



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE POSTGRADO  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

**VIVENCIA MATERNA RELACIONADO CON LA  
HOSPITALIZACIÓN DE SU HIJO EN LA UNIDAD  
DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS,  
HOSPITAL BELÉN, TRUJILLO, 2014.**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE  
MAGÍSTER EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

**AUTORA:**

**FLOR FRANCISCA SÁNCHEZ POLO**

**ASESORA:**

**MG. ROSA MARIBEL QUIÑONEZ SÁNCHEZ**

**TRUJILLO-PERÚ**

**2015**

**JURADO EVALUADOR**

---

**Mg. ELCIRA LEONOR GRADOS URCA  
PRESIDENTA**

---

**Mg. ELIANA PATRICIA SANDOVAL SALINAS  
SECRETARIA**

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote por haberme acogido en sus aulas y contribuir al cumplimiento de mi meta.

A toda, la excelentísima plana docente de la Escuela de Post grado, por compartir sus conocimientos y enseñanzas, contribuyendo a mi desarrollo profesional.

A las docentes en Enfermería, por su valioso tiempo dedicado a la asesoría de la presente investigación, por guiarnos y por darnos el estímulo necesario para la culminación de la misma.

A todas las madres adorables, participantes en la investigación, por su invaluable contribución, permitiendo así, el desarrollo de la entrevista.

A todo el personal de enfermería, que labora en el servicio de Pediatría: UCIP del HBT, por las facilidades brindadas, contribuyendo al desarrollo y culminación del presente.

FLOR

## DEDICATORIAS

Con mucho amor, a nuestro Padre celestial, a ti señor Jesús y a nuestra madre bendita: María, por guiarme en esta trayectoria, dándome fuerzas para seguir adelante y no desmayar ante los obstáculos, enseñándome a encarar las necesidades, sin perder nunca la dignidad, ni desfallecer en el intento.

A mi amado esposo: Castinaldo y a mis adorables hijos: Pavel, Olenka y Piero, por su comprensión, confianza, amor, cariño y apoyo incondicional, en todas las etapas de mi desarrollo profesional, permitiéndome cumplir otro de mis grandes anhelos: Ser Magíster en Ciencias de Enfermería

FLOR

## RESUMEN

La presente investigación, es de tipo cualitativa, de índole interpretativa, tuvo como propósito de analizar comprensivamente las vivencias maternas relacionada con la hospitalización de su hijo hospitalizado en la UCIP del servicio de Pediatría del Hospital Belén de Trujillo, 2014. El sujeto de la investigación estuvo constituido por seis madres. Para recolectar la información, se hizo a través de entrevistas abiertas, numeradas y gravadas, con cada madre que aceptó participar voluntariamente en la investigación; la muestra se determinó mediante la técnica de saturación o bola de nieve. El método utilizado fue el fenomenológico, el mismo que nos permitió una aproximación mayor con las madres de los niños hospitalizados en estado crítico, pudiendo obtener sus vivencias y sentimientos descritos en su total pureza, la cual fue única en su contexto y en el momento que se dio el fenómeno. El análisis se hizo codificando y clasificando las entrevistas, identificando siete categorías, posteriormente se analizó su contenido con la respectiva bibliografía, encontrando que las madres muestran sentimientos de llanto, angustia, tristeza, miedo, temor, desesperación, culpa y de afrontamiento, ante la hospitalización, a la vez manifiestan confianza en el equipo de salud en especial a la enfermera, entendiendo que sus hijos necesitan de una atención especializada, pero es la fe en Dios lo que les ayuda a continuar en su lucha diaria y lograr que su niño se sane.

Palabras Clave: Vivencias maternas, Hospitalización de niño, UCIP.

## **ABSTRACT**

This research type is qualitative, interpretive nature, was aimed to comprehensively analyze the experiences reported by six mothers who had their children hospitalized in the PICU service Bethlehem Pediatrics Hospital of Trujillo, 2014. The research subject consisted of six mothers. He consisted of six mothers. To collect the data, it was done through open interviews, numbered and recorded, with every mother who voluntarily agreed to participate in research; the sample was determined by saturation technique or snowball. The phenomenological method used was the same as that allowed us a closer relationship with mothers of children hospitalized in critical condition, can obtain their experiences and feelings described in its full purity, which was unique in its context and in the moment the phenomenon occurred. The analysis was done by coding and classifying the interviews identified seven categories then its content with the respective literature was analyzed, finding that mothers show feelings of sorrow, anguish, sadness, fear, fear, despair, guilt and coping with the hospitalization while expressed confidence in the health staff especially the nurse, knowing that their children need specialized care, but faith in God that helps them continue their daily struggle and get your child to heal.

Keywords: maternal experiences, hospitalization of children, PICU.

## INDICE

	<b>Pág.</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	iii
<b>DEDICATORIA</b> .....	iv
<b>RESUMEN</b> .....	v
<b>ABSTRACT</b> .....	vi
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
1.1 Problematicación e importancia.....	1
1.2 Objeto de estudio.....	7
1.3 Pregunta orientadora.....	8
1.4 Pregunta norteadora.....	8
1.5 objetivos del estudio.....	8
1.6 Justificación y relevancia del estudio.....	8
<b>II. REFERENCIAL TEORICO-CONCEPTUAL</b> .....	11
2.1 Antecedente.....	11
2.2 Referencial teórico conceptual.....	14
<b>III. METODOLOGÍA</b> .....	28
3.1 Tipo de investigación.....	28
3.2 Método de investigación.....	28
3.3 Sujetos de la investigación.....	32
3.4 Escenario de estudio.....	32
3.5 Procedimiento de Recolección de datos cualitativos:.....	34
- Técnica de recolección de datos.....	34
- Procesamiento de datos.....	35
3.6 Consideraciones éticas y de rigor científico.....	37
<b>IV.RESULTADOS Y DISCUSION</b> .....	42
4.1 Presentación de Resultados.....	42
4.2 Análisis y discusión de resultados.....	46
<b>V.CONSIDERACIONES FINALES</b> .....	70
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	71
<b>ANEXOS</b> .....	77

# **I. INTRODUCCIÓN**

## **1.1 Problematización e importancia**

La presente investigación es la continuidad al estudio del tema que hace tiempo despertó mi inquietud e interés y tuvo orientada mi trayectoria profesional en mi producción técnico-científica, la misma que la obtuve en mi actuar profesional, en donde laboro y ejerzo la asistencia hace 20 años, como enfermera especialista en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, en el servicio de Pediatría, del Hospital Belén de Trujillo.

Estos espacios, permitieron observar situaciones de llanto, tristeza, inseguridad, estrés, descontento, angustia, desvelo, impotencia, desconocimiento, ausentismo materno, culpabilidad, ansiedad y desesperación que viven las madres, cuando sus hijos fueron hospitalizados en las UCIP, vidas inestables al borde de la muerte, dependiendo de la atención acertada, oportuna y de calidad del equipo de salud, en estas unidades especiales; condicionándoles a una mejor calidad de vida, así como en las vivencias buenas o malas que tenga la madre acerca de la hospitalización de su hijo en la UCIP, lugar en donde la enfermera desempeña y desarrolla un rol preponderante de competencia profesional.

La hospitalización del niño en estado crítico condiciona un gran riesgo para su desarrollo físico, psicosocial y cognitivo, por lo que requiere de manera especial de su familia en conjunto, del equipo de salud, permitiendo intervenciones que generen en el niño seguridad y disminuya su ansiedad logrando así un cuidado holístico. Cuando los padres tienen un hijo en condición crítica de salud, se les plantea un futuro incierto, lo que demanda al equipo de salud desde el principio una gran cantidad de cuidados y atención hacia ellos, que precisan de apoyo para aceptar su situación actual y superar la crisis situacional que están viviendo.

La hospitalización de un hijo frecuentemente es vivida como un hecho inesperado para los padres. En muchas ocasiones implica un riesgo vital o funcional que provoca en ellos, una situación de angustia intensa que los desborda, por lo tanto podemos hablar de crisis vital familiar, en donde todos los integrantes del núcleo familiar se ven afectados (1).

Con la hospitalización del niño, también se produce un trastorno en la vida familiar y una desorganización de los padres, pues ellos no logran controlar sus sentimientos y aceptar la nueva situación, se produce un derrumbe de las conductas normales y surgen diversas necesidades de acuerdo al problema y gravedad del estado de salud del niño. Asimismo, la enfermedad y la hospitalización son eventos estresantes que significan una serie de cambios en la vida del niño y su familia, estos cambios, necesariamente requieren que la familia y el niño realicen una serie de ajustes para adaptarse a la enfermedad, hospitalización y al tratamiento (2).

Para las madres, la hospitalización de un hijo, tiene un significado amenazante para la integridad física y emocional de su niño, provocando sentimientos como la angustia, culpa, miedo, temor. Más aún cuando se ingresan en unidades especiales, como las UCIP, siendo la patología responsable en su mayoría la insuficiencia respiratoria, surgiendo en los padres el temor y miedo a que algo trágico se desencadene, debido tal vez a factores sociales, culturales, económicos, religiosos, inaccesibilidad, falta de equipamientos y de personal de salud preparados para estos eventos, etc., que condicionan la gravedad o mejoría del niño (3).

Por tanto, debemos prevenir estas situaciones, orientando nuestro actuar de enfermería y aprovechar las funciones de género, sabiendo que las madres son proveedoras y cuidadoras del bienestar familiar, convirtiéndose en “agentes de salud”, siendo la madre dispensadora y consumidora de cuidados; necesitando y dando cuidados.

Por consiguiente los servicios sanitarios materno-infantiles, deben estar preparados y encaminados a mejorar la eficiencia, efectividad y calidad del cuidado, creando accesos, habilidades y actitudes, necesarias para obtener una participación materna activa en programas de mantenimiento de la salud materno infantil. Con esta horizontalidad y unidireccionalidad entre las profesionales de la ciencia del cuidado, colocan la vivencia materna subyacente al saber científico que nordea la práctica de los profesionales, así como también la docencia, la investigación y la gerencia de los servicios orientados al cuidado intensivo del niño hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

La enfermedad y la hospitalización en las UCIP, interrumpen en el niño el progreso de su crecimiento y desarrollo, así cuando la enfermedad es leve, la hospitalización es corta y el efecto puede ser mínimo; sin embargo una enfermedad grave puede tener un efecto más significativo, exigiendo un plan formalizado y especializado para facilitar el progreso del desarrollo. Este proceso será menos intenso sí la enfermera brinda el cuidado necesario y oportuno para lograr una satisfacción plena integrando a la madre, para contribuir favoreciendo el desarrollo del vínculo materno, muy importante a desarrollarse en esa etapa (4).

Por tanto, de la calidad de nuestra intervención, van a depender los efectos en el niño y en la madre durante y a posteriori de la hospitalización, retando al enfermero a una preparación continua, hábida de conocimientos, habilidades y destrezas, dentro de su competencia profesional, permitiendo disminuir los riesgos y previniendo secuelas en la población infantil, así como mejorando su calidad de vida materno infantil (5).

Existen numerosas investigaciones sobre los efectos psicológicos negativos producidos en las madres por la internación de sus hijos. Dichas investigaciones refieren que la hospitalización es un acontecimiento estresante, que le genera al binomio alteraciones cognitivas, psicofisiológicas y motoras. Es en base a

dichas investigaciones es que se comienzan a establecer estrategias que intentan contrarrestar el impacto negativo de la internación en ellos (2, 1).

Bowlby, J. en Palomo del B. (6), al respecto establecía que el cuidado materno era esencial para la salud mental y el desarrollo normal del carácter del niño, por tanto, la enfermera debe tener en cuenta la participación materna, para conseguir la salud integral y prevenir secuelas o riesgos que lesionen de algún modo la salud del niño, contribuyendo además a disminuir los efectos negativos del fenómeno que vive la madre previniendo el daño.

Del Pino, y col. (7), refiere que múltiples son las causas de hospitalizaciones de infantes en las UCIP, siendo las más frecuentes las enfermedades respiratorias teniendo a la neumonía entre otras, diagnósticos que engruesan los porcentajes de morbimortalidad infantil en la mayoría de hospitales de nuestro país; por tanto la enfermera como proveedora de salud debe permitir que la madre participe y/o ponga en práctica estrategias oportunas para prevenir el daño y mejorar la calidad de vida de sus hijos.

Moreno, y col. (8), en un estudio acerca de “Características de la población y aplicación de puntajes pronósticos en una nueva unidad de cuidados intensivos pediátricos”. Hospital Municipal Materno Infantil de San Isidro "Dr. Carlos A. Gianantonio", en Buenos Aires. Argentina, en el 2005, concluyen que de 209 niños hospitalizados el 52.2 % fueron niños menores de un año, dentro de la causa más frecuentes de ingreso fueron las patologías respiratorias y la supervivencia fue de 86.8 % , lo que condiciona a un reto a todo el sector salud para tomar acciones y prevenir estos resultados amenazantes a nuestra población infantil.

Dentro de estas infecciones más comunes durante esta etapa infantil, tenemos a la neumonía, la cual es causada por gérmenes diferentes y su gravedad puede ser desde leve hasta potencialmente mortal. La neumonía es la causa principal de muerte de niños en todo el mundo, según reportes de la Organización

Mundial de la Salud (OMS), las IRAS ocasionan la muerte de 4,3 millones de niños menores de 5 años, representando así el 30% del total de defunciones anuales de niños de este grupo edad (9).

En el Perú, también son las neumonías la que lidera como primera causa de mortalidad general. Asimismo un informe publicado en el 2013 por el instituto Health Metrics and Evaluation (IHME), que estudia las causas de muertes prematuras en 1990 y 2010 refiere que las infecciones respiratorias bajas, siguen siendo la primera causa de muerte prematura en el Perú (9). En este contexto, conduce a todo el sector salud y en especial al gobierno de turno a monitorizar las políticas vigentes, tomando acciones y prevenir estos resultados amenazantes para nuestra población infantil, tomando en cuenta a la madre como principal proveedora de cuidado en el hogar evitando fenómenos indeseables.

La Unidad Intensiva Pediátrica es el servicio del hospital dedicado a la asistencia integral y continuada al niño críticamente enfermo independientemente de cual sea el origen de la situación (10). En el Perú, el cuidado y la atención de la problemática infantil es una de las prioridades del acuerdo nacional de las políticas del sector salud aún vigentes; surgiendo además las grandes limitaciones del Estado Peruano en el financiamiento y organización en la prestación de un servicio tan delicado como el cuidado infantil (11).

El Ministerio de Salud como órgano rector del sector salud en nuestro país, dentro de sus políticas de salud para el año 2012, contempla ocho objetivos sanitarios nacionales 2007 – 2020, teniendo como meta reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años y reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015 la mortalidad de los niños menores de 5 años. Así mismo dentro de los objetivos del milenio está el reducir la mortalidad infantil y la enfermedad por neumonía, diarrea y problemas vinculados al nacimiento, con énfasis en las zonas de mayor exclusión social y económica (11).

En nuestro país la mortalidad infantil constituye un problema social y de salud, siendo las IRA la primera causa de mortalidad y la segunda de morbilidad, siendo la neumonía la de mayor incidencia y el menor de 1 año el grupo más vulnerable. Así, la tasa de incidencia nacional fue de 4.09 casos por 1,000 habitantes, de los cuales Loreto, Ucayali y Pasco fueron las regiones de mayor incidencia de neumonía (12). En la región La Libertad, en el año 2010 se reportó 293,214 atenciones en las instituciones de salud, de las cuales 72,647 fueron casos de IRA en niños menores de 1 año, lo que equivale al 24.77%, del total de atenciones brindadas (13).

En el hospital Belén, el servicio de Pediatría; el cual empezó a atender niños en estado críticos, desde el año 1982, año en que lo designaron como “Hospital de Especialidades Médicas”, brindando asistencia integral especializada al niño; así tenemos que en el 2013, se atendieron un promedio de 78 casos promedio mensual primando con diagnóstico de IRA, de estos el 40 % se atendió como enfermedad muy grave, llegando a hospitalizarse en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos 73 pacientes en el 2013 (14). Contando actualmente con un staff de enfermeras especialistas en el area, brindando un cuidado integral al binomio madre-niño.

Investigadores en América latina han demostrado que los niños críticamente enfermos con neumonía, necesitan de una atención especializada, en unidades críticas, donde son tratados de manera más apropiada y tienen mejor pronóstico cuando ingresan en unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) que cuando ingresan en servicios de pediatría o de cuidados intensivos de adultos. La supervivencia de estos pacientes es mayor si ingresan a una UCIP de tercer nivel, por la posibilidad de consultar a pediatras con subespecialidades, por la presencia de un intensivista pediátrico y una enfermera especialista a tiempo completo, factor que por sí solo se asocia significativamente a un mejor pronóstico (15).

Nuestra UCIP, es una unidad reestructurada y equipada paulatinamente hace dos años, cuya evolución se ha caracterizado por el aumento constante de los avances tecnológicos y en la concentración de los cuidados especializados brindados por enfermeras especialistas en atención del niño en terapia intensiva.

La enfermera en su quehacer diario en la UCIP tiene un gran reto, como es el cuidado del niño en estado crítico, en este desempeño se producen situaciones que le permiten experimentar muy de cerca las vivencias de las madres, que pueden ser negativas o buenas, retando a la enfermera a conocerlas por los seres que vivencian el fenómeno, permitiéndoles elaborar y/o modificar un plan de acciones de enfermería, en donde la familia debe estar involucrada, especialmente a la madre como cuidadora por excelencia, disminuyendo o previniendo en algo los sentimientos negativos que resulten de esta experiencia.

Por tanto el cuidado va dirigido no solo al niño hospitalizado sino también a la familia y en especial a la madre. Este panorama me sirvió para reflexionar y hacerme la pregunta ¿Qué vivencia la madre frente a la hospitalización de su hijo en la UCIP?

## **1.2 Objeto de estudio**

Frente a las consideraciones expuestas, consideramos que las madres vivencian situaciones de estrés, ansiedad, impotencia, económicas, sociales, culturales, etc., que repercuten en su salud y entorno familiar, por ende en el tratamiento oportuno y eficaz del niño en estado crítico, condicionando su calidad de vida; por ello, se ha creído conveniente realizar la presente investigación, con el siguiente objeto de estudio: vivencia materna relacionada con la hospitalización de su hijo en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Belén de Trujillo.

### **1.3 Pregunta orientadora**

Para dar respuesta al objeto de estudio, se ha planteado la siguiente pregunta orientadora: ¿Qué vivencia la madre frente a la hospitalización de su hijo en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Belén de Trujillo 2014?

### **1.4 Pregunta Norteadora**

¿Qué siente usted, el tener a su hijo hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Belén de Trujillo 2014?

### **1.5 Objetivo del estudio**

Para direccionar el estudio y lograr solucionar el problema identificado, se estableció el siguiente objetivo: analizar comprensivamente la vivencia relatada por la madre que tiene a su niño hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Belén de Trujillo 2014.

### **1.6 Justificación y relevancia del estudio**

La continua convivencia con los niños en estado crítico hospitalizados en la UCIP, con las madres, con los familiares y en el interés de mejorar nuestro cuidado fue lo que me motivó a realizar la presente investigación utilizando el abordaje fenomenológico de tipo cualitativo, que se preocupa del nivel de la realidad que no puede ser cuantificada, es decir, que trabaja con el universo de significados, vivencias, creencias, valores, actitudes de los fenómenos sociales y humanos.

La Enfermería como profesión se desarrolla identificando conceptos, teorías y modelos para ser aplicados en la práctica del cuidado de las personas, necesitando profundizar las vertientes del conocimiento para ampliar su visión

del mundo, desarrollando el pensamiento crítico en el cuidado integral, humanístico de enfermería y de la salud de la comunidad propiciando una mejor calidad de vida.

Por tanto la presente investigación cualitativa tiene como propósito analizar la vivencia materna relacionada con la hospitalización de su hijo en la UCIP, y con los valiosos testimonios, fortalecer la práctica de enfermería, elaborando en base a los problemas y necesidades dadas por las madres, un modelo de cuidado integral que involucre al niño, madre y familia.

Es relevante porque se va a contribuir con las políticas institucionales, para que las madres sean informadas del proceso de la enfermedad de su hijo; así mismo al cumplimiento de las políticas de salud vigentes para este milenio, teniendo dentro de sus metas reducir la mortalidad infantil de 20 a 15 x1000 NV, para el 2020, disminuyendo la mortalidad por enfermedades respiratorias y por diarrea en menores de cinco años, así como disminuir las tasas de morbilidad infantil en nuestro país, creando estrategias y/o planes que logren disminuir los sentimientos encontrados en las madres, por tanto, como profesionales del sector salud tenemos la gran responsabilidad de contribuir al cumplimiento de los objetivos del milenio del acuerdo nacional, en lo que a políticas de salud se refiere(11).

El estudio permitirá además, recrear, relacionar y evaluar el saber profesional obteniéndose modificaciones y transformaciones en la actuación de enfermería, en un contexto político y socio-cultural, que posibilite la apertura de nuevos escenarios de aprendizaje, de desarrollo profesional, de investigación, estudio y de trabajo en el área de enfermería a través del cuidado como paradigma innovador en la gestión y en la asistencia a la salud de la mujer y niño en la perspectiva de género.

En el ámbito de la docencia, permitirá caracterizar el cuidado y considerarlas en la programación de las experiencias de aprendizaje de las prácticas de las

estudiantes de enfermería, nos permitirá recrear, relacionar, evaluar el saber y la práctica profesional, obteniéndose cambios en la enseñanza y en los servicios de salud del niño madre y familia, así mismo sirva de insumo para la enseñanza de las alumnas de pre grado, mejorando la formación de recursos de salud frente al mundo competitivo, en el cuidado del niño y familia.

Además este estudio nos servirá para engrosar el conocimiento en la ciencia de enfermería, sirviendo de base para futuras investigaciones, y complementando el cuidado integral al niño en estado crítico, madre y familia, en donde se propongan estrategias de información a los padres, puertas abiertas en las UCIP, adiestrando a la madre en cuanto a la participación del cuidado, etc. ella (38).

## II. REFERENCIAL TEÓRICO CONCEPTUAL

### 2.1. Antecedentes

En investigaciones relacionadas al problema en estudio sobre vivencias maternas relacionado con la hospitalización de su hijo en estado crítico, fueron pocas, encontrándose la siguiente información:

A nivel internacional:

Muchos estudios han sido realizados, con el fin de comprender los aspectos relacionados con la vivencia de la hospitalización de niños, desde la perspectiva de las personas que tienen esta experiencia y han demostrado la importancia de efectuar intervención familiar y en especial a la madre, con el fin de minimizar el impacto emocional originado durante el ingreso de su hijo en la UCIP.

En un estudio realizado por Jiménez, F. y Locertales, M. (16), en la investigación sobre “Padres de recién nacidos ingresados en UCIN, impacto emocional y familiar”, realizado en España, en el 2002, identificó en las madres una serie de sentimientos y emociones tales como dolor, frustración, soledad preocupación, depresión, temor, miedo y culpa, ante la posibilidad de muerte del niño.

Pérez, J. y Vera, L, (17) en un estudio sobre “Vínculo materno infantil y la participación de la madre durante la realización de la punción venosa: la óptica del psicoanálisis”, en el 2005, en Cuba, concluyen que la enfermedad y la hospitalización son eventos estresantes que significan una serie de cambios en la vida del niño y su familia.

Arenas y Col. (18) en el estudio sobre “Vivencia de los padres de niños hospitalizados en la unidad de recién nacidos de dos instituciones de salud de la ciudad de Bogotá”, 2005, que pretendía conocer cómo viven, sienten y

perciben las experiencias los padres durante la hospitalización del recién nacido, concluyen que, la costumbre y la rutina lleva a pensar muchas veces que el personal de enfermería saben cómo se sienten y qué piensan los padres de niños hospitalizados, debido a que ya han visto a otros padres en la misma situación en la que ellos se encuentran; haciendo que la relación entre las enfermeras y los padres sea más distante.

Guerra, J. y Ruiz, C. (19), en un estudio sobre “interpretación del cuidado de enfermería neonatal desde las experiencias y vivencias de los padres”, en la unidad de neonatos del Hospital Universitario de la Samaritana, en Bogotá, Colombia, en el 2008, concluyen que los padres permitieron un acercamiento a la interpretación de lo que es el cuidado de enfermería para los padres de los neonatos hospitalizados, a partir de sus experiencias y vivencias, resaltan la aparición de dos nuevas categorías denominada los padres aprenden de las enfermeras y la comunicación asertiva.

Pincheira, P. (20), en su estudio titulado “Experiencia de las madres frente a la hospitalización de un hijo menor de un año, por Infección Respiratoria Aguda, en la Unidad de Lactantes del Hospital Clínico Regional Valdivia. Un Enfoque Fenomenológico”; en Chile en el 2008, concluyó

“las madres de los lactantes hospitalizados, expresaron las principales emociones que experimentaron en esta etapa de crisis en que se vieron inmersas, manifestándose como principales emociones la culpa y la angustia, por ver a su hijo enfermo y en un ambiente totalmente desconocido para ambos”.

Rodríguez, Y. y Muñoz, L. (21), en un trabajo de investigación denominado “Las madres se adaptan a la hospitalización de sus hijos mediante la exploración y el apoyo”, en un Hospital Militar Central, en Colombia en el 2008, concluyen que son las madres quienes tuvieron que asumir solas esta experiencia, la responsabilidad y la culpa de la hospitalización de su hijo en las

UCIP, pues los padres se encontraban fuera de la ciudad por su condición de militar en ejercicio de sus funciones.

A nivel Nacional:

En nuestro país también se realizaron estudios relacionados, el realizado por Basilio R, Mendocilla S, Saavedra G. (22), en: *Develando los sentimientos de la madre con recién nacido prematuro hospitalizado*, en Trujillo 2005, las categorías fueron: Tristeza, miedo de perder al hijo real, esperanza, fe a Dios, fortaleza, alegría por evolución favorable, insatisfacción por los cuidados de enfermería, culpa por perder al hijo idealizado, impotencia recuperando vínculo afectivo.

Vásquez M. y Zeña S., (23), en el Hospital Docente Belén de Lambayeque, sobre “Historias de Vida de las madres primerizas que tienen un hijo prematuro HPDBL, 2007”. Las madres primerizas en el momento que conocen el diagnóstico de su hijo experimentan sentimientos de angustia, miedo, dolor, culpa por algún error o pecados cometidos o consecuencia de un castigo divino.

Avelino J. y Rodríguez Y., (24), en una investigación cualitativa sobre “Vivencias de las madres frente a la hospitalización de su hijo escolar con asma bronquial”, realizado en el Hospital Eleazar Guzmán, en Chimbote, Ancash, en el 2008, revela que la vivencia materna, rescata la hospitalización como una experiencia emocional que trasciende lo psicológico, la percepción del rol materno que se traduce en brindar un amor excepcional, así mismo favorece la vinculación madre-hijo en esos momentos de crisis emocional.

A nivel local:

En nuestra ciudad, Varas, L. y Olivera, Gloria L. (25), realizaron un estudio cualitativo sobre “Vivencias de los padres de niños con leucemia”, en el Hospital Regional Docente de Trujillo, en el 2003, encontraron que los padres identificaron dos categorías principales la Fe en Dios y sufrimiento frente a la enfermedad, seguida de otras como: incertidumbre frente a ésta, disconformidad, temor a la muerte, sentimiento de culpabilidad, disponibilidad

de ayuda, aparente resignación ante la muerte, sentimiento de vacío y soledad, esperanza de seguir adelante, preocupación por el costo económico de la enfermedad y temor a una recaída.

En la investigación realizada por Acuña, J. y Barboza K. (26) sobre “Vivencias de las madres con Recién Nacidos Prematuros, Hospital Regional Docente de Trujillo”, en el año 2013, encontraron en las madres categorías de dolor, culpabilidad, apoyo en sus creencias religiosas, impotencia, sufrimiento, alegría por el nacimiento de su hijo, temor, sentimiento de separación y esperanza.

Otro estudio de Bailón, A. y Córdor, M. (27) acerca de “Vivencias de las madres de niños con leucemia infantil. Trujillo”, en el 2013, concluyen que las madres sienten ante el diagnóstico: angustia, temor de perder a sus hijos y constante preocupación, pero que es la fe en Dios lo que les ayuda a continuar haciendo que su miedo de muerte disminuya.

## **2.2 Referencial Teórico Conceptual**

En el presente trabajo, se estudió los conceptos que fundamenten la presente investigación, como son: Vivencias maternas, hospitalización del niño en estado crítico en UCIP y la teoría de Heidegger.

Los padres y familia del niño, en estado crítico sufren un proceso de crisis situacional, que los lleva a seguir un patrón de conductas inesperadas y pasar por etapas, en donde es necesario que los profesionales de enfermería planifiquen intervenciones para prevenir desajuste en la vida personal y familiar del niño hospitalizado.

Mc Grath J., señala que la hospitalización prolongada es particularmente estresante para la familia, ocasionando desajustes en muchos aspectos de su vida, incluyendo separación de los padres o de otros miembros de la familia;

necesitando de mayor apoyo en todos los aspectos por el equipo de salud, de manera especial de la enfermera creadora de planes de intervención por excelencia, integrando a la familia en su conjunto para prevenir el daño y promover salud (28). Las madres de los niños saben que van a perder control sobre ellos, este control lo van a adquirir con el personal de salud. Asimismo el desconocimiento sobre cuál es su rol materno respecto al niño en el hospital, le va a producir ansiedad e incluso celos del personal sanitario, por tanto la información de cómo puede participar y apoyar en la atención de su hijo en el hospital, le va a disminuir su ansiedad (29).

La hospitalización y la enfermedad son las primeras situaciones críticas con las que se enfrentan los niños, en especial el primer año de vida, siendo más vulnerables por el cambio del estado habitual de salud y de ambiente, así como al número limitado de mecanismos de resolución; además interfiere en el crecimiento y desarrollo, en sus limitaciones físicas, psicológicas y cognitivas, la misma que depende de la gravedad de la enfermedad. Asimismo, se produce un trastorno en la vida familiar y desorganización de los padres, no logrando controlar sus sentimientos y aceptar la nueva situación, produciéndose un derrumbe en sus conductas y surgen diversas necesidades de acuerdo al problema y gravedad de salud del niño; situación que depende de la asistencia oportuna y eficaz del profesional de enfermería con criterio técnico, científico, para solucionar los problemas y disminuir los riesgos (30).

“Aunque no se puede predecir los factores que influyan en su respuesta, si se han identificado algunas variables. Casi todos los padres responden a la enfermedad y a la hospitalización de su hijo con reacciones notablemente constantes, al principio con incredulidad, sobre todo si la enfermedad aparece de forma brusca y es seria. Cuando se da cuenta de la situación, reaccionan con cólera o culpa(” 30). Por lo general los padres tienen la reacción de culparse de que alguno de sus hijos llegue a estar hospitalizado.

“En esos difíciles momentos que vive la familia, los profesionales de enfermería se pueden constituir en la principal fuente de apoyo, en quien

confiar, que aclare dudas, que sea compasivo y humano, que brinde apoyo en esos instantes de dolor y sufrimiento, especialmente a la madre, que es la principal afectada por el estado de salud del niño dado el estrecho vínculo además es ella quien generalmente otorga los principales cuidados al niño en el hogar” (30).

“Es posible que la mayoría de los niños que se encuentra en condiciones graves o críticas sean lactantes pequeños o niños con enfermedad subyacente. En estos casos los padres carecen de confianza en relación con el cuidado de su hijo y requerirán apoyo y seguridad para actuar. Quizá les alarme el hecho de que el menor se encuentre tan enfermo. Si el niño ingresa a la UCIP, el apoyo a los padres será crucial proporcionándoles explicaciones en términos que puedan comprender fácilmente” (30).

Para superar esto la familia sobre todo los padres necesitarán información del medico o enfermera sobre el estado de su hijo, exámenes y tratamiento que recibirá, esto aliviará la tensión, también la participación de los amigos, cléricos serán una red de apoyo para sobrellevar esta crisis (31).

“El Modelo de relación persona a persona de Joyce Travelbee, en el que se define como comunicación el proceso por el cual la enfermera es capaz de establecer una relación persona a persona con el paciente y realiza así el propósito de enfermería, esto es, ayudar a los individuos o a las familias a prevenir o a enfrentarse con la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento y, en caso necesario, ayudarles a encontrar un sentido a dichas experiencias” (4).

Cerda M. y Paris E.(32) definen al estado crítico del niño como una alteración grave de sus sistemas vitales, debido a múltiples causas, conduciéndolo a la inestabilidad funcional y a la muerte(31). Ibarra, A. J. (33), define el estado crítico de un niño, como “una situación clínica en la cual se ve alterada de alguna forma una o varias constantes vitales o es susceptible que se puedan

alterar por diversas causas clínicas que pueden llevar a un compromiso serio para la continuación de la vida”.

Whaley & Wong (30), refiere que el objeto de la enfermera es el cuidado, por tanto el fenómeno resultante del proceso de cuidar, tiene que ver con objetivos de vida, siendo el cuidado de enfermería primordial aliviar el sufrimiento humano, mantener la dignidad, facilitando los medios para mejorar la crisis y las experiencias de vivir y morir.

Cuidar, implica conocer a cada paciente, interesarse por él. Interesarse supone entrar dentro del ser, en este caso dentro del paciente, tener un conocimiento propio de cada uno, un darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones y además de sus conocimientos; requiere su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo. Situación que exige un esfuerzo de atención, una concentración que a veces agota más que el esfuerzo físico. Pero el que lo consigue se recrea en ese juego de gran belleza, que si se sabe percibir, consiste en ir descubriendo, poco a poco, un ser cuya riqueza de matices, nunca se acaba de conocer del todo. Siendo precisamente ese misterio del ser, en parte conocido, y en parte desconocido, pero siempre inefable, en su unidad, el que debe arrastrar y entusiasmar cada vez más al profesional de enfermería” (34).

Bajo esta perspectiva, el cuidado de enfermería en el niño implica interaccionar con este grupo poblacional. Ante la hospitalización de un niño en las UCIP, la enfermera debe dar énfasis a desarrollar estrategias comunicadoras con los padres, donde se proporcionen elementos de adaptación ante la situación, creando espacios para escucharlos y ser escuchados, conocer sus expectativas y condiciones actuales, situar al niño en su contexto familiar, y social.

Kimmelman (35), refiere que la hospitalización de un neonato o del niño tiene tres protagonistas; el niño, los padres y el equipo de salud. Siendo los dos últimos moduladores de su crecimiento y desarrollo a través de las interacciones que establecen; esta situación, es un factor de estrés importante

para los padres, en que el eje central, es el duelo y los mecanismos psicológicos implicados para su elaboración normal o patológica, lo que se ve agravado por el tiempo de hospitalización, la separación del niño y la dependencia de máquinas, monitores y otros para su cuidado, imagen alejada de su ideal parental.

Es fundamental para los padres sentirse integrados en la toma de decisiones, información, acceso a la historia clínica, cuidados y tratamientos que recibe su hijo; en resumen, se trata de favorecer la participación de ellos como un miembro más del equipo que atiende a su hijo. La oportunidad de los padres de tener contacto con su hijo durante la hospitalización, los ayuda a elaborar estos sentimientos de pérdida y facilita el acercamiento hacia él. Se deben reconocer sus capacidades para el cuidado del niño y potenciarlas, aclarar sus dudas y brindar una atención personalizada; situación que disminuirá su ansiedad (36).

La enfermedad y la hospitalización son las primeras situaciones críticas con las que enfrentarse los niños, en especial durante los primeros años que son muy vulnerables a estas crisis. Durante la etapa el niño se enfrenta a la tarea de desarrollar una sensación de confianza básica lo que determina el establecer una relación materno-paternal filial satisfactoria; cuando se produce una enfermedad o incapacidad, dicha relación queda afectada potencialmente. Además si la hospitalización se prolonga puede imponer separaciones que impiden los lazos normales entre padres e hijo privando a este la relación de cariño (30, 37).

La hospitalización o la enfermedad, suelen alterar las capacidades psicomotrices, conminándolos en una cuna y reduciendo su contacto con el ambiente, además la ausencia de sensaciones agradables puede convertirlo en un niño irritable e infeliz (30, 37).

En la hospitalización del niño participan cuatro factores independientes, que se determinan e interrelacionan. En primer lugar, y por su importancia, tenemos al niño con sus particularidades, en segundo a la familia con sus características, tercero al equipo asistencial y en cuarto lugar al hospital con su organización;

estos son netamente particulares y determinan las características de la hospitalización infantil, demandando al estado, una dotación de personal, de estructura y procesos calificados, que permitan brindar una asistencia de salud de calidad al niño, madre, familia y comunidad (2).

En cuanto a las particularidades del paciente pediátrico, con los conocimientos actuales, podemos afirmar, la mutua determinación que existe entre los aspectos orgánicos, psíquicos y sociales del individuo, inherente a la naturaleza humana. La niñez y adolescencia, al igual que algunas otras etapas vitales, se caracteriza por una mayor vulnerabilidad somática, psicoafectiva y social, producto del propio desarrollo humano. En el niño, aún en desarrollo, los sistemas biológicos y psíquicos no han alcanzado su madurez, siendo más frágiles, de allí a tenerlos en cuenta para brindar un cuidado especializado que busque el menor riesgo y el menor impacto en las madres (2).

Por tanto, el ingreso del niño, a un piso de internación implica un corte en su vida cotidiana, entrar a un mundo desconocido, en donde el niño se siente físicamente mal y se enfrenta a procedimientos que pueden ser invasivos y causar dolor, no comprendiendo muchas veces la causa o necesidad de los mismos, ni de la admisión. La hospitalización de un hijo frecuentemente es vivida como un hecho inesperado para los padres, en muchas ocasiones implica un riesgo vital o funcional que provoca una situación de angustia que los desborda, de crisis vital familiar, en donde todos los integrantes del núcleo familiar se ven afectados. En el caso del padre se ve aumentado el riesgo de accidentes, por los síntomas antes mencionados, puesto que habitualmente durante la internación del hijo es él, el que continúa con la vida laboral, siendo importante advertir sobre los riesgos al padre, a efecto de alertar y proteger (1).

Por tanto, la intervención del equipo asistencial debe dirigirse al niño y a sus padres, con planes estratégicos que incluyan a la familia en su conjunto, pues la ansiedad y estrés de los padres se refleja y repercute en el cuidado materno, provocando en el niño condiciones de riesgo y vulnerabilidad.

El equipo de salud, no estamos exentos a sentir angustias, temores, frustraciones y fracasos, de los cuales nos defendemos utilizando mecanismos de defensa que nos sostienen en la tarea, es frecuente que el equipo asistencial se identifique con el niño y rivalicen con los padres, situación difícil para el niño, que siente sus lealtades divididas. Para evitar que la internación se vuelva un suceso vital, potencialmente traumático para el niño, es necesario que el equipo asistencial tenga presente las particularidades mencionadas anteriormente, para que la experiencia no genere efectos indeseados en el desarrollo evolutivo del niño (2).

Por último, tenemos a la institución u hospital con su organización; que también va a influir positiva o negativamente en la internación del niño según las normas de su funcionamiento. Los lineamientos institucionales deberían orientarse a defender los Derechos del Niño, la calidad de los servicios, tanto técnicos como interpersonales, equipar de manera apropiada los sitios de internación pediátrica, en los aspectos técnicos y de confort acorde a las necesidades del niño, como espacios recreativos y educativos, que contribuyan en el crecimiento y desarrollo de sus conductas (2).

Existen también en la hospitalización factores estresantes que derivan de ella, las reacciones del niño a estas crisis depende en gran parte de su nivel de desarrollo, de su temperamento y de los mecanismos de superación disponibles; de las reacciones de otras personas importantes y en menor grado de la propia dolencia, la angustia es el principal factor estresante ante la separación entre los 6 y 30 meses de edad, encontrando las principales respuestas temperamentales (2).

En la fase de protesta de la hospitalización, en el niño reacciona enérgicamente a la separación de sus progenitores, rechazan atenciones de cualquier otra persona, llora ruidosamente, rechaza a la enfermera y clama desconsolado a los padres; en la fase de desesperanza, el llanto cesa y es evidente la depresión, el niño es menos activo, se torna triste y solitario, no se interesa por el juego ni por la comida, apartándose de los demás. Por tanto estas reacciones podrían considerarse “perturbadoras” del ajuste del niño al nuevo entorno (2).

En la de la Indiferencia; llamada también fase de rechazo, aquí pareciera que el niño se ha adaptado por fin a la pérdida, interesándose más por el entorno, juega con otros y parece entablar nuevas relaciones, como resultado de la resignación y no señal de contento, volviéndose más egocéntrico y dando más importancia a los objetos materiales, responden a sus padres como lo harían con cualquier persona, resultando angustiosas para los padres que ignoran su significado Esta es la fase más grave y en la que la inversión de los potenciales efectos adversos es menos probable que ocurra, una vez establecida la indiferencia(2).

Las teóricas en enfermería, entienden que enfermería, como disciplina humana, posibilita el encuentro, considerando que la presencia significa estar abierto de manera recíproca a toda experiencia y brindar cuidado al niño, familia y comunidad, de manera especial a la madre, que está preocupada por la gravedad de su niño, experiencia que la vive sólo ella, describiéndose la práctica del cuidado, como mixtura de ciencia y arte, considerando que ambas tienen

papeles esenciales en la Enfermería humanística, generando una relación auténtica, que precisa el estar con el otro, presencia genuina en el mundo de la vida de enfermería (38).

Respecto a las vivencias, es la manera como la persona percibe y comprende sus experiencias, en las diferentes situaciones, encontrando significados con mayor o menor intensidad, siempre acompañada de algún sentimiento. Las situaciones que alguien vivencia no poseen un significado en sí mismas, sino que adquieren un sentido para quien las experimenta, se encuentra relacionado a su propia manera de existir, y está determinada por una presencia y una realidad cualitativamente determinada (39).

Vivencia, es la experiencia que alguien vive y que de alguna manera entra a formar parte de su carácter. Es una percepción única de la persona, el mundo cotidiano por el individuo en el aquí y en el ahora (40). Otra definición de Vivencia, refiere que es el modo como la persona percibe y comprende sus experiencias, en las más variadas situaciones, atribuyéndole significados que, con mayor o menor intensidad, siempre son acompañadas de algún sentimiento. Las situaciones que alguien vivencia no poseen, apenas, un significado en sí mismas, sino que adquieren un sentido para quien las experimenta, que se encuentra relacionado a su propia manera de existir, y está determinada por una presencia y una realidad cualitativamente determinada; es decir son sentimientos, emociones que tiene la madre con respecto a su realidad (39).

Se considera madre, a la cuidadora primaria por el conocimiento que tiene de su propio hijo, por el tiempo y amor que le dedica; en consecuencia, es la persona adecuada para intervenir en el cuidado de su niño. Las madres pueden vivir las enfermedades de los hijos intensamente en forma de desconsuelo, negación de la realidad, dramatización exagerada, impotencia o reacciones de huida (41).

Por tanto, las vivencias son fenómenos, que lo estudia la fenomenología, la cual es una parte o ciencia de la filosofía que analiza y estudia los fenómenos lanzados a la conciencia, es decir, las esencias de las cosas. Dicho de otro modo, la fenomenología es la ciencia que estudia la relación que hay entre los hechos (fenómenos) y el ámbito en que se hace presente esta realidad (conciencia) (42). Estas vivencias maternas fueron material invaluable en la presente investigación, sirviendo de primicia e insumo para la elaboración de intervenciones de enfermería en la UCIP tomando en cuenta los relatos de la madre que es quien vivencio el fenómeno, siendo ella a quien tambien se le brindara el cuidado.

La fenomenología, es ciencia de las vivencias, es una ciencia esencialmente nueva, alejada del pensar natural, por lo que tiene de peculiar y por desarrollarse sólo en nuestros días se llama a sí misma ciencia de fenómenos, ciencia de experiencias propias del individuo (43).

La Fenomenología está dividida en tres partes principales, que corresponden a las tres fases más importantes de la conciencia. La primera es la conciencia, es decir, la conciencia del objeto como cosa sensible que se opone al sujeto; la segunda fase es la de la autoconciencia, que trata con gran amplitud el problema de la conciencia social; la tercera fase es la de la razón, a la que se presenta como la síntesis o unidad de las fases precedentes en un nivel superior, en otras palabras, la razón es la síntesis de la objetividad y la subjetividad" (42, 43).

Al respecto, Heidegger ofrece una versión del método fenomenológico, purgando de esta forma los residuos del cognitivismo de Aristóteles y Kant aún presentes en la formulación husserliana de su método. A diferencia de Husserl, Heidegger no toma como punto de partida el fenómeno de la intencionalidad. Sin embargo, en una nota de "'Ser y tiempo'", establece que la base de la intencionalidad es la temporalidad. Así, la estructura existencial de *Sorge* ('cuidado', 'solicitud', 'preocupación') refleja un aspecto de la intencionalidad husserliana. Heidegger distingue *Sorge*, o cuidado, como el ser (ontológico) de

*Dasein*. Los tres momentos estructurales de la *Sorge* son: existencialidad, facticidad y caída, constituyente del existir humano que mantienen entre sí una relación de "cooriginariedad" (44).

El ser es, para Heidegger, un descubrimiento griego, su pregunta fundamental es: "¿Por qué hay absolutamente algo en lugar de haber nada?". O en otras palabras: ¿por qué el por qué? "El preguntar de esta pregunta es el filosofar." En esta búsqueda del ser, no podemos responder con la fe cristiana, porque antes de plantearse la pregunta el creyente posee ya la respuesta; todo ser, distinto de Dios, ha sido creado por Dios. Heidegger no quiere negar a Dios, pero concibe la filosofía como una actividad en la que no entra para nada otra cosa: es simple experiencia humana (44).

"La investigación cualitativa se basa en el estudio de los sujetos, adopta la perspectiva del interior, tomando el fenómeno a estudiar de manera integral. Los estudios cualitativos son de especial relevancia para los profesionales de la salud que se encargan del cuidado, la comunicación y la interacción con las personas" (45).

Este tipo de investigación busca lograr comprender los fenómenos que se suscitan en la vida humana, se trata de investigar el porqué de los fenómenos y cuales son los factores para que se presenten. Investiga al individuo de una manera holística, la parte emocional, social y cultural etc. Además intenta descubrir la realidad sin que los investigadores impongan sus criterios personales en la investigación.

Se parte del supuesto que mediante observaciones o relatos conscientes, las principales evidencias, las características, los significados y las dimensiones o categorías vayan emergiendo por sí solas sin que el investigador las defina con anterioridad (45). El análisis del ser humano es el único camino de acceso del investigador; se trata de ver en el modo de como el ser o ente revela su experiencia o vivencia de un determinado fenómeno, o esperar que el ser humano se revele del ser (43).

En consecuencia, un excelente cuidado de enfermería conduce a la satisfacción de las necesidades humanas de manera integral, y contribuye a elevar la calidad de vida de los individuos y los grupos humanos. El cuidado es una necesidad humana esencial para el completo desarrollo, el mantenimiento de la salud y la supervivencia de los seres humanos en todas las culturas del mundo, el cual es la esencia de Enfermería (38).

Resulta incompatible hablar de un problema de salud sin abordar paralelamente a la familia y al conjunto de condiciones socio ambiental en que está inmersa, sobre todo sí se tiene en cuenta la unidad mínima de riesgos y tratamiento. Es indiscutible además el papel protagónico de la madre y la familia en el desarrollo y cuidados de los hijos, el que innegablemente resulta insustituible. Por tal motivo las acciones de enfermería que se proponen intervenir tempranamente no sólo van a ir dirigidas al niño, sino ante todo a la madre y resto de integrantes de la familia y a ésta en su interacción con los factores de la comunidad (46).

La Enfermería como una profesión del cuidado a las personas necesita profundizar las vertientes del conocimiento para ampliar su visión del mundo y desarrollar el pensamiento crítico, por ello al igual que en otros países latinoamericanos como el nuestro, está enfatizando la importancia de aprender y explorar la investigación cualitativa (40).

Este cuidado y esta preocupación por ese alguien son aspectos fundamentales que deben ser tenidos en cuenta, este cuidado no puede darse de cualquier forma, tampoco cualquier persona puede brindar este cuidado, por esto es imperativo que los profesionales de enfermería pediátrica nos detengamos un momento a pensar en el niño actual, en el niño de esta época donde todo avanza veloz, en las vivencias maternas ante un determinado fenómeno, donde las exigencias de nuestro trabajo, han invadido más y más por la técnica y la tecnología, aumentando con nuestros resultados nuestras ciencias de enfermería.

Por tanto, ellos necesitan que nuestro cuidado se centre en la interacción sincrónica; que nosotros seamos capaces de reconocer sus necesidades a través de un gesto, del llanto, de un leve signo de molestia, que, por medio de nuestra capacidad de intervención, podamos dar respuesta aliviando la respuesta a sus vivencias (4).

La investigación en enfermería pediátrica, contribuye a la excelencia del cuidado intensivo pediátrico, mejorando los planes de cuidados específicos para brindar en cuidado integral al niño, madre y familia, tomando en cuenta los instrumentos para valorar el estado de salud del niño y la influencia de las características del cuidador y del niño, los cuales podrían interferir positiva o negativamente en el proceso de interacción madre-niño, así como la construcción de nuevos saberes en enfermería.

La teoría de Enfermería humanista, elaborada por Paterson e Zderard, se presenta como un modelo teórico- práctico, emergente de las inconformidades con la línea positivista y con el modelo biomédico asistencialista que hegemoniza, vislumbrando la posibilidad de lanzar una mirada al ser que necesita ayuda y al ser que está dispuesto a ayudar; el ser que cuida es un ser con disponibilidad de un modo de ayuda y el ser cuidado es un ser con necesidades, presentando el cuidado de enfermería como un encuentro vivido y dialogado (4).

El cuidado propuesto por las teóricas, busca entre otras describir y comprender lo vivido y experimentado tanto en forma individual como colectiva., comprendiendo sus potencialidades y limitaciones; describen también la práctica del cuidado como una mixtura de ciencia y arte, considerando que ambas tienen papeles esenciales en la Enfermería humanística, configuran una relación auténtica entre los seres y que precisa envolver el estar con el otro, la presencia genuina en el mundo de la vida de la enfermería (38).

Cuidar es voluntad y gesto de dar de sí para los otros, más allá de las cosas o de las acciones. El cuidado es dado en el momento oportuno. Cuidar es

acompañar al otro como un legítimo otro para alcanzar la concreción de su dignidad humana, para identificarse con sus espacios de vida, con la tierra y con toda vida que pueda existir en ella (38).

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1 Tipo de investigación:**

La enfermería, como profesión al cuidado de las personas, necesita profundizar las vertientes del conocimiento que le permitan comprender el complejo mundo de las experiencias vividas desde el punto de vista de las personas que la viven el fenómeno, mediante el desarrollo del pensamiento crítico en la atención de enfermería. De allí que el objetivo principal del enfermero investigador es el de interpretar y construir los significados subjetivos que las personas atribuyen a su experiencia cotidiana.

Por tanto se valora la importancia de aprender y explorar la investigación cualitativa, la cuál representa el camino más coherente en el logro del objetivo de esta investigación que pretende conocer, comprender e interpretar la vivencia de las madres que tuvieron a su hijo hospitalizado en la UCIP, donde su participación fue activa y tuvo como meta la transformación de su realidad.

#### **3.2 Método de investigación**

Considerando que el rigor epistemológico exige un conocimiento basado en los principios filosóficos que sustenten el análisis de los discursos, lo cual nos permita la captación del fenómeno de la vivencia materna en relación a la hospitalización de su hijo en la UCIP, el estudio se basará en las ideas del filósofo alemán Martín Heidegger, uno de los máximos representantes del existencialismo filosófico.

Se utilizó el método fenomenológico, la idea fundamental básica de la fenomenología es dar una noción de intencionalidad de la conciencia que está siempre dirigida a un objeto, por tanto quise describir un fenómeno vivencial, en donde el sujeto y objeto están íntimamente ligados (43), lo que permite un abordaje más profundo y fructífero de las experiencias de vida de los sujetos en la investigación.

La investigación cualitativa se basa en el estudio de los sujetos, adopta la perspectiva del interior, tomando el fenómeno a estudiar de manera integral. Los estudios cualitativos son de especial relevancia para los profesionales de la salud que se encargan del cuidado, la comunicación y la interacción con las personas. Para el profesional de Enfermería, es importante profundizar y ampliar el interés hacia lo humano a través de la investigación cualitativa, donde se busca la comprensión de los fenómenos. Exige por consiguiente, recursos metodológicos como la entrevista que permite la captación e interpretación de estos fenómenos poco explorados en nuestra disciplina (45).

El método fenomenológico, me permitió una aproximación mayor con las madres de los niños hospitalizados en estado crítico, obteniendo sus vivencias y sentimientos en su pureza. El método fenomenológico, consiste en examinar todos los contenidos de la conciencia; determinar si tales contenidos son reales, ideales, imaginarios, etc. y suspender la conciencia fenomenológica, de manera tal que resulta posible atenerse a lo dado en cuanto a tal y describirlo en su pureza (42).

Por consiguiente la tarea de la fenomenología es descubrir y describir las esencias y relaciones esenciales existentes en la realidad, y ello en cada uno de los ámbitos de interés del filósofo (mundo ético, estético, religioso, lógico, antropológico, psicológico), dentro de ello lo que el individuo experimenta su vivencia, la cual es única, en su contexto y en el momento de dado el fenómeno (43).

Por tanto, la fenomenología, no presupone nada: ni el sentido común, ni el mundo natural, ni las proposiciones científicas, ni las experiencias psicológicas, esta se coloca antes de cualquier creencia y de todo juicio para explorar simplemente lo dado. Podría considerarse este método como positivo, dado que el investigador trata de describir la, realidad vivida por otras personas, experiencias vividas en algún momento, las cuales podrían ser desde las más gratas hasta las más desastrosas (43).

La fenomenología está dirigida hacia el descubrimiento del significado de los fenómenos humanamente experimentados a través del análisis de los discursos de cada sujeto participante en relación al fenómeno en estudio. El conocimiento acerca de la experiencia se amplía permitiendo que el fenómeno se muestre así mismo sin la aplicación de las descripciones predictivas de las metodologías cuantitativas. Aquí se pretende describir las experiencias concretas del sujeto a través de una interrogante, para lograr que el fenómeno aflore en su totalidad presentadas en las descripciones ingenuas del actor. En ellas está la esencia de lo que se busca conocer y de la intencionalidad del sujeto, la cual expresa un carácter esencial de la conciencia, que consiste en referirse siempre a un objeto (47).

El ser es el tema fundamental de la filosofía, el concepto de ser es indeterminado y es el más universal y vacío de los conceptos; esto demuestra su propia incomprendibilidad, entonces hay que formular la interrogante por el sentido del ser del ente. Destacar el ser de los entes y explicar el ser mismo es el problema de la ontología y la forma de tratar esta cuestión es la fenomenología, es decir la fenomenología es la forma de acceder a lo que debe ser tema de la ontología y la forma demostrativa de determinarlo; por consiguiente, la ontología solo es posible a través de la fenomenología. Ontología y fenomenología son disciplinas que caracterizan a la filosofía por su objeto y su método. La filosofía es la ontología universal y fenomenología que parte de la hermenéutica del “ser ahí” (*Dasein*), este último término se refiere a la existencia del ser humano (48).

La fenomenología interpretativa o hermenéutica fue propuesta por Martín Heidegger en 1927 como una metodología filosófica para descubrir el significado del ser o existencia de los seres humanos de una manera diferente a la tradición positivista. El principal objetivo de Heidegger fue entender lo que significa ser una persona y como el mundo es inteligible para los seres humanos. La fenomenología mira las cosas por sí mismas, un fenómeno para

ella es lo que se muestra por sí mismo, lo que se hace manifiesto y visible por sí mismo.

Heidegger reconoce la posibilidad de que un fenómeno puede mostrarse como algo que no es, pero esto no significa que se está mostrando a sí mismo. Heidegger dice que lo que es ópticamente muy cercano y bien conocido es ontológicamente lo más lejano y desconocido (49).

La hermenéutica nos enseña los principios, métodos y reglas de la correcta interpretación, de la que Heidegger hace uso para el análisis del “ser ahí” o *Dasein* en la medida que lo analiza en su modo de ser, con miras a alcanzar el ser. La hermenéutica aplica el modelo interpretativo de los textos al ámbito ontológico, pues el “ser” es lenguaje y únicamente este posibilita lo real, porque es el medio a través del cual el “ser” se deja oír. Como diría Heidegger “el lenguaje es la casa del ser, en la morada que ofrece el lenguaje habita el hombre” (50).

Para Heidegger estar en el mundo es existir, los seres humanos tienen un mundo que es diferente al ambiente, la naturaleza o el universo donde ellos viven. Este mundo es un conjunto de relaciones, prácticas y compromisos adquiridos en una cultura. Heidegger dice que el mundo es dado por nuestra cultura y lenguaje y hacen posible el entendimiento entre nosotros y los demás (49).

Finalmente, habiendo dado una breve reseña de la forma en que Heidegger trata la fenomenología, es importante mencionar algunos conceptos y categorías de análisis fundamentales usados por Heidegger para interpretar y comprender la “cuestión del ser”, que es su principal interés. Estas son: “el ser ahí”, “el ser ahí con”, “el ser ahí con los otros”, “autenticidad”, “inautenticidad”, “preocupación-ocupación”, “cura-cuidado”, “angustia-temor”, “cotidianidad”, “temporalidad”, entre otros (48). Algunos de ellos serán tomados en el presente estudio, los cuales servirán de base para interpretar y descubrir la vivencia materna de su hijo hospitalizado en la UCIP.

### **3.3 Sujeto de la investigación**

La muestra y representatividad se realizó a través de la Técnica de saturación o bola de nieve. El presente estudio tuvo como participantes a las madres que tuvieron a su hijo hospitalizado en la UCIP del servicio de Pediatría del Hospital Belén de Trujillo, madres que estuvieron desde Enero a Junio del 2014.

Luego de identificar a las madres, se contactó con cada uno de ellas, estableciendo una relación empática y, de manera sutil, se explicó la naturaleza y objetivo de la investigación. Después de obtener su aceptación para participar en el estudio, se ofreció mantener en reserva su identidad y máxima confidencialidad de la información; finalmente se realizó la entrevista en un ambiente que reunió las condiciones de privacidad, evitando toda clase de interferencias, para lograr una mayor expresión de los entrevistados.

Para delimitar la muestra se usó la técnica de "Bola de Nieve", o definida también como "saturación", que se refiere a que la indagación culmina cuando las entrevistas empiecen a repetirse en su contenido (51).

Los participantes tuvieron las siguientes características:

Madres que estuvieron orientadas en tiempo y espacio.

Madres que aceptaron y posibilitaron la realización de la entrevista.

Madres que vivenciaron la hospitalización de su hijo en la UCIP.

Madres que tuvieron hospitalizado a su hijo en la UCIP en el HBT, durante los meses de Enero a Junio del 2014.

### **3.4 Escenario de la investigación**

El contexto social donde se desarrolló este estudio fue el Hospital Belén de Trujillo, que cuenta con 462 años de servicio a la comunidad, cuenta con servicios de hospitalización como Medicina "A", Medicina "B", Cirugía "A

Cirugía “B”, UCI de adultos, Centro Quirúrgico, Emergencia, Neonatología, Maternidad y Pediatría.

El servicio de Pediatría se encuentra ubicado en la primera planta física del área antigua del nosocomio, ubicado en la parte última, este servicio brinda atención integral y especializada, a la población infantil con toda clase de patologías, atiende con un total de 29 camas, de las cuales 26 corresponden al área de Pediatría General y tres a la UCIP. Esta es el área del servicio brinda atención especializada al niño críticamente enfermo, que esté en peligro por complicaciones o en peligro de morir. Se atienden a todo tipo de paciente desde cero días (recién nacidos) hasta 14 años 11 meses 29 días, se atiende todas las patologías incluidas las de resolución quirúrgica, con las mismas características de criterio de hospitalización.

El servicio de Pediatría cuenta con un total de diez enfermeras que brindan asistencia las 24 horas del día, en turnos rotativos, de las cuales cuatro son especialistas en la mención: atención del niño en terapia intensiva, quienes laboran exclusivamente en la UCIP, cuenta además con once técnicos de enfermería y con 15 médicos pediatras, así mismo contamos mensualmente con un número variable de internos de medicina, de enfermería de las diferentes universidades de nuestro medio, impartándose también la docencia en enfermería, medicina, psicología, servicio social, nutrición y técnico en enfermería.

Según el libro de registro de admisión del servicio de Pediatría, se hospitalizan un promedio anual de 940 pacientes pediátricos, de los cuales el 7.76 % ingresan a la UCIP, dentro de las patologías de mayor incidencia tenemos a sepsis a foco múltiple, shock séptico, meningocelitis bacteriana, neumonías, EDA, celulitis, leucemias, artritis séptica, PCI, etc.

El estudio se realizó en la sala de estar de enfermería del servicio, la cual se acondicionó para poder recolectar los datos de estudio. No existiendo ninguna

sala donde los familiares puedan ser informados sobre el estado de evolución de su hijo, brindando esta información en mitad de un pasillo, algunas veces con la puerta entreabierta, con todos los familiares propios y ajenos escuchando, privando al paciente y a su madre de su derecho a la intimidad y a la protección de su confidencialidad. En definitiva es una infraestructura inadecuada.

El tipo de pacientes que se presta atención, son aquellos que están es estado crítico cualquiera sea su patología, aquí las madres vivencian y esperan con ansias cualquier noticia acerca de la evolución de su hijo en estado crítico. En estas circunstancias fue en que se desarrolló el presente trabajo de investigación, las entrevistas fueron realizadas en el estar de enfermería del servicio de Pediatría UCIP del HBT acondicionada para tal fin, para disminuir el impacto y no sesgar nuestra información, el recojo de la información se realizó durante la fase más estable de la enfermedad, generalmente después de cinco días hospitalización, siempre en momentos de menor actividad en la unidad.

### **3.5 Procedimiento de recolección de datos cualitativos:**

Se hizo en horas de la tarde, programadas y hechas las citas con anterioridad en la UCIP del servicio de Pediatría del Hospital Belén, cuando la madre estuvo disponible previa autorización de participar en nuestro estudio, el cual con su firma autorizó su consentimiento. Se inició con la entrevista a los sujetos de la investigación, haciendo uso de un grabador de voz de un equipo móvil marca Samsung.

**Técnica de recolección de datos:** Las técnicas de recolección de datos fueron:

La observación: Se empleó la observación directa. Tiene como objetivo la obtención de la información por medio de los órganos de los sentidos del investigador durante su permanencia en el lugar del evento a ser estudiado, a

fin de aprender los aspectos de la realidad. La observación consiste en ver, escuchar, pero también en analizar el hecho o fenómeno. La observación puede ser libre o estructurada en un sujeto o en grupo por medio de filmaciones y otros (52).

La entrevista: Constituye una técnica para obtener respuesta a preguntas sobre determinados temas del que el investigador tenga dominio y/o conocimiento (52). Se dio a modo de conversación entre el investigador y el sujeto investigado, en forma individual, se solicitó su autorización y firma a través del consentimiento informado. Se realizó en horas de la tarde en una sala de estar del servicio de Pediatría, adecuado para tal fin, en un momento de menos movimiento en el servicio, teniendo en cuenta la pregunta norteadora ¿Qué vivencia usted el tener a su hijo en estado crítico en la UCIP?, en donde lo más importante fue incentivar al investigado a que continúe con el relato de sus vivencias, no hubo esquemas preestablecidos.

Lo descrito anteriormente permitió al investigador recoger información sobre vivencias, experiencias, sentimientos, pensamientos y actitudes de los sujetos investigados. La empatía es fundamental en este tipo de investigación, logrando con esto un contacto afectivo y una mayor profundización de los datos, procediendo a registrar y analizar los datos.

Muestra de estudio:

La muestra estuvo constituida por seis madres que tuvieron a su hijo hospitalizado en la UCIP del Servicio de Pediatría del Hospital Belén de Trujillo, durante el periodo enero a Junio del año 2014 y que permanecieron durante los días que duró la hospitalización, así como dispuestos a colaborar y participar en el estudio firmando el consentimiento informado.

Procedimiento:

Para la realización del presente estudio de investigación se tramitó la autorización correspondiente de la Dirección y del Departamento de

Enfermería del Hospital Belén de Trujillo; una vez conseguida la autorización, se dialogó con la enfermera jefe del servicio de Pediatría para acordar las fechas de las entrevistas.

La reunión con la madre se realizó en la sala de estar de enfermería. La investigadora conoció de antemano la identidad del niño hospitalizado, que es hijo del informante a abordar. El momento elegido para la realización de la entrevista fue en la tarde, momento que el servicio estuvo más tranquilo, aunque esto no fue definitivo, pues hubo momentos en que el niño estuvo inestable, desistiéndose de realizar este método y se esperó la estabilización del niño según criterios de análisis de datos previos.

En un primer paso, la investigadora se presentó e identificó, luego se explicó los motivos e intenciones de la investigación, así como todos los aspectos éticos: que es voluntario, que se garantiza el anonimato, que será grabada previo consentimiento y que él siempre puede retractarse, si en algún momento no está de acuerdo con algo, es decir, tiene la última palabra. Se le describió el lugar de la entrevista, el cual reúne las condiciones de privacidad, solicitándole que acompañe a la investigadora si acepta las condiciones.

Se procedió a realizar la entrevista personal lanzando la pregunta de rigor, permitiendo que el participante se exprese libremente y sin interrupciones para que los discursos sean narrados en toda su dimensión. Cuando el sujeto respondió con frases cortas, se procedió a reiterar la pregunta orientadora o utilizar frases como "¿Qué más?", "Continúe", de tal forma que nos permitió llegar a la aprehensión del significado o develamiento del fenómeno.

Los discursos fueron identificados con números romanos asignados por la investigadora para garantizar el anonimato. Más adelante, todos los discursos fueron transcritos integralmente, en su forma original, tal y conforme nos narraron los participantes, tomando en cuenta los usos y costumbres de la

lengua castellana, ordenándolos y codificándolos. La presentación de los discursos fue de acuerdo al orden de la entrevista.

### **Procesamiento de datos:**

La investigación cualitativa trata de comprender la vida humana desde la perspectiva de quien vive el fenómeno, se interesa en averiguar el porqué de las conductas humanas y las circunstancias que han favorecido su aparición. Pretende ver el todo y a sus partes. En ese mismo sentido, la teoría Gestalt señala que el todo es más importante que sus partes, para entender la comprensión y descripción del contexto en que se desenvuelve o se encuentra inmerso el fenómeno o la situación a investigar.

Está basada en una perspectiva holística que procura captar la dinámica social, económica, política, cultural e histórica en que está sumergido e incide sobre el fenómeno o situación y, simultáneamente, cómo dicha dinámica actúa sobre y es afectada por el objeto de estudio, además es inductiva, en la medida que procura estudiar la realidad sin imponer criterios preexistentes en la investigación. Se parte del supuesto que mediante observaciones o relatos conscientes, las principales evidencias, las características, los significados y las dimensiones o categorías vayan emergiendo por sí solas sin que el investigador las defina con anterioridad (45).

### **MOMENTOS DE LA TRAYECTORIA FENOMENOLÓGICA**

La investigación fenomenológica considera cuatro momentos para construir la trayectoria fenomenológica que a continuación se describe:

Descripción fenomenológica: El primer momento se inició identificando a los participantes a entrevistar, se realizó la pregunta de rigor y se dejó al participante expresar libremente sus experiencias de vida. Luego se realizó la descripción fenomenológica, que constituye el resultado de la relación

dialógica que se da entre un sujeto y otro a través del discurso que muestran las percepciones que tienen las personas sobre el fenómeno.

Reducción fenomenológica: Es el segundo momento de la trayectoria, consistió en seleccionar las partes esenciales de la descripción fenomenológica, sobre todo las de interés para la investigadora, sin cambiar el sentido de lo expresado, logrando comprender la esencia del fenómeno en estudio, que en este caso es la vivencia materna en relación a la hospitalización de su hijo en la UCIP. Se establecieron los significados, teniendo en cuenta las revelaciones que son interesantes para la investigadora, sobre las percepciones que los participantes tienen de sus experiencias contenidas en sus discursos. La reducción fenomenológica no consiste en suprimir percepciones presentes en los discursos, sino de rescatar la esencia de las afirmaciones espontáneas sin cambiar el sentido de lo expresado, dejando de lado los preconceptos.

Análisis vago y mediano: Es un análisis interpretativo de mediano alcance con la finalidad de buscar significados de los discursos obtenidos. Esta fase comprende la identificación de unidades de significado, las cuales fueron interpretadas considerando el sentido de las unidades. En el sentido de la facticidad que pondera Martín Heidegger en su obra “Ser y Tiempo” es que toma lugar la búsqueda del sentido o de los significados; en dicha búsqueda, se trata de tamizar, discriminar, ordenar, clasificar y codificar los discursos identificados.

Establecer las unidades de significado en un trabajo sistemático permitió indagar exhaustivamente sobre esa condición de develar el ser que estamos buscando, que no queda acabado sino en una especie de medio camino, preparando el gran salto fenomenológico, que constituye el siguiente paso.

Análisis hermenéutico: Constituye la última fase en este proceso y es el análisis comprensivo en sí, basado en la yuxtaposición de las unidades de significado analizadas en el proceso de análisis vago y mediano; con las ideas contenidas

en la obra de Martín Heidegger: “Ser y tiempo”, se busca develar el significado del *Dasein* dado por el ser-ahí de la vivencia de las madres durante la hospitalización de su hijo en la UCIP. Por consiguiente el análisis de las descripciones se realizó en forma simultánea al recojo de información, cada entrevista fue procesada de acuerdo a la trayectoria metodológica de las investigaciones cualitativas.

En la presente investigación cualitativa, los testimonios se transcribieron, tal cual lo relataron las madres que vivenciaron el fenómeno, en respuesta a la pregunta orientadora: ¿Qué siente usted, el tener a su hijo hospitalizado en la UCIP?, seguidamente se procedió a codificarlas con un número específico, lo que facilitó su análisis o relación; finalmente se categorizaron o agruparon la información describiendo lo encontrado, posteriormente se procedió a realizar su interpretación respectiva. Tomando en cuenta la revisión de literatura, así como de conocimientos, experiencias, ideologías y marco de referencia (52).

El análisis de datos empezó con un cuidadoso examen de la interacción sujeto-investigador, tomando en cuenta la pregunta norteadora: ¿Qué vivencia la madre, frente a la hospitalización de su hijo en la UCIP? que comprende la búsqueda de temas mayores articulados por los sujetos. Esto ocurre a través del análisis-síntesis.

El análisis- síntesis es el proceso de separación de los temas de acuerdo a los mayores elementos en los objetivos, examinar estos elementos y construir una descripción unificada del fenómeno como vivida por los sujetos. El análisis se realizó a través del análisis de contenido.

### **3.6 Consideraciones éticas y de rigor científico**

La investigación cualitativa se basa en criterios que tienen como finalidad asegurar la calidad y lo objetividad de la investigación. Se consideraron los siguientes criterios:

En relación a la ética:

Confidencialidad: Que es primordial en la presente investigación cualitativa. Los secretos expuestos por los colaboradores en nuestra investigación no serán publicados y las grabaciones serán confidenciales y serán utilizados para fines de la presente investigación y se solicitara su autorización para ejecutarlas (51, 52). Se refiere a que los secretos expuestos por las colaboradoras, los cuales no pueden ser revelados a otros, solo fueron para el presente estudio.

Privacidad: Se explicara a los participantes desde el inicio de la investigación que los discursos serán solo de exclusividad para fines de la investigación siendo anónima la publicación del estudio. Se tendrá en cuenta el anonimato de las entrevistadas (51, 52). La aplicación de este criterio se cumplió al no revelarse los nombres de las entrevistadas.

Consentimiento informado: La finalidad del consentimiento informado es asegurar que los individuos participen en la investigación propuesta solo cuando ésta es compatible con sus valores, intereses y preferencias, y lo hacen voluntariamente con el conocimiento necesario y suficiente para decidir con responsabilidad sobre sí mismo. Consistió en solicitar autorización al sujeto de la investigación para la realización del estudio; en el cual deberán constar las firmas del entrevistado, investigadores y asesor de la investigación (51, 52) (ANEXO 4). Este criterio fue aplicado al momento de solicitar las firmas de las madres a entrevistar y voluntariamente aceptaron participar en la investigación.

En relación al rigor:

Transferibilidad: La transferibilidad es la posibilidad de transferir el estudio cualitativo hacia otros contextos, desde que se obedece la preservación de los significados, interpretaciones e interferencias particulares. La presente investigación se realizó con los relatos de las vivencias de las madres que tuvieron a su niño en estado crítico hospitalizado en la UCIP del HBT, el mismo que puede replicarse en otras instituciones de Salud de nuestro país.

Credibilidad: Está dada por la verdad establecida mutuamente entre el investigador y el informante. Las opiniones y valores de los informantes fueron recolectados por medio de la técnica de la entrevista mediante el uso de una grabadora de voz y de algunas notas sobre las percepciones de la investigadora respecto a los informantes. Para mantener la credibilidad también se transcribió los discursos sin tergiversarlos, analizándolos a profundidad para obtener datos confiables y de conformidad con los testimonios de los participantes.

Confirmabilidad: Denota la objetividad de la información, establece el grado en que los resultados serán determinados por informantes y no por prejuicios, es decir en el momento de la reducción “se limpió” sin cortar, eliminar o dar otro sentido a la unidad de significación primaria. Los resultados que se obtuvieron de la investigación fueron determinados por los informantes y no por los prejuicios del investigador.

La Confirmabilidad será aplicada en el momento de elaborar las conclusiones finales, tomándose en cuenta los hallazgos basados en el previo análisis de los datos; contándose además con la asesoría de docentes expertos en este ámbito de investigación.

## **IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **4.1 Presentación de resultados:**

Para llegar a esta etapa de la investigación cualitativa y fenomenológica como marco metodológico, abrió en mí perspectivas que he tratado de comprender en los diferentes significados atribuidos a la vivencia materna relacionada con la hospitalización de su hijo en la UCIP, llena de experiencias impactantes; la comprensión sucedió cuando retorno a aquellos que experimentan esta condición, acercándome a la madre, en sus diferentes sentimientos y situaciones que explico a través de cada unidad de significado en el momento de ocurrido el fenómeno.

Con el apoyo de la fenomenología se logró entender muchas situaciones de salud/enfermedad experimentado en su condición existencial, evidenciado en los pensamientos filosóficos de Martin Heidegger (1999). Cabe señalar que con este método se buscó la esencia del fenómeno, a través de las descripciones de las vivencias maternas del sujeto de estudio en su mundo real la cual nos lleva a la esencia del ser (44).

En la entrevista a los sujetos de estudio, hubo la necesidad de superar algunas preocupaciones y sentimientos como vergüenza, ansiedad, nerviosismo, etc., se presentó la dificultad para desarrollar el análisis respectivo de los discursos y buscar las unidades de significado, tratando de buscar una explicación de los hechos, y así llegar al contexto de la comprensión. Para entender el significado de los relatos de los sujetos de estudio, fue necesario recurrir a la empatía. Según Carvalho (53), la captura de los significados está mediada por la empatía que marca el encuentro entre el investigador y el sujeto de investigación. Es por la empatía, que un ser está dispuesto a escuchar, comprender y aprender de otro ser.

Después de la transcripción de cada una de los relatos, se inició el primer análisis exhaustivo denominado vago y mediano, para llegar finalmente a la

comprensión hermenéutica. En este análisis fue necesario leer y releer varias veces los testimonios, acompañado de las consultas de las notas de campo, para una mejor aproximación al *Dasein* de las entrevistadas.

Finalmente, fue necesario leer los testimonios con la finalidad de capturar las estructuras esenciales, destacando los significados relacionados con la vivencia materna relacionada con la hospitalización de su hijo en la UCIP. De esta manera fue posible acercarse a la dimensión existencial y a la presencia ontológica.

Después de explicar cómo se estructuraron las unidades de significado, se realizó la comprensión de los significados para distinguir las estructuras esenciales de estructuras. A través de los relatos, las estructuras de significado se agruparon en siete categorías formadas por unidades de significado obtenidas en el sentido de las vivencias maternas relacionadas con la hospitalización de su hijo en la UCIP. Siendo las siguientes.

## **CATEGORIA 1**

### **ANGUSTIA Y DESESPERACIÓN POR LA HOSPITALIZACIÓN**

*“...me siento muy mal, tengo miedo que mi hijito se muera...” (E-I).*

*“... siento mucha desesperación...”,...tengo mucho miedo, tengo miedo que cualquier rato salgan y me digan que mi niño ya se murió doctora (llanto)...”, (E-II).*

*“...hay, no sé qué siento, ...que le puedo decir, que le sacan sangre a cada rato, más me lo torturan...”, (E-III).*

*“...siento que me muero, mi niño se puso grave (E-IV).*

*“...es una cosa que no le deseo a nadie señorita, ... sentí mucho miedo que mi niño se agrave...”, (E-V)*

*“...me duele mi corazón señorita... (Llanto), es un dolor muy fuerte, pensar que mi hijo se va a morir (llanto), que no se puede hacer nada, dice el doctor que mi niño está muy grave” ... (Llanto) (E-VI).*

## **CATEGORIA 2**

### **CONFIANZA EN EL CUIDADO DE ENFERMERIA**

*“...una doctora me dijo que ahí lo van a sanar por eso confió en ustedes...” (E-I).*

*“... por favor ayúdeme (llanto)...no quiero que se muera (llanto)...”, (E-II).*

*“...pero ahora está mejor de lo que vino, Si señorita le pido que por favor lo sigan cuidando para que se sane pronto, por eso me ido a prestar plata señorita para comprar lo que me piden porque el SIS no da todo...” (E-V).*

## **CATEGORIA 3**

### **AUSENCIA DEL APOYO FAMILIAR Y PROBLEMAS ECONÓMICOS**

*“...no tengo plata para comprar la medicina, ...me siento sola (llanto), aquí no tengo familia que me ayude, mi esposo trabaja en la chacra gana poco, mi mamá vive en la sierra, ...no me puedo ir a verlo porque no tengo para el pasaje, no tengo plata para comprar la medicina... (E-I).*

*“...no sé qué voy hacer cuando esto suceda señorita (llanto prolongado), ... por favor ayúdeme (llanto)...” (E-VI).*

## **CATEGORIA 4**

### **CUIDADO Y AMOR MATERNAL**

*“...yo quiero estar cerca del, quiero abrazarlo, hablarle, quiero que se mejore pronto señorita...” (E-III).*

## **CATEGORIA 5**

### **DESCONCIMIENTO DE NORMAS INSTITUCIONALES**

*“...el doctor dice que no me mueva de aquí, tengo que estar aquí afuera, para ver lo del SIS, vuelta las enfermeras no me dejan ver a mi niño, ¿no sé qué hacer?, siento impotencia señorita (E-I).*

*“...algunas enfermeras son malas no me dejan entrar, a verlo, a veces me entro nomas,” (E-III).*

## **CATEGORIA 6**

### **SENTIMIENTO DE CULPA Y CRISIS FAMILIAR**

*“...estoy afligida por mi otro hijito se queda solo, lo ve una mi vecina, no sé cómo estará...” (E-I).*

*“.... quiero que la enfermedad de mi niño me lo pasen a mí doctora,.. yo por fin soy fuerte,... con esta son ya dos veces que se pone grave,,... la otra vez lo traje grave tambien pero si me lo sanaron doctora, pero ora lo veo más peor doctora...” (E-II).*

*“... siento mucha culpa, por trabajar descuide a mi niño, lo deje que lo cuide mi mamá, tengo mucha pena, verlo a mi niño muy mal, dormidito, como muerto...”*, (E-III).

*“... mi hijo ya estaba más mal que lo tuvieron que pasar acá, hay señorita ojalá mi hijito se sane pronto, para cuando llegue mi esposo, él está trabajando en la mina viene la otra semana...que me ira a decir....se va a enojar...”*, (E-IV).

*“...el doctor dice que se va a morir... (Llanto), no sé qué voy a ser si mi niño se muere... (Llanto)”*, (E-VI).

## **CATEGORIA 7**

### **CREENCIA Y FE EN DIOS**

*“...por eso lo pido a diosito que lo sane pronto...”*, (E-II).

*“...por eso le pido a diosito que me lo cure pronto señorita, sé que me lo va a sanar señorita, porque tengo fe en el señor...”* (E-III).

*“...ruego a Dios señorita y a mi virgencita que me lo curen pronto señorita...”* (E-V). *“...solo un milagro puede salvarlo...”* (E-VI).

#### **4.2 Análisis y discusión de resultados:**

Después del análisis de los datos que se han obtenido, se procedió a iniciar la interpretación con la literatura en donde se trató de encontrar una relación entre lo manifestado por las participantes y el pensamiento filosófico de Martín Heidegger.

La interpretación comprensiva permite develar el sentido del comportamiento de quienes buscamos conocer, a partir del cuestionamiento del ser. En el caso de la presente investigación, este intento demandó una comprensión del universo óptico de la vivencia materna relacionada con la hospitalización de su hijo; para ello se parte de la dimensión óptica en dirección a la ontológica, es decir de la totalidad a la singularidad del ser. Heidegger (54), revela que la interpretación comprensiva busca la respuesta a la pregunta acerca del sentido del ser en general y antes la posibilidad de hacer en forma radical esta pregunta fundamental de toda ontología.

Así, si queremos darle un sentido a las experiencias del *Dasein* es imprescindible recurrir a ella. Después de revisadas las entrevistas y analizados los discursos que reflejan el significado expresado por los sujetos de investigación, son relevantes las siguientes proposiciones consideradas como unidades de significancia, encontrándose siete:

### **Angustia y desesperación por la hospitalización**

Una de las experiencias más fuertes en la vida de las personas es la hospitalización de un hijo a la UCIP, en donde una mezcla de miedo, ansiedad, temor, duda, esperanza, soledad y valor haciendo que las personas estén en un estado de angustia e incertidumbre. Este contexto de sentimientos y de desborde de conductas se intensifica aún más cuando el niño es hospitalizado en unidades de especial cuidado, como son la UCIP, donde existe un mayor riesgo de complicaciones y de muerte, acontecimiento desconocido que irrumpe la vida cotidiana del niño y de los familiares, y de manera especial en la madre conduciéndonos a sentir la esencia del ser (3).

En esta categoría se vivencian sentimientos expresados por la madre, que se relacionan con la hospitalización de su hijo, al no saber qué hacer. Es sabido que la hospitalización se acompaña con un signo de muerte, cuya intensidad dependen de las características de la enfermedad, de la connotación social que

tenga, de la etapa del desarrollo del niño y de su familia, de la relación con el médico y del entorno llamado hospital etc. (2).

Así mismo las madres vivencian el enfrentamiento a la hospitalización de su hijo, despertando en ella sentimientos de incertidumbre, de desconsuelo, de deseos de morir, angustia y momentos de tristeza. Además la gravedad de la enfermedad conducen a las madres a que estos sentimientos se agraven. Tan así es el desequilibrio de sus conductas que en algunos relatos se evidencia que piensan en la muerte como destino final y término a sus angustias, tal como se relata en la siguiente entrevista:

*“...me siento muy mal, tengo miedo que mi hijito se muera... (Llanto),” (E-I).*

*“...doctora siento mucha desesperación, doctora...” (E-II).*

*“...siento que me muero, porque mi niño se puso grave (E-IV).*

*“...es una cosa que no le deseo a nadie señorita, sentí mucho miedo que mi niño se agrave”, (E-V).*

En este contexto la madre también vivencia y adopta sentimientos con matices algo negativos como llamar a la desgracia o a la muerte. Tal como lo refiere en el siguiente párrafo:

*“...tengo miedo que cualquier rato me digan que mi niño ya se murió” (E-II).*

*”... le sacan sangre a cada rato, más me lo torturan” (E-III)*

Nuestra existencia es preocupación surgida de la angustia de vernos proyectados en un mundo en el que tenemos que ser a nuestro pesar. Provenimos de una nada y nos realizamos como un proyecto encaminado hacia la muerte, por eso, la angustia es constitutiva del *Dasein*, porque es la condición de un ser caído y solitario que no puede contar con Dios ni remedio alguno a

su condición (48). Por tanto la madre se angustia por que su hijo está en peligro de muerte y nadie la puede ayudar.

Rivera (44) expresa que...*solo la angustia da la posibilidad de una apertura privilegiada, porque ella aísla. Este aislamiento recobra al Dasein sacándolo de su caída, y le revela la propiedad e impropiidad como posibilidades de su ser. Estas posibilidades fundamentales del Dasein, que es cada vez el mío, se muestran en la angustia tales como son en sí mismas, no desfiguradas por el ente intramundano al que el Dasein inmediata y regularmente se aferra.*

En la interpretación del pensamiento de Heidegger, Gaus (48) explica que *El Dasein esté entregado a la responsabilidad de su muerte y este esta es por tanto inherente al ser en el mundo, no tiene el ser ahí inmediata y regularmente un saber expreso ni teórico. El estado de yecto en la muerte se le desemboza más original y más perentoriamente en el encontrarse de la angustia. La angustia ante la muerte es angustia ante el poder ser más peculiar, irreferente e irrebasable.*

Decía Heidegger que hay para el *Dasein* (ser en sí mismo) una posibilidad permanente de encontrarse frente a la nada y descubrirla como fenómeno. Eso sería la angustia. La forma en que nos cabría enfrentar la nada, la cura de ese no ser es la angustia. La posibilidad de seguir existiendo frente a esa nada es lo que estaría dado por la angustia. En la angustia es donde sentimos el mundo en su mundaneidad, es decir, como algo externo (50).

El angustiarse, en cuanto disposición afectiva, es una manera de estar en el mundo; el ante qué de la angustia es el estar en el mundo en condición de arrojado; aquello por lo que la angustia se angustia es el poder estar en el mundo. Por consiguiente, el fenómeno de la angustia tomado en su totalidad muestra al *Dasein* como un estar en el mundo fácticamente existente. Los caracteres ontológicos fundamentales de este ente son la existencialidad, la facticidad y el estar caído. Estas determinaciones existenciales no son partes

de un *compositum* al que pudiera alguna vez faltarle una de ellas, sino que conforman una trama originaria que constituye la totalidad del todo estructural que se busca. Dicho de otra manera: el existir es siempre existir fáctico (44).

La existencialidad está determinada esencialmente por la facticidad, y a su vez, el fáctico existir del *Dasein* no solo es, en general, y de un modo indiferente, un poder estar en el mundo en condición de arrojado, sino que ya está siempre absorto en el mundo de la ocupación. En este cadente estar en medio de...se acusa, explícita o implícitamente, comprendido o no comprendido, el huir ante la desazón que habitualmente queda oculta junto con la angustia latente, porque el carácter público del uno reprime todo lo que no es familiar (44).

De esta manera la única cura para la angustia sería la no existencia de la muerte. Y si somos sinceros deberíamos de aceptar la muerte, lo cual implicaría que el proyecto de vida que establezco podría no llegar a completarse, a concluirse y desde ese mismo instante vivimos sabiendo que no habremos de cumplir con las metas que nos hemos fijado y por ende, existimos de mala fe en tanto que nos mentimos a nosotros mismos. En nuestra vida cotidiana el actuar de buena fe sería de hecho un ideal (44).

Por consiguiente, si la angustia enfrenta el ser-ahí con su ser-en-el-mundo, esto es, lo saca de su estar caído cabe los entes, de estar absorbido en el mundo. Rompe la familiaridad que el ser-ahí tiene con el mundo y el ser-en pasa al modo existencial del no-en-su-casa, de la inhospitalidad (44). Por tanto, la posibilidad de muerte del ser o de alguien o algo relacionado al ser genera angustia, sacándolo de su mundo habitual, llamado cotidianidad, para enfrentarlo al mundo, lo que ocurre con la madre cuando vivencia la hospitalización.

Por tanto, toda hospitalización es un acontecimiento que irrumpe en la vida cotidiana de la madre y de su familia, constituyéndose en una amenaza a su integridad física y psicológica. Las ideas que las madres tienen respecto a la

hospitalización están impregnadas de creencias y fantasías que provocan temores y una carga excesiva de angustia, impidiéndoles transitar por esta situación con un control emocional y recuperación adecuados (4). La angustia de la madre está relacionada con la posibilidad más propia del ser: la muerte; pero para que este ser se angustie acerca de algo y/o de alguien es menester que esté en relación con el mismo ser; así, las madres se angustian ante la posibilidad de muerte de su hijo, el cual está relacionado muy íntima y únicamente con el ser: la madre (54).

Así, la enfermería es una profesión que convive en su quehacer diario con la posibilidad de muerte del ser, además es testigo fehaciente de cómo esta posibilidad genera angustia en el paciente y a la madre. Por ello, tenemos que buscar e indagar en nosotros mismos y en nuestras madres de los pacientes la desazón que implica la angustia como un camino de seguridad a la muerte del ser, en tanto es capaz de ponernos a nosotros mismos y a los familiares frente a la desnudez del mundo (48).

Por tanto la enfermera tiene responsabilidades éticas sociales tanto para el paciente pediátrico como para sus familiares y de manera especial a la madre, poniendo como punto principal lo afectivo, los sentimientos y las emociones, consiguiendo que las experiencias no tengan un impacto negativo. Por lo mismo, el cuidar a las madres también se convierte en un reto profesional, ya que nos salimos de los esquemas del cuidado clásico, donde el paciente es nuestro centro de atención, excluyendo por completo a la familia. Este trabajo implica una gran responsabilidad, compromiso, sentido común, creatividad, continuidad en la atención, cuidado integral y trabajo interdisciplinario con nuestro sujeto de atención incluyendo a la madre y a su familia, para hacer de esas vivencias experiencias positivas (46).

Ahora bien, si el estar vuelto hacia la muerte forma parte esencial y originaria del ser del *Dasein*, entonces habrá de ser también mostrable en la cotidianidad, aunque, por lo pronto, en su modo impropio. Y si el estar vuelto hacia el fin

ofreciera incluso la posibilidad existencial para una integridad existencial del *Dasein*, tendríamos entonces la comprobación fenoménica de la tesis que dice: el cuidado es el término ontológico para la totalidad del todo estructural del *Dasein*. Sin embargo, para la plena justificación fenoménica de esta proposición no basta con un bosquejo de la conexión entre el estar vuelto hacia la muerte y el cuidado (44).

Analizando la singularidad del pensamiento de Heidegger, solo somos auténticos si aceptamos la muerte como posibilidad única y certera para el ser humano. Pero si estas reflexiones las aplicamos a nuestra vida, la posibilidad de muerte nos angustia, y nos angustia más aún si pensamos en la posibilidad de muerte de un ser al cual estamos unidos por lazos de afecto y consanguinidad. “Esta situación se evidencia en que la madre no es auténtica frente a la hospitalización de su hijo en donde la posibilidad de muerte la angustia demasiado, pues es su hijo quien esté en riesgo de morir” (48).

Estas experiencias nos demuestran nuevamente que la hospitalización en la UCIP provoca reacciones diversas en los padres, siendo por lo general intensas y perturbadoras; por consiguiente, debemos actuar previniendo el daño, reorientando nuestra intervención de enfermería y aprovechar las funciones de género, sabiendo que las madres son proveedoras y cuidadoras del bienestar familiar, convirtiéndose en “agentes de salud”, siendo ella dispensadora y consumidora de cuidados; necesitando y dando cuidados, satisfaciendo la relación madre-niño (3).

Situación que ratifica Quinton (55) al sostener que los familiares presentan trastornos emocionales relacionados con la hospitalización y la permanencia de un ser querido en la Unidad de Cuidados Intensivos. Además se asemeja a lo sostenido por Gutiérrez et al, (56) en una revisión sistémica de estudios cualitativos encontró que el impacto en el familiar se ve condicionado por sus experiencias pasadas, las características de la personalidad, el entrenamiento

respecto de la enfermedad, el contexto general, las creencias, expectativas, actitudes y opiniones del grupo familiar.

Pincheira, P. (20) en su estudio en Chile en el 2007 también refiere que:

“Que fue también la culpa y la angustia, los sentimientos que se produjeron en la madre y de un ambiente desconocido durante la hospitalización, ayudando a enfrentar de manera positiva y/o constructiva la hospitalización de su hijo”.

Al respecto, en (24), acerca de la vivencia frente a la hospitalización de un hijo, fundamenta que el rol de la enfermera permite brindar cuidados humanizado a las madres, comprensión, apoyo emocional e información adecuada acerca del fenómeno que está viviendo.

Referencias que conducen a concluir que las madres, vivencian durante la hospitalización de su hijo en la UCIP; sentimientos, de incertidumbre, de angustia, de negación, ansiedad, miedo, de temor, de depresión, de frustración, de ira o culpa. Sentimientos que son la expresión y la respuesta de la esencia del ser-ahí. Viven una experiencia en la cual, los patrones que identificaban en sí mismas como mamás, se modifican completamente y no se pueden reconocer inicialmente. Esta situación causa una ruptura de la relación del Ser consigo mismo y con otros, lo cual se evidencia en la pérdida de su dominio en el ser óntico.

Por consiguiente las teóricas en enfermería, entienden que enfermería, como disciplina humana, posibilita el encuentro, considerando que la presencia significa estar abierto de manera recíproca a toda experiencia y brindar cuidado al niño, familia y comunidad, de manera especial a la madre, que está preocupada por la gravedad de su niño, experiencia que la vive sólo ella, describiéndose la práctica del cuidado, como mixtura de ciencia y arte, considerando que ambas tienen papeles esenciales en la Enfermería

humanística, generando una relación auténtica, que precisa el estar con el otro, presencia genuina en el mundo de la vida de enfermería (38).

Bajo esta perspectiva, el cuidado de enfermería en el niño implica interaccionar con este grupo poblacional, es decir con las madres. Ante la hospitalización de un niño en las UCIP, la enfermera debe dar énfasis a desarrollar estrategias comunicadoras con los padres, donde se proporcionen elementos de adaptación ante la situación, creando espacios para escucharlos y ser escuchados, conocer sus expectativas y condiciones actuales, situar al niño en su contexto familiar, y social.

Las situaciones que alguien vivencia no poseen un significado en sí mismas, sino que adquieren un sentido para quien las experimenta, es decir se encuentra relacionado a su propia manera de existir, y está determinada por una presencia y una realidad cualitativamente determinada, además en cada entrevista se encuentran significados con mayor o menor intensidad, acompañado de algún sentimiento negativo (39).

### **Confianza en el cuidado de enfermería**

La enfermería tiene la responsabilidad de articular y difundir definiciones claras de las funciones que desempeña en su práctica, y que el cuidado es la parte ontológica y epistémica que guía los aspectos axiológicos de su hacer profesional. Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él. Según Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica inter-personal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona. Watson expresa lo siguiente: Puede admitirse la presencia de enfermería en la mente de un paciente, aún si la enfermera no está presente físicamente; de esta forma se experimenta sentimientos de consuelo, seguridad, paz y relajamiento (57).

Al respecto en esta categoría denominada **confianza en el cuidado de enfermería**, se vivencia que la madre a pesar de vivenciar sentimientos de angustia y ansiedad por la hospitalización de su hijo, también toma en cuenta el cuidado que brinda la enfermera en estas unidades especiales, lo vivencia cuando relata que su niño está mejor de lo que vino. La confianza que tiene acerca del cuidado y con el que sobrepone su pesar, apostando mucha esperanza en este profesional, tanto así que se compromete a contribuir en el cuidado al ir a conseguir dinero para comprar lo que el SIS no le proporciona, situación muy importante y crucial al conseguir que la madre participe durante la intervención de enfermería, permitiendo que el ser se revele y busque su inautenticidad, tal como se evidencia en el relato siguiente:

*“...una doctora me dijo que ahí lo van a sanar.....por eso confié en ustedes, (E-I) “...doctora, por favor ayúdeme (llanto)...no quiero que se muera (llanto)...”, (E-II).*

*“...ahora está mejor de lo que vino, ...si señorita le pido que por favor lo sigan cuidando para que se sane pronto, por eso me ido a prestar plata señorita para comprar lo que me piden porque el SIS no da todo...”, (E-V).*

Waldow (38), expresa “el cuidado humano es una forma de vivir, de ser y de expresarse. Es una postura ética y estética frente al mundo. Es un compromiso con y estar en el mundo; y contribuir con el bienestar general en la preservación de la naturaleza, de la dignidad humana y de la espiritualidad; es contribuir en la construcción de la historia, del conocimiento y de la vida”. El paradigma del cuidado humano involucra ética, principios y valores que deberían formar parte no solo de la enseñanza sino también de lo cotidiano del medio académico y evidentemente de la práctica profesional de enfermería, permitiendo que la madre y/o familiares se involucren en las intervenciones de enfermería.

Así, las madres que enfrentan a la hospitalización de su hijo, viven siendo inauténticas, porque simplemente no aceptan la posibilidad de muerte como la posibilidad más propia, irrespectiva e insuperable del *Dasein*; y es allí donde

ellos sienten angustia ante la posibilidad más cierta del ser ahí arrojado, en el mundo. Ellas no comprenden que la relación que más honda y generalmente determina el sentimiento de nuestra existencia es la de la vida hacia la muerte.

Situación que se ve interrumpida por el papel preponderante de competencia profesional que cumple la enfermera en la UCIP, personas que brindan el cuidado vivenciado por las madres en su relato. Por consiguiente es la confianza que tienen en las profesionales que dan cuidado, alguna de ellas vivencia este cuidado al ver a su hijo mucho mejor de lo que vino, pidiendo a la vez que lo sigan cuidando para que se sane pronto. Tanto así como a contribuir ellas mismas en el cuidado y ganarle a la muerte en esta lucha filosófica siendo inauténticas (44).

La autenticidad o realidad consiste, según Heidegger, en reconocer que somos un ser para la muerte, única vía de acceso a la libertad. Captando la singularidad del pensamiento de Heidegger, solo somos auténticos si aceptamos la muerte como posibilidad única y certera para el ser humano. Pero si estas reflexiones las aplicamos a nuestra vida, la posibilidad de muerte nos angustia, y nos angustia más aún si pensamos en la posibilidad de muerte de un ser al cual estamos unidos por lazos de afecto y consanguinidad. Ante esta realidad o autenticidad se condiciona a las madres aceptar el cuidado que se brindan para no llegar a aceptar la muerte y no creen que es un camino hacia la libertad que pregona este filósofo (44).

De esta manera, la madre vive siendo preocupado-ocupado constante de su ser-ahí por otro ser-ahí que está en un mundo del cual él no tiene conocimiento cierto; por tanto la madre vive angustiada y no le queda más que confiar en otros-ser-ahí y vivir en condición de dependiente de otros-ser-ahí. Así, Rivera (44) fundamenta lo anterior al aclarar que...*todos los comportamientos del hombre están marcados ónticamente por la preocupación y regidos por una dedicación a algo*". Por tanto la madre angustiada no le queda más que confiar en otros-ser-ahí, que cuide a su hijo en condición de arrojado al mundo.

Enfermería, la más maravillosa de las ciencias y de las profesiones, desde su inicio se ha preocupado por el bienestar del hombre, esto le ha permitido trascender en el tiempo y es así como podemos ver que personas como la Doctora Jean Watson entre otras, realizan trabajos que les permita al hombre crecer como ser, cuidarse como un ser total e integral, cuidar su entorno, su medio ambiente, es decir, cuidar más que su cuerpo, su esencia lo que significa: Cuidar.

### **Ausencia de apoyo familiar y problemas económicos**

Esta experiencia única para el ser según Rivera (44) determina que *“Los estados de ánimo se estropeen y puedan cambiar, probando que el Dasein está siempre anímicamente templado”*. Además para el autor, *“...la disposición afectiva no solo abre al Dasein en su condición de arrojado y en su estar-consignado al mundo ya abierto siempre con su ser, sino que ella misma es el modo existencial de ser en el que el Dasein se entrega constantemente al mundo y se deja afectar de tal modo por él, que en cierta forma se esquivo a sí mismo”*. Situación que al ser, es decir a la madre, vivencia sentimientos de abandono, de falta de apoyo, de falta de medios económicos de los que quiere esquivar pero en esa lucha se da cuenta que se encuentra sola en el mundo que no hay quien la proteja de ese modo existencial y sufre alterando su existencia de ser y en ese sufrimiento clama ayuda a la enfermera. Como se relata en las siguientes expresiones:

*“...no tengo plata para comprar la medicina...”, “... me siento sola (llanto), yo lo veo peor...”, “...aquí no tengo familia que me ayude, mi esposo trabaja en la chacra gana poco, mi mamá vive en la sierra...”, “... no me puedo ir a verlo porque no tengo pal pasaje...”, “...no sé qué voy hacer cuando esto suceda señorita (llanto prolongado),... por favor ayúdeme (llanto), (E-I).*

*“...no sé qué voy hacer cuando esto suceda señorita (llanto prolongado),... por favor ayúdeme (llanto), (3), (E-VI).*

La madre que afronta la hospitalización de su hijo sienten su existencia alterada, esto hace que ellas entren en desesperación, porque su estado emocional no está preparado para estas circunstancias y depende de otros ser-ahí para que resuelvan este problema existencial; es allí donde la madre sienten angustia porque la muerte está cercana para su ser querido, ella siente que puede ocurrir, que una parte de ella existencialmente también va a morir y que en esa lucha está completamente sola en ese mundo filosófico de lucha heideggeriana.

La enfermera en su asistencia cotidiana al niño en estado crítico mantiene un reto, como es el cuidado, en este desempeño se originaron situaciones que permitieron conocer muy de cerca las vivencias de las madres, que fueron las respuestas humanas ante la hospitalización, siendo la categoría: **ausencia del apoyo familiar y económico**. Por tanto el cuidado debe ir dirigido no solo al niño hospitalizado sino también a la familia y en especial a la madre que es la que afronta el fenómeno, para poder disminuir los sentimientos negativos y desestabilizantes en su cotidianeidad.

En esta categoría, en donde las madres vivencian y sienten que sus familiares más cercanos no lo apoyan en esta crisis, aunado a la carencia de dinero conduce en ellas a vivenciar acontecimientos adversos sintiéndose impotentes, desoladas; tratando de entender este fenómeno recurren a ideas basadas en eventos anteriores o relatos escuchados. Todo este contexto de sentimientos e ideas solo tiene como resultado un familiar que no afronta la hospitalización de su hijo de la mejor manera posible, convirtiéndose incluso en un obstáculo para el cuidado de sus seres queridos.

La presente investigación guarda relación a lo referido por Chalifour (58), quien sustenta al respecto que la relación de ayuda de la enfermera es esencialmente

comunicativa, por lo que resulta imprescindible cuidar el proceso de la comunicación, en especial cuando se produce en situaciones en las que existe una fuerte carga emocional, como son todas las situaciones relacionadas a la hospitalización. Además, al interactuar con la persona que sufre, podemos observar que muchos de los síntomas que manifiesta, son llamadas de atención de necesidad de comprensión, de cariño, de problemas no resueltos, de miedos, entre otros muchos mensajes afectivos que de algún modo se somatizan y afecta a los pacientes y familiares.

Uno de los modelos de enfermería que sirve como guía para la atención de la persona y se pueda lograr una relación de comunicación es de Joyce Travelbee en el que se centra en la comunicación entre la enfermera y el paciente así como con su familia cuyo propósito es ayudarlos a enfrentar la situación como es la enfermedad.

El profesional de enfermería es el personal de salud idóneo como fuente de apoyo por su capacidad de ser compasivo y humano, le brindará a la familia el soporte necesario en momentos de angustia, sufrimiento a causa del estado de salud del niño quien está hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos, debido al vínculo con la madre que es la principal afectada. Además la enfermera puede obtener información de las necesidades de la familia sobre todo de educación, de esa manera esta será útil en la recuperación del niño

Al respecto, en (29) revela que las madres de los niños saben que van a perder control sobre ellos, este control lo van a adquirir con el personal de salud. Asimismo el desconocimiento sobre cuál es su rol materno respecto al niño en el hospital, le va a producir ansiedad e incluso celos del personal sanitario, por tanto la información de cómo puede participar y apoyar en la atención de su hijo en el hospital, le va a disminuir su ansiedad.

“Es posible que la mayoría de los niños que se encuentra en condiciones graves o críticas o niños con enfermedad subyacente. Si el niño ingresa a la unidad de cuidados críticos, el apoyo a los padres será crucial, proporcionar

explicaciones en términos que puedan comprender fácilmente la madre para que disminuyan sus miedos, angustias y tensiones, y hacer de las vivencias experiencias llevaderas, gratas y menos negativas” (30).

En, (28) señala que la hospitalización prolongada es particularmente estresante para la familia, ocasionando desajustes en muchos aspectos de su vida, incluyendo separación de los padres o de otros miembros de la familia; necesitando de mayor apoyo en todos los aspectos por el equipo de salud, de manera especial de la enfermera creadora de planes de intervención por excelencia, integrando a la familia en su conjunto para prevenir el daño y promover salud, desajuste que se observa en un relato materno.

“Por tanto la madre necesitará información del médico o la enfermera acerca del estado del niño, los medicamentos, tratamientos y procedimientos, aquí la enfermera debe estar preparada para conseguir su tranquilidad. La elaboración de planes para todos estos aspectos, así como el hecho de ofrecer información que pueden ayudar a los padres a enfrentar la situación de crisis” (31).

Según lo antes mencionado, la enfermera debe tener en cuenta la comunicación con la familia sobre todo con la madre para establecer una interacción armónica con el propósito de lograr la mejora del niño, la madre debe afrontar las consecuencias que traen la hospitalización, tolerar los sentimientos de angustia y la enfermera brindar el apoyo necesario Para tratar de disminuirlos, manteniendo informados a los familiares.

“Por lo tanto la calidad del proceso de comunicación entre la enfermera y el paciente constituye un factor determinante del éxito de la relación profesional. No es posible definir ni alcanzar metas comunes sin contar con una comunicación eficaz que ejerza influencia positiva en las emociones del usuario y enfermera” (59).

## **Cuidado y amor maternal**

Resulta incompatible hablar de un problema de salud sin abordar paralelamente a la familia y al conjunto de condiciones socio ambiental en que está inmersa, sobre todo si se tiene en cuenta la unidad mínima de riesgos y tratamiento. Es indiscutible además el papel protagónico de la madre y la familia en el desarrollo y cuidados de los hijos, el que innegablemente resulta insustituible.

Boff, (60) sostiene que se cuida lo que se ama y con el cuidar uno se vuelve más amoroso, es decir, el amor potencializa nuestra capacidad de cuidar. En efecto, la madre es la única que brinda amor maternal, por ese vínculo indestructible que tiene el binomio madre-niño. El amor por lo tanto es un sentimiento real y maternal que se tiene a los hijos, el cual se da en todos los aspectos, moral, espiritual, material etc. Y este se incrementa aún más cuando nuestro hijo sufre alguna dolencia. Situación que se interrumpe o no se realiza cuando entre la madre y su hijo hay de por medio una hospitalización que implica en ellos muchas repercusiones desde las más gratas hasta las más difíciles, en este caso la madre no puede brindar el amor y el cuidado a su pequeño, alterando la existencia del ser de la relación madre-niño.

En los relatos de las madres se evidencian, que cuando el niño se enferma necesita también del amor y cuidado materno además de un cuidado profesional: El cuidado que ejerce la enfermera. A partir de la afirmación que el cuidado es importante para la supervivencia del ser humano, el profesional de enfermería quien está a cargo del cuidado de la persona, debe establecer una interacción de armonía y de respeto para otorgarlo.

El cuidado humano según Waldow (30), está imbuido de valores, los cuales independientemente del enfoque priorizan la paz, la libertad, el respeto y el amor, entre otros aspectos. A través del cuidado expresivo la enfermera puede ayudar, amar y dar cariño al ser que cuida. El amor, es la expresión más alta del cuidado. En esta misma perspectiva, Watson (57), *precisa que el cuidado es la esencia de la práctica de la enfermería*; por tanto el cuidado que se le brinde al niño hospitalizado, conlleva dimensiones como interacción, empatía, afecto,

orientación, habilidad técnica, ética, estética, responsabilidad, honestidad y veracidad, debiendo brindarse el cuidado enfermero, sin importar credo, raza o posición social.

Según Mercer, “la madre se encuentra en el periodo de adopción del rol maternal, específicamente en las etapas de recuperación física, de consecución y de desorganización. Tras la hospitalización del niño esta sucesión natural de periodos en la adopción del rol maternal se vería interrumpida, impidiendo que la madre experimente sentimientos de armonía, confianza y competencia en su identidad como madre, a su vez se produciría en la relación una separación precoz madre e hijo, que generaría una interrupción en el proceso de vinculación en donde se estable un lazo afectivo y emocional duradero” (4).

Situación que experimentan las madres que tienen a sus hijos hospitalizados, negándole a poner en práctica esos sentimientos que la embarga como es el de cuidar y vertir su amor maternal a su hijo, cumpliendo con el vínculo afectivo importante a desarrollarse en la etapa de lactante.

Por tanto, la intervención del equipo asistencial debe dirigirse al niño y a sus padres, con planes estratégicos que incluyan a la familia en su conjunto, de manera especial a la madre para que continúe su rol brindando amor y cuidado, conociendo que la ansiedad y estrés de los padres se refleja y repercute en el cuidado materno, provocando en el niño condiciones de riesgo y vulnerabilidad, de igual forma en la madre.

### **Desconocimiento de normas institucionales**

En los discursos, las madres, dejan entrever que la información referente al estado de salud y resultados de la hospitalización de su hijo por parte del personal de salud, no es la adecuada, incrementando la angustia del ser-ahí, al parecer no entienden aún la situación de la hospitalización de su hijo, sin embargo saben que se puede morir, algunas madres por experiencias anteriores otras porque vivencian la gravedad de su niño. Algunas no entienden las órdenes que les da el médico, todo esto altera aún más la existencia del ser,

siendo la angustia que devela el ser., tal como se relata en los siguientes diálogos:

*“...el doctor dice que no me mueva de aquí, tengo que estar aquí afuera, para ver lo del SIS”,...vuelta las enfermeras no me dejan ver a mi niño, no sé qué hacer, siento impotencia señorita...”*, (E-I).

*“... algunas enfermeras son malas no me dejan entrar, ... no me dejan entrar a verlo, a veces me entro nomas, ... ”*, (E-III).

Sin embargo sí las madres recibieran la información oportuna a sus inquietudes durante la hospitalización, les brindaría una inmensa tranquilidad frente a la experiencia desesperante y a la situación estresante que enfrentan, como es la hospitalización de su niño en la UCIP, permitiendo que la madre afronte acertadamente el fenómeno. Además, una de las entrevistadas se muestra ansiosa por que una enfermera mala no le permitió ver a su hijo, sin embargo la madre tal vez desconozca hay horarios de visita en las UCIP, sin embargo ella necesita ver a su niño para poder estar tranquila. Además esta situación incrementa el estado de angustia en las madres y familiares convirtiéndose en un obstáculo para enfrentar los efectos de la hospitalización como única condición para sentirse aliviados.

De esta manera, la madre vive siendo preocupada-ocupada constante de su ser-ahí por otro ser-ahí que está en un mundo del cual él no tiene conocimiento cierto; por tanto la madre y no le queda más que confiar en otros-ser-ahí y vivir en condición de dependiente de otros-ser-ahí. Por ello las vivencias maternas en relación a la hospitalización, les produce en su ser sentimiento de preocupación, de ansiedad, pues no tiene conocimiento cierto de las normas que existen en la UCIP, el conocer las normas provocaría en ellas situación de menos angustia y su existencia en ese momento sería menos perturbadora.

Así, Rivera (44) fundamenta lo anteriormente mencionado al aclarar que...*todos los comportamientos del hombre están marcados ópticamente por la preocupación y regidos por una dedicación a algo*”. Por otro lado, la falta de información oportuna y clara referente al estado de salud de su hijo

hospitalizado o de una atención inadecuada por parte del personal de salud (otro ser-ahí) que atiende a sus pacientes, genera que la angustia se incremente. Las madres ante estos acontecimientos adversos se sienten impotentes, desolados; tratando de entender lo que está sucediendo con sus pacientes recurren a ideas basadas en eventos anteriores o relatos escuchados. Todo este contexto de sentimientos e ideas solo tiene como resultado a una madre que no afronta la hospitalización de su hijo de la mejor manera posible, convirtiéndose incluso en un obstáculo para el cuidado de sus seres queridos.

### **Sentimientos de culpa y crisis familiar**

Durante estas vivencias, la madre se siente impotente y desesperada, imaginando y rechazando todas las posibilidades que le podrían acontecer a su hijo. Su estado de miedo y angustia se incrementa al observar a su hijo preso, en estado crítico, en peligro de muerte, aquella mirada a la UCIP, que más que una barrera física, constituye una barrera psicológica; de no existir esas situaciones, ellos estarían al lado de sus seres queridos para protegerlos, incluso para dar su propia vida si fuera necesario. Una de ellas se auto incrimina, y dice que por trabajar descuidó a su hijo, otra que lo dejó al cuidado de su madre, otra refiere que por su descuido su hijo está enfermo sintiéndose culpables por la hospitalización de sus hijos en la UCIP e inclusive una de ellas refiere que la enfermedad se la pasen a ella como parte de un sentimiento de culpa y situaciones de crisis. Tal como se evidencia en:

*“...estoy afligida por mi otro hijito sé que solo, lo ve una mi vecina, no sé cómo estará...”*, (E-I).

*“...quiero que la enfermedad de mi niño me lo pasen a mí doctora, yo por fin soy fuerte, ...con esta son ya dos veces que se pone grave doctora, ... la otra vez lo traje grave, pero si me lo sanaron, ahora lo veo más peor doctora...”*, (E-II).

*“...siento mucha culpa, por trabajar descuide a mi niño, lo deje que lo cuide mi mamá, tengo mucha pena...”*, (E-III).

*“...hay señorita ojalá mi hijito se sane pronto, para cuando llegue mi esposo, él está trabajando en la mina viene la otra semana...que me ira a decir....se va a enojar...”*, (E-IV).

*“...el doctor dice que se va a morir... (Llanto), no sé qué voy a ser si mi niño se muere... (Llanto)...”*, (E-VI).

“Estas alteraciones son vivenciadas por la madre como una crisis, las cuales pueden configurarse como obstáculos en las expectativas vitales que pueden ser insuperables al no ser atendidas con oportunidad y eficiencia. Dado entonces, que la hospitalización se considera una crisis, es necesario señalar que estas influyen en la calidad de la salud de los integrantes de la familia, en este caso en la madre y en su familia” (61).

Las crisis se presentan por etapas que se muestra con la pérdida del equilibrio de la persona , por lo tanto cuando sucede el individuo se revela ante su experiencia y también se puede considerer que es una oportunidad que tiene Para poder afrontar adecuadamente la situación lo que contituiría como crecimiento personal y sería favorable. Por lo contrario si no reacciona positivamente ocurre una alteración (61).

“Asimismo, se produce un trastorno en la vida familiar y desorganización de los padres, no logrando controlar sus sentimientos y aceptar la nueva situación, produciéndose un derrumbe en sus conductas surgiendo diversas necesidades de acuerdo al problema y gravedad de salud del niño; situación que depende de la asistencia oportuna y eficaz del profesional de enfermería con criterio técnico, científico, para solucionar los problemas y disminuir los riesgos”(30).

La mayoría de los padres cuando uno de sus hijos se enferma sienten en primer lugar que no debe ser grave o con incredulidad, luego su reacción es de sentirse culpables así la enfermedad sea grave o leve, incluso se preguntan si son buenos padres o no, o si hubieran podido evitar la enfermedad de sus niños (30).En los relatos se confirman esta

teoría, lo que condiciona a la madre a sufrir una crisis familiar que la desborda, así como a sentirse culpable de la hospitalización de su hijo en la UCIP, conminándola a no afrontar el fenómeno.

Por tanto en esos difíciles momentos que vive la madre y familia del niño hospitalizado en la UCIP, la enfermera debe convertirse en su fuente de apoyo, aquella que la mantenga informado del estado de salud de su hijo, la que le brinda ánimo diciéndole que se recuperará, pero para ello debe existir una buena interacción con la madre en donde exista empatía, confianza y comunicación, de esa manera la madre se convertirá en una aliada y favorecerá la recuperación del niño, además puede ser ella que colabore en su recuperación.

“Por lo tanto la calidad del proceso de comunicación entre la enfermera y el paciente constituye un factor determinante del éxito de la relación profesional. No es posible definir ni alcanzar metas comunes sin contar con una comunicación eficaz que ejerza influencia positiva en las emociones del usuario y enfermera” (56). Razón por la cual se debe establecer una relación recíproca entre las personas que brindan el cuidado.

Así, la preocupación, angustia y la culpa de la madre está relacionada con la posibilidad más propia del ser: la muerte. Pero para que este ser se angustie acerca de algo y/o de alguien es menester que esté en relación con el mismo ser; así, la madre se angustia ante la posibilidad de muerte de su hijo, el cual está relacionado muy íntima y únicamente con el ser. De esta manera, queda develado el ser-ahí como el ser preocupado y ocupado en la totalidad de su existencia dependiente del ser-ahí-con, en este caso su hijo que está hospitalizado preparando finalmente su existir para aceptar la muerte como posibilidad más propia del *Dasein* (44).

Pincheira, P. (20), dentro de su considerando refieren que las madres se sienten abrumadas por la situación de la hospitalización. Sintiendo sentimientos como la angustia, la tristeza, la riña y sobre todo culpable por conseguir llegar a este

punto. Sin embargo, toman en cuenta que esos niños en el hospital recibirán la atención médica necesaria para la recuperación de la salud. En las entrevistas realizadas algunas madres vivencias estas relaciones al decir expresiones como:

*“... hay señorita ojalá mi hijito se sane pronto, para cuando llegue mi esposo, él está trabajando en la mina viene la otra semana...que me ira a decir....se va a enojar...”* (E-IV).

### **Creencia y fe en dios**

La angustia enfrenta el ser-ahí con su ser-en-el-mundo, esto es, lo saca de su estar caído y/o absorbido en el mundo. Rompe la familiaridad que el ser-ahí tiene con el mundo y el ser-en pasa al modo existencial del no-en-su-casa, de la inhospitalidad. Así, la posibilidad de muerte del ser o de alguien relacionado al ser genera angustia, sacándolo de su mundo habitual llamado cotidianidad para enfrentarlo a la mundaneidad. La soledad del ser en el mundo hace que volqué su existencia hacia lo divino, el ser-ahí sabe que está huérfano y que su único galardón para enfrentar la muerte es Dios. Los relatos de las vivencias de las madres en las entrevistas hacen notar y muestran su creencia en un ser supremo llamado Dios, que él es el único ser que las ayudará a vencer a la muerte.

Según Heidegger (54), *La angustia coloca al ser-ahí frente a la nada de la existencia. Todo ser-ahí puede ser afectado por la angustia, disposición fundamental y rara de la existencia originaria que revela un dato del ser-ahí que ha sido lanzado al mundo en la existencia, sin tener por eso optado. En cualquier momento, la angustia puede surgir y revelar al ser-ahí mediante su condición original que le revela su aislamiento, su soledad.*

Por tanto nuestra existencia, es preocupación surgida de la angustia de vernos proyectados en un mundo en el que tenemos que ser a nuestro pesar. Provenimos de una nada y nos realizamos como un proyecto encaminado hacia la muerte, por eso, la angustia es constitutiva del *Dasein*, porque es la condición

de un ser caído y solitario que no puede contar con Dios ni remedio alguno a su condición. Situación que no comulga con el presente estudio, pues las vivencias de algunas madres demuestran su creencia y fe infinita en un ser supremo llamado Dios, otras vivencian su fe y creencia en su virgencita, todas ellas se prenden de esa única esperanza para vencer a la muerte (48).

Para las madres en estos momentos de angustia y desesperación, de ser arrojados a la mundaneidad, solo les queda asumir una actitud de espera, y en esa actitud de espera es donde su fe acrecienta y toma protagonismo sintiéndose que son tomadas en cuenta por ese ser supremo. Las madres saben que el poder del conocimiento y la tecnología es limitado, y sí lo humanamente no es posible, la única esperanza que les queda es la verdad absoluta, por ello depositan su absoluta confianza en un ser supremo: Dios, y en su virgen para luchar con la muerte de sus hijos, tal como se evidencia en los siguientes relatos:

*“...por eso lo pido a diosito que lo sane pronto (sollozos)...”, (E-II).*

*“...por eso le pido a diosito que me lo cure pronto señorita, yo sé que me lo va a sanar señorita, porque tengo fe en el señor...”, (E-III).*

*“... ruego a Dios señorita y a mi virgencita que me lo curen pronto señorita...”, (E-V).*

*“... solo un milagro puede salvarlo...”, (E-VI).*

Argumentando esta realidad, Rivera (44) expresa que *“Cuando el Dasein se deja absorber por una inclinación, lo que propiamente ocurre no es que solo se dé una inclinación, sino que la estructura entera del cuidado queda modificada. Enceguecido, el Dasein pone al servicio de la inclinación todas sus posibilidades”*.

En este contexto la espiritualidad contiene los principios religiosos, morales y éticos que guían la existencia. Es de alguna manera la base de las motivaciones

primarias y de las reglas que rigen y guían nuestras elecciones existenciales, que nos ayudan a reconocer nuestra verdadera naturaleza y lo que es bueno y malo para nosotros. La necesidad espiritual del hombre es una relación personal con Dios, con sentimientos de perdón, amor, esperanza, confianza y también de una búsqueda de significados de vida.

Es a través de la religión que alimentamos la relación con Dios, además cuando otros apoyos desaparecen, otras explicaciones dejan de convencer, cuando la vida parece fuera de control y las capacidades humanas se someten a pruebas más grandes, una última solución es posible a través de lo sagrado, brindando soluciones difíciles (62). Como se evidencia en los discursos anteriormente citados.

## **V. CONSIDERACIONES FINALES**

En todas las vivencias de las madres en relación con la hospitalización de su hijo en la UCIP, resalta que muchos sentimientos son vertidos y expresados a través de la pregunta orientadora, siendo la mayoría de las categorías vivenciadas por el carácter psicoemocional de la madre.

A pesar de la individualidad de cada uno de los casos, se evidencian, que todas ellas presentan sentimientos y vivencias similares relacionadas a la condición de tener a su hijo hospitalizado en la UCIP. Sin embargo presentan algunas particularidades en los sentimientos presentados.

Las madres demuestran su dolor mediante el llanto, angustia, tristeza, miedo, temor, desesperación y culpa, por hospitalizar a sus hijos, a la vez manifiestan confianza en el equipo de salud en especial a la enfermera, y entienden que sus hijos necesitan de una atención especializada. pero es la fe en Dios lo que les ayuda a continuar en su lucha diaria y lograr que su niño se sane.

Existe una situación que embarga a las madres que es interrupción de la relación madre-hijo, durante la estancia hospitalaria que evita brindarle la atención que ellas ejercían antes de la enfermedad, además de falta de apoyo familiar y económico. La información acerca de la hospitalización es importante para despejar sus dudas y aminorar su angustia en la madre y ayudaría a enfrentar el fenómeno.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baraibar R. “Enfoques en pediatría, aspectos psicosociales”. Montevideo: Oficina del libro; 1997.
2. Ortigosa J, Méndez, F. “Hospitalización infantil, Repercusiones psicológicas”. Madrid: Biblioteca Nueva; 2000.
3. Lowdermilk D, Perry S, Bobak I. Enfermería materno infantil. 6ª ed. Barcelona, España: Har-court-Océano; 2002.
4. Marriner T. Modelos y Teorías en Enfermería. 5ª ed. Madrid, España; Harcourt Brace; 2006.
5. Vásquez C. Hospitalización del Niño: Hacia el Fin del Secuestro. Infancia y Sociedad (España) 1990; 1(5).
6. Palomo D. El niño hospitalizado; características, evaluación y tratamiento. Madrid: Pirámide; 1999.
7. Del Pino A, Aliño S, Álvarez C, Álvarez D, Álvarez S, Bello A. Guía de Práctica Clínica, Terapia Intensiva Pediátrica. 1ª ed. La Habana: Política; 2001.
8. Moreno R, Araguas J, Caprotta G, Lamazares A, Aruj A, Pena R. et al. Características de la población y aplicación de puntajes pronósticos en una nueva unidad de cuidados intensivos pediátricos: Argent. Pediatr. [serie en Internet]. 2005 [citado 2012 Feb. 12]; 103(5): 406-413. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752005000500006&lng=es.gugle](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752005000500006&lng=es.gugle).
9. OPS/ OMS. Infecciones respiratorias agudas en el Perú. Experiencias frente a la temporada de bajas temperaturas. Lima: Minsa; 2013 Mar; pp 2-5.
10. Ruza, F. Tratado de Cuidados Intensivos Pediátricos Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos en la Asistencia Pediátrica. 2ª. Ed. Madrid: Norma; 1994.
11. MINSA. Plan nacional concertado en salud. Lima: Minsa; 2007.
12. GRS/LL. Plan regional de gestión del riesgo en salud frente a la temporada de bajas temperaturas. Oficina de Epidemiología-GR/LL 2010.
13. INEI: Compendio Estadístico Departamental – La Libertad 2010- 2011 Pág. 248-255).

14. Hospital Belén de Trujillo, Libro de admisión del servicio de Pediatría y UCIP. Trujillo, HBT; 2011.
15. Pollack MM, Alexander SR, Clarke N, et al. Mejora de los resultados del centro terciario pediátrica de cuidados intensivos: una comparación en todo el estado de las instalaciones de atención terciaria y no terciarios. Chicago: Crit Care Med; 1991
16. Jiménez F, Locertales M. “Padres de recién nacidos ingresados en UCIN, impacto emocional y familiar”. Sevilla. España.; 2002.
17. Pérez J, Vera L. “Vínculo materno infantil y la participación de la madre durante la realización de la punción venosa: la óptica del psicoanálisis”. Revista Latino-Americana de Enfermería (Cuba) 2005.
18. Arenas Y, Salgado C, Eslava D. Vivencia de los padres de niños hospitalizados en la unidad de recién nacidos de dos instituciones de salud. Actual. Enferm. (Bogotá) 2005; 8(2): pp 8-13.
19. Guerra J, Ruiz C. Interpretación del cuidado de enfermería neonatal desde las experiencias y vivencias de los padres. Avances en Enfermería [Serie en Internet]. 2008 jul-dic, [Citado 2012 abril 16]; 26(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/rae/262/8090.php.gugle>.
20. Pincheira, P. Experiencias de las madres frente a la hospitalización de un hijo menor de un año, por IRA, en la unidad de lactante del Hospital Clínico Regional Valdivia: Chile. [Serie en Internet]. 2007. [Citado 2012 noviembre 11)].Disponible en: <http://www.cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmp647e/doc/fmp647e.pdf.gugle>.
21. Rodríguez Y, Muñoz L. Las madres se Adaptan a la Hospitalización de sus hijos mediante la exploración y el apoyo [Serie en Internet]. 2008 noviembre, [Citado 2009 abril 10]; 12(1): pp 12-18. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol120109/madreseadaptanalahospitalizacion.htm.gugle>.
22. Basilio R, Mendocilla S, Saavedra G. Develando los sentimientos de la madre con recién nacido prematuro hospitalizado en el HRD de Trujillo. 2005, Tesis para optar el título de licenciado en enfermería.

23. Vásquez M, Zeña S. Historia de las madres primerizas que tienen un hijo prematuro, Chiclayo-Lambayeque, 2007. Tesis para optar título de especialista.
24. Avelino, J, y Rodríguez, Y. “Vivencias de las madres frente a la hospitalización de su hijo escolar con asma bronquial. Chimbote, Ancash. 2008.
25. Varas L, Olivera G. Vivencias de los padres de niños con leucemia, Hospital Regional Docente Trujillo, Tesis para optar el título de Licenciada en enfermería, 2003.
26. Acuña Z, Barboza K. Vivencias de las madres de niños recién nacidos prematuros, Hospital Regional Docente de Trujillo. Tesis para optar el título de Licenciada en enfermería. 2013.
27. Bailón A, Córdor A. Vivencias de las madres de niños con leucemia infantil. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Trujillo 2013.
28. Mc Grath J. Building relationships with families in the NICU: Exploring the guarded alliance. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. Frederick: Dec 2001. Tomo15, N° 3; pg. 74, 10 pgs.
29. Picón, B. Enfermería del niño y adolescente: Texto de Apoyo a la docencia. Antofagasta. Chile; 2003.
30. Whaley & Wong. Enfermería Pediátrica. 4ª. ed. Barcelona: Mosby/Doyma; 1,996.
31. Schulte E, Price D, James S. 1999. Enfermería Pediátrica de Thompson. Trad. por Feher, Guillermina Cuevas. 7º Edición México D.F.; México, Mc Graw-Hill Interamericana. Pag 160.
32. Cerda, M., Paris, E. “Urgencias y Cuidados Intensivos en Pediatría”. 2ª. ed. Colombia: Mediterráneo; 2002.
33. Ibarra Fernández, A. Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales. 1ºed. Almeira, España, 2006.
34. Ariza C. “¿Es posible humanizar la atención de Enfermería al paciente en estado crítico?”. *Actual en Enfermería, Colombia*. 1998; 1(4).
35. Kimmelman M. Técnicas para Seguimiento de Prematuros menor 1.500 grs. y/o menor 32 semanas. Chile: Ministerios de Salud de Chile; 2002.

36. Fernández P, Caballero E. Enfoque Familiar en la Atención del Niño de Muy Bajo Peso de Nacimiento. *Pediatría al Día* .Chile; 2000; 15, (5): pp. 282 a 284.
37. Fernández P, Caballero E, Lira M. Problemas de salud infantil: intervención de enfermería. Chile: Universidad Católica; 1999.
38. Waldow, V. Cuidar: “Expresión Humanizadora”, Edit. Palabra Ediciones. México D.F.1998: pp. 92 a 151.
39. Forguiere, Y. “Ser no mundo com o filho portador de câncer hermenéutica de discursos de país. Sao Paulo. Brasil; 2000.
40. Muñoz, L, Antecedentes sobre la Investigación Cualitativa en Enfermería. *Horizonte de Enfermería (Chile)* 1995; 2 (6): 18-23.
41. Faw T. Psicología del Niño. México: Mc Graw Hill; 1998.
42. Lambert, C. Husserl, E. La Idea de la Fenomenología: Teología vida [Serie en Internet]. 2006, [citado 2013-10-21]; 47(4): pp. 517-529. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0049-34492006000300008.gugle>.
43. Heidegger, M. Los problemas fundamentales de la fenomenología. Trad. por García Norro, JJ. Madrid: Trotta; 2009.
44. Rivera J. Martin Heidegger Ser y Tiempo. Traducción, prólogo y notas. [Serie en Internet]. 2004 [acceso 2013 setiembre 13]. Disponible en: <http://www.heideggeriana.com.ar/>.
45. Moreira, D. Metodología de la Investigación Cualitativa, 2002.
46. Polaino A; Martínez, P. El impacto del niño enfermo en la familia. España; 1999. 57: 180-183.
47. Tribiños A. Introducao a Pesquisa en Ciencias Sociais. Brasil - Sao Paulo: Atlas S.A.; 1995.
48. Gaos J. El Método Fenomenológico de la Investigación: Ser y Tiempo de Martín Heidegger. Buenos Aires, Argentina. [Internet]. 2001. [acceso 2013 octubre 10]. Disponible en: <http://personales.cuidad.com.ar/M.Heidegger/serytiempo7htm>.
49. Castillo E. La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*. Volumen XIII número 1 de marzo del 2000. [Internet]. 2000

- [acceso 2013 octubre 16]. Disponible en: <http://tone.udea.edu.co/revista/html/modules>.
50. Jiménez M. Hermenéutica de la Facticidad. Universidad de Valencia-España. [Serie en Internet]. 2003 [acceso 2013 octubre 19]. Disponible en: <http://aci/buper.webcindaria.com>.
51. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 8ª ed. México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana; 2002. 366-367.
52. Hernández R, Metodología de la Investigación 3ª ed. México, Editorial Mc Graw Hill. Interamericana; 2003.
53. Carvalho A. Metodología da entrevista: uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: Agir, 1991.
54. Heidegger M. El Ser y el Tiempo. 2º ed. Colombia: Fondo de Cultura Económica; 1995.
55. Quinton Ch; Rooyen D, Strumpher J. The Accompaniment needs of the family with a loved one in the critical care unit. Health SA Gesondheid. 2003. vol.8 no.1. p. 84.
56. Gutiérrez B, et al. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión Sistemática de Estudios Cualitativos. Enfermería Global.2008. feb no. 12. p. 5
57. Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Cienc. enferm. [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2014 Nov 20]; 17(3): 11-22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>.
58. Chalifour J. La relación de ayuda en enfermería. Una perspectiva holística-humanística. SG editores S.A. Barcelona; 1994.
59. Leddy, S; Pepper, J. Bases conceptuales de la Enfermería Profesional. Londres. 1985. J.B. Lippincott Company. Págs. 270-275.
60. Boff, L. Saber Cuidar - Ética do Humano-compaixao pela terra. Brasil; 1999. Vozes. Petropolis pp. 18, 30, 56, 68, 70, 96.
61. León, M. Re hospitalizaciones, analizado desde la perspectiva de madres de lactantes. Tesis presentada para optar al grado de Licenciado en Enfermería. Valdivia – Chile; 2000.

62. Carmona S, Bracho C. La muerte, el duelo y el equipo de salud. Revista de Salud Pública Rev. Sal Pub. [Serie en internet]. 2008 Dic. [Citado 2015 Feb 7]; 2(2) 14-23. Disponible en: [http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/default/files/RSP08\\_2\\_05\\_art2\\_carmona.pdf](http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/default/files/RSP08_2_05_art2_carmona.pdf)

## ANEXO 1

### DISCURSOS DE LAS MADRES QUE TUVIERON A SU HIJO HOSPITALIZADO EN LA UCIP

¿Qué siente usted el tener a su hijo hospitalizado en la UCIP?

#### **Discurso I**

Me siento muy mal, ...tengo miedo que mi hijito se muera, (llanto)...no tengo plata para comprar la medicina que me piden aquí, me siento sola (llanto), yo lo veo peor,...una doctora me dijo que ahí lo van a sanar...por eso confió en ustedes, no tengo plata (llanto),...aquí no tengo familia que me ayude, mi esposo trabaja en la chacra gana poco, mi mamá vive en la sierra, ...estoy afligida por mi otro hijito se queda solo, lo ve una mi vecina, no sé cómo estará,...no me puedo ir a verlo porque no tengo para el pasaje...y el doctor dice que no me mueva de aquí, tengo que estar aquí afuera, para ver lo del SIS,...vuelta las enfermeras no me dejan ver a mi niño, no sé qué hacer, siento impotencia señorita, (E - I).

#### **Discurso II**

Doctora siento mucha desesperación doctora,... quiero que la enfermedad de mi niño me lo pasen a mí doctora,... yo por fin soy fuerte, doctora, tengo mucho miedo doctora, tengo miedo que cualquier rato salgan y me digan que mi niño ya se murió doctora (llanto)... con esta son ya dos veces que se pone grave doctora,... la otra vez lo traje grave también doctora pero si me lo sanaron doctora, pero ora lo veo más peor doctora, por eso lo pido a diosito que lo sane

pronto (sollozos)...doctora, por favor ayúdeme (llanto)...no quiero que se muera(llanto)...(E-II).

### **Discurso III**

Hay, no sé qué siento,...que le puedo decir, pero siento mucha culpa, por trabajar descuide a mi niño, lo deje que lo cuide mi mamá, tengo mucha pena, verlo a mi niño muy mal, dormidito, como muerto, verlo con tantos cosas, con esos aparatos que lo meten por su boca,...que le sacan sangre a cada rato, más me lo torturan,... algunas enfermeras son malas no me dejan entrar,... no me dejan entrar a verlo, a veces me entro nomas,... yo quiero estar cerca del, quiero abrazarlo, hablarle, quiero que se mejore pronto señorita,...por eso le pido a diosito que me lo cure pronto señorita, yo sé que me lo va a sanar señorita, porque tengo fe en el señor, (E-III).

### **Discurso IV**

Siento que me muero señorita, porque mi niño se puso grave,...si lo lleve a medico particular, ...me dio que le dé unos jarabes caros, le di tres días pero luego se me puso más mal, su pecho roncaba feo, no quería tomar su leche, ni comer, solo dormía y cuando lo traje acá.... mi hijo ya estaba más mal que lo tuvieron que pasar acá, el doctor me dijo que mi niño tiene neumonía en los dos pulmones y que tiene que estar con esa máquina, hay señorita ojalá mi hijito se sane pronto, para cuando llegue mi esposo, él está trabajando en la mina viene la otra semana...que me ira a decir...se va a enojar(E-IV).

### **Discurso V**

Es una cosa que no le deseo a nadie señorita,... sentí mucho miedo que mi niño se agrave o le tengan que meter ese tubo que me hicieron comprar para ponerlo en la boca, pero ora esta mejor de lo que vino,... Si señorita le pido que por favor lo sigan cuidando para que se sane pronto,...por eso me ido a prestar plata señorita para comprar lo que me piden porque el SIS no da todo,...tenemos que comprar cosas que el SIS no tiene... y ruego a Dios señorita y a mi virgencita que me lo curen pronto señorita, (E-V).

### **Discurso VI**

Me duele mi corazón señorita... (Llanto), es un dolor muy fuerte, pensar que mi hijo se va a morir... (Llanto), que no se puede hacer nada,...dice el doctor que mi niño está muy grave,... (Llanto), que solo un milagro puede salvarlo, porque el golpe que recibió en su cabecita fue muy fuerte.... (Llanto), que solo la máquina que tiene puesta respira por él, no sé qué voy hacer cuando esto suceda señorita (llanto prolongado),... por favor ayúdeme (llanto), el doctor dice que se va a morir... (Llanto), no sé qué voy a ser si mi niño se muere... (Llanto) (E-VI).

Enero a Junio del 2014

## ANEXO 2

### REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA

- I. Me siento muy mal, ...tengo miedo que mi hijito se muera, (llanto)(1)... no tengo plata para comprar la medicina (3) que me piden aquí, me siento sola (llanto), yo lo veo peor (3),...una doctora me dijo que ahí lo van a sanar....por eso confié en ustedes,(2) no tengo plata (llanto),...aquí no tengo familia que me ayude, mi esposo trabaja en la chacra gana poco, mi mamá vive en la sierra, (3)...estoy afligida por mi otro hijito se queda solo, lo ve una mi vecina, no sé cómo estará,(6)... no me puedo ir a verlo porque no tengo pal pasaje (3)...y el doctor dice que no me mueva de aquí, tengo que estar aquí afuera, para ver lo del SIS (5),..... vuelta las enfermeras no me dejan ver a mi niño, no sé qué hacer, siento impotencia señorita. (5).
- II. Doctora siento mucha desesperación doctora (1),.... quiero que la enfermedad de mi niño me lo pasen a mí doctora,.. yo por fin soy fuerte,(6) doctora, tengo mucho miedo doctora, ...tengo miedo que cualquier rato salgan y me digan que mi niño ya se murió doctora(1) (llanto)... con esta son ya dos veces que se pone grave doctora,... la otra vez lo traje grave tambien doctora pero si me lo sanaron doctora, pero ahora lo veo más peor doctora (6), ...por eso lo pido a diosito que lo sane pronto (sollozos) (7) doctora, por favor ayúdeme (llanto)...no quiero que se muera(llanto) (2).
- III. Hay, no sé qué siento,...que le puedo decir (1), pero siento mucha culpa, por trabajar descuide a mi niño, lo deje que lo cuide mi mamá, tengo mucha pena, verlo a mi niño muy mal, dormidito, como muerto, verlo con tantos cosas, con esos aparatos que lo meten por su boca,(6)...que le sacan sangre a cada rato, más me lo torturan,(1)... algunas enfermeras son malas no me dejan entrar,... no me dejan entrar a verlo, a veces me entro nomas,...(5) yo quiero estar cerca del, quiero abrazarlo, hablarle, quiero que se mejore

pronto señorita,(4)...por eso le pido a diosito que me lo cure pronto señorita, yo sé que me lo va a sanar señorita, porque tengo fe en el señor (7).

- IV. Siento que me muero señorita, porque mi niño se puso grave,...si lo lleve a medico particular, me dio que le dé unos jarabes caros, le di tres días pero luego se me puso más mal, su pecho roncaba feo, no quería tomar su leche, ni comer, solo dormía y cuando lo traje acá...(1)... mi hijo ya estaba más mal que lo tuvieron que pasar acá, el doctor me dijo que mi niño tiene neumonía en los dos pulmones y que tiene que estar con esa máquina, (6) hay señorita ojalá mi hijito se sane pronto, para cuando llegue mi esposo, él está trabajando en la mina viene la otra semana...que me ira a decir...se va a enojar (6).
- V. Es una cosa que no le deseo a nadie señorita,... sentí mucho miedo que mi niño se agrave o le tengan que meter ese tubo que me hicieron comprar para ponerlo en la boca, (1) pero ora esta mejor de lo que vino,... Si señorita le pido que por favor lo sigan cuidando para que se sane pronto, por eso me ido a prestar plata señorita para comprar lo que me piden porque el SIS no da todo, (2)...tenemos que comprar cosas que el SIS no tiene... y ruego a Dios señorita y a mi virgencita que me lo curen pronto señorita (7).
- VI. Me duele mi corazón señorita... (llanto), es un dolor muy fuerte, pensar que mi hijo se va a morir... (llanto), que no se puede hacer nada,...dice el doctor que mi niño está muy grave (1) (llanto), que solo un milagro puede salvarlo (7), porque el golpe que recibió en su cabecita fue muy fuerte.... (llanto), que solo la máquina que tiene puesta respira por él, no sé qué voy hacer cuando esto suceda señorita (llanto prolongado),... por favor ayúdeme (llanto), (3), el doctor dice que se va a morir... (llanto), no sé qué voy a ser si mi niño se muere... (llanto) (6).

## **ANEXOS 3**

### **CATEGORIAS**

1. Angustia y desesperación a la hospitalización
2. Confianza en el cuidado de enfermería
3. Ausencia del apoyo familiar y problemas económicos
4. Cuidado y amor maternal
5. Desconocimiento de normas institucionales
6. Sentimiento de culpa
7. Creencia y fe en Dios

## ANEXO 4

### CATEGORIA 1

#### ANGUSTIA Y DESESPERACIÓN POR LA HOSPITALIZACIÓN

*“...me siento muy mal, tengo miedo que mi hijito se muera...” (E-I).*

*“... siento mucha desesperación...”,...tengo mucho miedo, tengo miedo que cualquier rato salgan y me digan que mi niño ya se murió doctora (llanto)...”, (E-II).*

*“...hay, no sé qué siento, ...que le puedo decir, que le sacan sangre a cada rato, más me lo torturan...”, (E-III).*

*“...siento que me muero, mi niño se puso grave (E-IV).*

*“...es una cosa que no le deseo a nadie señorita, ... sentí mucho miedo que mi niño se agrave...”, (E-V)*

*“...me duele mi corazón señorita... (Llanto), es un dolor muy fuerte, pensar que mi hijo se va a morir (llanto), que no se puede hacer nada, dice el doctor que mi niño está muy grave”... (Llanto) (E-VI).*

## CATEGORIA 2

### CONFIANZA EN EL CUIDADO DE ENFERMERIA

*“...una doctora me dijo que ahí lo van a sanar por eso confié en ustedes...”  
(E-I).*

*“... por favor ayúdeme (llanto)...no quiero que se muera (llanto)...”, (E-II).*

*“...pero ahora está mejor de lo que vino, Si señorita le pido que por favor lo sigan cuidando para que se sane pronto, por eso me ido a prestar plata señorita para comprar lo que me piden porque el SIS no da todo...” (E-V).*

## CATEGORIA 3

### AUSENCIA DEL APOYO FAMILIAR Y PROBLEMAS ECONÓMICOS

*“...no tengo plata para comprar la medicina,...me siento sola (llanto), aquí no tengo familia que me ayude, mi esposo trabaja en la chacra gana poco, mi mamá vive en la sierra,...no me puedo ir a verlo porque no tengo para el pasaje, no tengo plata para comprar la medicina... (E-I).*

*“...no sé qué voy hacer cuando esto suceda señorita (llanto prolongado),... por favor ayúdeme (llanto)...” (E-VI).*

## CATEGORIA 4

### CUIDADO Y AMOR MATERNAL

*“...yo quiero estar cerca del, quiero abrazarlo, hablarle, quiero que se mejore pronto señorita...” (E-III).*

## CATEGORIA 5

### DESCONCIMIENTO DE NORMAS INSTITUCIONALES

*“...el doctor dice que no me mueva de aquí, tengo que estar aquí afuera, para ver lo del SIS, vuelta las enfermeras no me dejan ver a mi niño, ¿no sé qué hacer?, siento impotencia señorita (E-I).*

*“...algunas enfermeras son malas no me dejan entrar, a verlo, a veces me entro nomas,” (E-III).*

## CATEGORIA 6

### SENTIMIENTO DE CULPA Y CRISIS FAMILIAR

*“...estoy afligida por mi otro hijito se queda solo, lo ve una mi vecina, no sé cómo estará...” (E-I).*

*“.... quiero que la enfermedad de mi niño me lo pasen a mí doctora,.. yo por fin soy fuerte,... con esta son ya dos veces que se pone grave,,... la otra vez lo traje grave tambien pero si me lo sanaron doctora, pero ora lo veo más peor doctora...” (E-II).*

*“... siento mucha culpa, por trabajar descuide a mi niño, lo deje que lo cuide mi mamá, tengo mucha pena, verlo a mi niño muy mal, dormidito, como muerto...”*, (E-III).

*“... mi hijo ya estaba más mal que lo tuvieron que pasar acá, hay señorita ojalá mi hijito se sane pronto, para cuando llegue mi esposo, él está trabajando en la mina viene la otra semana...que me ira a decir....se va a enojar...”*, (E-IV).

*“...el doctor dice que se va a morir... (Llanto), no sé qué voy a ser si mi niño se muere... (Llanto)”*, (E-VI).

## **CATEGORIA 7**

### **CREENCIA Y FE EN DIOS**

*“...por eso lo pido a diosito que lo sane pronto...”*, (E-II).

*“...por eso le pido a diosito que me lo cure pronto señorita, sé que me lo va a sanar señorita, porque tengo fe en el señor...”* (E-III).

*“...ruego a Dios señorita y a mi virgencita que me lo curen pronto señorita... (E-V). “...solo un milagro puede salvarlo...” (E-VI).*

## ANEXO 5

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sra., madre de familia, reciba nuestro cordial saludo, informándole que con fines de obtener mejoras en la UCIP, estamos realizando un estudio sobre: Vivencia materna relacionado con la hospitalización de su hijo en la unidad; pretendiendo que los resultados de la investigación orienten y motiven un cambio de expectativas de las profesionales de enfermería. Para lo cual solicitamos su participación, la cual consistirá en hacerle una entrevista a profundidad que explorará su vivencia, la cual será grabada en un equipo Samsung, sobre ¿Qué siente usted al tener a su hijo hospitalizado en la UCIP? , con una duración de 15 minutos, su participación será voluntaria, con desarrollo profesional. Sus respuestas, serán anónimas. La información recogida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Una vez procesadas las entrevistas, los audios se destruirán. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede preguntar en cualquier momento. Igualmente, puede retirarse del proyecto sin que eso le perjudique en forma alguna. Si las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Agradecemos su participación.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....identificada, con  
DNI.....manifiesto que he recibido información suficiente sobre la investigación: “Vivencias materna relacionada con la hospitalización de su hijo a la UCIP, Hospital Belén, 2014” ; por lo cual, habiéndome dado la información necesaria acepto participar por mi voluntad.

.....  
Madre de Familia  
Anónimo

.....  
Investigadora  
Lic. Sánchez Polo, F.

.....  
Asesora de Proyecto  
Lic. Rosa Quiñones

Trujillo, octubre 2014.