ejemplo con las horas de visita, entonces uno debería estimular más las visitas porque es una forma de vincular la mamita con el bebé”*

IG4: Informante general 4.

E1: Entrevista uno.

P22: Párrafo veintidós.

Respecto a las fotografías tomadas, se realizó una codificación similar, como se ilustra a continuación:

I2E3P2F1: *“mmm, como ese apego que los bebés, de por si un bebé con su mamita el apego pues eso viene desde el vientre, en la leche cuando ellas se alimentan sienten ese amor”*

I2: Informante dos.

E3: Entrevista tres.

P2: Párrafo dos.

F1: Fotografía uno.

Segunda fase para el análisis de datos de la Etnoenfermería es la identificación y categorización de los descriptores y componentes.

Los datos fueron codificados y clasificados con relación al dominio de la investigación. Los descriptores émicos y éticos fueron estudiados dentro del contexto de la unidad neonatal con la participación de las madres en el cuidado del prematuro con el propósito de encontrar similitudes y diferencias.

Para esa segunda fase, una vez transcrita la entrevista y asignación de descriptores realizado en la fase anterior, se procedió a la identificación de códigos para cada descriptor. La identificación de los códigos, se realizó de acuerdo a la esencia misma de la interpretación del descriptor, y mediante análisis cuidadoso y de comparación constante entre fragmentos de significado para hallar similitudes y diferencias en su significado, que permitió asignar o crear un nuevo código; como se indica en la tabla No3.

Tabla N° 3. Entrevista transcrita y codificada

Entrevista	Códigos.
<i>I2E3P10: entonces ya uno como que tiene eso en la cabeza y uno participa más en la, en lo que hacen las enfermeras, en lo que como es que ellas se lavan las manos, como ...</i>	<i>Aprende mirando a la enfermera.</i>
<i>I2E3P11: Es que en la unidad son como más restringidos, en cambio en neonatos son como mas, mas sueltos digámoslo, entonces ya uno como que en la unidad como que lo preparan para neonatos.</i>	<i>Participa en el cuidado.</i>

Fuente: Formato entrevista Transcrita y codificada de la investigación. Informante 2.

Cuando se asignó el código para cada descriptor, este fue analizado mediante la construcción de una matriz donde se visualizó su memo análisis y memo análisis teniendo en cuenta los planteamientos de Madeleine Leininger en su teoría de la Universalidad y diversidad del cuidado, como lo indica la tabla No 4.

Tabla N° 4. Tabla de análisis de las entrevistas

DESCRIPTOR	CODIGO	MEMO ANALISIS	MEMO ANALISIS: LEININGER.
<i>I1E1P1: pues, la verdad yo no sabía cómo se cuidaba un bebé prematuro, porque la verdad nunca lo había visto. Eee... Por primera vez que yo vi a mi hija, eso para mí fue algo impresionante. ¡Sí!...</i>	Primer encuentro.	<i>La madre no había vivida una experiencia previa de cuidar un prematuro y no los conocía, lo que constituye un evento nuevo, que le generó sorpresa y asombro cuando lo vio por primera vez.</i>	<i>La ausencia de experiencias previas relacionadas con el cuidado de un prematuro, influyen en el sentimiento de la madre cuando ve a su hija prematura por primera vez lo que le genera alteración en su bienestar y que expresa como sentimientos de asombro y sorpresa. Estos aspectos hacen parte de la etnohistoria de la madre y está incluido en su contexto de la Unidad neonatal.</i>

Fuente: Matriz de análisis de la investigación. Primera informante clave.

Tercera fase: es el análisis contextual y de patrones: los datos fueron escrutados para descubrir la saturación de ideas y patrones recurrentes de significados similares o diferentes, expresiones, formas estructurales, interpretaciones, o explicaciones de datos relacionadas con el dominio de la investigación. Los datos, fueron examinados para mostrar patrones con respecto a los significados en contexto junto con mayor credibilidad y confirmación de los hallazgos.¹⁴⁰

Una vez los descriptores fueron codificados, y analizados respectivamente, se realizó una matriz donde se llevó el seguimiento de los códigos, visualizando la saturación de mismo, y el reconocimiento de ausencia de información novedosa para la investigación de esta manera se construyó columnas con los códigos para cada informante, llegando a la saturación completa mediante 20 entrevistas a profundidad realizada a 9 informantes.

Cuarta fase la constituyó el análisis de los datos cualitativos arrojados por la investigación que correspondieron a la identificación de temas y patrones de acuerdo a los códigos previamente identificados en la información obtenida.

En esta fase se requirió, síntesis de pensamiento, análisis e interpretación de los datos, elaboración de mapas conceptuales a partir de los datos obtenidos en las fases previas, llegando a la identificación de los temas centrales de la investigación que son el significado a la participación de la madre al cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado, pues el análisis se hizo a partir de la interacción de la madre con el contexto de la unidad neonatal y durante su participación en el cuidado con su hijo

¹⁴⁰ *Ibíd.*, p.20.

premature, mediante su propio conocimiento, producto de sus interpretaciones.¹⁴¹ En este mismo sentido acorde a los planteamientos de Blúmer; Leininger plantea el significado como producto de aquellos símbolos que dan significados a una cultura, cada uno de estos símbolos, valores y creencias influye en las personas, por tanto, descubrir el significado para la madre de su participación en el cuidado de su hijo prematuro hospitalizado se dio a partir del conocimiento propio de la madre (conocimiento émico), descubriendo su interpretación a las situaciones, personas o eventos propios del contexto de la unidad neonatal y su participación en el cuidado.¹⁴²

Cada fase de análisis respalda la fase previa de análisis y esto hace que los hallazgos confiables, precisos y significativos sean evidentes. Cuando el análisis de los datos es completado de manera sistemática, el investigador se siente fuerte y convencido de que su análisis es creíble y refleja el dominio de investigación relacionado con la teoría¹⁴³.

4.2.2. Facilitador: Modelo del Sol Naciente. En esta investigación, el modelo del sol naciente se tuvo en cuenta, como mapa cognitivo, que orientó la recolección de los datos y el análisis de los mismos, para descubrir el significado que le atribuyen las madre a su participación del cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado en la unidad neonatal. Además, se tuvo en cuenta cada uno de los factores relacionados a su entorno, como los factores sociales, culturales, económicos, creencias religiosas, familiares que hacen que cada una de estas percepciones y experiencias se les asigne significados que permitieron reconocer la actuación de la madre frente a la participación en el cuidado del recién nacido prematuro. Además facilitó la relación entre los cuidados genéricos de la madre y los cuidados de enfermería con el fin de identificar qué cuidados se podían mantener, negociar o reestructurar procurando siempre el bienestar del recién nacido.

De esta manera el Modelo del sol naciente sirvió como guía orientadora para la formulación de preguntas a las participantes y de esta manera identificar las influencias de las expresiones de cuidado de la madre para la participación logrando la aplicación del modelo en el análisis de los resultados de la investigación.

4.2.3. Análisis a la luz de la teoría de Madeleine Leininger. Simultáneamente, al análisis del descriptor, se realizó análisis de éste a la luz de la teoría de la Universalidad y diversidad de los cuidados, propuesta por Madeleine Leininger, como se ilustra a continuación.

¹⁴¹ SANDOVAL Casilimas, Carlos. Investigación cualitativa. Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. ICFES. 1996 .p. 58.

¹⁴² MARRINER Tomey Ann, RAILE Alligood Martha, Modelos y Teorías en Enfermería. . Elsevier España. 6ª edic. Madrid, 2007. p. 479.

¹⁴³ *Ibíd.*, p.19.

Tabla N° 5. Tabla de análisis para cada informante

ANÁLISIS DE ENTREVISTAS INFORMANTE 2			
DESCRIPTOR	CODIGO	MEMO ANALISIS	MEMO ANÁLISIS : M. LEININGER
<i>I2E1P1: Pues lo principal es el buen lavado de manos, no solamente las manos sino hasta el codo, por que cuando pues... yo aprendí...</i>	Lavarse las manos.	<i>El aprendizaje de la madre acerca del lavado de manos en la experiencia anterior es considerado por ella como un procedimiento que no solamente involucra la asepsia de las manos también incluye el codo como protección de la madre hacia su hija.</i>	<i>El lavado de las manos representa un procedimiento importante de cuidado de la madre hacia su hija, cuidado que es denominado por Leininger como protección por el bienestar de su hija.</i>
<i>I2E1P16: digo yo, o sea a mí me gusta leer y yo he leído libros de los cuidados de eh, ¿cómo se llama esto? Si, esto signos para los bebés, los niños es muy importante que los dos papá y mamá como apoyándolos para que salgan adelante, es muy importante por el calor que uno bota y o sea que ellos lo conozcan a uno por su calor, por su esencia, y que eso es muy importante también para su crecimiento.</i>	Otras fuentes para aprender a cuidar el bebé	<i>La madre busca información externa acerca de los cuidados principales de los recién nacidos prematuros, reconociendo en estas fuentes la importancia de los padres para la estimulación del bebé y su bienestar.</i>	<i>La información externa que es aprendida del ambiente y del interés de la madre por conocer acerca de los cuidados, incentiva a la madre a su aprendizaje y su participación para el cuidado.</i>

Fuente: Matriz de análisis informante2.

De esta manera se construyó en Excel, 2012 una matriz de análisis para cada informante, con su respectivo cierre de caso. Otro recurso de seguimiento empleado, fue la construcción de una matriz para visibilizar el comportamiento y saturación de los códigos, en la medida en que se recolectaban los datos.

Finalmente, para tener un panorama general de los datos organizados por códigos, con sus respectivos fragmentos de significados identificados y su correspondiente memo de análisis, así como el análisis a la luz de la teoría de la Universalidad y diversidad de los cuidados, se construyó una matriz en Excel 2012.

De la misma manera se fue construyendo una matriz donde se visualizaba los códigos respectivos para cada informante y su relación con los factores del sol naciente, lo que permitió la construcción del modelo del sol naciente, aplicado a los resultados de la investigación. Tabla 6.

Tabla N° 6. Tabla de relación de códigos con los factores del sol naciente.

CODIGO	FACTOR SOL NACIENTE	Informante 1	Informante 2
<i>Primer encuentro</i>	<i>Etnohistoria, entorno</i>	x	X
<i>Miedo al tamaño</i>	<i>Factores de la Estructura Social.</i>	x	X
<i>Enseñanza de la enfermera para el cuidado</i>	<i>Cuidados Enfermeros. (Ético)</i>	x	X
<i>Mira cuidar el bebé</i>	<i>Cuidados Enfermeros. (Ético)</i>	x	X
<i>Felicidad al contacto.</i>	<i>Factores de la Estructura Social.</i>	x	X
<i>Información Deseada.</i>	<i>Cuidados Enfermeros. (Ético)</i>	x	X
<i>Apoyo Espiritual.</i>	<i>factores religiosos y filosóficos</i>	x	X
<i>Participa en el cuidado</i>	<i>Sistemas Populares o Genéricos.</i>		X
<i>Apoyo deseado de la Institución.</i>	<i>Factores Políticos y económicos</i>	x	X
<i>Artefactos que influyen para participar en el cuidado</i>	<i>Factores Tecnológicos</i>	x	X

Fuente: Matriz saturación de códigos de la investigación.

Finalmente cuando se logró la saturación de las informantes claves, se realizó el mismo procedimiento con las informantes generales, donde se realizó una matriz análisis de las cuatro (4) enfermeras participantes, y se logró confirmar y contrastar los datos proporcionados por las madres. Tabla N 7.

Tabla N° 7. Tabla de análisis de las entrevistas de Informantes generales

ANALISIS DE ENTREVISTAS INFORMANTE GENERAL 3			
DESCRIPTOR	CODIGO	MEMO ANALISIS	MEMO ANALISIS : M. LEININGER
<i>IG3E1P1 en lo que he visto siempre de los neonatos, eh... a las mamás les da mucho miedo primero que todo hacer contacto directo con los bebés, para ayudarlos a hacerles algo, incluso para cambiarle el pañal, para ayudarlo a bañar, eh... sienten temor, sienten miedo de cómo le voy a hacer, de pronto le quito algún de las sondas, tubitos lo que tenga el niño, parecen que son miedosas para tratarlos.</i>	Miedo a causar daño cuando se brinda cuidados.	<i>La madre en su información proporcionada expresa su miedo frente a la participación en el cuidado. Este miedo es reconocido por la enfermera quien visualiza a la madre con sensación temor frente a la participación en el cuidado, miedo derivado del temor a causar daños cuando se brinda cuidados.</i>	<i>El cuidado que brinda la madre a sus hijos es identificado por la enfermera, cuidado como protección.</i>

Fuente: Matriz de análisis informante general No 3.

En último lugar se realizó, un análisis a partir de los códigos encontrados en la investigación. Análisis elaborados mediante la realización de mapas conceptuales que permitieron la identificación de patrones y temas centrales de la investigación, que revelaron el significado para la madre de su participación en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado.

5. Resultados

El significado para la madre de participar en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado está definido por dos temas centrales: *La enseñanza de la enfermera, un camino para la madre participar en el cuidado del prematuro hospitalizado y el contexto de la hospitalización del prematuro, un escenario que influye en la participación de la madre en el cuidado.*

Estos dos temas evidencian, a la enfermera como la figura del contexto de donde proviene la enseñanza para que la madre aprenda a cuidar a su bebé, desde periodos tempranos de la hospitalización a través de su participación en el cuidado y el contexto mismo de la hospitalización que genera en la madre, sentimientos, apoyos y obstáculos para participar activamente del cuidado de su hijo.

Coherente con el concepto de significado de Blúmer¹⁴⁴, quien lo define como productos sociales, que surgen durante la interacción y le asignan significados a través de un proceso de interpretación y en este mismo sentido Leininger¹⁴⁵ dice que los símbolos de cada cultura que los representa e influye en su acción- decisión, salud y bienestar partiendo de la visión émico del cuidado, de esta manera se descubrió el significado que le asigna la madre a su participación en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado, a partir del proceso de interpretación de la madre durante la interacción con los factores del contexto de la unidad neonatal relacionados con el evento de la participación en el cuidado.

Según la teoría de la Universalidad y diversidad del cuidado cultural de Madeleine Leininger, dos de los constructos centrales de la teoría, se reflejan en los resultados, donde la enfermera es protagonista en la enseñanza del cuidado, para transmitir su conocimiento profesional o ético a la madre y por otro lado, el contexto de la unidad neonatal como escenario que influye en la participación de la madre en el cuidado del recién nacido prematuro. Entendido el contexto según Leininger,¹⁴⁶ como la totalidad, de un evento, situación o experiencia práctica, que da significado a las expresiones,

¹⁴⁴ SANDOVAL Casilimas, Carlos. Investigación cualitativa. Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. ICFES. 1996 .p. 58.

¹⁴⁵ LEININGER M Madeleine. Macfarland. R. Marilyn. Universalidad y diversidad del cuidado cultural y evolución del método de la etnoenfermería. Capítulo 1. Jones and Bartlett Publisher .2006. p.7. Traducción elaborada por: Juan David Cárdenas Ruiz. Junio 2010.

¹⁴⁶ *Ibíd.*, p.13.

interpretaciones e interacciones sociales, de la gente, dentro de factores geofísicos ecológicos, espirituales, sociopolíticos y tecnológicos particulares en marcos culturales específicos.

Para comprender el significado que la madre atribuye a su participación en el cuidado, en la tabla 8, se presenta cada tema y los códigos que lo conformaron.

Tabla 8. Temas, patrones y códigos de la investigación.

1. TEMA: LA ENSEÑANZA DE LA ENFERMERA, UN CAMINO PARA LA MADRE PARTICIPAR EN EL CUIDADO DEL PREMATURO HOSPITALIZADO.	
Patrón 1: La enfermera fuente de enseñanza para participar la madre en el cuidado del prematuro hospitalizado	Código 1. Enseñanza de la enfermera para el cuidado.
	Código 2. Enseñanza para perder el miedo.
	Código 3. Conocimiento previo del cuidado.
	Código 4. Información deseada.
	Código 5. Aprende mirando a la Enfermera.
	Código 6. Mira cuidar al bebé.
	Código 7. Otras fuentes para aprender a cuidar el bebé.
Patrón 2: Participar la madre en el cuidado, como presencia y como protección al prematuro hospitalizado.	Código 1. Participa en el Cuidado.
	Código 2. Lavado de manos.
	Código 3. Evitar artefactos que infectan.
2. TEMA: EL CONTEXTO DE LA HOSPITALIZACIÓN DEL PREMATURO, UN ESCENARIO QUE INFLUYE EN LA PARTICIPACIÓN DE LA MADRE EN EL CUIDADO	
Patrón 1: Los sentimientos de la madre la acercan o alejan en la participación del cuidado al prematuro hospitalizado.	Código 1. Felicidad al contacto.
	Código 2. Primer encuentro.
	Código 3. Agotamiento para participar en el cuidado.
	Código 4. Tristeza por el estado de salud del bebé.
	Código 5. Miedo al Tamaño.
	Código 6. Miedo a causar daño cuando se brinda cuidados.
Patrón 2: Los factores del contexto interfieren en la participación de la madre en el cuidado.	Código 1. Incumplimiento en el horario de visita.
	Código 2. Tiempo corto para participar en el cuidado.
	Código 3. Los horarios interfieren en la visita.
	Código 4. La comunicación con la enfermera.
	Código 5. La enfermera ofrece el cuidado
	Código 6. Artefactos que influyen para participar en el cuidado.
Patrón 3: El apoyo una motivación para participar en el cuidado	Código 1. Apoyo deseado de la institución.
	Código 2. Apoyo de la Enfermera.
	Código 3. Apoyo de otra persona.
	Código 4. Apoyo del compañero.
	Código 5. Apoyo familiar.
	Código 6. Apoyo Espiritual.

Fuente: Datos de la investigación

5.1. Tema 1: la enseñanza de la enfermera, un camino para la madre participar en el cuidado del prematuro hospitalizado.

La enfermera, a través de sus enseñanzas es quien direcciona la participación de la madre en el cuidado del bebé prematuro, ya sea porque proporciona enseñanza para el cuidado o el cuidado es brindado por la madre como presencia o como protección, pero influenciado por la asistencia, facilitación, acciones y decisiones de las enfermeras.

Es así, que la participación en el cuidado para la madre es observar, aprender y hacer. En este sentido, cuando la enfermera le enseña acerca del cuidado, la madre aprende y puede participar; realizando los cuidados a su recién nacido. Cuando el cuidado es brindado por la madre como presencia y protección, esta forma de participación refleja lo que las madres pueden aprender de la asistencia de la enfermera al recién nacido, basado en el conocimiento profesional, es decir la enfermera es vista por la madre como protagonista de cuidado específico y ella lo aprende, asimila e introyecta permitiéndole participar del cuidado de su hijo/a prematuro hospitalizado.

Por tanto el patrón de este tema es la enseñanza proveniente de actores del contexto, como la enfermera y de ésta se deriva la participación de la madre en el cuidado, luego la enseñanza y participación son dos eventos que la madre experimenta mientras su hijo está hospitalizado y le facilita participar del cuidado específico que demanda su bebé.

5.1.1. Patrón 1. La enfermera fuente de enseñanza para participar la madre en el cuidado del prematuro hospitalizado

Como lo menciona Leininger en su teoría, los cuidados son la esencia de la enfermería y constituyen un objetivo distintivo, dominante primordial y unificador.¹⁴⁷ De esta manera para la madre la enseñanza de la enfermera que la apoya mediante la asistencia y facilitación le permite participar del cuidado en la unidad neonatal. Además, atendiendo los planteamientos de Leininger quien define el cuidado como aquellas experiencias o ideas de asistencia, apoyo y facilitación hacia otros con necesidades evidentes anticipadas para mejorar las condiciones humanas o el estilo de vida¹⁴⁸, la enseñanza de enfermería hace parte del cuidado que ésta ofrece, donde involucra a la madre como principal cuidador, en un contexto en el que median lazos afectivos madre-hijo. Inicialmente en el proceso de enseñanza la madre es un actor pasivo, pero con el tiempo y con ayuda de enfermería, se convierte en cuidador activo de su recién nacido prematuro. Aprender a cuidar para participar en el cuidado para la madre es un reto

¹⁴⁷ MARRINER Tomey Ann, RAILE Alligood Martha, Modelos y Teorías en Enfermería. . Elsevier España. 6ª edic. Madrid, 2007. Pág. 478.

¹⁴⁸ LEININGER.Op.cit.,p11.

frente a lo desconocido, en el que ella parte del aprendizaje de la enfermera, ya sea observándola, escuchándola y replicando lo que le enseña, realizando tareas supervisadas y trayendo al presente sus experiencias como cuidadora con sus hijos anteriores. Es así, que la madre ve en la enfermera una fuente de enseñanza y aprendizaje, que le permitirá participar desde el periodo de hospitalización de su hijo/a, en el cuidado especializado, constituyéndose en la forma de prepararse para el cuidado en el hogar posteriormente.

De esta manera a continuación se describen cada uno de los códigos que constituyen este patrón.

5.1.1.1. Código: Enseñanza de la enfermera para el cuidado. Cuando la madre, ingresa a la unidad neonatal, reconoce en la enfermera una fuente que le enseña a cuidar a su hijo prematuro, en quien predomina el conocimiento ético o profesional y que ella asimilará en beneficio de su hijo.

Es así como, la enfermera profesional, involucra a la madre en los espacios de cuidado, para compartir con ella su conocimiento ético, situación que es aceptada por la madre como aprendizaje y participación en el cuidado; es una invitación para que este conocimiento ético sea asimilado por ella dentro del contexto de la unidad neonatal, frente a una vivencia nueva e inesperada, como la presencia de un hijo prematuro que requiere cuidados específicos y que ella debe aprender a cuidar. Así lo expresa la madre:

I1E1P25 *“La jefe nos dijo aquel día, las espero a la 8 y media, para que vengan aprender a bañar a sus bebés. Entonces, uno claro...uno viene y los coge es así”.*

I2E1P10 *“ehh eso es estimulación para uno, a usted le dice mamá ya la está cogiendo...ya la puede coger, la puede cambiar, limpiar la colita, ya después me dijeron álcela ya le puedes dar pecho, ehh... todo lo qu...., todo lo que el cuidado que un bebé necesita, entonces ya uno como que se entusiasma más a brindarle todos esos cuidados que ellos necesitan”.*

La invitación de la enfermera y su disposición para la enseñanza es el primer paso para la madre, quien siente la necesidad de aprendizaje y de alguien quien la enseñe a cuidar a su hijo en forma lenta, pausada, tranquila y le ayude a transitar por el camino seguro que la conduzca a la participación en el cuidado del bebé prematuro.

I5E2P29 *“Me facilitaba como que la enfermera me invitara a decirme, pero aplícale aceitecito, si, acaríciela, si ella está dormidita pero ella te escucha, si, así...”*

Es así que a medida que la madre acepta la invitación de la enfermera, va perdiendo el miedo al momento del cuidarlo. La disposición de la enfermera para la enseñanza, e invitación para participar en el cuidado, son elementos positivos provenientes del contexto que generan sentimientos de confianza, autonomía, placer y satisfacción en la madre para participar en el cuidado de su hijo/a.

I1E1P47 *“Por lo menos ayer cuando llegue, no tenía...la cánula, no la tenía, se la había quitado. Ella se quitó ayer la cánula, entonces yo rapidito llame a la jefe y vino rapidito, y yo sin embargo abrí la mano y se la coloqué, porque ya no me da miedo. Yo ya le puedo quitar la cánula, cuando tiene aire, mucha agüita yo se la quito y le hago así, porque hace*

zzzz, porque trata de ahogarse y vuelvo y se la coloco, y ya. Estoy... si ve que usted un día me enseñó, que estaba al revés la cánula y ya es otra cosa nueva”.

Por otro lado, la invitación para participar en el cuidado del prematuro no se da en un primer momento, es un proceso lento, paulatino, que está sujeto a la condición de salud del niño, a la valoración de la respuesta a los estímulos externos, actividad que a diario realiza la enfermera, permitiéndole determinar el mejor momento para el bebé y la madre iniciar el contacto y acercamiento a través del cuidado con el acompañamiento y apoyo de enfermería. En la medida en que inicia la participación, la enfermera facilita y ofrece enseñanza sobre el cuidado. Este comportamiento de la enfermera es un factor del contexto ambiental que influye en las experiencias de cuidado y en la decisión de la madre de pasar de ser un observador del cuidado a ser participante y posterior proveedor de cuidado del bebé prematuro. Como es indicado por las madres:

I2E2P9: *“Al día siguiente ese día me dijeron que yo podía estimularlas y eso... Entonces pues ahí ya les fui haciendo eso y pues al igual yo le preguntaba a ellos pero a mí personalmente me da pena decir ¡ay!..... Ya la puedo sacar, ya la puedo... si no que yo digo que a medida de que los doctores y las enfermeras por lo menos van viendo que uno puede hacer tal cosa, le van diciendo a uno ¡mamá! ya puede hacer esto, ya puede, pues entonces esperar las pautas que le dicen ustedes a uno”.*

Las oportunidades de aprendizaje que le ofrecen los actores del contexto de la unidad neonatal estimulan en la madre el deseo de aprender, la necesidad de sentirse segura, el impulso para acercarse a su hijo para satisfacer necesidades de cuidado que son su responsabilidad como madre, a involucrase en cuidados nuevos para ellas, que sus hijos demandan por su situación de salud y a familiarizarse con artefactos tecnológicos que apoyan el cuidado y la sobrevivencia de los bebés. Así lo expresa la madre.

I1E1P6: *“Pero aquí, ya, en Bogotá ya fue diferente, porque las enfermeras ya le dan a uno esa confianza.... Ya... o sea le dicen a uno que la empiece a cambiar, le enseñan a uno a manejar como la debe sacar de la incubadora, le enseñan a uno a estimularlos”*

I2E2P10 *“Porque la enfermera me decía séquele bien los pies y eso... pues ahí ya como que me acordé y pues la enfermera me dijo: ahí está bien en el baño, y ya ahorita ya las estoy bañando con más confianza”.*

I7E1P40 *“No el estar más en contacto con ellos y aprender de, no o sea ellos estando hospitalizados uno aprende más, aprende manejo, los cuidados, más confianza, si la verdad si me sirvió que ellos hubieran estado aquí antes hospitalizados”.*

La presencia de la madre en el espacio de hospitalización del hijo y con el acompañamiento de enfermería, favorece el aprendizaje del cuidado para su participación, garantiza tiempo y contacto entre madre hijo, representa un factor que facilita el aprendizaje del cuidado del prematuro, hasta conducirla al grado de confianza que le proporciona autonomía y ella lo define como acostumbrarse y el mejor manejo de su hijo:

I1E1P3: *“Con los días uno ya acostumbrando a ellos, uno ya va aprendiendo, ya cómo manejar los bebés”*

I5E1P32 *“pero ya después uno como que le va cogiendo el ritmo y van explicando y ya”.*

I9E1P2 *“por una parte es bueno estar allá porque, pues uno aprende a darle de comer, alzarlos que a cogerlo manipularlo, mejor dicho sí”.*

La experiencia del contacto permanente con el recién nacido, con el paso del tiempo influye en el aprendizaje del cuidado del prematuro, aspectos que hacen parte de la etnohistoria, ya que este tiempo genera experiencia en ellas situación que es resaltada por las enfermas, porque reconocen la necesidad de la presencia de los padres para enseñar a cuidar a sus hijos. La educación para el cuidado, es una actividad propia de enfermería, a través de la cual ellas promueven la continuidad del cuidado específico a niños prematuros una vez son dados de alta de las unidades y los padres deben enfrentar el reto de cuidarlos solos en sus hogares. Así lo expresan las informantes generales:

IG3E1P22 *“pueden estar presentes si quieren todo el tiempo y mejor porque a medida que ellos preguntan uno puede dar educación”.*

IG3E1P2 *“pues uno trata de por lo menos dar educación, primero ehh..., tratando de dar seguridad, sí... diciéndole como lo vaya a hacer, nunca van a estar solas, siempre van a estar pendiente de ellas, cómo lo cojan, cómo lo alcen, cómo le cambie el pañal, he... que para qué es el aparato que tiene, por qué el monitor, todo pues da una educación y les dice por qué está su bebé ahí, cómo está su bebé y como podrían tratarlo, sí... yo creo que eso es dar educación es brindarle una gran puerta de entrada al cuidado del niño.”*

En este sentido, la enseñanza de la enfermera acerca del cuidado se establece como una experiencia de asistencia, apoyo y facilitación hacia la madre para mejorar el bienestar de sus hijos y lograr el aprendizaje del cuidado para su participación. Esto es manifestado por las madres como:

I1E1P29 *“Ahora por ejemplo, la jefe también cuando...Lo de la copita; yo nunca le había dado con copita... Bueno mamá va aprender. También ella me enseñó cómo darle las vitaminas también... Entonces son cosas que a uno le sirve”.*

I6E1P11 *“ella un día me cogió y me dijo venga mamá que le voy a enseñar a cambiar la bolsa”*

I6E1P36 *“porque ella me lo dijo así de una. ehhh... eh bueno mamá coja sus guantes y venga para que usted aprenda de una vez para que usted haga todo aquí, y usted lo haga; ahora usted lo haga”*

I8E1P2 *“me dijeron que le tenía que hablar mucho, que las acariciara mucho, que estuviera todo el tiempo interactuando con la bebé no pues...”*

De acuerdo a lo manifestado por las madres, entre los cuidados enseñados por las enfermeras para el cuidado, están relacionados con las normas de ingreso a la unidad, la alimentación y el cambio de pañal, manejo de la incubadora para permitir el contacto con el recién nacido, encontrando la necesidad sentida de las madres de aprender otros

cuidados que también son importantes para participar activamente del cuidado en la unidad neonatal.

2E1P33: *“En cambio en neonatos no, allá me enseñó que la sacara yo, que yo le decía venga y me hace un favor entonces ella me dijo: no mamá abra la incubadora y sáquela normal no le de miedo que acá no la vamos a regañar, a bueno, pues entonces ahí sí, ya la cogí y me enseñó pues a que le bajara la... con una cosita le bajara la si la... la camita sí, porque yo la sacaba era así con cuidadito, y ella me dijo no... aquí la puede bajar y ella si me enseñó esa parte y ya, ya ahoritica sé manejar pues por lo menos lo principal de la incubadora”.*

I2E2P1: *“pues la comidita, por ejemplo yo me he dado cuenta que ustedes le dicen a uno jeh! mamá si comió, ¿usted siente que el bebé quedó llenito? y el bebé que ahora está llorando entonces pues se les descuadra todo el horario... Entonces, pues ahí eso es importante, que uno decir: no es que me está bajando poquito entonces complementémosle con un poquito de tetero eso es importante, también que nosotras nos metamos en el cuento de que toca dejarlo llenito a la hora que es para no descuadrarle su horario de alimentación”.*

Coherentes con lo expresado por las madres, las enfermeras confirman los aspectos sobre los cuales les enseñan inicialmente y que están orientados sobre las normas de ingreso a la unidad y protección a los bebés, evidenciándose especial relevancia el lavado de manos, así lo expresa un profesional de enfermería:

IG2E1P8: *“pues primero al ingreso les da uno las instrucciones de lavado de manos, y las recomendaciones que tenemos para el ingreso a la unidad”.*

Sin embargo, para algunas madres, iniciar su participación en el cuidado es partir, de su propio conocimiento (conocimiento émico) acerca del cuidado, pero se muestran receptivas a la enseñanza de las enfermeras y este aprendizaje es puesto en práctica durante su participación en el contexto de la unidad neonatal. Así lo expresa una madre:

I8E1P34 *“En principio fue por iniciativa propia, porque me lo explicaron ahorita ahí en neonatos y ahí es donde ya algunas lo están haciendo y me están enseñando como debe ser”.*

Aprender de las enfermeras a cuidar los bebés prematuros, para algunas madres, no sólo significa su propio aprendizaje, sino es una forma de ayudar a enfermería en el cuidado de los bebés hospitalizados y es una manera de satisfacer su propia necesidad como madre de ser ella la proveedora de cuidado; se cuenta con expresiones como:

I9E3P16: *“pues uno necesita bañarlos, aprender a bañarlos sí y como le dije en la entrevista anterior, el lleva ya cuatro meses yo solo lo he bañado una vez en cuatro meses, sí, entonces yo sé de pronto es muy difícil una enfermera decir mamá entre y yo le enseñó a bañarlos porque tienen muchos pacientes y... o sea sí tienen que hacer muchas cosas, pero de pronto si le está enseñando a uno, no, pero sin embargo uno lo puede entrar y bañar y antes le queda más tiempo a ellas sí...”*

En este sentido, existen investigaciones como la denominada Participación de Madres / Padres en el cuidado del niño prematuro en la unidad neonatal: significados atribuidos

por el equipo de salud ¹⁴⁹, en donde como resultado importante reconocen que enfermería comparte con la madre los cuidados relacionados a la estimulación temprana y alimentación del prematuro. Esta participación es percibida por algunas enfermeras como una ayuda que reduce la sobrecarga de trabajo, resultado que coincide con lo percibido por las madres en esta investigación.

Siendo la enfermera una fuente de cuidado y de enseñanza para el cuidado, como lo perciben las madres, su presencia en el área de la unidad es una necesidad sentida por ellas y de quien no se puede prescindir, porque además de cuidar a sus bebés, las apoya, invita, ayuda, comparte sus conocimientos y facilita la participación de la madre en el cuidado de su hijo, durante la hospitalización; la enfermera es quien las motiva a ser cuidadores activos en medio de una experiencia de vida difícil. Esta afirmación la confirma la siguiente expresión:

I2E3P31: *“como había otras veces que uno llegaba y jummm estaban eran los practicantes y uno ¿puedo seguir? Y ellos sí, entonces uno como que jum ¿dónde están? ¿Dónde está todo el mundo?...”*

I8E1P33: *“sí ellas le, le van diciendo a uno como hacer las cosas”.*

Cuando la enfermera enseña a la madre acerca del cuidado, las madres consideran que sus experiencias previas de cuidado influyen en la nueva vivencia porque aporta conocimientos nuevos o el desconocimiento de las implicaciones de tener un bebé prematuro, las enfrenta a otra experiencia de cuidado desconocida, en un contexto diferente y con demandas de cuidado específico.

I2E1P49: *“a mi hija la mayor nunca la tuve con...o sea con esos cables y todo eso, lo único que fue, es que ella estuvo hospitalizada, porque bueno, por el peso porque ella nació muy amarilla, nació con ictericia, entonces ella estaba ahí en neonatos yo nunca estuve en la UCI, ella estuvo fue en neonatos y en neonatos fue donde me enseñaron lo de la limpieza, los cuidados, de limpiarle la colita y de que si lo de la leche, la lactancia, y todo porque del resto lo de los cables y todo eso que tenían ellas, ese aparato donde marca lo de la saturación, la respiración, yo no lo conocía, yo no, y acá lo vine a conocer, pues ya después dijo ellas van a estar aquí conectadas, que no se qué y todo, dijo que era para control que estaban en exámenes y que no se qué, que para saber cómo estaban que por lo que habían sido prematuros y del resto los cuidados si ya corren por mi cuenta...”.*

I7E1P5” *No, uno aprende mucho, si claro, si uno aprende mucho ahí y más uno que es primerizo, mamá primeriza. Sí”.*

¹⁴⁹ GALLEGOS MARTINES, Josefina, MONTI FONSECA, Luciana Mara, SILVAN SCOCHI, Carmen Gracinda. Participación de Madres / Padres en el cuidado del niño prematuro en la unidad neonatal: significados atribuidos por el equipo de salud. Revista Latino-Americana Enfermagem 2007 marco-abril; 15(2). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/es_v15n2a08.pdf. Consultado 7 de Mayo de 2011.

En este sentido la enseñanza de la enfermera se da en un contexto de facilitación a la madre para el cuidado de su hijo, vinculándola a la práctica, para generar confianza y seguridad en el cuidado, por lo que el cuidado profesional es un hilo conductor en la unidad neonatal al que se adhieren las madres para aprender a cuidar a sus hijos. En este sentido las enfermeras expresan:

IG3E1P19: *“creo que los cuidados que hacen es porque se les ha dado educación y recomendaciones desde enfermería, entonces las básicas que es enseñarles lavado de manos”.*

Además, las madres reconocen que mediante la enseñanza de la enfermera sobre el conocimiento profesional (ético) acerca del cuidado, si bien es asimilado por la madre en el contexto de la unidad neonatal, este es adoptado por ella garantizando continuidad de cuidados en el hogar:

I2E1P48: *“sí claro, no y aprender jefe, porque uno eso lo puede practicar en la casa, yo por lo menos ya compré el jabón antibacterial liquido y todo, porque es que es mejor, a uno le toca tener los mismos cuidados, acá y en la casa, pues pa... no venir acá...”*

Participar en el cuidado al prematuro hospitalizado, significa para la madre contar con una fuente de enseñanza, apoyo, acompañamiento, motivación, estímulo y paciencia de profesionales de enfermería expertos, que las invite a participar en el cuidado de sus hijos, como una forma de iniciar el camino hacia la seguridad, autonomía y confianza en el cuidado del recién nacido prematuro, que será dado de alta y será responsabilidad de ellas mantener su salud y bienestar en el hogar. Participar en el cuidado desde la unidad neonatal les implica iniciar un proceso de entrenamiento de cuidados especializados.

5.1.1.2. Código: Enseñanza para perder el miedo. El miedo es un sentimiento que acompaña a la madre y que condiciona su participación en el cuidado, sin embargo debe vencerlo, es un reto como madre.

El miedo le representa a la madre la barrera de su interior que se interpone entre el bebé y su necesidad de participar activamente en el cuidado, es el obstáculo que a través de la enseñanza y acompañamiento de la enfermera puede vencer. Es el sentimiento común evidenciado por la madre y percibido por la enfermera, razón por la cual los profesionales de enfermería, dirigen sus enseñanzas inicialmente a minimizar ese sentimiento y lograr el acercamiento de la madre como cuidador activo de su hijo, promover la confianza y alcanzar la seguridad, puesto que son condiciones que ella necesitará, para continuar con el cuidado del bebé en el hogar. Como lo expresan las informantes generales:

IG2EP20 *“está dirigido a la educación, que la mamá esté segura y sepa que debe ella ser parte del cuidado de su hijo, porque cuando va a salir va a necesitar ella hacerlo, ya no va a tener estas personas que somos los trabajadores de la salud, ese equipo de trabajo no lo va a tener ella, entonces eso es lo que vamos enseñándole”.*

En este sentido, enseñar a quitar el miedo a las madres, es un factor decisivo para la participación en el cuidado del prematuro en la unidad, es ayudar y enseñar teniendo en cuenta los sentimientos generados en la madre:

I1E1P8: “Y le enseñan a uno a que se le quite el miedo que es lo más importante a uno, porque a uno le da mucho miedo con ellos.”

I4E1P39: “Muchas mamás dicen no, yo... tiene mi hijo 5 meses y no lo he bañado la primera vez, me da miedo todavía, pero por esas cosas, porque si a uno de pronto lo dejan que una, dos, tres veces no todas las veces, verlos bañar o que bueno mamá báñela usted hoy o báñelo usted hoy, ya con eso ya uno aprende, todo es aprender, después que uno sepa pues ya, le pierde el miedo a todo”.

La enfermera es fuente de confianza, decisión y seguridad en la madre y la induce a ser sujeto activo de cuidado, una vez la madre ha logrado vencer las barreras como el miedo y la indecisión que no le permitían asumir el rol de cuidadora.

I1E1P28: “no, yo no, porque yo la tenía así, yo me la iba a colocar así. Yo dije que no importa que yo me moje toda, yo la baño aquí encima. Entonces, dijo la enfermera que no, que así no era.... Pero le dan a uno esa, esa, confianza. ..”

Para la madre, la forma como la enfermera la visualice dentro del proceso de cuidado de su hijo prematuro, ya sea como sujeto activo o pasivo tiene efectos en la decisión de la madre a participar en el cuidado, a vencer el miedo como barrera que le limita la decisión de definir el momento en que ella inicia el camino de ser cuidador -observador a ser proveedor de cuidado.

I1E1P30: “Claro, eso es muy importante... Si a mí me hubieran enseñado....yo creo queeeee no me daría miedo, con.....”

I7E1P16 Sí, la verdad sí, uno va perdiendo más el miedo y aprende más.

Participar en el cuidado del bebé prematuro para la madre implica vencer el miedo y la indecisión, es contar con el apoyo de la enfermera, es contar con una fuente de enseñanza para aprender a cuidar a su hijo y le ayude a confiar en sí misma y en sus capacidades como cuidador y como madre.

5.1.1.3. Código: Conocimiento previo del cuidado. El conocimiento previo de la madre acerca del cuidado influye en la participación, ya sea por inexperiencia o por vivencia de una situación similar a la actual. Si ella no ha vivido la experiencia previa de cuidar un prematuro, esto constituye un evento nuevo que le genera sorpresa y asombro e influye en los sentimientos que se presentan cuando lo ve por primera vez, se impresiona y le ocasiona alteración en su bienestar; como se evidencia en las siguientes expresiones:

I1E1P1: “pues, la verdad yo no sabía cómo se cuidaba un bebé prematuro, porque la verdad nunca lo había visto. Eee... Por primera vez que yo vi a mi hija, eso para mí fue algo impresionante. ¡Sí!...”

I7E1P18: “No, no tenía conocimiento, no yo... he aprendido todo acá, hasta incluso había pensado que si salía prematuro que era normal que igual que los otros bebés pero no sabía que se tiene mucho más cuidado.”

En contraste, cuando la madre vive previamente una experiencia de hospitalización o crianza de un hijo, esto le aporta conocimientos y seguridad, para su participación, como lo muestra la siguiente expresión:

I2E1P3: *“Porque lo que yo sé es porque mi primer hija también la han tenido hospitalizada pero fue en...Y allá me enseñaron que me tocaba el jabón va hasta acá hasta arriba, bien bañadas que por que las bacterias van de aquí para abajo, que no se qué y entonces que bien bañadita y eso y yo veo mamitas y papitos que llegan se bañan lo que es las manos, si las manos y se secan rápido las manos y ya...”*

I4E1P35: *“digamos si yo fuera así primeriza y no tuviera como los poquitos conocimientos que tengo; pues entonces yo estaría con la cabeza vuelta un ocho, yo creo que ya hubiera hablado con la jefe y le hubiera dicho, jefe yo me voy con tres bebés para la casa, entonces como vamos hacer, yo necesito que usted me diga, que usted me explique, que usted qué tal, porque imagínese, pero... pues como te digo, yo en ese lado pues no estoy así como tan preocupada.”*

Aunque la madre considera la experiencia previa, como factor que aporta conocimientos para la participación, también considera que durante el proceso de hospitalización la enseñanza de la enfermera es necesaria, ya que el tener la experiencia no significa que tiene conocimientos acerca de otros cuidados, pues como ellas lo denominan es comenzar de nuevo:

I3E2P24: *“Sí. Lo he aprendido durante la hospitalización prácticamente, pues porque al baño todavía no... porque yo tengo otro bebé porque es como comenzar de nuevo, porque un niño pequeñito, yo estoy acostumbrada porque mi niño ya esta grande ahora tan pequeñita y prematura además es como comenzar de nuevo”.*

Los conocimientos previos, ya sea por ausencia o por vivencia de experiencias, influye en su participación para el cuidado, pues la experiencia le ayuda a sentirse menos insegura, mientras que la inexperiencia aumenta los sentimientos de sorpresa, asombro y preocupación. De todas formas, cada evento es una vivencia nueva.

5.1.1.4. Código: Información deseada. Las madres expresan, esta necesidad de información hacia tres aspectos importantes.

En primer lugar información que desearía recibir, como motivación y facilitación para generar participación en el cuidado.

I1E1P10: *“A mí me gustaría, de pronto que el hospital nos enseñara bueno, pues yo no culpo ahí aaa, o sea, antes, o sea cuando yo tuve a mi bebé en... los médicos debieron a ver explicado que era un bebé prematuro, sí. Porque es que allá en el hospital era: su bebé se va a morir, su bebé es muy chiquitica.... Entonces que le diera a uno unas clasecitas, que le enseñara a uno más a fondo, porque, o sea. Si.*

I5E1P23: *“Entonces yo pienso que a medida que vayan entrando entonces mamita aquí va hacer esto y esto y esto...”*

En segundo lugar la necesidad de información dirigida hacia cuidados específicos del bebé prematuro y que no son comunes con los niños a término, como lavados nasales, maneras de sostenerlos o cargarlos, cómo bañarlos, puesto que son cuidados que posiblemente ellas tendrán que realizar una vez sean dados de alta y que les genera miedo.

I4E1P2: *“En cambio aquí las dejara entrar de vez en cuando, entonces pues vea mamá lo baña de esta manera, mejor cójalo así, hágale así, si ve que está bien el niño, pues suéltele el oxígeno un momentico, ti ,ta, no, eso si no, a ninguna, a ninguna nos dejan hacer eso...”*

I4E1P28 *que acá deberían permitir, mamá ya la estoy esperando porque ya prontamente el doctor ha dicho que se va a ir para la casa venga y le digo como es el lavado nasal, que no se que, eso también hace falta, porque usted sabe que ellos son prematuros, más o menos se maneja casi puros niños prematuros y a uno el que no sabe pues todo le da miedo.*

Para una madre la información y enseñanza para el cuidado debe ser completa y apoyada por enfermería de manera que en el momento del egreso ella siente confianza y seguridad de continuar cuidando a su hijo/a en el hogar, pues el miedo es un factor que está presente siempre en la madre y en especial por la condición física e indefensión que transmite un bebé prematuro.

Finalmente, las expresiones de las madres refleja el cómo les gustaría recibir la información y de esta manera fortalecer la comunicación con el equipo de salud y el logro de la participación en el cuidado.

I5E1P10: *“Sí, como.. como es decirle a uno, bueno mamita va a subir allá o va a subir y mire acá es así, se coloca las, eh... acá no puede entrar cosas, acá así se asean las manos, así se hace.”*

I6E1P35: *“Mamá hay que hacer esto, hay que eh un niño se trata así, mamá venga y le enseñe como cambiar por ejemplo la bolsita, eh bueno mamá venga...”*

En este sentido de acuerdo al conocimiento profesional de las enfermeras, la información deseada va dirigida a la necesidad de aprendizaje de la madre para brindar cuidados durante la permanencia de su hijo/a en la unidad neonatal.

5.1.1.5. Código: Aprende mirando a la Enfermera. Tal y como es afirmado en la investigación de Guerra¹⁵⁰ “las madres y los padres están dispuestos a aprender a cuidar a su hijo, y el cuidado de sus hijos lo aprenden directamente de las enfermeras”

¹⁵⁰ GUERRA, GUERRA, Juan Clemente. Experiencias y vivencias de los padres sobre el cuidado de enfermería que se ofrece en la unidad de neonatos del Hospital Universitario de la Samaritana, durante los meses de Julio a Septiembre de 2007. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 2007.

En este sentido, la madre aprende de la enfermera mediante la observación de los actos de asistencia que brindan, convirtiéndose en observadoras del cuidado de la enfermera a su hijo/a.

I6E1P13: *“Pues la verdad yo no le vi complicación ni nada, como yo veía todos los días a las enfermeras como lo hacían allá en la UCI, entonces pues como cambiarle el pañal y echarle cremita pues yo como que tenía idea”.*

I9E1P5: *“yo vi a una enfermera sacarle los gases a ver cómo era que le sacaba los gases porque no sabía, en... no le sacaron los gases no tenía ni idea, entonces yo la vi yo también cogí a mi bebe y le hice lo mismo”.*

Es así, como la madre cuando hace su ingreso a la unidad neonatal, ella observa las actividades de enfermería y la enseñanza que brinda a otros padres, lo que le permite a la madre observar, aprender y ofrecer el cuidado, teniendo como referencia lo realizado por la enfermera:

I9E1P8: *“Yo la vi y porque ella le explicó a un papá, sí ella le explicó a un papá, entonces yo me puse a mirarla ahí, porque ella llegaba y lo cogía y le daba así vueltas y uno siempre hay no se va a partir o esto porque dicen que ellos no se pueden sentar todavía y no entonces yo llegue y la vi...”*

I9E1P9: *“Y ella dijo: no, eso le pega así, tranquila que eso no duele y le pegaba así al papá, y le pegaba y que no acá, que acá son los pulmones y no acá porque sí. Entonces yo la vi, yo también cogí mi bebé, lo cogí y le hice lo mismo, si lo senté y le hice lo mismo.”*

La madre aprende lo que la enfermera le explica, lo que el contexto de la unidad le muestra, es decir lo que la enfermera realiza y ella observa, aprende y cuida a su hijo/a, en base a lo visualizado. Para los informantes generales, la enseñanza incluye además de las expresiones verbales, la demostración, porque el aprendizaje incluye el hacer y el conocer; tal y como es manifestado por las enfermeras:

IG3E1P31: *“Claro creo que todo es de ejemplo de repetición, todo debe de ser visual, ehh ... y las mamás aprenden más así, si yo hago las cosas bien, si yo trato al niño, le cojo una manito, le meto la mano, la manga, todo eso, entonces van a ir aprendiendo, así lo hacen las enfermeras, esos es rapidito que visten a un bebé, así lo bañan rapidito y la mamá lo va a ensayar de una vez en la casa, porque es de ejemplo de repetición y si ella lo visualiza muchas veces seguramente después lo va saber hacer.”*

La madre reconoce que si el cuidado es brindado por una enfermera es un cuidado que se debe aprender porque ellas son quienes conocen, cómo se debe ofrecer el cuidado a los prematuros, por lo tanto es un cuidado confiable, por lo que reconoce la importancia de observar adecuadamente a las enfermeras para aprender y poder ofrecer cuidados a su hijo/a haciéndolo como si lo brindara una enfermera.

I9E1P19: *“Entonces uno mira para aprender y uno aprende de las personas que ya saben sí, yo por ejemplo si yo le hubiera visto eso de otra mamá, no lo hubiera hecho sí, pero si yo lo veo de una persona que sabe pues yo lo hago, debo de tener el cuidado de*

hacerlo como ella lo hace sí, no arrebatado, no, yo aprendo de una, cogerlo despacio porque ellos de todas maneras son delicados, pero no, para mi es más, yo pongo mucho cuidado para así mismo aprender.”

Participar en el cuidado para una madre que tiene su hijo/a hospitalizado implica contar con el conocimiento ofrecido por enfermería a través de la comunicación verbal, la demostración y el comportamiento durante las sesiones educativas dirigidas a otros padres. La madre es observadora del contexto, de donde proviene la información que le ayudará a vencer las barreras que le limitan la participación en el cuidado.

5.1.1.6. Código: Mira cuidar al bebé. Las enfermeras como profesionales que conocen del cuidado sobre el prematuro, brinda los cuidados respectivos a los recién nacidos, lo que hace a la madre un agente observador del cuidado:

I1E1P5: Simplemente, yo llegaba y la miraba ahiiii. Ahí afuerita, o sea ahí sentadita, desde la incubadora.

Esta situación de observación de la madre, representa una fuente de aprendizaje, derivado de la realización de cuidados por parte de la enfermera. Por tanto, las enfermeras en su conocimiento profesional y actos de asistencia, son quienes cuidan al prematuro, pero no involucran a la madre en la participación del cuidado. La madre es receptora del cuidado ético de enfermería, pero se evidencia una brecha con el cuidado émico, puesto que ella es visibilizada por la enfermera como sujeto pasivo en el cuidado del hijo. El papel pasivo que asume la madre en el cuidado hace que perciba a su bebé aislado:

I1E1P35: “Allá en... noooo, a nosotros no nos dejaban esto, ni tocarlos, por ahí los piecitos se les podía tocar, pero yo nunca la llegue a cambiar y es que allá tampoco que a cambiar el bebé, allá eran solitos y bañarlos menos. Todo ellas lo hacían...”

Las condiciones clínicas del bebé es otra limitante para la madre de participar en el cuidado, evento que se agudiza cuando la cantidad y complejidad de equipos que apoya la recuperación de salud del bebé, generan en ella un estado de temor a hacerle daño si entra en contacto con su hijo frecuentemente o por periodos largos.

I6E1P55: “Yo era así por encimita del vidrio, yo lo miraba... y más cuando tenía esa ileostomía, desde que le hicieron eso, porque desde el segundo día que nació se lo hicieron eso. Ay si... Yo no lo tocaba, me daba, mucho miedo...”

I9E2P27. “Desnudito, que no le podía poner ropa solo con el pañal, una cosita acá tapándole los ojos, entonces, también me daba nervios, sí, entonces ahí dure, como 5 días sin poderlo alzar.”

Las enfermeras como profesionales que conocen del cuidado sobre el prematuro, brindan la atención, pero no permite que la madre participe del cuidado, lo que hace a la madre un agente observador al momento del cuidado dentro del contexto de cuidado intensivo, ya cuando los recién nacidos permanecen en la unidad neonatal su participación deja de ser incipiente y se involucra en el cuidado. Es así, que la complejidad del cuidado requerido por el recién nacido, como es el caso del escenario de

cuidado intensivo neonatal, puede constituirse en una limitante para la participación de la madre y solo le ofrece un espacio de observación, que también es una forma de aprender a cuidar a su hijo: mirando

I4E1P2: *“Entonces claro ellas simplemente cada ratito lo atienden súper bien, obviamente pues es bueno, pero entonces uno de mamá no tiene contacto, no ya le cambie el pañal, ahh ¿entonces qué hago? Mirarlo ahí, porque si lo toco mucho no, que si lo muevo mucho ¿cómo?, que no lo puedo sacar porque esta intubado o esta ventilado o algo entonces tampoco, entonces nada, casi no tiene uno contacto, ya cuando los pasan allá ya es un poquito más. Eso sí.*

El aprendizaje de la madre para participar en el cuidado a través de la observación, tiene dos orientaciones: la madre aprende porque la enfermera le demuestra cómo hacerlo, para que ella replique la intervención hasta lograr la confianza y decisión de realizar la actividad de cuidado requerido, observa la enfermera cómo es la enseñanza a otros padres y que ella considera le puede servir en el cuidado del bebé. La segunda orientación es mediante la observación de los cuidados que ofrece la enfermera al prematuro hospitalizado, pero la madre no es tenida en cuenta o no se le invita a participar, ya sea por las condiciones de salud del bebé que limita su participación, o son actividades muy especializadas y aún no está lista para participar. Sin embargo ella las observa, las graba en su mente y las tiene en reserva para llevarlas a la práctica si es el caso, cuando ella sea cuidador activo de su bebé.

5.1.1.7. Código: Otras fuentes para aprender a cuidar el bebé. Si bien es cierto, el cuidado de enfermería y la enfermera es para la madre fuente de asistencia y facilitación para la participación en el cuidado, la madre hace evidente la importancia del conocimiento profesional, para el aprendizaje de cuidados al recién nacido prematuro:

I3E2P13: *“Bueno, ¿Cómo cargarlo?, bueno ahí sí, llego una fonoaudióloga y ella si me enseñó como agarrarlo, queee debía tenerle la cabecita así sujetada con el brazo y la colita con la mano... Ella sí... Pero ya, solo eso.”*

I5E1P37: *“sí, sí claro, a mi el doctor me dijo: mira mamá como ella ya empezó a succionar yo te aconsejo que trates de dejarle toda la leche posible.”*

Participar en el cuidado del bebé prematuro hospitalizado, para la madre es contar con un sólido proceso de enseñanza, que proviene especialmente de la enfermera, sin embargo, ella acepta la enseñanza de otros profesionales de la salud, lo asimila y lo aprende ya que esto le proporciona estrategias de cuidado que le facilitan el acercamiento a su hijo, la contribución como madre en el cuidado, bienestar y recuperación del recién nacido son fuentes de aprendizaje que le amplían el conocimiento que enfermería no alcanza a satisfacer en ella.

Hasta ahora la madre reconoce la importancia del conocimiento ético, sin embargo, el conocimiento émico de la madre existe, representado por su prácticas aprendidas por tradición son guías para el cuidado de sus hijos, pero la ejecución de las prácticas culturales están presentes en el hogar, sin embargo éstas no son relevantes para el cuidado en el contexto hospitalario durante su participación:

I5E2P32: *“ehhh, en el ombliguito se le puede colocar un botón, primero se le coloca un algodón, luego un botón y luego micropore para que el ombligo no se brote tanto quede metidito y el botón no se coloca directamente porque la quema entonces se coloca es el algodón primero y se le cambia, si...”*

I5E2P36: *“como alimento y fuera de eso por ejemplo la manzana los relaja mucho, les da mucho sueño...”*

De esta manera, las enfermeras no desconocen la existencia de los conocimientos culturales de las madres, pero confirman la disponibilidad del conocimiento étnico que no se evidencia durante la hospitalización del prematuro y la participación de la madre en su cuidado. Las madres no comparten el conocimiento étnico con las enfermeras, sin embargo los profesionales de enfermería expresan su disponibilidad para evaluarlos con ellas e identificar el impacto en la salud del niño y de esta forma decidir su conservación reorientación o restructuración, como lo plantea Leininger en su teoría, pero sin que ellas tengan conocimiento de ésta. La actitud del profesional frente a las prácticas de cuidados tradicionales de las madres, es un intento por acercarse al cuidado sensible y coherente con la cultura, como lo dice Leininger este es un concepto central de su teoría.

IG4E1P26: *“si, por ejemplo aquí hay mamitas eh pero ellas tampoco nos dicen, por ejemplo hay la de fajarlos ehhh los ombliguitos y les colocan ahí, yo no sé, como un botón, bueno, yo no sé qué es lo que le colocan, sí un botón, ehhh, ellas de pronto tienen esa idea pero nunca o sea nosotras o por lo menos a mí nunca me han dicho ay jefe será que le puedo dejar... no lo han hecho.”*

IG4E1P29: *“ lo de las camisitas rojas se las dejamos, si ellas nos dicen a bueno guardar el ombligo, esa es otra, pues uno les guarda el ombligo, lo que ellas nos digan, nosotras como que le aceptamos, pero a veces ellas como que tienen temor y no nos dicen a nosotras, es que a mí me gustaría tal cosa o no me lo bañe, hay mamás que por ejemplo si los niños están con gripa no los bañan, pero no nos dicen a nosotras ¡ay! no me vaya a bañar al niño o que nos explique no nos dicen eso, pero de pronto uno respetaría eso.”*

IG4E1P28: *“no más aquí en la unidad tuvimos a una mamita que el niño tenía mucha diarrea, mucha diarrea, y a lo último trajo a la abuelita del niño para que lo fajaran y le hiciera los masajes, los masajes porque estaba descuajado, bueno eso, ehhh, bueno ya hablo con la doctora y dejamos que la abuelita entrara y le hiciera los masajes y todo, de pronto en eso sí, o sea si ellos hablan de pronto nosotros les respetamos eso, pero hay mucha que se quedan calladitas entonces nunca dicen por ejemplo lo del ombliguito y nunca nos han dicho nada.”*

Las enfermeras afirman que uno de los factores que influye en que la madre no comparta sus creencias con las enfermeras es el temor al rechazo.

IG4E1P30: *“porque les da como miedo, pienso es que les da miedo de decir eso, pienso o que de pronto piensan que uno se va a burlar de ellas o no sé pero ellas no, no lo manifiestan, o sea si uno le eh... por ejemplo la mamá que trajo la abuelita pues nos dijo y nosotros si y le preguntamos a la doctora y ella permitió eso y bueno se pudo”.*

En este sentido, las madres expresan que no comparten el conocimiento émico, porque no cuenta con tiempo disponible; pero es conocimiento que a su juicio debería tenerse en cuenta.

I5E2P37: *“No, yo creo que en el hospital no hay tiempo para eso”.*

Otro aspecto observado por los profesionales de enfermería con relación al conocimiento émico para el cuidado del recién nacido, es la influencia de las mamás y las abuelas en las madres jóvenes; que las enfermeras están dispuestas a conocer, respetar y negociar en beneficio de la salud del recién nacido.

IG3E1P29: *“lo que pasa es que a veces, sobre todo las mamás que son muy jóvenes, porque es el primer bebé, tienen mucha influencia de... de las abuelas, de las mamás, de las abuelitas, de épocas antiguas o anteriores y sí, traen muchos mitos, tabúes, he cosas culturales de su región que querrían implementar, pero con educación, pienso uno puede ir, no quitando las costumbres culturales, pero si favoreciendo la salud del niño y la recuperación y evitando problemas posteriores.”*

Participar en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado desde lo cultural significa para la madre, la presencia del conocimiento émico, aunque no pueda realizarlo en el contexto de la unidad y no deseen evidenciarlo frente a los profesionales. Por parte de las enfermeras, conocen la existencia de este conocimiento y expresan la disponibilidad de respetarlo y evaluarlo en beneficio de los niños, si las madres lo compartieran con ellas.

5.1.2. Patrón 2: Participar la madre en el cuidado, como presencia y como protección al prematuro hospitalizado

El cuidado tiene significados culturales y simbólicos tales como cuidado como protección, cuidado como respeto y cuidado como presencia ¹⁵¹ En este sentido, la participación de la madre en el cuidado del recién nacido prematuro en la unidad neonatal, es cuidado como protección, (lavado de manos) porque están destinados a contribuir a prevenir complicaciones en el niño y la participación de la madre en los cuidados del niño es cuidado como presencia, pues se fortalece la relación afectiva madre hijo y ella siente que desempeña su rol como madre.

Coherente con lo anterior a continuación se describen cada uno de los códigos, que constituyen este patrón:

¹⁵¹ LEININGER M Madeleine. MACFARLAND R Marilyn. Universalidad y Diversidad del cuidado cultural. Etnoenfermería: un método de investigación con facilitadores para estudiar la teoría del cuidado cultural. Capítulo I. Jones And Bartlett Publisher 2006. Traducción elaborada por: Juan David Cárdenas Ruiz. Junio 2010, p. 11.

5.1.2.1. Código: Participa en el Cuidado. Participar la madre en el cuidado, requiere un proceso progresivo, dependiente de las condiciones de salud del niño y su comienzo se hace efectivo cuando enfermería la invitan, le explican y le facilitan su participación; participar en el cuidado de la madre al recién nacido prematuro es un proceso guiado y sujeto a factores ambientales como la condición de salud del niño, las necesidades tecnológicas, la especialización del cuidado entre otros:

I2E2P22: “si, ellos me dijeron no todavía no se puede hacer, pero le puede cambiar el pañalito, la puede consentir, la puede estimular, echar aceite...”

La presencia de la madre en la unidad neonatal, le permite aprender acerca del cuidado para participar, lograr confianza, seguridad y decisión; ser cuidador activo, poder desempeñar su rol como madre la motiva, fortalece la relación madre- hijo y está presente en el cuidado.

I7E1P27: “No el aprender, si el aprender para estar ahí pendiente para cuidarlos más, uno aprende mucho”.

I7E1P11 “Sí, claro, claro y a ellos les sirve que uno claro esté ahí porque, que el cambio de pañal, el tetero, si claro ¿no?... Uno va aprendiendo, así uno tenga el miedo, igual no sé, uno lo va a aprendiendo con la práctica”.

I1E1P17: “Ya no me da, ya por lo menos la saco de la incubadora, ya le doy teta, ya que día la senté, le di la comidita en copita, ya la cambio, ya la abrazo, si ya, ya no me da nervios.”

I3E1P8: “pues que era mi hija, eso me motivaba. Estar con mi hija es una motivación, saber que yo estoy ahí participando en el cuidado de ella... Para mí es muy importante estar ahí.”

I3E2P6: “De pronto porque es mi hija y ella va a sentir el afecto que le doy yo como madre, y yo también o sea, para encariñarme más con ella, que ella me vaya conociendo y yo irla conociendo más a ella...”

I7E1P30 “Porque estoy más en contacto con ellos y todo es aprender y estar en contactos con ellos, claro y estando aquí en el hospital entre más uno esté en contacto mucho mejor.”

Esta participación como presencia para establecer contacto con el recién nacido es una situación en la que convergen la enfermera y la madre, lo cual es manifestado por la enfermera así:

IG2E1P9: “lo primero, pues que eh ella tenga el contacto directo con el niño, que lo cargue, ahí es cuando viene la primera expectativa, si lo sabe cargar o si le da temor cargarlo.”

IG2EP24: “es indispensable, para el crecimiento y desarrollo de su recién nacido en todo aspecto, en el aspecto emocional, en el aspecto físico, en la alimentación, en todo. Es indispensable que los papás tengan la participación de este, de este cuidado.”

De las actividades frecuentes y de asistencia diaria en que la madre participa durante la hospitalización del niño son: la alimentación, especialmente a través de la lactancia materna, confort y contacto piel a piel:

I8E1P35: *“Le cambiaba de vez en cuando el pañal, le aplicaba que cremitas, que aceíticos y el plan canguro.”*

I3E1P6: *“Pues en el cuidado como tal con mi bebé, pues es muy importante uno estar al lado de su bebé, dándole su leche materna, su tetero, en el caso mío al principio no me salía mucha leche materna, estoo..., para mí es muy importante estar ahí, con ella...”*

Dentro de los aspectos importantes de la participación de la madre para el cuidado ellas evidencian el contacto piel a piel, donde le atribuyen grandes beneficios para la evolución satisfactoria de sus hijos, se estrecha y se fortalece la relación madre- hijo/a y el contacto permanente con sus hijos/as permite la recuperación pronta del bebé:

I5E1P19: *“pues de canguriar me gustó hartísimo porque hay como que el contacto con la bebecita, y al otro día mire que su bebé va en treinta y cinco de peso y uno como que ahh que rico, o sea sí, como que hay más contacto mamá bebé y entonces sí, como qué... como que uno tiene las esperanzas de que mi bebé va a salir de ésta y ya tenemos que salir de acá, sí, como que se recupera...”*

Participar en el cuidado es ofrecer cuidados para el confort, garantizar la comida a través de la leche materna, ser veedora del cumplimiento en la administración de tratamientos y terapéuticas, estimularlos y fortalecer la relación entre madre- hijo. Como se observa en las siguientes expresiones:

I6E1P15: *“cuidarlo, tenerlo aseado, alimentarlo o sea que salga ya llenito, eh pendiente de que de los medicamentos o aquí en neonatos pues de los medicamentos haber que le están poniendo eh, eso pues para mí eso.”*

I1E1P32: *“O sea, yo se lo básico jefe. Pues que bañarla, que asearla, darle la comidita, eh h h h h h estimularla... Sí. Porque o sea que más...”*

En este sentido el cuidado que es representativo para la madre en su participación es la lactancia materna:

I2E2P2: *“si y que nosotras ahí participamos, hartísimo porque imagínate en el cuidado del bebé pues la comida nosotras participamos en si quedo llena no quedo llena y si no quedo llena pues ustedes nos colaboran y...”*

Esto es confirmado, mediante su percepción frente a la fotografía tomada durante la hospitalización y la participación en el cuidado:

Foto N° 1. *La Lactancia transmite amor a los hijos:*



I2E3P1F1: *“para mí esa fotografía significa primero amor, el amor que le estoy dando a mis bebés, mediante la leche el alimento que ellas están ahí consumiendo, la emoción de tener dos bebés al tiempo”*

Los lazos afectivos generados en la participación del cuidado, se transmiten mediante la lactancia materna, siendo el amor el sentimiento prevalente, el apoyo durante la hospitalización, que le expresan con el contacto físico, la permanencia y la preocupación por el estado de salud.

I9E3P2: *“como dar un apoyo a ellos, como sí, como consentirlos como o sea es como sentimiento de madre, sí como sentimiento de mamá, que uno necesita verlos sí porque no los tiene todo el día, solamente son unas horitas, sí entonces en realidad necesita transmitirle eso..”*

Esto es evidenciado en la siguiente fotografía, donde la madre en su permanencia del cuidado en la unidad, participa del cuidado, motivada por la condición de salud de su hijo:

Foto N° 2. *Felicidad por la recuperación del hijo*



I9E4P4F4: *“no pues ese día yo estaba contenta porque él estaba mejor, se veía más gordito, y porque mi esposo ya se iba ir, o sea sentía alegría de verlo así, y sentía tristeza porque mi esposo ya se iba a ir, entonces por eso yo lo vestí así para que él lo viera, y el semblante de ellos le cambia a uno el estado de ánimo también.”*

5.1.2.2. Código: Lavado de manos. La primera enseñanza de enfermería que recibe la madre para participar en el cuidado es el lavado de manos, como estrategia de protección hacia el bebé y como cuidado que debe continuar una vez dado de alta.

I2E1P4: *“entonces pues lo principal para mí, me parece el lavado de las manos hasta el antebrazo es como la más importante para quitar bien las bacterias y ya del resto pues ya los cuidados que le digan de más de más a uno de cada unidad.”*

I6E2P12: *“Pues lo primero que uno hace es lavado de manos ahí si yo si me las lavaba así como, o sea no... no con instrucciones ni nada, porque no había esa, esa papeleta de instrucciones, ahí si eso si yo lo conocí en neonatos.”*

Las madres consideran el lavado de manos como práctica aprendida de enfermería y que debe ser trasladada del escenario hospitalario al hogar y lo adoptan como costumbre:

I7E1P26: *“Porque igual esa higiene también yo pienso... yo, que uno también se acostumbra para en casa hacerlo, el lavado de manos, ehh si lo de tener las cositas limpias y todo ese aseo, en casa igual uno también como que se acostumbra para hacerlo.”*

En este sentido, lavar las manos o desinfectarlas, es reconocido como cuidado protector con sus hijos y por tanto una participación segura para el cuidado.

5.1.2.3. Código: Evitar artefactos que infectan. Dentro del contexto de la unidad neonatal, la madre es veedora del cuidado de su hijo, y aprende que los artefactos diferentes a los requeridos para el cuidado de su hijo/a, deben ser restringidos pues son portadores de infecciones, por tanto considera que no debe colocarse imágenes, el equipo que labora en la unidad debe portar ropas exclusivas para el área, evitar el uso de celulares o lavarse las manos después de utilizarlos, mantener el cabello recogido. Sin embargo cuando observa que estos aspectos no son cumplidos por las personas que cuidan a sus hijos/as, ellas sienten desconfianza del cuidado ofrecido y no comprenden por qué si ellas cumplen las normas, el equipo no lo hace, si lo que se busca es proteger a sus hijos/as de infecciones.

I4E1P1 *pero en cuanto a uniformes y todo eso pues como yo trabajaba allá era así como te digo, uno tiene su vestier, uno llega se cambia, están los gorros, que son los gorritos esos que son de botar, o sea cada turno tiene su, los desechables se coloca uno... obviamente uno viene de la calle con su uniforme, obviamente como se le va acercar a un niño, usted sabe que en una UCI pues que una klebsiella, tantas infecciones que hay y entonces uno tiene que cuidar los niños al máximo y eso si yo no lo veo acá.*

5.1.3. Análisis del tema 1 a la luz de la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales – Madeleine Leininger.

Para la madre participar en el cuidado del bebé prematuro hospitalizado, implica la necesidad de aprender de las enfermeras como proveedoras de cuidado específico, y aprender cuidados donde la madre se evidencia como proveedora de cuidado como asistencia y como presencia, siendo ella el cuidador primario del niño.

La enseñanza de la enfermera a la madre es compartir su conocimiento ético e iniciar un proceso progresivo de vinculación y participación en las actividades de cuidado al prematuro hospitalizado. El cuidado ético o profesional se refiere a los conocimientos, y prácticas de cuidados formales y explícitos, cognitivamente aprendidas, obtenidas generalmente a través de instituciones educativas. Son enseñadas a las enfermeras y otros, para proporcionar actos de asistencia, apoyo y facilitación a otros individuos, o grupos para mejorar su salud, prevenir enfermedades, o ayudar con la muerte u otras condiciones.¹⁵² Coherente con este concepto, la enseñanza de la enfermera es el camino que conduce a la madre a participar y aprender a cuidar su hijo desde la hospitalización, en un espacio desconocido. Participar en el cuidado al prematuro es un reto que la madre asume y que logra apoyada en los factores positivos, provenientes del entorno, como la ayuda ofrecida por las enfermeras, el reconocimiento a su participación en el cuidado, que además hace que la enseñanza obtenida y asimilada de fuentes de conocimiento ético se continúen en el hogar.

Para comprender cómo el contexto puede influir en el significado que la madre le asigna a la participación en el cuidado de su hijo prematuro hospitalizado, es interesante revisar los factores que están presentes en este tema:

Factores de la estructura social y cultura: los lazos afectivos que une la madre con su hijo, favorece el establecimiento y fortalecimiento del vínculo afectivo, mediante su participación en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado. Cuando la madre establece el vínculo afectivo con su hijo/a y su contacto con él es permanente, la madre se motiva para afianzar esa participación, empoderarse del cuidado y buscar la autonomía para ejercer su rol de madre, de manera que con el paso del tiempo esto influye en el aprendizaje del cuidado al prematuro, se constituye en una experiencia de cuidado como elemento de la etnohistoria. La expresión más fuerte de este vínculo social se evidencia en la participación de la madre a través de la lactancia materna, pues la recuperación del bebé está ligada a la aceptación de la leche de la madre y la ganancia de peso. Por tanto, para la madre participar en la alimentación de su hijo es gratificante.

La Etnohistoria: representa cada uno de los eventos pasados y presentes especiales y condiciones dentro del contexto histórico,¹⁵³ de esta manera, la ausencia de experiencias previas relacionadas con el cuidado de un prematuro, influyen en el sentimiento de la madre cuando participa del cuidado, pues es un evento nuevo, sorprendente y asombroso para ella. En sentido contrario, si está presente una experiencia pasada

¹⁵² *Ibíd.*, p.12.

¹⁵³ *Ibíd.*, p.12.

similar o de hospitalización de un bebé recién nacido, la sensación de confianza y seguridad es más cercana, sin embargo son conscientes que deben aprender el cuidado específico de su bebé actual, pues cada hijo es diferente.

En este sentido, la enseñanza de la enfermera, un camino para la madre participar en el cuidado del prematuro hospitalizado, demuestra que el conocimiento ético del profesional de enfermería que es facilitado a la madre, le permite poder participar del cuidado, donde se evidencia el cuidado de enfermería como fuente de asistencia facilitación, presencia y protección que genera participación para el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado.

5.1.4. Análisis de lo universo y lo diverso del Tema 1.

El aspecto sobresaliente de este tema, es que para la madre participar en el cuidado de su hijo/a prematuro hospitalizado, requiere de un punto de partida, que es ofrecido por la enfermera a través de la educación, enseñanza y acompañamiento en la realización de cuidados específicos que requiere el niño/a y que no son familiares para la madre. Por tanto la enfermera es quien activa la madre, a través de la invitación, motivación y apoyo. Ella debe ayudarla a vencer el miedo, la indecisión e inducirla a sentirse cuidador activo de su hijo en condiciones particulares de salud. Resultados similares como el estudio de Guerra Guerra¹⁵⁴ quien identificó la categoría los padres aprenden de las enfermeras, donde describió que:

“Los padres de los neonatos reciben la mayor parte de la información sobre la condición clínica del neonato y su evolución directamente de los médicos, el cuidado de sus hijos lo aprenden directamente de enfermería. Para lograr una participación activa de los padres en el cuidado del neonato durante su hospitalización, la mayoría de los padres, salvo pocas excepciones están dispuestos aprender a cuidar a su hijo, donde reconocen que es fundamental la participación de enfermería, enseñándoles a los padres acerca del cuidado de su hijo neonato prematuro, enfermería debe estar abierta al aprendizaje que puede obtener de los padres de los neonatos sobre el cuidado de sus hijos”.¹⁵⁵

Si bien reconocen que enfermería posee el conocimiento ético para enseñar a los padres a cuidar a su hijo en el contexto de la unidad neonatal, no profundizan acerca de esa enseñanza de la enfermera y lo hacen evidente como recomendación de la investigación. En este sentido esta investigación describe, cómo se da el aprendizaje de las madres para participar del cuidado, reconociendo en la enseñanza de la

¹⁵⁴ GUERRA, GUERRA, Juan Clemente. Experiencias y vivencias de los padres sobre el cuidado de enfermería que se ofrece en la unidad de neonatos del Hospital Universitario de la Samaritana, durante los meses de Julio a Septiembre de 2007. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 2007.p.100.

¹⁵⁵ *Ibíd.*, p.100.

enfermera un proceso de explicación, observación, demostración y ejecución, estas formas del proceso de enseñanza de las enfermeras facilitan la participación en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado.

La investigación de Guerra¹⁵⁶, concluye que la participación es significativa para los padres, que implica un proceso de adaptación y realización de cuidados de enfermería, además hallaron la necesidad de aprender de los padres y la participación como acto que es permitido por las enfermeras, que en algunas ocasiones los involucra en el cuidado o el cuidado es brindado como protección al limitar la realización de algunos cuidados por los padres para evitar riesgo de infecciones en los recién nacidos.

Otra investigación como la de Gallegos, Monti Fonseca y Silvan Scochi¹⁵⁷, concluyeron en la necesidad de participación de los padres en la unidad neonatal, mediante la implementación de la educación y desarrollo del vínculo afectivo, que permita el cuidado centrado en la familia. Este mismo resultado es hallado en esta investigación pero como una necesidad propia de las madres. También expresaron que el entrenamiento de las madres para el cuidado del recién nacido y su inclusión en la participación, es realizado por la enfermera. Para esta investigación la enfermera es reconocida por las madres, como el profesional importante que facilita la participación.

Esta misma investigación describe que la permanencia de los padres, modifica el ambiente en la unidad neonatal, ya sea porque los padres ayudan o interfieren en las actividades diarias de la unidad, y porque son considerados como fuentes de estrés y consumen valioso tiempo, así ellos colaboren en el cuidado. En contraste con el presente estudio, las madres expresaron que cuando las enfermeras enseñan acerca de los cuidados, ellas aprenden y pueden ayudar en la ejecución del mismo. Información que confirmada por las informantes generales donde manifestaron que la presencia de la madre permite la oportunidad de enseñanza para el cuidado.

A diferencia de lo hallado en la investigaciones referidas, se encontró que la participación implica un proceso de enseñanza para el cuidado, enseñanza que es brindada por la enfermera, permitiendo a la madre su participación en el cuidado, mediante la facilitación, la asistencia, la presencia y la protección de la madre a su hijo, todo esto influenciado por la enseñanza de la enfermera.

¹⁵⁶ *Ibíd.*, p. 107.

¹⁵⁷ GALLEGOS MARTINES, Josefina, MONTI FONSECA, Luciana Mara, SILVAN SCOCHI, Carmen Gracinda. Participación de Madres / Padres en el cuidado del niño prematuro en la unidad neonatal: significados atribuidos por el equipo de salud. *Revista Latino-Americana Enfermagem* 2007 marco-abril; 15(2). P. 9. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/es_v15n2a08.pdf.

5.2. Tema 2: el contexto de la hospitalización del prematuro, un escenario que influye en la participación de la madre en el cuidado.

Si bien existen algunas investigaciones, como la de Guerra¹⁵⁸, Rodríguez¹⁵⁹ y Solano¹⁶⁰, que mencionan cada una de las experiencias, vivencias y significados de las madres con la hospitalización; en esta investigación se encontró que el contexto de la hospitalización es un escenario que influye para que la madre participe en el cuidado, ya sea por los sentimientos que pueden acercarla o alejarla a la participación, o como factores de contexto que interfieren en la participación; e igualmente el apoyo recibido la motiva para participar del cuidado de su bebé.

Las investigaciones de los autores mencionados anteriormente, describen el significado para la madre de la hospitalización del recién nacido, identificando este escenario como desconocido para ellas, que les exige sentimientos, apoyos y adaptaciones al contexto. En este sentido, los hallazgos de esta investigación evidenciaron la presencia de estos mismos aspectos y su influencia positiva o negativa para que la madre participe en el cuidado del prematuro hospitalizado.

De acuerdo a lo anteriormente descrito, el tema comprende los siguientes patrones:

5.2.1. Patrón 1: Los sentimientos de la madre la acercan o alejan en la participación del cuidado al prematuro hospitalizado.

Wyly y Allen,¹⁶¹ señalaron que los padres de prematuros atraviesan distintos estados emocionales durante la hospitalización. Inicialmente se encuentran en

¹⁵⁸ GUERRA, GUERRA, Juan Clemente. Experiencias y vivencias de los padres sobre el cuidado de enfermería que se ofrece en la unidad de neonatos del Hospital Universitario de la Samaritana, durante los meses de Julio a Septiembre de 2007. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 2007.

¹⁵⁹ RODRIGUEZ HOLGUIN, Yanira Astrid. Las madres se adaptan a la hospitalización de sus hijos mediante la exploración y el apoyo. Tesis de Maestría. Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería de la 2007.

¹⁶⁰ SOLANO RODRIGUEZ, Yenny Andrea. Significado de la experiencia, para la madre adolescente de la hospitalización del recién nacido en la unidad neonatal. Hospital Engativá, 2012. Tesis de Maestría. Bogotá. D.C: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2012

¹⁶¹ Wyly MV, Allen J: Stress and coping in the neonatal intensive care unit. Tucson, AZ: Communication Skill Builders 1990. Citado por ROSSEL C., Katherine; CARRENO, Tamara y MALDONADO, María Estela. Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados. Un mundo desconocido. *Rev. chil. pediatr.* [online]. 2002, vol.73, n.1. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-

estados de shock, aterrorizados, confundidos e incapaces de concentrarse y de recibir mucha información. Luego aparece el *miedo*, especialmente a la muerte; no pueden establecer un vínculo emocional con sus hijos (ello intensificado por la incapacidad de la madre de poder establecer apego), se sienten débiles, frágiles e incompetentes. La *culpa* sobreviene en forma inevitable, se deteriora la autoestima. Luego aparece la *depresión*, se tornan tristes, desesperanzados, con constante temor a la muerte. Al no poder modificar la condición en que se encuentra su bebé, aparece *la rabia*, se vuelven agresivos y fuera de control con el equipo de salud, consigo mismo, incluso con Dios. Finalmente, aparece el *celo y la rivalidad*: el equipo de salud les ha quitado el derecho de cuidar a su bebé, y es por ello que muchas veces se sienten minusválidos y extraños frente a sus hijos. La negación es un mecanismo de defensa del inconsciente y es posible encontrarlo acompañando a cualquiera de las etapas anteriores.

En la investigación anterior se evidencia los diferentes estados emocionales por los que atraviesa los padres cuando sus hijos han sido hospitalizados y se caracteriza por una serie de sentimientos que pueden influenciar en la participación en el cuidado.

Coherente con los hallazgos, los sentimientos de la madre fueron codificados para entender su relación con su participación en el cuidado y si éstos eran significativos en este proceso. Partiendo de la definición de sentimientos dados por la real academia de la lengua española, son estados afectivos del ánimo producido por causas que lo impresionan vivamente¹⁶², luego los sentimientos de la madre son esos estados afectivos que ella experimenta y que se relacionan con la necesidad de participar en el cuidado de su hijo.

5.2.1.1. Código: Felicidad al contacto. La felicidad de la madre está asociada al contacto con el recién nacido prematuro, generando deseos e impulsos afectivos y la motivan a realizar prácticas de cuidado propias movidas por el sentimiento, como consentirlos. La felicidad al contacto se traduce para ella en alegría. El contacto con su hijo es una experiencia mágica, es así como las madres lo expresan:

I1E1P9: *“pues, uno sienteeee.... o sea uno es feliz. Porque la verdad yo nunca había sentido a mi hija y yo la vine sintiendo después de los 50 días, fue que yo la pude alzar, la pude abrazar...”*

I3E2P31: *“Cuando llego y la encuentro llorando y la cargo eso para mí es...felicidad porque entonces yo la consiento, y sobre todo en las mañanas porque esa niña ahora como llora su comida. Para mí es... o sea me da alegría estar con ella”.*

¹⁶² Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. edición 22. España. 2001. p.1614. ISBN 8423968138, 9788423968138. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=sentimientos>. Consultado 24 de Mayo de 2013.

La felicidad fortalece el vínculo afectivo, pese a existir artefactos que se interponen entre ellos como la incubadora que no les permite acercamiento efectivo con su hija/o. Para una madre sentir la cercanía y el contacto del hijo/a es reafirmar su sentido de compromiso y pertenencia con el bebé y estimular el desarrollo del rol, de madre por ser ésta una experiencia gratificante. El contacto con el hijo sin la interferencia de artefactos es el vencimiento de la barrera que los alejaba, que no les permitía sentirse madre del bebé, sino como extraños. La relación establecida desde el vientre materno se convierte en una relación fría y lejana, pero el contacto piel a piel la restablece.

I4E1P21: *“Ahhh chévere, es sentirlos ahí uno por primera vez, porque uno verlos por la incubadora un ratico, es como sentir que los niños no son de uno a la vez, si no como lejos, como que los tengo cerca pero tan lejos, o sea cosas así, ya sentirlos uno acá en el pecho, se siente rico, ay si son míos otra vez, porque en la barriga pues uno todo el tiempo los siente mover todo...”*

Cuando la madre, establece contacto con su hijo, ella lo refiere como sentimientos de alegría motivado por el estado de salud de su hijo prematuro, como se evidencia en las fotos 3 y 4 y lo que las madres refieren al respecto.

Foto N° 3. *Recién nacido prematuro recuperado*



I9E4P3F3: *“pues ahí, sentía alegría porque estaba muy bien, estaba engordando, se veía muy bonito, entonces, uno ve la foto y mira como el semblante, porque uno mira es como el semblante de ellos.”*

Foto N° 4. Contacto Madre e Hijo



I6E2P40F2: *“A mí me inspira mucha ternura, como él está así más despiertico, me, me da mucha alegría verlo así más repuestico, más recuperadito, porque después de que estuvo tan malito, de llegar a verlo así es como una felicidad muy grande”.*

Participar en el cuidado del recién nacido prematuro que está hospitalizado, para una madre es oportunidad de acercamiento, contacto, compartir sentimientos de ternura, amor y fortalecimiento de los lazos familiares que los une. Es un momento de alegría, cuando le observa sus expresiones faciales, ganancia de peso y comportamiento del bebé tranquilo confortable, que para una madre significan estar mejorando.

5.2.1.2. Código: Primer encuentro. El primer encuentro madre- hijo es un momento emocionante para conocerse, de estar cerca, volver a encontrarse y genera en la madre sentimientos como: felicidad, miedo, tristeza, asombro. Un aspecto que les llama la atención es el tamaño, pues son muy pequeños en relación con el hijo imaginario o normal, que es un bebé grande, como lo expresan:

I7E1P17: *“No pues emoción pero susto... Susto porque uno de pronto ve a los bebés siempre grande normal y porque yo no había visto un prematurito y cuando uno los ve ahí chiquititos uno se aterra pero no...”*

I8E1P26: *“No, me dio felicidad de ver a mi hija ahí, y a la vez como nervios de tan chiquis pero.”*

Las condiciones físicas en que la madre encuentra por primera vez a su hijo/a, después de la separación en sala de partos, también influyen en la decisión de participar en el cuidado, porque además del tamaño pequeño les llama la atención los cables y artefactos terapéuticos que los rodean y que para ella son elementos que interfieren en la primera intención de la madre en acercarse y tocar a su hijo. Esta situación ocasiona tristeza que le limita su participación en el cuidado desde el primer encuentro.

I5E1P24: “si o sea para uno de mamá verlos así, o sea si y cuando uno los quiere alzar o algo, le da como muy triste, yo veía a la niña como terrible, el primer día que yo subí y la vi allá toda llena de cables...”

Las experiencias previas de cuidado de la madre, son un factor que contribuye para definir su participación en el cuidado; pues tener un hijo prematuro es un evento nuevo, que les preocupa y asombra por su tamaño en comparación al niño “normal” y a su vez sienten sorpresa, temor y dudas frente al cuidado:

I7E2P8: “al verlo, ummm no al verlo tan pequeño porque no había visto un bebé prematuro, así pequeñito, tan pequeñito y todo ¿no? Mil seiscientos gramos imagínate, entonces ¡sí!, al verlo tan chiquito pues como voy hacer, como voy a cuidarlo, pero no ya, pues la práctica lo va haciendo a uno.

El primer encuentro, es una situación sensible para la madre, que ocasiona interrogantes relacionados con la manera como ella podrá ejercer su rol de cuidador, pero con el tiempo y la participación en el cuidado mientras está hospitalizado su hijo/a va aprendiendo y dando respuesta a sus preguntas.

5.2.1.3. Código: Agotamiento para participar en el cuidado. El Agotamiento para participar en el cuidado aparece por ser la madre único cuidador, que representa cambios en su estilo de vida; esta condición física de la madre es el reflejo de su soledad en el cuidado y el cansancio físico.

I1E1P33: “Pues a mi prácticamente me toca solita el cuidado de ella de... Pero sí, uno sí se siente muy agotado...”

Otra condición que genera agotamiento para participar en el cuidado, está relacionado con la necesidad de adaptarse a los horarios de visita y rutinas propias del ambiente de la unidad neonatal, que son poco amigables, en jornadas extensas y por periodos intermitentes, ausencia de espacios y condiciones para el descanso y recuperación de la madre, así como la rigidez de la norma de la unidad que no permite la presencia de otro familiar que les apoye y ayude en el proceso de participar en el cuidado cuando el compañero no está presente, el cual la madre expresó:

I6E1P57: “Si, porque en sí, es solo una hora, y en si solo el papá o la mamá, como para decir mi esposo me ayudó, lo alzó, lo tuvo, no, con ese poquito de tiempo. Yo salía de aquí rendida, porque me iba a las siete, yo me quedaba a todas las visitas.”

I8E1P17: “mucho cansancio, uno se cansa mucho de estar, de estar viniendo y más que los horarios son más o menos cada tres horas pero pues...”

I9E3P11: “Todo el día yo pa arriba y pa abajo, en la UCI me iba a las siete u ocho de la mañana, llegaba ocho o nueve de la noche a la casa, todos los días era la misma rutina, entrar una hora y esperar dos horas afuera, con frío, como fuera, ¡sí!

El cansancio y agotamiento es una condición de la madre que además de interferir en el cuidado de su hijo, es un factor de riesgo que puede favorecer el alejamiento de la madre, con las implicaciones que representa ante el posible abandono del bebé.

En este sentido el estudio de Parra “et al”¹⁶³ sobre el estrés en los padres de los recién nacidos hospitalizados en la unidad de alto riesgo, concluyeron que el estrés esta dado por manifestaciones emocionales, conductuales y cognitivas, es así como en la dimensión conductual de las manifestaciones del estrés evidenciaron mediante valores porcentuales importantes, el cansancio físico como una condición que presentan los padres que tienen hospitalizado su hijos/as en una unidad de alto riesgo.

En contraste con el estudio anterior donde evidencian el cansancio físico como una manifestación conductual de los padres frente al cuidado de sus hijos. La investigación que se desarrolló, reveló mediante las expresiones de las madres que el cansancio y el agotamiento además de ser una condición, representó un factor que la aleja de la participación en el cuidado su hijo/a prematuro hospitalizado.

5.2.1.4. Código: Tristeza por el estado de salud del bebé. Todos los eventos en el estado de salud de los recién nacidos prematuros, le genera a las madres, expresiones de cuidado, determinados por sentimientos de temor, tristeza, depresión, que con el transcurrir de la hospitalización del hijo van cambiando, para favorecer su participación en el aprender a cuidarlos/as y conocerlos como prematuros:

I3E2P28: *“Emocionalmente, al principio fue durísimo y hasta el día de la cirugía, esperar su recuperación, ehh bastante deprimida ya se me ha ido pasando pero no se me ha quitado el temor, ahora que le van a dar de alta debo aprender a conocerla más...”*

I6E2P36: *“No, cuando yo entraba, yo entraba así nerviosa, pero ya después no, yo, yo le daba ánimo, yo le decía que él iba a estar bien, que él iba a salir de esas, pues sí, no puedo negarle que yo duré como, como una semana que le chillaba ahí todos los días, yo lo miraba y a chillar y me deprimía mucho.”*

Este sentimiento es expresado por la madre, cuando ve la imagen de su hijo:

¹⁶³ PARRA FALCON, Flor María; MONCADA, Zulia; OVIEDO SOTO, Sandra Josefina y MARQUINA VOLCANES, Mary. Estrés en padres de los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Alto Riesgo Neonatal. *Index Enferm* [online]. 2009, vol.18, n.1 [citado 2013-07-6], pp. 13-17. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1132-1296. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962009000100003>.

Foto N° 5. Alteración en el estado de salud del recién nacido prematuro



I9E4P1F1: “El niño estaba así, flaquito, malito me da tristeza me ponía triste, me dan ganas de llorar...”

Foto N° 6. Expresiones de tristeza de la madre por el estado de salud del hijo



I9E4P2F2: “Ese es el sentimiento, cuando uno ve la foto que esta malito a uno le da como tristeza de no querer ver el niño así”.

En este sentido las enfermeras afirman que la hospitalización es un evento nuevo que genera en la madre tristeza, por lo inesperado que resulta tener un bebé prematuro y por el evento mismo de la hospitalización.

IG2E1P5: “pues básicamente, por, por su situación de duelo que están viviendo, porque ellas esperaban o creo que toda mamá espera que cumpla su tiempo de gestación y que al nacer su bebé sea entregado y deba partir a su casa con su hijo, entonces es como el primer duelo que ellas tienen que superar, que debieron irse solas a su casa sin su hijo y cuando muchas veces esas hospitalizaciones se van prolongando, pues más temor les va dando de que su hijo pueda perder la vida.”

Las condiciones de salud del niño y las características del prematuro, son eventos que ocasionan en la madre sentimientos desesperanzadores, porque la realidad del bebé no corresponde con la imagen del bebé esperado; por el contrario sienten que la vida está amenazada por la alteración de salud y aumentan los sentimientos de temor, tristeza, miedos. En estas condiciones emocionales las madres participan del cuidado con dificultad.

Según lo expresado por Leonhardt¹⁶⁴: el nacimiento de un bebé siempre será una novedad para una pareja. Desean conocer al bebé imaginado. El vínculo afectivo se concreta con el bebé real, un bebé con las características físicas semejantes a lo esperado o por el contrario muy diferente a lo imaginado. En este encuentro entre el deseo anticipado y el recién nacido, se estructura la demanda de amor. Entre la demanda y las reacciones del bebé siempre se produce una diferencia, un desencuentro que implica el hecho que nunca coinciden de forma total el recién nacido con el niño ideal imaginado durante el embarazo. Se produce un tiempo subjetivo de adaptación en el que se deben dar nuevos significados.

Es así como en la investigación de Rossel C “*et al*”¹⁶⁵ Los padres desde el primer contacto con la prematuridad, inician un camino salpicado de angustia, temor e incertidumbre, que muchas veces se prolonga más allá de la hospitalización del niño, de esta manera convergen con lo referido por Jimenez “*et al*”¹⁶⁶ en su investigación, donde los padres de estos niños experimentan altos niveles de estrés y emociones negativas, tales como ansiedad, depresión, culpa y desesperanza y dado que las circunstancias a las que están sometidos los padres son intensas y se prolongan en el tiempo. En este sentido los sentimientos de tristeza y temor de las madres frente a las condiciones de salud del hijo/a, son factores que se hallaron en los estudios mencionados y que coincide con lo encontrado en la investigación.

5.2.1.5. Código: Miedo al Tamaño.

El tamaño de los recién nacidos prematuros, produce, sensaciones de miedo. Este miedo es influenciado por los lazos sociales que une a las madres con sus hijos, por tanto la sensación de miedo es significativa para las madres; lo que influye en su participación para el cuidado del prematuro durante su hospitalización.

¹⁶⁴ LEONHARDT, Mercè. El Vínculo Con El Hijo.[Online]. Disponible en: http://files.sld.cu/atenciontemprana/files/2010/09/el_vinculo_con_tu_hijo_1.pdf. Consultado 3 de Julio de 2013.

¹⁶⁵ ROSSEL C., Katherine; CARRENO, Tamara y MALDONADO, María Estela. Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados. Un mundo desconocido. *Rev. chil. pediatr.* [online]. 2002, vol.73, n. pp. 15-21. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062002000100004&lng=es&nrm=iso. ISSN 0370-4106. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062002000100004>. Consultado el 13 de Julio de 2013.

¹⁶⁶ JIMENEZ Parrilla; LOSCERTALES Abril; MARTINEZ Loscertales; MERCED Barbancho; LANZAROTE Fernández; NIETO Rivera; Padres de recién nacidos ingresados en UCIN, Impacto emocional y familiar; Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío: Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla. *Vox Pediátrica*, 11,2 (27-33) ,2003

I1E1P2: “pues, a uno le da como susto, mucho miedo, porque ellos son demasiado pequeñitos”.

A pesar del tamaño de los recién nacidos, este es un factor que en la mayoría de los casos no impidió la participación en el cuidado, por el contrario fue un reto aprender a cuidarlos.

I2E1P24: “Entonces pues yo al comienzo si le limpiaba la colita y pues obviamente a uno les da nervios, pues porque ellos son tan chiquiticos y más mis hijas que nacieron tan chiquitas pues entonces, entonces pues a mí al comienzo si me daba como sustico verlas tan chiquiticas porque obviamente ellas fueron más chiquitas que mis hijas, pero no igual ya le cambie su pañalito bien y ya...”

I2E3P25: “pero ya yo a ellas al comienzo como eran tan chiquiticas yo le cogía la cabecita y las colocaba en el seno, y ya empezaban a comer y ya empecé a coger confianza y ellos también empezaron también como a él pechito.”

El tamaño de los recién nacidos, genera miedo, temor, y que en algunas ocasiones impide el contacto con sus hijos, pero esta sensación disminuye cuando su contacto se hace estrecho, van logrando confianza y se van sintiendo seguras.

En este sentido la investigaciones como las de Solano¹⁶⁷ y Jimenez et al¹⁶⁸ concluyeron que las madres, se enfrentan a la experiencia del contacto con sus hijos y dados por el tamaño y su alto riesgo, sus miedos se multiplican lo que puede producir una interferencia en la relación madre e hijo/a.

I6E1P53: “yo no lo toque por miedo, porque a mí me dio impresión de verlo tan chiquito, entonces yo no lo tocaba. Ahí si no.”

I7E2P6: “no pues primero la emoción, si la alegría pero igual asi como con el sustico de tan delicados que son ellos, de verlos tan pequeños, pero igual ya uno le pierde el miedo aquí a diario ya uno le pierde el miedo al tamaño”.

De esta manera cuando las madres participan del cuidado, la enfermera denota temor de la madre frente al tamaño de sus hijos.

IG1E1P7: “Yo las veo como con temor, si por lo que lo ven muy pequeño”.

¹⁶⁷ SOLANO RODRIGUEZ, Yenny Andrea. Significado de la experiencia, para la madre adolescente de la hospitalización del recién nacido en la unidad neonatal. Hospital Engativá, 2012. Tesis de Maestría. Bogotá. D.C: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2012. p.95.

¹⁶⁸ JIMENEZ “et al”. Op.cit. p. 27.

El tamaño del bebé inicialmente influye en la participación en el cuidado, pero progresivamente la madre logra confianza y vence esta barrera que al comienzo podría ser limitante para el contacto y participación en el cuidado.

5.2.1.6. Miedo a causar daño cuando se brinda cuidados.

Cuando la madre participa del cuidado, ella siente que le puede causar daño, su cuidado se ve reflejado como protección hacia su hija/hijo. El miedo a causar daño está relacionado con el tamaño, presencia de equipos terapéuticos, desconocimiento del mensaje que envían los equipos de monitoreo en respuesta a los movimientos del bebé, y que la madre interpreta como alerta de algo inadecuado que ella hizo, como tocarlo puede lesionarlo/a. En este sentido ellas lo expresan como:

I1E1P16: *Nervios, mucho... mucho miedo, o sea de jalarle un bracito una piernita, de cambiarla, de darle tetero. .. Ahora de sentarla yo nunca había visto que a un bebé lo sentara así como lo sientan acá... Nunca.*

I3E1P21: *“Me da miedo cuando, o sea moverle cualquier cosita que...cuando, por ejemplo el monitor o sea, como que se satura cuando, no se... dicen ellas que se movió, eso fue porque se movió, o sea sí me da miedo como que estaría moviendo...”*

Otras de las condiciones, que generan miedo a causar daño es la ausencia de experiencias de tener hijos prematuros por tanto desconocen sus características y comportamientos fisiológicos.

I6E1P59: *“pero pues yo primeriza y el prematuro, no yo pues hay no, todo me daba nervios y yo como soy de nerviosa, todo me daba nervios, hay mire, hay que me vomito, hay todo, todo.”*

El miedo derivado de la participación, es reconocida por la enfermera quien visualiza a la madre con temor frente a esta participación en el cuidado, miedo derivado del temor a causar daños cuando se brinda cuidados:

IG3E1P1: *“En lo que he visto siempre de los neonatos, eh... a las mamás les da mucho miedo primero que todo hacer contacto directo con los bebés, para ayudarlos a hacerles algo, incluso para cambiarle el pañal, para ayudarlo a bañar, ehh sienten temor, sienten miedo de cómo le voy a hacer, de pronto le quito algún de las sondas, tubitos lo que tenga el niño, parecen que son miedosas para tratarlos.”*

El miedo a causar daño, lo percibe la enfermera y ella trata de ofrecer condiciones del niño más amigables y menos impactantes para la madre para minimizar el temor y el miedo, y hacer que la madre se acerque al hijo/a, entre en contacto y acepte su invitación a participar en el cuidado.

5.2.2. Patrón 2: Los factores del contexto interfieren en la participación de la madre en el cuidado.

Existen condiciones del contexto de la unidad neonatal, que influyen en mayor o menor medida, sobre la participación de las madres con los recién nacidos prematuros.

La investigación de González¹⁶⁹, encontró factores como: la presencia de monitores, aparatos cerca del bebé y sus respectivas alarmas, la realización de procedimientos invasivos, que afectan el rol materno durante la hospitalización de los prematuros en la unidad neonatal, lo que influyen en los sentimientos de la madre y son denominados como eventos estresores. Para esta investigación estos factores influyen más que en los sentimientos, interfieren en la participación de la madre para el cuidado.

Esta investigación identificó seis (6) factores que interfirieron en la participación de la madre en el cuidado: Incumplimiento en el horario de visita, tiempo corto para participar en el cuidado y los horarios interfieren en la visita, la comunicación con la enfermera, la enfermera ofrece el cuidado, artefactos que influyen para participar en el cuidado.

5.2.2.1. Código: Incumplimiento en el horario de visita. Las actividades diarias de las enfermeras, y de rutina para mantener el ambiente de la unidad limpio, puede obstaculizar la participación de los padres para el cuidado, por tanto la forma de comunicación de las enfermeras con las madres y la necesidad de priorizar las actividades del servicio frente a la importancia de una madre de participar en el cuidado de su hijo debe ser evaluado por enfermería, para hacer de esta participación una oportunidad para afianzar el conocimiento y destreza de la madre en el cuidado del prematuro.

***I2E1P21:** “pues yo entraba a las nueve de la mañana a lactar las bebés y bien, pero a las once y media ella, ellas pues como que no, como que no cumplían el horario por que, casi siempre la señora del aseo estaba ahí, y uno entraba y...”*

Otro aspecto impactante para la madre y que la limita en la cantidad y calidad de su participación del cuidado del bebé, son los horarios de visita que se caracterizan por su rigidez, brevedad y poco amigables para la madre; además del incumplimiento de éstos por enfermería, sin tener en cuenta a la madre como ser humano que siente y necesita estar cerca de su hijo, aprender a cuidarlo y afianzar su rol de madre. La madre es enfática en que enfermería debe respetar sus espacios de tiempo con sus hijos y establecer estrategias de cuidado profesional que no interfieran en este momento de proximidad madre- hijo.

***I2E1P22:** “jefe eh discúlpeme pero es que estamos a la hora de visitas así como ustedes nos exigen a nosotros, por favor salgan a la hora porque pues toca que ustedes también*

¹⁶⁹ GONZÁLEZ ESCOBAR, Dianne Sofía; BALLESTEROS CELIS, Nury Esperanza; SERRANO REATIGA, María Fernanda. "Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos." Revista Ciencia y Cuidado 9, no. 1 (2012): 43-53. p.43. Consultado 7 de Junio de 2013.

cumplan porque es a las once y media y como así que haciendo procedimientos a esta hora, entonces hasta que horas vamos a estar aquí de visita, o sea usted hasta que hora nos van a dejar ver, ¿diez minutos?...

I2E1P23: *“falta respetar un poquito el horario en esa parte, que sea a las once y media que no estén haciendo aseo ni procedimientos o si están haciendo procedimientos porque... qué culpa que les toco o les llego preciso en ese momento pues de pronto dejarla como a las doce o no sé, no sé de pronto por qué motivo, por qué a esa hora sea el procedimiento, uno nunca sabe las cosas que se presenten allá adentro, sino que nosotros decíamos será que si ponen a esa hora la visita es porque ahora no, o sea es pa’ los papitos.”*

En el contexto de la unidad neonatal se puede presentar eventualidades en la evolución de los bebés que hacen que sea necesario la ejecución de procedimientos clínicos, que en algunas ocasiones coincide con los horarios de visita, lo que mencionan las madres como la necesidad de estrategias de enfermería para la ejecución de estas actividades en otro momento y por tanto permitir la visita.

I5E2P16: *“A veces llegaban a tomar rayos x a otro bebé o a la mía, y sacaban a todo el mundo. Y yo digo porque lo hacían en el momento en que están lactando, ¿cierto? Porque preciso en el momento de lactancia, si es media, quince minutos, me tocaba a mí, es algo muy... o sea para mí era sagradito esos quince minutos a cada bebé. Y me sacaban y si a las once en punto pa’ afuerita, o sea era muy puntual”.*

I4E1P11: *“nos atrasamos mucho en los horarios la entrada de visita es a las 9: 30, porque por ejemplo yo que tengo trillizos, entonces para yo alcanzar a darle a los tres, tengo que entrar a las 9: 30 y a veces son las 10 las 10 y 10 y nada que entramos hemos alcanzado a entrar hasta las 10 y media, entonces si no vamos a entrar a alas 9: 30 pues se ajusta el horario, mamá vengan a las 10. Pero entonces uno sabe, entonces uno no corre, mejor dicho de la casa uno se despeluca, todas esas cosas llega acá y no que espere, que espere, que espera se llegan hasta las 10 y media una hora de retraso, entonces uno entra ¡bueno mamá rápido los niños llorando, esto, lo otro, entonces, todas esas cosas, pero en cuanto a ellas con uno si, son buenas con los niños”.*

Cuando el horario de visita se incumple las enfermeras ya han realizado cada una de las actividades de cuidado, lo que no le permite a la madre participar porque su tiempo de permanencia con sus hijos es corto, pero el incumplimiento en el horario de visita hace que la visita sea más corta y por tanto se limita su participación.

I4E1P13: *“Ya cuando pasan esas cosas así como que uno entra a las 10: 30 o tarde entonces, no, yo ya la arregle tutututu, esas cosas sí...”*

I4E1P14: *“si claro, pues a mí me gusta que los horarios sean puntuales, si los horarios son puntuales todo empieza bien”*

En este sentido y de acuerdo a las políticas institucionales, las enfermeras no cumplen los horarios establecidos, en la medida que las actividades con los recién nacidos se realizan sin priorizar la importancia de la presencia y participación de la madre en las actividades de cuidado; aunque las enfermeras lo reconocen como un inconveniente, ellas consideran que la madre debe acomodarse al ritmo de trabajo profesional y no los

profesionales diseñar planes de cuidado acordes a las necesidades de las madres en el cumplimiento del rol de cuidadora. Por tanto las enfermeras precisan:

IG4E1P8: *“entonces le toca a uno ser como, hacer uno cumplir los horarios que tenemos acá, los horarios de la mañana 9 de la mañana, 12 del día, 3 de la tarde y 6 de la tarde eso es una limitante, porque uno... le toca a la mamita limitarse al trabajo de nosotras, entonces yo creo que eso es un inconveniente”.*

Si bien es cierto, la enfermera es una fuente de enseñanza, aprendizaje, acompañamiento y motivación para que la madre participe del cuidado de sus hijos prematuros hospitalizados, también sus actitudes, formas de comunicación e incumplimiento en los horarios son obstáculos que interfieren en esta participación. En este sentido es necesario reevaluar si realizar los cuidados por enfermería en que la madre podría participar con el acompañamiento y apoyo de la enfermera, es una actitud adecuada frente a una madre que ha esperado el momento de la visita para acercarse al niño/niña y ofrecer cuidado, toda vez que ella es la madre y cuidadora de su hijo. Cuando enfermería desplaza la madre, es una forma de agudizar el sentimiento de celo de ella hacia la enfermera, desencadenando sentimientos de molestia, incomodidad, desacuerdo y rechazo hacia enfermería por desconocer su rol de madre y estar ofreciendo cuidados que son de ella, como lo evidencia la teoría del stress de los padres ante la hospitalización del bebé¹⁷⁰.

5.2.2.2. Código: Tiempo corto para participar en el cuidado. Para las madres la participación en el cuidado se asocia al tiempo y está marcado por horarios rígidos institucionales, por tanto su participación no es completa por ser el tiempo de visita muy corto para la realización de cuidados.

I2E1P43: *“le doy lo que coma y les digo no, complementenme con tetero y no porque no les quiera dar, sino porque el tiempo no alcanza, entonces es ahí donde uno dice uy no ese tiempo está muy cortico.”*

La experiencia de cuidado a sus hijas/hijos, le permite generar en la madre la necesidad de continuidad de cuidados, que se ve influenciado por el corto tiempo de visita a los padres lo que no le permite participar de acuerdo a sus expectativas.

I4E1P15: *“ahhhh en el horario es que es muy cortico una hora, rápido, digamos entramos a las 9 y media es casi 10 y ahí las 10 y media anticos de las 11 bueno mamá ya se acabo la visita tatatata, si nosotras digamos, era en el horario de que arreglan a los niños, entramos a las 10 y salimos a la 1 de la tarde sería mejor, porque nosotras siempre tenemos los bebés les hacemos todo, todo, todo y sería mejor el trabajo para ellas porque les rinde más...”*

¹⁷⁰ wyly mv, allen j: stress and coping in the neonatal intensive care unit. tucson, az: communication skill buliders 1990. disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0370-41062002000100004&script=sci_arttext&tlng=es%2310. consultado 15 de julio de 2013.

Con el paso del tiempo, la madre organiza su tiempo para la realización de cuidados con su hijo, participando de manera más segura, adaptándose al contexto de la unidad neonatal y a los horarios asignados para estas actividades.

I4E1P19: *“pues yo lo cuadre que en las tardes porque es que en las mañanas que la teta que tienen hambre que es la hora en la que están más despiertos, que los bañaron, que bueno, que deles, a mi no me alcanza para cangrear”*

De acuerdo a lo expresado por las madres, las enfermeras convergen de la misma manera con las madres, donde consideran los horarios de ingreso de los padres como restringido, lo que no le permite la participación.

IG1E1P11: *“Yo creo que a ellas se les debería dar la oportunidad, como horario más flexible, que ellas participen hasta en el cuidado del bebé y ya en lo que es pues la higiene, pues a ellos no se va hacer baño en ducha pero por lo menos desde que al bebé se le va a cambiar la ropa, que ellas mismas estén acá, con nosotros.”*

El periodo de tiempo, erróneamente denominado para las visitas, es un espacio que no favorece la participación de las madres en el cuidado de sus hijos, por el contrario es un obstáculo que amerita revisión o cumplimiento de políticas institucionales, que deben ser lideradas por enfermería, para hacer del ambiente de la unidad un espacio amigable para el cuidado y el contacto madres- hijos.

5.2.2.3. Código: Los horarios interfieren en la visita. Los horarios de visita son percibidos como una limitante para la madre asistir a la institución a ver a su bebé y participar en el cuidado, pues son espacios que no puede utilizar por tener que cumplir con otras tareas de cuidado y crianza con sus otros hijos

I7E2P22: *“sino que a veces los sábados venia, jefe, pero no pude, mi niña no me la cuidaron y me toco hasta en la noche.”*

En este sentido existen factores del contexto, como los horarios que pueden ser modificados para facilitar el acceso de la madre a la institución y considerar aspectos de la vida familiar donde median lazos afectivos con otros menores que igualmente demandan cuidado de ella.

Esta situación es reafirmada por las enfermeras, donde son ellas mismas quienes reconocen que los horarios no permiten la participación de las madres en el cuidado. Las madres se acomodan a los horarios, llegando a sacrificar espacios para el contacto con sus hijos/ hijas; de igual manera consideran que los padres son privados del derecho de conocer, tener cerca a sus hijos/hijas, entrar en contacto con ellos, sentirlos como suyos como consecuencia de una norma rígida, insensible y dura, que podría flexibilizarse dentro de los principios del cuidado humano. Esta situación es más sensible en este grupo de madres quienes tienen como compañeros a personas que no tienen la opción de disponer de tiempo por periodos prolongados para compartir con sus familias porque media un deber social, político y del estado que los aleja.

IG4E1P9: *“Aquí la unidad debería ser más abierta, para que la mamita pudiera, ingresar y salir a cualquier hora en la unidad y pues tener díganos un mayor manejo, más integral*

del nené y que no estuviera tan limitado por el tiempo o por las intervenciones o los procedimientos, entonces yo digo que esa es una desventaja que tiene la unidad acá en el hospital.”

IG2EP12: *“Lo ideal que no hubiesen horarios de visita si no que los papás puedan ingresar en el momento que puedan, en el momento que llegan, que logran llegar al hospital, porque a veces hay mamás que el esposo no está aquí y no tienen quien las traiga, llegan a una hora diferente de la visita y no pueden ingresar, otras, otros casos es que el papá por horario de trabajo llega muy tarde y a esa hora ya no hay entrada, pues, llega por ejemplo después de las ocho de la noche y ya no puede ingresar, entonces se pierde el contacto de la visita.”*

La enfermera, reconoce que los profesionales interfirieren en el fortalecimiento del vínculo afectivo, madre e hijo mediante la limitación en los horarios de visita.

IG4E1P22: *“y uno a veces o sea tanto personal médico como enfermería en hospitalización puede dañar como el vinculo de la mamá con el papá limitando por ejemplo con las horas de visita, entonces uno debería estimular más las visitas porque es una forma de vincular la mamita con el bebé”*

IG4E1P15: *igual yo insisto como es una unidad cerrada en una unidad neonatal no debería existir visitas, sino debería ser una entrada libre, entonces eso es ya una limitante.*

IG2EP23: *“para mí siempre ha sido una inquietud que no haya horarios de visita, que los papás estén siendo partícipes del cien por ciento del cuidado del recién nacido, sin horarios, porque teniendo horarios si los papás, por la razón que sea, no puedan llegar al horario, pues el niño pierde la visita, entonces, si las unidades, si la unidad estuviese abierta, no perderían el acompañamiento de sus padres.”*

Los horarios, son barreras que interfieren en el proceso de vinculación madre-hijos e hijas en una unidad de cuidado neonatal, no favorecen el aprendizaje por las madres del cuidado específico que requiere un bebé prematuro y que inicia desde la participación en éste durante la hospitalización; es lesivo para los padres y poco humano frente a las necesidades para la supervivencia de ellos y sus familias y promueven el abandono de los niños hospitalizados. Además el periodo asignado no es coherente con el número de niños que debe cuidar una madre, pues pueden tener hijo único o nacimientos múltiples y cada niño amerita igual calidad y cantidad de cuidados de la madre en forma individual, evento que los horarios no favorece.

5.2.2.4. Código: La comunicación con la enfermera. La comunicación es una forma que puede motivar o limitar la participación en el cuidado, por lo que la comunicación con la enfermera es un factor que influye en el proceso de participación. En el cuidado, la comunicación permite que la madre atribuya al cuidado de las enfermeras como significativo, que trasciende de la atención enfermera-paciente como actividades básicas influenciada por la comunicación. Para una madre la comunicación verbal, enfermera-madre es una actividad de reconocimiento de la presencia de la madre, es enviarle mensajes sobre el bienestar de sus hijos/as, del interés en el cuidado en sus hijos/as, es percibir la importancia de la madre en el cuidado; en contraste con el silencio, que envía

mensaje de desinterés en sus hijos, y duda en cuánto al cuidado recibido en ausencia de la madre.

I4E1P9: *“Se siente uno que si están interesados en el bebé de uno, que como que si están pendientes, que como que a veces uno llegan y no le dicen nada y uno dice bueno llegué yo que soy la mamá y no me dicen nada, como será cuando no estoy yo.”*

I4E3P7 *Eso, si es bueno, la comunicación con las enfermeras allá si es bueno, ellas le dicen a uno, están ahí, si, en el momento que uno llega tienen las batas listas, cuando hay no, y todas esas cosas en eso sí, son buenas.*

I8E1P32: *“A veces uno llega y uno no sabe si pueda en ese momento ehh... cargarlo o tenerlo, entonces, ehh, uno ya al hablar con ellas, ellas le dicen: si puede mamita, no pueden, yo creo que sí”*

De acuerdo a lo anteriormente mencionado por las madres, ellas reconocen que la comunicación con la enfermera es un puente que la conduce a la participación en el cuidado, en este sentido cuando la madre transita en este proceso de hospitalización genera dudas e inquietudes que son necesarias ser resueltas por las enfermeras, lo que le facilitara la participación en el cuidado. Es así como lo expresan las enfermeras:

IG3E1P18: *“preguntan muchísimo porque quieren saber si les van a dar el tetero, si aquí los cambian, si aquí ehhh... si aquí los bañan, si... cuándo lo puedo ver, por qué las visitas, si puede venir toda la familia, si puede entrar otra persona a parte de papá y mamá sí, son zozobras y angustias que la mamá vive en esos días terribles.”*

Cuando la comunicación con la enfermera es asertiva, se genera confianza para proporcionar cuidados, y le permite a la madre, sentirse más segura, frente a las dudas de cuidado, como dice el siguiente fragmento:

I7E1P38 *En que le brindan a uno más confianza, o sea obviamente que a uno lo traten bien y que de buena gana pues le expliquen a uno las cosas y obviamente pues crea más confianza y uno puede pues preguntar todas las ayudas y todo, le da más confianza a uno.*

En contraposición a lo anterior, algunas madres refieren existir maneras inadecuadas de comunicación con las enfermeras, que pueden obstaculizar la participación, lo cual demuestra que algunas madres no estaban satisfecha con la comunicación de la enfermera en el proceso de aprender y participar en el cuidado de su hijo, razón por lo cual una vez ella adquiere experticia y habilidad, no es importante la presencia de estos cuidadores profesionales en el cuidado que ella puede proveer a su hijo.

I3E1P3: *“La primera vez que yo llegué me sentí como ehhh un poquito acongojada por la forma como ellas me hablaban, que necesitaba, o sea, que el tetero bueno, está bien.”*

Por tanto, la comunicación verbal madre- enfermera es una oportunidad de acercamiento, invitación a participar en el cuidado, compartir conocimiento, resolver inquietudes, reafirmar el rol de madre, aprender de las características del prematuro para cuidarlo, vivir experiencias nuevas y reconocer la presencia de la madre para el cuidado

del hijo/a. Si esta comunicación falla, la madre percibe el vacío en el aprendizaje, la brecha entre ella y la enfermera y se fortalecen los sentimientos de desconfianza.

5.2.2.5. Código: La enfermera ofrece el cuidado. Cuando la enfermera ofrece el cuidado, restringe la participación de las madres en el cuidado, y convierte a la madre en observadora de cuidado, lo cual es referido por las madres:

I2E1P47: “los cambian, que le dan tetero, que no se qué, entonces ay no...”

I3E1P15: “ellas primero la alistan y cuando ya están listo es que lo llaman a uno, y lo hacen ingresar, para que le demos seno o tetero”.

I7E2P17: “pues yo ya llegaba y ya le habían dado comida, ya lo habían cambiado, entonces como que nunca se me presento la oportunidad.”

En este sentido, de acuerdo al contexto en el que están los recién nacido así mismo es el grado de participación de las madres en el cuidado. Sí, el cuidado es brindado en la unidad de cuidados intensivos la limitada participación es entendida por la madre, pero en la unidad neonatal existe restricción de actividades de cuidado, lo que denomina la madre como protocolo institucional. El cuidado ofrecido por enfermería a los bebés sin la participación de la madre es una forma de desplazamiento de la madre en su rol, es el desconocimiento de sus capacidades de cuidadora, es generar sentimientos de competencia y celos de la madre hacia la enfermera, conductas que no son adecuadas y distan de ser coherentes con tendencias actuales de cuidado, donde la madre, padre y familia son prioritarias en el cuidado, recuperación y conservación de la salud de los niños. La madre, el padre y el niño son una triada indisoluble que enfermería debe fortalecer, preservar y estimular, siendo el cuidado un espacio para lograrlo.

Es así como la hospitalización de un prematuro, tiene un impacto negativo en la relación entre madre – hijo(a) – padre, y son los cuidados centrados en la familia lo que favorece el establecimiento del vínculo afectivo por tanto, los profesionales de enfermería, por su relación cercana con los padres, pueden proporcionar cuidados centrados en ellos, estableciendo una relación de ayuda terapéutica efectiva, reforzando actitudes y comportamientos positivos que ayuden a los padres a adaptarse a la hospitalización y aprender a cuidar de sus hijos.¹⁷¹

De acuerdo a las normas institucionales, el Hospital Militar Central, mediante resolución 1541 del 2012 adopta la política institucional de apoyo a la lactancia materna, en el cual se compromete con la diada madre e hijo, donde plantean favorecer el alojamiento conjunto de la madre y el recién en situación de hospitalización, permitiendo la presencia permanente de un familiar en los casos de hospitalización de niños y niñas de cualquier edad, siendo la unidad de cuidados intensivos, intermedio y básico neonatal restringido el

¹⁷¹ CUESTA MIGUEL, María Josefa; ESPINOSA BRIONES, Ana Bela; PRATS Susana Gómez. "Enfermería neonatal: cuidados centrados en la familia." Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de ATS de Valencia 98 (2012): 36-40.p.40.

horario a las madres, les permiten, la entrada para lactar con horarios de visita especiales, lo cual limita el acompañamiento de la madre y la participación en el cuidado, por tanto la política institucional responde de manera parcial a la esencia de su contenido.

I4E1P25 : *“no nos dejan entrar hasta que los bebés no estén arreglados, yo pensé que eso lo hacia uno acá también, que uno entraba, y uno ayudaba en eso así como te digo, es como estar en piso es más, pues uno en UCI entiendo porque es más delicado, pero en eso no, nunca, nunca, nunca, eso si nunca hasta que los niños no estén arreglados las mamás no entran, pues ese es el protocolo que tienen acá, entonces uno tiene que esperar, no los bañamos”.*

I4E1P23: *“queee si, y al principio ay yo le quiero, ay le puedo cambiar el pañal?, no mamá se lo acabe de cambiar, allá son como más, no lo esperan a uno, como mamá para que cámbiele el pañal si no ellas simplemente tienen su horario, lo hacen a su horario y como tienen menos niños pues allá más rápido lo hacen.”*

I5E2P22: *“Claro, o sea como que no, no dejaban que entrara y no dejaban darle de comer y si le daban por ejemplo tetero y yo sabía que el tetero la distendía y la enfermaba, entonces eso era un caos”.*

I9E3P15: *“acá cuando yo llegaba, pues ya estaba bañado, vestido sí o sea como quien dice dentre y dele tetero y cámbielo sí.”*

I9E3P19: *“uno a veces llegaba temprano, no todavía ni entren que estamos bañando los bebés”.*

El contacto permanente con los hijos durante la hospitalización le genera a la madre confianza en el cuidado, aprende a conocer a su hijo y por tanto independencia en el cuidado en el hogar. Participar en el cuidado para la madre es una forma de capacitación, entrenamiento y ganancia de seguridad y confianza para ellas cuidarlos en sus hogares, evento que no es fortalecido durante la estancia del niño en la hospitalización.

I4E1P38: *“si a uno le dejan tener más contacto acá con los niños en cuanto a todas esas cosas no pasarían como tantos sustos en la casa, uno como mamá que ¡ay! que tienen no, o que siempre estar como dependiente de la mamá que es la que ya tiene experiencia, entonces ella es la que los baña, ella es la que lo...No, porque eso lo tiene que hacer uno de mamá.”*

A este respecto la política de Unidades abiertas¹⁷² y el cuidado centrado en la familia¹⁷³ presentan lineamientos para el funcionamiento de las unidades neonatales sin

¹⁷² AGUAYO Maldonado, Josefa .Nacer antes de tiempo y antes de lo esperado. fundación dialnet; medicina naturista, ISSN 1576-3080, N° 10, 2006. [online]. [citado 10 de Julio 2013] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1985597>. p. 83-87.

restricciones y manteniendo de la unidad familiar que impulse la rápida recuperación del niño, fortalezca el vínculo padres- hijo/a, afiance el rol de madre y padre y considere la familia el centro del cuidado del niño enfermo.

5.2.2.6. Código: Artefactos que influyen para participar en el cuidado.

Existen elementos del ambiente, como lo menciona Leininger del " contexto ambiental" en este caso del microambiente de la unidad neonatal que le facilita u obstaculiza participar en el cuidado. En este sentido los factores tecnológicos influyen de manera positiva por que apoyan el cuidado y las terapéuticas para la recuperación del niño y en otras de forma negativa porque son un obstáculo, para el acercamiento y contacto madre- hijo, producen inseguridad, miedo al daño e interfieren en la participación para el cuidado. Sin embargo, en la medida en que los artefactos son retirados, para la madre implica mejoría de la salud del niño y mayor oportunidad para compartir, cuidar y estrechar el vínculo con su hijo/a, convirtiéndose en fuente de alegría y satisfacción para ella. Algunas expresiones de las madres,

I1E1P38: *“Ayer a ella la tenían en una cunita... Ayer, la tenían tantico mientras le lavaban la esa... Y usted viera visto esa alegría, esa tranquilidad que me dio a mí... ¡ ayyyyy !, yo me sentí tan contenta a cambiarle el pañal.... Si porque me sentí como si estuviera en la casa.*

I9E1P47: *“no a mí no me parece que sea un impedimento para uno alzarlo o para uno cogerlo no, por ejemplo cuando él tenía el catéter ahí en la yugular, esto pues si se me hacía dificultad porque me daban nervios de quitárselo o algo pero yo lo alzaba y lo cogía, no porque entonces tiene un aparato entonces no que porque tenía un aparato dejarlo todo el tiempo ahí no”.*

Respecto algunos artefactos que limitan la participación de las madres ellas precisa:

I1E1P39: *“En cambio en la incubadora, la incubadora es como muy incómoda jefe, empezando esa puerta y tiene uno que ahiiii rápido, rápido para cambiarla.”*

I2E2P15: *“no, a mi me parece buenísimo la incubadora, porque el bebé, pues primero permanece calientico, porque ellos parecen un pollito y están calienticos...”*

I9E1P16: *“Pues al principio me daban nervios, sí porque ni sabía cogerlo, ehmm... por lo que él tenía muchos cables muchas cosas si, entonces me daban muchos nervios, ya después no, ya lo manipulaba bien, me ponía era nerviosa cuando vomitaba eso si me ponía no...”.*

¹⁷³ CUESTA MIGUEL, María Josefa; ESPINOSA BRIONES, Ana Bela; PRATS Susana Gómez. "Enfermería neonatal: cuidados centrados en la familia." Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de ATS de Valencia 98 (2012): 36-40.p.40.

I9E1P48: *“tenía la fototerapia que casi no lo podía sacar porque el necesitaba eso y yo igual yo llegaba y ahí mismo en la camita lo alzaba, le hablaba le eso sí, así eso sintiera yo calor, yo me metía allá y sí.”*

Cuando las madres participan del cuidado, se genera en ella temores frente a los dispositivos, lo que es manifestado por las enfermeras:

IG4E1P3: *“entonces inicialmente casi todas son temerosas, entonces ellas al principio, no saben cuando los niños están en las incubadoras no saben manejar las incubadoras, o si los niños están monitorizados, o si tienen sondas o catéteres centrales, inicialmente ellas son muy nerviosas.”*

IG4E1P6: *“Que cuando los niños se saquen a canguro pues ya no tengan sonda, ya no tengan líquidos endovenosos, ojala que no tengan oxígeno para facilitarles más el trabajo de ellas y más el de entrenamiento. Pero a medida que va pasando el tiempo uno va observando la evolución y ellas después ya cuando ingresan ya saben que es la incubadora, ya sacan los niños, saben darle tetero, cambiarlos, todo eso.”*

Los monitores son factores tecnológicos que influyen en el cuidado del prematuro cuando se encuentra hospitalizado, porque la madre ya ha aprendido y asimilado el significado de los datos que presentan los equipos y los asocia con bienestar o no bienestar del bebé, ella sabe que los datos implican una respuesta de parte del equipo de salud y le generan angustia.

I5E2P13: *ehhh... lo que pasa es que uno de tanto estar allá ya se graba que la respiración, tenía que estar sobre 90, la saturación sobre 90, cuando se bajaba a 40, y empezaba a pitar ese traste uyyyy Dios mío, uno decía ay mi bebé que le está pasando, o sea mi bebé se está quedando, mi bebé se va a morir o qué y uno se estresaba ahí mire, ¡Enfermera! ¡, no mamá no le ponga cuidado a ese aparato, concéntrese en lo suyo, si, y a lo último ya optaron, ay apaguemos todos esos aparatos porque estas mujeres no se concentran.*

I1E1P42: *“Pues, uno se angustia, porque empieza a bajar lo del numerito, si entonces uno se siente, se siente, uno se angustia, y uno mantiene es pendiente de ese aparato y mire, mire y mire y se lo pasa una hora dos horas ahí, pendiente del monitoreo de ellos y todo”.*

Existen otros artefactos que menciona la madre que genera en ella miedo e inquietud y por tanto el contacto con su hija lo hace pensado en dichos elementos. Así como se evidencia en las siguientes expresiones:

I2E1P29: *no, miedo no, no yo no he tenido miedo, hasta el momento no, el susto ahhh pues de pronto como nervios con todos esos cables que tenían porque me las tenían las sondas, ellas comían como por una sonda, una sondita, por la vena algo así me decían y todas esas chupitas por todo lado, yo decía con cuidado de pronto se desconecta algo de eso y pues es delicadito.*

En este sentido las enfermeras afirmaron:

IG1E1P18: *“Muy ansiosas ellas he o sea para ellas, cualquier ruido ya es un signo de alarma de que el niño está mal, sí entonces nosotros allá les explicamos, tranquila hágale la visita a su bebé esté pendiente de él mírele el color, no sé , no se ponga a mirar lo aparatos, porque entonces mire, mire allá hay un cero el niño está mal, allá hay una línea no sé cómo esta mañana no tenía esa línea, esta mañana , entonces ellas tienen mucha ansiedad.”*

Los artefactos que son utilizados para la atención de los bebés, representan para la madre mecanismos seguros de bienestar para sus hijas/os, la modificación del estado de salud de sus hijas/os son identificadas por estos artefactos lo que le brinda a la madre seguridad para la atención de alguna alteración del estado de salud y por tanto una oportuna y rápida atención. La madre reconoce la incomodidad del ruido que representan estos artefactos y generan en ella temores. Pero prima el bienestar de sus hijas/os.

I2E2P19: *no, pues al igual pues yo digo: bueno el aparatico ese con el que toman lo del ritmo cardiaco y la respiración y eso, pues suena porque es parte de la seguridad del cuidado del bebé, pues si está presentando algo pues el chilla, pues entonces ustedes saben y van, hasta uno porque mi bebé cuando presento apnea... yo empezaba a ver eso que sesenta y siete que cincuenta y nueve y entonces pues yo le dije si efectivamente ese aparato pitaba, pitaba y pitaba y ahí fue cuando le pusieron oxígeno, sino fuera por el pito entonces como nos vamos a enterar que no está bien... ja ja ja, no toca pues se aguanta el bochinche lo importante es que la bebé esté bien cuidadita el seguro para ella, la seguridad y el bienestar para ella.*

La madre reconoce las condiciones del contexto ambiental de la unidad neonatal que dirigen en ella la atención, en este sentido los monitores representan un distractor para proporcionar cuidados.

I4E2P1 *Pues el que sabe más o menos como es cuando están saturando bien y eso sí, para mí sí, porque si pita yo estoy ¡! Miro es allá, no mamá mire es al niño, me dicen las enfermeras, yo soy pendiente, si soy pendiente de los monitores, si lo distraen a uno porque, si pita, estar pendiente de que pito, que pasa, Dios mío, se pone uno como nervioso, pero ahí si no se cómo puedan arreglar eso, eso no se puede arreglar porque ellos tienen que tener una alarma, o sea si me distrae pero entonces ni modo, ahí si ya tiene que estar uno como pendiente que no es solo los monitores si no que también hay que mirarlos...*

De acuerdo a lo expresado por las madres, las enfermeras manifestaron:

IG2EP14: *están dispersas, ellas siempre pretenden es cuidar el funcionamiento del monitor, cuando van aprendiendo cifras ellas quieren ver, eh nos empiezan a recordar que observemos que se bajó la saturación, que se bajó la frecuencia cardiaca, entonces eso las dispersa más, entonces nosotros le explicamos, que no se preocupen, que los monitores tienen unas alarmas y tienen unos límites de alarma que nos avisa si el niño está en mal estado.*

Los artefactos, son elementos terapéuticos que pueden ser percibidos por las madres como facilitadores de los tratamientos que su hijo/a requiere para recuperarse, por lo cual buscan adaptarse a ellos, aprender a convivir durante la hospitalización con su presencia

e inclusive tratan de entender el significado de sus datos y relacionarlos con la condición de salud del niño; pero también, son obstáculos que las separa de sus hijos/as, interfieren en el cuidado, producen molestias como el ruido y son distractores. En consecuencia, estos artefactos son productores de miedos, angustia, preocupación, que cambian a estados de alegría, tranquilidad y satisfacción cuando son retirados progresivamente, pues implican mejoría de la situación de salud del bebé, mayor acercamiento a sus hijos/as, confianza en su rol de madre, libertad y participación en el cuidado.

5.2.3. Patrón 3: El apoyo una motivación para participar en el cuidado.

Partiendo de la definición de redes de apoyo, esta se define como: la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información¹⁷⁴. El apoyo social tiene dos componentes básicos, la red de apoyo social y el apoyo social percibido. Hablar de red de apoyo social, hace referencia a la cantidad de personas y tipo de relación; mientras que el apoyo social percibido es cualitativo y subjetivo, ya que se basa en las percepciones de la persona sobre la red de apoyo social¹⁷⁵.

En este sentido, en la investigación se hallaron apoyos como redes de apoyo y apoyo social percibido, que le permitieron a la madre del recién nacido prematuro, motivar su participación en el cuidado. Los códigos que constituyen este patrón son:

5.2.3.1. Código: Apoyo deseado de la institución.

El apoyo deseado de la institución está relacionado con las condiciones económicas y físicas necesarias para facilitar a las madres su permanencia en la institución en condiciones humanas adecuadas, para facilitar su participación en la lactancia materna, método canguro y asistencia en los horarios de visita para realizar cuidados a su hijos con el acompañamiento de enfermería, en su condición de madres.

El apoyo institucional deseado por la madre, implican reevaluación de los horarios de visita, respeto por los periodos destinados para este fin, facilitar el ingreso de otro familiar

¹⁷⁴ WALKER, Kenneth. ARLENE, MacBride. VACHON Mary "Social support networks and the crisis of bereavement". Social Science and Medicine vol. 11, N° 1. Citado por. Guzmán, José Miguel. HUENCHUAN, Sandra. MONTES DE OCA, Verónica. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. Disponible en: <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/articulos/redes.pdf>. Consultado 10 de Julio de 2013.

¹⁷⁵ CASTAÑEDA Gussinyé, Jaime; El apoyo social como amortiguador de la desesperanza en padres de niños hospitalizados. Psicología Iberoamericana. Universidad Iberoamericana. Ciudad de México vol. 14, num.2, diciembre, 2006. p. 39. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133920321005.pdf>. Consultado 12 de Julio de 2013.

que las apoye en ausencia del compañero, apoyo con insumos como pañales, contar con un espacio confortable para el descanso, la espera y compartir con otras madres sus experiencias, promover una unidad abierta, amigable y centrada en la familia.

I1E1P19. *Pues yo digo que de pronto sería chévere, de pronto... como... de pronto de noche, que lo dejaran a uno de pronto una noche. Una noche al menos uno cuidando al bebe. A ver cómo, cómo... sí cómo lo cuidaría uno. Sería rico de pronto una noche.*

I1E1P23: *“También sería muy bueno por ejemplo... Que le ayudaran a uno de pronto con pañales. Con pañales con pañitos; pues uno que no es de acá sí; porque siendo uno de acá pues es más suave, pero uno que no es de acá, es difícil.*

I4E1P16: *“si nos dejan estar las mamás como digamos aquí en pediatría todo el tiempo, es más fácil porque uno para llamar a una enfermera tiene que ser porque algo pasó, pero si se hizo popo, uno lo cambia, si llora le da tetero, que esto que lo otro, todo, le arregla su cuna, su incubadora, todo, todo, pero uno a veces no le alcanza el tiempo y salgan y entra y vuelvan y salgan y vuelvan y entren, pues eso a mí no me parece...”*

Respecto a estas situaciones, las enfermeras, refirieron:

IG3E1P16: *“vienen aquí todo el día pero en qué condiciones algunas, cuando vienen a quedarse aquí algunas y eso que ahora hay otras opciones, que les dan por lo menos la comida, pero es que antes no les daban, pero igual algunas mamás no vienen por medios económicos, pero eso no lo sabe la trabajadora social, entonces un día puede venir, una vez pero ya no pudo venir durante todo el día, que no hay más plata.”*

IG4E1P33: *“Bueno, de pronto para las bueno pues no sé, aquí antes había un sitio donde las mamitas se podían quedar, no sé si todavía existe, que es la casa del soldado, antes había, entonces es ese es un problema, entonces debería de tenerlo todas las personas y todas digamos las mamitas que vienen de otro lado, tener como un sitio, donde ellas se puedan quedar y donde les suministren alimentación, el desayuno, el almuerzo y la comida porque ellas eh, de verdad que por eso están limitadas, no vienen casi a visitarlos a los bebes es por eso, porque no tienen plata, entonces una solución sería crear un sitio para las mamitas que están de afuera donde les proporcionen pues eh la vivienda, la alimentación, y la parte de aseo que también, que tengan ellas donde bañarse, donde quedarse, donde dormir y hay muchas que por ejemplo, permanecen aquí, se quedan aquí en las sillas del hospital afuera de la unidad, esa sería una forma, de pronto hablar con trabajo social.”*

Siendo un Hospital para militares y sus familias, la madre considera necesario el acompañamiento y la participación del padre en el cuidado de recién nacido, pero la institución ofrece poco tiempo para que los padres compartan con sus hijos en este escenario de cuidado, situación que requiere una reevaluación.

I9E2P1: *“pues, para esta institución que trabaja sobre todo con militares, ¿sí? Y usted sabe que los militares son un mes de permiso, del resto pa dentro, pal monte, el área, y por ejemplo si tienen un hijo hospitalizado o lo tengan en cuidados intensivos o hasta en piso, a mi me parecería mejor que compartieran más tiempo con ellos, ¿sí? Porque ellos se van y ellos duran cinco meses sin ver a los hijos, sin estar con ellos, en el sentido de compartir con ellos”.*

IG2E2P3: *“deberían en la institución como dar apoyo de decir, bueno esto... Dejémoslo quedar a ellos dos, ¿sí? Así sea la mamá, no, o la mamá con el niño y el papá en el piso o en una silla, pero que estén los dos pendientes del niño, que estén, o sea que compartan, mejor dicho, porque yo solamente no lo tuve, él también es el papá y también es familiar, y él también siente y él también necesita estar con el niño, ¿sí? Entonces para mí eso sería una ayuda, eso sería una ayuda para la institución”.*

En este sentido las enfermeras afirmaron:

IG4E1P12: *“Pero, si, el espacio de pronto es muy pequeño para que empiecen hacer o para que estén todo el tiempo las dos personas y si tenemos de pronto mas parejas de gemelos pues es mas limitante digamos el espacio como tal, o sea aquí en la unidad debería existir un sitio donde se hiciera el canguro hospitalario, como un sitio especial para que estuvieran todos los papitos de canguro intra hospitalario y tuvieran como más facilidad y no se nos mezclara con los otros nenes, con los otros neonatos.”*

El modelo de Maternidad segura y centrada en la familia supone la garantía del cumplimiento del derecho del bebé prematuro a ser acompañado por su familia todo el tiempo. Sin embargo, un número importante de maternidades y hospitales no cuentan con espacios físicos para albergar a las familias. Muchas unidades de neonatología tienen poco espacio para que los padres puedan permanecer aunque sea de pie al lado de las incubadoras en las que están sus bebés; en otros casos, cuando disponen de este espacio carecen de los elementos básicos, como sillas, para que puedan estar cómodos durante la internación de su hijo o hija, en este mismo sentido, las dificultades económicas que afrontan los padres al verse obligados a dejar sus hogares, trabajos y otros hijos e hijas para permanecer junto a sus bebés prematuros, constituye otro tipo de barrera.¹⁷⁶

Es aquí donde las madres mencionan la necesidad de apoyo institucional que les brinde espacios amigables para la participación en el cuidado de su hijo/a prematuro hospitalizado.

5.2.3.2. Código: Apoyo de la Enfermera. La enfermera además de ser fuente de enseñanza, es apoyo, porque ofrece acompañamiento, asesoría, direccionamiento en las normas internas, programas y procesos administrativos que contribuyen a la seguridad de la madre y les ofrecen los espacios para participar en el cuidado. Además, les expresan su preocupación por su estado de ánimo y bienestar como madres y les demuestran el buen cuidado en que tienen a sus hijos, evidenciado por las condiciones físicas en que ellas los encuentran.

I2E1P17: *“Si, si si, siempre fue un poquito difícil, ya hoy me siento tranquila, uno porque pues no es por nada pero las jefes han estado muy pendientes ahí de las dos niñas, cuando yo llego me dicen mamita y le vas a dar a, o mamita le vas a dar a, eh si le doy a ...pues entonces ellas me dicen démole un poquito de teta a ella si está llorando y después le complementas con pecho o si no está llorando pues esperamos a que a que*

¹⁷⁶ ORTIZ, Zulma “et al”. Derechos de los recién nacidos prematuros. Derecho 9: que sus familias los acompañen todo el tiempo. 1 ed. Argentina: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), septiembre de 2011. p. 44. ISBN: 978-92-8064721-1. Consultado 20 de Junio de 2013.

sueltes a uno y cogemos la otra, o sea yo me siento tranquila y bonito por que las en ese sentido si las jefes las enfermeras, han estado muy pendientes de nosotras.”

I2E3P33: *“tanto en un lado como en el otro, la atención para los bebés... uy buena a mi me gusto siempre, yo nunca encontré mal a mi bebé, por ahí vomitada o quien sabe cómo, no para que, referente al cuidado con los bebés yo me vine muy contenta de allá y en mi cuidado también”.*

Cuando la madre ingresa a la unidad percibe de las enfermeras apoyo frente al cuidado de sus hija, lo que genera en la madre tranquilidad para participar en el cuidado.

I3E2P1: *“En cuanto aaaa, a las enfermeras, porque están pendientes de la hora de la alimentación, ehhh...”*

I4E2P2: *“ No, pues ya cuando uno tiene días de ya estar viniendo porque obviamente casi siempre pues los niños se demoran arto, pues no, a veces uno entra y no han llegado, pero al ratico vienen las enfermeras y le preguntan ya mamá comió, no comió este sí, o sea como que están pendientes a ver y le preguntan a uno para anotar, déjeme el pañal ahí eso, o sea, no siempre entran con uno a la habitación, pero si no entran de unza vez al ratico ya vienen... Sí.”*

En el contexto de la unidad neonatal las enfermeras mediante sus prácticas y actos de cuidado representan apoyo educacional y procedimental para la madre.

I7E1P19: *“No mire que la verdad gracias a Dios hasta el momento me han colaborado mucho y todo lo he aprendido no sí, el cambio de pañales, los teteros... ehhh, no si si me han colaborado mucho y eso me ha servido también si para colaborarles si para aprender y todo igual lo que he aprendido aquí con... igual a veces lo aplico con mi niña en la casa.”*

I7E2P2: *“Las enfermeras, si a mi afortunadamente me han ayudado mucho, me han enseñado.”*

I9E3P8: *“la jefe, la jefe también, la jefe inclusive la jefe a uno le explica cuando le toman exámenes y eso, le dice a veces, si de pronto ella ni tienen la autoridad de decirle a uno como le salieron los exámenes porque eso es el doctor sí, pero hay veces que hay jefes que de pronto por tranquilizarlo a uno por estar uno más calmado a veces le dicen a uno mira mamá eso salió bien tranquila sí o sea, es muy, muy bueno sí, allá hubieron muchas jefes buenas o sea que estaban ahí pendientes y como sería que el niño no vomitaba y la jefe decía hay gracias a Dios que no vomitó, o sea se le sentía o sea como le dijera, como esa importancia sí de que el niño no vomitara de que el niño estuviera bien de o sea como esa preocupación también, como si ella fuera, como si el niño fuera familiar de ella sí como si fuera un sobrino un hijo ¡sí ¡hasta un propio hijo o sea se le siente como lo familiar ahí, sí como la preocupación de las enfermeras de la jefe...”*

Esta información de las madres es reafirmada por las enfermeras, ya que ellas visualizan a las madres con temor frente al cuidado por la condición de prematuridad de sus hijos, pero se apoyan en la enfermera para poder proporcionar este cuidado.

IG2E1P1: *“eh, la gran mayoría pues presentan mucha inseguridad, más si son niños prematuros, les da mucho temor, pero pues se, se apoyan mucho en el personal básicamente de enfermería.”*

Enfermería, para la madre es fuente de apoyo, proveniente del contexto de la hospitalización, que les induce la participación en el cuidado a través de diferentes estrategias: la enseñanza, acompañamiento, preocupación por el bienestar de la madre, comunicación asertiva, reconocimiento y respeto.

5.2.3.3. Código: Apoyo de otra persona. Cuando la madre anticipa los recursos para el cuidado en el hogar le permite buscar otros apoyos además del familiar para el cuidado de sus hijas/hijos y dar continuidad a un plan de cuidado brindados durante el periodo de hospitalización.

I2E1P35: *“entonces allá, digo me toca buscar a una persona para que me ayude a canguriar, para que me ayude con todo, si yo estoy dándole pecho y se me despierta la otra, pues así como hacen acá, se le da tete y pues a la otra, y pues la que tomo tete pues toma pecho y que la canguriadita entonces, sí yo cogí la chiquis, entonces otra persona coge la grande y así nos turnamos, nos toca así porque como más.”*

En el comienzo de la hospitalización, la madre se sumerge en un contexto desconocido, vive un evento nuevo e inesperado, que es el nacimiento de su hijo prematuro que requiere hospitalización, a quien ella desconoce y no sabe cuidar; por tanto, tiene necesidad de aprendizaje; entonces busca estrategias para saber sobre el cuidado. La primera fuente de apoyo es la enfermera, pero acude a otras fuentes de enseñanza y son las madres más veteranas quienes saben cómo cuidar a sus hijos/as; entonces ellas se convierten en referentes para el cuidado; la madre las observa y las escucha en sus orientaciones, son su apoyo. Por tanto, cuando la madre inicia su participación en la unidad neonatal, encuentra un apoyo en las otras madres de los recién nacido para su participación en el cuidado.

I5E1P11: *“Pero no, o sea como había un grupo tan antiguo ya, entonces ellas ya sabían y uno las miraba y uno era al pie como un bobito, de pronto una compañera que le dice ay mira acá no pueden entrar reloj, o celulares nada de eso, cógete el cabello, ya. ¡Sí!”*

I5E1P15: *“si, ellas ya llevaban más tiempo, entonces ya uno llega y al pie de ellas ya, o de pronto una mamá de ellas dijo ay mira tienes que hacerlo así y así y ya, y uno como que va copiando”.*

Además de las enfermeras quienes apoyan a la madre durante el evento de hospitalización, los demás miembros de equipo de salud, hacen parte del apoyo.

I7E2P3: *“en el hospital aquí pues la gente que trabaja aquí, los doctores, las enfermeras, las jefes, son los que me han apoyado aquí.”*

La experiencia de hospitalización del recién nacido prematuro genera en la madre situaciones emocionales difíciles de sobrellevar, por eso considera necesario la intervención de otra persona que ayude a la madre en el proceso del afrontamiento frente a su nueva experiencia de cuidado, en este escenario. El ambiente de la unidad

neonatal, no sólo le exige aprender a cuidar al bebé, también le ocasiona sentimientos que ameritan acompañamiento, escucha, soporte y contención para ella como madre, ser humano y mujer.

I9E1P23: *“sí, porque a veces a uno le decían cosas que esto, que al niño le dio esto, entonces uno no tiene como con quien desahogarse, como con quien sí, o sea como uno necesita a veces un abrazo una palabra de que ya cálmese mamá.”*

I9E3P37: *“si y en eso y en ese sentido debe de haber una persona haber una persona que esté, que de pronto hable con esa persona y le dé una voz de apoyo, una voz de aliento si, entonces para mí es muy fundamental o sea muy importante que ahí haya alguien así...”*

En este sentido, las enfermeras reconocen la necesidad de apoyo de otras personas, porque en su rol laboral, desearían brindar a la madre el apoyo que ellas necesitan durante ese evento desconocido, pero existen factores que impiden brindar esa atención y que se relacionan con la disponibilidad de tiempo y sobrecarga laboral:

IG4E1P18: *“otra limitante que tenemos aquí es que el personal es insuficiente, si tuviera de pronto mas digamos más personal auxiliar o que existiera otra jefe de pronto uno se podría dedicar más a dar una buena información o una buena orientación a la mamá.”*

Los apoyos requeridos por la madre no sólo son de enseñanza, práctica y cuidado para desempeñar el rol de madre, también involucra profesionales que la cuiden a ella y la soporten en los momentos difíciles, ya que viven un momento crítico en sus vidas por la salud de su bebé, en que no cuentan con el apoyo presencial de su pareja u otro familiar y la soledad es su compañía, mientras luchan por su bebé y se abren camino en el cuidado específico para un niño prematuro.

5.2.3.4. Código: Apoyo del compañero. Durante el proceso de hospitalización, el compañero es para las madres el apoyo decisivo, que le permite compartir el cuidado de su hijo en este escenario, además hace que la madre se sienta acompañada y protegida.

I4E3P12: *“Uy muchísimo, porque él es que lo ayuda a uno, también va a la visita, le da amor a los niños, eh, que más te digo, como es el que está ahí siempre con uno en todo, uno está... cuando están así, uno está recién salido de la dieta, él va, lo ayuda, lo acompaña a las citas, todo, eso sí es muy importante.”*

En este sentido, el acompañamiento del padre durante la hospitalización es para la madre significativo porque además de representar apoyo, median lazos filiales fuertes como pareja responsable del cuidado del prematuro, con quien alivia la carga de la experiencia que está pasando, comparte la responsabilidad del cuidado, la motiva y va contrayendo el vínculo afectivo madre- hijo -padre.

I2E1P15: *“ha sido muy importante para mí porque él me ha ayudado a canguriar una de las dos niñas, sea la chiquis o la grandecita, me ha ayudado a canguriar o yo llego y él está, yo llego a la visita y él está todavía porque está cambiando la niña yo llego y cojo la otra y si es una gran colaboración, en el caso de un solo bebecito, pues yo creo que*

donde sea muy prematuro pues yo creo que también es como importante no tanto por uno sino por el bebé, porque es que eso también, eso es un estímulo para el bebé.”

El apoyo del compañero, le trasmite tranquilidad, le ofrece amor, la comprende, la soledad se desvanece y enfrenta la experiencia de tener un hijo prematuro, aprender a cuidarlo y enfrentar sus cambios en la salud se hace llevadero y tolerable para ella.

I6E1P32: *“ me siento muy tranquila apoyada, me siento o sea siento que hay alguien ahí que está al lado mío, escuchándome que está al lado mío consintiéndome o sea si me entiende, pendiente del niño porque no me siento sola, solo pues así que yo diga que él me haya dejado sola en todo ese tiempo; no, todo el tiempo he estado apoyada solo por él, me he sentido así tranquila, no he sentido así que por falta de mi mamá y eso que pues si la falta de los papás pero no, yo con... al lado he estado tranquila”.*

I9E3P30: *“no es lo mismo es un apoyo por teléfono a un apoyo frente a frente o sea mi esposo y yo si, por teléfono él me dice mi amor sea fuerte vea no se ponga así no llore, a veces el llora yo lloro, entonces nos ponemos a llorar los dos entonces, si...”*

Además del apoyo emocional brindado por el padre, el apoyo económico, también es brindado por él compañero,

I6E1P34: *“pues él cancela las deudas y pues ya le queda más suave porque uno está ahí pida y pida y pida y con lo del niño él está muy pendiente de los pañales y eso, es algo que es prioritario es algo que él lo tiene mejor dicho no le hace faltar al niño.”*

El compañero es el par complementario para la madre, que vive con ella la experiencia y la fortalece para que participe en el cuidado del bebé, además de proveerle afecto, comprensión, tranquilidad, seguridad, es quien soporta las responsabilidades económicas.

5.2.3.5. Código: Apoyo familiar. La familia constituye el soporte emocional, demostrado en acompañamiento y soporte económico. Es así como las madres lo expresan:

I9E2P7: *“uno por ejemplo no está trabajando, y si es un mínimo y uno va a gastar casi, trescientos mil pesos en pasajes, porque eso nos hemos gastado, trescientos, cuatrocientos mil pesos, gracias a Dios de cualquier modo la familia a uno le manda o esto ¿sí?, donde uno no tuviera a nadie, quien lo ayudara, o sea es más complicado, con eso de los transportes y eso para ellos le sirve pa una muda de ropa, unos pañales.”*

El apoyo emocional, proporcionado por la familia, es para la madre significativa derivado de los lazos afectivos que permiten involucrarla en el cuidado del recién nacido prematuro, por tanto, las mamás representan el eje del apoyo familiar, a través de la asistencia en el cuidado, apoyo procedimental, como veedoras del cuidado ético aprendido en el hospital por la madre, al tiempo que la abuela del bebé aprende de la madre éste cuidado. Ella también es compañía en ausencia del compañero.

I9E3P29: *“Pues uno siempre la mayoría de veces necesita el apoyo de la familia, cierto que es el principal que le da a uno, la familia, la mamá.”*

I7E1P24: *y en la casa mi mamá cuidándome la niña.*

I5E2P31: *”mmmm, la persona que me colabora, la abuelita de ellas, si ellas me ayudan a cuidarla”.*

I4E1P34: *“ahorita que me den la salida, pues va ser mi mamá, la que me va ayudar en la casa...”*

I2E2P31: *“no, mi esposo dura esta semana más y se va, yo quedo con mi mamá, entonces pues al igual me toca enseñarle a ella pues la el correcto lavado de manos, que se ponga tapabocas y todo porque el cuidado si es muy importante...”*

5.2.3.6. Código: Apoyo Espiritual. La enfermería como disciplina profesional ha aceptado desde su inicio que el componente espiritual hace parte de la mirada integral que se debe dar al ser humano.¹⁷⁷ En este sentido la espiritualidad es una dimensión que reúne actitudes, creencias, sentimientos y prácticas que van más allá de lo estrictamente racional y material¹⁷⁸. En las madres de este estudio el apoyo espiritual de la madre se manifiesta a través de la confianza en Dios, que le ayudará a vencer el miedo, mediante su fe y según su filosofía religiosa porque es Dios quien ha garantizado el bienestar de su hija/hijo.

I2E2P28: *“primero porque son dos y segundo porque son prematuras, el cuidado y todo, pero no, yo tengo seguridad y fe en Dios en que me va ayudar y pues no demostrar miedo...”*

I3E2P29: *“cuando el papá me llamaba, siempre que salía de las visitas, el me llamaba, o sea yo siempre, Dios mío pidiéndole a Dios que no me fuera a decir nada malo, en cambio estando acá, ya ha sido.”*

I5E2P4: *“Si, o sea, como que uno, en ese momento como de desesperación uno como dice, como que la fe en Dios, la esperanzas de que la niña va a salir bien.”*

El sentido de la fé se refieren a su aspecto religioso, mostrando que la fé otorga fuerza, se asocia a actitudes positivas con relación al diagnóstico y a la calidad de vida y sirve de apoyo a los individuos.

¹⁷⁷ SANCHEZ-HERRERA, Beatriz. Bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad. *Aquichán* [online]. 2009, vol.9, n.1., p.12. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000100002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1657-5997. Consultado 3 de Junio de 2013.

¹⁷⁸ APOYO PSICOSOCIAL Y ESPIRITUAL A LA PERSONA EN FFV. Guía De Práctica Clínica Sobre Cuidados Paliativos. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/apartado07/apoyo_psicosocial.pdf. Consultado 3 de Junio de 2013.

5.2.4. Análisis del tema 2 a la luz de la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales – Madeleine Leininger.

Siguiendo la estructura de la Teoría de la Universalidad y diversidad del cuidado, éste “se refiere aquellas experiencias o ideas de asistencia, apoyo y facilitación hacia otros con necesidades evidentes o anticipadas, para mejorar las condiciones humanas o el estilo de vida. Es así como el cuidado tiene significados culturales y simbólicos como protección, respeto y cuidado como presencia”¹⁷⁹. Al referirse al contexto ambiental como la totalidad de un evento, situación o experiencia práctica que da significado a las expresiones, interpretaciones e interacciones sociales de la gente dentro de los factores geofísicos, ecológicos, espirituales, sociopolíticos y tecnológicos particulares en marcos culturales específicos¹⁸⁰. El contexto es un elemento que influye en la participación de la madre en el cuidado y el significado que éste tiene para ella. Apoyada en la estructura del Mapa: Sol Naciente de la teoría, estos factores son:

Factores propios de la estructura social y cultural de la madre: de acuerdo a los lazos sociales que establece la madre en su proceso de participación en el cuidado se genera en ella expresiones de miedo, tristeza, cansancio, y adopción de estilos de vida nuevos frente a este evento, lo que influye en las expresiones de cuidado de la madre.

Factores filosóficos y religiosos: Durante la participación en el cuidado en el contexto de la unidad neonatal la fé presente en la madre, hace parte de los factores filosóficos y religiosos que soportan su apoyo espiritual y que le permite conservar sus esperanzas en la recuperación de su hijo/a.

Factores tecnológicos: En el contexto de la unidad neonatal la existencia de dispositivos tecnológicos influyen en la participación de la madre en el cuidado del recién nacido prematuro, los dispositivos mencionados por las madres fueron: incubadoras, monitores, venoclisis, lámparas de fototerapia y el oxígeno.

Factores políticos y legales: En este sentido aspectos como las normas institucionales, los horarios de visita que en algunas ocasiones se obstaculizan por las actividades de enfermería, genera en las madres inconformidad frente al tiempo en el que pueden compartir y participar del cuidado de sus hijos.

Factores económicos: Una de las barreras que interfieren en la participación en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado, son las conflictos económicas vividos por estas familias, que por la condición de hospitalización, la mayoría de ellos se vieron obligados a trasladarse de sus hogares y abandono de su vida laboral, por tanto la estancia de sus hijos/as en la unidad neonatal les genera gastos económicos adicionales, que influye en su forma de participación en el cuidado.

¹⁷⁹ LEININGER M Madeleine. MACFARLAND R Marilyn. Universalidad y Diversidad del cuidado cultural. Etnoenfermería: un método de investigación con facilitadores para estudiar la teoría del cuidado cultural. Capítulo I. Jones And Bartlett Publisher 2006. Traducción elaborada por: Juan David Cárdenas Ruiz. Junio 2010. p. 11.

¹⁸⁰ *Ibíd.*, p. 12.

Etnohistoria: la ausencia de experiencias previas relacionadas con el conocimiento de un bebé prematuro, influyen en el sentimiento de la madre cuando ve sus hijos/as por primera vez lo que le genera alteración en su bienestar y que lo expresa como sentimientos de emoción y temor, estas experiencias pasadas hacen parte de la etnohistoria de la madre y por tanto explica su actitud presente frente al primer encuentro con su hijo/a que le genera expresiones de temor.

El cuidado como protección y como presencia: cuando la madre, expresa la felicidad al contacto, esto representa expresiones de cuidado como protección y como presencia que le fortalece el vínculo afectivo madre hijo/a, y su adopción de rol materno dentro del contexto de la unidad neonatal.

5.2.5. Análisis de lo Universo y lo Diverso del Tema 2.

El contexto influye en la participación de la madre en el cuidado de su hijo/hija prematuro/a y está evidenciado por tres factores importantes: sentimientos, factores que interfieren y los apoyos que generan motivación para participar en el cuidado.

Respecto a los sentimientos, existen investigaciones que describen cada uno de los sentimientos generados en la madre por la hospitalización de su hijo; en este sentido la investigación de Solano Rodríguez¹⁸¹ que identificó el significado de la experiencia, para la madre adolescente de la hospitalización del recién nacido en la unidad neonatal, realizada en el Hospital de Engativá-Bogotá, 2012; encontró que los sentimientos experimentados por las madres adolescentes reflejan el estado de ánimo, donde la preocupación por diferentes razones siempre está presente, pues sienten que el bienestar de su hijo está amenazado. De igual manera la investigación de Rodríguez Holguín¹⁸² las madres se adaptan a la hospitalización de sus hijos mediante la exploración y el apoyo, encontró que la hospitalización a la madre le generó sentimientos incluso de solidaridad con lo que su hija puede estar sintiendo, hubo múltiples expresiones relacionadas con ansiedad frente a la situación. Además de generar mayores sentimientos de tristeza y angustia a la madre el desconocimiento de lo que debe y puede hacer, una vez es informada de la necesidad de hospitalización de su recién nacido, compara permanente la información, por ello es importante que ésta sea direccionada de igual forma por todas las fuentes, de no haber concordancia en ella, se

¹⁸¹ SOLANO RODRIGUEZ, Yenny Andrea. Significado de la experiencia, para la madre adolescente de la hospitalización del recién nacido en la unidad neonatal. Hospital Engativá, 2012. Tesis de Maestría. Bogotá. D.C: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2012. 89 p.

¹⁸² RODRIGUEZ HOLGUIN , Yanira Astrid. Las madres se adaptan a la hospitalización de sus hijos mediante la exploración y el apoyo. Tesis de Maestría. Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería de la 2007. 79 p.

genera en la madre desconfianza¹⁸³. La generación de sentimientos es una situación derivada de la hospitalización y de la situación de salud del bebé. Estas investigaciones denotan la presencia de sentimientos durante el proceso de hospitalización, lo cual esto es ratificado en el presente estudio, llegando a descubrir la presencia de estos sentimientos como circunstancias que alejan o acercan a la madre a su participación en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado.

Por otro lado, existen condiciones propias del contexto de la unidad neonatal que influyen en la participación de los padres. Existen algunos estudios donde investigaron acerca de las barreras de la unidad neonatal que son reconocidos por los madres e incrementan su nivel de estrés, entre las que se encuentra la investigación: Engaging Fathers in the NICU: Taking Down the Barriers to the Baby (Involucrar a los padres en la Unidad de cuidados intensivos neonatal: Derribar las barreras al bebé)¹⁸⁴, que identificó cada una de las características físicas, políticas y el equipo de salud como barreras para el cuidado. El contexto de la unidad neonatal, representa un reto para las enfermeras, con el fin de integrar a los padres en este mundo desconocidos para ellos y que generan temor. Igualmente, la investigación también reconoce, cómo la atención de la enfermera, la comunicación con los padres interfieren en el cuidado brindado por ellos, lo cual es un reto para los profesionales. En este sentido, esta investigación reafirma estos factores como condiciones que interfieren en la participación en el cuidado.

Otra investigación que aportó resultados similares: Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos¹⁸⁵ en el que mediante un diseño cuantitativo encontraron que la hospitalización, de los neonatos, es considerado un evento estresor, reconociendo que la presencia de los monitores, los procedimientos invasivos, afectan el rol materno, para el cual los padres nunca están preparados y como consecuencia interrumpen el vínculo afectivo.

En la investigación sobre significado atribuidos por el equipo de salud acerca de la participación de los padres: revelaron la importancia de la presencia de la madre en el proceso de hospitalización para el establecimiento del vínculo afectivo, entre otras condiciones que permitían brindar cuidado centrado en la familia. Se hallaron otras investigaciones donde, revelan la necesidad de unidades neonatales abiertas, que permitan la permanencia de la madre junto a su hijo durante la hospitalización para ofrecer oportunidades únicas de educación a la familia en el manejo de los recién nacido

¹⁸³ *Ibíd.*, p. 140.

¹⁸⁴ JOHNSON, Amy Nagorski. Engaging Fathers in the NICU: Taking Down the Barriers to the Baby. *J Perinat Neonat Nurs.* 2008. Vol. 22, No. 4. , p. 303.

¹⁸⁵ GONZÁLEZ ESCOBAR Dianne Sofía. BALLESTEROS CELIS Nury Esperanza. SERRANO REATIGA María Fernanda. Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Revista Ciencia y Cuidado*, ISSN 1794-9831, Vol. 9, N°. 1, 2012. , p. 1.

y de esta manera disminuir los efectos psicológicos adversos provocados por la separación y mejorar la atención hospitalaria del los niños enfermos.¹⁸⁶

Es así como la presente investigación, halló factores propios del contexto de la unidad neonatal, como los horarios entre otros que además de interferir en el vínculo afectivo madre- hijo y promover la separación, interfiere en la participación de las madres y el conocimiento de su hija/hijo.

Por lo descrito, estas investigaciones en referencia confirman la existencia de factores del ambiente de las unidades neonatales que, influyen en los sentimientos de la madre y que se derivan de la necesidad de hospitalizar un recién nacido, en un ambiente desconocido para los padres. Para la investigación se reconoce la presencia de estos factores como, condiciones que influyen más que en el sentimiento, en la participación de la madre para el cuidado y por tanto del significado que éste tiene para ellas.

Otro de los factores que influyen el significado para la madre de la participación del cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado, son los apoyos. Rodríguez Holguín¹⁸⁷: menciona el apoyo como una fuente de tranquilidad a la madre que disminuye su grado de ansiedad. De igual forma en la investigación: El apoyo social como amortiguador de la desesperanza en padres de niños hospitalizados, identificó que la hospitalización de un hijo es una situación que no se pueden prevenir, y sus efectos nunca podrán ser conocidos del todo si no se experimenta directamente. Por lo anterior, pueden desarrollarse cuadros de desesperanza tanto en los padres como en los hijos en el ámbito hospitalario, ya que se presentan tres factores fundamentales de la misma: una falta de control de la situación, que se combina con un futuro incierto y con pensamientos fatalistas y pesimistas, luego una de las maneras más efectivas para combatir esta desesperanza es recurrir al apoyo social¹⁸⁸. Otro hallazgo de este trabajo fue que los padres de niños internados en una unidad de cuidados intensivos neonatal recurrían a estrategias de afrontamiento en común, siendo la más eficaz la búsqueda de apoyo social, es decir, el buscar soporte y consejo en personas cercanas: familiares, médicos, conocidos o amistades desarrolladas en el hospital¹⁸⁹

Esta investigación confirma la presencia de apoyos, pero aquí el apoyo representa para la madre motivación, soporte, compañía, para participar del cuidado de su hijo cuando está hospitalizado y si el apoyo proviene de la pareja, el significado se amplía a sentirse

¹⁸⁶ BARRERA, Francisco. SEPULVEDA, Ana. WEBER, Claudio. MORAGA, Francisco. ESCOBAR, Sonia. MEJÍAS, Margarita. Participación materna en la atención del niño hospitalizado. Revista Chilena. Pediatría. 64 (3); 164 – 168, 1993. , p.1.

¹⁸⁷ RODRIGUEZ HOLGUIN, Yanira Astrid. Las madres se adaptan a la hospitalización de sus hijos mediante la exploración y el apoyo. Tesis de Maestría. Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería de la 2007. p.100.

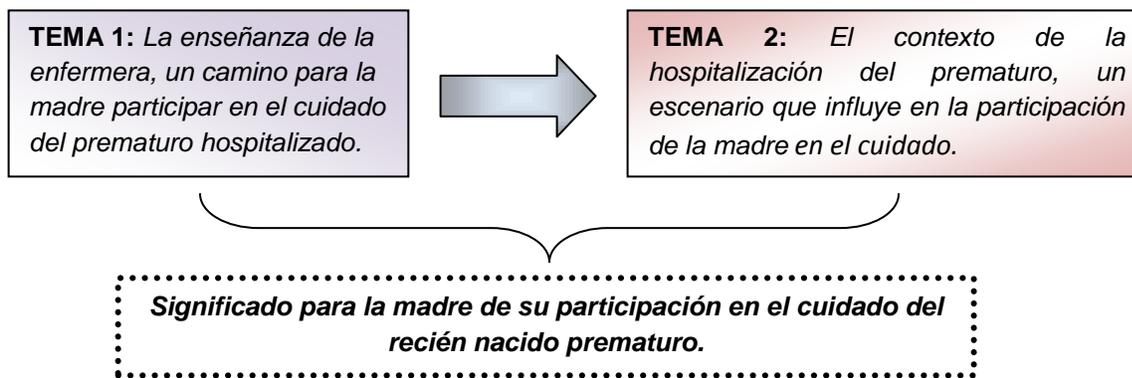
¹⁸⁸ CASTAÑEDA Gussinyé, Jaime; El apoyo social como amortiguador de la desesperanza en padres de niños hospitalizados. Psicología Iberoamericana. Universidad Iberoamericana. Ciudad de México vol. 14, num.2, diciembre, 2006. p. 36 - 37. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133920321005.pdf>.

¹⁸⁹ *Ibíd.* , p.37.

protegida y contar con la persona con quien comparte una experiencia difícil porque además del acercamiento y vínculo que los une, también el padre participa en el cuidado del bebé, representando para la madre una alivio en la carga de cuidador y ella también se siente cuidada, protegida y amada.

Los aspectos descritos, invitan a la enfermera a cuidar en la unidad neonatal con un enfoque participativo de la madre, como lo describe la filosofía de cuidado centrado en la familia, que le permita considerar a la madre un apoyo en el cuidado y no una carga más en la unidad neonatal. Cuando la madre y el padre son vinculados al cuidado de los bebés hospitalizados, la enfermera promueve el vínculo madre-hijo/hija-padre, debilita la tendencia a la separación y rompimiento del vínculo y minimiza el impacto del ambiente de la unidad neonatal que es intimidante y desconocido para la madre. Para finalizar es interesante establecer la relación entre los temas centrales de la investigación donde se encontró que:

Figura 3. Relación tema 1 y 2.



La enseñanza de la enfermera, un camino para la madre participar en el cuidado del prematuro hospitalizado conduce al segundo tema: el contexto de la hospitalización del prematuro, un escenario que influye en la participación de la madre en el cuidado y que le dan el significado para ella de su participación en el cuidado al recién nacido prematuro hospitalizado. La enseñanza ofrecida a las madres por las enfermeras es la invitación a participar en el cuidado de sus hijos/hijas, en un contexto nuevo para la madre, donde ella experimenta sentimientos, percibe obstáculos y solicita apoyos que le facilitan o le limitan su participación en el cuidado.

5.3. Significado para la madre de su participación en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado según análisis de la teoría de Madeleine Leininger.

Siguiendo la estructura del modelo del sol naciente (Figura 4) de la teoría de la Universalidad y diversidad del cuidado cultural propuesta por Madeleine Leininger, la concepción del mundo se refiere a la forma en que la gente tiende a mirar sobre su mundo o su universo, para formar una imagen o postura de valor sobre la vida o el mundo alrededor de ellos.¹⁹⁰ En este sentido la madre se visibiliza como la cuidadora de su hijo prematuro a partir de la enseñanza de la enfermera y de la participación en el cuidado de su hijo durante la hospitalización.

La participación de la madre en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado significa para ella su interpretación de las percepciones, su vivencia y las acciones tenidas durante la hospitalización del hijo en el contexto de la unidad neonatal. Este significado fue influenciado por factores provenientes del ambiente a saber: el significado según los planteamientos de Blúmer¹⁹¹, resulta de la interacción social de la madre con los elementos, situaciones y factores ambientales que la rodean en la unidad neonatal, durante la participación en el cuidado de su hijo prematuro hospitalizado, donde ella mediante su propio conocimiento, interpreta esta interacción con el ambiente. En este mismo sentido, para Leininger¹⁹² el cuidado tiene significados culturales y simbólicos y por tanto son diversos y están influenciados por los factores del ambiente, por tanto, descubrir el significado para la madre de su participación en el cuidado del recién nacido prematuro, surgió de las interpretaciones que hace la madre del contexto de la unidad neonatal y de los factores que interactúan durante su participación en el cuidado:

- **Factores educativos:** Las informantes claves, expresaron que la mayoría de las madres contaban con una profesión definida, pero las circunstancias sociales (esposas de militares) no les permitía ejercerla, sin embargo para ellas participar en el cuidado del recién nacido prematuro fue un evento nuevo que les creó la necesidad de aprender a cuidarlos a partir de la enseñanza de enfermería durante la hospitalización.
- **Factores económicos:** la participación de la madre en el cuidado fue influenciada por dificultades económicas, que limitaron los desplazamientos desde sus lugares de residencia, la permanencia en la ciudad y el cubrimiento de gastos de su estadía, por

¹⁹⁰ LEININGER M Madeleine. MACFARLAND R Marilyn. Universalidad y Diversidad del cuidado cultural. Etnoenfermería: un método de investigación con facilitadores para estudiar la teoría del cuidado cultural. Capítulo I. Jones And Bartlett Publisher 2006. Traducción elaborada por: Juan David Cárdenas Ruiz. Junio 2010. p. 12 -13.

¹⁹¹ SANDOVAL Casilimas, Carlos. Investigación cualitativa. Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. ICFES. 1996 .p. 58.

¹⁹² LEININGER. Óp. Cit. p 11.

ser remitidos los bebés prematuros de regiones lejanas de Colombia. Adicionalmente, los padres son quienes proveen de elementos básicos para el cuidado de los niños / niñas, siendo esto una causa de preocupación y de deseo de apoyo institucional. Los factores económicos fueron influyentes en la medida en que priorizaron los insumos de cuidado y restringieron las visitas a sus hijos, situación que igualmente interfirió en la participación en el cuidado.

- **Factores Políticos e Institucionales:** Respondiendo la política institucional de apoyo a la lactancia materna del Hospital Militar Central, las madres de los recién nacidos reciben alimentación cuando sus hijos están hospitalizados, sin embargo desde las perspectivas de las madres y las enfermeras, surge la necesidad de apoyo Institucional frente a la flexibilidad en la permanencia del recién nacido con sus padres, que no estén limitados por los horarios de visita establecidos.
- **Factores sociales y de parentesco:** Los principales apoyos recibidos por la madre y que contribuyeron en el significado de participar en el cuidado, fueron provenientes del entorno familiar: mamá y compañero quienes para ella representaban acompañamiento y además del compañero recibían protección y motivación para participar en el cuidado. Por tanto el deseo de la madre fue que la institución flexibilizará los horarios y facilitará el acompañamiento de otros familiares como la mamá, mientras su hijo/a estuviese hospitalizado.
- **Factores religiosos y filosóficos:** De acuerdo a las creencias religiosas, en las madres se hace evidente su espiritualidad, reflejada en la fe en Dios para la recuperación de sus hijos, el logro de la lactancia materna y la fortaleza para afrontar esta situación.
- **Factores tecnológicos:** El contexto de la hospitalización, generó en la madre impacto derivado de los dispositivos tecnológicos que sus hijos/as tenían y que fueron percibidos como limitantes para su participación en el cuidado; algunas los consideraron necesarios para la recuperación de sus hijos/as, pero interfirieron en el establecimiento del contacto con ellos. Entre los dispositivos que se hallaron están: la incubadora, los monitores, los cables de las venoclisis y la lámpara de fototerapia.
- **Valores culturales, creencias y estilos de vida:** El contexto de la unidad neonatal, no permite a la madre la realización de cuidados culturales aprendidos de su familia; ella reconoce no ejecutarlos porque prima el cuidado profesional con sus hijos y que ella aprende de enfermería, sin embargo refirieron realizar algunas prácticas de cuidado en el hogar con resultados a su juicio benéficos para el bebé. Igualmente las enfermeras, reconocen la existencia de estas prácticas culturales, que no son compartidas por las madres, pero que identifican en el contexto de la unidad neonatal. Cuando las madres comparten con ellas estas prácticas culturales, las enfermeras las evalúan, las conserva (uso de camisa roja en los recién nacidos), las negocia (entrada de algún familiar para la realización de masaje en presencia de los profesionales) o las reestructura según el compromiso de la salud del prematuro. Según Leininger, la enfermera actúa como puente de unión entre el sistema genérico y el profesional, y puede establecer tres tipos de cuidados enfermeros: preservación y

mantenimiento de los cuidados culturales, adaptación y negociación de los cuidados culturales y reorientación y / o reestructuración de los cuidados culturales.¹⁹³

Los estilos de vida son factores que influyen en la experiencia de cuidado, es así como al ser único cuidador, los horarios y la rutina misma de la unidad les genera a las madres agotamiento para participar en el cuidado y por tanto modificación en los estilos de vida por esta situación.

Las dos mitades unidas forman un sol entero, que viene a significar el universo de las madres, que las enfermeras deben considerar para valorar los cuidados humanos y la salud.¹⁹⁴

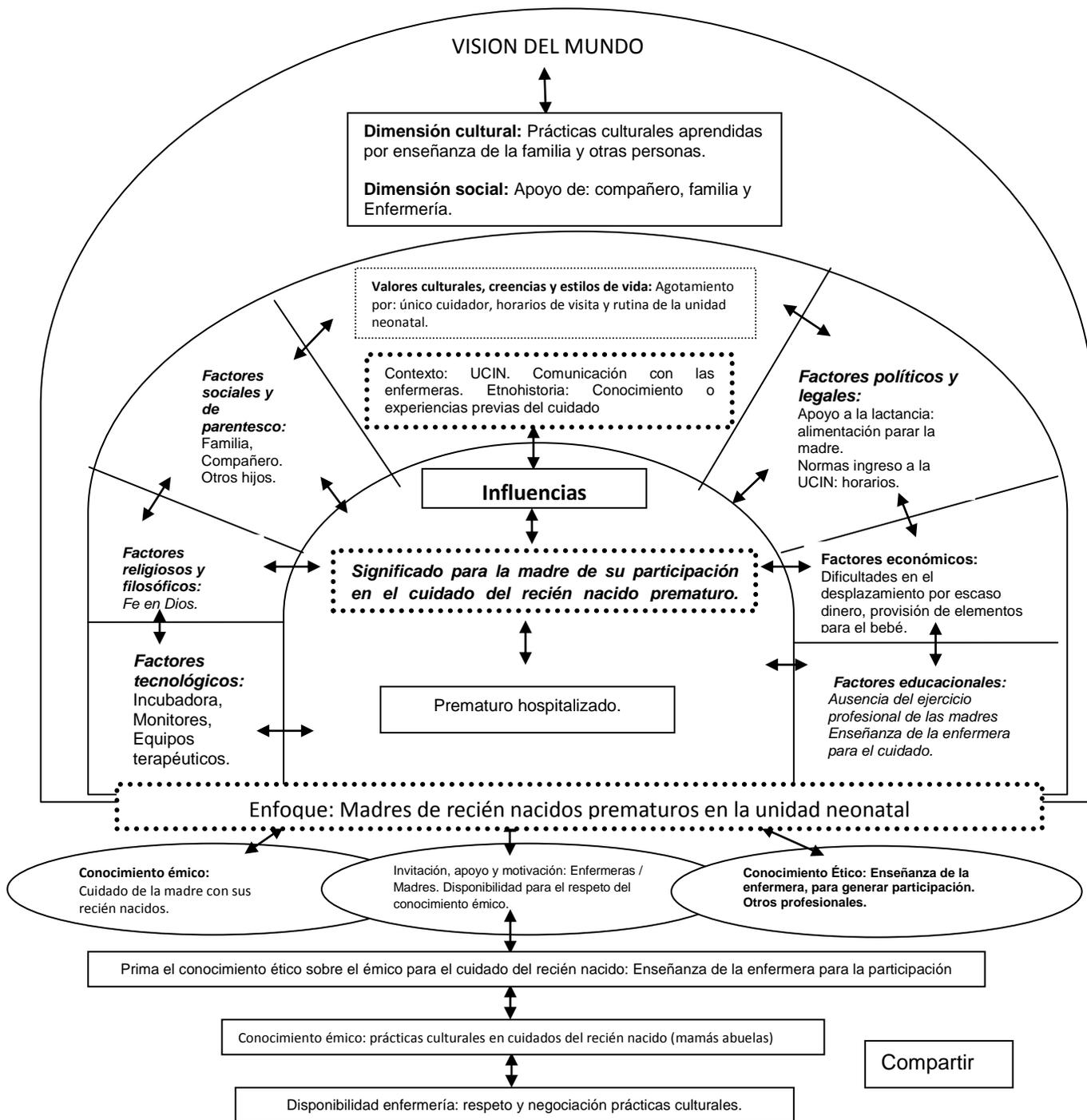
Este sol naciente, evidencia conceptos de la teoría de la Universalidad y diversidad de los cuidados que influye en el significado para la madre de participar en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado, pues la madre y su hijo son entes que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción del mundo, de su trayectoria y del contexto de su entorno, lo que viene a ser un principio fundamental de la teoría de Leininger.¹⁹⁵

¹⁹³ *Ibíd.*, p.484.

¹⁹⁴ MARRINER Tomey Ann, RAILE Alligood Martha, Modelos y Teorías en Enfermería. . Elsevier España. 6ª edic. Madrid, 2007. p. 484.

¹⁹⁵ *Ibíd.* P. 484.

Figura No 4. Significado para la madre de su participación en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado. Modelo del Sol Naciente.



Fuente: Esquema diseñado por el investigador.

6. Conclusiones y Recomendaciones

6.1. Conclusiones

El significado para la madre de participar en el cuidado es: contar con el profesional de enfermería como fuente de enseñanza y el contexto de la hospitalización como escenario que influye en la participación de la madre en el cuidado. En este ambiente la madre aprende de la enfermera a cuidar a su hijo prematuro mediante un proceso paulatino de aprendizaje y participación basado en cuatro estrategias: Explicación, observación, demostración y ejecución por ella. El contexto en el que la madre aprende y participa le genera sentimientos que la acercan o la alejan dependiendo del tamaño del bebé, condición de salud, oportunidad y frecuencia del contacto madre /hijo. Además para participar en el cuidado ella requiere de apoyos sociales y familiares, así como el acompañamiento del profesional de enfermería que le ayude a familiarizarse con los artefactos tecnológicos, promueva la flexibilización y cumplimiento de las normas, políticas y horarios institucionales que determinan los periodos de cercanía a su hijo/a y la posibilidad de participar en el cuidado, que en sentido contrario se constituyen en barreras para la participación.

Por tanto el significado de participación en el cuidado para la madre está definido por dos temas: la enseñanza de la enfermera, un camino para la madre participar en el cuidado del prematuro hospitalizado y El contexto de la hospitalización del prematuro, un escenario que influye en la participación de la madre en el cuidado.

Tema 1: *La enseñanza de la enfermera, un camino para la madre participar en el cuidado del prematuro hospitalizado.*

- La participación en el cuidado, significa para la madre vivir un proceso progresivo de enseñanza y aprendizaje, donde la enfermera inicialmente comparte su conocimiento y la invita a participar en el cuidado mediante estrategias de: explicación, observación, demostración y ejecución y a medida que ella inicia contacto con su hijo/a, de acuerdo a las condiciones de salud, la enfermera le facilita el cuidado generando confianza, seguridad, convirtiéndose la madre en la proveedora de cuidados, basados en las enseñanzas ofrecidas por las enfermeras, por tanto la puerta de entrada para esta participación es la enseñanza de la enfermera.

- Participar en el cuidado del prematuro hospitalizado significa cuidar como presencia y como protección a sus hijos/as, a través de las prácticas aprendidas de enfermería dirigidas a la prevención de complicaciones como las infecciones. El cuidado como presencia es brindado por la madre mediante el contacto madre e hijo y por tanto el desempeño de su rol en el contexto de la unidad neonatal.

Tema 2: El contexto de la hospitalización del prematuro, un escenario que influye en la participación de la madre en el cuidado

- Participar en el cuidado del recién nacido prematuro significa experimentar sentimientos generados por la forma como ella ve a su hijo en el primer encuentro caracterizado por el tamaño, la condición de salud y la presencia de artefactos terapéuticos en el microambiente del bebé. Estos sentimientos en principio se caracterizan por el miedo, la angustia, estrés, preocupación y tristeza; que limitan el contacto con el bebé e interfieren en su decisión y participación en el cuidado. Con la enseñanza y apoyo de enfermería, las experiencias previas de cuidados a recién nacidos, la mejoría del bebé y el retiro de los artefactos, los sentimientos van cambiando hacia la alegría la felicidad, la tranquilidad y la motivación para lograr confianza en sí mismo, seguridad y autonomía para la participación en el cuidado de su hijo/a prematuro hospitalizado.
- Participar en el cuidado de un prematuro hospitalizado para una madre significa enfrentarse a factores contextuales que interfieren en el contacto con su hijo y por tanto en la participación en el cuidado, siendo el más relevante la existencia de horarios de visitas por periodos cortos e intermitentes y el incumplimiento de los mismos por enfermería; evento que la agota, la entristece y la desmotiva para participar en esta actividad y sentimientos que se potencializan si la madre debe cuidar más de un prematuro, como el caso de productos de gestaciones múltiples. Otra consecuencia derivada del planteamiento anterior es la insensibilidad con la madre respecto a sus necesidades, compromisos con otros hijos, distancias que debe recorrer para llegar a la institución, deficiencia de sus recursos económicos y apoyos familiares así como la ausencia del compañero por situaciones laborales. Esta condición asociada a la deficiencia de la comunicación enfermera/madre y la presencia de artefactos limita aun más su participación en el cuidado.
- Participar en el cuidado del recién nacido prematuro para la madre significa contar con fuentes de apoyo institucionales, profesionales de enfermería y de otras áreas de la salud, familiares, espirituales y del compañero, en circunstancias en que este último no puede cumplir con el apoyo deseado por ella. Las fuentes de apoyo la motivan y le trasmite fortaleza para participar en el cuidado de su hijo prematuro hospitalizado en un ambiente desconocido en el que ella aprende a cuidar partiendo del conocimiento ético.

6.2. Recomendaciones

Tema 1: *La enseñanza de la enfermera, un camino para la madre participar en el cuidado del prematuro hospitalizado.*

- La enseñanza de la enfermera para el cuidado, merece más investigaciones, que permita ampliar el proceso de enseñanza y aprendizaje proporcionado por la enfermera a las madres en el contexto de la unidad neonatal.
- Desde los programas de formación de los profesionales de enfermería, se hace necesario incluir contenidos acerca del cuidado cultural, que le permita a la enfermera poder brindar un cuidado culturalmente coherente dentro de un contexto hospitalario.
- En la práctica de cuidado de las enfermeras en las unidades neonatales, se hace necesario buscar estrategias que le permita a las madres compartir el conocimiento cultural y de esta manera evaluarlo para su conservación, negociación y reestructuración del cuidado.
- Es importante en los profesionales de enfermería en las unidades neonatales el fortalecimiento como líderes, ejemplo y modelo para el cuidado pues las madres los observan, aprenden y ejecuta con sus hijos/as en el contexto hospitalario o en el hogar.

Tema 2: *El contexto de la hospitalización del prematuro, un escenario que influye en la participación de la madre en el cuidado.*

- Realización de estudios de investigación donde se amplié el contexto de la unidad neonatal como escenario que influye en la participación para el cuidado.
- En la formación profesional, tanto pregrado y posgrado no limitar la enseñanza a los actos de asistencia físicos brindados por el profesional de enfermería en el cuidado del recién nacido en las unidades neonatales, es necesario incluir la preparación de las enfermeras para la comprensión de los sentimientos de las madres, los temores, las limitantes entre otros factores del contexto que no le permite a la madre su participación y el establecimiento del vínculo afectivo madre / hijo/a.
- En la práctica profesional, se hace necesario brindar un cuidado centrado en la familia facilitando espacios de permanencia de los padres en la unidad. Es decir

la unidad neonatal debe ser abierta que permita contar con el acceso libre de los padres, la facilitación del contacto madre – hijo (a) _ Padre, y el fortalecimiento de la presencia de la enfermera como fuente de enseñanza para participar en el cuidado.

- Se hace necesario para la profesión de enfermería reconocer los contextos de cuidados como escenarios que influyen en las expresiones de cuidado.

6.3. Dificultades u obstáculos en la realización de la investigación

En el proceso de realización de las entrevistas, algunos recién nacidos prematuros tenían tiempos cortos de estancia hospitalaria y residían en regiones lejanas de Colombia, lo cual al momento de realizar la segunda o tercera entrevista no fue posible, lo que generó casos atípicos en la investigación.

7. Consideraciones Éticas

Entre las consideraciones éticas que se tuvieron en cuenta para la realización de la investigación están relacionadas con la Resolución N° 008430 del 4 de octubre de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Según lo dispuesto por la resolución, entre los aspectos éticos a tener en cuenta son los previstos en el título II de la investigación en seres humanos, en su capítulo 1, artículo 5, 6 sus literales a, b, c, d, e, f, g; la investigación se llevó a cabo cuando se obtuvo la autorización del Hospital Militar Central. Para obtener esta autorización previamente se obtuvo aval del comité de ética de la Universidad Nacional (Anexo B), una vez se contó con el aval Institucional, se solicitó al Hospital Militar Central de Bogotá, a través del Departamento de enfermería la autorización para el desarrollo de la investigación; posteriormente mediante la subdirección de Docencia e Investigación Científica, se enviaron los documentos respectivos para la aprobación de la investigación, siendo aprobado por el comité de ética del Hospital Militar, donde solicitan se incluyan los datos del comité independiente de ética del Hospital, además del reporte sobre los avances en la investigación **(Anexo C y D)** .

De acuerdo al artículo 6 literal e) y artículos 14 – 15 de la resolución 008430 de 1993, se respetará el principio de autonomía, ya que se invitó a las madres a participar de manera voluntaria en la investigación, sin ningún tipo de presión y ganancia económica, reconociendo a los participantes como seres autónomos, solicitando su consentimiento informado **(Anexo F)** para la realización de la investigación y su permiso para realizar las grabaciones y tomas de fotografía, las cuales fueron autorizadas por las madres, mediante la firma del consentimiento informando para la toma de fotografías, donde todas las madres autorizaron la presentación de las fotos sin ocultar su rostro y el de sus hijos. **(Anexo G)**

En la investigación se informó a los participantes sobre los beneficios, en conocer el significado de la participación en el cuidado, tanto para ellas como para sus hijos hospitalizados, aclarando que el estudio no implica intervenciones de riesgo. Además garantizó la preservación del derecho a la intimidad y confidencialidad, dentro de un marco de respeto y trato justo.

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 8 de la misma resolución en la investigación se respetó la privacidad de los participantes de la investigación; para lo cual se utilizó un sistema de códigos para los informantes y otro para las entrevistas, no se revelaron datos personales que evidencien su identidad, solo se describió cuáles fueron los significados atribuidos por las madres al cuidado del recién nacido prematuro en la unidad neonatal, derivados del análisis de la información.

En el estudio se evidenció la honestidad de la investigador, frente al respeto por los derechos de autor, propiedad intelectual, demostradas en las citas y bibliografías empleadas en el desarrollo del documento, haciendo una excelente búsqueda bibliográfica procurando la coherencia interna del estudio, desde el planteamiento del problema de investigación, los objetivos, el marco conceptual, diseño metodológico, hallazgos, conclusiones y recomendaciones.

De acuerdo al artículo 11 al literal a de la Resolución N° 008430 de 1993, fue una investigación de bajo riesgo ya que, no se realizó intervenciones que pusieron en riesgo a madres y recién nacidos y se tuvo precaución de no realizar preguntas que desestabilizaran las madres en su estado emocional. La información obtenida de los participantes, fue analizada teniendo en cuenta el respeto a la dignidad humana, a la privacidad y a la intimidad.

De igual manera la recolección de la información a través de entrevistas se inició y se suspendió teniendo en cuenta el estado emocional de la madre, pues la hospitalización genera en ellas situaciones de estrés. En esta medida se permitió a la madre la expresión de sus sentimientos y se tuvo en cuenta la necesidad de búsqueda de apoyo por parte del equipo de salud de la unidad neonatal para resolver situaciones de estrés que se presentaban previo a la realización de las entrevistas. Los beneficios, fueron planteados en la medida en que la investigación proporcionó un acercamiento y aprendizaje mutuo entre madres y grupo de enfermería, contribuyendo a una mejor planificación de los cuidados y programas, teniendo en cuenta las necesidades de los padres y de los neonatos como sujetos de cuidado, ayudó a engrosar el cuerpo de conocimientos de enfermería como disciplina y a nivel institucional, propendió por la satisfacción de los usuarios. El método de recolección de la información, fue empleado exclusivamente para los propósitos investigativos, sin repercusión o daño a los participantes.

Acorde, a lo establecido en el artículo 12 de esta misma resolución, se tuvo en cuenta la necesidad de suspender la investigación si se presentaba algún riesgo o daño para la salud de los participantes o la suspensión de inmediato para los participantes de la investigación que hayan manifestado no continuar en el estudio, situación que no sucedió en la investigación.

Además de lo previsto en la Resolución N° 008430 de 1993, se tuvo en cuenta cada una de las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos de la Organización Mundial de la Salud (Pautas CIOMS), donde se dispone 21 pautas, para la validez científica de la investigación científica, Consentimiento informado, beneficios y riesgos de participar en un estudio, entre otras que fundamentaron las consideraciones éticas para el estudio.

Los reportes cualitativos son una manera de describir el estudio a otras personas, a los informantes, personas de la institución donde se realizó el estudio y a la comunidad científica y representan la culminación del proceso de investigación. Este reporte debe ofrecer una respuesta al planteamiento del problema y señalar las estrategias que se

usaron para abordarlo, así como los datos que fueron recolectados, analizados e interpretados.¹⁹⁶

La socialización del estudio para la comunidad científica se realizará, a través de la publicación de los resultados en revistas científicas con el propósito de dar a conocer de manera explícita y clara, el título de la investigación, nombre de los autores, descripción breve del contenido fundamental del estudio, incluyendo el planteamiento del problema, el método y los resultados más importantes, mencionando las conclusiones y las recomendaciones¹⁹⁷. Esta publicación se regirá de acuerdo a las normas reglamentarias para la publicación de artículos científicos. Será socializado en un evento científico en el Hospital Militar Central, donde serán invitadas las informantes generales y de ser posible las informantes clave, de acuerdo a las normas institucionales vigentes. Se buscará socializar en un evento científico nacional y/o internacional para la comunidad científica.

Además para obtener el consentimiento informado, se tuvo en cuenta durante el proceso de explicación del Investigador hacia los participantes, ser claro en que los resultados del trabajo serían divulgados en los medios y las condiciones ya descritas, con el objetivo de obtener su permiso para ésta. Aspecto que está inmerso en el consentimiento informado (Anexo F), dentro de los fines investigativos y académicos. Con relación al uso de fotografías el Investigador fue cuidadoso en explicar a los participantes que estos fortalecerían e ilustrarían el análisis y la socialización de los resultados, a lo que ellos accedieron sin cubrir sus rostros y él de sus hijos. (Anexo G)

De acuerdo a la solicitud del comité independiente de Ética del Hospital Militar Central, se tuvo en cuenta las disposiciones de la Resolución No. 554. Del 13 junio del 2011, por el cual se deroga la Resolución 815 de 2006 y la Resolución 317 de 2007 y se crea adopta el nuevo Código de Ética para el Hospital Militar Central. Se tuvo en cuenta lo relacionado al artículo 7: Derechos y deberes de los pacientes: que implicó el respeto a su voluntad de participar o no en la investigación, con su libre consentimiento y a retirarse en cualquier momento de la investigación de la cual hace parte, sin sufrir represalias por su decisión. Derecho además de recibir información sobre algún riesgo que se detecte durante la fase de la investigación y a recibir la atención oportuna e idónea para prevenir cualquier daño o corregir el que se haya podido causar, sin incurrir en costos económicos adicionales a los pertinentes para su situación clínica, por participar en una investigación.

Además se tuvo en cuenta lo dispuesto en la Resolución No 880 del 24 de julio 2012, por medio del cual se fijan los parámetros para la investigación en salud en el Hospital Militar Central, el cual se adoptó como requisito para la presentación del proyecto de investigación para su aprobación, y seguimiento del proyecto. El nombre de la institución aparecerá en las publicaciones por solicitud de la institución y por cumplimiento a la normatividad anteriormente mencionada, donde reglamentan como anexo los elementos mínimos y básicos para presentar un protocolo de investigación y describen la filiación

¹⁹⁶ HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNANDEZ – COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCI; Pilar. Metodología de la investigación. Cuarta Edición, México, 2006. p.723.

¹⁹⁷ *Ibíd.* p. 725.

institucional como requisito para la presentación del proyecto, siendo está el reconocimiento de la institución y las áreas donde se realizó el proyecto.

La presente investigación no generó impacto ambiental, el Investigador fue cuidadoso en el uso mesurado de los insumos como papel, energía y conservación de espacios limpios y libres de contaminación ambiental, visual o auditiva durante la investigación.

Cronograma

AÑO 2012 - 2013	Ene/ feb/ Marz 2012	Abril 2012	Mayo 2012	Junio 2012	Julio 2012	Agosto del 2012 a Mayo de 2013	Junio julio 2013	Ago/ sep Oct.2013	Noviembre 2013
ACTIV.									
Concepto ético									
Aval Institucional									
Ajustes según recomendaciones de ética e institución.									
Inserción en el campo									
Selección de los informantes claves y generales									
Recolección información									
Análisis de la información									
Análisis de los resultados y construcción del documento									
Entrega documento jurados									
Socialización y publicación de los resultados.									

Presupuesto

Recurso humano	Valor unitario	Cantidad	Valor total	Fuente de Financiación.
Horas investigador	100.000 / hora	96 x 4	9'600.000	Investigador
Horas Asesor	150000/ hora	80 x 4	12'000.000	Universidad Nacional
Auxiliar para transcripción entrevistas	80000/h	40	3'200.000	Investigador
TOTAL			\$24'800.000	

Recurso Físicos	Valor unitario	cantidad	Valor total	Fuente de Financiación.
Desplazamientos	1700 / C/uno	40x1700	68.000	Investigador
Computadora	600.000	1	600.000	Investigador
Impresora	250.000	60	250.000	Investigador
Papelería	100.000		50.000	Investigador
Grabadora de audio	120.000	1	120.000	Investigador
Cámara fotográfica	150.000	1	150.000	Investigador
Video cámara	250.000	1	250.000	Investigador
TOTAL			\$1'488.000	

TOTAL RECURSO HUMANO	\$24'800.000
TOTAL RECURSOS FISICOS	\$ 1'488.000
TOTAL VALOR DEL PROYECTO	\$ 26'288.000

A. Anexo:

Datos sociodemográfico madres de los recién nacidos pretérmino Informantes claves

Id	Edad	Estado Civil	Ocupación	Fuerza	Procedencia	Antc Gineco obstétricos	Edad Gest.	Peso al Nacer	Genero del RNPT	Fecha de Nac.	Dx Actuales
1	37 años	Unión Libre	Hogar	Ejercitio	Tolima	G2P2V2 Amenaza de parto pretermino	25 sem	650 gr	F	20 04 2012	RNPT Ballard de EGC 38.5. Displasia Broncopulmonar severa
2	27 años	Casada	Hogar	Ejercitio	Faca	G2P1V1 Parto Gemelar + Anhideamnios + Insuficiencia placentaria.	34 Sem.	1695 gr 1330 gr	F	12 07 2012	RNPT.
3	27 años	Casada	Abogada	Armada	Córdoba	G2P2C2A0 sospecha de hipoxia perinatal.	35 Sem.	2380 gr	F	11 12 2012	RNPT Shock Carcinogénico
4	22 años	Casada	Auxiliar de Enfermería	Ejercitio	Ocaña	G1P0A0C0, Preclampsia. Trillizos Tricorial. Triamniotico	31.5 Sem.	1005 1050 1410	F(2) M(1)	4 12 2012	RNPT Trillizos Tricorial.
5	35 años	Casada	comerciante	Ejercitio	Bogotá	G2P1A0C0V1 + Embarazo Gemelar Moroconial.	35 Semanas		F	6 01 2013	RNPT RCIU + SDR.
6	25 años	Casada	Ama de casa	Armada	Leticia	G3A2P1	29 sem.	1600	M	10 11 21012	RNPT + Síndrome de intestino corto
7	28 años	Casada	Ama de casa.	Ejercitio	Florencia	G2P0A1C0 Embarazo Gemelar + Ruptura de membranas.	32.3 Semanas	1760 1630	Femenino Masculino	4 01 2013	RNPT Gemelar.II Bicornial y Biamniotico POP tardío de Traqueotomía por estenosis subglótica.
8	21 años	Casada	Estudiante Ingeniería civil	Ejercitio	Bucaramanga	G1P1A0	30 Semanas	1480	Femenino	22 04 2013	RNPT, Bajo peso.
9	21 años	Casada	Estudiante Auxiliar de Enfermería.	Ejercitio	Ibagué.	G1P1A0	36 Semanas	2610	Masculino	07 02 2013	RNPT, Sd Colestasico, Malrotación Intestinal.

**Datos sociodemográfico enfermeras de la unidad neonatal
Informantes generales.**

INFORMANTES	Edad	Ocupación	Turno	Servicio en el que actualmente labora.	Posgrados
No 1	46 años.	Enfermera	Tarde	Unidad Neonatal	Especialista en cuidado crítico pediátrico.
No 2	43 años.	Enfermera.	Mañana	Servicio de Hematología Oncología Pediátrica. / Unidad Neonatal	Especialista en cuidado crítico pediátrico.
No 3	51 años	Enfermera.	Tarde	Coordinadora aérea de Pediatría./ Unidad Neonatal	Especialista en cuidado crítico pediátrico. Estudiante de Maestría en Enfermería con énfasis en gerencia en servicios de salud.
No 4	45 años.	Enfermera	Mañana	Unidad Neonatal	Especialista en cuidado crítico pediátrico.

B. Anexo: Aval Ética Universidad Nacional.



UGI-023-2011
Bogotá D.C., 22 de febrero de 2012

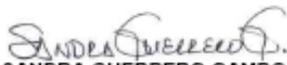
Profesora
MAGDA LUCIA FLOREZ
Coordinadora Posgrados de Enfermería
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Respetada Profesora:

De la manera más atenta, me permito informarle que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería en sesión del 20 de febrero de 2012 Acta 2, se permite dar aval desde los aspectos éticos al proyecto de Maestría en Enfermería SIGNIFICADO PARA LA MADRE DE SU PARTICIPACIÓN DEL CUIDADO DEL NEONATO PREMATURO HOSPITALIZADO de la estudiante Claudia Lorena Motta Robayo directora profesora Rosa Yolanda Munévar.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo. (Resolución No. 077 del 2006 del Consejo de Facultad de Enfermería).

Atentamente,


SANDRA GUERRERO GAMBOA
Presidenta Comité de Ética
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Copia: Profesora Rosa Yolanda Munévar

145 años
1868-2013

Carrera 30 No.45 - 03, TORRE DE ENFERMERÍA, Edificio 101, piso 8, Oficina 805
Computador: (57-1) 316 5000 Ext. 17020 Fax: 17021
Correo electrónico: ufn@unal.edu.co

C. Anexo: Permiso Institucional Hospital Militar Central

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL
DIRECCIÓN GENERAL
SUBDIRECCIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**

Bogotá D.C.,

12 8 JUN 2012

No. _____ /DIGE-SDIC-UNIC.

20905

Asunto: Autorización ejecución proyecto de investigación código 2012054

A: Investigadores: CLAUDIA MOTTA
Servicio de: ENFERMERIA – HOSPITAL MILITAR CENTRAL

El Comité de Investigación Científica del HOMIC que sesionó el día 15 de Junio del año en curso, previa revisión de las aprobaciones metodológica y ética del protocolo de investigación titulado "SIGNIFICADO PARA LA MADRE DE SU PARTICIPACIÓN EN EL CUIDADO DEL NEONATO PREMATURO HOSPITALIZADO" registrado en la Unidad de Investigación Científica con el código 2012054, autoriza la ejecución del proyecto en esta institución.

El investigador principal debe presentar copia de esta autorización en las unidades o áreas donde requieran obtener información o acceso para el desarrollo del proyecto.

En caso de ser suspendido el estudio o de la realización de cualquier modificación del protocolo debe reportar por escrito a la Unidad de Investigación Científica la información correspondiente con los respectivos soportes.

Una vez finalizado el estudio el investigador principal debe presentar a la Unidad de Investigaciones en medio magnético (CD) el informe final de la ejecución del proyecto y todos los documentos que soporten la difusión del mismo (ej. artículos, memorias de congresos, etc.)

Cordialmente,


Coronel Médico RANNIERY HUMBERTO ACUÑA
Subdirector de Docencia e Investigación Científica

DRA. MABEL AVILA PORTILLO
Jefe Unidad de Investigación Científica

Se anexa aprobación de Colite de Ética

Elaboro: F/PEÑA Coordinación Investigación Académica

"NUESTRO RETO: LA EXCELENCIA EN SALUD"
Transversal 3ª No. 49-02
Telefax 3486868 Ext. 5310 – 5311
Bogotá - Colombia

D. Anexo: Comité de Ética Hospital Militar Central.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL
DIRECCIÓN GENERAL
COMITÉ INDEPENDIENTE DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Bogotá D.C.,

No. 20193 / DIGE/CIEI

Asunto: APROBACIÓN
A la: Enfermera
CLAUDIA LORENA MOTTA ROBAYO
Investigador Principal
Hospital Militar Central

12 JUN 2012

12 JUN 2012

Ref. **PROTOCOLO 2012-054**

"Significado para la madre de su participación en el cuidado del neonato prematuro hospitalizado"

Respetada Licenciada:

El Comité Independiente de Ética en Investigación del Hospital Militar Central en reunión del día 15 de Junio de 2012 según consta en el Acta No.11, con un quórum del 66.66 %, el quórum se obtiene con la participación mayor al 50%:

Dr. Javier Ignacio Godoy Barbosa	Presidente	Oncólogo Clínico
Dr. Gustavo Adolfo Hincapié Díaz	Presidente Suplente	Neumólogo
Dr. Mauricio Parra	Miembro	Cirujano General
Dra. María Eugenia Mican	Miembro	Administradora De Empresas
Enf. Flor Angela Calderón	Miembro	Bioeticista
Coronel (r) Luz Elsy Zamora	Representante de la Comunidad	Contadora
Enf. Ingrid J. Hortta	Secretaría con derecho a voz pero sin voto	

Revisó y **APROBO**:

El estudio de la referencia teniendo en cuenta:

- Categoría: Investigación sin riesgo
- Consentimiento Informado: Requerido, presentado.

CONCEPTO: Estudio que contempla la debida protección a la identidad, confidencialidad, y respeto a la dignidad humana. Referencia seguir los lineamientos de la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, como las pautas internacionales para la investigación con seres humanos preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).

SOLICITUD

Incluir los datos del Comité Independiente de Ética en Investigación – Hospital Militar Central, persona de contacto Dr. Javier I. Godoy Barbosa, Tel 34868689 Ext. 5363 en caso de consulta sobre la protección de los sujetos participantes en el Consentimiento Informado.

Con un saludo institucional,

Elaboró: IJH

DR. JAVIER IGNACIO GODOY BARBOSA
Presidente

19/06/2012 04:23:55 p.m.

"Nuestro reto la excelencia en salud"

Transversal 3 No. 49-00 Piso 13 - Telefax 3486868 Ext. 5363 - Bogotá D.C. Colombia
www.hospitalmilitar.gov.co

E. Anexo: Facilitador extraño amigo

El propósito de este “facilitador” es facilitar al investigador moverse de ser un extraño irruptor a ser un amigo confiable para obtener datos atencivos, y creíbles. El usuario se evalúa a si mismo reflejándose en los indicadores mientras va cumpliendo el proceso de pasar de ser un extraño a ser un amigo			
Indicadores de “extraño” Los informantes o las personas son:	Fecha	Indicadores de “amigo confiable” Los informantes o las personas son:	Fecha
Una vez se comenta el estudio con el personal de salud ellos, se muestran inquietos frente al desarrollo y se cuestionan frente al procedimiento metodológico.	19 de Julio 2012	Una vez se inicia el proceso de inserción en el campo, con el acercamiento continuo de genera mayor confianza y existe menos preguntas frente al desarrollo del proyecto.	23 de Julio 2012
Durante el proceso de inserción en el campo, las madres al primer contacto con ellas soy reconocida como una de las jefes nuevas del servicio, porque estaban atentas a lo que hacía y como me llama las personas del equipo de salud, existen señales limitadas de confianza solo existe un saludo y una despedida.	23 de Julio 2012.	Al reconocer nuevamente mi presencia en la unidad neonatal se estable un acercamiento más estrecho, aquí una de ellas solicita que por favor le colabore, con la acomodación de su hija para lactarla, aquí ayudo a la mamá acomodar a su hija. La otra mamá se muestra ansiosa porque su hija hoy la ve con dificultad para el agarre y la succión entonces me pide ayuda, por tanto le ayudo en la técnica de lactancia materna, ella se siente cómoda y se establece un grado de confianza y acercamiento con las madres. Se termina visita y la despedida se hace más afectuosa.	24 de juli o 2012
Al momento en que las madres me reconocen en la unidad neonatal como un personal de salud nuevo son un poco tímidas y solo es una relación de saludo y despedida	23 de julio 2012	Con el paso de los días se establece un mayor acercamiento con las madres acá, la observación inicial que se realiza, se moviliza hacia la participación.	24 de Julio 2012
Existe un poco de reserva y limitada confianza para la solicitud de las historias clínicas al personal de salud	24 de Julio de 2012	Una vez establecida una mayor confianza se solicita las historias clínicas y se revisan con el fin de establecer quienes cumplen los criterios de inclusión para el estudio	25 de julio de 2012
Cuando se establece un acercamiento y al contacto con ellas solicitan ayuda para la lactancia, y el plan canguro, la relación es limitada a la solicitud de ayuda.	25 de Julio de 2012	Además de solicitar ayuda, aquí ellas cuentan acerca de sus expectativas cuando van hacer dados de alto y quieren compartir toda su experiencia.	26 de Julio de 2012
Una vez se establece cercanía con la madre de los prematuros hospitalizado se invita a participar en el estudio a una de las madres de dos prematuras, explicando los objetivos del estudio, la metodología para la recolección de la información entre otros aspectos claves de la investigación.	1 de Agosto	La madre acepta participar del estudio mediante la realización de una primera entrevista.	2 de Agosto

F. Anexo: consentimiento informado informantes claves

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Respetadas Madres; mediante el siguiente documento, quiero invitarlas a participar como informantes de la investigación **“Significado para la madre de su participación en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado en la unidad neonatal”**.

Esta investigación tiene como objetivo conocer el significado que atribuye la madre a su participación en el cuidado, al recién nacido prematuro en la unidad de cuidados neonatales, en un grupo de madres que tienen sus hijos hospitalizados en una unidad neonatal, de una IPS de Bogotá. Los resultados serán útiles para la práctica ya que, permitirán a las enfermeras tomar como referente la evidencia y proporcionar un plan de cuidados de enfermería que involucre la familia. Además aportarán elementos teóricos que la facilitarán al profesional de Enfermería, planear el cuidado del prematuro hospitalizado, centrándose en la madre y su vivencia frente a la hospitalización de su pequeño hijo, con el apoyo del profesional de enfermería. La información por ustedes aportados serán una contribución al avance en el conocimiento de enfermería.

Para la recolección de la información se realizarán varias entrevistas, que serán grabadas, transcritas y analizadas. La participación en el estudio es completamente voluntaria, conservando la intimidad y el anonimato respecto a la identificación de quienes proporcionen información, se utilizarán códigos y la información por ustedes obtenidas solo se usara con fines investigativos, y académicos además si por cualquier motivo no quieran participar en el estudio, se podrán retirar en cualquier momento de la investigación sin ninguna repercusión.

Si está de acuerdo con los objetivos y la finalidad del estudio Yo _____ con C.C _____

Autorizo a la Enfermera Claudia Lorena Motta Robayo, una vez conocido los objetivos del estudio, para que realice las entrevistas que considere necesaria, también autorizo que grabe las respuestas por mi dadas, las transcriba y las analice, siempre y cuando se me respete la reserva de la intimidad, identificación y el derecho a retirarme del estudio cuando yo lo considere necesario. En caso de necesitar más información o aclarar dudas me puedo comunicar con la Enfermera Claudia Lorena Motta Robayo al teléfono: 318570570 6 o 3102344339.

FIRMA: _____ FECHA: _____

G. Anexo: Consentimiento informado para toma de fotografías

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Yo, _____ identificada con C.C _____, quien conociendo el objetivo del estudio, autorizo expresamente a la Enfermera Claudia Lorena Motta Robayo, para la toma de fotografías, durante el periodo que se llevara a cabo la investigación, sin revelar mi identidad, y solo podrán ser usadas con fines, investigativos o académicos.

Autorizo se visualice mi cara y la de mi hijo en las fotografías.

FIRMA: _____ FECHA: _____

H. Anexo: Consentimiento informado informantes generales

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Respetadas Enfermeras; mediante el siguiente documento, quiero invitarlas a participar como informantes de la investigación "Significado para la madre de su participación en el cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado en la unidad neonatal".

Esta investigación tiene como objetivo conocer el significado que atribuye la madre a su participación en el cuidado, al recién nacido prematuro en la unidad de cuidados neonatales, en un grupo de madres que tienen sus hijos hospitalizados en una unidad neonatal, de una IPS de Bogotá. Los resultados serán útiles para la práctica ya que, permitirán a las enfermeras tomar como referente la evidencia y proporcionar un plan de cuidados de enfermería que involucre la familia. Además aportarán elementos teóricos que la facilitarán al profesional de Enfermería, planear el cuidado del prematuro hospitalizado, centrándose en la madre y su vivencia frente a la hospitalización de su pequeño hijo, con el apoyo del profesional de enfermería. La información por ustedes aportada será una contribución al avance en el conocimiento de enfermería.

Para la recolección de la información se realizará una entrevista, que será grabada, transcrita y analizada. La participación en el estudio es completamente voluntaria, conservando la intimidad y el anonimato respecto a la identificación de quienes proporcionen información, se utilizarán códigos y la información por ustedes obtenidas solo se usara con fines investigativos, y académicos además si por cualquier motivo no quieran participar en el estudio, se podrán retirar en cualquier momento de la investigación sin ninguna repercusión.

Si está de acuerdo con los objetivos y la finalidad del estudio Yo _____ con C.C _____ Autorizo a la Enfermera Claudia Lorena Motta Robayo, una vez conocido los objetivos del estudio, para que realice la entrevista, también autorizo que grabe las respuestas por mi dadas, las transcriba y las analice, siempre y cuando se me respete la reserva de la intimidad, identificación y el derecho a retirarme del estudio cuando yo lo considere necesario. En caso de necesitar más información o aclarar dudas me puedo comunicar con la Enfermera Claudia Lorena Motta Robayo al teléfono: 3184020666

FIRMA DEL PARTICIPANTE: _____

C.C: _____

Fecha: _____

FIRMA INVESTIGADOR: _____

C.C: _____

Fecha: _____

Bibliografía

- AAGAARD Hanne, HALL Elisabeth, Mothers' Experiences of Having a Preterm Infant in the Neonatal Care Unit. *Journal of Pediatric Nursing*, Vol. 23, No 3 (June), 2008.
- APOYO PSICOSOCIAL Y ESPIRITUAL A LA PERSONA EN FFV. Guía De Práctica Clínica Sobre Cuidados Paliativos. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/apartado07/apoyo_psicosocial.pdf
- BARRERA, Francisco. SEPULVEDA, Ana. WEBER, Claudio. MORAGA, Francisco. ESCOBAR, Sonia. MEJÍAS, Margarita. Participación materna en la atención del niño hospitalizado. *Revista Chilena. Pediatría*. 64 (3); 164 – 168, 1993.
- BLUMER, Herbert. *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método*. Barbera de Valles. Madrid. Editorial Hora. 1982. ISBN: 84-85950-08-9.
- BURNS N, Grove S. *Investigación en Enfermería*. 3a ed. Madrid, España: Elsevier; 2004.
- CASTAÑEDA Gussinyé, Jaime; El apoyo social como amortiguador de la desesperanza en padres de niños hospitalizados. *Psicología Iberoamericana*. Universidad Iberoamericana ,Ciudad de México vol. 14, num.2, diciembre, 2006., p. 1-2. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133920321005.pdf>
- CASTIBLANCO LOPEZ Nubia. *El Significado que tiene para las madres cuidar el recién Nacido Prematuro en el Hogar, desde su contexto cultural*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2009.
- CASTILLO, Edelmira y VASQUEZ, Martha. El rigor metodológico en la investigación Cualitativa. *Colombia Médica*. Volumen 34; No 3. 2003.
- COHEN JA. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. J. *Dos visiones del cuidado: una comparación de las artistas, Leininger y Watson*. *Adv Nurs*. 1991 aug: 16(8):899-909.
- COLOMBIA. DANE. Información DANE. Estadísticas Vitales. Resultados nacimientos y defunciones. Disponible en:

http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=1296&Itemid=119

- COLOMBIA. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Informe Epidemiológico Nacional 2009. Subdirección De Vigilancia Y Control En Salud Pública. Diciembre de 2010 Tomado de: DANE. Estadísticas Vitales Defunciones y nacimientos Bases de Datos 1998 – 2006. [Citado 2011 – 08 03]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/?idcategoria=80872>.
- COLLIERE, Marie Françoise. Promover la vida: de las prácticas de mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. McGrawHill- Interamericana, Madrid, 1997.
- DAZA DE CABALLERO, Rosita; TORRES PIQUE, Ana María y PRIETO DE ROMANO, Gloria Inés. Análisis crítico del cuidado de enfermería: Interacción, participación y afecto. Index Enferm [online]. 2005, vol.14, n.48-49. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100004&lng=es&nrm=iso.
- DE SOUZA Minayo, María Cecilia. El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Lugar Editorial, 2004. ISBN 950-892-047-5. 1° edición.
- DICCIONARIO THEMA. Tomo 4, 1990. Segunda edición. Servigraphic Ltda. Bogotá. Colombia.
- DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Edición 22. España. 2001. p.1614. ISBN 8423968138, 9788423968138.
- DICCIONARIO DE MEDICINA. Océano Mosby. 4 ed. Barcelona: Océano Grupo Editorial; 1996.
- EL CUIDADO DE LOS BEBÉS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES. Artículo encontrado en la página Web: <http://www.yalemedicalgroup.org/stw/Page.asp?ContentTypeId=90&ContentId=P05453>
- ENFERMERIA CIENCIA Y ARTE. 2009. Artículo encontrado en la página Web: <http://eenfermeriauv.blogspot.com/2009/04/enfermeria-infantil-caracteristicas.html>
- FERRER ARNEDO Carmen. La intimidad del cuidado y el cuidado de lo íntimo. 2° Encuentro de Enfermería. “reflexiones éticas desde enfermería” Madrid, 21 de octubre de 2005. Documento No 3.
- GALLEGOS MARTINES, Josefina, MONTI FONSECA, Luciana Mara, SILVAN SCOCHI, Carmen Gracinda. Participación de Madres / Padres en el cuidado del niño prematuro en la unidad neonatal: significados atribuidos por el equipo de salud. Revista Latino-Americana Enfermagem 2007 marco-abril; 15(2). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/es_v15n2a08.pdf.
- GONZÁLEZ ESCOBAR Dianne Sofía. BALLESTEROS CELIS Nury Esperanza. SERRANO REATIGA María Fernanda. Determinantes estresores presentes en

madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Revista Ciencia y Cuidado*, ISSN 1794-9831, Vol. 9, Nº. 1, 2012.

- GUERRA, GUERRA, Juan Clemente. Experiencias y vivencias de los padres sobre el cuidado de enfermería que se ofrece en la unidad de neonatos del Hospital Universitario de la Samaritana, durante los meses de Julio a Septiembre de 2007. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 2007.
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCIO, Pilar. *Metodología de la Investigación*. Cuarta Edición. Mc Graw-Hill. México. 2006.
- RODRIGUEZ HOLGUIN, Yanira Astrid. Las madres se adaptan a la hospitalización de sus hijos mediante la exploración y el apoyo. Tesis de Maestría. Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería de la 2007.
- HUBNER G, María Eugenia y RAMIREZ F, Rodrigo. Sobrevida, viabilidad y pronóstico del prematuro. *Rev. méd. Chile* [online]. 2002, vol.130, n.8 [citado 2011-08-07], Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000800015.
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Informe Epidemiológico Nacional 2009. Subdirección De Vigilancia Y Control En Salud Pública. Diciembre de 2010 Tomado de: DANE. Estadísticas Vitales Defunciones y nacimientos Bases de Datos 1998 – 2006. [Citado 2011 – 08 03]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/?idcategoria=80872>.
- JIMENEZ Parrilla; LOSCERTALES Abril; MARTINEZ Loscertales; MERCED Barbancho; LANZAROTE Fernández; NIETO Rivera; Padres de recién nacidos ingresados en UCIN, Impacto emocional y familiar; Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío: Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla. *Vox Pediátrica*, 11,2 (27-33) ,2003
- JOHNSON, Amy Nagorski. Engaging Fathers in the NICU: Taking Down the Barriers to the Baby. *J Perinat Neonat Nurs*. 2008. Vol. 22, No. 4. , p. 303.
- KATTHY CHARMAS, Un Constructo de la teoría fundamentada. Guía Práctico para análisis cualitativo. Editorial .ARTMED. 2009.
- LA ENTREVISTA ETNOGRÁFICA. La Investigación cultural centrada en las relaciones que produce lenguaje de alto nivel. (Muchas de las ideas en este escrito fueron tomadas del libro *La Entrevista Etnográfica*, de James P. Spradley 1979, Wadsworth Group.).
- LEONHARDT, Mercè. El Vínculo Con El Hijo.[Online]. [cited 3 July 2013] Disponible en: http://files.sld.cu/atenciontemprana/files/2010/09/el_vinculo_con_tu_hijo_1.pdf

- LAWHON, GRETCHEN. Facilitation of Parenting the Premature Infant within the Newborn Intensive Care Unit. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 16(1): 2002 Jun.
- LEININGER M Madeleine. Macfarland. R. Marilyn. Universalidad y diversidad del cuidado cultural y evolución del método de la etnoenfermería. Capítulo I. Jones and Bartlett Publisher .2006. Traducción elaborada por: Juan David Cárdenas Ruiz. Junio 2010.
- LEININGER M Madeleine. MACFARLAND R Marilyn. Universalidad y Diversidad del cuidado cultural. *Etnoenfermería: un método de investigación con facilitadores para estudiar la teoría del cuidado cultural*. Capítulo II. Jones And Bartlett Publishers 2006. Traducción elaborada por: Juan David Cárdenas Ruiz. Junio 2010.
- MANEJO BASICO DEL PREMATURO. 2007. Artículo encontrado en la página web. <http://www.aibarra.org/neonatologia/capitulo3/default.htm>.
- MARRINER Tomey Ann, RAILE Alligood Martha. *Modelos y Teorías en Enfermería*. Elsevier España. 6ª edic. Madrid, 2007.
- MEAD George Herbert. *INTERACCIONISMO SIMBÓLICO Y PSICOLOGÍA SOCIAL*. Disponible en: <http://virtual.funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/repositorioarchivos/2010/02/UNIDAD%20II.330.pdf>.
- MORSE M, Janice. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Universidad de Antioquia. 2003. ISBN, 958-655-656-5.
- MUNOZ DE RODRIGUEZ, Lucy; VASQUEZ, Marta Lucía. *Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger*. *Colomb. Med.*, Cali, v. 38, n. 4, dic. 2007. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342007000600011&lng=es&nrm=iso.
- NAGORSKI JOHNSON AMY, *Engaging Fathers in the NICU Taking Down the Barriers to the Baby*. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 22(4): 2008 Oct-Dec.
- NOLLA CAO Nidia. *Etnografía: una alternativa más en la investigación pedagógica* *Revista Cubana. Educ Med Sup* 1997; 11 (2):107-115. Ministerio de Salud Pública.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Boletín de la organización mundial de la salud. Incidencia Mundial de parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas*. Volumen 88, enero 2010. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554-ab/es/index.html>.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *La salud neonatal en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los objetivos de desarrollo del milenio de las naciones unidas*. 47o Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la

Salud 58va Sesión del Comité Regional. Washington, D.c., EUA, 25 al 29 de septiembre de 2006, p.13

- PARRADO LOZANO, Yaneth Mercedes; CARO CASTILLO, Clara Virginia. Significado, un conocimiento para la práctica de enfermería. Avances en Enfermería. 2008 jul-dic, 26(2). En: <http://www.index-f.com/rae/262/116125.php>
- POLIT Y HUNTER (2000). Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. Mc Graw Hill Interamericana
- ROSSEL C., Katherine; CARRENO, Tamara y MALDONADO, María Estela. Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados. Un mundo desconocido. *Rev. chil. pediatr.* [online]. 2002, vol.73, n.1 [citado 2013-07-13], pp. 15-21. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062002000100004&lng=es&nrm=iso. ISSN 0370-4106. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062002000100004>
- RUIZ, Ana Lía; CERIANI CERNADAS, José M.; CRAVEDI, Verónica y RODRIGUEZ, Diana. Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Arch. argent. pediatr.* [online]. 2005, vol.103, n.1, pp. 36-45. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752005000100008&lng=es&nrm=iso.
- SANCHEZ-HERRERA, Beatriz. Bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad. *Aquichán* [online]. 2009, vol.9, n.1., p.12. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000100002&lng=es&nrm=iso. ISSN 1657-5997.
- SCHOENHOFER & BOYKIN 2000 – 2001a – Citado por MARRINER, Ann. Modelos y Teorías en Enfermería. Barcelona, España. Sexta Edición. 2007.
- SOLANO RODRIGUEZ, Yenny Andrea. Significado de la experiencia, para la madre adolescente de la hospitalización del recién nacido en la unidad neonatal. Hospital Engativá, 2012. Tesis de Maestría. Bogotá. D.C: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2012.
- SIAVIL VARGUILLAS Carmen. RIBOT DE FLORES Silvia. Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad. *Revista de Educación. Laurus. Universidad Pedagógica Experimental libertador.* Volumen no 13. Caracas Venezuela. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/761/76102313.pdf>
- TAMEZ, Raquel, y PANTOJA Silva María Torres. Enfermería en la unidad de cuidados intensivos: Asistencia del recién nacido de alta riesgo. 2da edición. Panamericana. Buenos aires – 2004. Pág. 173 177.
- UWE FLICK. Introducción a la Investigación Cualitativa. Segunda Edición. Ediciones Morata- Madrid 2007.

- Wyly MV, Allen J: Stress and coping in the neonatal intensive care unit. Tucson, AZ: Communication Skill Builders 1990. Citado por ROSSEL C., Katherine; CARRENO, Tamara y MALDONADO, María Estela. Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados. Un mundo desconocido. Rev. chil. pediatr. [online]. 2002, vol.73, n.1. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062002000100004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0370-4106. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062002000100004>