

SIGNIFICADO QUE LAS PUÉRPERAS ASIGNAN A LA EXPERIENCIA
DE UNA GESTACIÓN CON PREECLAMPSIA

BELIA LUISA PÉREZ HERRERA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
Bogotá, D.C., 2011

SIGNIFICADO QUE LAS PUÉRPERAS ASIGNAN A LA EXPERIENCIA
DE UNA GESTACIÓN CON PREECLAMPSIA

BELIA LUISA PÉREZ HERRERA

Tesis para optar el título de
Magíster en Enfermería con énfasis
en Cuidado para la Salud Materno Perinatal

Directora
Lucy Muñoz de Rodríguez
Magister en Enfermería

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
Bogotá, D.C., 2011

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Bogotá, D.C.,

RESUMEN

SIGNIFICADO QUE LAS PUÉRPERAS ASIGNAN A LA EXPERIENCIA DE UNA GESTACIÓN CON PREECLAMPSIA

Objetivo: describir el significado que puérperas, en etapa mediata y tardía del postparto, atendidas en la Clínica Maternidad Rafael Calvo de la ciudad de Cartagena, le asignan a la experiencia de gestación con preeclampsia.

Diseño, muestra y participantes: investigación cualitativa, descriptiva e interpretativa, muestreo por pertinencia y adecuación, se realizaron veinte entrevistas a diez puérperas que estuvieron hospitalizadas en la clínica Maternidad Rafael Calvo de Cartagena durante el mes de diciembre de 2009 hasta el mes de agosto de 2010 para descubrir cómo crean y dan significado a la experiencia de gestación con preeclampsia. El muestreo se realizó por saturación de información.

Resultados: surgen cuatro categorías: “El embarazo como un proceso normal”, “Reacciones ante el diagnóstico”, “Desinformación como parte del proceso” y “La esperanza ante la realidad”. Estas categorías están enmarcadas en el tema central de investigación: transitar desde la normalidad de la gestación hacia la experiencia de la preeclampsia.

Conclusión: para las puérperas en una gestación con preeclampsia todo parece normal, confían en estar sanas; por ello reaccionan ante el diagnóstico con temor al riesgo de morir ella y su hijo, con sentimientos perturbadores que, generalmente, son ignorados por los proveedores de la salud; aun cuando su cuerpo revela la enfermedad. Además, el desconocimiento de los signos y síntomas de alarma las conduce a prácticas de cuidado paliativas alejadas del tratamiento médico y del cuidado de enfermería; así mismo, con “el padecimiento” fortalecen su fe y mantienen el optimismo para la recuperación de ella y su hijo.

Recomendaciones: Aplicar en la práctica de enfermería, propuestas de cuidado que contemplen las categorías surgidas de esta investigación.

Palabras claves: cuidados de enfermería, preeclampsia, gestación, puerperio mediato y puerperio tardío.

ABSTRACT

SIGNIFICANCY THAT PUERPERAL WOMEN, GIVES TO EXPERIENCE THE PREGNANCY WITH PREECLAMPSIA

Objetive: Describing the meaning that puerperal, mediate and late – stage pospartum, attending in the Rafael Calvo Maternity Clinic in the Cartagena City. It gives to the pregnancy of experience with preeclampsia.

Design: Sample and participants: Quality Scareching Interpretation descriptive, relevance and Sampling and adecuation, twenty interviews were made to ten puerperal who were stayed in the Rafael Calvo Maternity Clinic in Cartagena during the period 2009 – 2010 to find how the creat and give meaning of the preeclampsia gestation experience. The sampling did by saturation from information.

Results: Four categories emerge: “the pregnacy how a normal process”, “Diagnostics to the reactions”, “part of disinformation”, “hape to reality” searching central of the tropics moving from gestation normality to the preeclampsia experience.

Ending: To puerperals in a preeclampsia gestation seems all normal, truston been cure, react before diagnostics with fear of die she and her son, with disturbing feelings, generally, ignored by the healthy supliers. Even when her body shows the illness, the unknown of the syntoms and of the alarm signs, leading to care practices paliatives and medical treatment remote and the nor sering carem, with the “ suffering strengthen their farith”, believe in a supreme being and keep the optimins for the recovery of her and her son.

Recomendations: Nursery practicing apply cares proposals that emerge from searching categorics.

Key words: Nursing care, preeclampsia, gestation, feelings.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1 JUSTIFICACIÓN	15
1.2 OBJETIVO	16
1.3 CONCEPTOS	16
1.3.1 Gestantes con preeclampsia	18
2. MARCO CONCEPTUAL	18
2.1 GESTANTES CON PREECLAMPSIA	18
2.2 LOS SIGNIFICADOS EN LAS EXPERIENCIAS DE SALUD	20
3. MARCO DE DISEÑO	25
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	25
3.2 MUESTRA	25
3.3 PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO	26
3.4 ESCENARIO DE LA INVESTIGACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LAS PARTICIPANTES	27
3.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	28
3.6 RIGOR METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	32
3.7 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	32
4. ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	34

4.1 TEMA CENTRAL: TRANSITANDO DESDE LA NORMALIDAD DE LA GESTACIÓN HACIA LA EXPERIENCIA DE LA PREECLAMPSIA	34
4.1.1 Categoría 1: el embarazo como un proceso normal	37
4.1.2 Categoría 2: reacciones ante el diagnostico	42
4.1.3 Categoría 3: desinformación parte del proceso	50
4.1.4 Descripción de la categoría 4: la esperanza ante la realidad	60
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	65
5.1 CONCLUSIONES	65
5.2 RECOMENDACIONES	66
BIBLIOGRAFÍA	68
ANEXOS	74

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Consentimiento Informado	74

INTRODUCCIÓN

A través de los tiempos la gestación o embarazo, se ha considerado un proceso normal con implicaciones biológicas, psicológicas y sociales. Para la mayoría de las mujeres el embarazo es una experiencia positiva y satisfactoria cuya evolución depende de las condiciones de salud de la mujer, el ambiente familiar y el contexto social.

La mujer embarazada vive importantes momentos de transición que implican transformaciones biológicas, emocionales y sociales; propias del proceso de gestación. Estas transformaciones pueden tener efectos positivos o negativos en su salud; es así como la mujer vive una situación limítrofe, en cualquier momento pueden surgir factores de riesgo o complicaciones capaces de interferir en su bienestar y en el de su hijo¹.

En este sentido, cabe destacar que una de las complicaciones más conocidas que se manifiestan durante la gestación es la preeclampsia, la cual es una importante causa de morbilidad y mortalidad materna². Esta una enfermedad característica de la gestación, cuyos síntomas pueden ser tratados pero su cura sólo se da con la finalización del embarazo³.

Es oportuno mencionar que la preeclampsia continua siendo objeto de investigaciones en muchos países. Gracias a esto, se ha logrado avances para el diagnóstico, tratamiento farmacológico y tecnológico; sin embargo, el origen de dicha enfermedad aun está por descubrir.

Para la enfermería es prioridad explorar en el cuidado a gestantes con preeclampsia. Enfermeras(os) han realizado un estudio, con un enfoque fisiopatológico y biológico, que deja ver que la preeclampsia es un fenómeno materno perinatal que requiere un abordaje sensible, cálido y fundamentado en relaciones de confianza. Esto con el objetivo de conocer desde la perspectiva de

¹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Lineamientos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe [en línea]. Washington, D.C: OPS. 2004, 50 p. Disponible en Internet: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/WM/PrenatalcareManualesp.pdf> ISBN 92 7 532557 X. Consultado: 17/07/2011.

² SÁNCHEZ, Sixto E. Epidemiología de la preeclampsia. En: Rev Per Ginecol Obstet. 2006, vol. 52 no. 4, p. 213-218.

³ CARARACH RAMONEDA, Vicenc. y BOTET MUSSONS, Francesc. Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP [en línea]. Barcelona: Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia. Hospital Clínic de Barcelona. 2008, 6 p. Disponible en Internet: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_1.pdf. Consultado: 10/09/2011.

la gestante, sus verdaderas necesidades de cuidados⁴. Dichas necesidades se encuentran inmersas en el tema: “Transitando desde la normalidad de la gestación hacia la experiencia de la preeclampsia”; surgido de una investigación con enfoque cualitativo, cuya perspectiva de acercamiento entre seres humanos pretende describir el significado que las puérperas le asignan a una gestación con preeclampsia.

Los hallazgos en esta investigación revelan información valiosa para el cuidado de enfermería. Los testimonios de puérperas de gestación con preeclampsia ofrecen fundamentos para acentuar, validar y confirmar las necesidades de cuidado integral a la mujer, como único ser que experimenta gestación con preeclampsia.

⁴ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Lineamientos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe. Óp. cit., p. 1-50.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos hipertensivos deben su reconocimiento e importancia a su incidencia en la gestación como el origen de complicaciones en la salud materno- fetal. Estos trastornos son la mayor causa de mortalidad materna, de parto prematuro, retardo en el crecimiento intrauterino y mortalidad perinatal.⁵

De acuerdo con las “Guías de Promoción de la salud y prevención de las enfermedades en Salud Pública” (2007) del Ministerio de Protección Social, la preeclampsia es la primera causa de mortalidad materna, con 38% de fallecimientos atribuibles a esta enfermedad; paralelamente, es la primera causa de mortalidad perinatal en Colombia⁶.

Para el abordaje de trastornos hipertensivos asociados a la gestación, como la preeclampsia, se cuenta a nivel nacional con la *Guía de Atención de las Complicaciones Hipertensivas Asociadas con el Embarazo*. La cual tiene como objetivo “diagnosticar y controlar oportunamente las complicaciones hipertensivas del embarazo, orientar el tratamiento adecuado y referir al nivel de mayor complejidad cuando se requiera, para salvar la vida de la madre y su hijo”⁷. Esta guía recoge la mejor evidencia científica, a nivel nacional e internacional, para el cumplimiento del objetivo en mención; además, garantiza la mejor evaluación de la investigación que soporta las intervenciones en salud con las gestantes que presentan complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo. Sin embargo, hace falta incluir aspectos del cuidado de enfermería desde la perspectiva de las mujeres gestantes en situación de enfermedad hipertensiva; es decir, lo que significa para ellas la experiencia de la enfermedad y cuáles son sus necesidades de cuidado.

Es así como la atención para las pacientes con preeclampsia se caracteriza por actividades, procedimientos e intervenciones, que deben tener en cuenta las instituciones responsables de la atención de las gestantes y sus hijos. Dicha atención debe proporcionarse a la madre durante la etapa de gestación, del parto y postparto; así mismo, deberá aplicarse al recién nacido, a nivel ambulatorio y

⁵ VILLAQUIRÁN De GONZÁLEZ, María; PAREDES De ORTIZ, Lyda y MAZUERA SALINAS, Noralba. Cuidado de enfermería durante la gestación y el parto de bajo riesgo [en línea]. Consultado en Internet: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0020.php>. Consultado: 16/06/2011.

⁶ COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social: programa de apoyo a la reforma de salud-PARS, Universidad Nacional de Colombia: Instituto de salud pública. Guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo. Guía 14 [en línea]. En: Guías de Promoción de la salud y prevención de enfermedades en Salud Pública. Bogotá Colombia, Mayo 2007, p. 228-271. Disponible en Internet: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias14.pdf> SBN: 978-958-98220-0-5. Consultado: 23/09/2009.

⁷ *Ibíd.*, p. 231.

hospitalario. Esta atención se realiza también de acuerdo a la clasificación de la preeclampsia la cual se establece en relación con el compromiso materno y fetal⁸.

A partir de lo anterior se evidencia la ausencia de aportes desde la enfermería que permitan suministrar una atención más integral y humanizada a este tipo de pacientes, reconociéndolas como seres integrales que sienten y experimentan situaciones desconocidas por enfermeras(os) y que deben ser tenidas en cuenta por demás proveedores de salud.

Es preciso afirmar que las enfermeras y los enfermeros conocen a cabalidad cómo las mujeres con preeclampsia son receptoras pasivas de cuidados e intervenciones; pues, dada su condición de salud, se encuentran conectadas a aparatos, con sondas, venoclisis, internadas en unidades especiales, sometidas a tratamientos en salas de terapia intensiva y dejando de lado lo que para ellas significa su padecimiento. Generalmente, el cuidado de enfermería se centra en la evaluación de las condiciones físicas de las gestantes y puérperas, puesto que la orientación de estos cuidados va dirigido a controlar y disminuir riesgos de complicaciones.⁹

Una vez conocidas las características de la preeclampsia, se entiende la preocupación de los profesionales del equipo de salud, en especial de las enfermeras (os), dado el impacto que genera la morbilidad y mortalidad materna. Lo cual justifica que las enfermeras(os) centren su atención en el tratamiento y control de la situación apremiante que genera dicho evento; sin olvidar que su misión es brindar una atención integral, confiriéndole al sujeto de atención, una participación activa y compartida.

El cuidado de enfermería materno perinatal de acuerdo a Ruiz y Muñoz se concibe “como interacción que se ejerce entre enfermera (o), madre, perinato y familia, se comparten conocimientos, experiencias, habilidades y percepciones acerca del significado del cuidado y se generan compromisos para mantener la salud y la calidad de vida, asegurando la satisfacción recíproca del conjunto de las necesidades de éstos en la cotidianidad”¹⁰. Lo anterior explica la importancia de

⁸ COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social: programa de apoyo a la reforma de salud-PARS, Universidad Nacional de Colombia: Instituto de salud pública. Guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo. Guía 14. Op. cit., p. 227-261.

⁹ SEGURANYES G, Gloria. Enfermería Maternal. España: Elsevier. 2003, p. 251.

¹⁰ RUIZ De CÁRDENAS, Carmen H. y MUÑOZ De RODRÍGUEZ, Lucy. Cuidado de enfermería materno perinatal en su rol asistencial, gerencial, docente e investigativo. En: Cuidado y práctica de enfermería. Capítulo 2. 1a. ed. Bogotá: editorial Universidad Nacional de Colombia. Grupo de cuidado facultad de enfermería, sede Bogotá. 2000, p. 136.

conocer los significados que las mujeres le asignan a la experiencia que tienen de una gestación con preeclampsia; pues ello permitirá generar acciones de cuidado que contribuyan a su bienestar.

Por otra parte, las investigaciones realizadas con el propósito de aclarar la causa de los trastornos hipertensivos, son extraordinariamente numerosas; gracias a estas se han identificado diversos factores de riesgo, al igual que condiciones fisiopatológicas y clínicas que permitirían predecir la enfermedad. No obstante, la realidad es que no existe un modelo explicativo satisfactorio a este problema de salud. Lo anterior atribuirse, en cierta medida, a las estrategias que se han seleccionado para dar respuesta a los interrogantes relacionados con su génesis, las cuales se han caracterizado fundamentalmente por un enfoque unicausal o biologicista que poco puede aportar a la comprensión cabal de la enfermedad y su origen; el cual desconoce prácticamente las exigencias adaptativas de carácter psicosocial que surgen durante la gestación y que persisten hasta el final de la misma¹¹.

Castilla y col (2004), en su estudio “Conocimientos y prácticas del personal de enfermería sobre Síndrome Hipertensivo Gestacional” encontraron que el personal de enfermería realiza una valoración inicial completa, toman los signos vitales, frecuencia cardíaca fetal y actividad uterina, administran oxígeno y medicamentos, valoran reflejos osteotendinosos; De esta manera, se ajustan al protocolo de atención y a las funciones del personal de enfermería, a través de los cuales logran establecer la condición general de la usuaria.¹²

Lo anterior pone de manifiesto la existencia de conocimientos sobre la sintomatología, el manejo y tratamiento de la gestación con preeclampsia; ante esto, surge la necesidad de conocer el significado de la experiencia, las vivencias, los sentimientos y las emociones de las mujeres en gestación con preeclampsia desde la disciplina de enfermería.

¹¹ SALVADOR MOYSÉN, Jaime et al. Situación psicosocial de las adolescentes y toxemias del embarazo [en línea]. En: Rev. Salud Pública. México, marzo-abril de 2000, vol. 42 no. 2, p. 99-105. Disponible en Internet: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n2/2377.pdf>. Consultado: 06/09/2009.

¹² CASTILLA, María; CASTRILLO, Carmen y ZAPATA, María. Conocimiento y práctica del personal de enfermería sobre síndrome hipertensivo gestacional, en el servicio de ginecoobstetricia, hospital Asunción Juigalpa, enero – junio 2004. Tesis de Maestría en Enfermería Clínica Avanzada. Juigalpa, Chontales: Universidad Politécnica de Nicaragua. Septiembre, 2004.

Suarez¹³, en su investigación cualitativa sobre la experiencia de la embarazada con hipertensión arterial, concluye que la informante no hace referencia a las dificultades físicas sino a los problemas afectivos y emocionales y los resultados resaltan expresiones sobre el duelo de la muerte pre y post natal en la pérdida del embarazo. Este estudio sirve como preámbulo de investigación en enfermería que buscan ampliar su saber, abordando más el imaginario del sujeto de atención y ofreciendo un cuidado integral.

Por otra parte, en consideración a que no se encontraron investigaciones relacionadas con la experiencia de las mujeres con preeclampsia, se hizo necesario tomar como referentes otras investigaciones que revelan significados, experiencias o vivencias de mujeres que han tenido situaciones de enfermedad durante el proceso de la maternidad.

En Venezuela un estudio de investigación etnográfico focalizado, realizado por Guerra de Castillo y Vásquez¹⁴, exploró los valores, hábitos y patrones Comportamentales de embarazadas diabéticas; esta investigación es un gran aporte a este estudio del significado que las puérperas asignan a la experiencia de gestación con preeclampsia y al conocimiento para la práctica de enfermería; pues en dicha investigación se argumenta que los trastornos de diabetes en la gestación implican una serie de limitaciones que repercuten a nivel individual a nivel familiar y sociocultural. A partir de ello es posible inferir que los sentimientos de la mujer en torno a su cuidado no sólo repercuten en su cuerpo, sino en su imaginario; argumentos como estos pueden ser aplicados al caso de la gestación con preeclampsia.

Asimismo, en Colombia, Bernal, Muñoz y Ruiz¹⁵ (2008); exploran, en gestantes en situación de desplazamiento, el significado del cuidado de la madre y del hijo por nacer, a partir de sus propias creencias y prácticas. Este estudio evidenció que una vez sucedido el hecho del desplazamiento las gestantes comienzan un periodo de transición y adaptación a una nueva vida, apoyadas en la “misericordia de dios”. En este sentido, las gestantes sienten la necesidad de proteger al hijo

¹³ SUÁREZ, Sebastián y PUERTAS, Milagro. Vivencias de la mujer embarazada con hipertensión arterial. Estudio de caso [en línea]. En: Biblioteca Las casas. 2008, vol. 4 no. 4, p. 1-6. Disponible en Internet: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0364.php>. Consultado: 10/10/2009.

¹⁴ GUERRA De CASTILLO, Carmen y VASQUEZ, Martha Lucia. El cuidado de sí de la embarazada diabética como una vía para asegurar un hijo sano [en línea]. En: Rev. Texto & contexto Enfermagen. Universidad Federal de Santa Catarina. 2006, vol. 15 no. 1, p. 75. Disponible en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71415109.pdf>. Consultado: 10/10/2009.

¹⁵ BERNAL, María Carmen; MUÑOZ, Lucy y RUIZ, Carmen. Significado de sí y de su hijo por nacer en gestantes desplazadas. En: Rev. Aquichan. 2008, vol. 8 no. 1, p. 6.

por nacer y se empeñan en hacerlo con coraje, con la esperanza que todo salga bien algún día.

Para la enfermería, el tratamiento de las embarazadas en situación de desplazamiento demanda atenciones especiales orientadas a brindar un cuidado integral al paciente. Este tratamiento especial podría aplicarse, de igual o similar forma, a gestantes con preeclampsia como situación adversa con implicaciones sociales.

Por otro lado, Dora Giraldo¹⁶ en su investigación “*Significados del cuidado en el parto*”, reportó que la gestante se cuida alrededor de tres dominios. El primero consiste en alistarse para que el parto sea exitoso; el segundo, es tratar de evitar amenazas y riesgos en el embarazo; y, el tercero, es controlar el estrés y los sentimientos. Por esta razón, se concluye que la enfermería debe tener en cuenta las creencias, valores y costumbres de las gestantes, esto con la finalidad de brindar un cuidado holístico y acorde a sus necesidades.

De igual manera, Gloria Zambrano¹⁷ propone trascender y extender el cuidado materno perinatal no sólo a nivel reproductivo; sino, a nivel de un cuidado integral, en donde se consideren las dimensiones biológicas, psicológicas, espirituales, sociales y culturales. Esto implica avanzar en el conocimiento para el cuidado, desde las perspectivas propias de las personas, abordando los significados de las experiencias alrededor de los eventos de salud y enfermedad.

Con lo expuesto anteriormente, se hace evidente la necesidad conocer y comprender el significado y las implicaciones que tiene para la mujer una gestación con preeclampsia; puesto que esta condición ha sido poco abordada desde la perspectiva de quien la padece. De tal carencia, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es el significado que las puérperas asignan a la experiencia de gestación con preeclampsia?

1.1 JUSTIFICACIÓN

El enfoque vanguardista del conocimiento de la enfermería revela cuan fundamental es profundizar más en el sujeto, en la persona; es allí donde

¹⁶ GIRALDO, Dora. El significado del cuidado en el parto. En: Rev. Avances en enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2007, vol. 25 no. 1, p.115–121.

¹⁷ ZAMBRANO PLATA, Gloria. Fundamentos teóricos y prácticos del cuidado de la salud materna y perinatal durante la etapa gestacional. En: Rev. Ciencia y cuidado. 2009, vol. 3 no. 3, p. 43.

emergen los sucesos que amplían el panorama del saber para la enfermería. Cabe resaltar que en el área materno perinatal se han realizado estudios sobre los cuidados de la gestación, especialmente, en lo concerniente a las situaciones de salud, desplazamiento y enfermedad (tal es el caso de la diabetes); no obstante, se desconocen estudios que narren los significados y experiencias de las puérperas que padecieron preeclampsia durante su gestación.

Por otra parte, aunque la preeclampsia sigue siendo objeto de trascendentales estudios que han generado información para el fundamento de las políticas mundiales y nacionales de los organismos de salud comprometidos con el bienestar y la salud de las personas, es indispensable la contribución científica de la enfermería, en aras del abordaje integral de las situaciones de salud y/o enfermedad asociados a dicho padecimiento.

Esta investigación tiene significancia social por su contribución al mejoramiento de los servicios de salud materno perinatal, dado que aplica un enfoque más integral y humanizado, al tener en cuenta lo que significa, para la mujer y su familia la experiencia de la preeclampsia, lo cual indudablemente redundará en su bienestar.

La descripción y el significado asignado por las puérperas a la experiencia de gestación con preeclampsia se consideran significancia teórica. Esta se convierte en complemento a planteamientos científicos tradicionales para la atención a gestantes con preeclampsia, orientados especialmente con modelos biomédicos.

Describir el significado que las puérperas le asignan a la experiencia de gestación con preeclampsia tiene significancia disciplinar, en la medida que este conocimiento se aplique a la práctica de enfermería y trascienda en su quehacer para el bienestar de las personas.

De igual forma, se espera que los resultados de este estudio sean un recurso valioso para la gestión del cuidado de enfermería materno perinatal y que contribuyan en la definición de políticas de salud materna y perinatal, desde las necesidades reales de las madres y sus hijos por nacer.

1.2 OBJETIVO

Describir el significado que puérperas, en etapa mediata y tardía del postparto, atendidas en la Clínica Maternidad Rafael Calvo de la Ciudad de Cartagena, le asignan a la experiencia de gestación con preeclampsia.

1.3 CONCEPTOS

1.3.1 Gestantes con preeclampsia. Mujeres en gestación, con enfermedad propia de la especie humana, de aparición aguda, caracterizada por la tríada hipertensión, edema y proteinuria. Se presenta después de la semana veinte de gestación hasta el final de la primera semana después del parto¹⁸.

Puérperas en etapas mediata y tardía del postparto. Mujer que se encuentra atravesando la etapa comprendida entre las 72 horas y 6^o semana post-parto.

Experiencias. La experiencia no consiste en aserciones, no es ni verdad ni falsedad, es simplemente eso que en la vida es, porque las experiencias son dependientes en diferencias individuales en constitución o logros o circunstancias de tiempo y lugar. En contraste, el conocimiento consiste en aserciones que pueden ser verdaderas o falsas y se basan en experiencias¹⁹.

Significados. Según Alfred Schütz²⁰, el sujeto realiza acciones que están cargadas de significados, los cuales se interpretan como el sentido que tiene cada acción y cada vivencia. Así pues no hay un solo significado para estas, no existe una única interpretación de las vivencias, sino que varían según la perspectiva desde la que sean interpretadas, esto es, según el Aquí y Ahora que experimenta el sujeto.

¹⁸ COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social: programa de apoyo a la reforma de salud-PARS, Universidad Nacional de Colombia: Instituto de salud pública. Guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas con el embarazo. Guía 14. Op. cit., p. 228.

¹⁹ SOTO, Virginia Inés y DURAN DE VILLALOBOS, María Mercedes. Experiencias y vivencias del embarazo en adolescentes explicadas desde lo social. En: Avances enfermería. 2008, vol. 26 no. 2, p. 100.

²⁰ SCHÜTZ, Alfred. La fenomenología de Alfred Schütz y la teoría del significado [en línea]. En: Blog: sociolorock. 4 de septiembre de 2005. Disponible en Internet: <http://sociolorock.blogspot.com/search?q=a+fenomenolog%C3%ADa+de+Alfred+Sch%C3%BCtz+y+la+teor%C3%ADa+del+significado>. Consultado: 17/08/2009.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 GESTANTES CON PREECLAMPSIA

La manifestación hipertensiva más frecuentemente encontrada durante el embarazo es la preeclampsia. En el 35% de los casos, este trastorno aparece en gestaciones menores de 34 semanas; cuando se encuentra la asociación de preeclampsia y prematuridad se conjuga el determinante clínico del 30% de las muertes perinatales en nuestro medio. Es así como la preeclampsia es la segunda causa de muerte perinatal²¹.

La preeclampsia es una enfermedad de gran complejidad, la cual requiere un manejo de alto nivel del recurso técnico y humano. El diagnóstico de preeclampsia lleva implícita la presencia de una disfunción orgánica múltiple que conduce a vigilar los criterios de compromiso severo de cada uno de los órganos vitales; esta condición, siempre ha sido considerada la base clínica para entender la alta morbimortalidad del síndrome²².

Es inevitable revisar la parte de la fisiopatología de la preeclampsia; en ella, el vasoespasmo generalizado es la base para explicar la sintomatología y las complicaciones. El daño principal se presenta en el endotelio, liberándose endotelina, causando alteraciones uteroplacentarias, pulmonares, renales, hepáticas, hematológicas y neurológicas.

Por otra parte la clasificación de la preeclampsia permitirá adentrarse en este complejo y preocupante fenómeno para el sistema de salud. Por ello, el presente estudio tendrá en cuenta la siguiente clasificación:

- ✓ Preeclampsia leve moderada: se define como una tensión arterial menor o igual a ≤ 160 mmHg, más proteinuria menor o igual a ≤ 5 gr/ 24 horas.

- ✓ Preeclampsia grave o Síndrome de Preeclampsia: se define por la presencia de criterios como TA sistólica mayor o igual a 160 mmHg; TA diastólica mayor o

²¹ BAUTISTA, Alejandro. Hipertensión arterial asociada con el embarazo. Capítulo IV, Disponible en internet <http://www.slideshare.net/renchoxxx/hipertension-arterial-asociada-con-el-embarazo>. Consultada, septiembre 12 2009.

²² COLOMBIA. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Guía de manejo del síndrome hipertensivo del embarazo. Bogotá, D. C.: Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog). 2002, p. 4.

igual a 110 mmHg; proteinuria de mayor o igual a 5 gr / 24 horas; elevación de creatinina, edema pulmonar; oliguria.²³

Es necesario mencionar que la preeclampsia en la gestación genera cefalea persistente, cambios visuales, dolor epigástrico (náusea y vómito), cambios mentales transitorios, tinnitus y edemas patológicos. También se evidencian signos de compromiso fetal como: oligohidramnios, retardo de crecimiento intrauterino y alteración del bienestar fetal.

Cabe destacar que no existe una medida terapéutica que revierta el compromiso endotelial y multisistémico de la preeclampsia; ésta puede empeorar progresivamente el síndrome de hipoperfusión tisular hasta la falla orgánica. De acuerdo con esto, el principal objetivo terapéutico es encontrar el momento oportuno para terminar el embarazo.

Para este estudio se consideraron las medidas generales y específicas de tratamiento propuestas en la Guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas con el embarazo del Ministerio de la Protección Social, la cual orienta a vigilar, monitorear, cuantificar y registrar signos y síntomas de la preeclampsia²⁴.

Por otra parte, existen datos epidemiológicos y evidencias científicas que demuestran que la preeclampsia, es considerada una de las condiciones más dañinas para la mujer embarazada y el feto.

El tema gestantes con preeclampsia ha sido motivo de estudio a través del tiempo, es así como Salazar; Triana y Prieto²⁵ en su investigación "*Caracterización de los trastornos hipertensivos del embarazo en Villavicencio-Colombia*", evidencian que la incidencia de trastornos hipertensivos del embarazo fue de 4,2 - 6,3 %. Asimismo, la edad y el número de gestaciones entre las hipertensas y la población total de embarazadas, no mostraron diferencias.

También, en el grupo de hipertensas se encontraron mayores porcentajes de parto pre término, parto intervenido y peso del recién nacido inferior a 2.500 gr. De igual manera, El 53,2 % de los casos se clasificaron como complicados y el 15,4% de ellos no recibió un tratamiento específico. Se encontró asociación entre más de 4 días de hospitalización materna con proteinuria grave y epigastralgia. El parto pre término y la proteinuria leve fueron predictores de complicaciones. Se concluyó

²³ COLOMBIA. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Guía de manejo del síndrome hipertensivo del embarazo. Op. cit., p. 4.

²⁴ Ibid., p.245-246.

²⁵ SALAZAR, Juan; TRIANA, Juan y PRIETO, Franklyn. Caracterización de los trastornos hipertensivos del embarazo en Villavicencio- Colombia. En: Rev. colomb. obstet. ginecol. dic. 2004, vol. 55 no. 4, p. 279-286.

que la hipertensión en el embarazo posee alto impacto en la salud materna y perinatal. De acuerdo con los resultados de este estudio, se sugiere fortalecer las medidas de prevención, diagnóstico y los recursos para tratamiento.

Por otro lado, Díaz y Serrano²⁶ en su estudio “*Oportunidades de investigación en Preeclampsia desde la perspectiva de prevención primaria*”, concluyen que para reducir el impacto de esta afección en las gestantes, es necesario vincular los conocimientos con las estrategias de intervención y la epidemiología. Además, es fundamental conocer la percepción de las embarazadas sobre su riesgo gestacional, ya que por lo general estas no son tomadas en cuenta; de ser lo contrario, el personal de la salud podría orientarse para desarrollar estrategias que mejoren la atención del control prenatal.

Los procesos de gestación (parto y puerperio) tienen connotaciones significativas para las mujeres, muchas organizaciones y estamentos han trazado lineamientos resultantes de estudios y trabajos realizados por profesionales de la salud; en enfermería, por ejemplo, se trabaja acerca del sentir no sólo físico, sino social y emocional, de las mujeres durante dichos procesos.

En consecuencia, la enfermería reafirma su esencia, el cuidado, al reconocer dimensiones trazadoras de cuidado integral y plantea que en los procesos materno perinatal las mujeres usan prácticas de cuidado; ésta disciplina transforma esas prácticas en herramientas fundamentales para el cuidado centrado en la persona y familia, atiende lo emocional, social y cultural; hasta lograr adentrarse en las percepciones que las gestantes, parturientas y puérperas tienen sobre su riesgo. Es así como el manejo de la preeclampsia tiene un abordaje más desde lo fisiopatológico, hay evidencia de investigaciones relacionadas la sintomatología, diagnóstico, tratamiento y manejo; sin embargo, es poca la evidencia relacionada con las percepciones y experiencias, lo que orienta el conocimiento enfermero a reconocer un campo de acción para continuar explorando.

2.2 LOS SIGNIFICADOS EN LAS EXPERIENCIAS DE SALUD.

²⁶ DIAZ, Luis y SERRANO, Norma. Oportunidades de investigación en preeclampsia desde la perspectiva de prevención primaria [en línea]. En: Revista colombiana de obstetricia y ginecología. 2008, vol. 59 no. 8, p. 206-215. Disponible en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1952/195214332005.pdf>. Consultada: 09/08/2011.

De acuerdo con Shütz:

El sujeto realiza acciones que están cargadas de significados. Todas sus acciones tienen un sentido; aunque el actor no haya tenido intención de significar algo, su acción puede ser interpretada por otro. Las vivencias son interpretadas subjetivamente, pues el sujeto recurre a su repositorio de conocimiento disponible, para asociar aquello que se conoce a lo que se desconoce. El mundo del sentido común se encuentra tipificado en categorías de significado que permiten reconocer los nuevos fenómenos e incorporarlos a la conciencia del sujeto; una experiencia reconocida como novedosa es aquella para la que no se tienen tipificaciones de significado o son erróneas, lo que implica reorganizar estas tipificaciones. De todas maneras, no existe una única interpretación de las vivencias, sino que varían según la perspectiva desde la que sean interpretadas, esto es, según el Aquí y Ahora que experimenta el sujeto.²⁷

En este sentido, Shütz destaca que “Las acciones realizadas por el sujeto llevan un significado subjetivo que consiste en una auto interpretación de la vivencia en la que interpretan una vivencia; recordemos que la experiencia inmediata es inaccesible al sujeto. Por ser de carácter subjetivo, el significado al que el actor apunta con su acción es distinto al significado que otros le dan a su acción.”²⁸.

De igual manera, Heidegger²⁹ (1913-2005) quien fue uno de los grandes filósofos que trató el tema de los significados y de la interpretación en el lenguaje, el ser humano, es un ser que busca auto-comprensión y auto-interpretación. Busca el sentido de ser un ser humano. Y el ser humano, a su vez, no está en el mundo libre de significados. Las ideas de Heidegger, que indagan entorno al proceso de interpretación, pueden ser de gran utilidad para enfermería, ya que en cada encuentro con el paciente se abre la posibilidad al paciente para elaborar sus significados, su identidad; y paralelamente, para el profesional, es una oportunidad para entender mejor al paciente.

Asimismo, Paul Ricoeur³⁰ (1913–2005) elaboró importantes ideas sobre la narrativa, los significados y la interpretación. Una de sus ideas es la de la “hermenéutica de la sospecha”, que trata sobre el hecho de que en la narrativa del

²⁷ SCHÜTZ, Alfred. Op. cit., p. 113-114.ggg

²⁸ *Ibid.*, p. 113.

²⁹ HEIDEGGER, M (1962). *Being and time*. New York: Harper & Row. (El original publicado en 1927). Citado por: VALVERDE, Clara. Enfermería centrada en los significados del paciente: la importancia de la filosofía para enfermería [en línea]. *En: Norte de salud mental*. 2007, no. 28, p. 8-15 p 12. Disponible en Internet: http://www.ome-aen.org/NORTE/28/NORTE_28_030_8-15.pdf. Consultada: 15/09/2009.

³⁰ RICOEUR, P (1991). *Temps et récit*. Paris: Seuil.por: VALVERDE, Clara. Enfermería centrada en los significados del paciente: la importancia de la filosofía para enfermería [en línea]. *En: Norte de salud mental*. 2007, no. 28, p. 8-15 p 12. Disponible en Internet: http://www.ome-aen.org/NORTE/28/NORTE_28_030_8-15.pdf. Consultada: 15/09/2009.

ser humano se revela algo pero también se esconde algo, algo que, posiblemente, con la presencia empática del profesional, el paciente pueda compartir.

El ser humano actúa según el significado personal y cultural que da a cada cuestión; entonces el profesional de enfermería, para intentar entender lo que hace el paciente (o lo que no hace), necesita conocer los significados que éste da a sus problemas de salud. Para aumentar su eficacia, el profesional de enfermería necesita trabajar en cómo el paciente ve su situación, qué significa para él o ella, cómo ve los tratamientos, etc. Porque lo importante no es qué enfermedad tiene el paciente sino su experiencia de ésta, o sea, no “qué es” sino “qué significa”.³¹

En la misma línea, Moreno y Altamirano³² a través de una revisión de estudios que han abordado el trayecto salud – padecimiento – enfermedad – atención; enfatizan, desde lo social y antropológico, en la eficacia simbólica de la “cura por la palabra” afirmando que todo pensamiento está cargado de emociones y experiencias. No puede haber pensamiento sin afectividad; son las palabras, gestos, movimientos, indumentaria, tiempo y espacio lo que adquiere un significado que permite construir la realidad; además, propone desde la perspectiva interpretativa de la antropología médica, que se puede seguir construyendo sobre todas y cada una de las connotaciones que tiene el proceso de enfermarse.

Por otro lado, María Marquina y Cira Bracho³³ en su investigación de abordaje cualitativo “*El significado del aborto para la adolescente que ha vivido la experiencia*”, plantean como objetivo develar el significado que tiene para la adolescente su experiencia con el fin de construir un modelo explicativo presenta el significado del aborto, y describe la influencia del contexto en la experiencia del aborto. De allí surgen tres categorías. Los autores concluyen que el contexto social está ligado a los sentimientos de tristeza, pérdida, rechazo, duda, culpabilidad, miedo, vacío, llanto; y establecen como categoría central y fenómeno de estudio: viviendo el duelo de la adolescente en la experiencia del aborto.

Paralelamente, los resultados de la investigación cualitativa de Sebastián Suarez y Milagro Puerta³⁴, demuestran como una mujer embarazada con trastornos hipertensivos vive esta experiencia; de la cual expresa sentimientos de tristeza,

³¹ *Ibíd.*, p. 14.

³² MORENO, Laura. Reflexiones sobre el trayecto salud- padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socio antropológica [en línea]. En: Salud pública de México. Enero-febrero de 2007, vol. 49 no.1, p. 63-70. Disponible en Internet: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49n1/a09v49n1.pdf>. Consultada: 22/03/2009.

³³ MARQUINA, María y BRACHO, Cira. El significado del aborto para la adolescente que ha vivido la experiencia. En: Cultura de los cuidados. 2007, no. 22, p. 16,17.

³⁴ SUÁREZ, Sebastián y PUERTAS, Milagro. Op. cit., p. 1-6.

miedo a perder la vida, angustia, creencia en dios, ternura por el bebe que viene, depresión, pérdida de la sociabilidad (Aislamiento).

En la misma línea, Yaneth Parrado y Clara Caro ³⁵ en el artículo titulado “Significado, un conocimiento para la práctica de Enfermería”, exponen que la enfermera en el proceso de dar cuidado, identifica en la cotidianidad de las personas, experiencias de salud y enfermedad que revelan información valiosa que al confrontarla con las escuelas de conocimiento y con otros saberes se transforma en fuente de conocimiento enfermero, este viene a ser validado con un cuidado más coherente, más adecuado, con otros abordajes en la práctica. También sostienen que la enfermera puede comprender e interpretar en las narrativas, las experiencias y sus significados; agregando que en el cuidado enfermero el lenguaje es fundamental, más no único para ir en busca de la unidad del ser.

Lo anterior nos recuerda que desde la mirada socio antropológica, el lenguaje y la narrativa, cobran importancia y se convierten en dominio propio del cuidado de enfermería³⁶. Una perspectiva fundamental para enfermería es la filosofía, ésta ha marcado el surgir del conocimiento de enfermería: Filósofos como Heidegger, Hegel, Merleu-Ponty, Dreyfus, Emmanuel Levinas y Paul Ricoeur; ofrecen e inspiran a mirar lo casi invisible en el modelo biologicista, es el momento de ver el “otro”, lo “no -representable”, significados e interpretación, ser de cuerpo y construir un enfoque novedoso en donde el cuidado de enfermería se sustente con la narrativa, y averigüe significados del paciente para fortalecer la relación enfermera paciente³⁷.

Es preciso destacar que según Lucy Muñoz y Marta Vásquez³⁸, Leininger consideró que para acercarse a descubrir esa manera particular como las personas en cada una de sus culturas se cuidan, es preciso situarse en el esquema comprensivo que considera a las personas como expertas que conocen sus propias formas de cuidarse y por tanto la interpretación de su experiencia puede ayudar a los profesionales de enfermería, a descubrir su mundo social constituido por significados simbólicos observables en los actos, interacciones y lenguaje de los seres humanos. Con ese enfoque, la realidad es subjetiva y

³⁵ PARRADO, Yaneth y CARO, Clara. Significado, un conocimiento para la práctica de enfermería [en línea]. En: Av. enferm. 2008, vol. 26 no. 2, p. 117. Disponible en Internet: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi2_13.pdf. Consultada: 09/04/2009.

³⁶ *Ibid.*, p. 121.

³⁷ VALVERDE, Clara. *Óp. cit.*, p. 12.

³⁸ MUÑOZ, Lucy y VÁSQUEZ, Martha. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger [en línea]. En: Colombia médica. 2007, vol. 38 Supl. 2, 98-104 p102. Disponible en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28309811>. Consultado: 14/07/2009.

múltiple y puede verse desde diferentes perspectivas; los significados también son múltiples y se derivan de las percepciones, experiencias y acciones, en relación, con los contextos sociales y culturales.

En este sentido, para Leininger los cuidados culturales tienen expresiones, significados, patrones y prácticas diversas con algunos atributos que varían dependiendo de la cultura³⁹.

Las anteriores afirmaciones ponen en manifiesto el reto a asumir por enfermería. El saber enfermero viene nutriéndose con perspectivas distintas, busca afanosamente la vía que conduce a cumplir con su esencia; es decir, el cuidado a las personas. De allí el deseo de conocer, comprender y entender el significado que tiene un síntoma, un signo y/o un trastorno.

³⁹ LEININGER, Madeleine. Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method. In: Culture care diversity and universality. Chapter one. 2th ed. Canada: Jones and Bartlett Publisher. 2006, p. 1-41.

3. MARCO DE DISEÑO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó una investigación cualitativa, descriptiva e interpretativa, que de acuerdo a Rizzo, Coyne y Smith⁴⁰; es un método de indagación que permite investigar de forma intensa las interacciones de las personas y el significado de un fenómeno en la vida, para un grupo de sujetos, que comparten un evento en particular. En esta investigación las personas o grupo de sujetos que comparten el evento en particular, son puérperas que han sido diagnosticadas con preeclampsia desde la gestación; por tanto han tenido la experiencia con esta enfermedad, a la cual le han asignado su propio significado.

Para Muñoz ⁴¹ la investigación cualitativa permite conocer la visión del mundo aplicada a las personas, y el conocimiento del ser humano de una manera más integral que involucra su medio ambiente, busca respuestas a preguntas sobre como la experiencia es creada y dotada de significado.

3.2 MUESTRA

Se hizo muestreo por pertinencia y adecuación.

Pertinencia, según Sandoval ⁴²se refiere a la identificación y el logro del concurso de las participantes que pueden aportar la mejor y mayor información a la investigación, de acuerdo con la información requerida.

En este caso la muestra es la información obtenida de puérperas que durante la gestación con preeclampsia estuvieron hospitalizadas en el servicio de patología del embarazo y servicio de quirúrgicas de la maternidad Rafael Calvo.

⁴⁰ RIZZO, Rosemary; COYNE, Barbara and SMITH, Mary. Nursing research. Qualitative methods. Virginia: Brady Publisher. 1995, p. 91.

⁴¹ MUÑOZ DE RODRÍGUEZ, L. La investigación cualitativa en el área de la salud. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Documento preparado para fines docentes. Bogotá. 2005.

⁴² SANDOVAL C. Investigación Cualitativa instituto colombiano para el fomento de la educación superior, ICFES Bogotá, Colombia.s.f. p. 136.

Por otra parte; Adecuación, se refiere a contar con datos suficientes disponibles para desarrollar una rica y completa descripción del fenómeno, preferiblemente cuando la etapa de la saturación se ha terminado⁴³.

Para alcanzar la saturación de la información, se realizaron entrevistas a las participantes hasta cuando dejaba de surgir nueva información y en su análisis la redundancia de los datos era evidente. De esta manera, se obtuvo un número de 10 participantes y, en promedio, a cada una de ellas se le realizaron 2 entrevistas.

3.3 PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Mujeres puérperas que presentaron gestación con preeclampsia y estuvieron hospitalizadas en la clínica Maternidad Rafael Calvo de Cartagena, durante el mes de Diciembre del año 2009, y el periodo comprendido entre el mes Febrero y Julio del año 2010.

Los criterios de selección de las participantes fueron:

- ✓ Mujeres en puerperio mediano y/o tardío, con diagnóstico médico de preeclampsia
- ✓ Sin alteraciones mentales
- ✓ Que no hayan presentado eclampsia o síndrome de Hellp
- ✓ Edad entre 14 y 40 años
- ✓ Primigestantes y multigestantes
- ✓ Primíparas y multíparas
- ✓ Con parto vaginal o cesárea
- ✓ Sin importar las condiciones de salud del recién nacido.

⁴³ Ibíd. , p, 136.

Las características de las participantes se describen a continuación:

Tabla 1. Caracterización de las participantes

Caso	Edad	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Gravidez	Paridad	Estado SE	Aseguramiento en salud
1	24	Unión libre	Técnico	Belleza	1	1	2	Subsidiado
2	35	Casada	Bachiller completo	Ama de casa	3	3	2	Subsidiado
3	25	Soltera	Técnico	Auxiliar de enfermería	1	1	2	Subsidiado
4	28	Casada	Bachiller completo	Ama de casa	3	1	2	Subsidiado
5	32	Casada	Bachiller incompleto	Vendedora ambulante	3	3	2	Subsidiado
6	36	Casada	Técnica	Auxiliar de enfermería	6	3	2	Subsidiado
7	17	Soltera	Bachiller incompleto	Estudiante	2	1	2	Subsidiado
8	20	Unión libre	Unión libre	Ama de casa	1	1	2	Subsidiado
9	26	Casada	Técnica	Técnica mercadeo	2	2	2	Subsidiado
10	24	Soltera	Técnica	Ama de casa	1	1	2	Subsidiado

3.4 ESCENARIO DE LA INVESTIGACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LAS PARTICIPANTES

Se presentó una carta de solicitud para la captación de participantes y la autorización del proyecto de investigación en la subgerencia científica de la Clínica Maternidad Rafael Calvo, se obtuvo respuesta afirmativa por escrito y se concertó una reunión para presentar el proyecto al médico ginecobstetra encargado de la subgerencia científica.

La captación de las participantes se realizó en La Clínica Maternidad Rafael Calvo y se concertó con ellas las primeras visitas a su domicilio.

Nueve de las participantes procedían de Cartagena y una de ellas de Santa Rosa de Lima, municipio ubicado a 40 kilómetros de Cartagena. Los encuentros con las participantes, se realizaron en sus domicilios, en ambientes propicios, que facilitaron interacciones caracterizadas por la confianza y empatía entre la investigadora y las participantes.

3.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Posterior a la aprobación de las directivas de la Clínica Maternidad Rafael Calvo, a través de la enfermera jefe y por medio de registro clínicos las participantes fueron captadas en los Servicios de Patologías del Embarazo y de Puerperio de dicha institución; conjuntamente, se estableció un horario de visitas a los respectivos domicilios, se aplicó el consentimiento informado y se procedió a recolectar la información por medio de la entrevista.

Los datos se recolectaron a través de 20 entrevista abiertas y a profundidad, se utilizó un cuestionario socio – demográfico para cada participante. El tiempo utilizado fue del 3 al 20 de diciembre de 2009, retomado desde el 3 de febrero hasta agosto 31 de 2010.

En total se realizaron dos entrevista a cada participante, en la cual se utilizaron la observación, las notas de campo y encuentros cara a cara entre la investigadora y las participantes (puérperas); estos encuentros estuvieron encaminados a comprender lo que significó para las mujeres el estudio de su experiencia de la preeclampsia durante la gestación. El resultado anterior se tuvo en cuenta para el análisis de datos.

Las participantes firmaron el consentimiento informado (ver anexo 1), posteriormente se procedió a realizar las entrevistas, las cuales fueron grabadas y transcritas textualmente con el fin de mantener el rigor del estudio e identificar aspectos que necesiten ser aclarados.

El análisis de la información se realizó de la siguiente forma:

1. Transcripción textual de las entrevistas grabadas: se transcribieron totalmente cada una de las entrevistas y posteriormente se leyeron para tener una idea general de su contenido.

2. Selección de los descriptores o testimonios, relacionados con el fenómeno de estudio, y expresados por los participantes en la investigación.
3. Codificación: Para Morse & Field ⁴⁴ , es el proceso en el cual se identifican palabras, frases, temas o conceptos dentro de los datos de manera tal que los patrones subyacentes puedan ser identificados y analizados. La codificación es la familiarización con los datos y a partir de ella se empieza a organizar la información. Durante el análisis de cada entrevista se asignaron códigos a los testimonios o descriptores, para reducir los datos.
4. Categorización: Se puede decir que una categoría es un código conceptual representando la información suministrada por los códigos sustantivos. Según Mayan (2001) las categorías son archivos separados o carpetas las cuales se deben ilustrar o dibujar en un diagrama para ilustrar la relación entre categoría y subcategoría. En el presente trabajo se identificaron las categorías que surgieron del análisis de los códigos sustantivos.
5. Subcategorización: Son las subdivisiones de las categorías sustentadas en los códigos con sus respectivos descriptores o testimonios⁴⁵ .
6. Esquematización: Diagrama que reúne y muestra la información de forma organizada y la interrelación entre categorías, subcategorías y códigos.

El análisis se realizó de manera simultánea a la recolección de la información, teniendo en cuenta los siguientes pasos:

- ✓ El primer paso: se realizó la lectura necesaria y completa de la transcripción de cada entrevista para obtener una idea general de la información obtenida.
- ✓ El segundo pasó: se seleccionó información eligiendo descriptores, asignando códigos sustantivos, códigos numéricos, y un primer acercamiento al análisis, con elaboración de memos.
- ✓ El tercer paso: se agruparon códigos sustantivos por similitud, esto permitió consolidar y reducir datos estableciendo sub categorías y categorías.

⁴⁴ MORSE, J.M., Field, P.A. (1995). *Qualitative research methods for health profesional* (2°Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage. Citado por: MAYAN, María. Una Introducción a los métodos cualitativos: Modulo de entrenamiento para estudiantes y profesores [en línea]. Traducción al español con nota introductoria de CISNEROS, Cesar. México: Universidad autónoma metropolitana Iztapalapa. 2001, p. 5-8. Disponible en Internet: <http://www.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf>. Consultado: 25/05/2010.

⁴⁵ MAYAN, María. Óp. cit., p. 5-8.

- ✓ El cuarto paso: se realizó la descripción y análisis de las categorías y subcategorías.
- ✓ El quinto paso: se presentó la síntesis de los datos a través de diagramas constituidos por las categorías, subcategorías y los respectivos códigos.
- ✓ Finalmente se plantea un tema producto de esta investigación.

A continuación se presenta un ejemplo de la organización de la información para su análisis:

TABLA 2: MATRIZ DE CODIFICACIÓN

CODIGOS NUMERICOS	CODIGOS SUSTANTIVOS	DESCRPTORES	MEMOS	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
<p>1: Es la participante. 1: Es el numero asignado a la Categoría. 1: Numeración de descriptores.</p>	<p>Proceso de asignación de las palabras más representativas del trozo de la información.</p>	<p>Son las apartes de las entrevistas que sustentan los códigos.</p>	<p>Es la sustentación de cada uno de los códigos, desde la perspectiva del investigador y las notas de campo.</p>	<p>Es un código conceptual representando la información suministrada por los códigos sustantivos agrupados por similitud o disimilitud de contenido.</p>	<p>Son las subdivisiones de las categorías sustentadas en los códigos con sus respectivos descriptores o testimonios.</p>
<p>Ejemplo: 1.1.1</p>	<p>Ejemplo: Todo Bien Presión normal Dolor de cabeza y Presión normal.</p>	<p>Ejemplo: “Todo bien en los primeros meses”. “Siempre en las centrales la presión me salía normal, bien”. “Tenía dolor de cabeza pero la presión normal”.</p>	<p>Ejemplo: Para estas mujeres hincharse y sentir dolor de cabeza, es algo normal, durante el embarazo creen que deben subir de peso, además lucirlo, demostrarlo sintiéndose sanas y conformes.</p>	<p>Ejemplo: El embarazo como un proceso normal.</p>	<p>Ejemplo: Todo parecía normal.</p>

3.6 RIGOR METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Para esta investigación se tuvo en cuenta lo planteado por Castillo y Vásquez (2003) como criterios de evaluación del rigor metodológicos así:

- ✓ **Credibilidad:** Esta investigación tiene resultados verdaderos y reales sustentados en las entrevistas grabadas y transcritas textualmente, y en la objetividad de la investigadora al analizar los datos. Cuando se presentaron dudas sobre el dato que se estaba interpretando se recurrió a las participantes para aclarar la información.
- ✓ **Auditabilidad o Confirmabilidad:** La investigadora fue neutral en la interpretación y análisis de la información: la interpretación de los datos fue conocida por parte de las participantes, quienes estuvieron de acuerdo con estos. Adicionalmente, todo el proceso fue revisado de manera constante y rigurosa por la Directora de la Tesis.
- ✓ **Transferibilidad o Aplicabilidad:** Se describen objetivamente las características de las participantes para ofrecer la posibilidad de extender los resultados a otros estudios o grupos de características similares.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Partiendo del objetivo de la investigación, se procuró no violentar la intimidad de las participantes y el uso de la información es para beneficio de la academia y las mujeres del estudio.

La confidencialidad se protegió de la siguiente manera:

- ✓ La identidad de las participantes no es revelada durante el proceso de recolección de la información, ni en los resultados de la investigación. Por esto se le asignó un código numérico a cada participante.
- ✓ Las grabaciones serán para uso exclusivo de la academia y la investigación.

Riesgo-Beneficio: La presente investigación no presentó riesgo, puesto que no se realizó intervención alguna, ni modificación intencionada de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas, ni sociales de las participantes en la investigación.

Consentimiento informado: La investigadora se cercioró, de manera verbal y escrita, que las participantes comprendieran la información suministrada y las circunstancias sobre su participación en el estudio. Además, las participantes no tuvieron coerciones, manipulaciones o elementos de control externo para participar de forma voluntaria. El consentimiento informado fue renunciabile y cada participante tuvo copia del mismo.

De acuerdo con la Resolución No 008430 de 1993 (4 de Octubre de 1993): título uno, artículo 2, establece que las instituciones que vayan a realizar investigación en humanos, deberán tener un Comité de Ética en Investigación, encargado de resolver todos los asuntos relacionados con el tema. Por tanto, la presente investigación fue evaluada por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, con su respectivo aval en carta fechada 10 de Febrero de 2010.

4. ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 TEMA CENTRAL: TRANSITANDO DESDE LA NORMALIDAD DE LA GESTACIÓN HACIA LA EXPERIENCIA DE LA PREECLAMPSIA.

La Gestación o embarazo, se considera como algo normal, se puede afirmar que casi siempre está acompañado del mejor deseo porque ese fruto de la concepción (hijo o hija) crezca sano y fuerte, para lo cual se hacen esfuerzos alrededor de la salud de las madres y sus hijos.

La salud de las madres y sus hijos son el mejor indicador de desarrollo social de un país; por ello, desde el siglo pasado, en la década de los 80, se conocen programas con actividades especiales dirigidas a la atención materna y perinatal para garantizar la salud. Esto muestra la prioridad que este grupo poblacional, ha tenido en las políticas de la salud pública mundial; sin embargo, la normalidad del embarazo se ve afectada por situaciones como la preeclampsia, que en ocasiones pasa desapercibida para las madres y los proveedores de salud, repercutiendo en una falta de oportunidad en el tratamiento médico y de cuidado de enfermería con las consecuentes repercusiones en la salud de las madres, feto, y recién nacidos.

En el informe sobre la salud del mundo en el año 2005, se hace un análisis de los enfoques y énfasis que han tenido los programa de salud materno infantil y un reconocimiento al progreso técnico de los mismos, evidenciando la necesidad de obtener una cobertura universal y la naturaleza de la prioridad, de tal manera que la salud materno infantil deje de ser una preocupación técnica para convertirse en un imperativo moral y político. Se hace énfasis en la cobertura universal como un derecho otorgado por el estado y hacer más énfasis en los problemas de los recién nacidos⁴⁶. Cabe anotar que la salud del recién nacido depende en gran parte de la salud materna y de la evolución de la gestación.

En la cobertura universal es necesario tener en cuenta la calidad de los servicios que se prestan y en el caso particular, el control prenatal; aunque se ha avanzado bastante en la atención prenatal, se observa un exceso de protocolización y de aplicación de tecnología a veces innecesaria, dejando de lado la comunicación eficiente con la madre y su compañero, la cual es necesaria para evidenciar necesidades de cuidado que pueden pasar desapercibidas.

⁴⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Las madres y los niños son importantes y su salud también [en línea]. En: Informe de la salud del mundo 2005 cada madre y cada niño contarán. Capítulo I. Ginebra, Suiza: WHO. 2005, p. 1-18. Disponible en Internet: http://www.who.int/whr/2005/03_chap1_es.pdf. Consultado: 08/04/2011.

En la presente investigación se evidencia que la experiencia de la preeclampsia es algo inesperado para las gestantes, por considerar que todo lo que se presenta durante el embarazo es normal. Existe desinformación por parte de las gestantes sobre los signos y síntomas de alarma de la enfermedad; de tal manera, que cuando se les diagnostica las gestantes se presentan unas reacciones y finalmente una esperanza ante la realidad. Todo lo anterior debe tenerse en cuenta en el cuidado de enfermería y ser considerado como aporte fundamental para la atención integral durante la etapa prenatal.

A tono con los planteamientos anteriores, las participantes consideran que todo lo que se presenta durante el embarazo es normal, incluyendo presencia de edema y cefalea; además, durante los controles prenatales realizados, la enfermera y/o el médico, les informan sobre la normalidad del crecimiento fetal y de la tensión arterial, reafirmando sus las consideraciones, ello demuestra la necesidad de una mejor y mayor interacción con la gestante que permita identificar sus reales necesidades de cuidado.

Lo anterior se puede lograr incluyendo, en el control prenatal, el cuidado prenatal retomando el concepto que propone Kristen Swanson sobre el cuidado como: "Una forma de relacionarse con otro valorado, hacia quien se siente un sentido personal de compromiso y responsabilidad"⁴⁷.

La teoría del cuidado propuesta por Swanson⁴⁸ contiene 5 procesos que al ser aplicados, permiten brindar un cuidado para el bienestar de las personas.

Estos cinco procesos son:

1. Conocer: se refiere a la lucha o esfuerzo que hace la enfermera para entender lo que significa un evento en la vida del otro. En el caso particular de las gestantes, se puede aplicar durante el cuidado prenatal, cuando la enfermera conoce lo que significa la gestación y su evolución.
2. Estar con: Tiene que ver con "Estar ahí". Es decir con estar emocionalmente abierto a la realidad del otro; demostrando que la experiencia de la gestante, sus sentimientos, creencias y necesidades importan a la enfermera que la cuida.

⁴⁷ SWANSON, Kristen. Empirical development of a middle range theory of caring. *En: Nursing Research*. May / June 1991, vol. 40 no. 3, p. 161-165.

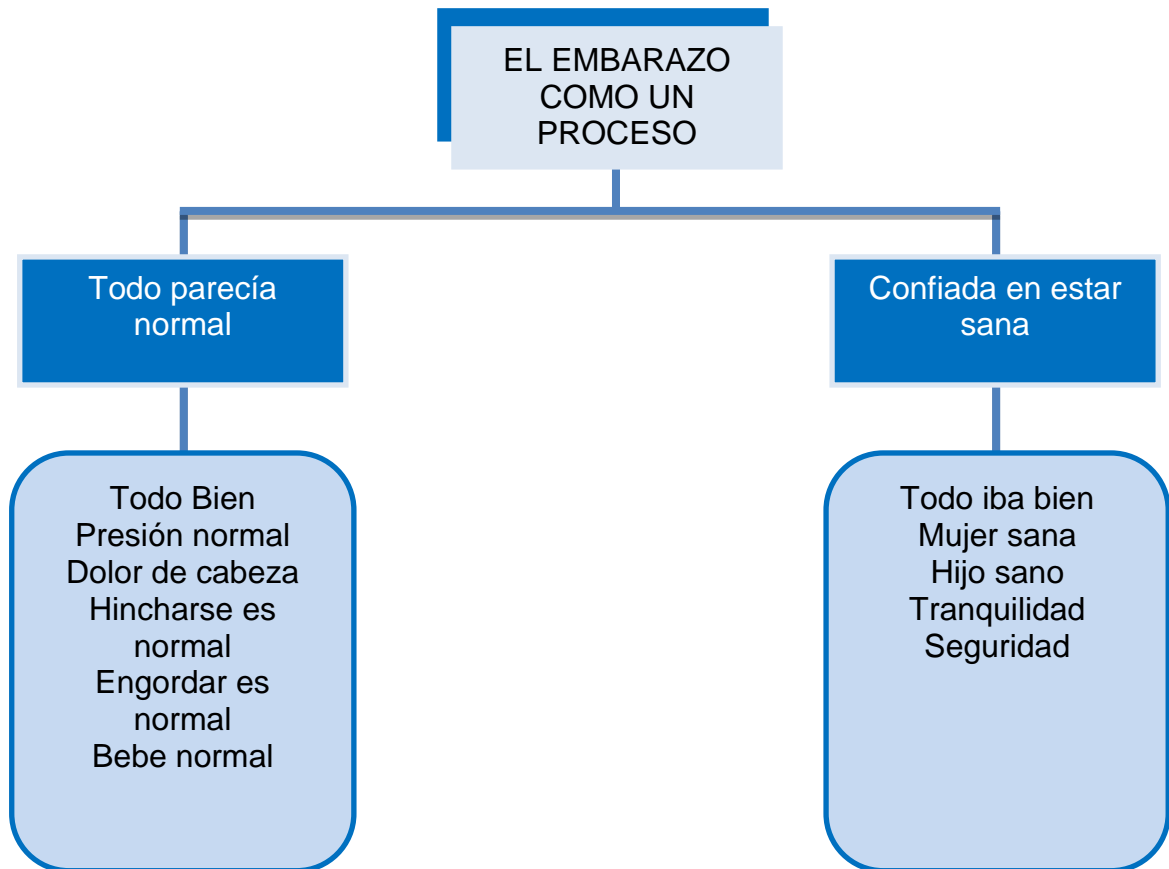
⁴⁸ *Ibíd.*, 161-165

3. Hacer para: Es todo lo que la enfermera haría por la gestante que no podría hacer por si misma porque no sabe o no conoce, para suplir alguna necesidad de ella o para que aprenda a cuidarse.
4. Permitir: Es la utilización de los conocimientos de la enfermera para permitir que la gestante transite por la gestación con la mayor normalidad, con la información suficiente para cuidarse y detectar los signos o síntomas de alarma a tiempo, acudiendo tempranamente al servicio de salud.
5. Mantener la fe o la creencia: Es mantener la fe o capacidad de las gestantes para transitar por la situación de salud, en este caso la preeclampsia, con actitud de esperanza y estima en las madres.

A continuación se describen cada una de las categorías surgidas en esta investigación y contenidas en el tema: *Desde la normalidad del embarazo hacia la experiencia de la preeclampsia.*

- ✓ El embarazo como un proceso normal.
- ✓ Reacciones ante el diagnóstico.
- ✓ Desinformación como parte del proceso.
- ✓ La esperanza ante la realidad.

4.1.1 Categoría 1: el embarazo como un proceso normal



Fuente: Pérez Belia Luisa. Datos obtenidos de la investigación: Significado que las puérperas asignan a la experiencia gestación con preeclampsia. 2009-2011.

La categoría 1 está compuesta por las subcategorías: ***Todo parecía normal*** y ***Confiada en estar sana***.

La subcategoría ***Todo parecía normal*** comprende los siguientes códigos sustantivos y sus correspondientes descriptores:

- ✓ Todo Bien: “Todo bien en los primeros meses”. (1.1.1)
- ✓ Presión normal: “siempre en las centrales la presión me salía normal, bien”, “tenía dolor de cabeza pero la presión normal” (10.1.4), “cuando iba a mis controles, la presión me salía normal”. (1.1.1)

- ✓ Dolor de cabeza: “tenía dolor de cabeza pero la presión normal” (1.1.1)
- ✓ Hincharse es normal: “creía que la hinchazón era normal” (5.1.1), yo estaba hinchada pero creía que todo eso era normal” (8.1.3)
- ✓ Engordar es normal: “Para mí era normal estar gorda”. (5.1.1)
- ✓ Bebe normal: “Él bebe crecía normal y todo iba muy bien. Normal. (10.1.3).

Para estas mujeres hincharse y sentir dolor de cabeza es algo normal durante el embarazo, estas personas creen que deben subir de peso y además lucirlo, demostrarlo, sintiéndose sanas y conformes. Que ellas creen que la “hinchazón es normal” es entendible por el aumento de peso natural que sucede en la gestación; no obstante, llama la atención, que a pesar de que las gestantes están edematizadas y tienen cefaleas, en las “centrales” como ellas se refieren, o los servicios de salud, la tensión salía normal y “todo era normal”.

Estas afirmaciones conducen a reflexionar sobre la normalidad que se promueve durante el embarazo desde tiempos atrás, se divulga cambios propios del embarazo, sin embargo en algunas gestantes, ciertos cambios indican alteración; es preciso que los proveedores de salud, en especial enfermeras (os) promocionen cambios propios durante el embarazo, sean capacitados con información pertinente sobre signos y síntomas de alarma de la gestación y tener presente a cada gestante como ser humano con necesidad de cuidado integral e individual

De la asistencia a sus controles prenatales las participantes resaltan, cuando los valores de las cifras tensionales y el crecimiento del hijo son normales, sintiéndose tranquilas, seguras del progreso de su embarazo. Esta seguridad que sienten las madres cuando saben que el feto tiene “crecimiento normal” y la tensión arterial está normal, posiblemente proviene de la seguridad que ellas reciben de las o los profesionales (médicos o enfermeras) cuando en los controles prenatales les informan que todo va bien.

La subcategoría **Confianza en estar sana** comprende los siguientes códigos sustantivos y sus correspondientes descriptores:

- ✓ Todo iba bien: “Sentía que todo iba bien” (8.1.1).
- ✓ Mujer sana: “Creía que yo era una mujer sana” (8.1.2)

- ✓ Hijo sano: “Creía que podía tener un hijo sano” (8.1.2)
- ✓ Tranquilidad: “Yo estaba tranquila” (8.1.1)
- ✓ Seguridad: “Yo estaba segura que todo lo estaba haciendo bien” (8.1.1).

Las participantes se consideran mujeres sanas y sienten que su proceso de gestación transcurre normal; creen posible tener un hijo sano, lo cual las tranquiliza, les proporciona seguridad, hasta tal punto de llevarlas a estar confiadas de que están saludables, sin contemplar que el embarazo es un proceso que puede generar riesgos. Se puede pensar que la confianza es algo que favorece a las personas, pero esta confianza debe estar soportada también sobre un conocimiento del evento sobre el cual se tiene seguridad. Para evitar que el estar confiada, impida detectar situaciones que en un momento determinado se presentan, como sucede con las participantes del estudio, cuando se refieren en sus testimonios, “estar confiadas de estar sanas.

Es posible que esta confianza que poseen las madres sea también transmitida, desde ellas, al proveedor de salud (médico, enfermera) cuando éstos le preguntan: ¿Cómo se siente? Y la respuesta es: Muy bien doctora o Muy bien doctor. ¿Será que este tipo de respuestas impiden que se indague o se explore más allá, en búsqueda de claves que permitan detectar signos de alarma de preeclampsia?

En Colombia se cuenta con la Guía para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo y la Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo. Éstas establecen que la consulta de primera vez es por medicina general quien elaborará la historia clínica, en la anamnesis gestación actual, debe identificar la aparición de los signos, síntomas de alarma y otros eventos adversos asociados con la gestación; además en el numeral 8.2.6 educación individual a la madre, compañero y familia debe orientar sobre los signos de alarma por los que debe consultar la gestante oportunamente tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales y auditivos, epigastalgia, edemas, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amniorrea o leucorrea, o sintomatología urinaria.

Las consultas de seguimiento y control es el conjunto de actividades realizadas por el médico o el profesional de enfermería en el control prenatal, a la gestante sin factores de riesgo, Identificar la aparición de nuevos síntomas, signos y otros eventos asociados con la gestación, tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales o auditivos, epigastalgia, edemas, disminución marcada o

ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amniorrea o leucorrea, sintomatología urinaria, intolerancia a la vía oral y patrón de sueño alterado.

Las participantes de este estudio, refieren que en sus controles prenatales ellas informaron tener dolor de cabeza, hinchazón, aumento de peso. Estos son signos y síntomas de alarma tal y como la guía y la norma técnica propone que los profesionales de la salud deben identificar durante las consultas y controles.

Entonces es necesario preguntarse, ¿los profesionales interrogan o indagan de tal manera que la gestante comprenda la importancia de identificar dichos signos y síntomas? ¿Los profesionales de la salud conocen el significado de la experiencia que las gestantes tienen sobre: “engordarse es normal, dolor de cabeza pero con presión normal, hincharse es normal, bebé normal”? ¿Qué consideraciones le dan a estas expresiones? ¿Cómo manifiestan la aparición de signos y síntomas?

Una investigación realizada en México por Ma. Luisa Patiño⁴⁹, tuvo como propósito evaluar el cuidado que proporciona la enfermera prenatal hospitalaria a través de la percepción de la usuaria, utilizó un instrumento con preguntas dicotómicas, en dos áreas: técnicas y educativas, muchas de ellas reconocen que las enfermeras les informan sobre identificación de signos y síntomas de problemas en el embarazo y de inicio de trabajo de parto, pero al momento de solicitarles identificarlos sólo algunas lo hicieron. Las usuarias que consiguieron identificar los signos y síntomas, señalaron salida de secreción transvaginal, dolor de cabeza y no movimientos del bebé. Algunos otros signos y síntomas relacionados a preeclampsia como ver lucecitas e inflamación de piernas sólo fueron señaladas en porcentajes bajos.

Los resultados del estudio anterior reflejan la importancia de utilizar instrumentos o formatos que exijan interrogatorios para explorar, indagar, interrogar o buscar la aparición de signos y síntomas de preeclampsia en la gestación, aquellos que permitan hacer de manera oportuna, detección precoz de dicha alteración, y más allá de dar cumplimiento a lo contemplado en guías y normas, el cuidado de enfermería puede hacer del control prenatal un encuentro enriquecedor, mutuamente nutrido, y compartido en donde el interrogatorio se vuelva una conversación, un diálogo entre gestante y enfermera y el control lejos de ser

⁴⁹ PATIÑO MOCTEZUNIA, Ma. Luisa. Evaluación del cuidado de enfermería prenatal hospitalario. Tesis maestría en ciencias de enfermería [en línea]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de enfermería. 2004, 42 p. Disponible en Internet: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149992.pdf>. Consultado: 19/06/2011.

instantes controlados con interrogatorios de rutinas pase a ser verdaderos momentos de cuidado.

La literatura existente sobre atención prenatal comprende normas, guías, protocolos, investigaciones, boletines e informes de distintas organizaciones; los cuales brindan pautas en el deber ser, otras se encargan de validar el cumplimiento de las actividades y reportar indicadores de resultados. Sin embargo, cabe anotar que hace falta literatura precisa para el cuidado prenatal, que desarrolle temas como la manera de indagar desde la misma gestante la aparición de signos y síntomas de alarma durante la gestación.

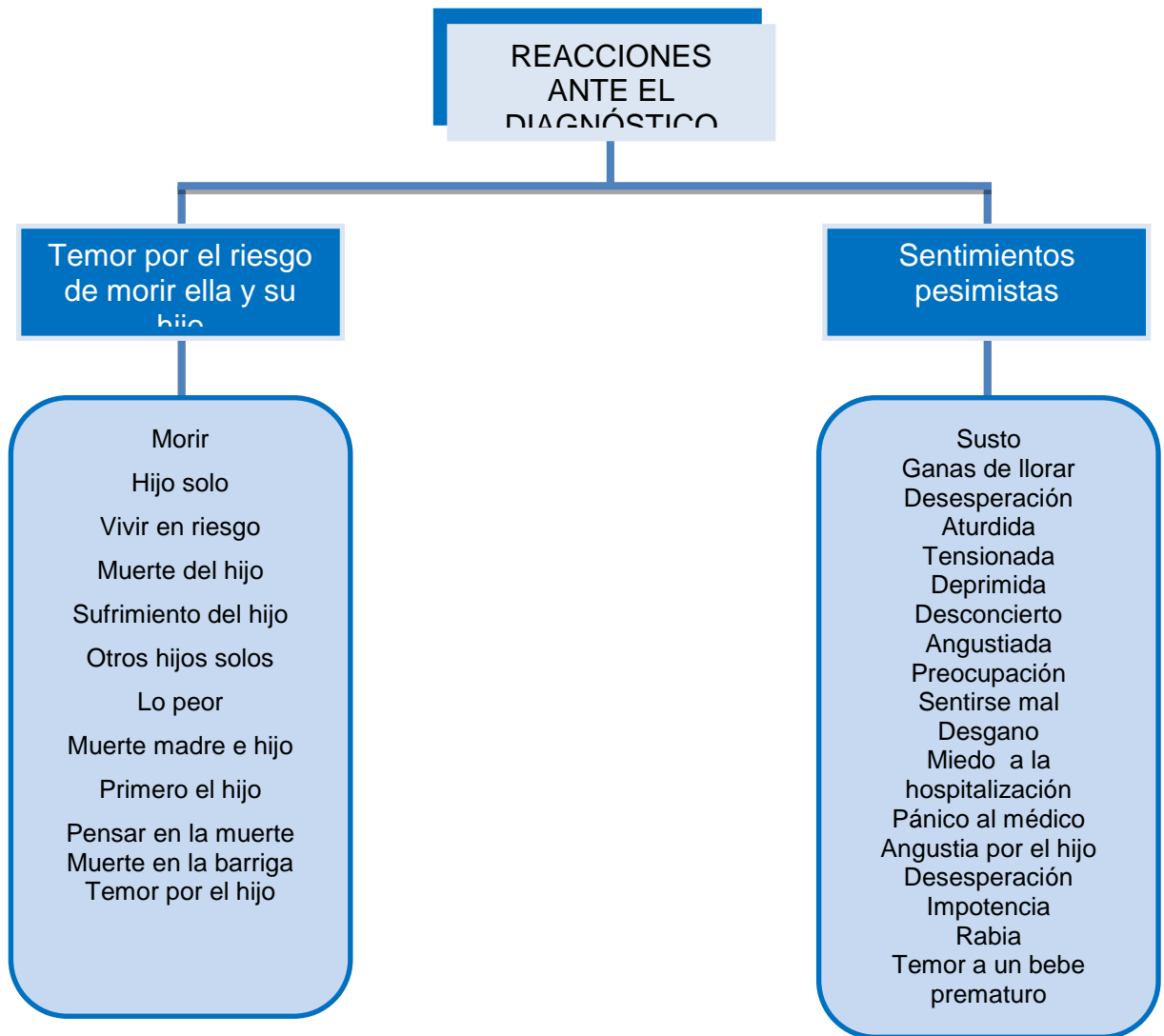
Por otra parte, la buena indagación debe estar inmersa en el cuidado que establece la Enfermera con las gestantes; para ello, se requiere utilizar el “Conocer”, uno de los cinco procesos de cuidado propuestos por Swanson en su teoría *“El cuidado informado para el bienestar de los demás”*⁵⁰. En ella afirma que conocer es esforzarse por entender los eventos en tanto tienen significado en la vida de los otros, involucra evitar suposiciones y centrarse en el que está siendo cuidado, a través, del valorar comprensivamente todos los aspectos de la condición de la gestante y su realidad. Es comprometer la voluntad y la personalidad de la enfermera y la gestante en una transacción de cuidado.

En este sentido, conocer el significado del evento en la vida de las personas, en este caso de las gestantes con preeclampsia, permitirá a la enfermera centrarse en la realidad vivida de la gestante, logrando interpretar a qué se refiere la mujer cuando dicen “sentirse bien” o creen “que están sanas” y que “tienen un hijo sano”. Ante estas expresiones, de acuerdo con Swanson, se requiere un esfuerzo de la enfermera para entender el verdadero significado de lo que expresan las gestantes, analizado a la luz de lo que la enfermera evalúa en la valoración física de la gestante y donde encontrará contrastes entre lo valorado y lo referido por ellas.

Con lo anterior se hace una invitación a que se incluya en el conocer: evitar suposiciones, no sólo basta con aceptar una respuesta de *“todo va bien”*, *“yo estoy tranquila”*. Hay que centrarse en la gestante y valorarla meticulosamente, buscando pistas y lograr un compromiso de la mujer y la enfermera para alcanzar este “Conocer” como lo plantea Swanson.

⁵⁰ SWANSON, Kristen. Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. En: Journal of nursing scholarship. Winter 1993, vol. 25 no. 4, p. 352-357.

4.1.2 Categoría 2: reacciones ante el diagnóstico



Fuente: Pérez Belia Luisa. Datos obtenidos de la investigación: Significado que las puérperas asignan a la experiencia gestación con preeclampsia. 2009-2011.

La Categoría 2, **Reacciones ante el diagnóstico**, contiene siguientes las subcategorías: **Temor por el riesgo de morir ella y su hijo** y **Sentimientos pesimistas**.

La subcategoría **Temor por el riesgo de morir ella y su hijo**, comprende los siguientes códigos sustantivos y sus correspondientes descriptores:

- ✓ Morir: “que me iba a morir, que iba a dejar solo a mi bebecito” (1.2.3); “pensaba también si me muero, mis hijas quedan solitas, o sea, eso es también el temor” (2.2.7); “hombre, yo enseguida pensé, no puede ser, me voy a morir, hay dios mío que hago, lo mío es los vasos sanguíneos, me voy a morir” (6.2.2).
- ✓ Hijo solo: “que me iba a morir, que iba a dejar solo a mi bebecito” (1.2.3).
- ✓ Vivir en riesgo: “la vida de uno está en riesgo, me veo perdida, me puedo morir, él bebe pudiera morir dentro de mí, él estaba sufriendo” (2.2.7).
- ✓ Muerte del hijo: “la vida de uno está en riesgo, me veo perdida, me puedo morir, él bebe pudiera morir dentro de mí, él estaba sufriendo” (2.2.7); “lo peor, que se me muriera mi bebe” (3.2.2); “que la niña se me iba a morir como estaba tan chiquita” (5.2.1); “pensaba que se me iba a morir mi hijo y eso es grande” (9.2.3)
- ✓ Sufrimiento del hijo: “la vida de uno está en riesgo, me veo perdida, me puedo morir, él bebe pudiera morir dentro de mí, él estaba sufriendo” (2.2.7).
- ✓ Otros hijos solos: “pensaba también si me muero, mis hijas quedan solitas, o sea, eso es también el temor” (2.2.7).
- ✓ Lo peor: “lo peor, lo peor, yo decía convulsiono y ya está; que se iba a morir mi bebe o me moriría yo” (3.2.2)
- ✓ Muerte madre e hijo: “yo sabía más o menos lo que podía pasar, podía llegar a la muerte y él bebe también morir” (2.2.7); “lo peor, lo peor, yo decía convulsiono y ya está; que se iba a morir mi bebe o me moriría yo” (3.2.2).
- ✓ Primero el hijo: “que si me llegara a pasar algo, primero era mi hijo, eso no me importaba, primero era mi hijo” (8.2.5).
- ✓ Pensar en la muerte: “ah que me iba a morir, yo eso era lo que pensaba” (9.2.3).
- ✓ Muerte en la barriga: “que se muriera dentro de la barriga” (10.2.6).
- ✓ Temor por el hijo: “temía que me le pasara algo al niño” (10.2.6).

Para las participantes del estudio, el diagnóstico médico es el inicio del camino que las conducirá a ella o su hijo al desenlace fatal o muerte. Al conocer el

trastorno visionan a quien más afectará esta situación, sintiéndose más perturbadas. Asimismo, Las atemoriza el hecho de que les pase algo a sus hijos o que queden solos en el mundo.

Una vez conocen sobre el padecimiento piensan que son acechadas por la muerte, que su vida y la de su hijo se vuelve frágil y vulnerable; pero sobretodo consideran penoso y grave el hecho de que su hijo padezca adversidades desde la vida intrauterina.

Ante estos sentimientos, es apremiante preferir la vida de su hijo a la de ellas sin sentir remordimientos, además, reconocen las premoniciones de la complicación del trastorno, identificando su magnitud y lo devastador que puede ser.

Es de resaltar que en esta subcategoría se aprecia cómo, después de que las madres están seguras que todo es normal y están confiadas de estar sanas, surge una respuesta perturbadora y con una suposición de que la muerte es lo único que acontece posterior al diagnóstico de la preeclampsia. Esta reacción materna generalmente es desconocida por los proveedores de salud, no es etiquetada dentro de los síntomas de la preeclampsia y tampoco tenida en cuenta como tratamiento.

En concordancia con la anterior afirmación surgen los siguientes cuestionamientos:

¿Se podría pensar qué pasa cuando una gestante con preeclampsia, está en su ser, pensando solamente en que ella va a morir y que su hijo también?

¿Será que es necesario explorar sobre esta reacción y atender esta necesidad desde enfermería?

La atención de las gestantes con preeclampsia está muy bien direccionada hacia el tratamiento médico; a pesar de eso, el cuidado de enfermería no es visible en estos casos.

La subcategoría **Sentimientos pesimistas** comprende los siguientes códigos sustantivos y sus correspondientes descriptores:

- ✓ Susto: yo salí, me asuste, sentí ganas de llorar, como desesperación” (1.2.5); “yo siempre me asusto” (6.2.4); “yo me asuste, me dijeron que no me alarmara” (7.2.1); “sentí mucho susto” (3.2.2); “me asuste al principio, se asusta un poquito y a medida que pasa el tiempo se asusta una más y más” (10.2.1); “yo me seguía sintiendo muy asustada” (6.2.4).

- ✓ Ganas de llorar: yo salí, me asuste, sentí ganas de llorar, como desesperación” (1.2.5); “sinceramente yo tenía ganas de llorar” (1.2.1); “se me salieron las lágrimas, aja yo no lo esperaba” (1.2.1); “entonces llore, llore, llore, después me sentí más tranquila” (8.2.2); “pensé que le había pasado algo al bebe y me puse a llorar” (8.2.2); “sí lloraba mucho” (10.2.9); crisis de llanto: “fue una crisis de llanto” (6.2.1); “y ya me vi en el hospital, entonces llore, llore porque a mí no me había gustado estar en esos hospitales” (8.2.3); “le dijeron a mi marido que me iban a salvar a mi desembarzándome, mi marido se puso a llorar” (2.2.5).
- ✓ Desesperación: yo salí, me asuste, sentí ganas de llorar, como desesperación” (1.2.5).
- ✓ Aturdida: “me sentí aturdida, una nunca había presentado eso” (10.2.3)
- ✓ Tensionada: “me sentía tensionada” (10.2.7)
- ✓ Deprimida: “yo lloraba, deprimida, sola en mi cuarto” (3.2.1)
- ✓ Desconcierto: “aja yo no me esperaba eso de preclampsia” (1.2.2)
- ✓ No lo imaginé: “yo no me lo imagine, jamás me lo imaginé” (1.2.2); “no me imaginé nunca que yo iba a tener lo que tenía” (1.2.4); “yo no me lo imagine, jamás me lo imaginé” (1.2.2); “no me imaginé nunca que yo iba a tener lo que tenía” (1.2.4); “no pensé que iban a sacarme la niña” (5.2.2); “siento que todo fue tan inesperado” (8.2.1).
- ✓ Angustiada: “me sentía angustiada, preocupada” (1.2.7)
- ✓ Preocupación: “esto me asustaba y preocupaba” (10.2.5); “me sentía angustiada, preocupada” (1.2.7); “yo sentí un cambio, me preocupaba que eran las dos o tres de la mañana y nada que dormía” (5.2.1); “yo sentí un cambio, me preocupaba que eran las dos o tres de la mañana y nada que dormía” (5.2.1); “no tenía acción de nada, hasta para peinarme me dolía” (2.2.4); “a mí se me quitaron las ganas de todo, de maquillarme”(5.2.2); “estaba muy preocupada, pero muy preocupada” (5.2.2) “primero me preocupe, no dormía, me sentía mal, me veía rara me dolía no sé dónde y eso me preocupaba” (5.2.2); “con miedo y preocupación” (8.2.4)
- ✓ Dolor: “primero me preocupe, no dormía, me sentía mal, me veía rara me dolía no sé dónde y eso me preocupaba” (5.2.2); Me sentí muy mal, tenía rabia, impotencia, algo grande y muy doloroso (8.2.3).
- ✓ Sentirse mal: “primero me preocupe, no dormía, me sentía mal, me veía rara me dolía no sé dónde y eso me preocupaba” (5.2.2); “y dolor que no me

dejaba dormir, no sé dónde me dolía, mejor me dolía todo, no comía, no dormía, no tenía ganas de nada, de vez en cuando me sentía más mal” (5.2.2).

- ✓ Desgano: “y dolor que no me dejaba dormir, no sé dónde me dolía, mejor me dolía todo, no comía, no dormía, no tenía ganas de nada, de vez en cuando me sentía más mal” (5.2.2); “y dolor que no me dejaba dormir, no sé dónde me dolía, mejor me dolía todo, no comía, no dormía, no tenía ganas de nada, de vez en cuando me sentía más mal” (5.2.2).
- ✓ Miedo a la hospitalización: “me impresione un poco cuando me hablaron de hospitalizarme, será que estoy muy mal” (2.2.6); “Me daba miedo ir al hospital” (5.2.5); “Sentía mucho miedo, mucho miedo, miedo por el niño, ansiedad por su bajo peso” (10.2.6); “Era miedo, yo pensé que le había pasado algo al bebe” (10.2.6); “o sea no sé si era miedo, pensé que me rajarían” (5.2.4) “me da miedo, quiero más tiempo para mi bebe, todavía le falta tiempo” (9.2.5); “sentí miedo porque no tenía 30 semanas” (9.2.5).
- ✓ Pánico al médico: “me daba pánico ir al médico” (5.2.5)
- ✓ Angustia por el hijo: “me sentía angustiada pensé que iba a ser un niño con problemas” (6.2.1)
- ✓ Desesperación: “pero me sentía con esa angustia y esa desesperación, de esta no me salvo” (10.2.3)
- ✓ Impotencia: me sentí muy mal, tenía rabia, impotencia, algo grande y muy doloroso (8.2.3).
- ✓ Rabia: me sentí muy mal, tenía rabia, impotencia, algo grande y muy doloroso (8.2.3).
- ✓ Temor a un bebe prematuro: “él bebe no tenía el tiempo, aún faltaba mucho, él bebe va a ser prematuro y no va a estar bien” (9.2.5)
- ✓ Tristeza: “me sentía triste y lloraba” (4.2.2); “sentía tristeza, yo esperaba la venida de mi bebe para acariciarlo, aun no lo puedo hacer, eso me entristece” (10.2.9); “él está triste porque no tiene al bebe” (2.2.8)
- ✓ Sufrimiento de seres queridos: “que los seres queridos de uno sufre al verlo a uno sufrir con la enfermedad” (2.2.8)
- ✓ Desembarazarme para salvarme: “le dijeron a mi marido que me iban a salvar a mi desembarazándome, mi marido se puso a llorar” (2.2.5)

Cuando se les informa el diagnóstico de la preeclampsia, las participantes expresan sorpresa, como algo inesperado, que nunca pensaron les pudiera suceder; presentan una serie de sentimientos pesimistas, viene el susto como algo propio, y según ellas, aumenta en la medida que pasa el tiempo. También, el llanto se presenta como respuesta, se llora por el hijo por nacer, por estar hospitalizadas, por su esposo, etc.

Simultáneamente, hay una preocupación que les impide dormir y está acompañada de miedo, con impotencia de poder solucionar esta situación, hay rabia, tensión. Se expresan del diagnóstico, con menosprecio, como algo indiferente, como si no quisieran saber que éste las afecta. Las asombra y consideran inimaginable padecer el trastorno, pues no están preparadas para sufrir durante el embarazo, para ellas el embarazo es un estado esperado, libre de alteraciones y sin riesgos.

El llanto, la desesperación y la preocupación; son respuestas inmediatas pero persisten, sobre todo, cuando ellas perciben el riesgo que presenta la vida de ellas y la de su hijo, las alarma que cada día se agreguen situaciones adversas en las que ellas creen que no pueden solucionar, controlar, aumentándose así el temor y susto porque su hijo soporte calamidades.

El llanto no sólo es una expresión o manifestación, ellas lo convierte en un aliado, ante lo que experimentan, cuando conocen el diagnóstico y el tratamiento al que deben ser sometidas. Con el llanto afloran inquietudes, perturbaciones, expresan gustos o disgustos referentes al momento que viven.

También se sienten tensionadas, para algunas es nueva la experiencia del embarazo y las manifestaciones de la preeclampsia se le hacen más extrañas, sintiéndose aturdidas, pero sobre este sentimiento es poco lo que expresan, se empeñan en describir los cambios que sienten en su organismo.

Sienten temor con la indicación de hospitalización, ven en las medidas terapéuticas, en especial la internación, un motivo más de preocupación, porque las aleja de su contexto y entorno familiar.

Unas de las participantes se deprimen, se refugian en su melancolía logrando tranquilizarse, estar serenas y dispuestas a sobrellevar el proceso. Para estas mujeres es desconcertante conocer el diagnóstico.

Aprecian un cambio en su estado de salud, sin identificar qué es, qué pasa, entonces se preocupan más, aumenta la angustia, no pueden conciliar el sueño y al enterarse que padecen la preeclampsia confrontan ese cambio antes percibido con su estado de salud actual, intentan asimilar las manifestaciones que su cuerpo presenta. Centran su atención en el bienestar del hijo, les surgen interrogantes tales como ¿mi hijo sufre? ¿Estará bien?; ellas valoran el bienestar del hijo,

atendiendo cada movimiento que sienten de él, para ellas sentir o no sentir movimientos del hijo, puede representar seguridad, confianza y ser una señal que fortalece el vínculo madre e hijo; pero al mismo tiempo, puede representar zozobra, inquietud, amenaza o aviso de sufrimiento de él, un indicador de que algo no está bien.

Ellas pierden las ganas de realizar actividades de la vida diaria como: comer, caminar, dormir, maquillarse, porque se sienten mal, preocupadas, desganadas y el dolor que presentan se convierte en un síntoma dominante y confuso que impide satisfacer sus necesidades.

Además, identifican un déficit en su autocuidado, esto hace que se cuestionen sobre su bienestar o salud, agudizan sus sentidos para autovalorar el proceso de gestación y el resultado llega a dominar su pensamiento, con miedo, temor, angustia y sin ánimo, porque se sienten enfermas y adoloridas.

Ellas esperan que su gestación complete el tiempo normal, saben que la edad gestacional es significativa en la evaluación del crecimiento y desarrollo de su hijo. Por ello se sienten afligidas y apesadumbradas, al presentir que se desvanece la esperanza de estar con su hijo, de consentirlo, acariciarlo y mimarlo.

Al conocer el diagnóstico y el tratamiento, ellas y sus familiares sufren. Les entenece la empatía de su compañero y las conmueve la solidaridad de sus familiares.

Por otra parte, al revisar sobre los signos y síntomas de la preeclampsia, los sentimientos no están etiquetados, lo cual hace pensar en la necesidad de tener en cuenta a las personas a quienes se atiende como seres humanos que requieren de consideración y aprecio cuando se brinda el cuidado por parte de enfermería. Igual que en la subcategoría anterior se identifica una necesidad de cuidado de enfermería.

La guía de atención para las complicaciones hipertensivas asociadas con el embarazo tiene como objetivo general diagnosticar y controlar oportunamente las complicaciones hipertensivas del embarazo, orientar el tratamiento adecuado y referir al nivel de mayor complejidad cuando se requiera, para salvar la vida de la madre y su hijo. Aclara que las instituciones responsables del control prenatal y atención del parto, deben tener capacidad resolutoria y un equipo de salud capacitado para brindar atención humanizada y de calidad a todas las mujeres que

presenten cualquier complicación hipertensiva durante su embarazo o parto, o que estén en riesgo de presentarlo⁵¹.

Estas guías indican también que las instituciones deben establecer actividades, procedimientos e intervenciones; es decir, basados en basadas las guías básicas mínimas, el equipo de salud debe brindar a la madre, su pareja y su familia, además de la atención profesional eficiente, apoyo psicológico, consejería y trato amable, prudente y respetuoso. Esto les permitirá tener tranquilidad y seguridad durante el tratamiento de la complicación hipertensiva.

Aunque las enfermeras(os) conocen y cumplen estas guías, ajustan protocolos a guías, y elaboran planes de cuidados personalizados en donde contemplan que hacer y cómo hacer ante el evento fisiopatológico de gestación con preeclampsia; omiten contemplar las reacciones ante el diagnóstico, antes descritas, y brindan atención considerada como prioritaria, con énfasis en lo físico y lo técnico. Las reacciones ante el diagnóstico expresadas por las gestantes del estudio sólo son conocidas, y compartidas por sus familias, quienes las escuchan y apoyan.

Desde el conocimiento empírico de la disciplina de enfermería se sabe que las alteraciones de las mujeres con preeclampsia, son reales y generan ansiedad, miedo, temor, angustia. Sin embargo reconocen como tratamiento adecuado y completo, el dirigido a tratar los signos y síntomas fisiológicos, orgánicos. Ante esto surgen interrogantes, acerca de lo que se requiere en el control prenatal, para que el cuidado de enfermería sea visible considerando a la gestante como ser humano integral, en donde tengan igual valor los sentimientos y los signos y síntomas desde lo fisiológico.

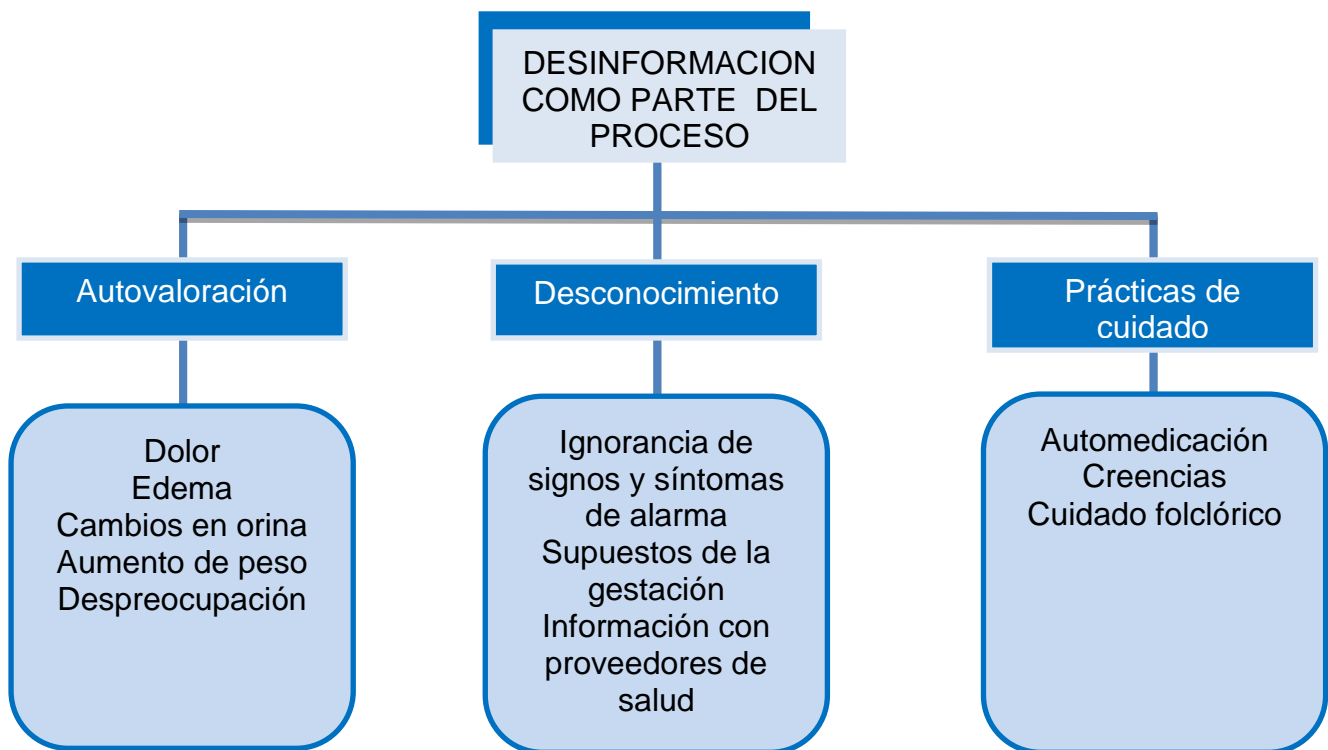
En consecuencia, teniendo en cuenta los resultados del presente estudio, si las enfermeras de todos los niveles de complejidad conocen las reacciones que las gestantes tienen cuando se enteran del diagnóstico de la preeclampsia, sería útil aplicar las siguientes herramientas: en el nivel de baja complejidad, hacer control prenatal sería tener encuentros para compartir sentimientos alegres o dolorosos sumado a la valoración meticulosa; en el nivel de mediana y alta complejidad, el cuidado de enfermería prenatal comprendería vigilar, controlar y aliviar las manifestaciones clínicas, además la enfermera mostrará capacidad de escucha, actitud de compartir temores y sentimientos pesimistas que experimenta la gestante, proporcionara confort y bienestar logrando que ellas perciban que sus

⁵¹ COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social: programa de apoyo a la reforma de salud-PARS, Universidad Nacional de Colombia: Instituto de salud pública. Guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo. Guía 14. Óp. cit., 228-271.

manifestaciones físicas, psicológicas y emocionales son importantes y atendidas por las enfermeras (os).

Es necesario recordar que en la práctica profesional la enfermería puede liderar el cuidado a gestantes con preeclampsia atendiendo el proceso de cuidado “Estar” con que propone Swanson, en el cual la enfermera (o) más que entender la plegaria de la gestante con preeclampsia, está emocionalmente abierta a la realidad que experimentan cuando sienten temor por el riesgo de morir ella y su hijo, susto, desesperación, impotencia y otros sentimientos pesimistas.

4.1.3 Categoría 3: desinformación como parte del proceso



Fuente: Pérez Belia Luisa. Datos obtenidos de la investigación: Significado que las puérperas asignan a la experiencia gestación con preeclampsia. 2009-2011.

La Categoría 3: **Desinformación como parte del proceso**, contiene las subcategorías: **Autovaloración**, **Desconocimiento** y **Prácticas de cuidado**.

La subcategoría **Autovaloración** comprende los siguientes códigos sustantivos y sus correspondientes descriptores:

- ✓ Dolor: “no sé dónde me dolía, mejor me dolía todo, no comía, no dormía, no tenía ganas de nada, de vez en cuando me sentía más mal” (5.3.1); “a mí se me quitaron las ganas de todo” (5.3.5); “se me hinchaban los pies que me dolían hasta para caminar” (5.3.4); “Me venían dando dolores de cabeza” (7.3.3); “esos cólicos tan fuertes, quería revolcarme, cogermela la barriga, apretármela” (7.3.3); “me corrían unas corrientes por la espalda que me dejaban muda” (7.3.3); “yo estaba sola con mi dolor” (7.3.6); “no le di importancia al dolor, para mí yo podía esperar un ratito” (4.3.4); “Pero yo lo único que tenía era un poco de dolor de cabeza y veía cocuyitos plateados así alrededor pero del resto más nada” (9.3.3); “Desde la noche tenía el dolor y me dormí no debí hacer eso” (4.3.2); “tenía dolor en el estómago desde la noche anterior y me confió” (4.3.3).
- ✓ Edema: “lo mío era hinchazón y orinando oscuro” (5.3.2); “se me hinchaban los pies que me dolían hasta para caminar” (5.3.4); “fui al puesto de salud a ver más por la hinchazón y me encontraron la presión alta” (10.3.2).
- ✓ Cambios en orina: “lo mío era hinchazón y orinando oscuro” (5.3.2); “mi orín era negro, una cosa extraña”. (5.3.6); “yo lo único que veía era que orinaba más de lo normal, una noche que estaba comiendo y dije mami me orine me corrió por las piernas, era líquido amniótico, fue una cantidad mínima” (7.3.6).
- ✓ Aumento de peso: “subí de peso, no creí que fuera tan importante” (9.3.4).
- ✓ Despreocupación: “la verdad el dolor no me preocupaba, pues para mí estaba tan lejos del bebe y además, él se estaba moviendo” (4.3.5); “no se me ocurría que estábamos en riesgo” (8.3.1); “yo decía que para que tanto ir al médico si yo me sentía bien” (7.3.9); “pero de que yo tenía un riesgo con mi barriga no nunca pensé” (8.3.2); “me daban la cita por nutrición pero no fui, yo no creí que fuera tan importante” (9.3.5); “yo no tenía mucho en cuenta mi presión sino era que él bebe estaba bien” (10.3.3).

El dolor es uno de los síntomas que las participantes manifiestan, sin poder darle una ubicación precisa, siendo generalizado hasta tal punto que les impide realizar alguna actividad. Es así como lo refieren las gestantes, debido al desgano que este les produce, perdiendo interés por las cosas que las rodean, incluso por ellas mismas. Hay dolor al caminar, por la hinchazón de los pies, dolor abdominal, tipo cólico fuerte y creen que lo pueden aliviar con su propio cuerpo cogiéndose o apretándose el abdomen; establecen una relación de cercanía o lejanía entre el sitio del dolor y el útero donde está su hijo, creen que entre más lejos esté el dolor menos lo afectará y no hay razón para preocuparse.

Algunas de ellas en ocasiones se encuentran solas y afligidas por el dolor, añoran estar acompañadas, pues la soledad las agobia y las hace sentir más afectadas. El dolor lumbar referido como “corrientazos en la espalda”, las deja perplejas.

La cefalea es considerada como “un poco de dolor de cabeza” asociado con “ver cocuyitos plateados”, pero a pesar de todo, ellas consideran que pueden esperar un poquito más; el dolor de cabeza o de estómago no las alarma, creen que estos pueden ser pasajeros o parte de lo que deben sentir durante el embarazo.

El edema, es descrito como una “hinchazón”, acompañada de cambios en la orina, dolor para caminar y de presión “altica”, la “hinchazón como ellas llaman, al edema, es un motivo para acudir al “puesto de salud”, considerándolo como el principal signo para el diagnóstico médico.

Los cambios en la orina se caracterizan por presentar color oscuro, “algo extraño” orinar en mayor cantidad y con más frecuencia. La mayor cantidad de orina y la alta frecuencia de ésta, es confundida con la salida de líquido amniótico.

El aumento de peso, como algo normal durante la gestación, no ocasiona preocupación cuando éste sobrepasa los límites de la normalidad. Lo refieren como algo que no consideran importante. El aumento de peso no tiene límites, consideran necesario subir de peso sin importar cuánto y cómo.

De manera general se puede decir que estas mujeres sienten que se deteriora el funcionamiento de su organismo, no comen, no duermen, descuidan su imagen, no se bañan; se sienten desganadas y adoloridas sin poder decir o ubicar con precisión dónde o qué les duele.

Descubren las alteraciones en su organismo y reconocen que estas les impiden realizar actividades de la vida diaria, se sienten mal, raras, adoloridas, hinchadas, piensan que orinar de color negro no es normal, esto para ellas es insólito o increíble.

Ellas establecen límites de tiempo, cantidad, a los signos y síntomas, le restan importancia al expresarlos en diminutivos matizando su sentido como: “yo lo único”, “ver cocuyitos”, “presión altica”, “cantidad mínima”.

Presentar dolor y ver cocuyitos plateados, lo valoran como signos de alarma, parecen ser inocuos; además, creen que presentar un solo síntoma no es determinante, entonces podríamos preguntarnos ¿de qué manera indagamos sobre la presencia de signos y síntomas de alarma durante el control prenatal? o ¿se hacen entrevistas con preguntas exhaustivas que permitan obtener información acerca de la presencia de signos y síntomas?

Sentir los movimientos de su hijo les ofrece seguridad, estos son garantes de su vitalidad y bienestar, haciéndolas sentir seguras y confiadas, de tal manera que son ellas quienes deciden la frecuencia para asistir al control prenatal y sobre el cumplimiento o no de las citas con el equipo interdisciplinario de salud.

La subcategoría **Desconocimiento** comprende los siguientes códigos sustantivos y sus correspondientes descriptores:

- ✓ Ignorancia de signos y síntomas de alarma: “no me daba cuenta que estaba perdiendo liquido” (7.3.5); “a mí me daba mucho dolor de cabeza yo decía que era la temperatura” (10.3.4); “como si tuviera un aire aquí en la boca del estómago, es como un aire, como si cargara algo pesado, a raíz de esto se dio todo” (4.3.1); “yo no sentía nada” (6.3.1); “la gente me decía que estaba hinchada, pero yo no me veía así” (7.3.2); “como una no se puede palpar, no sabe si esta hinchada” (7.3.4); “mi presión estaba normal a pesar de estar hinchada” (10.3.2); “yo sé que estaba hinchada pero creía que era normal” (8.3.4); “tenía sueño, dormía mucho y estaba hinchada, no le di importancia, creía que era normal”(7.3.5); “tenía sueño, dormía mucho y estaba hinchada, no le di importancia, creía que era normal”.(7.3.5); “en el puesto de salud me encontraban alta la tensión pero yo no sentía nada”.(10.3.3); “tenía dolor en la boca del estómago y creía que no era nada, tomaba loratadina” (4.3.3); “el dolor de barriga, yo pensé que era de un mango que comí” (7.3.8); mi hija menor me dijo “oye mami tú tienes los ojos verdes”, y mi marido me dijo “tienes la vista como gente que le da hepatitis” (5.3.7).
- ✓ Supuestos de la gestación: “nunca pensé que tenía algo grave” (7.3.3); “el dolor de cabeza supuestamente es malo cuando uno está embarazada”(1.3.1); “supuestamente contracciones no la vi así, para mí era el mango”.(7.3.1); “no, nunca pensé que él bebe tuviera que ver con mis dolores o hinchazón” (8.3.2); “es que yo no decía que era algo del bebe” (7.3.3); “para mí no tenía nada que ver con él bebe” (7.3.6); “uno quiere pensar que él está bien, me hacia la idea que él bebe estaba bien” (7.3.7); “nunca pensé de que iba a tener un bebe que no fuera por completo sano” (8.3.5); “él bebe crecía normal y todo iba muy bien” (10.3.5).

- ✓ Información con proveedores de salud: “en el primer embarazo tuve pero no me controlé” (9.3.1); “en los controles me decían que la presión era normal” (9.3.2); “a mí nunca me explicaron, yo no sabía que él bebe estaba bajito de peso por mí, por mi presión” (10.3.6); “yo no sabía nada de su crecimiento, me enteré de un momento a otro que estaba bajito de peso.”(10.3.4).

De acuerdo con lo anterior, los signos de alarma como: salida de líquido por genitales, dolor de cabeza y epigastralgia; son ignorados y valorados como hechos aislados o relacionado con situaciones del contexto, como el clima. Las creencias, justifican su aparición y sólo cuando el trastorno empeora, reconocen que su cuerpo les hablaba, les indicaba que están enfermas.

A pesar de que los signos y síntomas son evidentes, ellas desconocen, subvaloran sobre estos, las manifestaciones que tienen les parecen normales, si otras personas les alertan sobre los síntomas, ellas no los reconocen. En algunos casos se auto medican y no le dan importancia a los síntomas.

La valoración de los signos y síntomas está acompañada, de unos supuestos que las madres tienen sobre su gestación y el hijo por nacer, donde ellas están seguras que el hijo evoluciona bien y de que él no es causa de la situación que está presentando y menos aún que él se pueda afectar.

Confunden las contracciones uterinas con respuesta fisiológicas, por ingesta de alimentos y suponen que ésta es la causa de sus molestias.

Para ellas es desconcertante conocer la estrecha relación que existe entre el funcionamiento de su organismo y el de su hijo y cómo lo que a ella le altera repercute en el bienestar de su hijo.

El presentar dolor de cabeza o cualquier dolor, hinchazón y presión alta hace parte del funcionamiento fisiológico en la gestación. Piensan que estas manifestaciones son propias del proceso, creen que deben excluir a su hijo salvaguardándolo de hacerlo culpable de las alteraciones que presentan, por tanto es desconcertante conocer los cambios poco favorables en el crecimiento y desarrollo de su hijo; ellas esperan que su hijo nazca sano, saludable.

Llama la atención que en el centro de salud les encuentran la tensión alta pero no reconocen orientación al respecto y continúan con igual desconocimiento. La comunicación con los proveedores de salud es débil en lo que compete a la detección de signos y síntomas de alarma.

Refieren que en la atención que reciben durante el control les informan que todo va bien, todo está normal; la asesoría que reciben sobre la evolución de su estado de salud y de su hijo cuando están hospitalizadas no siempre la comprenden y se impresionan ante las alteraciones que puedan presentar.

Informan que durante los controles prenatales no siempre las instruyen acerca de los cambios propios del proceso de gestación, signos de alarma, no tienen en cuenta los antecedentes obstétricos y pocas veces les comunican sobre los resultados de tamizajes y medios diagnósticos que les realizan. Reciben información de estos cuando el trastorno se hace evidente en ellas y en su hijo.

Los familiares de estas mujeres, vigilan los cambios que ellas presentan en su cuerpo, son avizores de detalles o particularidades que ellos asocian con enfermedades para alertarlas.

Ante esta realidad evidenciada, surge de nuevo el interrogante sobre la calidad de los controles prenatales y la necesidad de establecer un cuidado prenatal que tenga en cuenta una comunicación asertiva con las gestantes que identifique las necesidades de ellas y les ayude a su cuidado, para transitar con bienestar por el evento de la gestación.

La subcategoría **Prácticas de cuidado** comprende los siguientes códigos sustantivos y sus correspondientes descriptores:

- ✓ Automedicación: “a mí me daba mucho dolor de cabeza, me tomaba acetaminofén, una no me servía y tomaba 2, pensaba que era la temperatura” (10.3.1); “tengo la presión alta pensé que con una pastilla se me iba a calmar y listo” (7.3.1).
- ✓ Creencias: “el temor mío era que supuestamente esas pastillas deforman la criatura y por eso yo no las seguí tomando y yo me sentía bien” (9.3.6).

- ✓ Cuidado folclórico: “a veces me sentía un fogaje, calor en todo el cuerpo y metía los pies en agua con hielo y me normalizaba” (9.3.7).

Las prácticas de cuidado surgen especialmente de la desconfianza que las madres sienten a los medicamentos ordenados, prefieren automedicarse y utilizar su conocimiento genérico para darse cuidado folclórico, es decir, el adquirido por tradición.

Para ellas los medicamentos prescritos son más perjudiciales para la salud de su hijo que para el beneficio de ellas, piensan que causan deformidad en su hijo y creen que no es necesario cumplir el tratamiento, puesto que ellas se sienten bien. Para estas mujeres la presión alta y el dolor de cabeza son síntomas habituales que ellas acostumbran a tratar con medicamentos de venta libre, ellas deciden que dosis de medicamento tomar, creen conocer el efecto de éste, esperando que sea beneficioso.

Ellas tienen sus formas o maneras de cuidarse ante las manifestaciones la preeclampsia, una vez los identifican buscan métodos que dependiendo del contexto y creencias, les proporcionará bienestar y alivio.

Sentir fogaje o calor las incomoda, las perturba, esto las lleva a realizar prácticas de cuidado como meter los pies en agua con hielo buscando alivio y normalidad.

La norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo (hace parte de la RESOLUCION NUMERO 00412 DE 2000) durante la identificación e inscripción de la gestante al control prenatal propone que el profesional de la salud debe informar a la mujer y al compañero, acerca de la importancia de éste, su periodicidad y características. En este momento es preciso brindar orientación, trato amable, prudente y respetuoso, responder a las dudas e informar sobre cada uno de los procedimientos que se realizaran, en un lenguaje sencillo y apropiado que proporcione tranquilidad y seguridad⁵². Basado en lo anterior la guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas con el embarazo recomienda que durante la atención prenatal el equipo de salud debe brindar a la madre, su pareja y su familia, además de la atención profesional eficiente, apoyo psicológico, consejería⁵³.

⁵² COLOMBIA. Ministerio de Salud. Identificación e inscripción de las gestantes en el control prenatal [en línea]. En: Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Numeral 5.1, p. 6. Disponible en Internet: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/08-deteccion.pdf>. Consultado: 23/06/2011.

En los testimonios de las gestantes hay carencia de información y educación acerca del proceso de gestación, signos y síntomas de alarma y desconocen la alteración que padecen, ellas revelan formas de cuidarse y de ser cuidadas poco coherentes con las propuestas en la norma y guía de atención; son ellas las que se autovaloran, alejándose de la posibilidad de detectar signos y síntomas de alarma, que conduzcan a hacer diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, y sobretodo evitar las consecuencias de deterioro de la preeclampsia, en la salud de las madres y sus hijos por nacer.

Ante esto, es válido reflexionar sobre la calidad de los controles prenatales, la interacción que se ejerce entre el proveedor de salud y gestante, la calidad de los cursos de preparación para la maternidad, con los cuales se esperaría lograr un autocuidado por parte de las gestantes de tal manera que los signos y síntomas de alarma sean valorados por ella, compañeros y su familia, de manera certera y oportuna.

Una de las prácticas de cuidado utilizadas por las gestantes de este estudio es la automedicación, éste fenómeno ha sido estudiado ampliamente, la Organización Mundial de la Salud en 1991 promovió un estudio sobre la utilización de fármacos durante la gestación en 22 países de 4 continentes y encontró que el 86% de las gestantes recibían un promedio de 2.9 prescripciones, con un rango de 1 a 15 y no incluía los fármacos de venta libre⁵⁴, esto podría explicar el fenómeno de la automedicación como una práctica de cuidado de las gestantes en general, pero para las gestantes con preeclampsia podría ser considerado una práctica aún más peligrosa, puesto que ellas refieren mejoría momentánea del malestar y se ven obligadas a realizar prácticas de cuidado folclóricas que también generan alivio pasajero de los síntomas, alejándolas cada vez más del cuidado profesional.

En una revisión de la literatura se halló un estudio realizado por Amy Harris⁵⁵, en esta se hace referencia a que los proveedores de salud habitualmente indagan sobre la detección de trastornos de la alimentación en la evaluación inicial de todas las pacientes prenatales nuevas y durante todo el embarazo de la mujer, afirman que los niveles de comodidad podrían aumentar al identificar síntomas o

⁵³ COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social: programa de apoyo a la reforma de salud-PARS, Universidad Nacional de Colombia: Instituto de salud pública. Guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo. Guía 14. Óp. cit., p. 228.

⁵⁴ SOSA, Leonardo. Farmacoterapia durante el embarazo. En: Arch Med Interna. 2009, vol. 31 no. 4, p. 87-92.

⁵⁵ HARRIS, Amy A. Practical advice for caring for women with eating disorders during the perinatal period. November/December 2010, vol. 55 no. 6, p. 579-586.

conductas que resultarán nocivas para la salud, es decir, amplían o profundizan en la búsqueda de todo lo que podría afectar negativamente a la gestante con trastornos alimenticios, estas conductas nocivas o factores de riesgo podrían ser modificados antes y durante el embarazo por las gestantes mediante el asesoramiento, educación y apoyo que los enfermeros deben ofrecer en el cuidado prenatal.

Este estudio muestra una inventiva que podría ser útil para que el profesional de enfermería, indague y valore de manera exhaustiva e integral a las gestantes, en especial, a aquellas que han presentado algún signo de alarma.

El estudio “*Errores o equivocaciones por acción u omisión en acciones de promoción y prevención dirigidas a gestantes en Manizales*”⁵⁶ arrojó resultados que reportaron inasistencia a actividades propias del programa, automedicación y escaso cumplimiento de recomendaciones para el autocuidado por parte de las usuarias, por parte de los profesionales se resaltan falta de interrogatorio, mal empleo del examen físico, como la subvaloración o escasa valoración del problema a prevenir, no seguimiento a las inasistentes, escasas explicaciones durante el control, utilización de términos desconocidos en la consulta o control, énfasis en la condición actual. Además plantean que uno de los factores es la falta de retroalimentación, considerando ésta como barrera relacionada con los profesionales, identificada por los usuarios como la no explicación, información insuficiente, no información de signos de alarma en el embarazo, no informar sobre la importancia de asistir al programa de preparación para el parto, las gestantes catalogan la información recibida en algunos casos como angustiante, complicada y contradictoria.

Las participantes del presente estudio, cuando perciben cambios en su cuerpo, se autovaloran y justifican cada uno de los hallazgos, subvaloran los signos y síntomas, minimizan las alteraciones, o las alivian con prácticas de cuidado propias, ellas confían, esperan y creen tener una gestación libre de alteraciones. Los controles prenatales según lo expresado por las participantes, son encuentros centrados en actividades de rutina, carentes de información y educación dirigida a la prevención de las complicaciones de la preeclampsia. Refieren que los proveedores de salud informan acerca del autocuidado, y recalcan en el estado de salud, sólo después que conocen el diagnóstico de preeclampsia.

⁵⁶ VÉLEZ, Consuelo; GÓMEZ, Diana y GONZÁLEZ, María. Errores o equivocaciones por acción u omisión en acciones de promoción y prevención dirigidas a gestantes en Manizales, 2007 [en línea]. En: Hacia la promoción de la salud. enero – diciembre 2008, vol. 13, p. 61–76. Disponible en Internet: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista13_4.pdf. Consultado: 14/05/2011.

Los resultados referenciados muestran puntos de partida para la búsqueda de medidas que fortalezcan la práctica profesional libre de errores o equivocaciones, los profesionales de enfermería pueden brindar cuidado a las gestantes de manera substancial, en especial, a las gestantes con preeclampsia. La gestación es una etapa transitoria en la vida de la mujer, si bien se considera un proceso con modificaciones fisiológicas y psicológicas, ampliamente estudiado, no deja de ser un evento desconocido para las mujeres; por lo tanto amerita educación, orientación y acompañamiento por parte de los proveedores de salud, y de la comunidad en general.

Los proveedores de salud, en especial para los profesionales de enfermería es importante considerar que las gestantes con alteraciones merecen un cuidado de compromiso mutuo, permanente orientación, en especial cuidado de enfermería fortalecido.

Dicho cuidado se puede apoyar en el proceso de cuidado “Permitir”, propuesto por Kristen Swanson. Este proceso requiere que la enfermera utilice sus conocimientos para informar, explicar y apoyar a las gestantes; esto con el propósito de fortalecer el autocuidado en la gestante con preeclampsia⁵⁷.

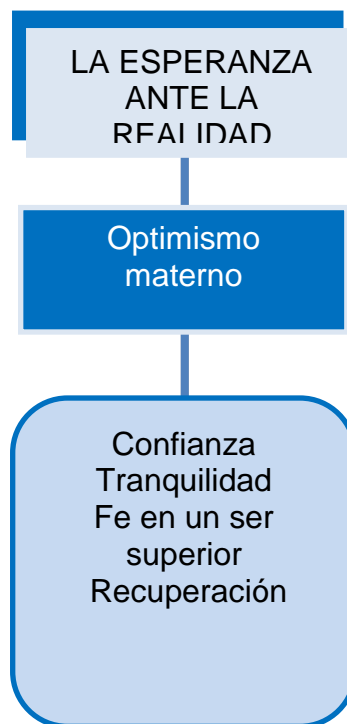
Con el proceso de cuidado “Permitir”, la gestante se puede empoderar de su bienestar. Las enfermeras pueden orientar autovaloraciones escrupulosas que permitan detección temprana de alteraciones, reconocimiento de signos y síntomas de alarma, de tal manera que cada manifestación que su cuerpo le muestra sea apreciada como un evento desconocido que debe ser informado y validado por los profesionales de enfermería.

El cuidado de enfermería apoyado en el proceso “Permitir” orientaría a las gestantes con preeclampsia a tener prácticas de cuidado saludables, con este se brinda retroalimentación permanente con herramientas que influyan en el bienestar de la madre, hijo y familia.

Para las gestantes con preeclampsia el proceso de cuidado “Permitir” convertirá las preocupaciones, en instrumentos de actuación para la toma de decisiones en su autocuidado con capacidad de realizar las actividades necesarias para su recuperación.

⁵⁷ MARRINER, Ann y RAILE, Martha. Modelos y teorías en enfermería. 6a. ed. Madrid, España: Elsevier science. 2007, 850 p.

4.1.4 Categoría 4: la esperanza ante la realidad



Fuente: Pérez Belia Luisa. Datos obtenidos de la investigación: Significado que las puérperas asignan a la experiencia gestación con preeclampsia. 2009-2011.

La esperanza ante la realidad, es una categoría construida por una sub categoría denominada **Optimismo materno**, y por los códigos: **Confianza, Tranquilidad, Fe en un ser superior y Recuperación**.

- ✓ **Confianza:** “yo le dije a mi esposo (que se puso a llorar), no te pongas así, no te preocupes, que a ella no le va pasar nada, así lo sentía dentro de mí” (2.4.1), “mi corazón de madre me dice lo que va a pasar y estoy tranquila, ella estará bien” (5.4.1), “no está como esos bebés que nacen ya desarrollados, pero ella es especial y se va a pegar” (5.4.1), “entendí que mi hijo estaba así por mí, por lo de la presión, pero que además habían otras cosas por las cuales él podía ser pequeño, pero que él puede ser normal” (10.4.2)
- ✓ **Tranquilidad:** “tu hijo puede ser normal y yo me sentí más tranquila, relajada” (10.4.1)
- ✓ **Fe en un ser superior:** “y tenía esa fe, que a ella no le iba a pasar nada” (2.4.1), “tengo fe en dios que no me va salir enfermizo” (9.4.1).

- ✓ **Recuperación:** “no quería encontrarla con tubos en la boca, cuando llegue me dijeron que estaba evolucionando bien” (7.4.1), “bajo de peso, bastante delgadita pero está recuperándose, va pa` arriba” (7.4.2), “estaba respirando bien, con oxígeno para no forzarla” (7.4.3), “ si, esperaba que las cosas mejoraran , que él bebe estuviera bien” (8.4.1), “ahí lo tengo está muy sanito, estamos esperando subir, aumentar el peso” (9.4.2).

La Fe en un ser superior, en Dios, es algo que también fortalece a estas y les ayuda a su optimismo y esperanza. Después que reconocen el trastorno y saben de las alteraciones que su hijo puede tener, ellas fortalecen su vínculo con el ser supremo, y confían en que él permitirá tener un hijo sano.

La experiencia de padecer preeclampsia en la gestación es percibida por las madres del estudio como una adversidad; pero ante esto, ellas mantienen la esperanza de que todo vaya a salir bien y son optimistas, lo cual les permite motivar y transmitir esperanzas a sus familiares.

La confianza que ellas mantienen sobre el futuro de su hijo, surge de la creencia en el propio hijo, de ellas sentirse bien y decir que están tranquilas, ser optimistas y evitar pensamientos negativos, lo cual les permite motivar a sus compañeros para que ellos también confíen en que todo va a salir bien.

Reconocen que ver al hijo en el contexto hospitalario conectado a tubos, sondas y aparatos les impacta y es doloroso, pero ellas creen en el beneficio que estos aparatos y tratamientos les pueden proporcionar.

Otras aceptan que comparten las alteraciones con su hijo, por lo tanto al estar ellas alteradas piensan que su hijo va a sufrir, no va a estar bien o no va a ser normal, pero confían que superada o tratada la enfermedad, ellas y sobre todo su hijo estarán bien.

Cuando tienen a su hijo y lo pueden tocar y alzar, comprenden la importancia de ser pacientes, esperar el tiempo que éste necesita para obtener el peso adecuado.

Cuando estas mujeres enfrentan la delicada situación de salud de sus hijos, se ilusionan, se crean expectativas y mantienen la esperanza en que ellos superen la adversidad confiando en que llegarán a ser normales.

La Tranquilidad es dada también por la información del personal de salud, lo cual les ayuda a estas madres a relajarse como ellas mismas lo expresan.

Finalmente, la recuperación es la respuesta a la esperanza que han mantenido estas madres, quienes esperan, cuando llegan a visitar a sus hijos, que estos ya no estén entubados y que las noticias del personal de salud sean alentadoras. No importa que el niño o la niña estén con bajo peso, pues su confianza es tal que ellas esperan y confían en la capacidad de sus hijos para aumentar de peso.

Las participantes de este estudio reconocen que la preeclampsia es una situación confusa, una experiencia dinámica que las hace sentir alteradas, afanadas ante lo inesperado del curso y tratamiento de la enfermedad, pero dentro de esta situación, ellas están tranquilas, confiadas y tienen fe en un ser superior que les permitirá obtener el bienestar de ella y su hijo, al igual que lo reportado en un artículo sobre Sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo embarazo- puerperio que sobrevivieron a una morbosidad materna grave, donde las mujeres entrevistadas experimentaron ansiedad y preocupación pero ante esto se percibe en sus relatos, el alivio por el control de la situación, la alegría de vivir y el importante papel de la creencia religiosa en la superación de los problemas⁵⁸.

La esperanza ante la realidad surge en los discursos de las participantes, porque, mientras sus estado físico muestra no ser el mejor, sienten necesario aferrarse a un ser supremo para la espera de que se cumplan sus deseos de buenos resultados. Ese optimismo les confiere confianza, seguridad, atribuyen a Dios su recuperación o haber superado el problema de salud, y están a la espera de ver consolidado el deseo de tener a sus hijos con ellas.

Para ellas el optimismo es necesario para complementar el tratamiento o terapéutica. No obstante la dimensión espiritual y las conductas religiosas son excluidas de las guías de atención, no hacen parte de las normas técnicas, tampoco contempladas en los protocolos de atención. Es de aclarar que las participantes, reconocen que han experimentado una transición de la vida en las que mantener la fe, creer en ese ser supremo y aferrarse permitirá obtener resultados esperados.

⁵⁸ PINHO, Ana P; PAMPLONA, Vera L. y Garcia, CRISTINA M. Sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo embarazo-puerperio que sobrevivieron a una morbosidad materna grave. En: Rev. Latino-Am. Enfermagem. nov.-dec. 2010, vol. 18 no. 6, p. 1-8.

En sus discursos, se percibe que la fe, las prácticas religiosas, les ayuda a mantener la esperanza y les fortalece, propiciando la lucha para dar continuidad y enfrentar las dificultades. Muchas veces, el llamado al restablecimiento de la salud por medio de aspectos religiosos, sucede no sólo con relación al problema de la salud, también en varios sentidos, dimensiones de la vida humana que no están disociados de la salud, como aspectos psicológicos, sociales y culturales, entre otros.

La gestación con preeclampsia también es un tiempo de espera cargado de situaciones muchas veces contrarias a las ideales, que exigen escoger, decidir o definir en la adversidad, este estudio revela la necesidades de cuidado de enfermería que las gestantes con preeclampsia tienen para entender los resultados favorables o desfavorables, por tanto, es necesario mantener sentimientos de esperanza, creer en ellas mismas, creer en su hijo, tener confianza, y transmitir estos sentimientos a los compañeros y familias.

Las participantes del estudio establecen poca relación entre mantener la esperanza, sus creencias religiosas y la atención que reciben por parte de los proveedores de salud. No establecen relación entre el profesional de la salud y sus sentimientos de esperanza, creencias y prácticas religiosas, el optimismo materno se percibe como fundamentado sólo por ellas y compartido con sus familiares.

Con respecto a lo referido, es necesario revisar los reclamos que hacen las participantes, de ser cuidadas integralmente, contemplando dimensiones que fortalezcan el mantenimiento de la fe y la creencia en sus capacidades para la recuperación.

Las respuesta a dichos reclamos puede ser con cuidado de enfermería fundamentado en el proceso de cuidado “Mantener la creencia y sostener la fe”, planteado por Swanson, su aplicación conduciría a relaciones personales entre enfermera y gestante con preeclampsia, fundamentada en la estima, confianza y en creer en las capacidades de las gestantes para afrontar la experiencia de enfermar.

Este proceso de cuidado permite a enfermeras (os) sostener la fe en la capacidad del otro de salir adelante a través de un hecho o transición, en gestantes con preclampsia, enfermería apreciara el optimismo materno, la fe en un ser superior, la confianza, la tranquilidad y, especialmente, el aporte de ellas para su recuperación y la de su hijo.

El Proceso Mantener la Fe y Sostener la creencia estimula en la enfermera la capacidad de creer en que las gestantes con preeclampsia transitaran por una experiencia de enfermedad con repercusiones, orgánicas, emocionales, sociales, políticas con optimismo, creyendo en un ser superior y confiando en la recuperación.

Mantener la creencia podría ser la herramienta que aproxime gestionar cuidado de enfermería creativo, incluyente, participativo aglutinador de lo científico y lo humano, con este proceso la relación enfermera – gestante con preeclampsia hará parte del rigor terapéutico necesario para el abordaje de la preeclampsia.

El cuidado prenatal a gestantes con preeclampsia debe centrarse en educar gestantes y familia, prepararlas para el futuro no sólo desde las complicaciones fisiológicas, orgánicas o físicas sino reforzarles la capacidad de creer en ellas para afrontar la experiencia de la enfermedad visionando los desenlaces posibles generados por el transitar de una gestación normal a una gestación con preeclampsia.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

El significado que las puérperas le asignan a una gestación con preeclampsia está enmarcado en el tema central de esta investigación: *Transitar desde la normalidad de la gestación hacia la experiencia de la preeclampsia*. Este significado, en el tema, contiene cuatro categorías: “El embarazo como un proceso normal”, “Reacciones ante el diagnóstico”, “Desinformación parte del proceso” “La esperanza ante la realidad”.

1. Las puérperas de este estudio consideran el “embarazo como un proceso normal”, de tal manera que los signos y síntomas que presentan cuando tienen la preeclampsia, son percibidos por ellas como normales y como parte del proceso natural de la gestación. De esta manera, es que se sienten sanas, seguras y confiadas. Así lo manifiestan a los profesionales que hacen los controles prenatales quienes a su vez, en ocasiones lo confirman.
2. Las mujeres, de este estudio reaccionan ante el diagnóstico de preeclampsia con temor por el riesgo de morir ella y su hijo, con sentimientos pesimistas. Para ellas la preeclampsia antecede a la muerte, surgiendo los sentimientos perturbadores, generalmente, ignorados por los proveedores de la salud.
3. La desinformación, manifestada por las participantes de este estudio, está inmersa en el tránsito que las mujeres hacen de considerar siempre, la gestación como un proceso normal hasta la preeclampsia. Es así como la autovaloración que ellas hacen es reveladora de la enfermedad, pero el desconocimiento de los signos y síntomas de alarma, las conduce a tener prácticas de cuidado apaciguadoras, paliativas y alejadas del tratamiento médico y del cuidado de enfermería.
4. A pesar de las experiencias adversas con la preeclampsia, manifestadas por las participantes, ellas se convierten en la principal fortaleza y fuente de esperanza, de tal manera que “el padecimiento” es una oportunidad para fortalecer la fe, mantener la creencia en un ser supremo y llenarse de optimismo para la recuperación de ella y su hijo.
5. Se reconoce la utilidad de las guías y normas técnicas de la atención materna, para la detección precoz y tratamiento oportuno de la preeclampsia; sin embargo, en esta investigación se evidencia la necesidad de incluir en estas guías y normas técnicas, orientaciones complementarias para el cuidado de enfermería, teniendo en cuenta los resultados de esta investigación.

5.2 RECOMENDACIONES E IMPLICACIONES PARA ENFERMERÍA

1. Presentar los resultados de esta investigación, ante las instancias directivas de la Secretaría de Salud del Departamento de Bolívar y del Distrito de Cartagena, con el fin de motivarlos para incluir una propuesta de cuidado de enfermería complementaria al control prenatal y a la atención médica de la mujer diagnosticada con preeclampsia.
2. Socializar en congresos y seminarios nacionales e internacionales de enfermería y otras disciplinas del área de la salud.
3. Incluir en la enseñanza del cuidado de enfermería materno perinatal, los resultados de esta investigación con estrategias de su aplicación en la práctica de enfermería.
4. Realizar investigaciones de intervención de cuidado de enfermería tomando los resultados de esta investigación para mostrar los efectos beneficiosos en variables de bienestar de las mujeres con preeclampsia o con factores de riesgo para la preeclampsia.
5. Los resultados de este estudio revelan la necesidad de ahondar en el conocimiento propio de enfermería; las categorías y subcategorías surgidas son un llamado a los profesionales de enfermería a hacer visible y sensible el cuidado, los cinco procesos de cuidado propuestos por Kristen Swanson podrían fundamentar el cuidado integral a gestantes con preeclampsia, así:
 - a) El cuidado de enfermería materno perinatal debe aplicar el conocimiento evitando suposiciones, indagando desde la misma gestantes qué y cómo experimenta el proceso de gestación, con el **“Conocer”**, enfermera y gestante retroalimentan los signos, síntomas, reacciones y sentimientos.
 - b) El proceso **“Estar con”** ayudará a profesionales de enfermería a comprender, etiquetar e incluir en planes de cuidado las reacciones que las gestantes sienten una vez se enteran del diagnóstico.
 - c) El cuidado de enfermería materno perinatal será oportuno, eficaz, pertinente y congruente, aplicando el proceso **“Permitir o posibilitar”**, se orientara y guiara a gestantes, familias y comunidad en valoraciones meticulosas, prácticas de cuidados beneficiosas, manteniendo la retroalimentación.
 - d) Para **“Mantener la creencia y sostener la fe”** el profesional de enfermería debe ser sensible para cuidar, debe creer, obtener, mantener o ganar de nuevo significado en la experiencia de salud o enfermedad que tienen las

gestantes, las enfermeras deben tener en cuenta el optimismo materno, y fortalecer la confianza de la gestante para la recuperación.

Por último, el concertar cita para entrevistar participantes que tenían su hijo en Unidad de Cuidados Intensivos y el difícil acceso a domicilios de algunas participantes se consideran limitaciones del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

BERNAL, María Carmen; MUÑOZ, Lucy y RUIZ, Carmen. Significado de sí y de su hijo por nacer en gestantes desplazadas. En: Rev. Aquichan. 2008, vol. 8 no. 1, p. 6.

BONILLA, Elsy y RODRÍGUEZ, Penélope. Más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales. 3a. ed. Bogotá: Uniandes Grupo Editorial Norma. 1997, p.146-190.

CARARACH RAMONEDA, Vicenc. y BOTET MUSSONS, Francesc. Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP [en línea]. Barcelona: Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia. Hospital Clínic de Barcelona. 2008, 6 p. Disponible en Internet: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_1.pdf. Consultado: 10/09/2011.

CASTILLA, María; CASTRILLO, Carmen y ZAPATA, María. Conocimiento y práctica del personal de enfermería sobre síndrome hipertensivo gestacional, en el servicio de ginecoobstetricia, hospital Asunción Juigalpa, enero – junio 2004. Tesis de Maestría en Enfermería Clínica Avanzada. Juigalpa, Chontales: Universidad Politécnica de Nicaragua. Septiembre, 2004.

CASTILLO, Edelmira y VÁSQUEZ, Martha. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. En: Colombia Médica. 2003, vol. 34 no. 3, p. 165, 166.

COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social: programa de apoyo a la reforma de salud-PARS, Universidad Nacional de Colombia: Instituto de salud pública. Guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo. Guía 14 [en línea]. En: Guías de Promoción de la salud y prevención de enfermedades en Salud Pública. Bogotá Colombia, Mayo 2007, p. 228-271. Disponible en Internet: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias14.pdf> SBN: 978-958-98220-0-5. Consultado: 23/09/2009.

COLOMBIA. Ministerio de Salud. Identificación e inscripción de las gestantes en el control prenatal [en línea]. En: Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Numeral 5.1, p. 6. Disponible en Internet: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/08-deteccion.pdf>. Consultado: 23/06/2011.

COLOMBIA. Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [en línea]. Bogotá-Colombia: 1993. Disponible en internet: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-af4374bb7.pdf. Consultado: 11/09/2010.

COLOMBIA. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Guía de manejo del síndrome hipertensivo del embarazo. Bogotá, D. C: Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog). 2002, p. 4.

DIAZ, Luis y SERRANO, Norma. Oportunidades de investigación en preeclampsia desde la perspectiva de prevención primaria [en línea]. En: Revista colombiana de obstetricia y ginecología. 2008, vol. 59 no. 8, p. 206-215. Disponible en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1952/195214332005.pdf>. Consultada: 09/08/2011.

GIRALDO, Dora. El significado del cuidado en el parto. En: Rev. Avances en enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2007, vol. 25 no. 1, p.115–121.

GUERRA De CASTILLO, Carmen y VASQUEZ, Martha Lucia. El cuidado de sí de la embarazada diabética como una vía para asegurar un hijo sano [en línea]. En: Rev. Texto & contexto Enfermagen. Universidad Federal de Santa Catarina. 2006, vol. 15 no. 1, p. 74-81. Disponible en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71415109.pdf>. Consultado: 10/10/2009.

HARRIS, Amy A. Practical advice for caring for women with eating disorders during the perinatal period. November/December 2010, vol. 55 no. 6, p. 579-586.

LEININGER, Madeleine. Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method. In: Culture care diversity and universality. Chapter one. 2th ed. Canadá: Jones and Bartlett Publisher. 2006, p. 1-41.

MARQUINA, María y BRACHO, Cira. El significado del aborto para la adolescente que ha vivido la experiencia. En: Cultura de los cuidados. 2007, no. 22, p. 16-25.

MARRINER, Ann y RAILE, Martha. Modelos y teorías en enfermería. 6a. ed. Madrid, España: Elsevier science. 2007, 850 p.

MAYAN, María. Una Introducción a los métodos cualitativos: Modulo de entrenamiento para estudiantes y profesores [en línea]. Traducción al español con nota introductoria de CISNEROS, Cesar. México: Universidad autónoma metropolitana Iztapalapa. 2001, p. 5-8. Disponible en Internet: <http://www.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf>. Consultado: 25/05/2010.

MORENO, Laura. Reflexiones sobre el trayecto salud- padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socio antropológica [en línea]. En: Salud pública de México. Enero-febrero de 2007, vol. 49 no.1, p. 63-70. Disponible en Internet: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49n1/a09v49n1.pdf>. Consultada: 22/03/2009.

MUÑOZ De RODRÍGUEZ, Lucy. La investigación cualitativa en el área de la salud. Documento preparado para fines docentes. Bogotá: Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. 2005.

MUÑOZ De RODRÍGUEZ, Lucy y VÁSQUEZ, Martha. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger [en línea]. En: Colombia médica. 2007, vol. 38 Supl. 2, 98-104 p102. Disponible en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28309811>. Consultado: 14/07/2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Las madres y los niños son importantes y su salud también [en línea]. En: Informe de la salud del mundo 2005 cada madre y cada niño contarán. Capítulo I. Ginebra, Suiza: WHO. 2005, p. 1-18. Disponible en Internet: http://www.who.int/whr/2005/03_chap1_es.pdf. Consultado: 08/04/2011.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Lineamientos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe [en línea]. Washington, D.C: OPS. 2004, 50 p. Disponible en Internet: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/WM/PrenatalcareManualesp.pdf> ISBN 92 7 532557 X. Consultado: 17/07/2011.

PARRADO, Yaneth y CARO, Clara. Significado, un conocimiento para la práctica de enfermería [en línea]. En: Av. enferm. 2008, vol. 26 no. 2, p. 116-125. Disponible en Internet: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi2_13.pdf. Consultada: 09/04/2009.

PATIÑO MOCTEZUNIA, Ma. Luisa. Evaluación del cuidado de enfermería prenatal hospitalario. Tesis maestría en ciencias de enfermería [en línea]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de enfermería. 2004, 42 p. Disponible en Internet: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149992.pdf>. Consultado: 19/06/2011.

PINHO, Ana P; PAMPLONA, Vera L. y García, CRISTINA M. Sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo embarazo-puerperio que sobrevivieron a una morbosidad materna grave. En: Rev. Latino-Am. Enfermagem. nov. - dec. 2010, vol. 18 no. 6, p. 1-8.

RIZZO, Rosemary; COYNE, Barbara and SMITH, Mary. Nursing research. Qualitative methods. Virginia: Brady Publisher. 1995, p. 91.

RUIZ De CÁRDENAS, Carmen H. y MUÑOZ De RODRÍGUEZ, Lucy. Cuidado de enfermería materno perinatal en su rol asistencial, gerencial, docente e investigativo. En: Cuidado y práctica de enfermería. Capítulo 2. 1a. ed. Bogotá: editorial Universidad Nacional de Colombia. Grupo de cuidado facultad de enfermería, sede Bogotá. 2000, p. 136.

SALAZAR, Juan; TRIANA, Juan y PRIETO, Franklyn. Caracterización de los trastornos hipertensivos del embarazo en Villavicencio- Colombia. En: Rev. colomb. obstet. ginecol. dic. 2004, vol. 55 no. 4, p. 279-286.

SALVADOR MOYSÉN, Jaime et al. Situación psicosocial de las adolescentes y toxemias del embarazo [en línea]. En: Rev. Salud Pública. México, marzo-abril de 2000, vol. 42 no. 2, p. 99-105. Disponible en Internet: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n2/2377.pdf>. Consultado: 06/09/2009.

SÁNCHEZ PADRÓN, Alfredo et al. Enfermedad hipertensiva del embarazo en terapia intensiva. En: Rev. Cubana Obstet Ginecolol. 2004, vol. 30 no. 2

Disponible en Internet: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin06204.htm.
Consultado: 17/08/2009

SÁNCHEZ, Sixto E. Epidemiología de la preeclampsia . En: Rev Per Ginecol Obstet. 2006, vol. 52 no. 4, p. 213-218.

SANDOVAL, Carlos. Investigación cualitativa. Bogotá: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, Icfes. 1996, p. 136.

SCHÜTZ, Alfred. La fenomenología de Alfred Schütz y la teoría del significado [en línea]. En: Blog: sociolorock. 4 de septiembre de 2005. Disponible en Internet: <http://sociolorock.blogspot.com/search?q=a+fenomenolog%C3%ADa+de+Alfred+Sch%C3%BCtz+y+la+teor%C3%ADa+del+significado>. Consultado: 17/08/2009.

SEGURANYES G, Gloria. Enfermería Maternal. España: Elsevier. 2003, p. 251.
SOSA, Leonardo. Farmacoterapia durante el embarazo. En: Arch Med interna. 2009, vol. 31 no. 4, p. 87-92.

SOTO, Virginia Inés y DURAN DE VILLALOBOS, María Mercedes. Experiencias y vivencias del embarazo en adolescentes explicadas desde lo social. En: Avances enfermería. 2008, vol. 26 no. 2, p. 98-106.

SUÁREZ, Sebastián y PUERTAS, Milagro. Vivencias de la mujer embarazada con hipertensión arterial. Estudio de caso [en línea]. En: Biblioteca Lascasas. 2008, vol. 4 no. 4, p. 1-6. Disponible en Internet: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0364.php>. Consultado: 10/10/2009.

SWANSON, Kristen. Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. In: Journal of nursing scholarship. Winter 1993, vol. 25 no. 4, p. 352-357.

_____. Empirical Development Of a Middle Range Theory of Caring. En: Nursing Research. May / June 1991, vol. 40 no. 3, p. 161-165.

VALVERDE, Clara. Enfermería centrada en los significados del paciente: la importancia de la filosofía para enfermería [en línea]. En: Norte de salud mental. 2007, no. 28, p. 8-15. Disponible en Internet:

http://www.ome-aen.org/NORTE/28/NORTE_28_030_8-15.pdf. Consultada: 15/09/2009

VÉLEZ, Consuelo; GÓMEZ, Diana y GONZÁLEZ, María. Errores o equivocaciones por acción u omisión en acciones de promoción y prevención dirigidas a gestantes en Manizales, 2007 [en línea]. En: Hacia la promoción de la salud. Enero – diciembre 2008, vol. 13, p. 61–76. Disponible en Internet: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista13_4.pdf. Consultado: 14/05/2011.

VILLAQUIRÁN De GONZÁLEZ, María; PAREDES De ORTIZ, Lyda y MAZUERA SALINAS, Noralba. Cuidado de enfermería durante la gestación y el parto de bajo riesgo [en línea]. Consultado en Internet: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0020.php>. Consultado: 16/06/2011.

ZAMBRANO PLATA, Gloria. Fundamentos teóricos y prácticos del cuidado de la salud materna y perinatal durante la etapa gestacional. En: Rev. Ciencia y cuidado. 2009, vol. 3 no. 3, p. 43-52.

ANEXOS

Anexo 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS MUJERES QUE PARTICIPARON EN LA INVESTIGACIÓN “SIGNIFICADO QUE LAS PUÉRPERAS ASIGNAN A LA EXPERIENCIA DE GESTACIÓN CON PREECLAMPSIA”

Mediante este documento expresa su interés de participar en la investigación: **“significado que las puérperas asignan a la experiencia de gestación con preeclampsia”**, cuyo objetivo es describir el significado que las puérperas le asignan a la experiencia gestación con preeclampsia. Esta investigación se adelantará en Cartagena Bolívar.

Es importante que usted conozca el interés que tienen las enfermeras en cuidar la salud de las mujeres embarazadas, durante el proceso de parto y después del parto (puerperio). Este cuidado debe trascender lo orgánico, es decir, no solo se debe cuidar lo físico, también se debe tener en cuenta que la preeclampsia es un trastorno hipertensivo que afecta a las gestantes en lo psico-afectivo en gran medida. Se hace necesario saber qué sienten las puérperas, qué piensan y qué es lo que les preocupa cuando presentan sintomatología de trastornos hipertensivos para así hacer del cuidado de enfermería un cuidado más integral y óptimo.

Además este documento da indicaciones y observaciones acerca de su participación en la investigación como son:

- ✓ La decisión de participar o no en el estudio la toma usted, es decir, su participación en la investigación es voluntaria.
- ✓ Usted puede abstenerse a participar en ella sin que esto le acarree algún efecto negativo a usted o a su familia.
- ✓ Usted puede retirarse de la Investigación cuando considere.
- ✓ Si acepta participar, usted será entrevistada varias veces en su casa, estas entrevistas serán grabadas y transcritas para ser analizadas una por una y posteriormente identificar cuál es el significado que las puérperas asignan a la experiencia de trastornos hipertensivos durante su gestación.
- ✓ Los nombres de usted nunca serán revelados; su identidad será completamente confidencial.

- ✓ Es posible que durante la entrevista, usted se sienta incómoda tanto con las preguntas como con la investigadora. Usted puede solicitar que finalice la entrevista en el momento que crea conveniente, puede decidir que preguntas responde o no.
- ✓ La información que se obtenga de esta investigación y el informe final, se le dará a conocer en el momento que usted lo solicite.
- ✓ La información que usted proporcione sólo será utilizada para los propósitos de la investigación.
- ✓ Algunos datos serán usados para enseñar a estudiantes de enfermería. Sin embargo, se mantendrá la confidencialidad ya mencionada.
- ✓ Los gastos de esta investigación, serán cubiertos por el presupuesto de la investigación.
- ✓ La investigadora principal BELIA LUISA PEREZ HERRERA quien ha recibido un entrenamiento previo para desarrollar la entrevista, las realizará en varias oportunidades a la misma puérpera, hasta que ya no haya más información nueva.
- ✓ Si usted tiene alguna pregunta puede contactarse conmigo, mi nombre es Belia Luisa Pérez Herrera y mis teléfonos son 317 439 5933 – 300 294 4219.

A continuación usted debe indicar si acepta participar en la investigación, y además afirma que tiene conocimiento y claridad de lo relacionado con este estudio, por favor firme el siguiente documento

Acepto participar en la investigación “SIGNIFICADO QUE LAS PUÉRPERAS ASIGNAN A LA EXPERIENCIA DE GESTACIÓN CON PREECLAMPSIA”, y entiendo las condiciones indicadas en la orientación descrita en la presente carta.

Firma de la Participante

Firma de la Investigadora

Fecha:

