

UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO CULTURAL DE MUJERES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

Luis Miguel Hoyos Vertel

Universidad Nacional De Colombia
Facultad De Enfermería, Programa De Maestría En Enfermería
Bogotá D.C, Colombia
2017

CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO CULTURAL DE MUJERES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

Luis Miguel Hoyos Vertel

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:
Magister en Enfermería con Énfasis en Cuidado de la salud Materno Perinatal

Director (a):

Magister en Enfermería Lucy Muñoz De Rodríguez

Línea de Investigación:

Cuidado Materno Perinatal desde la Enfermería Transcultural

Grupo de Investigación:

Cuidado Materno Perinatal

Universidad Nacional De Colombia
Facultad De Enfermería, Programa De Maestría En Enfermería
Bogotá D.C, Colombia
2017

Dedicatoria

A dios por permitir culminar este proyecto académico e investigativo.

*A mi madre; **Nidia Vertel**, quien me encamino en el arte del cuidado.*

*A mi padre; **Francisco Hoyos**, quien, con su ejemplo, dedicación, esfuerzo, amor, tolerancia y disciplina, me hizo un hombre exitoso y de carácter.*

*A mis hermanitos **Camilito y Javiesito**, mis amigos entrañables, en especial a **Ilba Lucia Álvarez Urzola, María Angélica Bravo Ramos y Katherine Rivero Diaz**.*

Quienes día a día me acompañaron siendo testigos de mis días de miedo, desespero, incertidumbre, llanto, pero también de los días de felicidad, entusiasmo, esfuerzo, dedicación, tranquilidad y perseverancia.

¡A todos Gracias!

Agradecimientos

Me complace sobre manera a través de este trabajo exteriorizar mis sinceros agradecimientos.

A todas *las mujeres* que participaron en la investigación, quienes tuvieron la disposición de compartirme sus experiencias en torno al cuidado genérico.

A la **ESE Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”** por permitirme adquirir experiencia investigativa, profesional y personal.

A la **Universidad Nacional de Colombia y la Facultad de Enfermería** por brindarme los medios necesarios para formarme como investigador y Magíster.

A la profesora **Lucy Muñoz**, por su paciencia, tolerancia, comprensión, quien gracias a su orientación tanto personal, como profesional me enseñó a investigar con responsabilidad, humanidad y pertenencia hacia la disciplina del cuidado, confiando siempre en mí, sobre todo en los momentos difíciles.

Al señor **Álvaro Quintero** por permitirme un espacio para la investigación en la ESE Hospital General de Medellín.

A la Ginecóloga **Juliana Trujillo, y las Enfermeras(os) jefes** de la unidad de urgencias y hospitalización de alto riesgo obstétrico, de la ESE Hospital General de Medellín, por su colaboración en la captación de las gestantes con morbilidad materna extrema.

A la **Fundación Liga Antioqueña de Hemofílicos**, en especial a las Psicólogas **Yuri Andrea Arango y Diana Foronda**, por su comprensión y el apoyo incondicional que me brindaron para poder culminar felizmente mi tesis de Maestría.

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo describir las creencias y prácticas de cuidado desde lo cultural en mujeres que tuvieron causas principales de morbilidad materna extrema, inasistentes al control prenatal y atendidas en una institución de III nivel de atención en salud de la ciudad de Medellín. Fue una investigación de tipo cualitativo, etnográfico, método utilizado fue la etnoenfermería propuesto por Leininger, la muestra compuesta por 17 mujeres con morbilidad materna extrema, inasistentes a control prenatal, éstas fueron entrevistadas varias veces hasta lograr la saturación de datos; luego, se recolectaron y analizaron mediante el análisis etnográfico propuesto por Spradley. Resultados: Se encontró 5 temas generales y 2 taxonomías. El estudio concluyó que la mujer con morbilidad materna extrema, inasistente al control prenatal tiene sus propios modos de cuidado a sí misma y al hijo por nacer cuando está enferma, porque el acceso a los servicios en salud materna es deficiente. De igual forma el cuidado de enfermería que se ofrece a estas mujeres debe hacerse con base al conocimiento de la enfermería transcultural propuesto por Leininger.

Palabras claves: Enfermería, etnoenfermería, cuidado, cuidado cultural, morbilidad materna extrema.

Resumo

Este estudo de pesquisa teve como objetivo descrever as crenças e práticas de cuidado desde a cultura em mulheres que tiveram causas principais de mobilidade materna extrema, desacompanhada de controle pré-natal e atendidas em uma instituição de III nível de atenção em saúde da cidade de Medellín. Foi uma pesquisa de tipo qualitativo, etnográfico onde método utilizado foi a etnoenfermaria proposto por Leininger, a amostra composta por 17 mulheres com mobilidade materna extrema, desacompanhadas de controle pré-natal, estas foram entrevistadas várias vezes até a saturação de dados; depois foram coletados e analisados mediante à análise etnográfico proposta por Spradley. Resultados: Foram encontrados 5 temas gerais e 2 taxonomias. O estudo concluiu que a mulher com mobilidade materna extrema com controle pré-natal inexistente tem suas próprias maneiras de cuidar de si e o filho por nascer quando ela está doente, porque o acesso a serviços de saúde materna é deficiente. Da mesma forma, cuidados de enfermagem que é oferecido a estas mulheres deve fazer com base no conhecimento da enfermagem transcultural proposto por Leininger.

Palavras-chave: Enfermagem, etnoenfermagem, Cuidado cultural, morbilidade materna extrema.

Abstract

The present study aimed to describe the beliefs and practices of cultural care in women who had major causes of extreme maternal morbidity, not in the prenatal control and attended at an institution of III level of health care in the city of Medellín. It was a research of a qualitative, ethnographic type, a method used was the ethno-inferability proposed by Leininger, the sample composed of 17 women with extreme maternal morbidity, not in control of prenatal, who were interviewed several times until data saturation was achieved; Then, they were collected and analyzed through the ethnographic analysis proposed by Spradley. Results: 5 general themes and 2 taxonomies were found. The study concluded that women with extreme maternal morbidity, unresponsive to prenatal care, have their own modes of care for themselves and the unborn child when they are ill, because access to maternal health services is deficient. Similarly, the nursing care offered to these women should be based on the knowledge of cross-cultural nursing proposed by Leininger.

Keywords: Nursing, ethno-nursing, care, cultural care, extreme maternal morbidity.

Contenido

	Pag.
Resumen	III
Introducción.....	10
1. Capítulo: Marco referencial	11
1.1 Descripción Del Área Problemática	11
1.2 Planteamiento del problema	17
1.3Justificación	17
1.4 Objetivo	20
1.5 Definición de conceptos	20
1.5.1 Creencias y prácticas de cuidado cultural.....	20
1.5.2 Mujeres con causas principales de morbilidad materna extrema.....	21
1.5.3 Mujeres inasistentes a control prenatal	21
2. Capítulo: Marco Conceptual.....	21
2.1 Creencias y prácticas de cuidado cultural	23
2.2 Mujeres con causas principales de morbilidad materna extrema	24
2.3 Gestantes inasistentes a control prenatal.....	25
3. Capítulo: Marco de diseño.....	26
3.1 Tipo de estudio.....	26
3.2 Elementos del diseño.....	26
3.2.1 Participantes	26
3.2.2 Tiempo	27
3.2.3 Lugar	27

3.3 Rol del investigador.....	27
3.3.1 Criterios de inclusión de las mujeres participantes en el estudio	27
3.3.2 Criterios de exclusión de las mujeres participantes en el estudio	28
3.4 Muestreo	28
3.5 Aspectos éticos.....	29
3.5.1 Inmersión al campo.....	30
3.6. Procedimientos de recolección de la información y análisis	31
3.6.1 Observación:	31
3.6.2 Notas de Campo:	31
3.6.3 Entrevistas y Análisis de la Información	32
3.6.4 Rigor Metodológico	33
4. Capítulo: Marco de análisis de resultados	35
4.1 Resultados	35
4.1.1 Características de las participantes	35
4.1.2.1 Prácticas de cuidado desde lo profesional	36
4.1.2.2 Prácticas de cuidado desde lo genérico.....	36
4.1.2.3 Cuidados sugeridos por familiares y amigos	36
4.1.2.4 Reacción al diagnóstico médico	36
4.1.2.5 Apreciación de la atención en salud	36
4.2 Discusión.....	77
5. Conclusiones y Recomendaciones.....	85
5.1 Conclusiones.....	85
5.2 Recomendaciones.....	86
Anexo N° 1	88

Anexo N° 289

Anexo N° 392

Introducción

La morbilidad materna extrema es una complicación que ocurre en el embarazo parto y puerperio y que coloca en riesgo la vida de la mujer y del hijo por nacer (1). Este evento tiene una mayor incidencia que el de mortalidad materna, presentándose en una proporción de 1 de 10, muchos de estos casos se presentan por la falta de accesibilidad al servicio de salud materna, lo cual justifica la inasistencia a los programas prenatales en lugares dispersos del país, teniendo en cuenta que la mujer realiza sus propias prácticas de cuidado y tiene sus propias creencias.

Conocer estas creencias y prácticas de cuidado de este grupo poblacional se puede lograr con el referente de la teoría de la universalidad y diversidad del cuidado cultural de Leininger, quien ha definido la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión, las creencias de salud, la enfermedad y prácticas de cuidado, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y/o una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura (2).

Con base en la teoría de la universalidad y diversidad del cuidado cultural de Leininger, se propuso el presente estudio sobre las creencias y prácticas de cuidado cultural de gestantes con causas principales de morbilidad materna extrema e inasistentes a control prenatal, con el fin de aportar un cuidado culturalmente congruente en este grupo.

El concepto de morbilidad materna extrema es versátil y la fácil identificación de los casos y la posibilidad de entrevistar las sobrevivientes (3), refuerzan el valor del estudio de dicho fenómeno fortaleciendo la disciplina, al desarrollar planes de cuidado con base a lo planteado por Leininger, lo cual guía al profesional de enfermería en la planificación y ejecución de planes de acciones y políticas en salud materna e infantil, fortaleciendo los esfuerzos locales y así disminuir la mortalidad materna.

Bajo esta perspectiva surgió la presente investigación, a continuación se desarrolla con detalle el surgimiento y descripción del área problema, el objetivo de la investigación, su justificación, conceptos, marco teórico-conceptual, marco de diseño con sus aspectos éticos, el análisis de los datos obtenidos y sus respectivos hallazgos, conclusiones y recomendaciones.

1. Capítulo: Marco referencial

1.1 Descripción Del Área Problemática

La morbilidad materna extrema MME, Según la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, FLASOG (1) es una complicación ocurrida durante el embarazo, parto y puerperio. W. Stones (4) en 1991 empleó el término “near miss” para definir las complicaciones que amenazan potencialmente la vida de la mujer gestante.

Algunos países de Europa tienen diferentes sistemas y medios para identificar y monitorear la morbilidad materna extrema y actuar de manera rápida y oportuna en su prevención, detección y tratamiento. Escocia desarrolló un sistema para identificar la morbilidad materna extrema (5); en Inglaterra existe un sistema de vigilancia obstétrica (6), Canadá promueve el Canadian maternal morbidity and mortality surveillance nation wide (7), en África oriental se implementó la red para la auditoria en morbilidad materna (8), Nigeria lideró y avanzó en la implementación de un sistema de vigilancia nacional; en Australia (9) el proceso de la vigilancia se basa en la identificación de madres con potenciales amenazas a su vida.

A partir del año 2006 la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia-FLASOG, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud-OMS, la Organización Panamericana de la Salud-OPS y el Centro Latinoamericano de Perinatología-CLAP, han venido promoviendo la iniciativa de la vigilancia de los eventos que amenazan potencialmente la vida de la mujer gestante en la región de las Américas,

para lo cual estimuló reuniones de consenso que permitió establecer la denominación del evento como morbilidad materna extrema (10).

Diferentes estudios (11-18) plantean como causas principales de morbilidad materna extrema la hipertensión arterial, preclamsia, eclampsia, alteración de los factores de coagulación, la diabetes gestacional, parto obstruido y prolongado, hemorragia grave, septicemia y anemia grave.

La OMS en el 2008 (19), realizó una investigación en 19 hospitales latinoamericanos, con el objeto de Caracterizar la Morbilidad Materna Extremadamente Grave en instituciones de mayor afluencia de gestantes de América Latina, encontrando que los casos fueron 11 veces más frecuentes que los de mortalidad materna.

La OMS y el Banco Mundial han considerado la mortalidad materna como la máxima expresión de injusticia social (20). Según OMS en 1990 se presentaron 585.000 muertes maternas. En 2003 la OMS, expreso que 20 millones de mujeres presentaron complicaciones obstétricas, de las cuales 529.000 fallecieron (21), en 2013, se notificaron 389.000 fallecidas (22), para 2015 la cifra descendió a 303.000 muertes maternas. (23)

La mortalidad materna a nivel mundial, mostró en 2015 que países de regiones desarrolladas tenían la razón de mortalidad materna RMM más baja de 11 a 14 x 100.000 nacidos vivos (nv.); mientras que países de África Central y Occidental reportan razones de mortalidad materna altas 567 a 717 x 100.000 (nv), (23).

En las Américas, el contraste es evidente al comparar la Razón de mortalidad materna de países de América del Norte, que presentan cifras inferiores a 12 muertes x 100.000 nacidos vivos (nv), con la de Latinoamérica y el Caribe, que en ese mismo año registró, respectivamente, 67 decesos x 100.000 (nv). El Banco Mundial señala a Uruguay, Chile como los dos países con la razón de mortalidad materna más baja en América Latina. En 2015 esos países registraban 15 y 22 muertes maternas x 100.000 (nv). Haití, Guyana y Surinam se sitúan en el otro extremo con 359, 229, y 155 muertes maternas x 100.000 (nv). (23)

La Razón de mortalidad materna en Colombia para el año 2015, fue de 64 x 100.000 (nv). (23). No obstante, para el periodo de 1998 - 2011 según el Departamento Nacional de Estadística DANE, fue de 78.2 por 100.000 (nv), (24), Guainía fue el departamento con la mayor razón de mortalidad materna en 2009 la cual fue de 351 x 100.000 (nv), (25) seguido por los departamentos de Chocó con 285 x 1000.000 (nv), Amazonas con 251 x 100.000 (nv), (25). La razón de mortalidad materna en el departamento de Antioquia en el año 2015 fue de 79.50 casos x 100.000 (nv), y en Medellín y área metropolitana fue de 58 casos x 100.000 (nv). (26).

De acuerdo a la razón de mortalidad materna (RMM), la media nacional preliminar a semana epidemiológica 52 de 2016, según el Instituto Nacional de Salud, es de 49 por cada 100.000 nacidos vivos, 6 departamentos y 1 municipio presentan RMM por encima de 100 muertes por cada 100.000 nacidos vivos; Vaupés con 481.9, Guainía con 332.8, Vichada con 283, La Guajira con 218.1, Choco con 162.6, Nariño con 125.6 y Buenaventura con 108.5 casos por cada 100.000 nacidos vivos. (27)

De acuerdo al lugar de residencia, en relación con la misma semana epidemiológica de 2014, ha aumentado la notificación de casos en Vaupés con el 100%, Vichada con el 50%, Caldas con el 50%, Amazonas con el 50%, Meta con el 44%, Huila con el 40%, Arauca con el 33%, Valle con el 32%, Magdalena con el 27%, Tolima con el 23%, Antioquia con el 21%, Bogotá con el 18.4%, Barranquilla con el 18.1% y Bolívar con el 18.1%. Las entidades territoriales que han presentado disminución en la notificación en relación con el año 2014 son Casanare, Quindío, Guainía, Cesar, Risaralda, Atlántico, Santa Marta, Santander, Choco, Sucre, Norte de Santander, Cauca, Guajira, Córdoba, Cundinamarca, Putumayo, Cartagena, Caquetá y Nariño; en contraste Guaviare no ha registrado casos de muertes maternas tempranas hasta semana 52 de 2016. (27)

La morbilidad materna extrema, ocurre con mayor frecuencia que la mortalidad materna, lo cual permite un análisis sobre un número mayor de casos y favorece una cuantificación más detallada de los factores de riesgo y determinantes sociales y culturales de salud, que la obtenida al analizar un número relativamente pequeño de muertes maternas (28).

Según el Instituto Nacional de Salud (2014), los factores determinantes en salud, que influyen en una mujer para desarrollar morbilidad materna extrema pueden estar relacionados con el contexto social, cultural, y entre ellos se destacan el estado de inferioridad económica, educativa, legal o familiar, y los relativos a su estado de salud, así como el acceso y calidad de los servicios de salud para la atención materna y la planificación familiar (28).

La calidad de la atención de la gestante y de su hijo por nacer, es importante en el desenlace; bien sea positivo o negativo, por lo cual hay que detectar tempranamente las complicaciones, tener una atención de calidad, reconocer los signos de alarma: Jabir, Abdul-Salam, Suheil, Al-Hilli, Abul-Hassan, Souza (29), Verma y Kumar (30), Rodríguez y Zapata (31).

Existen otros estudios que confirman que la asistencia al programa prenatal, es un factor protector para la detección de la morbilidad materna extrema y concomitantemente de esta forma se disminuye la mortalidad materna; Cáceres 2009 (32), concluyó que el control prenatal es la estrategia recomendada para detectar tempranamente riesgos. Lasso en 2012, (33) recomendó intervenir en los determinantes de salud, para que la mujer tenga adherencia al control prenatal, Munares en 2013, (34) concluyó que tener permisos en el trabajo reduce la probabilidad de abandono al control prenatal, y Rodríguez y cols. (35), encontraron que la dificultad para el pago de transporte es la principal barrera de acceso, al control prenatal. Choudhury y Ahmed (36), exploraron las prácticas de atención materna en mujeres pobres en Bangladesh y encontraron que las mujeres consideran el embarazo como un evento normal, a menos que surjan complicaciones, las limitaciones financieras junto con las creencias y rituales tradicionales fueron impedimentos para buscar ayuda profesional.

El control prenatal es sin lugar a dudas el proceso pertinente para detección temprana de alteraciones en el embarazo, y del hijo por nacer, puesto que es un momento de mayor vulnerabilidad de la mujer, la cual debe requerir cuidados específicos y de calidad, para mejorar su calidad de vida y su impacto a lo largo de esta.

En el departamento de Antioquia, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS (2015), se reportó asistencia al control prenatal del 94.1%, y de este el 88.4% de los controles fueron atendidos por Médicos, el 5.4% Enfermeras (os) Profesionales, 0.6% parteras, 0.3% auxiliares de enfermería y el 5.4% no asistió a control prenatal (26).

Para Medellín, la Encuesta reportó asistencia al control prenatal del 99.8% de los cuales el 97.3% los realizó el Médico, y el 2.5% lo realizó la Enfermera(o) Profesional, y el 0.2% no recibió controles prenatales. Al realizar la comparación con Antioquia y Medellín, se observó que hay una mayor asistencia al control prenatal, en su capital que en los demás municipios (26).

Esta inasistencia al control prenatal, en el caso de Antioquia del 5.4%, y el índice negativo de 0.2% de inasistencia en la ciudad de Medellín (26), impidió detectar tempranamente la morbilidad materna extrema en gestantes que no asisten al control prenatal y hace suponer que estas mujeres tienen sus propios modos de cuidarse desde su propia cultura.

Leininger en su teoría de la Universalidad y Diversidad del Cuidado Cultural plantea que en varias de sus observaciones directas y experiencias en personas de diversas culturas, con una variedad de condiciones de salud, encontró que el modo de cuidado humano era importante para la recuperación de una enfermedad, el mantenimiento de la salud y el bienestar y que las personas naturalmente tienen sus propias maneras de cuidarse, por lo que retó a las enfermeras a descubrir el cuidado específico y holístico utilizado por las diferentes culturas a través del tiempo y en distintos contextos (37).

Con los propósitos anteriores, se encontraron investigaciones desde lo cultural en gestantes que han experimentado situaciones de enfermedad, relacionadas con causas principales de morbilidad materna extrema como diabetes y preclamsia, donde se hizo referencia a creencias y prácticas que utilizaron, las mujeres de los estudios, para su cuidado y el de su hijo por nacer.

Guerra y Vásquez (38), encontraron que las embarazadas diabéticas consideran la salud como un valor, como algo positivo; Benavente, Guerra y Mendoza (39), descubrieron el significado que tiene la salud y la enfermedad para un grupo de adolescentes diabéticas, encontrando que tener salud significa estar tranquilas. Álvarez y Espitia (40), describieron la percepción del cuidado de enfermería en gestantes con preclamsia, encontrando que el 95% de las gestantes percibió que el personal de enfermería demostró conocimiento y competencias en los cuidados terapéuticos que proporciono frente a la preclamsia.

Laza y Pulido (41), describieron la experiencia de la mujer con preclamsia, encontrando que esta experiencia generó miedo y angustia. Pérez y Muñoz (42), describieron el significado que un grupo de puérperas asignaron a la preclamsia, encontrando que confían en estar sanas y reaccionan ante el diagnóstico con temor al riesgo de morir ella y su hijo. Laza y Castiblanco (43), describieron la percepción acerca de la preclamsia, encontrando que las mujeres que sufrieron por primera vez la enfermedad, la percibieron de forma "inesperada y sin avisar"; para las que la habían padecido, la esperaron con resignación y angustia. Noguera y Muñoz (44), describieron los significados de tener preclamsia para un grupo de gestantes, encontrando que se generan sentimientos como incertidumbre, miedo, nervios y ansiedad, secundario a no saber qué va a pasar con su salud y con la salud del hijo por nacer.

Laza y Pulido (45), describieron las experiencias vividas por la preclamsia severa, encontrando que la relación con Dios, se convirtió en una fortaleza y compañía en momentos de soledad, incertidumbre y miedo frente al peligro que implicó la enfermedad. Pérez y Prieto (46), detectaron las necesidades de cuidado percibidas por gestantes con diagnóstico de preclamsia, encontrando que requieren un estricto cuidado en el manejo de cuatro necesidades básicas que son: fisiológicas, seguridad, amor y pertenencia, y de autorrealización.

Con lo referido anteriormente, es evidente que los estudios abordaron la clasificación y las causas de la morbilidad materna extrema, la importancia de la calidad de la atención de las gestantes con morbilidad materna extrema, las demoras en la atención y búsqueda de ayudas, la no detección temprana de la morbilidad materna extrema, el control prenatal

como un factor protector de la morbilidad materna extrema, la dimensión y presencia de factores culturales como creencias y prácticas que utilizan las gestante con alguna situación de enfermedad relacionada con morbilidad materna extrema.

Estudios sobre creencias y prácticas de cuidado desde lo cultural en mujeres que tuvieron causas principales de morbilidad materna extrema y fueron inasistentes a control prenatal, no fueron encontrados, por lo cual surge la necesidad de este estudio.

1.2 Planteamiento del problema

¿Cuáles son las creencias y prácticas de cuidado desde lo cultural en mujeres que tuvieron causas principales de morbilidad materna extrema, inasistentes a control prenatal y atendidas en una Institución de salud de III nivel en la ciudad de Medellín?

1.3 Justificación

1.3.1 Significancia teórica

La importancia de este tipo de estudios para la teoría, es que desenreda las dimensiones complejas, ocultas y desconocidas, desde los puntos de vista de las personas, tales como el cuidado humano, el bienestar, la salud, y factores ambientales que influyen en el comportamiento de estas. (2)

Esto permite comprender el fenómeno a investigar, tomar la teoría para indagar sobre las creencias y prácticas de cuidado cultural que tienen las mujeres con causas principales de morbilidad materna extrema y generar un nuevo conocimiento, lo cual permite descubrir y entender la salud y predecir condiciones saludables y no saludables. (2)

Leininger se refirió al cuidado culturalmente congruente como: conocimiento, actos y decisiones de cuidado cultural basadas y usadas en formas sensibles y reconocibles para ajustar apropiada y significativamente los valores, creencias y estilos de vida de los

pacientes para su salud y bienestar, o para prevenir enfermedad, discapacidades o muerte. (2)

El conocer las creencias de prácticas de cuidado cultural de las mujeres con causas principales de morbilidad materna extrema permite conocer mejor su cultura, la procedencia de estas y sus patrones comportamentales y que son transmitidos intergeneracionalmente.

Esta Investigación sugiere incluir en la formación de estudiantes de enfermería la orientación teórica con enfoque transcultural y así contribuir a ofrecer mejores servicios de asistencia a las gestantes desde la atención primaria en salud.

Este tipo de estudios permite reafirmar la validez de la teoría en el ámbito de la salud materno perinatal, y reafirmar la universalidad de esta propuesta teórica. De igual forma este estudio aporta al fortalecimiento de la línea de investigación cuidado Materno Perinatal desde la enfermería transcultural de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

1.3.2 Significancia disciplinar

El conocimiento de los valores culturales específicos, creencias y estilos de vida de los seres humanos dentro de sus experiencias de vida, es importante, por un lado, porque permitió generar un nuevo conocimiento y por otro, fortalecer el ya existente, como una fuente de nuevo conocimiento para la Enfermería y las prácticas en salud. Esto permitió aportar a la construcción de un cuidado culturalmente congruente con esta población, para promocionar salud y bienestar, prevenir factores de riesgos, y aportar al proceso de rehabilitación y secuelas.

La enfermería fue vista como una única profesión de cuidado para servir a la visión de mundo de otros. Es influenciada por la etnohistoria, la cultura, las estructurales sociales, y los factores ambientales en diferentes áreas geográficas y por las diferentes necesidades de la gente. La enfermería es un campo dinámico de estudio y práctica que toma en cuenta la cultura, la religión, el cambio social y múltiples factores que influyen la salud

y el bienestar. Es una profesión con conocimiento disciplinar para ayudar a la gente sea enferma o sana, con sus diversas necesidades de cuidado. (2)

Esto conlleva a pensar que se debe incentivar el proceso de investigación, para que futuros profesionales de enfermería puedan entender y comprender el significado de las creencias y prácticas de cuidado que tienen estas mujeres, ofreciendo un cuidado culturalmente congruente, y que en muchos casos no son reveladas a las Enfermeras y Enfermeros, y otros profesionales de la salud, así mismo, enfatizar que el desarrollo de procesos investigativos aplicando las teorías y modelos de enfermería, fortalece la disciplina.

Con la identificación de las creencias y prácticas de cuidado, que realizan las gestantes para ellas mismas y sus hijos por nacer, se brindará un cuidado de enfermería humanizado, holístico y coherente partiendo de una interacción efectiva y oportuna basada en el conocimiento de su cultura y del medio donde se desarrolla como ser humano, aplicando los modos de acción de Leininger como son el mantenimiento, negociación y reestructuración.

1.3.3 Significancia social

El conocer las creencias y prácticas de cuidado cultural, permite comprender, aquellos factores de la estructura social, que influyen en las expresiones y significados en torno al cuidado y tener una visión holística en conjunto con las mujeres que cuida de sí misma y de su hijo por nacer.

Esta investigación aporta un conocimiento para pensar en trabajar en pos de un cuidado culturalmente congruente y una negociación posterior para su implementación, basado en un saber èmico y ètico, negociando dichos saberes, dentro de la estructura social y cultural donde esas mujeres se relacionen y viven.

También contribuye a la orientación de los servicios de salud materna perinatal, desde lo cultural con enfoque de atención primaria en salud, y de captación de gestantes al control

prenatal, y teniendo en cuenta los criterios para obtener la habilitación y acreditación institucional de centros asistenciales.

Las mujeres que participaron en la investigación, provienen de áreas rurales y urbanas de municipios de Antioquia, Córdoba, sur de Bolívar, (Magdalena Medio) Santander, Boyacá, Choco y Caldas, y de zonas donde convergen mujeres de diferentes regiones y culturas, con dificultades para el acceso a los servicios de salud, lo cual es de gran importancia conocer sus creencias y prácticas de cuidado cultural, como referentes para generar nuevas estrategias de captación a través de los promotores de salud en el primer nivel de atención en salud, en las comunidades y por ende nuevas metodologías y políticas para la atención en salud materna (47).

1.4 Objetivo

Describir las creencias y prácticas de cuidado desde lo cultural en mujeres que tuvieron causas principales de morbilidad materna extrema, inasistentes al control prenatal y atendidas en una Institución de III nivel de la ciudad de Medellín.

1.5 Definición de conceptos

Para esta investigación se adoptaron los siguientes conceptos:

1.5.1 Creencias y prácticas de cuidado cultural: Son ideas y acciones que poseen las mujeres del estudio, que se generan a partir de aprendizajes y vivencias de sus antepasados (48), grupo cultural y/o familias, (conocimiento genérico) y de lo aprendido desde los proveedores de salud (conocimiento profesional) (49). Estas acciones de cuidado están basadas en las costumbres y creencias culturales (50), realizadas por mujeres gestantes con causas principales de morbilidad materna extrema, procedentes de

diferentes municipios de Colombia, que según la teoría del cuidado cultural (51), guían una forma de vida.

1.5.2 Mujeres con causas principales de morbilidad materna extrema: Mujeres gestantes o puérperas que presentaron una o más de las siguientes causas principales de morbilidad materna extrema: hipertensión arterial; Zanconato (11), preclamsia; Van den Akker (12), eclampsia; Adeoye y Fatusi (13), alteración de los factores de coagulación; Zanette y Cecatti (14), parto obstruido y prolongado; Álvarez y Pérez (15), hemorragia grave; Fayad y Márquez (17), septicemia y anemia grave; Galvão y Gurgel (18).

1.5.3 Mujeres inasistentes a control prenatal: Mujeres diagnosticadas con alguna de causas principales de morbilidad materna extrema, que no asistieron a control prenatal o tuvieron menos de 4 controles prenatales, que son consideradas de alto riesgo obstétrico (52).

2. Capítulo: Marco Conceptual

El estudio tuvo como referente la Teoría de la diversidad y universalidad del cuidado cultural, llamada también del cuidado transcultural, donde las creencias y prácticas de cuidado cultural, son desarrolladas ampliamente por su autora Madeleine Leininger (53).

La teoría del cuidado transcultural de Leininger entiende al ser humano como un individuo social e histórico Leininger, plantea en su teoría de los cuidados culturales que “la enfermería debe ir más allá de un mero estado de reconocimiento o de apreciación de las diferentes culturas”. “Se trata de lograr que los conocimientos y la práctica de la enfermería profesional tengan una base cultural, una concepción y una planificación basadas en la cultura. La cultura es para ella el conjunto de valores, creencias normas, estilos de vida característicos de un grupo humano, que se aprenden, se comparten, se transmiten de generación en generación y guían el pensamiento, decisiones y acciones” (53).

Cada sociedad y cultura forma y establece creencias sobre diversos aspectos de la vida de los seres humanos. Las creencias guían o determinan, en buena parte, lo que las personas hacen, es decir las prácticas o actividades que realizan en los diferentes aspectos de la vida” (54).

Los constructos de la teoría son:

- El cuidado: Experiencias o ideas de asistencia, apoyo y facilitación hacia otros con necesidades evidentes o anticipadas para mejorar las condiciones humanas o el estilo de vida (53).
- La cultura: Valores, creencias, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos de una cultura (53).
- Cuidado Genérico (émico): Se refiere a las prácticas y conocimiento laico, indígena, tradicional o local para proporcionar actos de asistencia, apoyo y facilitación (54).
- Cuidado Profesional de Enfermería (ético): Se refiere a conocimiento y prácticas de cuidado cultural formales y explícitas, cognitivamente aprendidas, obtenidas generalmente a través de instituciones educativas (usualmente no genéricas) (53).
- El cuidado es la esencia y el foco central, dominante, distintivo y unificador de la enfermería (53).
- El cuidado científico y humanístico es esencial para el crecimiento humano, el bienestar, la salud, la supervivencia y para enfrentar la muerte y las discapacidades (53).
- La Etnohistoria: Los teóricos la definen como los hechos, eventos, instancias y experiencias pasadas de los seres humanos, grupos, culturas e instituciones que ocurrieron en el tiempo en contextos particulares.
- El Contexto Ambiental se refiere a la totalidad de un evento, situación o experiencia práctica que da significado a las expresiones, interpretaciones e interacciones sociales (54).
- La Visión del Mundo se refiere a la forma en que la gente tiende a mirar sobre su mundo o su universo (53).

- El Cuidado Culturalmente Congruente; se refiere a conocimiento, actos y decisiones de cuidado culturalmente basadas usadas en formas sensibles y reconocibles para ajustar apropiada y significativamente los valores, creencias y estilos de vida de los pacientes para su salud y bienestar (53).
- La Diversidad de Cuidado; se refiere a las diferencias o variaciones entre los seres humanos con respecto a los significados, patrones, valores, estilos de vida (53).
- La Universalidad del Cuidado Cultural; se refiere a las características compartidas o similares del fenómeno del cuidado cultural de seres o grupos humanos (53).

2.1 Creencias y prácticas de cuidado

La enfermería transcultural es una disciplina con un cuerpo de conocimiento y prácticas para alcanzar y mantener la meta de cuidado culturalmente congruente para la salud y el bienestar.

Para Leininger la evaluación del cuidado cultural se refiere a la identificación sistemática, de las creencias, significados, valores, símbolos y prácticas de cuidado cultural del individuo dentro de una perspectiva holística. Para hacer esta evaluación del cuidado cultural, Leininger propone el modelo del sol naciente que permite descubrir el cuidado cultural de las personas y sus significados en relación con la visión general del mundo, formas de vida, valores culturales, creencias, patrones y factores de la estructura social (54).

Se han realizado diferentes estudios e investigaciones con abordajes cuantitativos y cualitativos sobre prácticas de cuidado y sus significados a luz de la Teoría de la diversidad y Universalidad de los cuidados de Leininger desde la gestación, parto puerperio, sin embargo existe un vacío investigativo en el ámbito de las creencias y prácticas de cuidado que tiene la mujer, con causas principales de morbilidad materna extrema, no obstante la producción bibliográfica y la literatura de enfermería ofrecen investigaciones las cuales se mencionan a continuación:

Laza y Pulido (41), describieron la experiencia de una mujer con preclamsia, en Bogotá-Colombia encontrando que esta experiencia generó miedo y angustia. Pérez y Muñoz (42), realizaron una investigación cualitativa, descriptiva e interpretativa, con diez puérperas que estuvieron hospitalizadas en la clínica Maternidad Rafael Calvo de Cartagena-Colombia con preclamsia, encontrando que confían en estar sanas; por ello reaccionan ante el diagnóstico con temor al riesgo de morir ella y su hijo. Laza y Castiblanco (43), realizaron un estudio cualitativo fenomenológico, con diez mujeres puérperas que presentaron una preclamsia severa y fueron atendidas en el Hospital de San José de Bogotá-Colombia, encontrando que las mujeres que sufrieron por primera vez la enfermedad, la percibieron de forma "inesperada y sin avisar"; para las que la habían padecido, la esperaron con resignación y angustia.

Noguera y Muñoz (44), realizaron una investigación cualitativa tipo etnoenfermería, con 8 informantes claves, con el fin de describir los significados de tener preclamsia, encontrando que se generan sentimientos como incertidumbre, miedo, nervios y ansiedad, secundario a no saber qué va a pasar con su salud y con la salud del hijo por nacer. Laza y Pulido (45), realizaron un estudio cualitativo fenomenológico, con diez mujeres puérperas que presentaron preclamsia severa y fueron atendidas en el Hospital de San José, encontrando que la relación con Dios, se convirtió en una fortaleza y compañía en momentos de soledad, incertidumbre y miedo frente al peligro que implicó la enfermedad.

Pérez y Prieto (46), realizaron una investigación cualitativa descriptiva exploratoria, entrevistando a 10 mujeres gestantes con este diagnóstico atendidas en el Hospital de San José de Bogotá DC, encontrando que requieren un estricto cuidado en el manejo de cuatro necesidades básicas que son: fisiológicas, seguridad, amor y pertenencia, y de autorrealización.

2.2 Mujeres con causas principales de morbilidad materna extrema

Como se refirió anteriormente diferentes estudios Zanconato (11), Van den Akker (12), Adeoye y Fatusi (13), Zanette y Cecatti (14), Álvarez y Pérez (15), Fayad y Márquez (17), Galvão y Gurgel (18). Plantean como causas principales de morbilidad materna extrema la

hipertensión arterial, preclamsia, eclampsia, alteración de los factores de coagulación, parto obstruido y prolongado, hemorragia grave, septicemia, anemia grave.

La morbilidad materna extrema, como se expresó anteriormente, y de acuerdo con la definición de la FLASOG, es una situación que amenaza potencialmente la vida de la mujer y de su hijo por nacer, que concomitantemente lleva a una mortalidad materna, lo cual representa un grave problema de salud pública en los países en desarrollo, teniendo en cuenta que sus causas en su mayoría son evitables; la OMS y el Banco Mundial la han considerado como la máxima expresión de injusticia social (55).

En la mayoría de los análisis de mortalidad materna realizados en Colombia, los retrasos relacionados con la calidad de la prestación del servicio (56), fueron los que se asociaron con mayor frecuencia con la ocurrencia de casos de morbilidad materna extrema (57). Estos retrasos se comportaron de manera similar independientemente del régimen de afiliación y que fueron más frecuentes en la atención de casos de hemorragia postparto y de las hemorragias del segundo y tercer trimestre (57).

2.3 Gestantes inasistentes a control prenatal

A pesar de que la mortalidad materna, es una prioridad en salud pública, en todos los países del mundo, puesto que dicho evento está consagrado en los objetivos de desarrollo sostenible ODS, la OMS, considera que las situaciones que ponen en riesgo la vida de la mujer, deben ser el centro de atención en salud materna, y de la investigación, ya que la mortalidad materna, se relaciona en la mayoría de los casos con el inaccesso a los servicios de atención de salud materna (58).

Cáceres (32), Lasso (33), Munares (34), Rodríguez, F. Jiménez, W. y cols (35), Choudhury (36), concluyeron que el control prenatal es la estrategia recomendada para detectar tempranamente riesgos del embarazo y que se deben garantizar a la mujer la salud como derecho.

El control prenatal es sin lugar a dudas el proceso pertinente para detección temprana de alteraciones en el embarazo, y del hijo por nacer, puesto que es un momento de mayor vulnerabilidad de la mujer, la cual debe requerir cuidados específicos y de calidad, para mejorar su calidad de vida y su impacto a lo largo de esta.

3. Capítulo: Marco de diseño

3.1 Tipo de estudio

El tipo de diseño que se utilizó en esta investigación es cualitativo etnográfico desde la Etno enfermería como método naturalístico y abierto de investigación que permitió estudiar y explicar fenómenos relacionados con la teoría del cuidado cultural (53). Leininger diseñó este método para conocer dimensiones ocultas y desconocidas de las personas como el cuidado humano, el bienestar, la salud y factores ambientales de influencia (54).

En este tipo de estudios, el investigador no intenta describir los sucesos de la vida de las personas en términos de lo que los y las profesionales saben acerca de las creencias y prácticas de cuidado de las gestantes inasistentes a control prenatal, sino lo que estas mujeres saben y hacen para cuidarse (conocimiento emico). La etnografía comienza con una actitud consciente de una casi completa ignorancia (59).

Esta investigación requirió una visión holística del fenómeno, y una actitud flexible del investigador (60) para ahondar el estudio del mismo y llegar a una interpretación lo más cercana a la realidad, respetando la individualidad y particularidad del ser en su esencia cultural, patrimonio libremente escogido (61).

3.2 Elementos del diseño

3.2.1 Participantes

Fueron 17 Gestantes o púerperas con causas principales de morbilidad materna extrema atendidas en un Hospital de III Nivel de atención de Medellín-Colombia.

3.2.2 Tiempo

El tiempo para la recolección de la información fue de 7 meses promedio, lo cual dependió de la saturación de la información dada por el análisis a profundidad de las entrevistas y observaciones hasta encontrar redundancia de la información, sostenida por las mujeres participantes en el estudio quienes manifestaron no tener más que ofrecer de esta información.

3.2.3 Lugar

Las gestantes o puérperas fueron captadas en la Unidad Funcional de Hospitalización, de una Institución de III nivel de atención previa autorización de la gestante con firma del consentimiento informado (Anexo 3). La entrevista se realizó en un espacio pertinente y adecuado, con el mínimo de interferencias, y así favoreció una buena interacción y relación entre investigador/participante a fin de obtener datos genuinos.

3.3 Rol del investigador

El investigador asumió un rol de aprendiz, para aprender de las gestantes o puérperas, a través de la escucha y la observación. Fue un rol pasivo que permitió acumular toda una información que integro el conocimiento de la gestante con el todo del fenómeno de estudio.

3.3.1 Criterios de inclusión de las mujeres participantes en el estudio

La muestra se recolectó en gestantes y puérperas bajo los siguientes criterios:

- Con una o más causas principales de morbilidad materna extrema: hipertensión arterial, preclamsia, eclampsia, alteración de los factores de coagulación, parto obstruido y prolongado, hemorragia grave, septicemia, anemia grave, atendidas en un Hospital de III Nivel de atención de Medellín.
- En cualquier edad gestacional mayores de 14 años.
- Ubicadas mentalmente en tiempo lugar y espacio y sin afección mental.

- Con menos de 4 controles prenatales.

3.3.2 Criterios de exclusión de las mujeres participantes en el estudio

Gestantes y puérperas con sedación, tratamiento médico invasivos; ventilación mecánica invasiva y no invasiva.

- Pacientes con elementos biomédicos como ventiladores mecánicos invasivos, y no invasivos, los cuales les impidió la comunicación y participación en la entrevista.
- Pacientes con deterioro del estado de consciencia, paciente con trauma craneoencefálico severo.
- Pacientes embarazadas y/o puérperas que tuvieran retraso mental y/o trastorno mental orgánico.

3.4 Muestreo

El muestreo en el estudio cualitativo difiere al del cuantitativo y de acuerdo a Sandoval, este “es progresivo y está sujeto a la dinámica que se deriva de los propios hallazgos”. El muestreo según Sandoval se hace por pertinencia, adecuación, conveniencia oportunidad y disponibilidad (62).

La pertinencia se refiere a la selección de los participantes como las personas que mejor poseen el conocimiento que se requiere obtener, por la vivencia y experiencia que tienen del mismo en este caso. Por tanto, se seleccionaron mujeres gestantes o puérperas que fueron diagnosticadas con uno o más causas de morbilidad materna extrema.

La adecuación se refiere a la obtención de mayor y mejor información, lo cual se consigue por la llamada “saturación teórica” es decir cuando ya no aparece nueva información, analizada lo cual se consiguió con tres entrevistas en promedio, con cada una de las gestantes o puérperas participantes en el estudio que son 17.

La Conveniencia se refiere a dos aspectos: La elección del lugar, situación o evento más apropiados sin interferencias en la recolección de la información y la ubicación mental y cultural del investigador que le permitió comprender claramente la realidad que se estudia.

La Oportunidad se refiere a estar en el momento justo y en el lugar preciso para recolectar la información. El lugar y la hora se concertaron con las gestantes o puérperas en el momento de la captación.

3.5 Aspectos éticos

El presente proyecto de investigación se realizó bajo los principios de: beneficencia, justicia, autonomía, veracidad y fidelidad, principios importantes en la práctica de enfermería (63).

Principio de beneficencia: Toda acción que se realizó sobre la gestante o puérpera debe tener implícito el mejoramiento de la misma, a través de los datos obtenidos. En caso de identificar prácticas nocivas se hizo la correspondiente reorientación y negociación o acomodamiento del cuidado cultural.

No trasgresión a la ética de la gestante o puérpera respecto a sus ideas, creencias, valores, experiencias u otras (63). De este modo el investigador no juzgó a la gestante o puérpera con causas de morbilidad materna extrema sobre sus prácticas culturales, y decisiones que ayudaron a retener, preservar, o mantener creencias y valores del cuidado (53).

No asumir posición a favor o en contra, sobre la información suministrada (53), puesto que esa información ayudo al investigador a identificar los comportamientos, practicas, creencias y las cosas que las personas hacen y usan, en este caso las gestantes o puérperas con causas principales de morbilidad materna extrema.

Esta investigación, según la Resolución 8430 de 1983 expedida por el Ministerio de Salud se considera investigación sin riesgo de acuerdo al artículo 11 en el numeral b. (64). Este estudio no realizó ninguna intervención o modificación intencionada de variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las participantes.

La recolección de la información se hizo cuando se obtuvo la aprobación por parte del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, del Hospital de III Nivel de Atención de Medellín, para utilizar sus instalaciones y captar a las gestantes o puérperas con causas principales de morbilidad materna extrema para incluirlas dentro de la muestra del estudio.

En el consentimiento informado se advirtió a las participantes que las entrevistas serán grabadas en casete y posteriormente transcritas textualmente para hacer el análisis respectivo del estudio. También se incluyó en el consentimiento informado que se realizaron varias entrevistas y en varias oportunidades hasta obtener la saturación de la información. Los resultados de la investigación se presentaron con la mayor objetividad por parte del investigador. La información fue considerada confidencial y las identidades de las participantes fueron reemplazadas por seudónimos. La participación de las mujeres fue voluntaria, y firmaron el consentimiento informado, quienes mostraron su aceptación para participar en el estudio.

3.5.1 Inmersión al campo

Antes de iniciar la recolección de la información se hizo la inmersión al campo para conocer el escenario cultural, que en el caso de esta investigación es el servicio de hospitalización de la Institución donde se recolecto la información, para del estudio.

La inmersión al campo permitió conocer la dinámica del servicio y las relaciones de las participantes con sus semejantes y su entorno. A través de la inmersión al campo el investigador tuvo la experiencia del proceso de captación de las participantes y determinar los momentos más apropiados para la recolección de los datos; se logró el ejercicio de observación, de interacción con mujeres similares a las del estudio y se aplicó la entrevista etnográfica con los diferentes tipos de preguntas.

La idea fue hacer una aproximación a la realidad de la recolección y análisis de los datos, de tal manera que se dio inicio al aprendizaje de la entrevista a profundidad y el primer paso en el análisis con la transcripción textual, la lectura de la entrevista, y la búsqueda de dominios culturales con sus respectivos términos incluidos y relaciones semánticas. Esta experiencia se realizó con 2 participantes,

3.6. Procedimientos de recolección de la información y análisis

3.6.1 Observación: Para la recolección de la información se utilizó la observación directa de las participantes (62). En la observación etnográfica el investigador por lo general buscaba que los participantes dieran cuenta de su comportamiento cotidiano y conocimiento colectivo. A través de una serie de entrevistas, explicaciones repetidas y a través del uso de cuestiones o preguntas especiales, las personas llegaron a ser participantes significativos, válidos y pertinentes (59).

La observación cualitativa no es solo contemplación “Sentarse a ver el mundo y tomar notas”; nada de eso, implica adentrar en profundidad a situaciones sociales y mantener un rol activo, una reflexión permanente y estar pendiente de los detalles, de los eventos y las interacciones.

Los buenos observadores necesitan utilizar todos sus sentidos para captar los ambientes y a sus actores, clima físico, colores, aromas, espacios, iluminación, etc. Es importante que el observador desarrolle una buena memoria para recordar signos no verbales, palabras específicas, además que lleve registros escritos y grabe las descripciones, para que en el momento de analizar no se deje por fuera algo que resulta importante.

“El observador vive de primera mano lo que ocurre en el contexto, se introduce en el ambiente paulatinamente y cada vez es visto menos externo (65). Se observó la dinámica del servicio, la cantidad de gestantes que son atendidas por día, el perfil sociodemográfico de las gestantes, la personalidad, la cultura de donde provienen, sus costumbres. La observación tuvo una duración de 4 semanas aproximadamente.

3.6.2 Notas de Campo: Son el registro que hace el investigador con la observación del contexto cultural de las mujeres del estudio, del escenario cultural y permiten planificar y

orientar nuevas preguntas para las próximas entrevistas con el fin de saturar la información. En estas notas se registraron también reflexiones y comentarios propios del investigador.

3.6.3 Entrevistas y Análisis de la Información: Las entrevistas se hicieron en un espacio pertinente y adecuado, con el mínimo de interferencias, y así favoreció una buena interacción y relación entre investigador/participante a fin de obtener datos genuinos. El total de entrevistas fueron de 37, y el promedio fue de 2 por participante.

Se aplicó la entrevista y la observación etnográfica de James Spradley. Es una entrevista a profundidad que sirvió de estrategia para hacer que la gente hable sobre lo que sabe, piensa y cree (59), es una situación en la cual el investigador obtiene información interrogando a las mujeres sobre sus creencias y prácticas de cuidado desde el contexto cultural. Los pasos a seguir en la entrevista etnográfica de Spradley (59) fueron:

Preguntar cuestiones descriptivas: La entrevista etnográfica siempre comienza con un sentido de incertidumbre y un sentimiento de aprehensión por parte del entrevistador y el participante. Las cuestiones descriptivas constituyen una de las tres grandes preguntas etnográficas que guían las diferentes clases de observaciones en el campo para ser analizados los datos iniciales y luego descubrir cuestiones estructurales y de contraste. Las cuestiones descriptivas fueron parte de cada entrevista. Como en la presente investigación se buscaba describir las creencias y prácticas de cuidado cultural se preguntaron a las mujeres del estudio sobre lo que saben, usan y como lo usan para su cuidado.

Grabar las entrevistas previa autorización de las participantes y luego se transcribieron para analizar los datos. Estos datos se confrontaron con las participantes y con las notas de campo del investigador, las dudas se indagaron nuevamente con las participantes para aclararlas.

Análisis de la entrevista etnográfica: Este análisis se hizo mediante una lectura juiciosa y analítica tratando de entender la información que las participantes compartieron con el investigador para identificar los dominios. El Análisis de la información se hizo a la par de

la recolección, mediante la saturación de la información y no por un número previamente establecido.

Hacer el análisis de dominio: Los dominios son la primera y más importante unidad de análisis en la investigación etnográfica. Los etnógrafos dicen que es mejor estudiar un solo dominio a profundidad sin distorsionar el punto de vista del participante, que estudiar muchos dominios superficialmente.

Preguntar cuestiones estructurales: Estas se adaptaron a cada participante en particular y se mezclaron con otra clase de preguntas y repetidas una y otra vez. Las cuestiones estructurales complementan más no reemplazan las cuestiones descriptivas y las cuestiones estructurales encontrarán su camino en cada entrevista.

Hacer análisis taxonómico: Una taxonomía muestra una relación entre un conjunto de términos. Una taxonomía muestra las relaciones entre todos los términos folclóricos de un dominio.

Preguntar cuestiones de contraste: El significado de un símbolo puede ser descubierto encontrando como se relaciona con otros símbolos ya sea por similitud compartiendo alguna característica de resultado o por contraste cuando se encuentra el significado del símbolo es diferente a otros.

Hacer análisis Componential: Es la búsqueda sistemática de atributos (componentes de significado) asociados con símbolos culturales. El análisis componential incluye el proceso completo de búsqueda para contrastar, clasificar, agrupar algunas dimensiones de contraste y entrar a las creencias y prácticas de cuidado cultural de las mujeres del estudio en un paradigma.

3.6.4 Rigor Metodológico: La investigación evaluó la calidad científica según los criterios de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad, de acuerdo a Guba y Lincoln (66). La credibilidad se logró realizando, observaciones y conversaciones prolongadas con las gestantes con causas principales de morbilidad materna extrema, recolectando

información que produjo hallazgos que sean reconocidos por las mujeres del estudio como una verdadera aproximación sobre lo que ellas piensan y sienten.

Los criterios que permiten evaluar la calidad científica de los estudios cualitativos son: la credibilidad, la auditabilidad o confirmabilidad y la transferibilidad o aplicabilidad. La credibilidad se logró cuando los hallazgos del estudio fueron reconocidos como «reales» o «verdaderos» por las personas que participaron en el estudio y por aquellas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado. La confirmabilidad se refiere a la neutralidad de la interpretación o análisis de la información, que se logra cuando otro(s) investigador(es) puede seguir «la pista» al investigador original y llegar a hallazgos similares. La transferibilidad consiste en la posibilidad de transferir los resultados a otros contextos o grupos (67).

La credibilidad se aplicó a través de la observación, notas de campo y las entrevistas analizadas y confirmadas por las mujeres del estudio. La credibilidad se refiere a como los resultados de la investigación son verdaderos (68), para las mujeres que brindaron la información.

La confirmabilidad de este estudio se aplicó con la directora de la tesis quien realizó el acompañamiento y seguimiento paso a paso del desarrollo de toda la investigación; a través de revisiones de las entrevistas, notas de campo, análisis de la investigación, sugerencias y envío de material bibliográfico.

Para garantizar la validez y confiabilidad, además de la credibilidad y la confirmabilidad, el investigador invirtió el tiempo suficiente para realizar la captación de las participantes y para desplazarse y realizar las entrevistas en el lugar donde se encuentren las gestantes o púerperas, hasta obtener saturación en la información. La confianza y la empatía es importante para establecer continuidad de la investigación y profundizar en el saber de las mujeres del estudio y con la recolección de la información y el análisis de la misma, se construyó el conocimiento de las creencias y prácticas de cuidado desde lo cultural de las participantes.

Los riesgos en el sesgo para la confiabilidad que presentó este estudio pueden llegar a ser en la posición y papel del investigador de querer imponer sus propias creencias y así cohibir a las participantes para que expresen sus valores, sentimientos, mitos, creencias y prácticas para su cuidado. Esto se controló con la concientización del investigador de su papel de aprendiz.

El riesgo por la adecuación está relacionado con la selección de participantes. Por lo que fue necesario aplicar criterios de selección incluidos en el estudio.

Otro riesgo que se puede presentar es el de los procedimientos metodológicos y se controló grabando las entrevistas y realizando las transcripciones textuales para respaldar los significados e interpretación presentados en los resultados del estudio a través de los testimonios de las participantes y discutir las interpretaciones con otros investigadores (en este caso se hizo con la directora de la tesis) y usar cintas de grabación, analizando la transcripción fiel de las entrevistas a las participantes.

4. Capítulo: Marco de análisis de resultados

En este capítulo se presenta en análisis cualitativo y teórico de los resultados obtenidos en la investigación, y la discusión a partir de ellos.

4.1 Resultados

4.1.1 Características del contexto

Fueron 17 Gestantes o puérperas con causas principales de morbilidad materna extrema, inasistentes a control prenatal, atendidas en un Hospital de III Nivel de atención de Medellín- Colombia.

La edad promedio fue de 22 años, el 47% procedían de Municipios de Antioquia, 41% de Municipios que conforman el área metropolitana del Valle de Aburrá y el 12% restante fueron referenciadas del departamento del Choco. El 58% residían en cabeceras municipales, 22% en rural disperso y el 20% en centros poblados, la ocupación de las

mujeres, 47% eran amas de casa, 23% estudiantes, 11% oficios varios, 9% operarias de confección, auxiliar de enfermería y vendedoras de pollo 5% respectivamente. El tipo de régimen en salud, fue subsidiado para 100% de las mujeres, nivel de escolaridad, el 48% tenía bachillerato completo, 17% bachillerato incompleto, 29% primaria completa y el 6% tenía técnica.

4.1.2 Practicas de cuidado cultural

Las prácticas de cuidado identificadas en las mujeres con morbilidad materna extrema evidencian prácticas de cuidado profesional (ético) y genérica (èmico). Las primeras corresponden a las orientadas por profesionales de la salud, las èmico provenientes de su conocimiento ancestral, pero también se identificó prácticas culturales que ellas realizan para el cuidado de sí misma y de su hijo por nacer transmitidas por familiares, amigos y demás. Por último, se muestra la reacción de la mujer con morbilidad materna extrema al momento de ser diagnosticada, la apreciación de la atención en salud y del sistema sanitario.

Al realizar el análisis de los datos obtenidos surgen los siguientes temas de la investigación, los cuales cada uno de estos es presentado, en tabla con sus respectivos dominios y taxonomías. Las demás taxonomías son descritas en texto de la respectiva descripción del dominio.

4.1.2.1 Prácticas de cuidado desde lo profesional

4.1.2.2 Prácticas de cuidado desde lo genérico

4.1.2.3 Cuidados sugeridos por familiares y amigos

4.1.2.4 Reacción al diagnóstico médico

4.1.2.5 Apreciación de la atención en salud

Tema 1 Prácticas de cuidado desde lo profesional

Dominios generales	Relación semántica
Alimentarse bien Realizar ejercicio físico Descansar Evitar esfuerzo físico Cuidarse a sí misma y al hijo por nacer	Es una manera de cuidarse desde lo profesional

Las prácticas de cuidado desde lo profesional son aquellas que realizan las mujeres del estudio, con base en las orientaciones y educación del equipo de salud (médico, enfermera (o) y en un caso las aprendidas a través de medios virtuales “aplicaciones móviles”. Estas prácticas están relacionadas con la alimentación, el ejercicio físico, el descanso y evitar esfuerzos. Cada una de estas es presentada de acuerdo a la manera como son consideradas y aplicadas por estas mujeres.

Dominio 1 taxonomía 1 alimentarse bien

Alimentarse bien es una práctica de cuidado que utilizan las mujeres con morbilidad materna extrema con el fin de mantenerse sanas y que su hijo por nacer sea saludable. Para ellas alimentarse es consumir alimentos que consideran nutritivos y evitar algunos alimentos que puedan exacerbar su enfermedad como es el caso de la diabetes gestacional, y que en muchos casos los hijos de estas madres desarrollan macrosomía.

Términos incluidos	Relación semántica
Consumir algunos alimentos Evitar algunos alimentos Miedo a ser diabética	Es una manera de alimentarse bien

Por el edema	
--------------	--

Consumir algunos alimentos

Las mujeres con morbilidad materna extrema consideran que consumir y tener en su dieta alimenticia los cereales, frutas, proteínas y algunas harinas es una práctica que garantiza un desarrollo morfológico y fisiológico del hijo por nacer, fundamentando estas prácticas como un factor protector en el embarazo, con el fin de que el resultado sea un hijo con un peso ideal, con medidas antropométricas adecuadas, sin alteraciones y malformaciones congénitas.

“comer de todo, carne pollo, frutas, verduras, harinas, arroz, pescado”. P1E1 P2E1

“hay que comer bien por el bebe” P3E1 P4E1 P6E2 P9E1

Evitar algunos alimentos

Las mujeres con morbilidad materna extrema evitan consumir algunos alimentos y/o lo suprimen de su dieta alimenticia, tales alimentos como los que contengan grasas, sal, azúcar, porque alteran la glicemia, o les sube la presión arterial. También manifiestan que la piña, las bananas y papaya aumentan la glicemia, y puede perjudicar a su hijo por nacer, por lo cual evitan su consumo. Otras expresan que el consumir azúcares durante el embarazo podría desencadenar una diabetes gestacional y con ello un hijo macrosómico; también evitan tomar bebidas negras que contengan gas, cafeína y alcohol, como el agua saborizada, gaseosas, el café, la Coca-Cola y la cerveza. Ellas manifiestan que el alcohol puede causar daños irreparables a nivel cerebral en el hijo por nacer. Algunas optan por no seguir indicaciones de profesionales de la salud por ser indicaciones muy complicadas, puesto que las primeras semanas de embarazo experimentan cambios fisiológicos relacionados con la intolerancia a la vía oral, causando náuseas, llegando incluso a los vómitos, algunas de ellas expresan que su cuerpo no toleraba y/o aceptaba alimentos.

“evitar comer azúcares, y cosas dulces” P9E1 P6E1

“todo lo vomitaba” P3E1 P2E1

“el nutricionista me decía que comiera frutas, pero las aborrecí” P3E1

Por miedo a ser diabética de por vida

Las mujeres con morbilidad materna extrema específicamente las que son diagnosticadas con diabetes gestacional, muestran una preocupación muy evidente que se relaciona con la tendencia a que luego de la maternidad pueden desarrollar diabetes de por vida. Esta información fue brindada por su médico o enfermera (o), lo cual evidencia en ellas una preocupación excesiva por la experiencia que viven de la hospitalización, para ellas es incómodo y doloroso la aplicación de la insulina R (cristalina) cada vez que consumen alimentos, y de la Insulina de acción prolongada (glargina) en las noches y el monitoreo que hacen las enfermeras (glucometrías). Esta terapia farmacológica de por vida es preocupante y piensan que es muy tedioso. Es muy importante destacar la disposición de la gestante para mejorar su estado de salud, ya que con ello mejora su condición clínica y disminuye el riesgo de muerte de la gestante y de su hijo por nacer.

“el médico me dijo que si no disminuía el dulce quedare con azúcar” P12E1

“eso de que le pongan insulina a cada rato, tenaz” P15E1

“me preocupa que quede con azúcar” P15E1

“el niño me puede salir grandísimo” P15E1

Por el edema

Las gestantes con morbilidad materna extrema que padecen preclamsia y edema de miembros inferiores evitan el consumo de sodio, ellas dicen que consumen sus alimentos sin este mineral, para evitar el edema, incluso muchas veces preparan su alimento aparte de la familia. Sus esposos y familia preparan todos los alimentos bajo las condiciones que los profesionales de la salud recomiendan, ellas dicen que su familia lo hace para que no se sientan discriminadas por el hecho de tener preclamsia. Estas prácticas de cuidado fueron enseñadas en las instituciones de salud, donde ellas acudían al estar enfermas.

“no comer salado por el edema” P13E1 P16E1 P11E1

“en casa comen sin sal por mí, para ayudarme” P13E1 P14E1 P9E1

Dominio 2 taxonomía 1 realizar ejercicio físico

El ejercicio físico durante el embarazo es una práctica de cuidado que las mujeres del estudio realizan con el fin de tener un adecuado sistema circulatorio y cardiovascular, garantizando una oxigenación y nutrición tisular al hijo por nacer, favoreciendo la evolución del embarazo y el crecimiento y desarrollo de este.

El ejercicio para las mujeres con morbilidad materna extrema es considerado como caminar, trotar y practicar deportes.

Términos incluidos	Relación semántica
Caminar Trotar Practicar deportes	Es una manera de realizar ejercicio físico

Caminar

Las mujeres con morbilidad materna extrema expresan que caminar es una manera de cuidarse y de mejorar su estado físico, puesto que su sistema circulatorio y cardiovascular se vuelve más fuerte y con este podrá responder adecuadamente en el momento del parto, manifiestan que caminar en periodos prolongados, de dos a tres pasos, hacer cuclillas, subir escaleras, hacer ejercicio fortalecen los músculos en el momento del parto.

“caminar mucho, de dos a tres pasos” P2E1 P3E1 P4E1

“caminar para que él bebe salga bien” P3E1 P2E1 P4E1

Trotar

Al realizar ejercicio físico cardiovascular como trotar durante 20 a 45 minutos, garantiza un parto mejor, feliz, un hijo por nacer sano, puesto que sus músculos se fortalecen, son más fuertes y resistentes durante el parto, y de este modo se preparan para ese momento.

“trotar por 20 a 45 minutos” P2E1 P3E2

“si trotas tu hijo nace bien y te va bien; cuando pares, te pones feliz” P4E1

Practicar deportes

Practicar futbol, patinaje, voleibol, realizar ejercicios en el programa de control prenatal, aeróbicos, gimnasia rítmica y nadar en piscinas, de acuerdo con las mujeres del estudio, fortalecen los músculos, los vuelven más fuertes y los huesos se vuelven resistentes.

“practicar futbol, patinaje, voleibol, gimnasia rítmica” P1E1 P3E1 P4E1

“nadar es bueno para los músculos” P5E1 P15E1

Dominio 3 taxonomía 1 descansar

El descanso es asumido por las mujeres con morbilidad materna extrema como una manera de cuidarse con el fin de evitar fatigas y favorecer el crecimiento de su hijo por nacer.

Términos incluidos	Relación semántica
Dormir	Es una manera de descansar
Siesta	
Estar relajada	

Dormir

Según las gestantes el descansar constantemente, dormir plácida y cómodamente entre 7 ù 8 horas diarias, en los horarios establecidos, evitando trasnochos y situaciones que alteren el descanso, garantizan un adecuado crecimiento intrauterino, un hijo sano, saludable.

“dormir cómoda, descansar y dormir plácidamente de 7 a 8 horas” P8E1 P3E2

“no trasnocharse, dormir sin ruidos” P15E1

“si duermes bien él bebe crece más rápido y sale sanito” P9E2 P6E1

Siesta

Para las mujeres con morbilidad materna extrema es imprescindible la siesta del medio día, o las siestas entre comidas, para ellas es sumamente importante este descanso ya que con este retoman fuerzas para sus labores diarias en el hogar, y evitan estar fatigadas o estar cansadas.

“la siesta del medio día y las que se puedan hacer son buenas” P1E1 P2E2

“la siesta es primordial para que no te canses tanto” P8E1 P3E2

Estar relajada

Las mujeres con morbilidad materna extrema consideran que el relax en el hogar y el yoga es una forma de cuidarse a sí misma y al hijo por nacer, puesto que todas sus vivencias las transmiten a su hijo, por lo cual evitan disgustos (coger rabieta), a no tenerle miedo al parto y llegar tranquila a este, dichas prácticas de cuidado disminuyen la ansiedad relacionada con el parto.

“estar siempre relajada y no coger rabieta” P1E1 P15E1

“ir al yoga te ayuda a estar relajada” P5E1

Dominio 4 taxonomía 1 evitar esfuerzo físico

Evitar esfuerzo físico para las mujeres con morbilidad materna extrema es importante por cuanto les ayuda a prevenir los abortos, ruptura de membranas y parto pretérmino.

Términos incluidos	Relación semántica
Relajarse Evitar cansancio laboral Moverse poco	Es una manera de evitar esfuerzo físico

Relajarse

Las mujeres con morbilidad materna extrema expresan que para evitar un aborto espontáneo se debe estar en constante relajación, con el fin de evitar fuerzas inadecuadas que pueden lesionar los músculos profundos del periné y que estos afecten al útero. Ellas conciben que el estar relajada es no realizar ningún tipo de actividad física que requiera gasto energético, evitando subir escaleras, levantar objetos pesados, agacharse y realizar actividades domésticas.

“estar siempre relajada y no coger rabieta por riesgo al aborto” P1E1 P15E1

“no levantar cosas pesadas, no agacharte por la carne del nís (perine)” P9E2 P4E1

“no barrer, no trapear” P7E1 P17E1 P12E1

Evitar cansancio laboral

El cansancio laboral según las mujeres con morbilidad materna extrema es producido por realizar actividades que requieren esfuerzo físico, que les produce estrés laboral y emocional, ocasionando por esta circunstancia incapacidad por parte del médico. Esta práctica es importante sobre todo al final del embarazo, porque ellas suelen cansarse más fácilmente y con ello el riesgo de partos pretérmino.

“el médico que me incapacita para no estresarme con el trabajo” P9E1 P2E2

Moverse poco

Las labores diarias domésticas por lo general lo realizan los esposos, o las madres, mientras las mujeres con morbilidad materna extrema descansan, ellas evitan salir a la calle al final del embarazo, puesto que realizan un mayor esfuerzo físico, lo cual puede conllevar a acomodación inadecuada del hijo por nacer al interior del útero, un adelanto del parto, (pretérmino), incluso cuando hay amenaza de aborto la gestante opta por estar descansado todo el día en su casa, sin realizar ninguna actividad.

“moverse poquitico, o no moverte para que no se te venga él bebe” P5E1 P6E1

“no salgo de la casa, no haga mayor cosa en casa” P7E2 P17E1 P2E2

Dominio 5 taxonomía 1 cuidarse a sí misma y al hijo por nacer

Las mujeres con morbilidad materna extrema reciben constantemente educación y enseñanza sobre los cuidados continuos en la comunidad, esta enseñanza es brindada en las unidades de atención prenatal, en atención primaria en salud y en las instituciones de atención especializada. Esta información es muy valiosa para ellas puesto que se desarrollan hábitos de cuidado de sí misma ya que de eso depende en gran parte la continuidad del embarazo, la adherencia a los programas de atención prenatal, y la feliz culminación del proceso de embarazo, parto y puerperio, y con ello un hijo sano, saludable y feliz.

Términos incluidos	Relación semántica
Asistir a controles prenatales No hacer movimientos bruscos Consultar por urgencias	Es una manera de cuidado de sí misma y a su hijo por nacer

Las mujeres con morbilidad materna extrema cuidan de sí misma y de su hijo por nacer a través de las siguientes prácticas de cuidado:

Asistir a controles prenatales

Las mujeres con morbilidad materna extrema, consideran de mucha importancia el asistir oportuna y continuamente al programa detección temprana de alteraciones en el embarazo (control prenatal), a (pesar de no ser adherentes y asistir a menos de 4 controles) reciben todas las indicaciones pertinentes para cuidar su embarazo y a su hijo por nacer.

Según los relatos ellas practican los cuidados que le son orientados en dicho programa como son el consumo de micronutrientes, para evitar anemia, descalcificaciones y que el hijo por nacer salga con un peso y talla adecuado, realizar ejercicio físico; como caminar, realizar ejercicio cardiovascular, datos e información sobre el tipo de alimentación que debe consumir; baja en grasas, carbohidratos y rica en proteínas, la adherencia al

tratamiento y al programa prenatal, lactancia materna exclusiva, las técnicas de amamantamiento que debe practicar con el hijo por nacer, los esquemas de inmunización, la higiene de manos, en lo posible no subir a motocicletas, tener una dieta equilibrada y balanceada.

También expresan que le brindan orientación en temas de salud sexual y reproductiva, como la planificación familiar, al igual que temas relacionados con la sexualidad. Otras nos cuentan que tienen conocimiento de su enfermedad y de su tratamiento tales son los casos las mujeres con morbilidad materna extrema con diabetes gestacional que evitan consumir carbohidratos, en algunos casos ellas mismas se auto administran insulina de acción prolongada, y también se monitorean la glicemia.

Otras en cambio tienen conocimiento sobre lo que es el parto, las incubadoras y las macrosomías que desencadena la diabetes gestacional sobre él feto.

Es notorio que a pesar de que les dan valor a los controles prenatales, no asisten a todos los controles establecidos en la resolución 412 de 2000.

“fui a tres controles prenatales” P3E2 P7E1 P8E1 P9E1

“me enseñaron como alimentarme, lactancia materna” P7E1 P8E1 P9E1

“fui a un solo control” P6E1 P14E1 P16E1

“me han enseñado como cuidarme” P3E2 P7E1 P8E1 P9E1

No hacer movimientos bruscos

Las mujeres con morbilidad materna extrema evitan realizar movimientos bruscos, por lo cual evitan levantar cosas pesadas, agacharse, caminar por periodos prolongados, subir escaleras, ejercicios extenuantes, no transportarse en vehículos como motocicletas. Todo este conocimiento fue enseñado por enfermeras (os) y médicos, y ellas lo colocan en práctica como una guía para el cuidado de ellas mismas y de su hijo por nacer. La justificación para realizar estas prácticas es que su embarazo por lo general fue de alto riesgo obstétrico, algunas de ellas padecían preclamsia, concomitantemente con desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.

“moverse poquitico” P5E1 P6E1

“no salgo de la casa, no haga mayor cosa en casa” P7E2 P17E1 P2E2

“no moverte para que no se te venga él bebe” P15E1 P12E1

“no subir moto taxi” P7E2 P17E1

“no caminar tanto” P2E1

Consultar por urgencias

Las mujeres con morbilidad materna extrema consultan por urgencias cuando se presentan: dolores de cabeza, mareo, vomito, si están pálidas y/o amarillas (ictericia), cuando se les hinchan los pies, si tienen dedos y pies grandes (edema), si tienen salida de líquido por cavidad vaginal, y/o sangrado, si sienten que su hijo por nacer no se mueve, si tienen olor fétido en sus partes íntimas (genitales), muchas expresaron que si tienen visión borrosa, o si tienen la presión alta, es una indicador de que su organismo está fallando debe de ir de forma inmediata al médico.

Ellas reciben constantemente educación y enseñanza sobre los cuidados continuos en la comunidad, el hogar, en la institución donde brindan atención primaria, y en los centros especializados, esta enseñanza orientada a las mujeres con morbilidad materna extrema a detectar los signos de alarma y cuando buscar ayuda. Para estas mujeres la información brindada por los profesionales de la salud es percibida como un factor protector en sus vidas y en la de su hijo por nacer, por lo cual siempre lo tienen en cuenta en el momento de detectar problemas de salud reales o potenciales. La información que ellas tienen es muy valiosa, ya que desarrollan hábitos y prácticas de cuidado de sí misma para la detección en los momentos oportunos de sus problemas de salud y de este modo dan herramientas a los actores del sistema de salud para poder intervenir en sus problemas de salud.

“cuando tengo signos de alarma ir para la urgencia enseguida” P12E1 P6E2

“si me pongo mal me voy para urgencia me dijo la jefa de enfermeras” P4E1 P5E1

“Ir para la urgencia cuando tenga dolores de cabeza, mareo” P4E1 P5E1

“si tengo vómito, si estoy amarilla” P13E1 P15E1

“si se me sale el líquido, sangrado, si no se mueve el bebe” P12E1 P6E2

Tema 2 prácticas de cuidado desde lo genérico

La mujer con morbilidad materna extrema, tiene sus propias prácticas de cuidado cultural, durante su etapa gestacional y de preparación para el parto, producto de un conocimiento adquirido de sus familias especialmente de las madres de ellas y dicha información se adquiere de generación en generación.

Para las mujeres del estudio estas prácticas tienen un valor cultural valioso por su utilidad para el cuidado de la salud de las mujeres de la familia, con el fin de tener una gestación saludable y darle bienestar al hijo por nacer. Todo esto es garantizado mediante el uso de determinadas hierbas, la protección del frío, el evitar movimientos bruscos y determinadas precauciones antes del parto.

Dominios generales	Relación semántica
Uso de hierbas Evitar movimientos bruscos Evitar el frío Precauciones antes del parto Estar siempre limpia Cambiar de posición ante la presencia de edema No tomar agua Buscar ayuda Evitar algunos alimentos	Es una manera de prácticas de cuidado étnica o genéricas en el embarazo y parto

Dominio 1 taxonomía 2 uso de hierbas

El uso de cierto tipo de especímenes de origen vegetal es una práctica de las mujeres con morbilidad materna extrema para cuidarse así misma durante el embarazo y

prepararse para el parto, muchas de estas hierbas y/o vegetales son usados como baño y en forma de infusiones.

Términos incluidos	Relación semántica
Tomar baños Consumir infusiones	Es una manera de uso de hierbas

Tomar baños

Las mujeres del estudio manifiestan que toman baños de hojas de eucalipto, canela, manzanilla, lulo, hojas de brevo, las cocinan y luego se sientan en una silla y reciben el vapor de estas plantas que según la información brindada sirve para eliminar dolores y cólicos durante el último trimestre de embarazo y para disminuir el dolor durante el parto. Estas hierbas se preparan de manera individual sin mezclarlas y no se consumen, solo se expone la mujer al vapor que estas plantas sueltan. También las gestantes usan el aceite de oliva en la espalda, con el fin de disminuir dolores en dicha zona.

“tomar baño de hojas de eucalipto, canela, manzanilla, lulo, hojas de brevo, sentada en una silla y recibir ese vapor” P1E1 P14E1 P8E1 P17E1 P16E1

“usar aceite de oliva para el dolor de espalda” P17E1

Consumir infusiones

Las mujeres con morbilidad materna extrema consumen agua de timorreal, lulo, y hojas de brevo con panela, aceite de recino durante las últimas semanas de embarazo, y/o cuando se sienten que están a punto de iniciar trabajo de parto, puesto que estas plantas disminuyen los cólicos. Estas hierbas y plantas no sirven en todos los pacientes. Ellas advierten que si se consume y/o toman estas sustancias antes de los dos meses de embarazo puede causar abortos espontáneos. También practican otros cuidados como consumir jugo de naranja con clara de huevo el cual estimula el sistema endocrino, con el fin de que los músculos del piso pélvico se mantengan fuertes y resistentes para el momento del parto y también para evitar un aborto o un parto pretérmino. Muchas veces

los baños de eucalipto en la barriga son una opción para prevenir dolores muy fuertes en el parto, ellas consideran que el frio es causante de esto, por lo cual usan esa práctica.

“tomar agua de timorreal, lulo, y hojas de brevo con panela” P3E1 P2E2 P3E1

“tomar aceite de recino para el dolor de parto” P4E1 P5E1

“no consumir esto antes de 2 meses porque se te viene él bebe” P10E2

“echarse eucalipto en la barriga” P9E2

Dominio 2 taxonomía 2 evitar movimientos bruscos

El cuidado del sistema musculo esquelético en la gestante con morbilidad materna extrema, juega un papel importante, puesto que ella considera que debe evitar movimientos que impliquen fuerza física y estar tranquilas. Para cumplir con esto último hacen lo que sea necesario, pues consideran que la tranquilidad es una forma de cuidado y están dispuestas a realizar cambios en su vida con tal de lograr este propósito.

Términos incluidos	Relación semántica
No hacer ninguna actividad	Es usado para evitar fuerza física
Estar tranquila	

No hacer ninguna actividad

En el último trimestre del embarazo, algunas de las mujeres del estudio prefieren permanecer acostadas la mayor parte del tiempo, para evitar gasto de energía, cansancio y agotamiento en ella y su hijo. El no realizar ningún tipo de actividad física, que involucre al sistema locomotor y musculo esquelético, conserva su embarazo y evita un aborto o un parto pre término.

“moverse poquitico, o no moverte para que no se te venga él bebe” P5E1 P6E1

“permanecer quieta” P7E2 P17E1

“no hacer mayor cosa” P2E2

Estar tranquilas

La tranquilidad durante el embarazo según las mujeres con morbilidad materna extrema juega un papel importante durante este, ya que esta práctica les brinda protección, bienestar y satisfacción. La tranquilidad en el hogar, en el trabajo las previene de cólicos, de dolores, de abortos espontáneos; para ellas la tranquilidad es una forma de cuidado y una práctica que usan a diario. La tranquilidad se logra asistiendo a cursos de yoga, a los controles prenatales, asistiendo al ginecólogo, visitar a la enfermera de confianza, y cuando se ven enfrentadas a situaciones que les pueda cambiar ese sentimiento o estado emocional, tratan de cambiar de sitio, domicilio, trabajo e incluso hasta de compañero sentimental. Ellas manifiestan que hacen lo que este a su alcance con el fin de conservar su embarazo y el bienestar de su hijo por nacer. Sin embargo, llama la atención que la asistencia al control prenatal les da tranquilidad y muchas no tuvieron el número de controles mínimos establecidos por la resolución 412 de 2000.

“estar siempre relajada y no coger rabietas por riesgo al aborto” P15E1

“el yoga me pone tranquila a mí y al bebe” P1E1

“ir a control prenatal me calma” P2E2 P8E2

“que te atienda el ginecólogo te mantiene tranquila” P7E1 P9E1 P15E1

“me gusta que me atienda la jefa, (enfermera) me deja más tranquila” P14E1

Dominio 3 taxonomía 2 evitar el frío

Sin lugar a dudas los factores externos y/o el ambiente en el que se desarrolla un embarazo, es tomado en cuenta por las mujeres con morbilidad materna extrema como un factor protector o un factor de riesgo, muchas de ellas expresan que los factores extrínsecos como exponerse a la humedad, no tener precauciones con el baño y usar ropa húmeda son medios por los que entra el frío al cuerpo y de esta manera se altera el desarrollo fisiológico y morfológico de su embarazo, así como el crecimiento y desarrollo del hijo por nacer.

Términos incluidos	Relación semántica
No exponerse a la humedad Precauciones con el baño No usar ropa húmeda	Es una manera de evitar el frío

No exponerse a la humedad

Para las mujeres del estudio es importante no exponerse a la humedad para lo cual se cuidan de los fríos durante el embarazo, sobre todo en el último trimestre, para ello evitan salir al sereno de la noche; este sereno se vuelve más crítico en la temporada de lluvias, por lo cual la mujer con morbilidad materna extrema queda en casa sin salir, tampoco se acerca a puntos por donde entra la humedad externa como lo son ventanas, chimeneas apagadas, puertas y lugares que estén sin protección térmica, otras prácticas muy usuales es no sentarse en el piso y el uso constante de calzado cerrado con el fin de evitar contacto con la humedad del piso, sobre todo el piso de cerámica y/o cemento, están constantemente abrigadas, usan chaquetas y buzos, y algunas lo usan de acuerdo al número de metros sobre el nivel del mar que se encuentren.

Realizan todo lo anterior para evitar y transmitir una humedad directa al cuerpo de la mujer y al hijo por nacer, previniendo malestares, entre ellos los cólicos y los dolores intensos durante el parto y la prolongación de ellos en el puerperio inmediato. Algunas de ellas lo hacen para evitar bajo peso al nacer.

“no serenarse” P8E1 P9E1

“no acercarme a sitios donde pase el frío” P7E1 P12E1

“no salir si está lloviendo” P7E1 P10E2

“no sentarse en el piso frío” P5E1

“salir con chaqueta” P17E1 P13E1

“no exponerme a esos frío porque sale flaquito él bebe” P9E1

“uso blusas largas, igual acá hace calor, pero el frío de la noche” P14E1

Precauciones con el baño

El baño y el acicalamiento es importante para la gestante con morbilidad materna extrema, ellas manifiestan que optan por programar estas actividades con el fin de evitar humedad y/o desequilibrio térmico sobre todo en horas de la tarde, cuando se experimentan bajas temperaturas, por el ocultamiento del sol. Ellas dicen que se cuidan de la manera convencional posible, como lo hacen otras embarazadas, una de las prácticas que usan es no bañarse tan tarde, tratar de que el baño y acicalamiento sea con agua caliente a más tardar antes de 4 pm, y si es con agua fría debe ser antes del mediodía, y luego exponerse a la luz ultravioleta por un tiempo prudente.

“no bañarse tan tarde” P8E1 P11E1

“bañarse con agua caliente a más tardar antes de 4 pm” P12E1 P14E1

“si es con agua fría debe ser antes del mediodía” P12E1 P14E1

“exponerse al sol un ratico” P9E2 P6E1

No usar ropa húmeda

Para la mujer con morbilidad materna extrema el uso de ropa húmeda es una forma de transmitir frío a su cuerpo y a su hijo por nacer, por lo cual evitan tener ropa con estas características, por lo cual suelen cambiarse la ropa húmeda de forma inmediata, evitan salir cuando llueve, o cuando hay bajas temperaturas, ellas utilizan delantal de plástico para lavar ropa y tratan de no mojarse. También evitan lavar ropa a mano, y optan por usar en la mayoría de veces lavar en máquina.

“quitarse la ropa mojada cuando lava a mano” P4E1 P2E1 P2E2

“no serenarse salir con chaqueta” P8E1 P9E1 P17E1 P13E1

“no salir si está lloviendo” P7E1 P10E2

“me pongo delantal” P9E1

Dominio 4 taxonomía 2 precauciones antes del parto

Cuando la mujer con morbilidad materna extrema llega al tercer trimestre de la gestación, asume una serie de precauciones encaminadas a que el proceso de parto y puerperio sea

exitoso, para lo cual aplican creencias y prácticas como no comprar ropa al bebé, realizar determinados ejercicios y consumir algunos brebajes.

Términos incluidos	Relación semántica
No comprar ropa al bebe Hacer ejercicios Consumir brebajes	Es una manera de Precauciones antes del parto

No comprar ropa al bebe

Las gestantes y sus familias optan por no comprar productos que consideran de segunda necesidad como lo es el vestido del hijo por nacer por miedo a que suceda un acontecimiento doloroso e inesperado como es la muerte de su hijo por nacer, expresan que lo hacen por supersticiones de su familia y de las abuelas para superar más rápidamente una perdida, al no tener algún recuerdo en caso de que se presente un aborto o una muerte perinatal. Ellas manifiestan que él bebe se salva después de los 7 meses, y que solo se debe realizar gasto de productos de segunda necesidad después de los 8 meses de embarazo.

“él bebe se salva después de los 7 meses” P8E1

“no comprarle ropa al bebe” P8E1

“lo hago por supersticiones de mi familia” P8E1

“se le compra la ropita después de los 8 meses P8E1

Hacer ejercicios

La realización de ejercicio físico como caminar, ir al curso de psico-profilaxis o de preparación para el parto, jornadas aeróbicas, gimnasia rítmica, cuclillas, caminar a dos o tres pasos, subir escaleras, colocar los pies hacia arriba y realizar ejercicio de flexión, extensión, favorece según las gestante la separación de la carne del útero (dilatación) y de la cavidad vaginal, ya que estos ayudan a la estimulación y dilatación del canal vaginal

durante el parto, y con ello una salida más rápida del hijo por nacer, disminuyendo de esta forma posibles asfixias, muertes perinatales y la misma muerte materna.

“caminar mucho, de dos a tres pasos” P2E1 P3E1 P4E1

“trotar por 20 a 45 minutos” P2E1 P3E2 P4E1

“practicar futbol, patinaje, voleibol, gimnasia rítmica” P1E1 P3E1

“hacer cuclillas para separar las carnes para él bebe salga rápido” P4E1 P5E1 P15E1

Consumir brebajes

El Jugo de naranja con huevo y el agua de timorreal lo consumen las mujeres con morbilidad materna extrema antes del parto con el fin de que este sea rápido y menos doloroso, ellas declaran que esta práctica garantiza una salida más rápida y menos traumática del perinato del canal vaginal. Las gestantes usan canela, manzanilla, lulo, hojas de brevo, panela, juntas en una sola infusión y/o preparado, luego lo hierven a una temperatura que no supere los 100° Celsius, puesto que si supera esta temperatura se desnaturalizan las propiedades y no se consigue el efecto terapéutico. También manifiestan que estas prácticas no funcionan en todas las mujeres, puesto que la respuesta de los sistemas y organismo es diferente. Finalmente ellas expresan que se disminuye el dolor en el parto y en el puerperio, si se consume brebaje de manzanilla, canela, el lulo y las hojas de brevo, pero hay que tener una precaución muy especial, puesto que si estas preparaciones e infusiones de hierbas se consumen antes de los dos meses de embarazo se puede presentar y/o generar un aborto espontaneo.

“tomar agua de timorreal, lulo, y hojas de brevo con panela” P3E1 P2E2 P3E1

“tomar brevo con panela para el dolor de parto” P4E1 P5E1

“no consumir esto antes de 2 meses porque se te viene él bebe” P10E2

“todo en una sola bebida y cocinarlo poco” P1E1 P14E1 P8E1 P17E1 P16E1

Dominio 5 taxonomía 2 estar siempre limpia

Para las mujeres del estudio, estar siempre limpia implica bañarse bien, evitar uso de baños públicos y evitar el uso de cremas vaginales excepto si son indicadas por el

médico. Estas actividades las realizan especialmente para prevenir infecciones en ellas y sus hijos por nacer.

términos incluidos	relación semántica
Bañarse bien Evitar uso de baños públicos No usar cremas vaginales	Es una manera de estar siempre limpias

Bañarse bien

Las mujeres con morbilidad materna extrema mantienen hábitos de limpieza muy frecuente con estricto horario con el fin de estar siempre limpias (higienizadas), sin sudoración en los genitales, puesto que consideran que si no mantienen estos hábitos pueden desarrollar infecciones que pueden transmitir a su hijo por nacer.

“bañarme a diario bien la cuca, (vagina) antes de 4 pm” P8E1 P11E1 P9E1

“bañarse muy para evitar infecciones y trasmitirlas al hijo” P8E1 P11E1

Evitar uso de baños públicos

Las mujeres con morbilidad materna extrema en lo posible tratan de no usar baños públicos de centros comerciales, clínicas, hospitales, colegios y demás establecimientos públicos, a menos que fuese estrictamente necesario. Esta práctica la desarrollan con el objeto de evitar contacto con posibles secreciones de otras personas en estos establecimientos, ellas tienen miedo de poder contagiarse de cualquier enfermedad y/o bacteria virus o microorganismo por la vía vaginal u anal, también expresan que hacen esto por el miedo a transmitir cualquier enfermedad a su hijo por nacer.

“esos baños que entran todo el mundo, yo no entro” P8E1 P11E1

“eso es buscar una infección” P8E1 P11E1

“que miedo una bacteria en esos baños, no, no y preñada menos” P8E1 P11E1

No usar cremas vaginales

Las cremas vaginales son consideradas nocivas para el hijo por nacer, por lo cual evitan su uso, también sustentan que el PH de esta zona cambia, y algunas cremas pueden causar irritación en dicha zona, y por lo cual puede afectar al hijo por nacer. Las cremas que ellas usan son las que el medico indica, siempre y cuando no afecte el desarrollo del hijo nacer.

“no uso esas cremas porque irrita y el ph de uno cambia” P6E1 P9E2

“esas cremas dañan al bebe” P6E1

“usaría a menos que el doctor la recete” P6E1

Dominio 6 taxonomía 2 cambio de posición ante la presencia de edema

Cuando la gestante con morbilidad materna extrema presenta edema lo identifica por aumento de tamaño de los pies, piernas, cara y brazos. Para ella el edema es la hinchazón y realiza sus propios cuidados, pero no consulta de manera inmediata al servicio de salud.

La gestante con morbilidad materna extrema identifica varias razones para practicar cuidados como cambiar de posición con el fin de disminuir el edema de miembros inferiores.

Términos incluidos	Relación semántica
La hinchazón	Es una característica de la presencia de edema
Tener los pies grandes	

La hinchazón

La gestante con morbilidad materna extrema realiza varias prácticas de cuidado ante la presencia del edema, cuando evidencian que sus pies están grandes, la hinchazón de todo su organismo, porque en los anteriores partos no sucedió, ellas identifican el edema y el estado de anasarca cuando tienen cara, pies, brazos, piernas hinchadas, muchas

veces no caminan por el mismo edema. Para contrarrestar estos problemas reales de salud las gestantes optan por prácticas de cuidado cultural como levantar los pies, cambiar constantemente de posición especialmente en las noches cuando se les exagera el edema, ellas manifiestan que sienten que el edema disminuye cuando duermen de cubito lateral izquierdo. Muchas duermen con la cabecera de la cama invertida, instalando objetos con el fin de que la cabeza quede inclinada (más baja que el cuerpo), y así disminuir edema de miembros inferiores, es decir en posición trendelemburg.

“levanto los pies para que se me quite la hinchazón” P9E2 P16E1 P14E1

“colocar piedras en los pieseros para bajar la cabecera de la cama” P8E1

“acostarse del lado izquierdo” P6E1 P5E1

Tener los pies grandes

Las mujeres con morbilidad materna extrema también identifican el edema relacionándolo con la observación de sus miembros inferiores, ellas expresan que el tener los pies grandes es un signo de alarma porque muchas veces sus zapatos no calzaban, o simplemente porque aumentaron de talla, algunas tenían limitaciones para caminar y movilizarse, por tanto, usan prácticas de cuidado para mitigar esto como es acostarse y levantar los pies en contra de la pared. Otras en cambio manifestaban que tener los pies grandes era algo normal, porque en su mayoría las embarazadas tienden a sufrir de edema en miembros inferiores; esto evidencia que otras gestantes tienen desconocimiento para identificar el edema, y por tanto están en riesgo su vida y la de su hijo por nacer. Pero hay otros mecanismos que ellas usan para identificar que están enfermas, ellas consideran que si están hinchadas y padecen dolor de cabeza es un síntoma para buscar ayuda, al mismo tiempo evitan consumir agua por miedo a exagerar más la enfermedad.

El cuidado de elección que ellas tienen ante la presencia del edema es elevar los pies para que se disminuye el edema; la gestante con morbilidad materna extrema sabe identificar el edema, y sabe su posible consecuencia, además de otras prácticas, ellas consideran que el levantar los pies, dormir con la cabecera de la cama invertida disminuye el edema y la anasarca, puesto que el retorno sanguíneo aumenta y con ello la entrada de

agua a nivel intracelular, y la disminución de esta del espacio intracelular e intersticial. Otras prácticas de cuidado que evitan es el consumo de sodio (sal), ellas practican la dieta hipo sódica, con el fin de evitar aumento del edema y la exacerbación de este, es una práctica coherente puesto que el sodio ayuda a retener el agua a nivel extracelular y por ende el edema se conserva.

“levanto los pies para que se me quite la hinchazón” P9E2 P16E1 P14E1

“colocar piedras en los pieseros para bajar la cabecera de la cama” P8E1

Dominio 6 taxonomía 2 presencia de edema

Términos incluidos	Relación semántica
El peso del bebé	Es una razón de la presencia de edema

Por el peso del bebe

El peso del bebe es una justificación o una razón para tener edema de miembro inferiores, incluso hasta el estado de anasarca, ellas mismas argumentan que al tener un hijo grande y un embarazo de mayor tamaño que las demás gestantes produce edema. Para esto ellas practican cuidados como dormir de lado izquierdo y levantar pies. En el momento que crece el vientre y aumente la expansión del útero, se produce una presión sobre la vena cava inferior por lo cual disminuye el retorno sanguíneo y se produce el edema de miembros inferiores, situación que empeora y perpetua cuando se presenta la preclamsia. Por tanto, las prácticas de cuidado que tienen las gestantes son congruentes con su patología de base.

“levanto los pies para que se me quite la hinchazón” P9E2 P16E1 P14E1

“acostarme del lado izquierdo” P6E1 P5E1 P15E1

Dominio 7 taxonomía 2 no consumir agua

La gestante con morbilidad materna extrema identifica varias razones para practicar cuidados como la disminución en la ingesta de agua y de líquidos, porque según ellas el consumo de líquidos hace que se les aumente la hinchazón (edema) y les empeore

hinchándose las manos, brazos y cara (anasarca), por lo cual evitan el consumo, llegando incluso a no consumir como alternativa de tratamiento y cuidado en el hogar.

Términos incluidos	Relación semántica
Por tener pies grandes Orinaba mucho	Es una razón para no consumir agua

Por tener pies grandes

La mujer con morbilidad materna extrema disminuye el consumo de líquidos por evidenciar en sus miembros inferiores el edema, para ella es muy preocupante esta situación, y una de las formas de ayudarse y cuidar de sí misma es disminuyendo el consumo de líquido y agua, también las mismas orientaciones de la familia, amigos y las parteras ayudaron y contribuyeron al cuidado de ella y de su hijo por nacer. Para ellas el tener pies grandes y gigantes es un signo de alarma grave y aún más cuando sus zapatos no calzaban, situación que nunca había sucedido con los anteriores embarazos.

“no consumir agua para que se me disminuya la hinchazón” P16E1 P6E1 P14E1

Orinaba mucho

El orinar mucho es para la mujer con morbilidad materna extrema un signo de que algo no está bien en su organismo, puesto que además del edema se le sumaba esta situación, lo cual la preocupa demasiado. Ellas argumentan que al consumir agua y estar hinchadas su organismo no expulsa el exceso de líquido que tiene en sus miembros, sino en cambio que aumenta el problema y el edema. Una de las formas de cuidarse es disminuyendo gradualmente el consumo de agua, incluso hasta restringir de su dieta todo tipo de líquidos como son sopas, agua, gaseosas, jugos, malta y demás. Otra situación que preocupa mucho a la gestante y la obliga a buscar ayuda en la preclamsia es orinar espuma, para a gestante esta situación no es coherente, puesto que si ella no consume agua porque orina tanto y de esa forma de espuma.

“no tomar tana sopa, tanta agua y tanto jugo” P15E1 P5E2 P7E2

Si tomo mucha agua orino más” P3E1

Dominio 8 taxonomía 2 buscar ayuda

La mujer con morbilidad materna extrema se enfrenta a una situación desconocida, sobre todo durante la preclamsia experimenta zozobra, desesperación y angustia, lo cual la obliga a buscar ayuda de otras personas, y sobre todo del sistema de salud.

Términos incluidos	Relación semántica
Porque en el anterior embarazo no sucedió Tener la presión alta Por miedo	Es una razón de buscar ayuda

Porque en el anterior embarazo no sucedió

La experiencia con otras gestaciones y embarazos da un valor importante a la mujer con morbilidad materna extrema, pues de esa experiencia particular le da una base fundamental para cuidarse de sí misma y de su hijo por nacer. Para ella el estar sana y de un momento a otro estar enferma es una situación que la aqueja y la preocupa, puesto que con las anteriores gestaciones nunca evidenció cambios anatomo-fisiológicos, y situaciones que podían colocar en riesgo la vida de ella y de su hijo por nacer. Al tener un conocimiento previo de esas situaciones las mujeres con morbilidad materna extrema buscan ayuda en centros de salud especializados, en médicos y enfermeras de sus localidades. La búsqueda de ayuda se considera como un factor protector para la gestante con morbilidad materna extrema.

“en el anterior parto no paso” P9E1 P14E1

“me preocupé y fui al hospital” P14E1

Tener la presión alta

Las mujeres con morbilidad materna extrema no acuden a los servicios de atención materna, porque en su mayoría son distantes o porque no tienen acceso a ellos, por problemas con el aseguramiento. No obstante, cuando la gestante identifica que está enferma o que su embarazo o su hijo por nacer está en peligro hacen lo posible por buscar ayuda. La mujer con morbilidad materna extrema busca ayuda cuando identifican tener presión alta, dolor de cabeza, mareos, palpitos en el corazón por lo cual consultan en la brevedad en las unidades de urgencias, o con las enfermeras de su comunidad.

“la enfermera del pueblo me toma la presión y estaba alta” P6E1

“consulte en la urgencia por la presión” P12E1 P15E1

“llamo a una enfermera cuando tengo dolor de cabeza” P4E1 P1E1

“me Marie y fui a urgencias enseguida” P3E2

“sentí unos palpitos en el corazón y fui al hospital del pueblo” P13E1

Por miedo

El miedo, la preocupación, el estrés, el temor por la vida de sí misma y del hijo por nacer, son una de las razones por las cuales las mujeres con morbilidad materna extrema buscan o piden ayuda, ellas manifiestan que están dispuestas a realizar cualquier actividad con tal de mantenerse tranquilas durante su gestación, para ellas la tranquilidad es un estado emocional sinónimo de confianza y seguridad para ella misma y para su hijo por nacer.

“sentí unos palpitos en el corazón y fui al hospital del pueblo” P13E1

“ese pie hinchado me dio un miedo” P2E1 P12E1

“preocupada por eso, me fui para el hospital” P17E1 P9E1

Dominio 9 taxonomía 2 evitar algunos alimentos

El evitar el consumo de carbohidratos de sodio, es una práctica de cuidado que las mujeres con morbilidad materna extrema usan para cuidarse y evitar que se exacerben los síntomas de su enfermedad, como en el caso de las mujeres con diagnóstico de preclamsia, la diabetes gestacional y también para evitar un hijo macrosómico.

Términos incluidos	Relación semántica
Preocupación por él bebe	Es una razón de evitar algunos alimentos

Preocupación por él bebe

La gestante con morbilidad materna extrema conoce las consecuencias de no seguir una dieta estricta cuando se padece diabetes gestacional, ellas manifiestan que evitan consumir algunas frutas como la piña, uvas, banano papaya, porque contienen demasiada azúcar (Fructosa), lo cual puede aumentarle la glicemia, que su hijo por nacer padezca de macrosomía, y posiblemente desarrolle diabetes infantil.

“no comer la piña, uvas, banano, papaya son muy dulces” P12E1 P15E1

“esas frutas me suben el azúcar” P12E1

Tema 3 cuidados sugeridos por familia y amigos

La mujer con morbilidad materna extrema se encuentra entrelazada en una red de apoyo y social grande conformada por su familia, especialmente la madre, y en segunda instancia se encuentran los amigos y allegados que la rodean. La familia y amigos le brindan información valiosa sobre el cuidado de ella y de su hijo por nacer considerando importante que ella esté sana y tenga un conocimiento real y adecuado del cuidado de sí misma. La familia y amigos le recomiendan como cuidarse, como alimentarse adecuadamente y como cuidar al hijo por nacer.

Dominios generales	Relación semántica
Cuidarse bien. Alimentarse adecuadamente.	Es una manera de cuidados sugeridos por familia y amigos.

Dominio 1 taxonomía 3 cuidarse bien

La familia y amigos recomiendan a la mujer con morbilidad materna extrema realizar prácticas de cuidado que le favorezcan a ella y a su hijo por nacer, lo hacen por la preocupación que sienten por ellos y algunas de sus recomendaciones están relacionadas con la alimentación, la planificación familiar y el reposo en cama.

Términos incluidos	Relación semántica
Comer bien No tener más hijos Tener reposo	Es una manera de cuidarse bien

Comer bien

La familia sugiere que la mujer con morbilidad materna extrema se alimente bien y adecuadamente, esto quiere decir que ella debe consumir proteínas, carbohidratos y fibra. La familia argumenta, según la gestante, porque son necesarios para el crecimiento y desarrollo del hijo por nacer, recomiendan que su consumo sea diario y con los requerimientos nutricionales adecuados.

“mis tías me dicen que coma huevos, arroz, carne de cerdo, de pollo, de res, fibra y mucha fruta”. P12E1 P3E2 P17E1

“mis amigas me dicen que debo comer de todo, pero que sea balanceado” P4E1 P9E1 P6E2

No tener más hijos

La familia y amigos de la mujer con morbilidad materna extrema recomiendan que luego de terminar el embarazo esta debe buscar orientación en los servicios de salud e inscribirse en el programa de planificación familiar. La familia lo hace por la preocupación que tienen por la vida de la gestante, por la edad de esta o la enfermedad que padecen.

“mi mama me dijo que ya no podía tener más hijos por la preclamsia” P14E1

“mi hermana dice que vaya a planificación familiar” P2E1 P4E2

Tener reposo

El reposo en la mujer con morbilidad materna extrema es demasiado importante para la familia y amigos, ellas deben descansar cada vez que puedan, la familia siempre brinda apoyo de esta práctica. La familia argumenta que la gestante debe estar siempre en reposo, sin realizar mayor esfuerzo, para que el hijo por nacer se desarrolle bien y al momento del parto tenga las medidas antropométricas adecuadas para su edad.

“mi mama me dice que debo estar quieta y en reposo para que el niño salga grande y bonito” P15E1 P12E1

Dominio 2 taxonomía 3 alimentarse adecuadamente

La familia y amigos recomiendan a la mujer con morbilidad materna extrema varias prácticas de cuidado cultural, estas prácticas están encaminadas a la nutrición, ellos recomiendan una seguir las indicaciones médicas, una dieta balanceada y equilibrada, con el fin de evitar desnutrición de la mujer y de su hijo por nacer.

Términos incluidos	Relación semántica
Consumir dietas de embarazadas Tener dieta balanceada	Es una manera de alimentarse adecuadamente

Consumir dietas de embarazadas

La madre de la gestante con morbilidad materna extrema, siempre está involucrada en el cuidado de ella, y de su hijo por nacer, recomiendan alimentos que nutran a la mujer y a su hijo. Siempre se muestran preocupadas por sus hijas y por las prácticas de cuidado que estas deben tener, y sobre todo con los hábitos alimenticios con el fin de favorecer un

crecimiento intrauterino adecuado, para ellas una dieta de embarazadas requiere un consumo alto de proteínas, zinc, pescado, vitaminas, frutas y verduras.

“mi mama dice que debo comer de todo” P12E1 P3E1

“comer mucha carne, pollo, frijoles, lentejas, ensaladas, mucha fruta” P13E1 P15E1

“mami dice que coma muchísimo pescado” P13E1

Tener dieta balanceada

La familia y amigos están siempre educando y enseñando a la gestante sobre la alimentación, sus recomendaciones nutricionales siempre están orientadas al consumo balanceado de los alimentos, con el fin de fortalecer a la madre y que esta pueda transmitir todos los nutrientes a su hijo por nacer. Según la familia la dieta balanceada consiste en consumir muchísimos alimentos, pero en cantidades razonables y equilibradas así sea de buen sabor o desagradables.

“comer de todo, verduras, carne, pollo todo me dice mi abuela” P15E1

“comer muchos alimentos, sin andar con morisqueta” P8E2

Tema 4 reacción al diagnóstico medico

Las mujeres responden de manera diferente al diagnóstico de la morbilidad materna extrema, por lo que tienden a sentir tristeza, desesperación y zozobra, puesto que consideran que han realizado un cuidado adecuado y teniendo en cuenta que muchas de ellas se vuelven sensibles emocionalmente, pero al mismo tiempo sienten que es una oportunidad para luchar por la vida.

Dominios generales	Relación semántica
Estar triste Sorpresa para ellas Nueva oportunidad de vida Preocupación por el hijo por nacer	Es una manera de reacción del diagnóstico médico

Dominio 4 taxonomía 1 estar triste

En el momento que la mujer con morbilidad materna extrema tiene conocimiento de su diagnóstico médico, siente mucho temor, tristeza y melancolía este sentimiento trae consigo zozobra, culpabilidad, y preocupación, lo cual puede ser perjudicial para ella, puesto que puede causar cambios fisiológicos en su organismo.

Términos incluidos	Relación semántica
Pensé que podía morir Me sentí derrotada Resignación	Es una manera de estar triste

Pensé que podía morir

En el momento que le brindan información sobre el diagnóstico médico, las mujeres con morbilidad materna extrema sienten que temor por su vida y la de su hijo por nacer, muchas de ellas se angustian, padecen depresión, desesperación. Una manera de afrontar esta situación es orando y entregándose a dios.

“me entregue a dios cuando me dieron la noticia” P4E1 P9E1

“oré y me sentí mejor, y ya no estaba deprimida y desesperada como antes” P5E1

“Me angustie muchísimo, que noticia tan tenaz” P9E2

Me sentí derrotada

La mujer con morbilidad materna extrema experimenta una serie de sentimientos como tristeza, melancolía, incluso hasta llegar a la depresión, sienten culpabilidad por la situación, piensan que ha sido un castigo por lo cual cambian de ánimo, dejan de recibir y consumir alimentos, también experimentan insomnio.

“me sentí culpable porque por mi edad no debí quedar embarazada” P16E1

“esto fue un castigo” P13E2

“No duermo por esa noticia” P15E1

“no comía” P14E1

Resignación

Asumir poco a poco la enfermedad, acercarse a dios, tener mucha paciencia son las maneras de como la mujer con morbilidad materna extrema usa para aceptar su enfermedad, y está a la vez se involucra directamente en el proceso de recuperación, teniendo adherencia al tratamiento farmacológico y al no farmacológico, concibe este estado como una oportunidad de vida y de crecimiento personal.

“asumir poco a poco la enfermedad” P9E1

“tener paciencia” P14E1

“colaborar con el tratamiento” P5E2

Dominio 4 taxonomía 2 sorpresa para ellas

Términos incluidos	Relación semántica
Nunca me sentí enferma Me había hecho exámenes Mi presión estaba bien Los otros embarazos fueron sanos	Es una razón de Sorpresa para ellas

Nunca me sentí enferma

En el momento que las diagnostican con morbilidad materna extrema y le fue informado su reacción fue de asombro, porque ellas habían asistido a algunos controles prenatales, porque se sentían bien sanas, sin dolencias. Sin embargo, ellas no asistieron oportunamente a los controles prenatales, de acuerdo a los lineamientos establecidos por la resolución 0412 del 2000.

“Yo iba a controles prenatales, no a todos, pero iba” P7E1

“Yo estaba sana” P12E1

“Yo no tenía dolencias” P9E1

Me había hecho exámenes

Las mujeres con morbilidad materna extrema manifiestan que se habían realizado exámenes de laboratorio, habían sido muy puntuales con ellos, y ninguno evidenciado resultados alterados, por lo cual no comprendían porque le diagnosticaban esa enfermedad. Para ella fue muy sorprendente esta situación, incluso hasta el punto de escuchar otra opinión médica.

“Yo iba a controles prenatales, no a todos, pero iba” P7E1

“iba a mis exámenes de laboratorio” P12E1 P13E1

“los exámenes salían buenos” P9E1

“fui a otro doctor porque no creía” P10E1

Mi presión estaba bien

La mujer con morbilidad materna extrema acostumbra a tomarse la tensión arterial en su comunidad, o en un centro de salud cercano, es un hábito y una práctica que hacen para cuidarse, ellas manifiestan que lo hacen para estar seguras del embarazo, por lo cual cuando le diagnosticaron su enfermedad, no asumía que padecía dicha patología.

“si la presión arterial estaba siempre bien” P10E1 P2E1 P5E2

“yo iba siempre a tomarme la presión arterial” P8E1 P3E2

“nunca me dijeron que la tenía lata” P10E1

Los otros embarazos fueron sanos

La experiencia previa de otras gestaciones, brinda a la mujer con morbilidad materna extrema herramientas para identificar factores de riesgo y/o signos de alarma, por ello cuando ellas son diagnosticadas sienten asombro y muestran estar desesperadas por experimentar un suceso diferente y no esperado.

“con los anteriores partos no me dio nada” P1E1 P2E2 P8E1

“sentí desesperación porque eso es nuevo para mi vida” P9E1

Dominio 4 taxonomía 3 nueva oportunidad de vida

Las mujeres que experimentan una situación de enfermedad que afecta su vida y coloca en riesgo la vida del hijo por nacer, toman ese proceso como una prueba de vida que el destino les ha puesto, por lo cual ellas aceptan la realidad de este acontecimiento y se resignan ante el diagnóstico y lo asumen como una nueva oportunidad de vida o como un suceso que deben afrontar en algún momento de sus vidas.

Términos incluidos	Relación semántica
Aceptar la realidad Verlo como una prueba	Es una característica de nueva oportunidad de vida

Aceptar la realidad

En el momento que son diagnosticadas con morbilidad materna extrema ellas aceptan su enfermedad, a través de la calma, no angustiándose, sentirse seguras por la atención hospitalaria. Consideran que tienen una adecuada disposición para afrontar este tipo de situaciones, lo ven como una nueva oportunidad de vida de la cual saldrán sanas.

“Acepte la realidad” P5E1

“me desespero al principio, después tome la cosa suave” P9E1

“le di gracias a dios porque las enfermeras y médicos son buenos” P8E2 P5E1

Verlo como una prueba

Las mujeres con morbilidad materna extrema toman este tipo de situaciones como una nueva experiencia que sucede en su vida, una situación que es muy difícil y compleja que todo ser humano alguna vez en su vida debe enfrentarse con valentía. El afrontar esta situación ellas lo ven como un reto personal el cual deben superar para conservar la vida de ella misma y de su hijo por nacer.

“superare esto por mi bebe” P11E1 P4E2

“tropiezos que todo ser humano debe pasar” P9E1

Dominio 4 taxonomía 4 preocupación por el hijo por nacer

La mujer con morbilidad materna extrema se ve enfrentada a una situación desconocida, puesto que el diagnóstico médico la lleva a padecer ansiedad y miedo por las consecuencias de esa patología sobre el hijo por nacer, conllevándola a visualizar el futuro de su hijo por nacer, muchas de ellas piensan que el tener una enfermedad durante el embarazo su hijo pueda desarrollar defectos congénitos o trastornos genéticos y terminen padeciendo síndrome de down.

Términos incluidos	Relación semántica
Pensar que la enfermedad lo afecte Nacer con defectos Que salga enfermo o especial	Es una razón de preocupación por el hijo por nacer

Pensar que la enfermedad lo afecte

Las mujeres con morbilidad materna extrema muestran gran preocupación sobre el hijo por nacer, ellas manifiestan que creen que su hijo saldrá enfermo, que padecerá enfermedades que ella tiene. Por lo cual se entregan a ritos religiosos y colocan su empeño en el tratamiento médico.

“el niño saldrá enfermo por la diabetes” P10E1 P12E1

“estoy en un grupo de oración para que el niño no salga enfermo”. P15E1

Nacer con defectos

La mujer con morbilidad materna extrema se ve estresada por el miedo a que su hijo por nacer traiga consigo defectos congénitos relacionados con la enfermedad que tienen, su preocupación llega hasta el punto de realizarse ecografías particulares, con el fin de estar seguras de la salud del hijo por nacer.

“me hice ecografía particular para saber que venía completo” P15E1

Que salga enfermo o especial

Lo más preocupante para la mujer con morbilidad materna extrema es tener un hijo enfermo o especial, para ellas es una situación muy agobiante y alarmante, pues ellas mismas manifiestan que un hijo con esas características sería una carga emocional para ellas, para su familia, puesto que han tenido experiencia con familiares que han tenido hijos con capacidades especiales.

“un hijo mongólico es tenaz” P13E1

“mi tía tiene un hijo especial y es difícil” P16E1

Tema 5: Apreciación de la atención en salud

La atención en salud juega un papel importante en la atención en salud de la mujer con morbilidad materna extrema considerándose como un determinante de salud que favorece las condiciones de vida de la gestante y de su hijo por nacer. Las gestantes identifican la calidad de la atención de enfermería, la colaboración de grupos sociales y de beneficencia, también identifican aspectos que son negativos en la atención como el difícil acceso a los servicios de salud materna, la falta de experticia de los profesionales, y la falla en la gestión en salud de las aseguradoras.

Dominios generales	Relación semántica
Buenos cuidados Colaboración de damas rosadas Difícil la atención La aseguradora no autorizaba la atención	Es una característica de apreciación de la atención en salud

Dominio 1 taxonomía 5 buenos cuidados

El cuidado de enfermería es identificado en las mujeres con morbilidad materna extrema como una adecuada disposición para ser atendida, es decir que sean amables, que trabajen con amor, que tengan un conocimiento pleno sobre su labor y que le sean atendidas todas sus necesidades de cuidado de salud.

Términos incluidos	Relación semántica
Enfermeras activas Tener muchos conocimientos Estar pendientes	Es una característica de buenos cuidados de enfermería

Enfermeras activas

Las enfermeras activas según la gestante con morbilidad materna extrema se traducen a tener una disposición adecuada para ser atendida, ser amables cariñosas, tener calidad humana, realizar las actividades de cuidado de manera rápida y satisfacer las necesidades de cuidado que ellas requieran.

“muy buena atención” P9E1 P11E1 P12E1 P13E1 P14E1 P15E1 P16E1

“me voy a quedar viviendo acá” (excelente atención) P14E1

“muy buenos cuidados” P14E1 P13E1 P17E1 P15E1

Tener muchos conocimientos

Ser inteligentes, tener un conocimiento amplio sobre su condición clínica que padecen, conocer las dosis, los cuidados, estar pendiente de la toma de la presión arterial, son razones que las gestantes argumentan para describir el conocimiento que tienen las enfermeras en torno al cuidado y sobre todo la atención de calidad que ellas reciben.

“las enfermeras son pilosas” P8E1

“saben todo de mi enfermedad” P9E1

“conocen mis medicamentos” P10E1

Estar pendientes

Las (os) enfermeras (os) están constantemente en comunicación con las mujeres con morbilidad materna extrema, ellas se encargan de gestionar citas, de estar pendiente los días de control, dar recomendaciones sobre los cuidados que deben tener, para las gestantes este comportamiento en la atención prenatal es ejemplar para que ellas se cuiden, y para que ellas tengan una mejor calidad de vida.

“la jefa me ayuda en todo” P8E1

“están pendiente de mis controles” P7E2

“me llaman a preguntar cómo está el embarazo” P1E2

Dominio 2 taxonomía 5 colaboración de las damas rosadas

Las damas rosadas son un grupo de mujeres que ayudan a las gestantes y familias vulnerables, ellas entregan ayuda con ropa, alimentos, y gestionan albergues y hogares de paso para personas que no son de la ciudad de Medellín.

Términos incluidos	Relación semántica
Cuando no tenemos ropa Con la alimentación y comida Para los albergues	Es una manera de colaboración de las damas rosadas

Cuando no tenemos ropa

Las damas rosadas ayudan a las mujeres con morbilidad materna extrema y su familia brindándoles ayuda en torno al vestido, muchas de estas gestantes son referenciadas de municipios de difícil acceso geográfico, las cuales tienen unas condiciones de vida y

socioeconómicas muy críticas, incluso cuando llegan remitidas en su mayoría de casos llegan solas por lo cual acceden a la caridad de estas personas.

“las damas rosadas me han regalado ropa para mí y para mi bebe” P9E1

Con la alimentación y comida

Las damas rosadas son una ayuda para el bienestar de la mujer con morbilidad materna extrema y del hijo por nacer, se sienten más seguras, con confianza en el hospital disminuyendo su preocupación y ansiedad por su acompañante, ya que muchas veces los acompañantes no tienen recursos suficientes para subsidiar su alimentación mientras la gestante está hospitalizada.

“las señoras de rosado nos ayudan con la comida de mi mama y yo estoy más tranquila porque antes me tocaba compartirla con ella” P8E1

Para los albergues

Las damas rosadas gestionan los albergues de las familias de las mujeres con morbilidad materna extrema, ya que en su mayoría los acompañantes viven en municipios lejanos y en los hospitales no hay cama para el descanso de estos, por lo cual las damas rosadas les brindan hogares de paso para ellos, y con esto la gestante se encuentra más tranquila y puede superar su proceso de salud.

“me ayudaron con un hogar de paso para mi mama” P4E1

“estoy más tranquila que mama descanse” P6E1

Dominio 3 taxonomía 5 difícil la atención

Para la mujer con morbilidad materna extrema la atención se torna difícil cuando no hay un acceso adecuado a los servicios de salud materna, cuando los profesionales no tiene experiencia relacionado con el cuidado materno, cuando no hay disponibilidad de un profesional especializado que pueda atenderlas.

Términos incluidos	Relación semántica
Inexperiencia No disponibilidad de ginecólogo Muy lejos el centro de salud No hay ayudas diagnosticas	Es una consecuencia de la difícil la atención

Inexperiencia

La inexperiencia en la atención materna es identificada por la mujer con morbilidad materna extrema cuando los profesionales son del servicio social obligatorio, cuando son personas en calidad de estudiantes, cuando no muestran empatía con la gestante en el momento de la atención. Para ella es importante que los profesionales tengan una buena disposición para atenderlas.

“son practicantes, no saben nada” P9E2

“no saben atender a las personas” P6E1

No disponibilidad de ginecólogo

Las mujeres con morbilidad materna extrema se quejan de la atención en salud, porque no tienen acceso a un profesional de la salud especializado en ginecología y obstetricia, para ellas sentirse tranquilas y que su condición de salud sea la adecuada debe tener la opinión de este, con el fin de asegurarles un hijo por nacer saludable.

“no hay ginecólogo en el pueblo” P17E1

“me sentiré más segura conmigo y e bebe con el ginecólogo” P15E1

Muy lejos el centro de salud

El difícil acceso a los servicios en salud materna, es una razón para que la mujer con morbilidad materna extrema califique este servicio, muchas de ellas expresan que vivir en municipios y veredas alejadas donde no hay instituciones o redes de apoyo que las

reorienta a la utilización de los servicios de salud, es una razón de inasistencia a estos servicios.

“no hay centro de salud en la vereda” P3E2

“el hospital es lejos” P7E2

“el hospital está a 3 horas de camino” P6E1

“no hay parteras o enfermeras en la zona” P16E1

No hay ayudas diagnósticas

Las mujeres con morbilidad materna extrema cuando consultan a los centros de salud e instituciones de salud, evidencian que no tienen ayudas diagnósticas como son laboratorios, y demás, ellas mismas dicen que cuando se realizan el chequeo las enfermeras le manifiestan que no tienen los reactivos para la realización de pruebas de laboratorio.

“la enfermera me dijo que no había material pa la muestra de orina” P4E1

“el centro de salud no tiene mayores cosas para atender” P8E2

Dominio 4 taxonomía 5 la aseguradora no autorizaba la atención

Las mujeres con morbilidad materna no accedían a controles prenatales porque su aseguradora no tenía cobertura en la zona donde residían, o simplemente no les autorizaban la atención en esa localidad, otras razones eran el no estar en bases de datos de SISBEN (Sistema de selección de beneficiarios para programas sociales) o del RUAF (Registro único de afiliados a la protección social), así como también la negación en los centros de salud del municipio de residencia por razones de convenio con aseguradoras.

Términos incluidos	Relación semántica
Vivir en un departamento y/o estado diferente No aparecer en base de datos El hospital no tenía convenio	Es una razón para que la aseguradora no autorice la atención

Vivir en un departamento y/o estado diferente

Al no ser del municipio de residencia o del departamento de nacimiento a las mujeres con morbilidad materna extrema se les negaba la atención en salud materna, ellas manifestaban que al ser de una aseguradora de otro departamento no les cubría la atención en la dicha localidad.

“yo soy de la guajira y mi EPS es de allá y acá nadie me atiende” P12E1

No aparecer en base de datos

Las mujeres con morbilidad materna extrema expresan que, al momento de acceder a los servicios de salud, no eran atendidas porque no estaban registradas en la base de datos del SGSSS (sistema general de seguridad social en salud), como beneficiarias del régimen contributivo o como beneficiaria del régimen subsidiado.

“mi esposo me tenía afiliada pero no aparecía como beneficiaria y no me aceptaron en el control” P7E1

El hospital no tenía convenio

Las mujeres con morbilidad materna extrema se acercaban a los centros de atención en salud locales, como hospitales y centros de salud, pero los servicios de atención materna eran negados porque su EPS no tenía cobertura en el municipio o porque no tenían convenio con el hospital, por lo cual no asistían a los controles.

“fui al hospital, pero como no tenía convenio me devolvieron” P12E1

4.2 Discusión

Prácticas de cuidado desde lo profesional

Las prácticas de cuidado desde lo profesional que realizan las mujeres con morbilidad materna extrema, están basadas en las orientaciones del equipo de profesionales de la salud y en algunos casos particulares han sido aprendidas por medios de comunicación masiva como lo es la internet y las aplicaciones móviles. *“aprendí a cuidarme con la aplicación baby center” P2E1, “en la aplicación aprendí de la alimentación” P1E1*. Las

mujeres con morbilidad materna extrema suelen cuidarse a través de prácticas de cuidado como son la alimentación; consumiendo una dieta rica en proteínas, baja en lípidos, carbohidratos y sodio, *“comer de todo, carne pollo, frutas, verduras, harinas, arroz, pescado”* P1E1 P2E1, muchas dicen que esta práctica en el caso de las mujeres con preclamsia la realizan para evitar que su tensión arterial se eleve, tengan edema, al igual que su glicemia en el caso de las mujeres con diabetes gestacional, *“evitar comer azúcares, y cosas dulces”* P9E1 P6E1, *“el médico me dijo que si no disminuía el dulce quedare con azúcar”* P12E1, *“no comer salado por el edema”* P13E1 P16E1 P11E1, también ellas realizan ejercicio físico y cardiovascular, *“trotar por 20 a 45 minutos”* P2E1 P3E2, *“si trotas tu hijo nace bien y te va bien cuando pares, te pones feliz”* P4E1, puesto que esto las ayuda a mejorar la circulación sanguínea su sistema cardiovascular y así mejorar la irrigación y perfusión hística tisular a su hijo, también descansan, se relajan y evitan realizar esfuerzo físico, *“dormir cómoda, descansar constantemente y dormir plácidamente”* P8E1 P3E2, *“no trasnocharse, dormir sin ruidos”* P15E1, *“si duermes bien él bebe crece más rápido y sale sanito”* P9E2 P6E1, *“ir al yoga te ayuda a estar relajada”* P5E1, *“moverse poquitico, o no moverte para que no se te venga él bebe”* P5E1 P6E1, con el fin de prevenir abortos espontáneos y partos pretérmino, otras prácticas de cuidado que realizan es el cuidado así misma y al hijo por nacer asistiendo a los controles prenatales, *“me han enseñado como cuidarme”* P3E2 P7E1 P8E1 P9E1, y consultando por urgencias cuando se presenten signos de alarma *“cuando tengo signos de alarma ir para la urgencia enseguida”* P12E1 P6E2, *“si me pongo mal me voy para urgencia me dijo la jefe”* P4E1 P5E1, *“Ir para la urgencia cuando tenga dolores de cabeza, mareo”* P4E1 P5E1, *“si tengo vómito, si estoy amarilla”* P13E1 P15E1 *“si se me sale el líquido, sangrado, si no se mueve”* P12E1 P6E2, como son dolores de cabeza, mareo, vomito, si presentan ictericia, edema, salida de líquidos por vía vaginal y /o sangrado, si no se mueve el feto y visión borrosa.

A pesar de que este grupo de mujeres con morbilidad materna extrema no asistió puntualmente al programa detección temprana de alteraciones del embarazo (control prenatal), de acuerdo con la norma 412 de 2000, ellas han aprendido del grupo de profesionales de la salud a cuidarse y a mantener hábitos y estilos de vida que puedan contribuir a mejorar su condición de salud y calidad de vida y la de su hijo por nacer.

Lo anterior se puede concluir que estas prácticas de cuidado son congruentes con las orientaciones que recomiendan organismos de salud.

Algunas investigaciones confirman los anteriores argumentos y razones del cuidado de la mujer; Benavente, Guerra y Mendoza (39), encontraron que las mujeres diabéticas restringen el consumo de algunos alimentos para mantenerse sanas. Jabir, Abdul-Salam, Suheil, Al-Hilli, Abul-Hassan, Souza (29), Verma (30), Rodríguez, Palma-Solís, y Zapata-Vázquez (31) detectaron que la mujer debe identificar tempranamente los signos de alarma, con el fin de tener una atención de calidad. Lira y Álvarez (69), encontraron que las gestantes de la etnia otomí evitaban cargar cosas pesadas. Muñoz y Pardo (70) encontraron que la mujer mantiene prácticas de cuidado de forma regular en la alimentación.

Prácticas de cuidado desde lo genérico

Las prácticas de cuidado genérico que realizan las mujeres con morbilidad materna extrema están basadas en un conocimiento folclórico y cultural, ellas practican esos cuidados basados en el saber de su experiencia personal y la de sus parientes cercanos las cuales han sido transmitidos de generación en generación. Este saber está basado en prácticas culturales relacionadas con el uso de hierbas, *“tomar baño de hojas de eucalipto, canela, manzanilla, lulo, hojas de brevo, sentada en una silla y recibir ese vapor” P1E1 P14E1 P8E1 P17E1 P16E1*, *“tomar agua de timorreal, lulo, y hojas de brevo con panela” P3E1 P2E2 P3E1*, *“tomar aceite de recino para el dolor de parto” P4E1 P5E1 “echarse eucalipto en la barriga” P9E2*, evitar movimientos bruscos, *“moverse poquitico, o no moverte para que no se te venga él bebe” P5E1 P6E1 “permanecer quieta” P7E2 P17E1*, *“no hacer mayor cosa” P2E2*, estar tranquila *“estar siempre relajada y no coger rabietas por riesgo al aborto” P15E1*, *“el yoga me pone tranquila a mí y al bebe” P1E1*, *“ir a control prenatal me calma” P2E2 P8E2*, *“que te atienda el ginecólogo te mantiene tranquila” P7E1 P9E1 P15E1*, *“me gusta que me atienda la jefe, (enfermera(o) profesional) me deja más tranquila” P14E1*, protegerse de cambios térmicos, *“no serenarse” P8E1 P9E1*, *“no acercarme a sitios donde pase el frio” P7E1 P12E1*, *“no salir si está lloviendo” P7E1 P10E2*, *“no sentarse en el piso frio” P5E1*, *“salir con chaqueta” P17E1 P13E1*, *“no exponerme a esos frio, porque sale flaquito él bebe” P9E1*, *“uso blusas largas, igual allá hace calor, pero el frio de la noche” P14E1*, precauciones antes del parto,

“él bebe se salva después de los 7 meses” P8E1, “no comprarle ropa al bebe” P8E1, “lo hago por supersticiones de mi familia” P8E1, “se le compra la ropita después de los 8 meses P8E1, la higiene, bañarse para evitar infecciones y transmitir las al hijo” P8E1 P11E1 “bañarse las partes bien (genitales)” P9E1, los cambios de posición ante la presencia de edema, la mujer con morbilidad materna extrema cuida de ella misma y del hijo por nacer en ausencia de los controles prenatales, cuando evidencia edema realiza prácticas como elevación de miembros inferiores; “levanto los pies para que se me quite la hinchazón” P9E2 P16E1 P14E1, “colocar piedras en los pieseros para bajar la cabecera de la cama” P8E1, “acostarse del lado izquierdo” P6E1 P5E1, la restricción en el consumo de agua y líquidos, disminuyen el consumo de líquido como practica para evitar que el edema aumente; “no consumir agua para que se me disminuya la hinchazón” P16E1 P6E1 P14E1 y la búsqueda de ayuda ante problemas de salud “la enfermera del pueblo me toma la presión y estaba alta” P6E1, “consulte en la urgencia por la presión” P12E1 P15E1, “llamo a una enfermera cuando tengo dolor de cabeza” P4E1 P1E1, “me Marie y fui a urgencias enseguida” P3E2, “sentí unos palpitos en el corazón y fui al hospital del pueblo” P13E1.

Estas prácticas son valiosas tanto para las mujeres con morbilidad materna extrema como para el sistema sanitario y de salud, ya que por medio de estas cuidan su embarazo, a su hijo por nacer, ayudan en el proceso de parto, disminuyendo los problemas de salud reales y potenciales que puedan presentar, lo mismo que el cuidado frente a situaciones adversas como lo es la enfermedad cuando se está embarazada.

Es así como las prácticas de cuidado genérico que realizan estas mujeres consigo mismo y con el hijo por nacer ejercen una importancia en el mejoramiento de su condición de salud y de vida, puesto que este saber folclórico y cultural le brinda herramientas para cuidarse, para cambiar su estilo de vida y garantizar un embarazo sano a pesar de su condición clínica. Sin embargo, la confianza que ellas tienen en estas prácticas puede convertirse en un factor de riesgo para la morbilidad materna puesto que reemplaza la consulta del servicio de salud, por sus prácticas de cuidado folclóricas.

Parra y Medina (71) encontraron que las gestantes en su mayoría tienen buena práctica de cuidado de limpieza e higiene de los genitales y del cuerpo; lo cual contribuye a

disminuir las infecciones del tracto genitourinario, factor de riesgo para amenazas de aborto y parto prematuros, una práctica de cuidado similar que usan las gestantes de la presente investigación. Choudhury y Ahmed (36), encontraron que las mujeres consideran el embarazo como un evento normal, a menos que surjan complicaciones y en ese momento buscan ayuda profesional.

Cuidados sugeridos por familiares y amigos

La familia y el soporte social es considerado como un apoyo incondicional en el proceso de gestación, parto y puerperio de una mujer con morbilidad materna extrema, puesto que es su red social de apoyo primario, las cuales brindan protección, atención, cuidados y comprensión. El conocimiento que la familia y amigos poseen para el cuidado de la salud de una mujer con morbilidad materna es importante puesto que también les brinda las herramientas a estas mujeres para cuidarse y prevenir eventos no deseados, contribuyendo a mejorar las condiciones y hábitos de salud de este grupo de mujeres.

Las familias, amigos y allegados dan recomendaciones relacionadas con el cuidado en casa y la alimentación básicamente, para la familia y allegados el cuidado en casa es indispensable para que la mujer con morbilidad materna extrema tenga un desarrollo adecuado de su embarazo a pesar de estar enferma. El comer bien, *“mis tías me dicen que coma huevos, arroz, carne de cerdo, de pollo, de res, fibra y mucha fruta”* P12E1 P3E2 P17E1, *“mis amigas me dicen que debo comer de todo, pero que sea balanceado”* P4E1 P9E1 P6E2, el mantener reposo *“mi mama me dice que debo estar quieta y en reposo para que el niño salga grande y bonito”* P15E1 P12E1, es importante y concomitantemente favorece la salud del hijo por nacer. Pero una recomendación que llama la atención es la reorientación a la utilización de los servicios de salud, como el de planificación familiar (protección específica) de acuerdo con la resolución 412 de 2000, *“mi mama me dijo que ya no podía tener más hijos por la preclamsia”* P14E1, *“mi hermana dice que vaya a planificación familiar”* P2E1 P4E2, una recomendación muy valiosa para la mujer con morbilidad materna extrema, puesto que es una condición clínica que pone en riesgo su vida. Estas recomendaciones son válidas, pero a la vez incompletas, puesto que la familia y los allegados a pesar de ser un apoyo fundamental para la mujer con morbilidad materna extrema, se limitan a esto para que dicha mujer no

se sienta culpable por su situación de salud, por lo cual la familia trata de no mezclarse en asuntos que solo le corresponden a la mujer y su pareja.

Muñoz y Pardo (70) encontraron que las prácticas de cuidado cultural de las gestantes adolescentes son transmitidas de generación en generación, predominando la línea femenina, cuyo resultado es similar a la presente investigación, puesto que las madres son las encargadas de transmitir las prácticas de cuidados a través del relevo generacional. Granados y Gonzalez (72) encontraron que la familia siempre brinda apoyo emocional y le enseña a la mujer a cuidarse. De acuerdo con lo anterior la familia, amigos y allegados tienen un protagonismo en el cuidado de la salud de la mujer con morbilidad materna extrema puesto que muchas de sus recomendaciones en salud, y cuidados son realmente adecuadas, pertinentes y coherentes con la realidad que vive la mujer con morbilidad materna extrema.

Reacción al diagnóstico médico

La reacción ante el diagnóstico médico de la mujer con morbilidad materna extrema fue de asombro “si la presión arterial estaba siempre bien” P10E1 P2E1 P5E2, “yo iba siempre a tomarme la presión arterial” P8E1 P3E2, “nunca me dijeron que la tenía alta” P10E1, y sorpresa “*Yo iba a controles prenatales, no a todos, pero iba*” P7E1, “*Yo estaba sana*” P12E1, “*Yo no tenía dolencias*” P9E1, mostrando una particularidad; todas presentaron y evidenciaron sentimientos negativos, como tristeza, miedo, zozobra, desesperación “*oré y me sentí mejor, y ya no estaba deprimida y desesperada como antes*” P5E1, “*me angustie muchísimo, que noticia tan tenaz*” P9E2, y se vuelven sensibles ante el proceso salud-enfermedad “*me sentí culpable porque por mi edad no debí quedar embarazada*” P16E1, “*esto fue un castigo*” P13E2, “*No duermo por esa noticia*” P15E1, “*no comía*” P14E1, y al mismo tiempo muestran sentimientos positivistas como una nueva oportunidad de vida y un instinto de protección sobre el hijo por nacer, “*asumir poco a poco la enfermedad*” P9E1, “*tener paciencia*” P14E1, “*colaborar con el tratamiento*” P5E2. Estas mujeres muestran preocupación por la vida de su hijo por nacer y por la vida propia, dándole un significado a ella de superación, “*superaré esto por mi bebe*” P11E1 P4E2, y afrontamiento de dicha situación. La mujer con morbilidad materna extrema reconoce su situación actual de salud y la convierte en una oportunidad de vida

“Acepte la realidad” P5E1, “me desespero al principio, después tome la cosa suave” P9E1, “le di gracias a Dios porque las enfermeras y médicos son buenos” P8E2 P5E1. Estos acontecimientos le dan herramientas para su autocuidado y proporcionando los medios necesarios para desarrollar su máximo potencial como ser humano.

El estar sanas y luego enfermas brinda una perspectiva diferente de la vida de la mujer con morbilidad materna extrema, existen algunas literaturas cuyos resultados son similares, Laza y Pulido (41), describieron la experiencia de la mujer con preclamsia, encontrando que esta experiencia generó miedo y angustia. Pérez y Muñoz (42), describieron el significado que un grupo de puérperas asignaron a la preclamsia, encontrando que confían en estar sanas y reaccionan ante el diagnóstico con temor al riesgo de morir ella y su hijo. Laza y Castiblanco (43), describieron la percepción acerca de la preclamsia, encontrando que las mujeres que sufrieron por primera vez la enfermedad, la percibieron de forma "inesperada y sin avisar". Noguera y Muñoz (44), describieron los significados de tener preclamsia para un grupo de gestantes, encontrando que se generan sentimientos como incertidumbre, miedo, nervios y ansiedad, secundario a no saber qué va a pasar con su salud y con la salud del hijo por nacer. Laza y Pulido (45), Describieron las experiencias vividas por la preclamsia severa, encontrando que la relación con Dios, se convirtió en una fortaleza y compañía en momentos de soledad, incertidumbre y miedo frente al peligro que implicó la enfermedad.

Apreciación de la atención en salud

La mujer con morbilidad materna extrema considera que el sistema de salud no le garantiza un adecuado bienestar en salud para ella y para su hijo por nacer. El sistema de sanitario es un determinante de salud para brindar atención a una población. La mujer con morbilidad materna extrema argumenta que dicho sistema le brinda una atención inadecuada, *“no hay centro de salud en la vereda” P3E2, “el hospital es lejos” P7E2, “la enfermera me dijo que no había material pa la muestra de orina” P4E1, “el centro de salud no tiene mayores cosas para atender” P8E2, “el hospital está a 3 horas de camino” P6E1, “no hay parteras o enfermeras en la zona” P16E1,* las aseguradoras no gestionan la atención *“mi esposo me tenía afiliada pero no aparecía como beneficiaria y no me aceptaron en el control” P7E1,* y los cuidados que requieren, *“no hay ginecólogo en el*

pueblo” P17E1, *“fui al hospital, pero como no tenía convenio me devolvieron”* P12E1, *“me sentiré más segura conmigo y él bebe con el ginecólogo”* P15E1, *“yo soy de la guajira y mi EPS es de allá y acá nadie me atiende”* P12E1, los profesionales de la salud no son pertinentes, muchos de ellos *“son practicantes, no saben nada”* P9E2, *“no saben atender a las personas”* P6E1, muchos servicios de salud no son oportunos su atención, no es de calidad y seguridad puesto que los accesos a los servicios para ellas han sido difíciles, sin continuidad, sin pertinencia y sin accesibilidad. Pero a pesar de ello sienten que la atención durante todo el proceso fue adecuada porque los profesionales de Enfermería le brindaron cuidados adecuados, la trataron con respeto, sensibilidad y con oportunidad. *“muy buena atención”* P9E1 P11E1 P12E1 P13E1 P14E1 P15E1 P16E1, *“me voy a quedar viviendo acá” (excelente atención)* P14E1, *“muy buenos cuidados”* P14E1 P13E1 P17E1 P15E1, *“las enfermeras son pilosas”* P8E1, *“saben todo de mi enfermedad”* P9E1, *“conocen mis medicamentos”* P10E1. Lo mismo opinan del personal de caridad y de voluntarias del Hospital, *“las damas rosadas me han regalado ropa para mí y para mi bebe”* P9E1, *“las señoras de rosado nos ayudan con la comida de mi mama y yo estoy más tranquila porque antes me tocaba compartirla con ella”* P8E1, disminuyendo la ansiedad gradualmente en la mujer con morbilidad materna extrema. *“me ayudaron con un hogar de paso para mi mama”* P4E1, *“estoy más tranquila que mama descanse”* P6E1.

De acuerdo con lo anterior el sistema sanitario y salud juega un papel importante para que la gestante tenga un acceso de salud adecuado en términos de cantidad y calidad, por lo cual se deben proporcionar los medios necesarios para mejorar su salud y que las mujeres con morbilidad materna extrema puedan ejercer un mayor control sobre la misma, considerándose la salud no como un objetivo sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, pero la realidad es que el sistema de sanitario Colombiano no le garantiza una atención en salud en dicho términos, puesto que se evidencian muchos problemas con el acceso a los servicios de salud materna, la cobertura del sistema el cual es deficiente. Los recursos deben ser distribuidos equitativamente y también se debe sensibilizar a los profesionales de salud para que la atención en salud y el cuidado sean humanizado.

Algunas investigaciones muestran resultados similares; Álvarez y Espitia (40), describieron la percepción del cuidado de enfermería en gestantes con preclamsia, encontrando que las gestantes percibieron que el personal de enfermería demostró conocimiento y competencias en los cuidados terapéuticos que proporciono frente a la preclamsia. Cáceres, 2009, (32) concluyó que el control prenatal es la estrategia recomendada para detectar tempranamente riesgos, Lasso en 2012, (33) recomendó intervenir en los determinantes de salud, para que la mujer tenga adherencia al control prenatal, Munares en 2013, (34) concluyó que tener permisos en el trabajo reduce la probabilidad de abandono al control prenatal, y Rodríguez y cols. (35), encontraron que la dificultad para el pago de transporte es la principal barrera de acceso, al control prenatal. Noguera y Clavijo (73) concluyeron que la falta de información clara, la ausencia de una atención individualizada, profesionales de la salud desinteresados, con falencias en conocimientos y en trato humanizado, generaron en las pacientes sentimientos de malgenio e inconformidad. Rodríguez y cols. (35) encontraron que la ausencia de recursos constituyo en la principal barrera de acceso al control prenatal.

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

Las mujeres con morbilidad materna extrema suelen cuidarse a través de prácticas de cuidado como la alimentación, evitando el consumo de algunos alimentos que ella considera perjudiciales para su estado, también ellas realizan ejercicio físico mejorando la irrigación y perfusión hística tisular a su hijo, también descansan, se relajan y evitan realizar esfuerzo físico con el fin de prevenir abortos espontáneos y partos pretérmino. Muchas de estas prácticas son propias y a su vez recomendadas por profesionales de la salud.

Las prácticas de cuidado genérico están basadas en un conocimiento folclórico y cultural, basados en su experiencia personal y la de sus parientes cercanos las cuales han sido transmitidos de generación en generación, entre ellas uso de hierbas, estar tranquila, no

exponerse al frío, precauciones ante el parto, cambiar posición ante la presencia de edema, restringir el consumo de agua, líquidos y sodio, por medio de estas cuidan su embarazo, a su hijo por nacer. El uso de estas prácticas evidencian que muchas mujeres no consultan porque prefieren cuidarse en su hogar, a pesar de estar enfermas.

El conocimiento que la familia y amigos poseen contribuye a que las condiciones y hábitos de salud de este grupo de mujeres se perpetúen, lo cual es fortalecido por la creencia de familia y allegados, acerca de que el cuidado en casa es indispensable para un desarrollo adecuado del embarazo, a pesar de que la mujer presente signos de morbilidad, no reconocidos a tiempo debido a las dificultades de acceso a los servicios de atención en salud materna.

También es importante destacar la respuesta humana de las mujeres ante el proceso salud-enfermedad sobre todo en los casos de morbilidad materna extrema, ante el cual muestran tristeza, miedo, zozobra, desesperación y al mismo tiempo muestran sentimientos positivistas como una nueva oportunidad de vida.

Para finalizar se concluye que el sistema sanitario, al que tienen derecho las mujeres del estudio, es de difícil acceso, puesto que el difícil acceso geográfico condiciona a la inasistencia a los programas de atención prenatal y la restricción de coberturas por parte de las aseguradoras genera más desigualdad.

5.2 Recomendaciones

Para la política de salud

Es pertinente desarrollar mejores estrategias en la política en salud materna, con el fin de garantizar una cobertura total en salud sobre todo en las zonas de difícil acceso geográfico, teniendo en cuenta los principios de continuidad, oportunidad, pertinencia y seguridad del SOGCS; Sistema obligatoria de garantía de calidad en salud, fortaleciendo así el sistema de salud, asegurando un acceso a cuidados obstétricos esenciales y efectivos, incluyendo atención calificada y cualificada de la mujer en la planificación familiar, control prenatal, parto y del recién nacido.

También es importante fortalecer la salud comunitaria, en los distintos ámbitos culturales, y promover la atención primaria en salud, con el fin de empoderar y educar a las mujeres, sus familias y sus comunidades para una vida saludable y tomar decisiones oportunas en uso de servicios de salud materna.

Para el servicio de salud

Tener en cuenta el conocimiento genérico (èmico) de las mujeres con morbilidad materna extrema durante la atención en el programa detección temprana de las alteraciones del embarazo (control prenatal) y durante su estancia hospitalaria, educándolas y preservando y manteniendo el cuidado genérico (émic) adecuado y benéfico, negociando o acomodando las susceptibles de mejorar y reestructurando las prácticas que pueden ser perjudiciales para ellas.

Para el cuidado de enfermería

Socializar con las Enfermeras y Enfermeros de atención prenatal los resultados de esta investigación y analizar con ellos la importancia del cuidado genérico y profesional, así como las orientaciones familiares en la construcción de un cuidado culturalmente congruente a las gestantes.

Para la educación en enfermería

Se recomienda a las diferentes universidades de la región tener en sus programas curriculares los componentes académicos relacionados con las experiencias de vida de las personas en torno a los procesos salud-enfermedad y de sus respuestas ante dichos procesos, conociendo así sus formas de vida y de cuidarse teniendo en cuenta el conocimiento èmico de los valores culturales, creencias, prácticas y estilos de vida y de este modo cualificar la práctica profesional-disciplinar, despejando un nuevo camino en la investigación para la enfermería transcultural y la práctica profesional como lo asegura Leininger en su teoría de la universalidad y diversidad del cuidado cultural.

Para la investigación se recomienda que se realicen estudios sobre el cuidado culturalmente congruente que requieren las mujeres, durante su gestación y considerar su relevancia en la prevención y detección temprana de la morbilidad materna extrema.

Anexo N° 1 Acta de autorización e inicio de investigación comité de ética de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.

Unidad de Gestión de la Investigación
Facultad de Enfermería
Sede Bogotá



Bogotá, 6 de septiembre de 2016

[AVAL-045 -16]

Profesora
VIRGINIA INÉS SOTO LESMES
Directora Posgrados Disciplinarios
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Respetada profesora, reciba un cordial saludo:


De manera atenta me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería en sesión del 5 de septiembre de 2016 Acta 13, se permite **dar aval** desde los aspectos éticos, realizando los ajustes sugeridos en el formato anexo, al trabajo final titulado "*Creencias y prácticas de cuidado cultural de mujeres con morbilidad materna extrema*".

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo.

Cordialmente,

(ORIGINAL FIRMADO POR)
ALBA IDALY MUÑOZ SÁNCHEZ
Presidenta Comité de Ética*
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia
* Delegada por la Decana

Anexo N° 2 Acta de autorización e inicio de investigación por parte de docencia servicio e investigación de la ESE Hospital General de Medellín.

	FORMATO ACTA DE INICIACIÓN Y COMPROMISOS DE INVESTIGACIÓN	DOCENCIA SERVICIO E INVESTIGACIÓN GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	CÓDIGO: M-DSI-V002F02
			VERSIÓN: 00
			PÁGINA: 1 DE 2
			FECHA: 23/10/2015

Título del Proyecto: "CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO CULTURAL DE MUJERES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA".

Investigador Principal: LUIS MIGUEL HOYOS VERTEL.

Institución: UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA - FACULTAD DE ENFERMERIA - PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERIA - AREA DE INVESTIGACION CUIDADO DE LA SALUD MATERNO PERINATAL - SANTAFE DE BOGOTA.

Co-Asesor HGM: Dr. Carlos Mario Arias.

Línea de Investigación:

- 1.- Calidad y seguridad en la atención hospitalaria.
- 2.- Infecciones nosocomiales.
- 3.- Neonatología de alto riesgo.
- 4.- Obstetricia de alto riesgo.
- 5.- Oncología y hematología clínica.
- 6.- Soporte nutricional en paciente crítico.

Acta de aprobación por el Comité de Investigaciones del HGM (CI-HGM): Acta 12_15122015.


Acta de aprobación por el Comité de Ética en Investigaciones (CEI): Comité de Ética de la Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá del 14 de marzo de 2016.

De conformidad con el Acta 12 del 15 de diciembre de 2015 del Comité de Investigaciones del Hospital General de Medellín ESE, se suscribe este documento, admitiendo las partes cumplir con los siguientes compromisos:

1. Desarrollar en su totalidad los objetivos generales y específicos del proyecto.
2. Incorporar en el proyecto las recomendaciones realizadas por el CI-HGM y por el CEI al que haya sido sometido el Proyecto cuando corresponda.
3. Desarrollar los cronogramas, resultados y productos contenidos en el documento aprobado por el CI-HGM, lo que incluye: presentación de avances, publicaciones, formación de estudiantes de pregrado y posgrado, presentación de ponencias, realización de eventos, entre otros.
4. Dar crédito al Hospital General de Medellín ESE, en todos los productos parciales y definitivos de la investigación.


J.C.

Indicar el Comité de Ética en Investigaciones al que haya sido sometido el Proyecto de Investigación.
HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN, ATENCIÓN EXCELENTE Y CALIDAD DE VIDA

 <p>Hospital General de Medellín Luz Centro de Gutiérrez E.S.E.</p>	<p>FORMATO ACTA DE INICIACIÓN Y COMPROMISOS DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN</p>	<p>DOCENCIA SERVICIO E INVESTIGACIÓN GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN</p>	<p>CÓDIGO: MI-DSI-IV002F02 VERSIÓN: 00 PÁGINA: 2 DE 2 FECHA: 23/10/2015</p>
--	---	--	---

5. Admitir como exigibles las **condiciones de financiamiento** contenidas en el proyecto y aprobadas por el CI.
6. Aceptar como exigibles las reglamentaciones de la ESE, con énfasis en la **Política de Investigaciones del HGM**, y las **Guías Operativas del CI-HGM**, documentos que hacen parte integral de esta Acta.
7. Aceptar como exigibles, la reglamentación interna y la legislación vigente relacionadas con la **Ética** en el desarrollo de proyectos de investigación, referidas en la **Política de Investigaciones del HGM**, y en las **Guías Operativas del CI-HGM**, y las demás normas complementarias que regulen esta materia y las que las modifiquen o sustituyan.
8. Siempre que apliquen, aceptar como exigibles los lineamientos establecidos en la **Resolución 2378 de 2008**, emitida por el Ministerio de la Protección Social, y por la cual se adoptan las Buenas Prácticas Clínicas para las instituciones que conducen investigación con medicamentos en seres humanos.
9. Aceptar como exigibles, la reglamentación interna y la legislación vigente relacionada con la **Protección de la Propiedad Intelectual, y los Derechos de Autor**, contenidas tanto en la **Política de Investigaciones del HGM**, como en las Decisiones 486, 345 y 351 de la Comunidad Andina de Naciones, la Ley 23 de 1982, y las demás normas complementarias que regulen esta materia y las que las modifiquen o sustituyan.
10. Informar y declarar de manera anticipada y formal, los **conflictos de interés** que eventualmente puedan generarse en la ejecución del proyecto, en el entendido de que corresponde al CI-HGM valorarlos y emitir concepto de aprobación o rechazo.
11. Siempre que aplique, informar de manera anticipada y formal, los **acuerdos de bonificación** suscritos entre los investigadores involucrados y las agencias financiadoras de los proyectos de investigación.
12. Apoyar el desarrollo de los **lineamientos de monitorización** de los proyectos de investigación definidos por el Programa de Investigaciones del HGM.

V. g.

	FORMATO ACTA DE INICIACIÓN Y COMPROMISOS DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	DOCENCIA SERVICIO E INVESTIGACIÓN GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	CÓDIGO: MI-DSI-IV002F02
			VERSIÓN: 00
			PÁGINA: 3 DE 2
			FECHA: 23/10/2015

13. Presentar a la Coordinación del Programa de Investigaciones del HGM, los **informes de avance y el informe final** de los resultados del proyecto, en las siguientes fechas:

a. Fecha de informe (es) parcial (es) del proyecto: 30 de noviembre de 2016.

b. Fecha de informe final del proyecto: 15 de diciembre de 2016.

14. Recomendar al CI-HGM, con anticipación no menor de cuatro semanas, aquellas **modificaciones a la ejecución del proyecto**, que los investigadores determinen razonables, en el entendido de que es el CI-HGM el que debe aprobarlas.

En constancia de aceptación, el día 30 de agosto de 2016, la suscribimos,

Bois Miguel Hoyos N.
Investigador Principal

[Firma]
Gerente HGM

[Firma]
Co-Asesor HGM

Anexo N° 3 Consentimiento informado para mujeres con morbilidad materna extrema e inasistentes a control prenatal.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MUJERES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA E INASISTENTES A CONTROL PRENATAL

Apreciada Señora Hospitalizada en la ESE Hospital General de Medellín, soy Enfermero Profesional y actualmente estoy desarrollando la investigación referenciada como requisito para optar el título de Magister en Enfermería.

El objetivo de esta investigación es: Describir las creencias y prácticas de cuidado desde lo cultural en mujeres que tuvieron causas principales de morbilidad materna extrema, inasistentes a control prenatal y atendidas en este Hospital de Medellín.

A partir de los resultados de esta investigación esperamos desarrollar adecuadas estrategias para que otras señoras en embarazo como usted, asistan a control prenatal y que los profesionales de enfermería, reconozcamos y valoremos las creencias y prácticas que desde lo cultural ustedes realizan para cuidarse.

A continuación, encuentra unos espacios para registrar sus datos y si está de acuerdo con la explicación que se le suministra, al final le agradezco firmar este consentimiento informado.

Yo _____ con número de identificación tipo: RC _ TI_ CC_ CE_ No _____ de _____ y domiciliado en Ciudad de _____ Departamento _____ Pais _____ Dirección _____ Teléfono _____

A firmar el presente documento doy mi consentimiento para la investigación que desarrollará el grupo de investigadores **Luís Miguel Hoyos Vertel**, estudiante de Maestría en Enfermería y **Lucy Muñoz de Rodríguez**, Profesora Emérita de la Facultad de Enfermería, pertenecientes al grupo de Investigación **Cuidado Materno Perinatal, Línea de Investigación: Cuidado Materno Perinatal desde la Enfermería Transcultural de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá**, responsables de la investigación de Tesis de Maestría **CREENCIAS Y**

PRÁCTICAS DE CUIDADO CULTURAL DE MUJERES DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA, al vincularme como unidad de análisis se me ha informado que mi colaboración es voluntaria y que en el momento que quiera puedo desvincularme del proyecto o responder y grabar mi voz en las preguntas que me sean formuladas. Se me ha garantizado la confiabilidad de mis respuestas y que en el estudio no se me identificará con mis datos personales. Se me ha informado que los datos de la investigación serán de conocimientos de los participantes y serán socializados por los investigadores o por la **Universidad Nacional de Colombia** a través de su grupo de investigadores. Para la recolección de la Información se utilizará la observación cualitativa, las notas de campo y entrevistas, y que se realizarán varias entrevistas y en diferentes oportunidades hasta obtener la saturación de la información, las cuales serán grabadas y tendrán aproximadamente una duración de 45 a 60 minutos. Que la información lograda en caso de ser utilizada para otro tipo de investigación nuevamente se solicitará el consentimiento. Si se me logra identificar un problema de salud físico o mental, se notificará a la enfermera jefe del servicio, al especialista en Ginecología y Obstetricia, para que este indique interconsulta por Psiquiatría y/o Psicología o lo que sea pertinente según el caso. También se me ha indicado que al participar en el estudio no tendré beneficio económico alguno y que de encontrarme afectado (a) en los resultados tendré todo el apoyo de la investigación y orientación sobre la problemática. Los resultados me serán entregados si los solicito, y que estos resultados beneficiarán la disciplina de enfermería y a la salud de las futuras madres que presenten morbilidad materna extrema y que puedo contactar al grupo de investigadores en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional – Posgrados en Enfermería en los teléfonos **(1) 3165000** extensión **10425** de la Ciudad de Bogota o al teléfono móvil **3008148714**. Toda la información me ha sido informada y acepto participar en el estudio firmando el presente formulario de consentimiento.

Para mayor información sobre la revisión y aval ético de este proyecto contactar a la Doctora Alba Idaly Muñoz Sánchez, presidenta del Comité de ética de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia al teléfono: 57-1- 3165000 ext. 17001-17020- 17089. Correo electrónico: ugi_febog@unal.edu.co

NOMBRES Y APELLIDOS (Del participante o su responsable)

FIRMA (Del participante o su responsable)

En caso de saber firmar coloque una "X" y la huella _____

Se acepta el consentimiento el día _____ de _____ 2017. Hora _____

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Reyes, I. Villar, A. Morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, 2007-2009. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*. 2012; 58(4):273-284.
2. Leninger, M. Transcultural nursing. *Nursing Education: An International Perspective*. 1994; 207.
3. Águila, S. Una estrategia para la disminución de la mortalidad materna. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 2012; 38(2):281-289.
4. Stones, W. An investigation of maternal morbidity with identification of life-threatening 'near miss' episodes. *Health trends*. 1990; 23(1):13-15.
5. Arah, O. Klazinga, N. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*. 2003;15(5):377-398.
6. Cecatti, J. Souza, J. Research on severe maternal morbidities and near-misses in Brazil: what we have learned. *Reproductive health matters*. 2007; 15(30):125-133.
7. Baskett, F. O'Connell, C. Severe obstetric maternal morbidity: a 15-year population-based study. *Journal of Obstetrics y Gynecology*. 2005; 25(1):7-9.
8. Kaye, D. Mirembe, F. Maternal mortality and associated near-misses among emergency intrapartum obstetric referrals in Mulago Hospital, Kampala, Uganda. *East African medical journal*. 2004; 80(1):144-149.
9. Jayaratnam, S. De Costa, C. Howat, P. Developing an assessment tool for maternal morbidity 'near-miss'—A prospective study in a large Australian regional hospital. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2011; 51(5):421-425.
10. Monroy, A. Becerril, G. Vargas, A. Morbilidad materna extrema (near miss) muertes maternas. *Arch Inv Mat Inf*. 2012; 4(1):146-53.

11. Zanconato, G. Cavaliere, E. Severe maternal morbidity in a tertiary care centre of northern Italy: a 5-year review. *The Journal of Maternal-Fetal y Neonatal Medicine*. 2012; 25(7): 1025-1028.
12. Van den Akker, T., Beltman, J. The WHO maternal near miss approach: consequences at Malawian District level. *PLoS One*. 2013; 8(1):54-85.
13. Adeoye, I. Onayade, A. Incidence, determinants and perinatal outcomes of near miss maternal morbidity in Ile-Ife Nigeria: a prospective case control study. *BMC pregnancy and childbirth*. 2013; 13(1): 93.
14. Zanette, E. Parpinelli, M. Maternal near miss and death among women with severe hypertensive disorders: a Brazilian multicenter surveillance study. *Reprod Health*. 2014; 11(1): 4.
15. Álvarez M., Salvador, S., González, G. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 2010; 48(1):310-320.
16. Álvarez, M. López, R. Carbonell, I. Características epidemiológicas de la morbilidad materna extremadamente grave en tres provincias de Cuba, 2009. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 2012; 50(1):286-299.
17. Fayad, Y. López, R. Materna crítica durante el período 2004-2008. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2009; 35(4):12-19.
18. Galvão, L. Alvim, F. The prevalence of severe maternal morbidity and near miss and associated factors in Sergipe, Northeast Brazil. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014; 14(1): 25.
19. Organización Mundial de la Salud. Informe Día Mundial de la Salud. ¡Cada madre y cada niño contarán! 2005.
20. Organización Mundial de la Salud. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. 2000.
21. Organización Mundial de la Salud. Informe de las Naciones Unidas América Latina y el Caribe. 2014.

22. Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. Trens in Maternal Mortality: 1990 to 2010 - 2012. 2012.
23. Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. Evolucion de la Mortalidad Materna: 1990-2015. Estimates Develope. 2015.
24. Ministerio De Salud y Protección Social, Instituto Nacional De Salud. Segundo Informe Observatorio Nacional de Salud; Mortalidad 1998-2011 y situación de salud en los municipios de frontera terrestre en Colombia. 2013.
25. Boletín Del Observatorio En Salud. Universidad Nacional De Colombia. Actualidad en salud. 2009.
26. Ministerio De Salud y Protección Social, Encuesta Nacional de Demografía y Salud Profamilia, 2015.
27. Ministerio De Salud y Protección Social, Instituto Nacional De Salud. Boletín epidemiológico Nacional. Semana Epidemiológica 52, 2016.
28. Ministerio De Salud y Protección Social, Instituto Nacional De Salud. Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Publica. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Mortalidad Materna. 2014.
29. Jabir, M. Abdul-Salam, I. Maternal near miss and quality of maternal health care in Baghdad, Iraq. BMC pregnancy and childbirth. 2013; 13(1):11.
30. Verma, S. Rai, L. Kumar, P. Pai, M. "Near Miss" Obstetric Events and Maternal Deaths in a Tertiary Care Hospital: An Audit. Journal of pregnancy, 2013.
31. Rodríguez, P. Zapata, V. Causas de demora en la atención de pacientes con complicaciones obstétricas ¿qué es necesario atender?. Ginecol Obstet Mex. 2014; 82:647-658.
32. Cáceres, F. El control prenatal: una reflexión urgente. Revista colombiana de obstetricia y ginecología. 2009; 60(2):165-170.
33. Lasso, P. Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud? Pensamiento psicológico. 2012; 10(2): 123-133.
34. Munares, G. Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. Revista Peruana de Epidemiología. 2013; (1):1-8.

35. Rodríguez, F. Jiménez, W. Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales*. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2014; 13(27): 1-9.
36. Choudhury, N. Ahmed, S. Maternal care practices among the ultra poor households in rural Bangladesh: a qualitative exploratory study. *BMC pregnancy and childbirth*. 2011; 11(1): 15.
37. Leininger, M. McFarland, M. Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory. Jones y Bartlett Learning. 2006.
38. Guerra, O, C. Vásquez, M. El cuidado de sí de la embarazada diabética como una vía para asegurar un hijo sano. *Texto y Contexto Enfermagem*. 2006; 15(1): 74-81.
39. Benavente, M. Guerra, A. Mendoza, N. Significado de la salud-enfermedad desde la perspectiva de las adolescentes diabéticas embarazadas, en *Enfermería, M., Reproductiva, S., Biblioteca Lascasas*. 2008; 4(5).
40. Álvarez, L. Espitia, S. Percepción del cuidado de enfermería en gestantes diagnosticadas con preclamsia en una institución de cuarto nivel. *Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Enfermería* 2012.
41. Laza, C. Pulido, G. Cuando la preclamsia irrumpe inesperadamente en el embarazo: dolor, miedo y fe en Dios. *Index de Enfermería*. 2012; 21(4):234-238.
42. Pérez, B. Muñoz, L. Significado que las puérperas asignan a la experiencia de una gestación con preclamsia. *Repositorio Universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería*. 2011.
43. Laza, C. Castiblanco, N. Peligro, muerte y secuelas: percepción de la preclamsia severa por quienes la han vivido. *Enfermería Global*. 2014; 13(33): 481-492.
44. Noguera, N. Muñoz, L. Significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preclamsia. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2014; 16(1): 27-48.

45. Laza, C. Pulido, G. La vivencia de la preclamsia: una dura travesía para la cual no se está preparada. *Revista Salud UIS*. 2014; 46(2): 1-7.
46. Pérez, M. Prieto, O. Preclamsia leve: cuidados en casa. *Repertorio de Medicina y Cirugía*. 2009; 18(4): 2-18.
47. Ibarra, M. Noreña, P. Reflexiones sobre la práctica enfermera: una aproximación teórica-vivencial desde la perspectiva de la interacción intercultural. *Index de Enfermería*. 2009; 18(2):116-120.
48. Leininger, M. Mcfairland, M. *Ethno Nursing: A method of research with facilitators to study the theory of cultural care*. 2006.
49. Robinson, S. The relevancy of ethnography to nursing research. *Nursing science quarterly*, 2013; 26(1): 14-19.
50. Leininger, M. Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*. 1999; (6): 5-12.
51. Leninger, M. Transcultural nursing. *Nursing Education: An International Perspective*. 1994; 207.
52. Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias. *Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio*. 2013.
53. Leininger, M. *Transcultural nursing: concepts, theories and practices*. 1978; 100.
54. Leininger, M. McFairland, M. *Transcultural nursing concepts, theories, research y practice*. 2002.
55. Organización Mundial de la Salud. *Informe Día Mundial de la Salud, Cada madre y cada niño contarán!* 2005.
56. Penney G, Brace V. Near miss audit in obstetrics. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2007.
57. Ortiz, E. Quintero, C. *Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema*. 2010.

58. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional De Salud. Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Mortalidad Materna. 2014.
59. Spradley, J. Observación participante. New York: Rinehart and Winston. 1983; 7-25.
60. Salamanca, A. Martín, C. El diseño en la investigación cualitativa. Nure investigación. 2007; 26: 1-6.
61. Leininger, M. Culture care Diversity and universality. Second edition. 2006.
62. Sandoval, C. Investigación cualitativa. ICFES. 1997.
63. Tejera, G., Pérez, C. Enfermería familiar y social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2004; 528.
64. Resolución, N. 8430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de salud. 1993.
65. Hernández, R. Metodología de la investigación. Mac Graw Hill. Tercera edición. 2004; 460.
66. Lincoln, Y. Guba, E. Naturalistic inquiry. Beverly Hills. 1985.
67. Castillo, E. Vásquez, M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. En: Colombia médica. 2003; 34(1): 164 -167.
68. Robinson, S. The relevancy of ethnography to nursing research. Nursing science quarterly. 2013; 26(1):14-19
69. Lira, B. Álvarez, A. Prácticas culturales de cuidado de las mujeres otomíes durante su embarazo. Ene. [Internet]. 2014; 8(1).
70. Muñoz, M. Pardo, M. "Significado de las prácticas de cuidado cultural en gestantes adolescentes de Barranquilla (Colombia)" Aquichan. 2015; Vol 16 1 (2).
71. Parra, R. Medina, B. Prácticas de cuidado de la gestante con ella misma y con su hijo por nacer. Revistas Salud UIS. 2011; Vol 43 (1): 27-32
72. Granados, O. Gonzalez, A. Practicas de cuidado que hacen las adolescentes consigo mismas y con el hijo por nacer. MedUNAB 2011; Vol 14 (1): 9-14

73. Noguera, O. Clavijo, V. Percepción del control prenatal de un grupo de puérperas preclámpticas hospitalizadas en el servicio de ginecobstetricia de una Institución de cuarto nivel de atención en Bogotá. Repositorio institucional - Disertación académica 2014; Pontificia Universidad Javeriana – Facultad de Enfermería.