



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

VIVENCIAS DE MUJERES EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS CON
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS: ¿MI HIJO DÓNDE ESTÁ?

EXPERIENCES OF WOMEN IN INTENSIVE CARE UNITS WITH HYPERTENSIVE
DISORDERS: WHERE IS MY CHILD?

Artículo profesional previo a la obtención del título de Magíster en Gestión del Cuidado con
mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos

Línea de Investigación: Salud integral, determinación social y desarrollo humano

Autores:

NORMA AGUSTINA CONFORME DELGADO
MARTHA CECILIA DAQUILEMA SÁNCHEZ

Director:

Mg. JORGE LEODAN CABRERA OLVERA

Santo Domingo – Ecuador

Septiembre, 2023



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

HOJA DE APROBACIÓN DEL PLAN

VIVENCIAS DE MUJERES EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS CON
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS: ¿MI HIJO DÓNDE ESTÁ?

EXPERIENCES OF WOMEN IN INTENSIVE CARE UNITS WITH HYPERTENSIVE
DISORDERS: WHERE IS MY CHILD?

Línea de Investigación: Salud integral, determinación social y desarrollo humano.

Autoras:

NORMA AGUSTINA CONFORME DELGADO

MARTHA CECILIA DAQUILEMA SÁNCHEZ

Jorge Leodan Cabrera Olvera, Mg.

DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Priscila Jacqueline Herrera Sánchez, Mg.

CALIFICADORA

Walter Patricio Castelo Rivas, Mg.

CALIFICADOR

Yullio Cano de la Cruz, PhD

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

Santo Domingo – Ecuador

Septiembre, 2023

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, NORMA AGUSTINA CONFORME DELGADO portadora de la cédula de ciudadanía No.1722608252 declaro que los resultados obtenidos en esta investigación que presento como informe final, previo la obtención del Título de “Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos”, son absolutamente originales, auténticas y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola exclusiva responsabilidad legal y académica.

Igualmente declaro que todo resultado académico que se desprenda de esta investigación y que se difunda, tendrá como filiación la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, reconociendo en las autorías al director del Trabajo de Titulación y demás profesores que amerita. Estas publicaciones presentarán el siguiente orden de aparición en cuanto a los autores y coautores: en primer lugar, a los estudiantes autores de la investigación; en segundo lugar, al director del trabajo de titulación y, por último, siempre que se justifique, otros colaboradores en la publicación y trabajo de titulación.

Además, declaró que el presente trabajo, producto de las actividades académicas y de investigación, forma parte del capital intelectual de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 16, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior.

En tal razón, autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, para que pueda hacer uso, con fines netamente académicos, del Trabajo de Titulación, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, siendo el presente documento la constancia del consentimiento autorizado; y, para que sea ingresado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su conocimiento público, en cumplimiento del artículo 103 de la Ley Orgánica de Educación Superior.



Firmado electrónicamente por:
**NORMA AGUSTINA
CONFORME DELGADO**

Norma Agustina Conforme Delgado

CI. 1722608252

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, MARTHA CECILIA DAQUILEMA SÁNCHEZ portadora de la cédula de ciudadanía No.0911365732 declaro que los resultados obtenidos en esta investigación que presento como informe final, previo la obtención del Título de “Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos”, son absolutamente originales, auténticas y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola exclusiva responsabilidad legal y académica.

Igualmente declaro que todo resultado académico que se desprenda de esta investigación y que se difunda, tendrá como filiación la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, reconociendo en las autorías al director del Trabajo de Titulación y demás profesores que amerita. Estas publicaciones presentarán el siguiente orden de aparición en cuanto a los autores y coautores: en primer lugar, a los estudiantes autores de la investigación; en segundo lugar, al director del trabajo de titulación y, por último, siempre que se justifique, otros colaboradores en la publicación y trabajo de titulación.

Además, declaró que el presente trabajo, producto de las actividades académicas y de investigación, forma parte del capital intelectual de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 16, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior.

En tal razón, autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, para que pueda hacer uso, con fines netamente académicos, del Trabajo de Titulación, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, siendo el presente documento la constancia del consentimiento autorizado; y, para que sea ingresado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su conocimiento público, en cumplimiento del artículo 103 de la Ley Orgánica de Educación Superior.



Firmado electrónicamente por:
MARTHA CECILIA
DAQUILEMA SANCHEZ

Martha Cecilia Daquilema Sánchez

CI. 0911365732

INFORME DE TRABAJO DE TITULACIÓN ESCRITO DE POSTGRADO

Yullio Cano de la Cruz, PhD

Dirección de Postgrados

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo

De mi consideración,

Por medio del presente informe en calidad de director del trabajo de Titulación de Postgrado de “Maestría en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos”, titulado VIVENCIAS DE MUJERES EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS: ¿MI HIJO DÓNDE ESTÁ? realizado por las maestrantes: NORMA AGUSTINA CONFORME DELGADO con cédula: No1722608252 y MARTHA CECILIA DAQUILEMA SÁNCHEZ con cédula: No 0911365732, previo a la obtención del Título de “Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos”, informo que el presente trabajo de titulación escrito se encuentra finalizado conforme a la guía y el formato de la Sede vigente.

Además, certifico haber verificado la originalidad y autenticidad del trabajo de titulación por medio del programa antiplagio Turnitin, en respuesta a la normativa institucional vigente.

Santo Domingo, Septiembre 2023

Atentamente,



Mg. Jorge Leodan Cabrera Olvera

DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

AGRADECIMIENTOS

Al concluir una etapa maravillosa de mi vida quiero extender un profundo agradecimiento, a quienes hicieron posible este sueño, aquellos que junto a mí caminaron en todo momento y siempre fueron inspiración, apoyo y fortaleza.

Esta mención en especial a Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, quien hizo realidad este sueño anhelado, a mi esposo, a mis hijos, a mis padres, hermanos, sobrinos y toda mi familia. Muchas gracias a ustedes por demostrarme que el verdadero amor no es otra cosa que el deseo inevitable de ayudar al otro para que este se supere.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo, por darme la oportunidad de estudiar y obtener mi título de cuarto nivel.

A mi director de tesis, Mg. Jorge Leodan Cabrera Olvera, por sus valiosas y constructivas sugerencias durante la planificación y desarrollo de este trabajo de investigación, por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

Asimismo, quiero dar las gracias al tribunal que dictaminó esta tesis, el mismo que estuvo conformado por la Mg. Priscila Jacqueline Herrera Sánchez y el Mg. Walter Patricio Castelo Rivas, por su paciente orientación y sus útiles críticas en este trabajo investigativo.

De igual manera a los docentes, sus palabras fueron sabias, sus conocimientos rigurosos y precisos, a ustedes a quienes les debo mis conocimientos. Gracias por su paciencia, por compartir sus conocimientos de manera profesional, por su dedicación y perseverancia.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles por su amistad, compañerismo y apoyo, por extender su mano en los momentos que más necesité, a mi compañera de tesis Marthita Daquilema S. que más que ser una compañera fue una luchadora a lo largo de esta tesis. Gracias por su paciencia y sus cuidados que sin ellos no hubiéramos terminado.

Norma Conforme

AGRADECIMIENTO

No ha sido sencillo el camino para llegar a la meta, he necesitado de mucho apoyo a quienes quiero agradecer humildemente.

A papito Dios, por su bendición y amor que he sentido en todo momento, sin dejarme caer ante la adversidad.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador PUCE Santo Domingo, que me acogió como una de sus maestrantes.

A los docentes de cada una de las asignaturas recibidas, con quienes afiancé, renové y aprendí nuevos conocimientos para ponerlos en práctica en mi vida profesional.

Al Mg. Jorge Cabrera Olvera. Mi maestro de titulación, quien más allá de su cátedra, nos dio el apoyo y guía necesaria para concluir exitosamente esta investigación.

A mi compañera de tesis Normita Conforme, a quien conocí en esta maestría y con quien auné hombros para culminar este trabajo de titulación, a ella en quien encontré amistad y me hacía reaccionar cuando pensaba que no podía continuar.

“Educar a un joven no es hacerle aprender algo que no sabía, sino hacer de él alguien que no existía” Johns Ruskin

Martha Daquilema Sánchez

DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas, Dios por haberme dado la vida y por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional, quien me ha guiado en mi camino y ha sido mi fuente de fortaleza y motivación.

A mis hijos Amelia Sofia y David Emiliano, ustedes han sido siempre el motor que impulsa mis sueños y esperanzas, quienes estuvieron siempre a mi lado en los días y noches más difíciles durante mis horas de estudio, a mi esposo por su apoyo incondicional, por estar en los momentos buenos y en los no tan buenos que han acompañado en este camino.

A mis padres y hermanos quienes siempre han sido mis mejores guías de vida. Gracias por enseñarme el valor del esfuerzo y la valentía, por mostrarme que no hay que temer las adversidades porque Dios siempre está conmigo, a mis sobrinos por su total apoyo y a toda mi familia, algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón (Abuelos: Homero, Maria y Salustiano), sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones. Hoy cuando concluyo mis estudios, les dedico a ustedes este logro, como una meta más conquistada, sin ustedes a mi lado no lo hubiera logrado, les agradezco a todos ustedes con toda mi alma, el haber llegado a mi vida, el compartir momentos agradables y momentos tristes, pero esos momentos son los que nos hacen crecer y valorar a las personas que nos rodean. Orgullosa de tenerlos como familia y que estén a mi lado en este momento tan importante.

Gracias por ser quienes son y por creer en mí.

Norma Conforme

DEDICATORIA

Primero a Dios por darme esa fortaleza para levantarme cada día y no claudicar ante las adversidades y estar conmigo cuando más lo necesito.

A mis queridos padres, José Daquilema Silva y Ana Sánchez Cajilema quienes, aunque ya no están físicamente presentes, sus enseñanzas siguen guiándome día a día, porque fue gracias a su amor y dedicación que aprendí a nunca rendirme, sé que desde el cielo me están cuidando orgullosos del deber cumplido. Mi corazón aún llora su ausencia los extraño profundamente y esta dedicatoria es mi pequeña forma de decir que nunca los olvidaré.

Para mi esposo, mi valiente luchador quien a pesar de su condición ha sido mi compañero incondicional de vida, que, con su amor y respaldo, me ayuda a alcanzar mis objetivos.

Para mis hijos, Roxana, Michelle y José Manuel quienes son mi mayor tesoro, fuente de la más pura motivación, mi amor más profundo y mi alegría. A ellos les dedico muy especialmente este trabajo, que sea un destello motivador para alcanzar sus propias metas y les recuerde que no hay límites cuando hay ganas.

Martha Daquilema Sánchez

RESUMEN

Las vivencias de las gestantes hospitalizadas en las áreas críticas describen ciertos factores que parten, desde el estado de salud del paciente, hasta la atención brindada por parte de los profesionales sanitarios, esto sumado al desligo a su recién nacido, afecta negativamente su estado de salud, tanto a nivel fisiológico como a nivel emocional, de este modo las experiencias de estas pacientes serán negativas y agobiantes. En este sentido nuestro objetivo fue “Describir las vivencias de las embarazadas con trastornos hipertensivos ingresadas en Unidades de Cuidados Intensivos”. La metodología utilizada fue de enfoque cualitativo de diseño fenomenológico, con una muestra de 11 embarazadas con trastornos hipertensivos, donde se aplicó el muestreo tipo bola de nieve y la técnica de entrevista semiestructurada. Dando como resultados 6 categorías: 1) consecuencias presentadas en las gestantes con hipertensión en las Unidades de Cuidados Intensivos; 2) aspectos positivos durante la atención perinatal recibida en la UCI; 3) aspectos negativos experimentados por las gestantes; 4) emociones presentes en las puérperas durante las horas sagradas; 5) déficit de recursos para la terapéutica oportuna en la atención perinatal y 6) carencia de la comunicación asertiva por el personal sanitario. Concluyendo que es innegable la profundidad de las experiencias positivas y negativas de las gestantes al pasar por una UCI, pudiendo ser en muchos casos relacionadas al cuidado recibido durante el parto y post parto, donde también surgieron emociones por el estado del niño o pérdida del neonato generando un impacto biopsicosocial relacionado a la estancia hospitalaria en los servicios críticos.

Palabras claves: vivencia; mujeres; hipertensión; cuidados intensivos; hijo.

ABSTRACT

The experiences of pregnant women hospitalized in critical areas describe certain factors that range from the patient's health status to the care provided by health professionals. This, added to the separation from their newborn, negatively affects their health status. , both on a physiological level and on an emotional level, in this way the experiences of these patients will be negative and overwhelming. In this sense, our objective was “To describe the experiences of pregnant women with hypertensive disorders admitted to Intensive Care Units.” In the methodology, the qualitative approach of phenomenological design was used, with a sample of 11 pregnant women with hypertensive disorders, where snowball sampling and the semi-structured interview technique were applied. Giving results 6 categories: 1) consequences presented in pregnant women with hypertension in the ICU; 2) positive aspects during the perinatal care received in the ICU; 3) negative aspects experienced by pregnant women; 4) emotions present in postpartum women during sacred hours; 5) lack of resources for timely therapy in perinatal care and 6) lack of assertive communication by health personnel. Concluding that the depth of the positive and negative experiences of pregnant women when passing through an ICU is undeniable, and in many cases they may be related to the care received during childbirth and postpartum, where emotions also arose due to the state of the child or loss of the newborn. generating a biopsychosocial impact related to the hospital stay in critical services.

Key words: experience; women; hypertension; intensive care; child

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	INTRODUCCIÓN	13
2.	REVISIÓN DE LA LITERATURA	18
2.1.	Antecedentes	19
2.2.	Fundamentos teóricos	23
2.2.1	Trastornos hipertensivos en el embarazo... ..	23
2.2.2	Vínculo afectivo madre e hijo... ..	24
2.2.3	Teoría Atención en enfermería, Ambiente de trabajo y Conducta cooperativa de Vera Regina Waldow	25
3.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	27
3.1	Enfoque, diseño y tipo de investigación... ..	27
3.1.1	Enfoque	27
3.1.2	Diseño... ..	27
3.2	Población y muestra	28
3.3	Técnicas e instrumentos de recogida de datos	29
3.4	Técnicas de análisis de datos	30
4.	RESULTADOS	31
5.	DISCUSIÓN	32
6.	CONCLUSIONES	48
7.	BIBLIOGRAFÍA	50
8.	ANEXOS	60

1. INTRODUCCIÓN

Las vivencias de los pacientes hospitalizados en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) son variables de un paciente a otro, esto debido a que las experiencias dependen de ciertos factores que parten desde el estado de salud del paciente hasta la atención brindada por parte del personal de salud. Por lo general, las vivencias en esta área son en su mayor parte negativas, el paciente puede presentar limitación del movimiento, dificultad para hablar, sed, dolor, incomodidad dificultad para conciliar el sueño, entre otros debido a la presencia de elementos invasivos en su organismo (Ruidiaz y Fernández, 2020).

Por otro lado, en la hospitalización postparto en la UCI de mujeres gestantes con trastornos hipertensivos, sumado al desligo a su recién nacido, Guzmán (2021) afirma que afecta negativamente al estado de salud, tanto a nivel fisiológico como a nivel emocional; de este modo, las vivencias de estas pacientes serán negativas y agobiantes. Según Martins, et al. (2022) señalan que en el acto del cuidado es fundamental que el personal de salud considere y respete el vínculo madre-hijo como algo favorable para preservar y recuperar tanto la salud del recién nacido como la de la madre; por lo tanto, se debe ofrecer una atención personalizada y humanizada.

Algo a tener en cuenta, es que la etapa del posparto es determinante para la mujer debido a la complejidad que conlleva el convertirse en madre, proceso en el cual se deben establecer vínculos afectivos. Moreno et al. (2015) señalan que los cambios fisiológicos y emocionales, el abandono y la separación temprana, pueden plantear desafíos para la formación de la identidad materna y los vínculos emocionales. Es por ello que, durante esta etapa se deben establecer lazos entre madre e hijo, debido a que las primeras horas después del nacimiento brindan una oportunidad para que el bebé se relacione a través del calor y el contacto físico. En base a este

hecho, el personal de la salud puede promover o dificultar el desarrollo de una relación sana entre madre e hijo.

Dicho lo anterior, la mujer se encuentra en una fase marcada por el desconocimiento, adaptación y aceptación de una situación desafiante y desconocida, en donde el profesional de enfermería es el principal acompañante durante este periodo. Esto favorece el desarrollo de una conexión entre dos seres humanos que se encuentran compartiendo un momento de la vida, generando un intercambio de conocimientos y emociones llenos de sutilezas. El interés de los enfermeros en las unidades críticas, debe trascender la evaluación objetiva, puesto que tienen la responsabilidad moral de salvaguardar la dignidad humana del paciente y minimizar cualquier factor que pueda socavar la confianza y la satisfacción en el ámbito de la prestación de cuidados (Escobar y Bejarano, 2021).

Por otra parte, en Colombia se evidencia que las mujeres posparto enfrentan desafíos a la hora de asumir sus roles maternos, esto se atribuye a las separaciones tempranas de sus bebés y al apoyo inadecuado del personal de enfermería durante esta fase. Estas madres demuestran mejoras en los comportamientos maternos como se describe en la teoría del modelo de adopción del rol materno de Ramona Merced. Por este motivo, se requieren intervenciones de parte del personal de salud que ayuden a la madre a experimentar emociones de confianza, armonía, competencia y cumplimiento exitoso del rol materno, a partir del afianzamiento de una conexión afectiva y el fortalecimiento de la identidad materna (Moreno et al., 2015).

El ingreso de estas mujeres en las UCI es cada vez más frecuente, de modo que existe cierto interés en el criterio de la paciente sobre los cuidados brindados con el objetivo de optimizar la atención ofrecida. Para Joven y Guáqueta (2019) es fundamental obtener la perspectiva del paciente crítico acerca de los comportamientos de cuidado humanizado en la UCI con el fin de

evaluar y mejorar la calidad del cuidado de enfermería, por lo tanto, puede ayudar que las enfermeras brinden una atención más individualizada y eficaz.

Según un texto publicado en la revista oficial Organización Panamericana de la Salud (“OPS”, 2020) 1 de cada 5 ecuatorianos de 18 a 69 años tiene hipertensión arterial, de ellos aproximadamente el 45 % desconoce que padece esta enfermedad.

Es justo mencionar que en el Ecuador los trastornos hipertensivos gestacionales son una de las primeras causas de morbi-mortalidad materna, discapacidad crónica, mortalidad del feto y recién nacido (Kirby, 2019). En este sentido, se respetan los derechos del paciente y se trata de manera digna los problemas de salud, priorizando los cuidados con un enfoque más humanístico. Esto es sumamente importante en el caso de estas pacientes, pues solo la enfermedad en sí ya les genera malestar y malas experiencias.

La literatura revisada con anterioridad suscitó la formulación de la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué experimentaron las mujeres gestantes en unidades de cuidados intensivos con trastornos hipertensivos?

En base al objeto de estudio de la presente investigación trata la percepción de las vivencias de mujeres con trastornos hipertensivos en UCI. Por la previa exposición se establece el planteamiento de las siguientes preguntas que nortean la investigación:

1. ¿Cuáles son las vivencias de las embarazadas ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos con trastornos hipertensivos?
2. ¿Cómo repercuten las malas experiencias en la UCI relacionadas a la desvinculación madre - hijo?
3. ¿Qué aspectos sobresalen durante el cuidado entre el personal de salud y la mujer gestante?

4. ¿Qué estrategias empleadas reducen el impacto que genera la desvinculación madre - hijo?

Los objetivos que se han establecido para la investigación son:

1. Conocer las experiencias de las gestantes con trastornos hipertensivos en las unidades de cuidados intensivos.
2. Describir la repercusión que tiene la desvinculación madre - hijo
3. Analizar los aspectos que sobresalen durante el cuidado entre el personal de salud y la mujer gestante.
4. Determinar las estrategias empleadas para reducir el impacto que genera la desvinculación madre - hijo.

Díaz y Ballesteros (2021) manifiestan que tener un paciente en UCI, también coloca a los familiares en una situación desafiante, angustiada y muy estresante. Este estrés a menudo se manifiesta como sentimientos de ansiedad, ira, depresión o lo que comúnmente se conoce como "síndrome de cuidados intensivos", lo que lleva a una sensación de impotencia y aislamiento. Las principales necesidades expresadas por ellos giran en torno a la información, la comunicación y la sensación de seguridad. Este estudio pretende comprender el verdadero propósito de estas interacciones, con el objetivo de cumplir con las expectativas y, en última instancia, formar una conexión emocional y de confianza. Esta conexión puede allanar gradualmente el camino para una relación interpersonal que vaya más allá del enfoque puramente informativo y desafíe la cultura predominante de desinformación y dinámicas de poder dentro de las UCI.

En concordancia con la premisa anterior, Ruidiaz y Fernández (2020) mencionan que a lo largo de la historia, la enfermería ha evolucionado desde un enfoque convencional del cuidado hacia una etapa transformadora donde da importancia a las experiencias vividas por el paciente, su entorno y la participación de la familia. Asimismo, implica que el personal de enfermería integre

criterios (sociales e individuales) en sus prácticas de atención profesional que generen un profundo impacto en el bienestar integral de las personas, abarcando sus dimensiones psicosociales y espirituales, y fomentar una nueva perspectiva ética con el objetivo principal de minimizar el miedo, el dolor y el sufrimiento, que fueron las motivaciones detrás del estudio en cuestión.

Son pocas las investigaciones realizadas con enfoque fenomenológico donde se evidencian las experiencias de mujeres en UCI con trastornos hipertensivos en Latinoamérica, menos aún en Ecuador, para poder aportar con datos propios que permitan definir pautas transformadoras de cuidado que lleven al profesional de enfermería a utilizar ideas innovadoras con dimensión holística creando una nueva visión ética. Sin embargo, la investigación de Martins et al. (2022) realizada en un hospital en Brasil es de gran utilidad porque da una aproximación general de la percepción de las madres lactantes, los sentimientos y vivencias que experimentaron en el ambiente hospitalario.

Lo antes establecido, justifica la realización del presente estudio, pues fomentará la empatía y otros valores deontológicos implicados en la relación personal de salud-paciente con el fin de incorporar estrategias que fomenten una atención más humanizada evitando el menor impacto posible de malas vivencias, así también estaremos contribuyendo al Plan de Creación de Oportunidades 2021 – 2025 en su objetivo 6, el cual es “Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad”.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes

En Cuba, Hornedo y Vázquez (2019) en su estudio “Morbilidad materna extrema según causas de admisión en Cuidados Intensivos”, cuyo objetivo fue evaluar las complicaciones maternas graves en la Unidad de Cuidados Intensivos según los motivos de ingreso. La investigación utilizó un método descriptivo y transversal, en el que participaron 277 pacientes obstétricas ingresadas en el Hospital "Enrique Cabrera" de La Habana del 1 de enero al 31 de diciembre de 2018. Los datos se recogieron de las historias clínicas y del libro de registro de la UCI.

Asimismo, los resultados revelaron que la causa principal de ingreso estuvo relacionada con cuestiones obstétricas. El grupo de edad más común entre las pacientes estaba entre 25 y 29 años, y más del 50% no tenían ninguna otra condición de salud subyacente. Además, el 62,5% de las pacientes se encontraban en el puerperio. Se realizaron cesáreas al 48,5% de las pacientes, y se asoció notablemente con casos de sepsis obstétrica. La complicación más prevalente durante la estancia en UCI fue el shock hipovolémico. El tratamiento consistió principalmente en cesáreas reintervenidas y transfusiones de sangre. Se produjeron cuatro muertes maternas, lo que resultó en una tasa de mortalidad del 1,4%, finalmente se concluyó que las causas obstétricas de ingreso observadas con mayor frecuencia fueron los trastornos hipertensivos, la hemorragia obstétrica y la sepsis puerperal.

En esa misma línea, Escobar y Bejarano (2021) realizaron un estudio titulado “Vivencia de mujeres con preeclampsia en la UCI Obstétricos” en Colombia, el objetivo fue describir el significado que estas gestantes dan al cuidado de enfermería en la UCI, ejecutándose un estudio cualitativo -fenomenológico. La recopilación de datos se extendió desde la segunda mitad de 2017

hasta principios de 2018, e implicó la realización de entrevistas en profundidad con 11 participantes. El proceso de análisis de datos continuó hasta alcanzar la saturación teórica.

De esta manera, el estudio arrojó 273 fragmentos significativos, 8 sentidos comunes y 4 temas emergentes: la formación de conexiones significativas, la presencia inadvertida de las mujeres, el avance hacia una relación de cuidado transpersonal y la búsqueda de comprensión. Esto lleva a la conclusión de que cuando las mujeres ingresan en la UCI obstétrica debido a una preeclampsia grave, se produce un cambio significativo en sus roles. Además de experimentar transformaciones físicas, estas mujeres también exhiben una variedad de emociones ligadas a las circunstancias del cuidado y las acciones del personal de enfermería.

Por otro lado, Mendoza et al. (2020) describen en su investigación “Desenlaces materno-fetales de los embarazos con trastornos hipertensivos” las características clínicas y los resultados materno-fetales de las pacientes con esta condición en el Hospital Universitario de Santander (HUS) en el primer semestre de 2017. Esto se logró a través de un enfoque observacional retrospectivo de corte transversal, abarcando estados de embarazo o posparto que involucran diagnóstico o sospecha de trastornos hipertensivos.

Los hallazgos se basaron en los ingresos hospitalarios de 1560 pacientes obstétricas en el primer semestre de 2017. Entre ellas, 285 fueron identificadas con un diagnóstico compatible con trastornos hipertensivos asociados al embarazo (THAE) y a través del análisis de sus registros médicos, se incluyó en el estudio 181 pacientes. El presente informe se centra en 181 de estos pacientes. De ellas, 79 pacientes (43,7%) eran madres primerizas, mientras que 28 de las 102 pacientes restantes (27,5%) tenían antecedentes de THAE en al menos un embarazo previo (Mendoza et al., 2020).

Además, entre los 181 pacientes, 12 (6,6%) tenían antecedentes familiares de THAE en familiares de primer grado por consanguinidad. Además, 24 pacientes (13,2%) fueron identificadas como obesas, 8 (4,4%) tenían antecedentes HTA antes del embarazo, 2 (1,1%) tenían antecedentes de enfermedad renal y 1 (0,6%) tenía lupus eritematoso sistémico y síndrome antifosfolípido. En total, 48 pacientes (26,5%) tenían una o más condiciones médicas preexistentes (Mendoza et al., 2020).

De manera similar, 42 pacientes (23,2%) presentaron anomalías orgánicas y 124 pacientes (68,5%) cumplieron los criterios de gravedad, todas las cuales tenían preeclampsia aislada o preeclampsia junto con hipertensión gestacional. Entre las complicaciones observadas en pacientes con preeclampsia, 27 (14,9%) experimentaron restricción del crecimiento intrauterino, 18 (9,9%) desarrollaron síndrome HELLP y 7 (3,9%) tuvieron preeclampsia. De las 136 pacientes con preeclampsia, 113 (83,1%) tuvieron su primera aparición después de la semana 34 de gestación y, entre ellas, 95 (84,1%) cumplieron los criterios de gravedad (Mendoza et al., 2020).

Entre los casos, el embarazo llegó a término en 50 casos (27,6%) en el contexto de THAE, mientras que en 45 pacientes (24,9%) el embarazo fue interrumpido por la presencia de criterios graves de preeclampsia, independientemente de la edad gestacional. En 48 pacientes (26,5%) el parto se produjo de forma espontánea y en 33 pacientes (18,2%) la interrupción del embarazo estuvo médicamente indicada junto con la THAE. En conclusión, 71 pacientes (39,4%) interrumpieron su embarazo antes de llegar a término, 16 pacientes (8,8%) requirieron ingreso en UCI y 15 pacientes (8,3%) experimentaron hemorragia posparto. Cabe destacar que no hubo muertes maternas. Respecto a los recién nacidos, 71 de ellos (38%) tuvieron bajo peso al nacer, 6 (3,2%) tuvieron puntaje APGAR bajo y 3 (1,6%) experimentaron muerte fetal (Mendoza et al., 2020).

Además, en Colombia, Osorio y Castiblanco (2019) mencionan en su investigación sobre “Significados en puérperas sobre la hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos”, donde su principal objetivo fue explicar el significado cultural asignado por las mujeres posparto con MME (Morbilidad Materna Extrema) a su hospitalización en la UCI, mediante un estudio cualitativo con abordaje etnográfico, en donde se efectuaron 21 entrevistas a profundidad a 9 puérperas con MME que estuvieron hospitalizadas en UCI, entre marzo y diciembre de 2017.

Una vez realizadas las entrevistas continuaron con el análisis del tema, relacionado a las vivencias de las puérperas con MME en la hospitalización UCI donde se usaron 8 temas o dominios: El conocimiento de los signos de alarma; temor a morir; muy difícil para mi compañero; aplazar la lactancia materna; de regreso a la clínica; mi familia me cuida; la enfermera me cuida y aprender de esta experiencia. En conclusión, los ámbitos de la vida de estas mujeres están imbuidos de estas experiencias, valores culturales y emociones, y es a través de una atención de enfermería compasiva y constante les ayuda a sobrevivir y la hospitalización en la UCI se convierte en una profunda lección de vida.

De igual manera, Duque y Arias (2021) en su estudio “Relación enfermera-familia en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hacia una comprensión empática” determinan que la investigación tuvo como objetivo investigar la relación entre los profesionales de enfermería en la UCI de adultos y los familiares de los pacientes. Este estudio empleó un enfoque de investigación cualitativo y la tradición de la teoría fundamentada. Implicó realizar 26 entrevistas a familiares de pacientes de la UCI y participar en 100 horas de observación participante desde julio de 2017 hasta julio de 2019.

Los resultados incluyen una descripción del perfil sociodemográfico de los 26 familiares que participaron en las entrevistas. De ellos, 2 eran hombres, mientras que 24 eran mujeres, con

una edad promedio de 39 años. La relación más común con el paciente entre los familiares entrevistados fue la de ser hijos. En el momento de la hospitalización del paciente, el 61,5% de los participantes vivían con el paciente. Además, el 23,1% había asumido el rol de cuidadores antes del ingreso del paciente a la UCI, y durante la estancia del paciente en la UCI, el 57,7% eran responsables de representar a la familia en las interacciones con la unidad.

De acuerdo al análisis cualitativo mediante la teoría fundamentada. La observación de datos permitió la identificación de una categoría central: la relación enfermera-familia evolucionando hacia la comprensión empática, sustentada en cuatro subcategorías: 1) formas de relación {familiares consideran la capacidad de relación de enfermería}; 2) el ideal profesional, la comprensión empática {percepciones de familiares sobre la actitud de enfermería con la paciente}; 3) construir una relación profesional {partiendo de la interacción humana, la comunicación y la información} y 4) las barreras en la relación enfermera-familia {desconfianza entre las partes, atención deshumanizada, mal cuidado del paciente y relación dañada}

Palatnik et al. (2023) mencionan en su estudio “Cambios en la presión arterial en hipertensión gestacional, preeclampsia e hipertensión crónica desde antes de la concepción hasta 42 días después del parto” USA (Estados Unidos) donde su principal objetivo fue Investigar los cambios en la presión arterial desde antes de la concepción hasta los 42 días posteriores al parto en pacientes con hipertensión gestacional, preeclampsia e hipertensión crónica, a través de 1 análisis secundario de pacientes diagnosticadas con un trastorno hipertensivo del embarazo (HDP) prenatal o posparto, que se inscribieron prospectivamente en un programa de monitoreo remoto de presión arterial (PA) posparto entre marzo de 2017 y mayo de 2020.

De tal modo que en los resultados se incluyeron en la cohorte un total de 1.194 pacientes; 224 (18,8 %) tenían hipertensión crónica (HTNC), 525 (43,9 %) tenían hipertensión gestacional

(GHTN), 153 (12,8 %) tenían preeclampsia y 292 (24,5 %) tenían preeclampsia con características graves.

Por consiguiente, se encontró que los pacientes con CHTN tenían una estabilización y resolución más lentas de su PA en comparación con los pacientes con GHTN y preeclampsia con y sin características graves. Además, incluso a los 42 días posparto, una proporción sustancial de pacientes con HDP, incluida la GHTN, requirieron tratamiento antihipertensivo para mantener la P/A dentro de la hipertensión en estadio I.

2.2. Fundamentos teóricos

2.2.1 Trastornos hipertensivos en el embarazo.

Según la sociedad española de ginecología y obstetricia define la Hipertensión Arterial (HTA) durante la gestación, como la presencia de una presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg o presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, en dos tomas separadas al menos 4 horas en el mismo brazo, contemplando en rango de gravedad si: PAS ≥ 160 mmHg y/o PAD ≥ 110 mmHg, considerando que la enfermedad hipertensiva durante el embarazo conlleva un mayor riesgo de desarrollar preeclampsia y, en algunos casos, la preeclampsia puede progresar al síndrome HELLP, lo que genera riesgos materno-fetales sustanciales (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2020).

Asimismo, Salas et al. (2020) definen a la Hipertensión Gestacional (HG) como una presión arterial sostenida de $\geq 140/90$ mmHg en al menos dos tomas, con una diferencia de 4 horas después de 20 semanas de gestación, realizando retorno de la presión en el postparto. Las mujeres embarazadas suelen experimentar una inversión en su ritmo circadiano, lo que provoca un aumento de la presión arterial durante las horas nocturnas. En consecuencia, se diagnostica hipertensión grave cuando las lecturas de presión arterial superan los 160/110 mmHg. Es fundamental

reconocer que las pacientes obstétricas críticamente enfermas presentan características distintas que plantean desafíos en su tratamiento. Estos desafíos surgen de la presencia del feto, alteraciones en la fisiología materna y condiciones específicas asociadas con el embarazo. Estos factores en conjunto aumentan la probabilidad de ingreso a la UCI.

Además, en Ecuador, los trastornos hipertensivos durante el embarazo se caracterizan por un amplio espectro de condiciones, que van desde aumentos leves de la presión arterial hasta hipertensión grave acompañada de daño orgánico, lo que resulta en una importante morbilidad y mortalidad materno-fetal. Estas complicaciones pueden surgir en diversas etapas, incluso durante el embarazo, el parto y el posparto. Normalmente, la presión arterial presenta una disminución de 5 a 10 mmHg tanto en los valores sistólicos como diastólicos durante el segundo trimestre, regresando a los niveles previos al embarazo en el tercer trimestre. El diagnóstico debe considerar múltiples escenarios, incluidas las mediciones de la presión arterial inicial antes del embarazo, la hipertensión preexistente, la hipertensión de nueva aparición durante el embarazo o la aparición de hipertensión durante el parto o el período posparto. Es de destacar que los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen la principal causa de ingresos en UCI (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2016).

2.2.2 Vínculo afectivo madre e hijo.

Para la Asociación Española de Pediatría (AEP) el vínculo afectivo madre e hijo, es el contacto íntimo con la madre durante la lactancia, que implica una gran cercanía física y el intercambio de olores y sonidos. Esto se complementa con la presencia de triptófano en la leche humana y la liberación de oxitocina en el torrente sanguíneo de la madre. Estos factores fomentan colectivamente sentimientos de satisfacción, alivian el estrés y contribuyen al establecimiento de una fuerte conexión emocional entre la madre y su hijo (Sociedad española de Pediatría, 2017).

El Dr. Bowlby (1988) psicólogo infantil afirmaba que la capacidad de resistir y afrontar acontecimientos estresantes que suceden en el niño está determinada por el patrón de apego o la conexión emocional que los individuos forman con su cuidador principal durante el primer año de vida, normalmente la madre, aunque podría ser otra persona.

Por otra parte, Gojman de Millán et al. (2018) indican que la teoría del apego ha provocado una transformación significativa en el campo de la psicología, debido a su aplicabilidad universal en todas las poblaciones humanas, su importancia clínica y por su apertura para la comprobación empírica. Enfatiza el papel vital de las relaciones tempranas, no sólo en términos teóricos sino también en su innegable importancia para el desarrollo posterior de un individuo.

2.2.3 Teoría Atención en enfermería, Ambiente de trabajo y Conducta cooperativa de Vera Regina Waldow.

La presente investigación se ve asociada con el referente epistemológico de la teoría en enfermería “Atención en enfermería, Ambiente de trabajo y Conducta cooperativa” de Vera Regina Waldow, el mismo que tuvo como objetivo compartir y proponer una visión trabajo colaborativo en equipo de atención médica desde un punto de vista orientado al cuidado. En este contexto, los profesionales de enfermería son considerados los líderes encargados de difundir e inspirar los principios de la atención entre sus compañeros del equipo de enfermería y otros profesionales de la salud.

De igual manera da a conocer que su objetivo es un trabajo colaborativo que repercute positivamente en las relaciones entre los diversos profesionales, pacientes y familiares, lográndose ambientes con comportamientos de solidaridad, cooperación y respeto que van a contribuir a lograr un cuidado competente y sensible que va a repercutir en el proceso recuperación de la salud en la que estamos inmersos todos los profesionales de la salud (Waldow, 2014).

Los trastornos hipertensivos en la embarazada, son un problema de salud potencialmente mortal, en donde pone en riesgo la vida tanto de la madre como del niño, exigiendo que la enfermera posea un conocimiento profundo de las posibles complicaciones en la mujer embarazada. Este conocimiento es esencial para tomar decisiones informadas y brindar atención compasiva y eficiente, con el objetivo de lograr resultados positivos y minimizar el riesgo de mortalidad materna. La enfermera tiene responsabilidades específicas, incluido el mantenimiento de registros clínicos precisos y la administración de medicamentos. Por lo tanto, el incumplimiento de los protocolos establecidos puede resultar en complicaciones tanto para la puérpera como para el recién nacido.

El papel del personal de enfermería en la atención prenatal es fundamental y esencial; implica la identificación temprana de la preeclampsia, el fomento de controles prenatales periódicos y el reconocimiento de posibles factores de riesgo para prevenir complicaciones tanto para la madre como para el bebé. Esto se logra mediante la educación del paciente y la familia, con el objetivo en última instancia de minimizar la necesidad de ingreso en la UCI.

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Enfoque, diseño y tipo de investigación

3.1.1 Enfoque.

El presente trabajo de investigación se efectuó mediante un enfoque cualitativo, para lograr el objetivo de abordar las vivencias de mujeres en UCI con trastornos hipertensivos y la interrogante ¿mi hijo dónde está?, en cuanto a la investigación cualitativa, esta busca una comprensión especial del fenómeno que se estudia y entiende el significado de aquello que se muestra, los mismos que son controlados una vez que se han definido (Prado et al., 2013). Por otra parte, una guía de metodología de investigación popular explica que la investigación cualitativa se centra en obtener conocimientos sobre los fenómenos examinándolos a través de los puntos de vista de los participantes dentro de sus entornos naturales y en el contexto de su entorno. Este enfoque enriquece los datos al profundizar en aspectos específicos, detalles y experiencias reales de las personas involucradas (Hernández y Fernández, 2014).

3.1.2 Diseño.

Para abordar este estudio, se hizo uso del diseño fenomenológico que nos permitió conocer las experiencias y vivencias de las participantes. Por consiguiente, Prado et al. (2013) mencionan que la investigación fenomenológica es una vuelta al mundo de la experiencia, un modo de reflexión que debe comprender la posibilidad de mirar las cosas tal como se exhiben en la conciencia del individuo, conociendo así las experiencias vividas de las gestantes en UCI con trastornos hipertensivos.

Además, se señala que los estudios fenomenológicos comprenden la experiencia del mundo vivido y su expresión por el propio cuerpo, centrado en las vivencias, realidades, perspectivas y experiencias de la conciencia sobre un fenómeno de estudio (Prado et al., 2013).

De la misma manera, el estudio fue de tipo descriptivo, lo cual permite analizar algunas características esenciales de un grupo homogéneo de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos para determinar la estructura o el comportamiento de las participantes en estudio, lo que proporciona una fuente sistemática y comparable con otros fenómenos (Guevara et al., 2020).

3.2 Población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por mujeres gestantes con diagnóstico de trastornos hipertensivos que ingresaron a la UCI, con una muestra de 11 participantes obtenidos por saturación de la información (Prado et al., 2013).

Se les aplicó el muestreo tipo bola de nieve, Dragan y Isaic (2022) señalan que el muestreo de bola de nieve permite dirigir la aplicación del instrumento de recogida de información a participantes con experiencias marcadas de las realidades de sufrir una comorbilidad en la gestación e ingresar a una UCI que nos permita encontrar a los sujetos de estudio, misma que facilitará realizar entrevistas dirigidas; a través del cumplimiento de criterios determinados de los sujetos de estudio (Arias et al., 2016).

Criterios de inclusión

Gestantes con trastornos hipertensivos ingresadas en UCI.

Criterios de exclusión

Mujeres gestantes que ingresaron al servicio de Gineco-obstetricia asociadas a otras comorbilidades.

Criterios de rigor

Para darle la importancia esencial a la investigación, fue necesario meditar sobre cuál sería la estrategia de muestreo más adecuado para lograr los objetivos de investigación. Esta deliberación

tomó en consideración criterios estrictos como credibilidad y confirmación (Hernández y Fernández, 2014).

- **Credibilidad** el estudio tiene validez a través del uso del lenguaje EMIC-ETIC para respetar los testimonios de las mujeres gestantes con trastornos hipertensivos que fueron ingresadas a la UCI cuya información será usada en la conformación de unidades de significados en su análisis.
- **Confirmación** este trabajo presenta credibilidad para evitar distorsión de la información en el análisis mediante el uso del programa (ATLAS.ti) para triangular los datos de las categorías.

Criterios éticos

- **Confidencialidad** se respetó la privacidad de las participantes de estudio mediante el anonimato de su identidad con el uso de códigos de anonimato.
- **Consentimiento informado** se hizo uso de este criterio para respetar la voluntariedad, integridad y la dignidad de la persona de ser participante en la entrevista cuyos datos servirán sólo con fines académicos e investigativos.

3.3 Técnicas e instrumentos de recogida de datos

Según, Prado et al. (2013) señalan que la recolección de la información es la que orienta al investigador a obtener datos de relevancia, a través de diferentes técnicas e instrumentos, refiriéndose al instrumento como medio que se utiliza para recolectar y consignar la información con la finalidad de alcanzar los objetivos.

En ese sentido, la guía de recolección de datos se realizó a través de entrevistas individuales semi estructuradas, que se llevaron a cabo a través de llamadas telefónicas previo a aceptación de consentimiento informado con preguntas abiertas, que buscaron explorar en las experiencias

vividas por las mujeres en la UCI con trastornos hipertensivos (participantes de la investigación), así como los significados y sentidos que atribuyen a estas experiencias.

Asimismo, Hernández y Fernández (2014) afirman que las entrevistas semi estructuradas individuales se fundamentan en un modelo de preguntas, con el objetivo de obtener información más detallada. En este sentido se empleó la guía de entrevista a través de llamadas telefónicas dirigidas en flexibilidad del tiempo de los participantes de estudio, una vez aceptada su participación y aplicación del consentimiento informado.

3.4 Técnicas de análisis de datos

Para el análisis de datos y en base al objeto de estudio, se utilizó un diseño fenomenológico con visión Emic-Etic, dando relevancia a nuestro estudio, pues esto nos lleva a conocer parte de la vida de las participantes de la investigación, así como su propio mundo, relacionado con el fenómeno en estudio (Corona y Maldonado, 2018).

De esta manera se realizó la lectura y relectura de las entrevistas realizadas a las entrevistadas gestantes-puérperas, siendo los datos posteriormente analizados mediante el uso del programa Atlas T.I, el mismo que está creado con el propósito de facilitar la estructuración, evaluación y comprensión de datos en la investigación cualitativa. Así mismo los datos fueron estudiados y visualizados según las variables de estudio, evaluando la confiabilidad y validez de las entrevistas realizadas, de esta forma se procedió a formular la interpretación de los resultados en donde se buscó la aproximación de estos datos, para verificar las convergencias y las divergencias de los significados, evidenciando en las unidades de análisis (Prado et al., 2013).

4. RESULTADOS

Realizada la lectura por código colorimétrico surgieron unidades significativas dando lugar a las siguientes categorías y subcategorías.

1. Consecuencias presentadas en las gestantes con hipertensión en las Unidades de Cuidados Intensivos, descubriendo además 3 subcategorías: Trastornos Hipertensivos durante la gestación, Consecuencias en el recién nacido por complicaciones de los trastornos hipertensivos durante el embarazo y Desconocimiento del estado de salud durante la hospitalización en las UCI.

2. Aspectos positivos durante la atención perinatal recibida en la UCI, observándose adicionalmente 2 subcategorías: Calidad del cuidado recibido en las Unidades Críticas y percepción positiva sobre la atención recibida durante el parto y postparto.

3. Aspectos negativos experimentados por las gestantes, también se observaron 3 subcategorías: Sentimientos negativos en la mujer gestante con trastornos hipertensivos, Efectos negativos en la salud mental de las mujeres gestantes y Sufrimiento por la pérdida del recién nacido.

4. Emociones presentes en las puérperas durante las horas sagradas, además se hallaron 2 subcategorías: Desvinculación madre-hijo durante la hora sagrada y Percepciones sobre el apego precoz durante la estancia en las unidades críticas.

5. Déficit de recursos para la terapéutica oportuna en la atención perinatal; también se evidenciaron 2 subcategorías: Carencia de recursos en la atención materno-neonatal y Limitación terapéutica al recién nacido.

6. Carencia de la comunicación asertiva por el personal sanitario.

5. DISCUSIÓN

Partiendo de la finalización de los análisis de las entrevistas, se plasman las siguientes respuestas expresadas por las participantes de la investigación, estimadas como unidades de significado:

1. Consecuencias presentadas en las gestantes con hipertensión en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Las participantes señalan que en el proceso perinatal existieron complicaciones que conlleva el riesgo materno fetal e incremento de la morbimortalidad, lo que generó incertidumbre sobre el estado de salud del recién nacido y complicaciones graves, esto asociado al desconocimiento generan sufrimiento en la madre. En este sentido la primera subcategoría: **Trastornos Hipertensivos durante la gestación**, emerge de las narrativas sobre su estancia en la unidad de cuidados intensivos provocado por los trastornos hipertensivos.

Es así, que la P1, P7 y P11 expresan las consecuencias que conlleva una embarazada al presentar trastornos hipertensivos, considerando que las complicaciones propias de la enfermedad y la hospitalización en UCI las obliga a estar conectadas a equipos invasivos y no invasivos, hospitalizaciones prolongadas, valoración continua y la probabilidad del nacimiento de un hijo pretérmino, en donde sobresale la preeclampsia como el trastorno más incidente en un embarazo de alto riesgo, por lo que en este sentido expresan:

(...) “Yo ingrese a la Unidad de Cuidados Intensivos el 23 de febrero del 2023, por un cuadro de preeclampsia más eclampsia y se me adelantó el embarazo, de hecho, mi bebito es prematuro por una subida de presión”. (P1)

(...) “porque comencé a convulsionar fue que me llevaron al quirófano, de ahí me sacaron y me llevaron a Cuidados Intensivos porque estaba muy mal”. (P7)

(...) “yo solo recuerdo que estaba en mi casa, me empezó a doler la cabeza y de la nada sentí dolores y desde allí ya no me acuerdo de nada, bien algo me dijo el doctor que tenía en la sangre que pasaba con la presión, que por la presión se me había elevado y no me podían dar el alta”. (P11)

En este sentido, Múnera et al. (2021) manifiestan que los trastornos hipertensivos relacionados con el embarazo son una complicación común y contribuyen significativamente a las complicaciones de salud materno-fetal y a la mortalidad. Se enfatiza que los profesionales de la salud desempeñan un papel fundamental para garantizar el diagnóstico oportuno, determinar la necesidad de medicación oral o intravenosa y decidir las derivaciones a centros especializados cuando tratan con estos pacientes. Esto implica considerar aspectos cruciales del tratamiento durante el embarazo, el parto y el período posparto para estas condiciones hipertensivas. Además, también se deben tener en cuenta las implicaciones a largo plazo del riesgo de enfermedad cardiovascular en mujeres con dichos trastornos.

De la misma manera, las pacientes que desarrollan preeclampsia-eclampsia durante el embarazo o el puerperio constituyen un motivo importante de ingresos hospitalarios y complicaciones en los servicios de cuidados críticos, ya que de esta manera se llevará a cabo un control y monitoreo de forma permanente a estas gestantes (Durán et al., 2020).

Asimismo, según datos emitidos por la OMS (2019) a nivel mundial, la preeclampsia y otros trastornos hipertensivos asociados al embarazo son las principales causas de morbi-mortalidad materna y neonatal, afectando con mayor incidencia en países en vía de desarrollo, repercutiendo no solo a la embarazada y su recién nacido, sino también para los sistemas de salud al generar sobrecostos en la atención obstétrica y neonatal, convirtiéndose en una problemática para el sistema de salud pública (Buelvas et al., 2021).

En cuanto a la segunda subcategoría: **Consecuencias en el recién nacido por complicaciones de los trastornos hipertensivos durante el embarazo**, surgen las dificultades y efectos en los recién nacidos, que causan los trastornos hipertensivos en las mujeres embarazadas.

De este modo, se evidencia que por efecto de los trastornos hipertensivos, el nacimiento prematuro es la complicación más frecuente y que tiene un impacto emocional significativo para la madre, en que el personal de enfermería tiene el reto de explorar y ahondar estas experiencias que lo guían a desarrollar intervenciones y estrategias que faciliten el desempeño del rol maternal, considerando el estado de salud de la mamá y del recién nacido, en este sentido las P1, P5 y P8 expresan:

(...) “Se me adelantó el embarazo, de hecho, mi beboto es prematuro por una subida de presión”. (P1)

(...) “Llegó una enfermera y me dijo que estaba todo bien, que era prematura y la tenían en una incubadora, ahí me enteré que la niña estaba bien”. (P5)

(...) “Me dijeron en Cuidados Intensivos Neonatales que estaba malito, pero recién a los días que me sacaron el tubo”. (P8)

Es así, que Villacrés et al. (2022) mencionan que las complicaciones de la mujer gestante con trastornos hipertensivos se desarrollan en cualquier trimestre de la gestación y estas se asocian con altas tasas de mortalidad, conllevando a un aumento en el número de hospitalizaciones de bebés prematuros, evidenciando una relación entre el parto pretérmino y el bajo peso al nacer presentando riesgos durante su etapa de vida, lo que conlleva a múltiples complicaciones. Cabe destacar, que la restricción del crecimiento intrauterino, sangrado, infecciones y aumento de la mortalidad neonatal son complicaciones de las enfermedades hipertensivas durante el embarazo (Vargas et al., 2021).

Por consiguiente la tercera subcategoría: **Desconocimiento del estado de salud durante la hospitalización en las Unidades de Cuidados Intensivos**, resulta de la narrativa sobre la incertidumbre que genera el desconocer su estado de salud durante la estancia hospitalaria, considerando que la enfermedad grave y la hospitalización en una unidad de cuidados críticos originan un sin número de experiencias como dolor, incomodidad e interrupción de las actividades de la vida diaria y preocupaciones, lo que puede llegar a generar mucho estrés y por ende complicaciones en la paciente, es así que las participantes manifiestan:

(...) *“Es que yo no me acuerdo de nada le cuento, estuve así como muerta”*. (P5)

(...) *“Cuando yo estaba en la Unidad de Cuidados Intensivos yo casi no entendía lo que pasaba”*. (P7)

(...) *“Yo desperté en una Unidad Cuidados Intensivos, cuando tenía todavía el tubo en la boca no podía hablar con los médicos, ya entonces solo podía movilizarse un poco las manos”*. (P8)

En virtud de ello, Muñoz et al. (2020) reconocen que el ingreso a una UCI es un hecho angustioso tanto para el paciente como para su familia. Da lugar a la aparición de síntomas como ansiedad, depresión y alteraciones del sueño, que contribuyen a una aparición significativa de problemas como falta de memoria, recuerdos distorsionados, pesadillas o alucinaciones, todos ellos relacionados con el estrés postraumático.

Además, la transición hospitalaria en áreas críticas puede crear un período de vulnerabilidad para los pacientes, que conlleva a diferentes patrones de respuesta como angustia emocional, ansiedad y depresión, debido a comportamientos observables o no observables, por consiguiente, conduce a sentimientos de abandono, inseguridad y sensación de descontrol por la falta de información y carencia de comunicación asertiva (Cuzco et al., 2022).

2. Aspectos positivos durante la atención perinatal recibida en la Unidad de Cuidados Intensivos.

El posterior resultado enfoca la percepción positiva de las participantes sobre la atención recibida durante la estancia hospitalaria en la unidad de cuidados intensivos, en este sentido la primera subcategoría: **Calidad del cuidado recibido en las Unidades Críticas**, surge de la descripción emitida por las participantes sobre el cuidado recibido durante la hospitalización, relacionado al servicio y contacto con los profesionales de la salud, que favorecen un paradigma positivo sobre la calidad del servicio brindado, esto se evidencia en las siguientes afirmaciones:

(...) “Me atendieron muy bien, no tengo ninguna queja, estoy satisfecha con todo el servicio brindado y me cambió la perspectiva de lo que uno creía como es el sistema de salud pública”.

(P1)

(...) “Me trataron bien gracias a Dios y a los médicos, me puse bien, fue muy buena la atención, gracias a Dios si me trataron bien ellos, gracias a Dios todo bien, gracias a mi Dios y a ellos pude salir de eso”. **(P6)**

(...) “Cuando me hicieron la cesárea me vinieron a mostrar una foto y me dijeron que mi bebe estaba vivo y yo me sentí muy bien, me atendieron muy bien, yo veía que ellos trataban de ayudarme, primeramente antes de que vaya a Cuidados Intensivos y me hagan la cesárea, las enfermeras, los doctores muy bien, este la atención fue linda, me sentí muy bien con ellos como actuaban las enfermeras y los doctores tratando de ayudarme de alentarme de que siga, yo estaba alegre por las cosas que hicieron se movieron rapidito buscando un lugar en donde tratarlo al bebe”. **(P7)**

De esta manera, Batista et al. (2022) mencionan que el clima de seguridad del paciente se manifiesta a través de las actitudes y percepciones personales de los profesionales sanitarios, esto se evidencia en las prácticas cotidianas del equipo de enfermería que actúa en estas áreas, permitiendo comprender cómo estos profesionales perciben e integran los diversos factores que influyen en la adopción de prácticas seguras. Además, reconocer tanto las deficiencias como las fortalezas de la seguridad del paciente contribuye a brindar atención de alta calidad, garantizando que los pacientes se sientan contentos y cómodos con la atención que reciben.

Asimismo, la importancia de brindar una atención con calidad, encaminada a la seguridad del paciente con la participación del personal de salud, permite un acercamiento a las necesidades sentidas y evidenciadas por los pacientes a través de la empatía y la comunicación asertiva, que favorece una calidad asistencial de estos, logrando así la plena satisfacción del paciente con el cuidado recibido (Febré et al., 2018).

El siguiente resultado da respuesta a la segunda subcategoría: **Percepción positiva sobre la atención recibida durante el parto y postparto**, considerando al parto como un suceso fisiológico y una experiencia única, las participantes describen la impresión que tuvieron durante su proceso salud-enfermedad en el transcurso del periodo perinatal, teniendo en cuenta que el personal de enfermería se convierte en su principal acompañante, las participantes atestiguan:

(...) *“No tuve ninguna mala experiencia”*. (P2)

(...) *“Tuve buena experiencia”*. (P6)

(...) *“En realidad nadie me trato mal, yo si le agradezco a la gente que me ayudó, tanto a los médicos que me atendieron y cuidaron a mi bebe porque la verdad es que nadie me trato mal ni tampoco este tuve mal atendida, estaba agradecida con toda la gente que me ayudó a mí y a mi bebe, el trato muy bien, de ahí yo agradezco bastante a la doctora al doctor que me atendió, a los que atendieron a mi hijo porque en realidad el salió bien y todo lo demás, solo eso”*. (P11)

En este sentido, la OMS destaca la importancia de mejorar la experiencia de las mujeres durante el embarazo y el parto con una atención digna y respetuosa y el derecho a no sufrir violencia o discriminación, que afecta la confianza de las mujeres en las instituciones y las desmotiva en relación con el cuidado de la salud (Lafaurie et al., 2020). Por otra parte, la OMS (2018) recomienda brindar una atención materna respetuosa, esto se refiere a organizar y brindar atención a todas las mujeres de una manera que respete su dignidad, privacidad y confidencialidad, garantizando al mismo tiempo su bienestar físico y un trato adecuado. Este enfoque también enfatiza la importancia de facilitar la toma de decisiones informadas y otorgar acceso a una atención continua.

3. Aspectos negativos experimentados por las gestantes.

El siguiente resultado da respuesta a la tercera categoría de análisis, con respecto a los aspectos negativos experimentados por las gestantes en la UCI, ocasionados por múltiples factores, como la experiencia vivida por la enfermedad y el desapego de su recién nacido a causa de la misma. Es así que se describe en la primera subcategoría: **Sentimientos negativos en la mujer gestante con trastornos hipertensivos**, considerando que desde el momento en que se diagnostica una enfermedad que requiere un ingreso hospitalario se pueden experimentar diversas alteraciones emocionales como ansiedad, estrés o depresión, esto en conjunto con las vivencias experimentadas de las pacientes, más el desapego con su hijo, en consecuencia repercute de manera negativa en la salud mental de estas, incluso varios meses después del alta hospitalaria, de tal modo que 4 de las participantes nos relatan:

(...) “Dice mi esposo que como a las 2 de la mañana fue que me la sacaron y yo ahí yo no sabía nada de ella hasta el otro día me revisaba la barriga, estuve como 2 meses ingresada, estaba como triste porque me hacía falta la niña”. (P5)

(...) “Lo hubiesen pasado a mi bebe al lado mio y no me separaban llevándoselo a Quito”.
(P7)

(...) *“En primer momento de que yo estaba en sala de parto a mí no me dejaron ni siquiera ver, no me dejaron, no me lo dejaron ver, no me lo acercaron como normalmente se lo ponen en el pecho para que reciba el calor materno”*. (P10)

(...) *“Me desperté ya estaba en el hospital, entonces desde allí este..... ya no tenía a mi bebe y mi bebe estaba por otro lado”*. (P11)

Es así, que los factores estresantes conllevan a diferentes respuestas biopsicológicas, estableciendo situaciones agobiantes para los pacientes ingresados en las Unidades Críticas, Roa y González (2020) afirman que es posible crear intervenciones positivas que alivien estos factores y mejoren sus condiciones de vida, manteniendo una empatía con la dolencia del paciente y generando una oportuna y efectiva atención con cada uno de ellos.

En este sentido, González (2021) señala al embarazo como un período de crecimiento y desarrollo que presenta importantes desafíos físicos y psicológicos para las gestantes y sus cónyuges, predominando en estos estados emocionales el estrés, la ansiedad y/o la depresión, considerando que el propio embarazo es un factor estresante importante para el desarrollo tanto de la madre como del niño, el mismo que puede tener efectos a largo plazo en el desarrollo neurológico del feto.

Por otra parte, la segunda subcategoría describe los **Efectos negativos en la salud mental de las mujeres gestantes**, esto debido a múltiples razones, en especial a la ausencia y separación con sus hijos, quienes fueron alejados por diferentes motivos, entre ellas la carencia de recursos de los servicios de hospitalización en la neonatología, ocasionando la desvinculación madre-hijo, durante la hora sagrada y la pérdida de este contacto inmediato, en este sentido emergen las siguientes narrativas:

(...) *“La experiencia que tuve en parte fue algo feo porque estuve tantos días en UCI sin poder ver a mi bebe, era algo desesperante pero bueno a la vez tenía que ser fuerte”*. (P4)

(...) *“Fue fatal, me sentía mal porque mi bebe no estaba a mi lado”*. (P6)

(...) *“No veía a mis familiares, no dejaban entrar a nadie, no tenía ni a mi papá, ni a mi esposo, a nadie, yo estuve asustada porque no tenía a mi bebe”*. (P11)

De este modo, Contreras et al. (2021) mencionan que la salud mental es la capacidad de un individuo para reconocer sus capacidades y hacer frente a las tensiones normales de la vida y disfrutar del mayor bienestar posible; cabe destacar que se ha evidenciado a las mujeres gestantes son vulnerables a sufrir depresión y trastornos de ansiedad durante y después de la gestación, por lo que una adecuada salud mental durante el embarazo tiene un efecto beneficioso sobre la resolución de esta etapa y la salud del recién nacido.

De la misma manera, la tecnología altamente especializada y sofisticada utilizadas en las áreas críticas puede mejorar la supervivencia de pacientes clínicamente críticos e inestables al proporcionar mediciones continuas del estado de salud; a pesar de ello, aumenta los factores de estrés para los profesionales de la salud, los pacientes hospitalizados y las familias, generando sentimientos negativos, sumado a esto el desapego madre-hijo (Dalla et al., 2018).

En la misma línea, Velandria et al. (2019) mencionan que muchos padres, a menudo inconscientes o no comprendiendo del todo el estado de salud de sus hijos, construyen escenarios mentales que desencadenan una variedad de emociones. El ingreso del niño a la unidad o la hospitalización es una experiencia discordante que evoca sentimientos de incertidumbre, impotencia y pesimismo entre los padres.

El próximo resultado en la tercera subcategoría trata del **Sufrimiento por la pérdida del recién nacido**, siendo este uno de los sentimientos negativos experimentados por las participantes durante la estancia en estas unidades de cuidados intensivos, cabe recalcar que una de las complicaciones de los trastornos hipertensivos en el embarazo, es el incremento de la mortalidad neonatal, es así el testimonio de una participante quien nos relata:

(...) “Yo tenía 36 semanas de gestación y cuando llegué al hospital ya mi bebe estaba muerto, con la pérdida de mi hijo a la misma vez tristeza, pero tenía que seguir adelante porque tenía 3 hijos más que me esperaban”. (P2)

En este aspecto, Maeso (2022) menciona que la salud emocional de las madres y parejas que experimentan una muerte perinatal se ve significativamente afectada, por lo que es primordial que los profesionales de la salud tengan la capacitación adecuada para su abordaje y participación en grupos de apoyo para mujeres en duelo y sus familias.

Además, perder un hijo es uno de los peores dolores que puede percibir una persona ya que es una realidad que no fue prevista por quienes la concibieron, de Carvalho et al. (2023) señalan que la pérdida de un recién nacido puede ser dolorosa durante mucho tiempo, existe la posibilidad de ocasionar depresión u otros problemas psicológicos, en ese sentido, el personal de salud debe realizar un cuidado humanizado en un ambiente tecnológico, sofisticado y altamente sensible que requiere de habilidades y destrezas receptivas, para una adecuada vinculación y comunicación en el manejo del duelo.

En este sentido, la mujer se vincula con su hijo/hija desde el comienzo del embarazo, especialmente a través de los movimientos fetales; cabe destacar que el descubrir la muerte de su bebe, provoca que experimentes un dolor profundo e intenso, generando angustia y sufrimiento, interpretándose en muchas ocasiones como una pérdida del equilibrio y un riesgo de condiciones patológicas, por lo que la calidad de la atención que brindan los profesionales de la salud a las usuarias con trastornos reproductivos es importante ya que durante el proceso normal del duelo, esto puede tener un impacto negativo y crear imágenes de estrés postraumáticos en las pacientes (Ensignea et al., 2020).

4. Emociones presentes en las púerperas durante las horas sagradas.

En esta categoría las entrevistadas expresan las emociones presentadas al momento del nacimiento de sus niños y su necesidad de tenerlos cerca para establecer el vínculo madre hijo. En esta línea se presenta la primera subcategoría **Desvinculación madre-hijo durante la hora sagrada**, como resultado de lo expresado por (P1) (P4) (P6) (P8) que manifiestan la fragmentación e interrupción del contacto y apego precoz durante el parto y post parto, relación que favorece la evolución clínica y emocional de este binomio; no obstante, complicaciones como los trastornos hipertensivos durante la gestación conlleva riesgos para la salud materno fetal y del recién nacido, esto vulnera el contacto de ambos provocando sufrimiento en la madre y a corto plazo en el recién nacido problemas inmunológicos y nutricionales; en este sentido, emergen las siguientes narrativas con sentimientos experimentados por las participantes:

(...) *“Si es un poco triste porque uno tiene la ilusión de que apenas nace tenerlo en brazos, pero no se dio la oportunidad, fue triste ese cuadro fue muy triste, estuve separada del bebe bastante tiempo hasta que me pasaron a ginecología incluso me dieron el alta de ginecología, ahí tuve que ir a la sala de neonatos, del bebe estuve separada como 8 días”*. (P1)

(...) *“De mi parte si quería ver a mi bebe, aunque sea un ratito, pero me decían que no lo podía ver por motivo que yo estaba en un área muy restringida”*. (P4)

(...) *“Estuve separada de mi bebe como 7 días desde que nació hasta que me dieron de alta”*. (P6)

(...) *“Cuando recién me sacaron el tubo días después, ya pude hablar y lo primero que pregunté sobre mi hijo que donde estaba, y ahí recién supieron darme una razón de donde se encontraba”*. (P8)

(...) *“La verdad es que estaba asustada, no sabía nada de mi bebe, no me querían dar información de él, solo me decían que yo tenía que estar allí por más tiempo”*. (P11)

Para Troncoso et al. (2021) el nacimiento de un hijo es un momento maravilloso, profundamente personal y emotivo para los nuevos padres. Los llena de anticipación, mientras esperan acunar a su recién nacido, ofrecerle afecto, brindarle cuidados cariñosos y otorgarle el amor necesario para la llegada del niño al mundo. Sin embargo, este escenario idealizado a menudo se ve alterado por la aparición de un parto prematuro.

En esta misma línea, Gutiérrez (2020) menciona que al observar los efectos de las separaciones tempranas, se dedujo que la conducta de apego materno surge de una inclinación innata por la cercanía física y emocional entre madre e hijo. Esta inclinación es autónoma y no depende de la satisfacción de otras necesidades infantiles esenciales. Con el tiempo, esto conduce a una preferencia creciente por la madre, acompañada del desarrollo de ansiedad ante personas desconocidas y miedo a la separación.

Otra de las subcategorías presente que nace del sentir de las participantes son las **Percepciones sobre el apego precoz durante la estancia en las unidades críticas**, en las que las entrevistadas manifiestan la necesidad de hacer cambios para este grupo de atención sobre su estancia hospitalaria en las áreas de atención crítica, esto relacionado al alojamiento conjunto frente a las restricciones que poseen estas, lo que garantiza un bienestar emocional clínico y psicológico del binomio madre hijo, esto se evidencia en las siguientes afirmaciones:

(...) *“Creo yo que mientras estén en Cuidados Intensivos, aunque es imposible por lo menos tratar de llevar al neonato o no se así sea una vez llevarle a ver a la mamá, trasladar al neonato a donde está la madre porque uno no se puede movilizar”*. (P1)

(...) *“Deberían llevar al bebe a donde está ingresada la mamá para hacerle apego”*. (P2)

(...) *“Que le den qué se yo un espacio o un tiempo para que vea a su bebe, considero que mejoraría la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos”*. (P3).

(...) “No sabía nada de él, no me daban ninguna noticia, estuve 9 días en UCI, tenía que estar tranquila pero no podía estarlo porque no sabía nada; considero que sería bueno que les permitan ver a sus bebés”. (P4)

(...) “Sería bueno que le lleven el bebe a donde se encuentra uno hospitalizada”. (P5)

(...) “Que puedan dejar ver a los bebés a las mamás”. (P6)

Consecuentemente, Canchero et al. (2019) reconocen que las UCI suelen ser lugares donde las relaciones personales y la calidad humana están dominadas por los protocolos, la tecnología y la eficiencia, en el cual, la aceptación del paciente provoca inestabilidad del aspecto psicológico y emocional, por ello la prestación de una atención de calidad y calidez mejora su satisfacción y por ende su bienestar psicológico.

En este sentido, colocar al recién nacido sobre el pecho de la madre le permite realizar un reconocimiento olfativo y establecer su conexión visual inicial. En respuesta a sus reflejos innatos, la mayoría de los bebés pueden alcanzar el pecho y alimentarse por primera vez dentro de los primeros 60 minutos de vida. Este contacto piel con piel produce resultados positivos para la madre, reduciendo el estrés y mitigando los posibles desafíos emocionales asociados con el parto. También instiga un sentido de protección y cuidado, fomentando la confianza de la madre en el cuidado de su hijo (Costa et al., 2020).

5. Déficit de recursos para la terapéutica oportuna en la atención perinatal.

La hospitalización de un niño que acaba de nacer antes de la hora prevista y con algunas complicaciones de salud es un momento de crisis para la madre, esto sumado a la falta de recursos para la atención en las unidades de salud, se convierten para la familia en especial para la madre, en interrogantes de lo que se debió hacer y no se hizo.

En este contexto, de acuerdo a lo mencionado en las entrevistas surge la siguiente subcategoría **Carencia de recursos en la atención materno-neonatal**, está emerge de la vivencia experimentada en el cuidado y la atención del binomio madre hijo, en que la escasez de dispositivos médicos, las debilidades en el personal sanitario en relación a habilidades y competencias especializadas provocan una inadecuada atención, que en consecuencia, se hace necesario trasladar a una institución de mayor complejidad, fragmentando la relación y favoreciendo el desapego del vínculo madre hijo, esto se evidencia a través de la siguiente afirmación:

(...) “A los dos días vino mi esposo y él me explicó, me dijo que me habían llevado de emergencia a la maternidad y me habían operado, luego me mandaron a otro hospital y a mi bebe lo dejaron allí”. (P11)

(...) “Yo siento que el hospital debió contar con una incubadora especial para niños que no nacen a término, entonces si hubiesen tenido ese tipo de incubadora hubiera sido diferente”. (P7)

(...) “Vi que él se aferró a la vida, resistió el viaje de Santo Domingo a Quito”. (P7)

Acorde con lo anteriormente expresado, Orrego (2019) manifiesta que el parto prematuro ocasionado por los trastornos hipertensivos durante el embarazo, es una condición que genera un gran efecto en la morbi-mortalidad neonatal en los indicadores de salud e incremento en los costos hospitalarios, que hace necesario en la inversión de una atención especializada y un manejo multidisciplinario entre profesionales con experiencia en cuidados críticos en un estado de riesgo vital.

Del mismo modo, es aconsejable la disposición de los cuidados perinatales por niveles para asegurar el nacimiento de cada recién nacido en una institución que garantice las necesidades de salud y la optimización de los cuidados; por el motivo de que los recién nacidos de muy bajo peso son más propensos a la muerte cuando nacen fuera de un hospital especializado sin el equipo de soporte vital, dispositivos, medicamentos y personal entrenado para resolver situaciones emergentes en este, es fundamental que estos bebés nazcan en unidades con estas características específicas, salvo en los casos en que no sea factible por la condición clínica de la madre o por limitaciones geográficas (Pérez et al., 2023).

Con este contexto aparece otra subcategoría sobre la **Limitación terapéutica al recién nacido**, esta evidencia las limitaciones existentes en los sistemas de salud en función de la demanda de servicios y la oferta por parte de estos, asociada la escasez de recursos presenta un gran impacto en la mortalidad y salud de los pacientes, que hace necesario la búsqueda de instituciones de mayor complejidad, tiempo que tiene un gran efecto en la evolución clínica y de supervivencia madre hijo, esto evidenciado en la siguientes narrativas:

(...) “Lo trasladaron a una incubadora, me dijeron que no estaba recibiendo la atención con los equipos que necesitaba, por lo que tenían que trasladarlo de emergencia a Quito”. (P7)

Según datos de la OMS (2019) cada año nacen alrededor de 30 millones de bebés en todo el mundo con alguna afección que hace imperioso ser ingresados en las unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), esta necesidad puede ser por prematuridad, bajo peso o alguna enfermedad desarrollada en los primeros días de vida, en consecuencia de las patologías presentes durante la gestación.

Del mismo modo, en el Ecuador el ente rector de la salud (MSP) cumple la distribución hospitalaria de acuerdo a la necesidad de la población, asignando la alta complejidad con infraestructura adecuada, equipos tecnológicos avanzados y una fuerza laboral calificada con experiencia clínica y quirúrgica, incluidas especialidades y subespecialidades, a los hospitales del tercer nivel de atención, conectados a los de menor complejidad para dar apoyo en casos que no haya capacidad resolutoria (INEC, 2019).

6. Carencia de la comunicación asertiva por el personal sanitario

En consecuencia podemos indicar que el proceso de comunicación terapéutica o asertiva debe desarrollarse de forma transversal durante la atención partiendo del conocimiento propio, la relación de ayuda y la escucha activa, aquí es importante que el personal sanitario tenga habilidades y destrezas para descifrar lo que un paciente quiere expresar, incluso sin el uso de la comunicación verbal, siendo empáticos, lo que va a permitir establecer una relación de confianza, estabilidad emocional y de ayuda, brindando así un cuidado integral al paciente, de esta manera las participantes expresan:

(...) “Entonces quería que alguien me dijera algo sobre mi hijo, pero nunca me dijeron nada, los médicos pasaban, las enfermeras también pasaban, pero nadie me decía nada, nunca se comunicaron conmigo, que me comuniquen donde está el niño, porque es lo primero que uno piensa como madre que ni bien se despierta y ver que no está, que si uno se despierta que me digan dónde estoy, dónde está el niño, lo más importante y como está él, que me hablen de él para yo poder tranquilizarme, les falta al personal un poquito más de comunicación para los pacientes que somos”. (P8)

(...) “Lo único que no me gusto es la parte que le había comentado en días anteriores de que no me daban noticias de mi bebe, pero no sabía nada, no me decían nada y no tenía noticias pues me decían que ellos no eran de esa área”. (P10)

De esta manera, Maza et al. (2023) concluyen en que la actitud empática hace posible el respeto y la dignidad de la relación personal de salud-paciente, también enfatizan que es importante que el profesional de la salud sea empático con el paciente y procure entender sus perspectivas y experiencias.

Por otra parte, la primera información dada a los padres por primera vez, dentro de esta área es primordial, ya que de esto depende de cómo los padres viven esta experiencia; por lo tanto, el personal de salud que está encargado de brindar la información sobre la condición del recién nacido debe estar predispuesto a utilizar un lenguaje claro, sencillo y empático, favoreciendo así la relación con el paciente y la comunicación asertiva (Torrecilla et al., 2023).

En este sentido, se pudo evidenciar la presencia de emociones positivas y negativas durante la estadía de las madres y sus hijos en las unidades críticas, esto relacionado con la atención holística de salud, la comunicación y las relaciones interpersonales; por otro lado, se visualizan la necesidad de una UCI humanizada durante la atención perinatal, que mejorará significativamente los cuidados brindados y la calidad de atención en estas unidades.

6. CONCLUSIONES

Este trabajo ha demostrado que la intensidad de la experiencia de las pacientes al pasar por una Unidad de Cuidados Intensivos es innegable, pudiendo ser estas positivas y negativas, en muchos casos relacionadas al cuidado recibido durante el parto y post parto, donde también afloraron sentimientos por su enfermedad, por el estado del niño o la pérdida del neonato en determinado caso, esto generando un impacto negativo en el bienestar biopsicosocial en relación a la estancia hospitalaria en servicios críticos.

En esa misma línea, podemos decir que las enfermedades hipertensivas del embarazo tienen alta incidencia en la morbilidad y mortalidad materno fetal - neonatal, donde son necesarios

cuidados de alta complejidad como los ofrecidos en hospitales especializados de tercer nivel de atención, por esta razón muchos deben ser trasladados de acuerdo a su necesidad a estos centros para disminuir el riesgo vital al que estarían expuestos.

Del mismo modo, sobresalen durante la estancia hospitalaria en el cuidado entre el personal de salud y la mujer gestante, emociones negativas relacionándose a la desvinculación madre-hijo durante la hora sagrada, evadiendo de esta manera el apego precoz, esto debido a las múltiples causas de ingreso a una UCI, donde además la carencia de la comunicación asertiva por parte del personal sanitario jugó un papel importante en las vivencias experimentadas en los servicios críticos.

Finalmente, las vivencias referidas por las participantes durante la estancia hospitalaria en las unidades críticas, asocian una calidad de atención inadecuada por un déficit de recursos para la atención perinatal terapéutica oportuna, ya que al tener esta limitación, los recién nacidos deben ser remitidos a casas de salud de mayor complejidad, generando de esta manera la desvinculación madre-hijo, vulnerando el estado psicoemocional de estas pacientes; lo que hace necesario, contar con el equipamiento oportuno para una atención especializada a todos los recién nacidos independientemente de su edad gestacional, reduciendo así el impacto que genera esta pérdida de apego precoz y separación del binomio madre hijo.

7. BIBLIOGRAFÍA

Arias, J., Villasis, M. Á., y Miranda, M. G. (2016, junio). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alergia México*, 63 (2), 201–206.

<https://www.redalyc.org/pdf/4867/486755023011.pdf>.

Batista, J., Rambo, S. A., Dos Santos, A., Chileider, M. D., Vasconcelos, N., y Terezinha, C.

(2022). Clima de seguridad del paciente en Unidades de Cuidados Intensivos en un hospital privado. *Revista Cubana de Enfermería*, 38 (3).

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192022000300007

Bowlby, J. (1989). *Una base segura aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Ediciones

Paidós Ibérica; [https://holossanchezbodas.com/wp-content/uploads/2021/08/John-](https://holossanchezbodas.com/wp-content/uploads/2021/08/John-Bowlby-Una-base-segura.pdf)

[Bowlby-Una-base-segura.pdf](https://holossanchezbodas.com/wp-content/uploads/2021/08/John-Bowlby-Una-base-segura.pdf). [https://holossanchezbodas.com/wp-](https://holossanchezbodas.com/wp-content/uploads/2021/08/John-Bowlby-Una-base-segura.pdf)

[content/uploads/2021/08/John-Bowlby-Una-base-segura.pdf](https://holossanchezbodas.com/wp-content/uploads/2021/08/John-Bowlby-Una-base-segura.pdf)

Buelvas, Y. M., Bula, J., y Cuadrado, C. J. (2021). Resultados maternos y neonatales en mujeres

con trastornos hipertensivos en embarazos lejos del término. *Revista Colombiana de*

Enfermería, 20 (1). <https://doi.org/10.18270/rce.v20i1.3078>

Canchero, A., Matzumura, J. P., y Gutiérrez, H. (2019). Satisfacción del familiar del paciente en

la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2018. *Anales De*

La Facultad De Medicina, 80 (2), 177–82. <https://doi.org/10.15381/anales.802.16412>

Contreras, N. A., Moreno, P., Márquez, E., Vázquez, V., Pichardo, M., Ramírez, M. L., y

Mancilla, J. (2022). Salud mental perinatal y recomendaciones para su atención integral

en hospitales ginecoobstétricos. *Cirugía y cirujanos*, 90 (4), 564-572.

<https://www.scielo.org.mx/pdf/cicr/v90n4/0009-7411-cir-90-4-564.pdf>

- Corona, J., y Maldonado, J. (2018). Investigación Cualitativa: Enfoque Emic-Etic. *Revista Cubana Investigación Biomédica*, 37 (4), 4.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002018000400022.
- Costa, M., Lalaguna, P., y Díaz, N. M. (2020). Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201902006. <https://www.scielosp.org/pdf/resp/2019.v93/e201902006/es>
- Cuzco, C., Delgado, P., Marin, R., Núñez, A., Romero, M., Martínez, M. A., y Castro, P. (2023). Teoría de las transiciones y empoderamiento: un marco para las intervenciones enfermeras durante la transición del paciente de la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 34 (3), 138-147. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2022.10.003>
- Dalla, L., Stumpf, P., Isdra, C., y Chaves C. (2018). Los factores estresantes en pacientes adultos internados en una unidad de cuidados intensivos: una revisión integradora. *Enfermería Global*. 17 (52), 580-611. <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/1695-6141-eg-17-52-580.pdf>
- Díaz, L. P., y Ballesteros, G. (2021). Comunicación entre la enfermera y el familiar: Una relación entre seres humanos honesta, directa y real. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 23. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie23.cefr>
- Dragan, I.-M., y Isaic, A. (2022). An Original Solution for Completing Research through Snowball Sampling—Handicapping Method. *Advances in Applied Sociology*, 12 (11), 729–746. <https://doi.org/10.4236/aasoci.2022.1211052>
- Duque, C., y Arias, M. M. (2021). Relación enfermera-familia en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hacia una comprensión empática. *Revista Ciencias de la Salud*, 19 (1). <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10059>

Duque, L., Rincón, E. E., y León, V. E. (2020). Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica. *Ene*, 14 (3).

<https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v14n3/1988-348X-ene-14-03-e14308.pdf>

Escobar, A., y Bejarano, M. (2021). Vivencias de mujeres con preeclampsia en la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos en Colombia. *Enfermería Clínica*, 31 (3), 166–174.

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.11.003>

Febré, N., Mondaca, K., Méndez, P., Badilla, V., Soto, P., Ivanovic, P., y Canales, M. (2018). Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29 (3), 278-287. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-calidad-en-enfermeria-su-gestion-S0716864018300567>

Gojman de Millán, S., Herreman, C., y Sroufe, L. A. (2018). *La teoría del apego*. Fondo de Cultura Económica.

https://books.google.com.ec/books?id=lQR6DwAAQBAJypg=PT5yhl=esysource=gbs_to_c_rycad=3#v=onepageyqyf=false.

González, M. (2021). Inteligencia emocional relacionado con embarazo y desarrollo fetal. *NPunto*, 4 (37), 84-104. <https://www.npunto.es/revista/37/inteligencia-emocional-relacionado-con-embarazo-y-desarrollo-fetal>

Guevara, G. P., Verdesoto, A. E., y Castro, N. E. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción).

Recimundo, 4(3), 163-173. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(3\).julio.2020.163-173](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.163-173)

Guía de Asistencia Práctica. Trastornos hipertensivos en la gestación. (2020). Sociedad española de Ginecología y Obstetricia; <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n4/GAP-Trastornos%20hipertensivos%20gestacion.pdf>.

Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País. (2017). Sociedad española de Pediatría; https://redets.sanidad.gob.es/documentos/GPCLactancia_Osteba.pdf.

Gutiérrez, M. J. (2020). Evaluación de patrones de apego en niños prematuros, estudio comparativo con niños nacidos a término. *Interdisciplinaria*, 37 (2), 79-94. <http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v37n2/1668-7027-Interd-37-02-00094.pdf>

Guzmán, E. (2021). *Percepción de la madre en el cuidado del recién nacido prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales* [Universidad Peruana Cayetano Heredia]. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/11535>.

Hernández, R., y Fernández, C. (2014). *Metodología de la investigación* (P. Baptista, Ed.; Sexta edición). McGraw-Hill Education.

Hornedo, I., y Vázquez, Y. (2019). Morbilidad materna extrema según causas de admisión en cuidados intensivos. *Revista: Caribeña de Ciencias Sociales*. <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/07/morbilidad-materna-extrema.html>
[//hdl.handle.net/20.500.11763/caribe1907morbilidad-materna-extrema](https://hdl.handle.net/20.500.11763/caribe1907morbilidad-materna-extrema).

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. (2019). *Registros estadísticos de camas y egresos hospitalarios*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Cam_Egre_Hos_2018/Metodologia%20Camas%20y%20Egresos%20Hospitalarios%202018.pdf

- Joven, Z., y Guáqueta, S. (2019). Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. *Avances en Enfermería*, 37 (1), 65–74.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002019000100065&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Kirby, C. (2019). *Síndrome hipertensivo del embarazo en ecuador y latinoamérica* [Tesis de Pregrado, Universidad Técnica de Machala].
<http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/13616>.
- Lafaurie, M. M., Angarita de Botero, M. D., y Chilatra, C. I. (2020). Atención humanizada del embarazo: la mirada de gestantes que acuden a una unidad hospitalaria de salud. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (38), 180-195.
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682020000100180
- Maeso, A. (2022). *Intervención de enfermería ante la muerte perinatal en el ámbito hospitalario: una revisión integradora*. [Tesis de Pregrado, Universitat Jaume I].
<http://hdl.handle.net/10234/200923>
- Martins, M. C., Boeckmann, L. M. M., Melo, M. C., Moura, A. S. D., Morais, R. D. C. M. D., Mazoni, S. R., y Griboski, R. A. (2022). Percepciones de madres lactantes ante la prematuridad en una unidad de cuidados intensivos neonatales. *Cogitare Enfermagem*, 27.
<https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80125>
- Maza de la Torre, G., Motta, G. A., Motta, G., y Jarquin, P. M. (2023). La empatía, la comunicación efectiva y la asertividad en la práctica médica actual. *Revista de sanidad militar*, 77 (1). <https://doi.org/10.56443/rsm.v77i1.371>
- Mendoza, M., Moreno, L., Becerra, C., y Díaz, L. (2020). Desenlaces materno-fetales de los embarazos con trastornos hipertensivos: Un estudio transversal. *Revista Chilena de*

Obstetricia y Ginecología, 85 (1), 14–23.

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-

[75262020000100014](https://doi.org/10.4067/S0717-75262020000100014)ylng=enynrm=isoytlng=en. <https://doi.org/10.4067/S0717->

[75262020000100014](https://doi.org/10.4067/S0717-75262020000100014)

Ministerio de Salud Pública. Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía de Práctica Clínica.

(2016). Clasificación de la enfermedad. [https://www.salud.gob.ec/guias-de-practica-](https://www.salud.gob.ec/guias-de-practica-clinica-2016/)

[clinica-2016/](https://www.salud.gob.ec/guias-de-practica-clinica-2016/).

Moreno, C., Mesa, N., Pérez, Z., y Vargas, D. (2015). Convertirse en madre durante la

adolescencia: Activación del rol materno en el control prenatal. *Revista CUIDARTE*, 6(2),

1041. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.162>

Múnera, A. G., Ibarra, J. A., y Muñoz, E. (2021). Hipertensión arterial y embarazo. *Revista*

Colombiana de Cardiología, 28 (1), 3-13.

<http://dx.doi.org/10.24875/RCCAR.M21000002>

Muñoz, M. P., Villanueva, C., Alonso, S., Cuzco, C., Romero, M., y Delgado, M. P. (2020). Uso

y efectos terapéuticos de los diarios en Unidades de Cuidados Intensivos. *Index de*

Enfermería, 29 (4), 230-234.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000300009

OPS (2019). *Día de Concientización sobre la Preeclampsia*. [https://www.paho.org/es/noticias/1-](https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia)

[8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia](https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia)

OPS. (2018). *Recomendaciones de la OMS: Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*.

[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- OPS. (2020). [OPS]. *OPS. Ecuador implementa programa Hearts para luchar contra la hipertension*. <https://www.paho.org/es/noticias/17-5-2021-ecuador-implementa-programa-hearts-para-luchar-contrahipertension>
- Orrego, J. (2019). Desenlaces en salud y costos globales de atención de los recién nacidos mayores de 1500 gramos ingresados a la UCI neonatal de una IPS de nivel IV de Cali entre enero de 2014 a diciembre de 2015 [Tesis Doctoral, Universidad del Valle]. <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/14319/CB-0591788.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Osorio, L., y Castiblanco, N. (2019). Significados en puérperas sobre la hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Ciencia y Cuidado*, 16 (3), 21–33. https://www.researchgate.net/profile/Nubia-Castiblanco-Lopez/publication/338762073_Significados_en_puerperas_sobre_la_hospitalizacion_en_Unidad_de_Cuidados_Intensivos/links/5e28f942299bf1521675bad6/Significados-en-puerperas-sobre-la-hospitalizacion-en-Unidad-de-Cuidados-Intensivos.pdf.
- Palatnik, A., Mukhtarova, N., Hetzel, S., y Hoppe, K. (2023). Blood pressure changes in gestational hypertension, preeclampsia, and chronic hypertension from preconception to 42-day postpartum. *Pregnancy Hypertension*, 31, 25–31. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2210778922001295>. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2022.11.009>
- Pérez, A., Boix, H., Sánchez, M. D., Cernada, M., Espinosa, M. G., González, N., y Luna, M. S. (2023). Niveles asistenciales en las unidades neonatales en España: Una visión actualizada para una nueva realidad. *Anales de Pediatría*, 98 (4), 301-307. Elsevier. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403323000450>

- Pires, L. D., Costenaro, R. G., Gehlen, M. H., Pereira, L. A., Hausen, C. F., y Neves, E. T. (2023). Aflicción parental: experiencias del equipo de enfermería en cuidados intensivos neonatales. *Cogitare Enfermagem*, 28, e86643. <http://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.89837>.
- Prado, M., De Souza, M., Monticelli, M., Cometto, M., y Gómez, P. (2013). *Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica*. (Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000). Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000; chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51587/9789275318171_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y.
- República Dominicana, Ministerio de Salud Pública. *Guía de práctica clínica para la atención del recién nacido prematuro* (2018). Organización Panamericana de la Salud; <https://doi.org/10.37774/9789945591668>
- Roa, K. T., y González, R. V. (2020). Instrumento de identificación de factores estresantes percibidos por pacientes en unidad de cuidados intensivos. *Revista Cubana de Enfermería*, 36 (3). <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v36n3/1561-2961-enf-36-03-e3271.pdf>
- Rodríguez, R. D., Garcia, G. A., Nuñez, E. S., Alpajón, M. M., y Matos, A. O. (2021). Caracterización de pacientes ingresadas en cuidados intensivos por preeclampsia o eclampsia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 46 (4). <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/503/671>
- Ruidiaz, K., y Fernández, S. (2020). Temor y angustia: Experiencia del paciente en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Ciencia y Cuidado*, 17 (3), 7–19. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7732354>.

Salas, B., Montero, F., y Alfaro, G. (2020). Trastornos hipertensivos del embarazo: Comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019. *Revista Médica Sinergia*, 5 (7), e532. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/532>.
<https://doi.org/10.31434/rms.v5i7.532>

Torrecilla, N. M., Wadheim-Arizu, J., y Contreras-Zapata, D. I. (2023). Ansiedad, depresión e interacciones vinculares en madres de prematuros durante el período de internación en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) y prealta de sus hijos. *Revista Científica Multidisciplinaria Arbitrada YACHASUN*, 7(12), 111-124.

Troncoso, M. P., Cantero, F. G., Arenas, J. M., Salas, P. N., Prieto, S. S., y Huaiquián, S. B. (2021). Vivencias de las madres frente a la incertidumbre que experimentan durante la hospitalización de su hijo en una unidad de cuidados intensivos neonatal. *Cuadernos de Enfermería*, (1), 7-14. <https://cuenfer.ucm.cl/article/view/860>

Urrutia, M., Morales, A., Soto, P., Valdebenito, R., y Villagrán, M. (2020). Muerte al inicio de la vida. Experiencias de padres y madres en relación a la pérdida perinatal y la atención en salud. *Revista Matronas*, 8 (3), 6-14.
<https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/195/muerte-al-inicio-de-la-vida-experiencias-de-padres-y-madres-en-relacion-a-la-perdida-perinatal-y-la-atencion-en-salud/>

Vargas, R. M., Placencia, M. V., Vargas, K. S., Toapanta, L. S., Villalobos, N. E., y Loor, M. A. (2021). Complicaciones en neonatos hijos de madres con trastornos hipertensivos del embarazo. *Ginecología y obstetricia de México*, 89 (7), 509-515.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v89n7/0300-9041-gom-89-07-509.pdf>

Villacres, A. I., Villacres, L. R., Saltos Gutiérrez, L. Y., y Cherres, J. I. (2023). Preeclampsia y bajo peso al nacer. *RECIAMUC*, 7 (1), 257-264.

[https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.\(1\).enero.2023.257-264](https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.(1).enero.2023.257-264)

Waldow, R. (2014). Collaborative care in health institutions: The nurse as integrator. *Texto y Contexto - Enfermagem*, 23 (4), 1145–1152.

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0104-07072014000401145ylnq=enytlnq=en)

[07072014000401145ylnq=enytlnq=en. https://doi.org/10.1590/0104-07072014001840013](https://doi.org/10.1590/0104-07072014001840013)

8. ANEXOS

Guía de entrevista

Código de la Participante:

GUIA

Estimada participante, es un gusto contar con su cooperación en este estudio, cuyo objetivo es conocer las vivencias de mujeres EMBARAZADAS con trastornos hipertensivos que ingresaron a la UCI (Unidades de Cuidados Intensivos).

PREGUNTAS ENTREVISTA

1. ¿Qué experiencias tuvo usted durante el tiempo que estuvo ingresada en la UCI (Unidades de Cuidados Intensivos)?
2. ¿Cómo tomó usted la ausencia o separación de su hijo mientras estuvo ingresada en la UCI (Unidades de Cuidados Intensivos)?
3. ¿Cómo usted percibe el trato recibido por los profesionales de la salud durante su estancia en la UCI (Unidades de Cuidados Intensivos)?
4. ¿Qué estrategias usted considera que el personal de salud emplea o debe emplear para mejorar la estancia en la UCI (Unidades de Cuidados Intensivos) y la separación de madre-hijo?

Consentimiento Informado



**Pontificia Universidad
Católica del Ecuador**
Seréis mis testigos

**SANTO
DOMINGO**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de nuestro trabajo de investigación es aportar el mejoramiento de la calidad de atención en salud de las embarazadas en las Unidades de Cuidados Intensivos; por lo tanto, la información recabada estará respaldada en el principio de la confidencialidad, por lo que los datos obtenidos serán de uso exclusivo de los investigadores.

Usted ha sido seleccionada para participar en este estudio de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión sobre la realidad experimentada durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos para lo cual se realizará una entrevista

mcdaquilema@pucesd.edu.ec [Cambiar de cuenta](#)



No compartido

* Indica que la pregunta es obligatoria

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS *

Tu respuesta

NUMERO DE CEDULA *

Tu respuesta

FECHA *

Fecha

dd/mm/aaaa

TRAS HABER LEIDO EL CONTEXTO DE ESTE CONSENTIMIENTO USTED *

Acepta la participación en este estudio de forma voluntaria

- SI Acepto
- NO Acepto

Enviar

Borrar formulario

nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este formulario se creó fuera de tu dominio. [Notificar uso inadecuado](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

Tabla de codificación Colorimétrica

Número de código Colorimétrico	Color	Significado
C1		Trastornos Hipertensivos durante la gestación
C2		Consecuencias en el recién nacido por complicaciones de los trastornos hipertensivos durante el embarazo
C3		Calidad del cuidado recibido en las Unidades Críticas
C4		Sentimientos negativos en la mujer gestante con trastornos hipertensivos
C5		Percepciones sobre el apego precoz durante la estancia en las unidades críticas
C6		Desvinculación madre-hijo durante la hora sagrada
C7		Desconocimiento del estado de salud durante la hospitalización en las Unidades de Cuidados Intensivos.
C8		Efectos negativos en la salud mental de las mujeres gestantes
C9		Carencia de la comunicación asertiva por el personal sanitario
C10		Carencia de recursos en la atención materno-neonatal
C11		Percepción positiva sobre la atención recibida durante parto y post parto
C12		Sufrimiento por la pérdida del recién nacido
C13		Limitación terapéutica al recién nacido

Tabla de categorización

Subcategoría	Categoría
Trastornos Hipertensivos durante la gestación	Consecuencias presentadas en las gestantes con Hipertensión en las Unidades de Cuidados Intensivos.
Consecuencias en el recién nacido por complicaciones de los trastornos hipertensivos durante el embarazo	
Desconocimiento del estado de salud durante la hospitalización en las Unidades de Cuidados Intensivos.	
Calidad del cuidado recibido en las Unidades Críticas	Aspectos positivos durante la atención perinatal recibida en la UCI.
Percepción positiva sobre la atención recibida durante parto y post parto	
Sentimientos negativos en la mujer gestante con trastornos hipertensivos	Aspectos negativos experimentados por las gestantes.
Efectos negativos en la salud mental de las mujeres gestantes	
Sufrimiento por la pérdida del recién nacido	
Desvinculación madre-hijo durante la hora sagrada	Emociones presentes en las puérperas durante las horas sagradas
Percepciones sobre el apego precoz durante la estancia en las unidades críticas	
Carencia de recursos en la atención materno-neonatal	Déficit de recursos para la terapéutica oportuna en la atención perinatal.
Limitación terapéutica al recién nacido	
	Carencia de la comunicación asertiva por el personal sanitario