



**Vivencias de las Madres Relacionadas con la Educación Maternal
Recibida por Enfermería:**

**En un Curso de Preparación para la Maternidad en una Unidad de
Atención Primaria en Salud en la ciudad de Tunja - Colombia**

**PRESENTADO POR:
OLGA ROCÍO MÁRQUEZ MORENO
Cód. 16004488 – 7692**

**ASESORA:
MARIA CLARA TOVAR PhD**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
MAGISTER EN ENFERMERÍA
CON ÉNFASIS EN EL CUIDADO MATERNO INFANTIL
ABRIL, 2019**

Agradecimientos

A Dios por su Gracia, Bendición y la oportunidad de vivir esta experiencia, rodeándome de personas tan especiales.

A mi esposo e hijas por apoyarme, animarme y brindarme su voto de confianza que fue mi mayor motivación.

A mi madre porque nunca ha dudado de mis capacidades y su presencia es siempre un respaldo.

A mi asesora la Dra. María Clara Tovar por acompañarme en esta linda etapa, renovar mis sueños, aspiraciones y despertar en mí con su quehacer diario, un profundo cariño, admiración y respeto.

A las maternas participantes de esta investigación quienes con afectuosidad confiaron sus vivencias y contaron su sentir.

A la Institución que nos abrió puertas y confió en la valía y seriedad de este estudio.

“La educación es el encendido de una llama,
no el llenado de un recipiente.”

Sócrates

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado 1

Jurado 2

Jurado 3

Santiago de Cali, abril de 2019

CONTENIDO

	Pág.
Resumen	1
Introducción	3
1. Planteamiento de la investigación	5
1.1. Planteamiento del problema	5
1.2. Definición del problema	6
1.3. Justificación	6
1.4. Antecedentes	7
1.5. Pregunta de investigación	12
1.6. Propósito	12
2. Objetivos	13
2.1. Objetivo General	13
2.2. Objetivos Específicos	13
3. Marco Teórico y Conceptual	14
3.1. Antecedentes de la Educación Maternal	14
3.2. Teorías en Educación	16
3.3. Tecnologías de Información y Comunicación	18
3.4. Teorías en Enfermería	20
4. Marco Legal	22
5. Metodología	25
5.1. Tipo de Estudio	25
5.2. Participantes	26
5.3. Criterios de Inclusión y Exclusión	27
5.3.1. Criterios de Inclusión	27
5.3.2. Criterios de Exclusión	27
5.4. Recolección de la Información	27
5.5. Rigor Metodológico	29
5.6. Técnicas de Recolección de la Información - La Entrevista	30
5.7. Análisis de la Información	31

6. Consideraciones Éticas	32
7. Resultados	35
7.1. Características sociodemográficas de las participantes	35
7.2. Cambios en el embarazo y cuidados de la mujer embarazada: Un mundo nuevo y con mucha información	36
7.2.1. Cuidados durante el embarazo	36
7.2.2. Interés de los padres por la información	39
7.2.3. Las expectativas de las futuras madres	42
7.2.4. La temática que interesa a las maternas	43
7.2.5. La lactancia materna un tema central en su preparación	46
7.2.6. Metodologías participativas, una necesidad en la educación maternal	47
7.3. Las dudas de las madres sobre la maternidad	53
7.3.1. Inquietudes acerca del parto	54
7.3.2. Temores compartidos	54
7.3.3. Las madres reconocen el saber profesional	56
7.3.4. Mitos y medicina tradicional	57
7.4. La llegada de mamá y bebé a casa, un reto familiar	58
7.5. La maternidad un cambio que transforma la vida por completo	60
8. Discusión	61
9. Conclusiones	75
10. Recomendaciones	78
Referencias bibliográficas	80
Anexos	90
Anexo 1: Datos Socio demográficos y Preguntas orientadoras en la entrevista a gestantes	90
Anexo 2: Carta de autorización de la IPS y del Comité de Ética del mismo	92
Anexo 3: Acta de aprobación del Comité de Ética de la Universidad del Valle.....	93
Anexo 4: Consentimiento Informado de la entrevista a gestantes	95

RESUMEN

La presente investigación es de tipo cualitativo, descriptivo, con enfoque fenomenológico interpretativo, tiene como principales exponentes al filósofo Martin Heidegger, a los pedagogos Max Van Manen y John Dewey y a la teórica en enfermería Margaret Jean Watson.

El estudio recoge por medio de entrevistas a profundidad las vivencias narradas de 8 gestantes de ellas cuatro primigestantes y cuatro multigestantes; en su curso de preparación para la maternidad, en una unidad de atención primaria de salud. Esta investigación aborda las vivencias en cuanto a la educación en salud recibida por parte del personal de enfermería en el curso. Las maternas se seleccionaron a conveniencia teniendo en cuenta que fueran embarazos viables y hubieran participado mínimo en un 70% de las actividades del curso.

Describe como las maternas hacen su acercamiento a las diferentes fuentes de conocimiento y como esperan que el personal de salud participe en este construir de saber en un momento tan importante para sus vidas. También se describen los elementos más relevantes a nivel metodológico y temático que consideran las maternas, influyen en el desarrollo del curso de preparación para la maternidad; entre ellos la enfermera como parte fundamental de este proceso, las compañeras, el abordaje temático y el manejo de sus inquietudes, entre otros.

Se resalta la condición de las maternas en su papel de cuidador propio, de su familia y de su futuro hijo, sus temores, dudas, emociones frente a los retos que les presenta la cotidianidad de su estado y la manera de sortearlos; teniendo en cuenta su saber, posibilidades, entorno familiar y social.

Esta investigación narra la manera de como viven las maternas, sus inquietudes al interior de un curso de preparación para la maternidad, las diferentes formas de recibir conocimientos y despejar dudas, su interacción con las compañeras de curso y el rol de la enfermera que

direcciona el curso, al igual se describen las reales expectativas que las maternas esperan sean manejadas en el curso de educación para la maternidad.

En este estudio las voces de las maternas son muy importantes, porque expresan su sentir, pensar y actuar como personas activas en su proceso de ser quienes viven la maternidad.

El permitir oír las voces desde sus dudas e interrogantes contribuye a disminuir inquietudes y temores relacionados con el embarazo, parto, postparto y crianza de los niños.

Palabras clave: maternidad, embarazo, educación maternal, psicoprofilaxis.

INTRODUCCIÓN

Partiendo de la importancia que tiene para la pedagogía del cuidado y para el proceso enseñanza-aprendizaje el reconocer al otro; se realizó este estudio con enfoque fenomenológico interpretativo en una Unidad de Atención Primaria en Salud; escuchando las vivencias desde las voces de las maternas que asisten a un curso de preparación para la maternidad. Esta investigación tuvo como objetivo develar las vivencias de las mujeres gestantes relacionadas con la educación maternal recibida por enfermería en los cursos de preparación para la maternidad durante su embarazo actual. Resaltando la importancia de la enfermera como facilitadora de este proceso y de sus resultados.

La fenomenología interpretativa es el método que permite descifrar el significado del actuar de las personas, se realiza en un contexto determinado y esa acción tiene un significado particular de lo que la persona está haciendo.

Como apoyo conceptual se revisaron los estudios del filósofo Martin Heidegger, el pedagogo Van Manen y la enfermera Margaret Jean Watson destacando dentro de sus factores caritas originales 5 contribuyentes e interrelacionados en el abordaje educacional; estos autores utilizan la fenomenología como una valiosa herramienta aplicada a la pedagogía y a la educación en enfermería respectivamente, enmarcando la labor de enfermería y su papel como cuidadora de la salud por medio de la educación, concibiéndola como un proceso de descubrimiento conjunto; estas reflexiones nos llevan por el camino de la sensibilidad y la comprensión de las vivencias del otro, en relaciones de ayuda y confianza, promoviendo la expresión de sentimientos que fortalezcan el proceso de aprendizaje interpersonal reconociendo las individualidades y valorando el saber colectivo.

Los cuidados maternos son tan antiguos como la historia de la humanidad y tradicionalmente se han originado y desarrollado en el ámbito doméstico y familiar. Cada

comunidad desarrolló unas prácticas basadas en sus creencias y valores que transmitían de generación en generación (Oliver Reche, 1998). Las mujeres alcanzaban los conocimientos y la madurez, respecto a la maternidad, a través de los modelos referenciales de las mujeres que les precedieron. Las niñas veían y vivían los nacimientos en donde la crianza y el cuidado se compartía entre los miembros de la familia (Martínez Bueno & Torres Sigales, 2017)

Los cambios socioeconómicos y culturales, que se produjeron en las décadas de los 60 y 70, dieron lugar al parto hospitalario, la incorporación de la mujer al mundo laboral, la disminución de la natalidad y la transformación de las unidades familiares en familias nucleares ha provocado un cambio en los estilos de vida en la mujer actual que poco tiene que ver con el de las mujeres de generaciones anteriores, por eso el sistema sanitario comienza a ofertar los cursos de educación maternal (Oliver Reche, 1998).

El sistema de salud colombiano en el Plan Decenal de Salud Pública se promueve la “Política Nacional de Humanización de los Servicios de Salud” la cual “implica incorporar los enfoques de derechos, de género y diferencial, y estrategias dirigidas a fortalecer el acompañamiento de la pareja o un integrante de su red social de apoyo durante el proceso de gestación, parto y puerperio” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Así mismo fomenta el empoderamiento de las madres, grupos, en los programas de salud Materno-Infantil en el marco de la Atención Primaria de Salud; y dentro de las actividades destinadas a proporcionar recursos y estrategias a la mujer embarazada dentro de sus rutas de atención integral en salud que tienen como ejes los enfoques educativos.

Desde este enfoque humanístico en el acercamiento a lo vivenciado por las maternas en su curso de preparación para la maternidad surgieron cuatro grandes temas:

1. Cambios en el embarazo y cuidados de la mujer embarazada: Un mundo nuevo y con mucha información.
2. La complejidad de la maternidad y las dudas de las madres.

3. La llegada de mamá y bebé a casa, un reto familiar.

4. La maternidad un cambio que transforma la vida de la familia por completo.

Las maternas enfatizan en la importancia de socializar en su curso de preparación para la maternidad, es decir, donde el proceso de aprendizaje parta de sus inquietudes y diario vivir para aprender lo necesario en esta nueva etapa de sus vidas, y allí la enfermera sea su asesora y consejera favoreciendo un ambiente de cercanía y confianza grupal que logre aflorar los conocimientos y experiencias individuales en pro de una validación y crecimiento del grupo.

Oír las voces de las maternas en su sentir, pensar y actuar al participar e intentar integrarse en su curso de preparación para la maternidad, permite al personal de salud y a las enfermeras que lideran estos cursos conocer sus temores, dudas, expectativas y necesidades para implementar estrategias metodológicas y temáticas que resuelvan las inquietudes de las gestantes y den el soporte necesario para empoderar amorosamente las madres en esta nueva e irrepetible historia de su vida cómo es la maternidad.

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cuidado de las personas no está basado sólo en la atención que se les presta cuando enferman; se les proporciona también información y educación para llevar una vida saludable, y para que disminuyan los riesgos de enfermar. Esta prevención y promoción de la salud se realiza durante toda la vida, con los cambios pertinentes de cada etapa del ciclo vital. Este ha sido el enfoque tradicional que ha sustentado la labor educativa del profesional de enfermería, con la educación para la salud que se realiza habitualmente de forma individual y en los últimos años se está ampliando y estructurando de forma grupal, favoreciendo una mayor cobertura a la población.

La educación para la maternidad intenta ayudar a los futuros padres a prepararse para el embarazo, parto, la maternidad y la paternidad. Los cuales esperan que esta educación les resuelva sus inquietudes y les proporcione herramientas de apoyo en temas inherentes a la gestación, el parto, el postparto, la toma de decisiones en y durante el trabajo de parto, las habilidades durante este, el alivio del dolor, la atención neonatal inmediata y posnatal, la lactancia materna, la planificación familiar, los cuidados posparto entre otras. También hay inquietudes sobre sus experiencias oídas o vividas alrededor de su cuidado y el de su futuro hijo; dentro de estas experiencias están fuertemente arraigadas las vivenciadas en su entorno y las referidas por sus familiares quienes son sus cuidadores y primeros referentes de cuidado con el aval de la experiencia propiamente evidenciada.

Los Programas de Educación Prenatal tienen metodologías orientadas a: Influenciar el comportamiento de salud materna haciendo énfasis en la prevención de las complicaciones para la madre y su recién nacido, dónde se enseñan comportamientos y no se permite a la

gestante en ocasiones expresar sus experiencias y vivencias sobre su maternidad (Gagnon & Sandall, 2008).

Teorías Pedagógicas y de Enfermería respaldan acciones como: El despejar las dudas desde el contexto de la madre contribuye con la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal; aumenta la confianza de las mujeres en su capacidad de dar a luz; las prepara junto con sus compañeros para el parto y la paternidad (Ayiasi, y otros, 2013). Sin embargo, la educación para la maternidad aún no toma en cuenta las voces de las mujeres y sus familias (Aguayo Ortiz & Angulo Carrasco, 2008); es por esto que el presente estudio busca “Oír las voces de las madres gestantes” sus expectativas, dudas, creencias, de su propia realidad biológica, histórica, cultural y social en torno a su proceso de ser madre; y de descubrir a través de la escucha, el diálogo y observación activa entre otros; sus necesidades sociales, emocionales, físicas, espirituales y psicológicas sirviendo sus conocimientos y sentires como referencia para establecer futuros planes de educación maternal en enfermería más cercanos a las realidades maternas.

1.2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Las voces de las madres gestantes y su sentir son silenciadas por el enfoque positivista (El que sabe/enseña al que no sabe) (Freire, 2010); minimizando la educación maternal a la transmisión de una información muchas veces vacía y sin adaptación a las características y necesidades maternas particulares.

1.3. JUSTIFICACIÓN

Esta investigación busca describir las vivencias que tienen las gestantes en lo referente a la educación brindada por el profesional de enfermería durante la realización del curso de preparación para la maternidad en una Unidad de Atención Primaria en Salud en la ciudad de Tunja.

Describir las vivencias maternas en torno a su curso de preparación para la maternidad ayudará a mejorar la forma en la que enfermería interviene en él y sustentará el área disciplinar; así mismo, se retroalimentará a la Unidad de Atención Primaria teniendo en cuenta los hallazgos en cómo reorientar el programa adecuándolo a las necesidades y a la población a la cual va dirigido para la implementación de futuros cursos, donde se tengan en cuenta las voces maternas y la atención de enfermería esté fortalecida en este nuevo abordaje de la educación maternal.

El modelo de Atención Perinatal está cambiando desde una perspectiva medicalizada hacía una tendencia a la humanización, llegando a convertirse en uno de los objetivos primarios de la Organización Mundial de la Salud,2014. (Gil González, y otros, 2006).

1.4. ANTECEDENTES

De acuerdo a cifras de la Organización Mundial de Salud (OMS) 2016, en el desarrollo de su objetivo 3 (Aspectos de Salud Sexual y Reproductiva) en cuanto a la salud infantil, cada día mueren 17.000 niños menos que en 1.990, pero cada año, más de seis millones siguen muriendo antes de cumplir los cinco años. En cuanto a la salud materna; la muerte materna cayó casi en un 50% desde 1.990 y más mujeres están recibiendo atención prenatal (Gil González, y otros, 2006).

Como Metas a 2.030 para este tercer objetivo la OMS cita entre otras: Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, lograr que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos y garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva; incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales (Organización Mundial de la Salud, 2014). Las estadísticas anteriores indican la necesidad vigente de continuar avanzando en acciones que contribuyan a la reducción de la morbilidad materno-infantil y la importancia que juega la educación maternal como medida líder para el logro de las metas propuestas a nivel mundial.

Para Colombia en 2015, la tasa global de fecundidad estimada fue de dos hijos por mujer, con un leve descenso respecto al quinquenio 2010, que fue de 2.1; la edad promedio de las mujeres al primer nacimiento fue de 21.7 años, la mediana del intervalo entre nacimientos de 50.7 meses, el uso de métodos modernos de planificación familiar por mujeres unidas de 13 a 49 años fue de 80.9%; el método más usado fue la esterilización femenina, seguido por los anticonceptivos orales. El 42.4% de las mujeres unidas no deseaba tener más hijos y el promedio ideal de hijos deseados era 1.6. La proporción de mujeres que recibieron cuatro o más atenciones prenatales fue 92% en zona urbana y 83.7%, rural; el parto institucional era 96.9% (Profamilia MINSALUD, 2015) (Profamilia Bienestar Familiar MINSALUD, 2011). Para esta región del país, al analizar la razón del evento Morbilidad Materna Extrema, en el periodo 2012 – 2018, se observa que ha tenido un comportamiento con tendencia clara al aumento año por año, ya que ha mejorado la notificación de ésta manera para el período epidemiológico 3 de 2018 la razón de MME preliminar para Boyacá es de 10,5 casos por 1000 nacidos vivos; se presenta un índice de letalidad del 1,3%, lo cual indica que se

presentaron 1,3 muertes maternas tempranas por cada 100 casos de Morbilidad Materna Extrema. La razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía más alta se reportó en el año 2012 con 15,9 muertes por 1000 nacidos vivos, finalizando en 2017 con 12,7 y con tendencia al descenso hasta período 3 de 2018 con una razón de 2,3 muertes por 1.000 nacidos vivos. En relación a la escolaridad de las madres que presentaron el evento, el mayor porcentaje de muertes perinatales ocurrieron en madres con escolaridad secundaria con un 60,6%, seguido de las madres con escolaridad primaria con 24,2%, también se pudo observar que en una proporción mucho más pequeña se encuentran gestantes sin ningún tipo de escolaridad con 3% y con el mismo porcentaje escolaridad superior; se encontraron 3 casos sin información de escolaridad que representa 9,1% del total de los casos reportados en el Departamento de Boyacá. (Gobernación de Boyacá Secretaría de Salud, 2018). Esta situación local evidencia que el trabajar por los logros de los objetivos de la OMS no es una realidad aislada; sino una necesidad sentida que cuestiona las acciones en salud actualmente realizadas y exige encaminar dichas acciones en beneficio real de la salud materno-perinatal; ahí radica la importancia de conocer la población local y la implementación de acciones en salud que partan de esta realidad.

Según Ayiasi M.R y colaboradores en un estudio realizado en Uganda en 2011, concluye que la atención prenatal es uno de los servicios en salud más importantes que se ofrecen a nivel mundial; por lo tanto es prioritario describir la oferta educativa que brinda el personal de enfermería a la gestante; estudiar la falta de información personalizada y no generalizada; así como la educación en la salud desde la perspectiva de la transferencia de información a partir de la necesidad del usuario; y evaluar entre otros si estamos empoderando al otro en su labor de cuidado (Ayiasi, y otros, 2013). Escuchar estas afirmaciones y plantearnos la realidad diaria nos lleva a evidenciar que, aunque todo el sistema grita la importancia de la

materna, nadie escucha su voz, su sentir, está enajenado en un sistema que “quiere hacer por ella, pero sin contar con ella”.

Nolan M.L en el año 2009, basándose en su estudio sistemático de 1996 a 2006 afirma que los estudios de educación para el parto universalmente no han tomado en cuenta la calidad de la educación que se imparte a las mujeres y sus familias y si su estilo de entrega cumple con las preferencias y necesidades de las mujeres; afirma también la preferencia de las mujeres por un ambiente de aprendizaje en grupos pequeños en los que pueden hablar unos con otros, y relacionar la información a sus circunstancias individuales(Nolan, 2009).

Gagnon A.J, Sandall J en su revisión realizada entre (1980 a 2006 en estudios y ensayos con 2.284 mujeres) buscando evaluar los efectos de la educación prenatal sobre la adquisición del conocimiento y su efecto en el control del dolor, ansiedad y desarrollo de habilidades para el parto, lactancia y atención infantil, describe que faltan pruebas para determinar cuál es el mejor método de proporcionar educación prenatal (Gagnon & Sandall, 2008). Beltrán Salazar en 2013 realiza en Medellín un estudio fenomenológico interpretativo que propone un enfoque humanizado del cuidado y motiva a reflexionar y a analizar las conductas y actitudes de las enfermeras durante el cuidado, resaltando su propia humanidad, la del paciente y sus familiares. Además, orienta la forma de proceder tomando en cuenta las indicaciones profesionales, las condiciones y especificidades de los pacientes y familiares para contribuir a la armonía en el cuidado y el bienestar de pacientes y enfermeras (Beltrán Salazar, 2015).

Troncoso P. y Valenzuela S. en su artículo “Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios” proponen el uso de los modelos y teorías de enfermería que se fundamentan en una visión humanista del cuidado (Troncoso Poblete & Valenzuela Suazo , 2007).

Watson, refiere que el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones

compartidas entre la enfermera y la persona. Y este cuidado humano debe basarse en la reciprocidad, debe tener una calidad única y auténtica. La enfermera es la llamada a ayudar a la persona a aumentar su armonía entre mente, cuerpo y alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral; un copartícipe en las transacciones de cuidados humanos (Urrea, Jana, & García, 2011).

Estos postulados de la doctora Watson son expuestos en su Teoría del Cuidado donde se concibe el Cuidado profesional como un proceso estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud; partiendo de que todo cuidado responde a una necesidad y esta necesidad es individual y dependiente de la cultura y tiempo histórico del ser cuidado (Watson & Woodward, Jean Watson's theory of human caring., 2010). Por lo cual, es necesario reconsiderar la humanización en el cuidado de la salud y más aún en lo referente a la salud materno infantil. Watson en su teoría establece diez factores de cuidados o factores caritas; en estos se evidencia, que el cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal, es decir, el cuidado se transmite de acuerdo a las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades; y en forma particular, en enfermería de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales.

Los cuidados son contextuales a la época, al lugar geográfico, a las necesidades de una población o de un individuo en particular, y a los elementos con que se cuenta y por ello requieren de un conocimiento del ambiente que rodea al individuo y del conocimiento del individuo en sí. Razón por la cual; el plantear educación en salud a las madres gestantes, que no parta de la escucha efectiva de sus vivencias, expectativas y sentir es descontextualizado y de cuestionable valor en términos de calidad de cuidado y atención de enfermería.

En el Proceso Caritas de Cuidados (PCC) Watson propone en el numeral siete: "La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal; participando de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro". Este factor de cuidado describe Watson es el que apropia al otro ser en un participante activo en su proceso de salud, a tomar decisiones frente a ella que se verán evidenciadas en acciones que influyan positiva o negativamente en su salud o en otros casos en la respuesta frente a determinados eventos según la preparación recibida (Watson & Woodward, Jean Watson's theory of human caring., 2010). El conocer y poder describir las vivencias y expectativas maternas, favorece el proceso de empoderamiento del conocimiento pues este partirá de sus necesidades y será un producto de esa relación interpersonal en la que florece lo mejor de los seres relacionados en busca de un bien común en este caso el prepararse para el proceso de la maternidad.

En su Teoría Watson liga la profesión de enfermería a la educación en salud; sin embargo, considera que la educación que se brinda es ante todo "información centrada en una lista de acciones a realizar o a evitar". Y anota que la educación en salud persigue un cambio positivo y proactivo de los usuarios, cambio que es difícil de obtener, sino se incorporan nuevos paradigmas. La información es un componente de la educación, pero no lo es todo. Se suele seguir informando a los pacientes, sin educarlos, y sin educarse a través de ellos, ya que la educación es un proceso de retroalimentación para ambas partes, y no una mera entrega de conocimientos.

Este es finalmente el enfoque de Cuidado Humanizado desde la Teoría de Margaret Jean Watson que esta investigación quiere tomar como apoyo para describir las vivencias maternas relacionadas a la educación maternal recibida por enfermería en una Unidad de Atención Primaria en Salud. Reconociendo así, que la labor diaria de Enfermería no es ajena a teorías

vigentes y que el proceso de Humanización en Salud debe estar conectado a las líneas de investigación generando continuos procesos de reflexión y mejoramiento.

1.5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las vivencias maternas relacionadas a la educación maternal recibida por enfermería en una Unidad de Atención Primaria en Salud en la ciudad de Tunja?

1.6. PROPÓSITO

Esta investigación tiene como propósito conocer las vivencias maternas en torno a su curso de preparación en pro de fortalecer este campo disciplinar de la enfermería y retroalimentar a la Unidad de Atención Primaria de esta ciudad para implementar futuros cursos de preparación de la maternidad donde se tengan en cuenta las voces maternas y que la atención de enfermería este fortalecida en este nuevo abordaje de educación maternal.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Describir las vivencias de las mujeres gestantes relacionadas con la educación maternal recibida por enfermería en los cursos de preparación para la maternidad durante su gestación actual en una Unidad de Atención Primaria en Salud de la ciudad de Tunja - Colombia.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1. Describir las características sociodemográficas de las gestantes que asisten a un curso de preparación para la maternidad en una Unidad de Atención Primaria en Salud.
- 2.2.2. Describir cómo viven las madres gestantes la experiencia de la educación maternal recibida por el personal de enfermería en un curso de preparación para la maternidad en relación a cambios en el embarazo y cuidados de la mujer embarazada.
- 2.2.3. Describir cómo viven las madres gestantes la experiencia de la educación maternal recibida por el personal de enfermería en un curso de preparación para la maternidad en relación al parto.
- 2.2.4. Describir cómo viven las madres gestantes la experiencia de la educación maternal recibida por el personal de enfermería en un curso de preparación para la maternidad en relación a la lactancia materna y cuidados del recién nacido.
- 2.2.5. Describir cómo viven las madres gestantes la experiencia de la educación maternal recibida por el personal de enfermería en un curso de preparación para la maternidad en relación a cuidados posparto y planificación familiar.
- 2.2.6. Describir cómo viven las madres gestantes la experiencia de la educación maternal recibida por el personal de enfermería en un curso de preparación para la maternidad en relación a asumir su rol materno.

3. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL

3.1. ANTECEDENTES DE LA EDUCACIÓN MATERNAL

La experiencia de la maternidad constituye un periodo de transición extremadamente significativo en la vida de la mujer. Causa profundos cambios que requieren numerosas adaptaciones, reestructuraciones y reajustes tanto físicos, como psicológicos, sociales y económicos. Todo ello justifica la presencia de un cierto nivel de ansiedad, ante los retos, amenazas y oportunidades que conlleva. Por ello, a lo largo de la historia se han generado múltiples estrategias para el proceso de ser madre sea exitoso y con el menor sufrimiento posible (Bansah, O'Brien, & Owarw-Gyekye, 2009).

En la gestación el tema del dolor en el parto es central; para este manejo Ferdinand Lamaze en 1952 formuló su método de "Psicoprofilaxis Obstétrica" (Talbot, 2008) en el cual, el entrenamiento en relajación es el componente activo más importante para el manejo del dolor. Su objetivo fue favorecer el bienestar materno fortaleciendo su autocontrol aumentando el conocimiento sobre el proceso y enseñar conductas distractoras; propone técnicas de respiración, relajación y pujos, el acompañamiento de la pareja, la preparación en grupo, la reestructuración cognitiva para proporcionar confianza a las nuevas madres y favorecer que tomen decisiones informadas.

La Educación Maternal surgió orientada al manejo del dolor durante el parto, aunque posteriormente se han incorporado otros contenidos relacionados con la salud y la maternidad. Sánchez Jiménez (2006) basaron su investigación en la implementación de un taller como estrategia educativa de enfermería para fortalecer el autocuidado durante el control prenatal; concluyendo que en el 98% de las participantes tuvieron un embarazo de

bajo riesgo, siendo posible que la estrategia implementada de enfermería contribuyera a ello (Sanchez Jiménez, Trejo Hernández , & Lartigue Becerra, 2007).

Gagnon y Sandall realizaron un meta-análisis en el cual incluyeron 9 ensayos clínicos sobre 2284 mujeres que acudían a programas de educación maternal de estructura y contenidos diferentes, incluyó estudios realizados por todo el mundo: Estados Unido, Canadá, el Reino Unido, Brasil, México, Finlandia, Australia, Japón, Irán, Alemania y China. Se descartaron 37 estudios y los 9 aceptados pertenecían a Estados Unidos, China e Irán. Se midieron ítems como la adquisición del conocimiento, el sentido del control, factores relacionados con competencias de atención al lactante y algunos resultados del trabajo de parto y el nacimiento. Se concluyó que siguen sin conocerse los efectos de la educación prenatal en el parto y que todavía no están claros los beneficios de la educación maternal para el parto y cuáles son los mejores enfoques educativos a implementar (Gagnon & Sandall, 2008).

Renkert S, Nutbeam D, describieron en sus estudios la necesidad de la educación maternal; tanto desde el punto de vista de las usuarias como del sistema sanitario (Renkert & Nutbeam, 2001). La educación prenatal intenta ayudar a futuros padres a adquirir información, conocimientos y habilidades en temas de la maternidad y la paternidad. Los padres a menudo esperan que la educación prenatal les proporcione información sobre temas como la toma de decisiones, las habilidades para el trabajo de parto, el alivio del dolor, la atención infantil posnatal, la lactancia materna y la experiencia como padres entre otros temas. Debido a esta incipiente demanda, la educación prenatal comprende un rango de medidas educativas y de apoyo que ayudan a comprender y satisfacer sus propias necesidades sociales, emocionales, psicológicas y físicas durante el embarazo, el trabajo de parto y la consiguiente paternidad (Gagnon & Sandall, 2008) (Fernández & Fernández, 2013).

3.2. TEORIAS EN EDUCACION

“La educación ayuda a la persona a aprender a ser lo que es capaz de ser”

Hesíodo (¿S. VIII AC-?) Poeta griego.

Las teorías de la educación nos aportan estrategias para promover un aprendizaje significativo. Entendiendo este aprendizaje significativo como: Un proceso de reorganización interna de esquemas que se producen cuando entran en conflicto lo que ya se sabe con lo que debería saber, tiene un alto componente afectivo que es el autoconocimiento, la contextualización cultural y la interpretación propia (Gimeno Sacristán, 1990).

El pragmatismo "Acepta la experiencia humana ordinaria como la fuente y la piedra de toque definitiva de todos los conocimientos y valores". Sus cuatro fundadores son norteamericanos; Chars. Peirce (1839 -1914), William James (1842-1910), John Dewey (1859 - 1952) y George K. Mead (1863 - 1931), sobresaliendo como el más grande pensador John Dewey (Bustamente Vélez & Córdoba de Serna, 1885).

La Teoría Pedagógica de Dewey, sigue vigente tanto en la educación norteamericana como en la colombiana. Enmarcadas en una visión progresista, naturalista, humanista con escuelas nuevas, activas, comprensivas donde se expone:

- El estudiante es el centro del proceso educativo y este debe basarse según su enfoque naturalista en la experiencia del mismo, con base en sus necesidades, aficiones e intereses; por lo tanto, no puede ser dogmática ni disciplinaria dando libertad para seguir sus impulsos.
- Es necesario conocer y saber interpretar los poderes, hábitos e intereses de los estudiantes, traduciéndolos en sus equivalentes sociales. (Dewey, Dewey, & Luzuriaga, Las Escuelas del Mañana, 1918)
- La educación da la confianza indispensable para que actúen y piensen los alíenos por sí mismos, dentro de un ambiente democrático y participativo en la vida social, con la

convicción de que la democracia es "el gobierno del pueblo, para el pueblo y por el pueblo" (Dewey, Democracia y educación: una introducción a la filosofía de la educación, 2004) (Rubio Gaviria, 2010).

- La esencia de la teoría educativa reside en el intercambio de concepciones dentro de una acción recíproca completa y libre. La Escuela Comprensiva es una escuela abierta que acoge a estudiantes sin discriminación racial, religiosa, social, ni ideológica; da las mismas oportunidades de desarrollo; las valora por igual; busca la verdad y sinceridad entre educadores y educandos." Orienta los estudios a las necesidades de la juventud; se le considera el prototipo de la democracia y el mejor instrumento unificador social porque hace reconocimiento de intereses e ideales comunes; garantiza la igualdad de oportunidades; elimina dificultades de aprendizaje (Van Manen, El significado de la sensibilidad pedagógica, 1998).
- El aprendizaje es efectivo en la medida en que pueda relacionarse con experiencias vividas a partir de la realidad y los intereses del estudiante mismo (Dewey, Dewey, & Luzuriaga, Las Escuelas del Mañana, 1918).

Estas bases teóricas en educación nos dan lineamientos claros de la importancia del "ser integral" como centro y fin de todo el proceso educativo; y cómo su realidad, entorno, saber y afectividad se entrelazan participando activamente en el resultado de cualquier proceso de formación.

Por su parte Max Van Manen nos acerca a la sensibilidad pedagógica que constituye una forma de desarrollar la enseñanza de manera ética y afectiva, tomando en cuenta los sentimientos de los estudiantes. Manifestada en la atención, el apoyo, la comprensión y el cuidado que el docente le brinda a los estudiantes ante sus necesidades educativas o para impulsar sus capacidades y potencialidades.

Señala también que el tacto pedagógico es una respuesta sensible y ética ante la totalidad de las necesidades de los estudiantes: afectivas, cognitivas y psicológicas. La sensibilidad pedagógica se comprende entonces como la síntesis de los sentimientos afectivos y morales que impulsan en el docente la disposición, la solicitud, la ayuda desinteresada y gratuita que es capaz de ofrecer a los estudiantes ante sus necesidades educativas (Van Manen, El significado de la sensibilidad pedagógica, 1998).

3.3. TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

La Unión Internacional de Telecomunicaciones -UIT- presenta estimaciones para finales de 2017 de indicadores clave de telecomunicaciones que incluyen datos sobre suscripciones celulares móviles, uso de Internet, servicios de banda ancha fijos y móviles y acceso a TIC en el hogar entre otros. Los nuevos datos muestran que los jóvenes están a la vanguardia de la sociedad de la información actual: 830 millones de jóvenes que representan a más del 80% de la población joven en 104 países están en línea (Ortiz Chacha, y otros, 2018). Para Colombia el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE en sus indicadores básicos de TIC en los hogares para finales de 2017 del total nacional reporta que 62.3% de las personas de 5 años y más, utilizó internet con un crecimiento del 5.1% con relación al último trimestre de 2016 (Comprometidos a conectar el mundo, 2017).

Las tecnologías han logrado ingresar a todos los ámbitos del acontecer social y familiar, es por ello que las tecnologías de la información y comunicación, actualmente juegan un papel importante en la adquisición de conocimientos en salud. El internet cuenta con plataformas de consulta, blogs y chats que brindan un gran caudal de información a las gestantes en relación a la salud materna y del recién nacido, así como toda clase de temas que quieran consultar. Un estudio mexicano de 2017 realizado en 709 embarazadas, usuarias de servicios de salud

del primer nivel de atención, muestra que el 91.9% del total de las mujeres encuestadas usarían alguna de las TIC para el cuidado de su salud durante el embarazo. Este estudio describe también que el 95% de las entrevistadas disponía de teléfono móvil, de las cuales, el 68.4% podían conectarse a internet exclusivamente a través del celular por las funciones que poseían sus teléfonos, aunque solo el 58.0% lo utilizaría para el cuidado de su salud. El uso de la internet representó una herramienta de gran utilidad para prestar servicios administrativos, preventivos, de promoción a la salud o de atención. El grupo de este estudio mexicano, manifestó interés por el uso de las TIC para el cuidado y atención durante su embarazo, especialmente para recibir información de salud, detectar riesgos en el embarazo o problemas y necesidades específicas de la mujer (Ortiz Chacha, y otros, 2018).

Estudios como (Davis, y otros, 2014) sobre los cambios en el comportamiento de salud en mujeres embarazadas: estudio de dos fases; evidenció, los deseos de cambiar los malos comportamientos de salud y el uso de la tecnología para lograr estas mejoras. La mayoría de las mujeres informaron tener acceso a una computadora con Internet, un teléfono, el uso frecuente de mensajes de texto y estar interesadas en mejorar los comportamientos de salud con apoyo de estas tecnologías desde su hogar.

3.4. TEORIAS EN ENFERMERIA

El cuidado es una actividad que concierne a todos los profesionales de la salud, sin embargo, enfermería, es la que destina más esfuerzo, tiempo y dedicación a los cuidados. El cuidado tiene dos dimensiones: una inmersa en la cultura, con sus prácticas individuales y colectivas; y la otra, la moral, que asigna al cuidado un valor, un bien, que legitima el actuar. Es así, como las teorías de enfermería que se han desarrollado en las últimas décadas, han vislumbrado un desarrollo teórico hacia los cuidados, como lo señala la literatura

anglosajona, que destaca los pensamientos de Rogers, Leininger, Parse, Pender y Newman, entre otras (Rogers, 1988).

El comprender los fundamentos ontológicos del cuidado y sus componentes teóricos desarrollados por estas teoristas permiten claramente, dar un sentido coherente y consistente a enfermería como una ciencia humana. Por esto la teoría de Jean Watson es útil, ya que permite plantear una filosofía de cuidados, un lenguaje teórico propio y una relación entre teoría-práctica que revitaliza aspectos perdidos o invisibilizados de la enfermería como los que plantea Sartre en su revisión de las fuentes filosóficas de la teoría de Watson (Sarter, 1988).

Los principales conceptos de Watson incluyen los 10 factores caritas y la relación entre curación transpersonal y cuidado transpersonal, el momento del cuidado, la ocasión del cuidado, las modalidades de cuidado-curación, la conciencia del cuidado, la energía de la conciencia del cuidado y archivos de fenómenos / conciencia unitaria. Watson desarrolló los factores caritas hacia un concepto estrechamente relacionado, caritas, una palabra en latín que significa “valorar, apreciar, prestar atención especial, una atención afectuosa” (Rogers, 1988). Dentro de los 10 factores caritas originales de Margaret Jean Watson se resaltan 5 contribuyentes e interrelacionados en el abordaje educacional:

1. Infundir fe - esperanza. Este elemento facilita la promoción de una asistencia de enfermería holística, y potencia la salud entre los pacientes, a la vez que describe el papel de la enfermera en el desarrollo de unas interrelaciones eficaces con el sujeto y en la promoción del bienestar ayudando a la persona a adoptar conductas de búsqueda de la salud. Estas interrelaciones eficaces enriquecidas con fe y esperanza nos ayudan al abordaje de nuestras usuarias en educación maternal, así como potencializan su confianza en el buen desenlace de su gestación atenuando los miedos propios de la gestación, parto y posparto.

2. La identificación de los sentimientos conduce a las enfermeras a reconocer su sensibilidad y sus sentimientos; se vuelven más genuinas, auténticas y sensibles hacia los demás.

3. Desarrollo de una relación de ayuda - confianza. Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica coherencia, empatía, afecto y comunicación eficaz.

4. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos. La enfermera tiene que estar preparada para los sentimientos positivos y negativos, reconociendo que la comprensión intelectual y la comprensión emocional de una situación son diferentes.

5. Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal. Éste es un concepto importante de la enfermería, dado que separa la asistencia de la curación.

Permite educar a la persona y derivar hacia éste la responsabilidad sobre su salud y bienestar. Reconoce la información como un componente de la educación, pero no lo es todo. Se suele seguir informando a las personas, sin educarlos, y sin educarse a través de ellos, ya que la educación es un proceso de retroalimentación para ambas partes, y no una mera entrega de conocimientos. La enfermera facilita este proceso con técnicas de enseñanza - aprendizaje, diseñadas para permitir que el sujeto consiga el autocuidado, determine sus necesidades personales y adquiera la capacidad de desarrollarse personalmente (Watson & Woodward, Jean Watson's theory of human caring., 2010).

Dentro de los 10 factores caritas originales de Margaret Jean Watson se resaltan 5 contribuyentes e interrelacionados en el abordaje educacional:

1. Infundir fe - esperanza. Este elemento facilita la promoción de una asistencia de enfermería holística, y potencia la salud entre los pacientes, a la vez que describe el papel de la enfermera en el desarrollo de unas interrelaciones eficaces con el sujeto y en la promoción del bienestar ayudando a la persona a adoptar conductas de búsqueda de la salud. Estas interrelaciones eficaces enriquecidas con fe y esperanza nos ayudan al abordaje de nuestras

usuarias en educación maternal, así como potencializan su confianza en el buen desenlace de su gestación atenuando los miedos propios de la gestación, parto y posparto.

2. La identificación de los sentimientos conduce a las enfermeras a reconocer su sensibilidad y sus sentimientos; se vuelven más genuinas, auténticas y sensibles hacia los demás.

3. Desarrollo de una relación de ayuda - confianza. Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica coherencia, empatía, afecto y comunicación eficaz.

4. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos. La enfermera tiene que estar preparada para los sentimientos positivos y negativos, reconociendo que la comprensión intelectual y la comprensión emocional de una situación son diferentes.

5. Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal. Éste es un concepto importante de la enfermería, dado que separa la asistencia de la curación.

Permite educar a la persona y derivar hacia éste la responsabilidad sobre su salud y bienestar. Reconoce la información como un componente de la educación, pero no lo es todo. Se suele seguir informando a las personas, sin educarlos, y sin educarse a través de ellos, ya que la educación es un proceso de retroalimentación para ambas partes, y no una mera entrega de conocimientos. La enfermera facilita este proceso con técnicas de enseñanza - aprendizaje, diseñadas para permitir que el sujeto consiga el autocuidado, determine sus necesidades personales y adquiera la capacidad de desarrollarse personalmente (Watson & Woodward, Jean Watson's theory of human caring., 2010).

4. MARCO LEGAL

Las acciones de Educación Maternal realizadas por Enfermería están inmersas dentro de las Políticas Colombianas de Salud Sexual y Reproductiva (2003) en estas se contemplan líneas de acción en Maternidad Segura, tales como “fomentar acciones de autocuidado para la maternidad segura que involucren a ambos miembros de la pareja”. Estos proyectos deben orientarse a que el hombre participe en el cuidado de la mujer y el recién nacida/o en la gestación, el parto, el puerperio y el primer año de vida del niño/a. Las acciones de información, comunicación y educación deben centrarse en los cuidados y controles postparto, los métodos de planificación familiar, la nutrición adecuada y la lactancia materna, los controles de crecimiento y desarrollo, la aplicación adecuada del esquema de vacunación desde el nacimiento, el establecimiento de relaciones psicoafectivas adecuadas dentro de la pareja y de los padres con el nuevo hijo/a, reconocido como factor protector de la violencia intrafamiliar (Boada Chaparro, Cotes Benítez, & Espirella de León, 2003).

Colombia no sólo ha generado planes de acción y guías de atención, también ha realizado esfuerzos en lo correspondiente a legislación dándole un puesto especial y privilegiado a las gestantes y a la infancia desde la creación de la Ley 100 de 1993, el Acuerdo 117 de 1998 y la Resolución 412 de 2000 en donde se crean normas técnicas, guías de atención, y enfoques especiales a la salud de las mujeres, las gestantes y los niños, teniendo en cuenta el ejercicio de los derechos de esta población, principalmente en salud sexual y reproductiva. Se encuentra que en el plan de gobierno de la presidencia de la república 2014-2018, la reducción de la mortalidad materna y perinatal se establece entre los principales puntos a cumplir y genera esfuerzos en pro de la meta de reducción de un 50% de la mortalidad (Boada & Cotes Benítez, 2004).

La norma técnica de la Resolución 412, tiene como objetivo vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza, cómo parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre y el feto y se apoya en la organización de la atención brindada desde los servicios de salud (Universidad Nacional de Colombia, 2007).

En el contexto de la estrategia AIEPI, también se ha planteado que el cuidado prenatal va más allá de lo meramente técnico científico para ofrecer un compromiso más humano del cuidador hacia la gestante, propone cuidar a la mujer durante la gestación identificando signos de alarma en la valoración de la gestante, con énfasis en el respeto por las características culturales del entorno e identidad (Figueiras, Neves de Souza, Ríos, & Benguigui, 2006).

A nivel Institucional se han hecho avances en las políticas de maternidad acogiendo iniciativas como la de “Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia” que empoderan a las instituciones garantizando actividades como:

- Brindar educación para la gestación, el parto y el puerperio, vincular al padre y a la familia en cada uno de estos eventos.
- Garantizar una atención personalizada bajo el concepto de “Cada ser humano es único e irrepetible”. Cada madre y familia tienen fortalezas y debilidades diferentes que el personal de salud entrenado y capacitado en la iniciativa IAMI sabrá valorar y atender de manera particular.
- Brindar a las mujeres gestantes, educación, atención oportuna y pertinente para que puedan vivir satisfactoriamente su gestación y prepararse para el parto, la crianza, el puerperio y la lactancia materna, fomentando la participación familiar en estos procesos (UNICEF, 2014).

Este contexto legal avala la necesidad de la Educación Maternal, plasmado como política a sostener en los próximos años según los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública

2012-2021 que busca "lograr la equidad en salud y el desarrollo humano" de todos los Colombianos y Colombianas mediante ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, que representan aquellos aspectos fundamentales que por su magnitud o importancia se deben intervenir, preservar o mejorar, para garantizar la salud y el bienestar de todos los colombianos, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otra situación diferencial.

Cada dimensión a su vez desarrolla un componente transectorial y sectorial que incorpora un conjunto de acciones (estrategias comunes y específicas). Dentro de la Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos como objetivo de este componente se encuentra en el literal b:

- Desarrollar e implementar estrategias para garantizar el acceso a la atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio, y la prevención del aborto inseguro, por personal calificado, que favorezca la detección precoz de los riesgos y la atención oportuna, en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad y estrategias de atención primaria en salud.

Y como Estrategias del Componente en el literal g:

- Fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades del talento humano para la atención integral y de calidad de la mujer, antes, durante y después de un evento obstétrico. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

5. METODOLOGIA

5.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente es un estudio cualitativo, descriptivo, con el enfoque de la fenomenología interpretativa, basada en el pensamiento filosófico de Martin Heidegger el cual pretende ampliar la comprensión de los fenómenos, teniendo en cuenta que estos son muy complejos y particulares para ser estudiados utilizando solamente los métodos cuantitativos de investigación.

En la investigación cualitativa, no se busca la explicación, ni la predicción, sino la comprensión del fenómeno. Los intérpretes tienen que ir más allá de lo que se da de manera directa, deben explorar los sentimientos del otro en busca de poder develar lo que realmente desean expresar y ver a cada participante de una manera holística dejando atrás las creencias y las percepciones del investigador (Van Manen, El tono en la enseñanza: El lenguaje en la pedagogía, 2004).

El objetivo de la fenomenología interpretativa es estudiar el fenómeno en sus propios términos, lo que requiere ser críticamente reflexivo(a) acerca de las formas en que cualquier conjunto de estrategias metodológicas, conocimiento personal y contexto social crean un acceso teórico y perceptual que influye en la comprensión del fenómeno en estudio (Van Manen, Investigación educativa y experiencia vivida, 2003).

Esta investigación se centra en las vivencias maternas entendiendo que las *vivencias* de cada persona sobre un mismo fenómeno, son diferentes: es una elaboración que hace cada individuo, sobre la base de su personalidad, sus experiencias anteriores, su capacidad de reflexión, sus intereses y su lugar en la comunidad y en la sociedad. Se diferencia de la

experiencia porque es la construcción que el individuo realiza basándose en las experiencias (De Souza Minayo, 2010).

La fenomenología interpretativa, acerca más al ser en toda su cotidianidad, experiencias vividas, significado de esas experiencias, acciones reflexivas frente a las vivencias (Castillo Espitia, 2013), es por esta razón, que la fenomenología interpretativa es el método adecuado para estudiar las vivencias de las mujeres gestantes en relación a la educación recibida por enfermería en los cursos de preparación para la maternidad en su embarazo actual en una Unidad Primaria de Atención en Salud.

5.2. PARTICIPANTES

La selección de las participantes se realizó por conveniencia, se seleccionaron todas las gestantes que participaban en un curso de preparación para la maternidad en una Unidad de Atención Primaria en Salud; teniendo en cuenta que reunieran los criterios de inclusión, y que participaran en el periodo en que se desarrolló la investigación. Se entrevistaron 8 gestantes.

En los estudios cualitativos usualmente se emplean muestras pequeñas, no aleatorias, ya que el objeto de esta investigación se enmarca en el interés propio de descubrir significados o reflejar realidades, por lo que la generalización no es un objetivo de la investigación cualitativa. Por esta razón, para este estudio el muestreo se determinó con base en las necesidades de información, puesto que la recopilación de datos se acompañó con el análisis de los mismos (Salamanca Castro & Crespo Blanco, 2007).

El muestreo se realizó por conveniencia y las entrevistas se desarrollaron hasta lograr la saturación de datos; la cual se alcanzó cuando no surgió información adicional en las últimas entrevistas, ni al recabar información en entrevistas posteriores, esta fue considerada un indicador para poner fin a la recogida de datos.

5.3. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSIÓN

5.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Las gestantes que participaron en el curso de preparación para la maternidad en la Unidad de Atención Primaria en Salud cumplían los siguientes criterios de inclusión:

1. Haber participado como mínimo en un 70% de las actividades educativas programadas en el curso de preparación para la maternidad de la Unidad de Atención Primaria en Salud.
2. Estar embarazada y tener un embarazo viable.
3. Gestante mayor de 18 años.
4. Gestante dispuesta a dar su consentimiento por escrito.

5.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Las gestantes que participaron en el curso de preparación para la maternidad en la Unidad de Atención Primaria en Salud cumplían los siguientes criterios de exclusión:

1. Gestante con mal pronóstico fetal.
2. Gestante con alteración psiquiátrica ya diagnosticada no compensada durante las entrevistas.
3. Gestante en crisis biopsicosocial no estabilizada por psicología.
4. Gestante con marcadas deficiencias cognitivas.

5.4. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La investigadora realizó un primer contacto con las gestantes en la sexta sesión del curso de preparación para la maternidad, para explicarles el proyecto e invitarlas a participar en la investigación teniendo en cuenta el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión.

El segundo encuentro se realizó con las personas elegidas que en forma autónoma y voluntaria decidieron participar, la investigadora amplió la información sobre la investigación, aclaró las dudas, explicó y solicitó diligenciar el consentimiento informado del cual se entregó una copia a cada participante, con la firma de dos testigos.

La recolección de datos se llevó a cabo a través de entrevistas en profundidad individuales semiestructuradas, se realizaron grabaciones magnetofónicas de audio. La entrevista se estructuró en dos partes: en la primera, se elaboraron preguntas con información socio-demográfica como: edad, nivel educativo, estado civil, afiliación, paridad, entre otras, con el fin de caracterizar las participantes. En la segunda parte, se incluyeron preguntas orientadoras que respondían directamente a los objetivos de la investigación, las preguntas orientadoras se elaboraron de manera abierta basándose en temas claves relacionados con los objetivos de la investigación, las cuales servían de recordatorio para abordar los diferentes aspectos que se consideraban necesarios tratar y/o profundizar de manera que si no surgían en el discurso espontáneo de la entrevistada se introducían como nuevo aspecto a tratar. Durante la entrevista se favorecía que el discurso fuera surgiendo espontáneamente, interviniendo con preguntas concretas para profundizar sobre alguno de los temas o para tratar aquellas cuestiones de las que no se hablaba espontáneamente y eran objetivos propios de la investigación. (Anexo1). Las respuestas de las entrevistadas se recogieron en grabaciones magnetofónicas, que se transcribieron posteriormente. Con las participantes se realizó una segunda entrevista con el objetivo de aclarar dudas y profundizar sobre el fenómeno de

estudio; en esta el flujo de comunicación era mayor pues se evidenciaba la cercanía ya creada con la entrevistadora y se buscaba validar información, recabar y saturar los datos encontrados. Según E. Castillo y Vásquez, en su artículo El rigor metodológico en la investigación cualitativa, las participantes deben ser entrevistadas más de una vez con el fin de entender su situación, corporalidad, temporalidad, preocupaciones, significados y prácticas con relación a un evento específico (Castillo & Vásquez, 2003).

Para la realización de las entrevistas se coordinó un salón en un piso cercano a la IPS lugar conocido por las maternas para generarles tranquilidad y seguridad, se garantizó la privacidad, la comodidad y el fácil acceso de las maternas, el salón contaba con buena iluminación, ventilación, clima agradable y no permitía la interrupción abrupta de las entrevistas. Los horarios se ajustaron a la disponibilidad de tiempo de las maternas.

Los derechos inherentes a las gestantes tales como dignidad, intereses, y sensibilidad se respetaron. Igualmente se guardó la confidencialidad de la información y la identidad de las participantes. La información obtenida fue conocida únicamente por la investigadora y usada para efectos estrictamente académicos; en pro del crecimiento del profesional de enfermería y en la socialización de resultados finales a la Institución, para la formulación de planes de mejoramiento que cualifiquen los modelos de atención, lo cual aporta al mejoramiento continuo de la atención a las maternas.

Se planteó que en caso de presentarse algún riesgo en la participante del estudio se remitiría de manera inmediata al servicio de Psicología y/o Obstetricia con que cuenta la Unidad de Atención Primaria para valoración y manejo.

Se obtuvo al inicio de la investigación la autorización de: el representante legal de la Unidad de Atención Primaria en Salud (Anexo 2), la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética de la Universidad del Valle (Anexo 3) y el Consentimiento Informado de las maternas participantes (Anexo 4).

5.5. RIGOR METODOLÓGICO

En esta investigación de tipo cualitativo se tuvo en cuenta los criterios de la validez y la confiabilidad propuestos por (Guba & Lincoln, 1981) “la validez y confiabilidad son estándares de rigor metodológico independientemente de los paradigmas que orientan la investigación porque el objetivo fundamental de toda investigación es encontrar resultados plausibles y creíbles” como son:

Credibilidad: (validez interna) Se logra cuando los hallazgos de un estudio son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación a lo que ellos “piensan y sienten”.

Se realizó con las participantes una retroalimentación donde se les presentaron los hallazgos de la investigación con el fin de corroborar la información suministrada buscando reafirmar opiniones y corregir interpretaciones que pueda realizar el investigador. Para saturar un dato y darle credibilidad al mismo; se recababa esta información con más informantes para validarlo y darle credibilidad; si se consideraba un hecho aislado después de ser contrastado con las otras informantes no se tenía en cuenta como significativo en los análisis de la información.

Auditabilidad o Confirmabilidad: (credibilidad) Se refiere a la neutralidad de la información o análisis de la información. En esta investigación se ve reflejada en la calidad de la transcripción de los datos recogidos como un aspecto de rigor en la investigación (Sandín Esteban, 2000). Las maternas fueron citadas individualmente para la lectura de los datos de sus entrevistas agrupados en las diferentes categorías de análisis para auditar y validar la pertinencia de los mismos.

Aplicabilidad o Transferibilidad: (validez externa) Es la posibilidad de extender los resultados a otras poblaciones, contextos o grupos. Se trata de examinar como los resultados

se pueden ajustar a otros contextos (Castillo & Vásquez, 2003). Estos resultados y planes de mejora se tomaron como base de propuestas para el inicio de los nuevos cursos de preparación para la maternidad en la IPS y se ha evidenciado que el sentir es muy similar en las poblaciones aplicadas, las recomendaciones y sugerencias son interpretadas como necesidades sentidas en los nuevos grupos que han recibido estas sugerencias. Esto se ha evidenciado también en el grupo de profesionales en que se ha socializado la investigación quienes se han sentido identificados con muchas de las situaciones descritas.

Cabe resaltar que, en la investigación cualitativa, la mayoría de las veces no son comparables los resultados obtenidos en un grupo con los de otro con una investigación similar (Martínez Miguélez, 2006)

5.6. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN - LA ENTREVISTA

La entrevista tiene como “objetivo último acceder a la perspectiva del sujeto estudiado: comprender sus categorías mentales, sus interpretaciones, sus percepciones y sus sentimientos, los motivos de sus actos.” (Valles, 2007).

La recolección de información se llevó a cabo a través de entrevistas individuales semiestructuradas, permitiendo a las entrevistadas expresar sus vivencias relacionadas con el curso de educación para la maternidad. En ellas el entrevistador, pudo decidir libremente el orden de presentación de los temas e ir profundizando en los mismos; garantizando la recolección de la información (Corbetta, 2003). Estas preguntas de análisis, hechos, acciones, al ser semiestructuradas permitieron otras preguntas y hallazgos que se correlacionaron con el tema de investigación, favoreciendo la realización de entrevistas con mayor profundidad que fortalecieron la comprensión de las perspectivas que tienen las gestantes respecto de sus vidas, vivencias o situaciones, y la expresión con sus propias palabras. Este rol del

entrevistador implicó no solo el hacer preguntas sino, también aprender qué preguntas hacer, cuando y como hacerlas (Taylor & Bogdan, 1987).

5.7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis de los datos se utilizó como metodología la hermenéutica, que es el arte de explicar y transmitir, a través de la interpretación, lo dicho por otra persona; procurando traspasar el significado literal de la palabra, develando así el sentido profundo de éstas y de los mensajes, que frecuentemente son plasmados en un papel (Carabajo, 2008).

La técnica que se utilizó fue el análisis del contenido permeando la postura hermenéutica que es una técnica de interpretación de textos, ya sean escritos, grabados, o transcripción de entrevistas, en donde por medio de la lectura y el análisis, se clasifica en la información para ser utilizada (Cornejo, Mendoza, & Rojas, 2008).

Según (Hernández Sampieri, Collado Fernández, & Baptista Lucio, 2006) se realizaron los siguientes pasos:

- Organización de los datos y la información; así como revisión del material y preparación del material para el análisis detallado: Aquí, se incluyó la transcripción que se realizó en un tiempo no mayor a 24 horas de realizadas y fueron codificadas las identidades de cada entrevistada para guardar el principio de confidencialidad, se realizó la lectura preliminar de las transcripciones en varias oportunidades buscando la mayor fidelidad posible en la interpretación de la entrevistada. También las notas tomadas por la entrevistadora durante las mismas.

Esta organización se perfiló de acuerdo a los objetivos propuestos en la investigación y en los temas que emergieron de la información recolectada; se agruparon por temas que fueron las primeras categorías para empezar a codificar.

- Clasificación de los datos. Después de la codificación, los datos estuvieron listos para ser categorizados. En esta fase fue importante la lectura exhaustiva y repetida de los textos, estableciendo interrogantes para identificar lo que surgió de relevante. Con base a lo que se identificó como relevante, se inició el proceso de categorización, el cual hace referencia a un concepto que abarca elementos con características comunes o que se relacionan entre sí. En varias categorías se debió volver a la fuente para aclarar hallazgos, recabar información y validarla para definir relaciones y generar conclusiones.
- Análisis final. En este primer momento, se definieron las categorías y temas centrales del estudio, se respondieron preguntas como: ¿Qué relación hay entre las categorías? ¿Qué patrones básicos se encontraron recurrentemente en los datos? ¿Qué conclusiones pueden ser formuladas? Esto llevó a un nivel superior de análisis, síntesis y descripción. Además, se buscó establecer relaciones entre los datos y los referentes teóricos de la investigación.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación de enfermería trata de aportar nuevos conocimientos en beneficio de las personas, las familias y las comunidades; se inserta y se relaciona con las investigaciones biomédicas, clínicas y de la salud pública, psicología, ciencias sociales entre otras, en cualquiera de ellas hay implicación de seres humanos, por lo que, se deben tener en cuenta para su desarrollo los principios éticos. La Ley 911 de octubre 5 de 2004 define los principios éticos, del acto de cuidado de enfermería y en su Capítulo IV. Artículo 29, Enuncia: En los procesos de investigación en que el profesional de enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental. Con este fin, conoce y aplica las disposiciones éticas y legales vigentes sobre la materia y las declaraciones internacionales que la ley

colombiana adopte, así como las declaraciones de las organizaciones de enfermería nacionales e internacionales (Echeverri de Pimiento, 2004).

Para el desarrollo de esta investigación se contemplaron los siguientes aspectos éticos:

El Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS), reafirma el requisito del consentimiento informado del presunto sujeto de la investigación y detalla todos los elementos informativos que el investigador debe darle a una persona para participar en una investigación, incluyendo los objetivos y métodos de la investigación, duración, beneficios, riesgos, procedimientos o tratamientos alternativos, confidencialidad, proporción de servicios médicos, tratamiento gratuito de complicaciones de la investigación, indemnización en caso de discapacidad o muerte, y la libertad de retirarse de la investigación en cualquier momento sin sanciones ni pérdida de beneficios (Rodríguez Yunta, 2004).

De igual modo se dio cumplimiento a las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, dadas en Ginebra para el año 2002 donde se indica que: “toda investigación en seres humanos debe realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia”.

Este trabajo investigativo adopta los principios bioéticos como la Autonomía de la persona, reconoce su derecho a mantener sus puntos de vista, a hacer elecciones y a realizar acciones basadas en valores y creencias personales. El principio de no maleficencia hace referencia a la obligación de no infringir daño intencional entendiendo que la no-maleficencia, consiste en no causar daño a otros, la beneficencia consiste en prevenir el daño, eliminar el daño o hacer el bien a otros a través de actos de buena voluntad, amabilidad, caridad, altruismo, amor o humanidad. El principio de Justicia entendido como un derecho al cuidado de la salud sin

desigualdades, con honestidad e idoneidad, equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a una persona (Siruana Aparisi, 2010).

Se tuvo en cuenta la declaración de Helsinki sobre los principios éticos para investigación con humanos con las modificaciones realizadas por la Asociación Médica Mundial en octubre del año 2000 en Edimburgo, la cual se enfoca en la participación voluntaria por parte de los sujetos, el suministro de información clara y real sobre la investigación, la decisión libre de retirarse de la misma cuando el sujeto lo decida y en el informe oportuno en el caso de encontrarse hallazgos de efectos adversos que alteren la vida de los sujetos (Manzini, 2000).

La Resolución N.º 008430 (Ministerio de Salud, 1993), establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Teniendo en cuenta sus lineamientos; esta investigación se adhiere a los siguientes artículos mencionados en su Capítulo 1:

Artículo 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Artículo 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 9. Se considera como riesgo de la investigación la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Artículo 10. El grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación.

Artículo 11. Para efectos de este reglamento esta investigación se clasifica en categoría: b) Investigación con Riesgo Mínimo: Los riesgos que se presentan en esta investigación son mínimos al no realizarse experimentación clínica de ningún tipo, ni se adentra en

experiencias psíquicas, ni traumáticas de las participantes, ya que se centra en las vivencias maternas respecto a la educación recibida por enfermería en un curso de preparación para la maternidad; por medio, de la narración, la grabación en cinta de audio y la toma de notas.

Artículo 34. Las investigaciones en mujeres embarazadas, con beneficio terapéutico relacionado con el embarazo, se permitirán cuando:

- a. Tengan por objeto mejorar la salud de la embarazada con un riesgo mínimo para el embrión o el feto.
- b. Estén encaminadas a incrementar la viabilidad del feto, con un riesgo mínimo para la embarazada.

Al finalizar la investigación, se socializará no solamente con la comunidad científica de enfermería, sino con la Unidad de Atención Primaria en donde fue desarrollada la investigación, con el objetivo de retribuir los resultados a la población participante y a la entidad misma.

7. RESULTADOS

7.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PARTICIPANTES

Participaron 8 maternas que realizaron el curso de preparación para la maternidad en una IPS de primer nivel. Cuatro primigestantes y cuatro multigestantes. Tres de ellas con antecedente de pérdidas por aborto, una con cesárea anterior y dos con parto vaginal; seis de las participantes planearon su embarazo. Las maternas tenían edades entre los 19 y 34 años.

En cuanto a su estado civil; tres de las participantes vivían en unión libre, tres casadas y dos de las participantes madres solteras.

Cuatro de las participantes trabajaban en horarios diurnos; todo el día con jornadas de 8 horas diarias que en ocasiones se extendían por necesidades del trabajo, una era estudiante

universitaria, dos aplazaron estudio por su embarazo y una siempre se dedicó al hogar (madre de dos hijos actualmente).

Cinco de las maternas vivían en su residencia solo con su pareja; una vivía con su pareja y con otros familiares y dos sin pareja y en casa de sus de padres.

Cinco de las participantes tenían familia cercana en la ciudad y tres no tenían familia en la ciudad.

Dos de las participantes del estudio tenían bachillerato completo, tres estudios técnicos y tres formación universitaria.

7.2. CAMBIOS EN EL EMBARAZO Y CUIDADOS DE LA MUJER EMBARAZADA: UN MUNDO NUEVO Y CON MUCHA INFORMACIÓN.

La gestación implica cambios físicos, psicológicos y sociales que impactan en el rol de la materna, su familia y el entorno en general. Estos cambios ponen a prueba los mecanismos adaptativos y redes de apoyo de la materna y su familia trayendo consigo la necesidad de información y de preparación frente a los cambios y retos que les plantea su nuevo estado. La búsqueda de información y la obtención de la misma fluye desde el entorno familiar, social y laboral hasta la investigación por Internet; este cumulo de información, no siempre validada es recibida por las maternas y con ella tratan de dar respuesta a los constantes cambios que experimentan, sus temores en relación con el parto, los cuidados del recién nacido y su auto cuidado durante la gestación y el puerperio. El Curso de preparación para la maternidad liderado por enfermería ofrece información sobre los cuidados, preparación física y psicológica de la gestante, su pareja y su familia. Buscando así, una adaptación positiva frente a los procesos fisiológicos de la embarazada; propiciando el autocuidado en la materna gestante, en parto y posparto, el recién nacido y el grupo familiar.

7.2.1. CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO

Los cuidados en el embarazo son un tema que se aborda durante esta preparación y busca una comprensión de los cambios que trae la gestación para la materna y su familia; para empoderarlos con nuevos estilos de vida que hagan satisfactoria y llevadera esta nueva etapa.

Las maternas del curso refirieron haber recibido información sobre los cuidados durante el embarazo...

“... cuidados durante el embarazo si nos explicaron, con respecto al ejercicio yo buscaba más ejercicios con respecto ahh... pues para aliviar los dolores de espalda, de cadera y eso; en cuanto al dormir, ¿sí? yo pregunte esa vez que si era cierto que si uno dormía boca arriba afectaba al bebé...”

“... si nos dijeron porque es importante comer bien, y lo del ejercicio, a mí me preocupaba la piel, pero me dijeron que eso era normal y ya, sin embargo, yo me he cuidado con que me recomendaron en el trabajo, nos dijeron de los descansos (en el trabajo) a mí me dio risa porque en el trabajo no se puede, a ella no le gustó (la risa, a la enfermera) ... y no pregunté más...”

Las maternas refieren haber recibido información básica teórica de los cambios durante la gestación; sin embargo, para ellas esta información es de fácil acceso y revisión; sus expectativas iban más allá; no se sentían satisfechas con la simple revisión de los temas, esperaban conocimientos enriquecidos con la experiencia del profesional y del grupo de las maternas, querían expresar sus propios cambios, su sentir particular y como los estaban manejando o como los deberían manejar.

“...Y nos mostraron un video y entonces pues uno llega con toda la expectativa a recibir algo, ¿no?, y pues cuando uno llega y un video largo, se desinfla, y uno como que ahh, viniste acá para ver un video, y no pues mostrarnos más... la verdad...”

Dentro del tema de cambios y cuidados en el embarazo su interés se centró en las pequeñas cosas del diario vivir como el qué hacer y no hacer ante las situaciones nuevas que viven y sienten a diario, pautas para adaptarse y vivir mejor esta etapa, y las dudas frente a los consejos de cuidado que reciben diariamente.

“...que, si se mancha la cara, porque se mancha la cara. Por ejemplo, yo no sabía...aquí pues no se hablaba nada de eso, que a veces salen pigmentaciones, otras se brotan, ¿sí?, no sé. Cosas de esas, entonces qué hacer con respecto a eso. Eso cómo manejarlo, cómo tratarlo...”

“... por ejemplo yo; yo hago aseo y me empiezan a doler muchísimo las caderas, ¿sí?, entonces ehh y es incómodo porque entonces uno va haciendo aseo y ya de un momento a otro le dolió, estoy trapeando y me dolió, entonces hasta qué punto...es bueno y recomendable por ejemplo seguir con esos mismos hábitos que uno llevaba, ¿sí? eso, de la rutina diaria. Entonces de qué manera nosotros podemos afrontar eso, ese dolor, si, que podemos hacer para calmar esos dolores...”

Las recomendaciones de conocidos y familiares sobre los cuidados durante la gestación y de cómo adaptarse a ellos son temáticas que les gustaría a las maternas que fueran incluidas en su preparación para cerciorarse de recibir información confiable. Es importante en los cursos tener en cuenta las inquietudes de las madres participantes.

“... yo vi a una mamá que me dijo: “estoy muy cansada, la cadera ya no me da, me mandaron a poner una faja materna”, entonces por ejemplo interesante saber si uno puede usarla, como agacharse; todas esas cositas por ejemplo para uno tener en cuenta en el diario vivir; no hubo espacios para eso...”

“... yo, me apliqué crema y compré cápsulas de vitamina E y me la aplico en el cuerpo. Pero ella (amiga) dijo que no era bueno y me dio otra receta que a ella finalmente no le sirvió porque se le agrieto la pancita... cuidados como digamos... de las cosas como que uno

curiosean en internet y que se los den a uno a conocer, que sea estudiado, información real ...”

Lo anterior nos habla, que las verdaderas necesidades del conocimiento cambios y cuidados en el embarazo están enfocados desde la vivencia diaria, desde la sencillez de las cosas que rodean a la materna y que ella quiere expresar. Las inquietudes son muy individuales pero el sentir y la necesidad de centrarnos en estas pequeñas cosas que para ellas son importantes es general.

7.2.2. INTERÉS DE LAS MADRES POR LA INFORMACIÓN

Cuando la mujer descubre que van a ser madre, se interesa por encontrar información fidedigna sobre los cuidados durante el embarazo, pues siente que no tiene el conocimiento necesario sobre el embarazo y el parto. Al recibir la noticia de su gestación, la madre recurre a todas las fuentes de información disponibles, empezando por la sabiduría popular (es decir, las abuelas, vecinas, amigos, etc.)

“...mi mayor fuente de confianza...mis compañeras de trabajo. Ellas son las que dicen que debo hacer, que no debo hacer...”

“... Esta mi abuela, mi tía, las mamitas que tengo alrededor. Y unas que no son familiares, como dos amigas que tienen hijos...”

“... con la gente que uno habla, que toma uno el tema, entonces hay gente que, si me dice...”

“... mi mamá y mis tías, aunque siempre me dicen a todo que no. Que no puedes hacer esto o aquello... por eso ya casi con ellas no les pregunto...”

El abordaje al personal de Salud en busca de atención, ayuda, comprensión e información sobre su nueva condición y los cambios que se están presentando es también una fuente de información.

“... a la ginecóloga, le pregunto; entonces ella me iba diciendo a medida que yo iba preguntando...”

“... me hablo con las muchachas de vacunación...”

“... la jefe de enfermería... porque me pudo solucionar las dudas que tenía...”

“... lo que me da duda le digo a la psicóloga... es a la que más le tengo confianza...”

Y continuando con la amplia oferta de información que pretende direccionar a los futuros padres en su labor, se suman de manera importante las fuentes de información tecnológica como el Internet y las fuentes de información digital que se convierten en herramientas que consultan para resolver sus dudas.

“...tengo una aplicación de Baby Center cada semana y cada día, explica algo diferente, descargaba videos y yo pues hacia los ejercicios...”

“... El curso complementa la información que adquirí por internet es el medio en el que hoy en día, uno trata de... de aclarar muchas dudas...”

“... tan pronto supe, me suscribí en un link que te llega diariamente y te acompaña todo el embarazo, hay un chat también y uno escribe sus dudas, pero algunas cosas no se usan aquí (Colombia) y es complicado ... pero ayuda mucho ...”

Este caudal de información trae como consecuencia que las maternas y sus familias busquen en el curso información validada, enriquecida por el conocimiento científico, la experiencia profesional y la vivencia de los profesionales de salud y sus compañeras gestantes; las maternas identifican los peligros de información no validada por los profesionales de salud que las rodean:

“...La cuestión es saber buscar, digamos que uno en internet escucha muchos mitos y cosas así, digamos que uno aquí viene y con personas reales que uno conoce, que ve, profesionales, en este caso enfermeras, que le aclaran a uno muchas dudas...”

“...antes si trataba de concentrar muchas cosas en internet, de pronto digamos con el resultado de un laboratorio (expresión de problema). Pero ya después no, no traté de meterme en eso porque todo lo que dicen en internet no es cierto, en cambio yo entablaba mucha conversación con la ginecóloga, yo trataba era de preguntarle a ella y ella me aclaraba muchas dudas...”

“... lo que paso fue horrible ... ingrese mis datos de la ecografía y de unos laboratorios y me salieron unas cosas relocas que me pusieron mal y fue todo un problema también el susto con mi pareja por eso ahora primero pregunto en mi control y ya no miro tanto el internet para esas cosas ...”

Lo anterior no devela que es imperativa la cercanía de los profesionales en salud, pues las maternas los ven como sus referentes y en ellos siembran su confianza. Dentro de la atención general el personal asistencial debe generar estos espacios para entablar cercanía y aclarar dudas.

Las maternas sienten la necesidad del saber profesional; tanto así que esperan este acompañamiento educativo se de al interior de las consultas y controles a los que asisten; consideran que esta formación no solamente se debe dar en el curso de preparación para la maternidad; sino es tarea de todos los profesionales de la salud pues son los que deben despejar estas dudas durante sus atenciones ...

“...ni siquiera el médico me lo ha dicho en los controles; que es donde a uno le tienen que llenar todas esas dudas para el momento de uno tener su bebé y no estar como tan primíparo. Hay muchas cosas en internet que no son ciertas entonces por eso uno necesita un guía profesional para que todas esas dudas ya queden bien...”

Las maternas sugieren espacios para compartir las vivencias presentes y previas de sus compañeras pues reconocen esta información como validada por la experiencia y proveniente de personas cercanas a sus realidades ...

“...en general es compartir información y recibir información de mamitas que ya son, ya tienen el segundo o el tercer hijo y también es conocimiento ya más vivo, más real. Las mamitas que ya tuvieron parto le dicen no tranquila eso se puede manejar así, o a mí me paso así, eso ya es una información más real, más utilizada, más de una vivencia, entonces eso a mi modo de ver, es muy importante...”

En el curso de preparación para la maternidad las maternas esperan de las enfermeras información adicional; han encontrado ya por las diferentes fuentes de información un sin número de lineamientos y recomendaciones que esperan validarlos con la experiencia de los profesionales, con información actualizada verídica y coherente a sus realidades.

“...de todas formas ellas, ya lo han vivido en su trabajo.... Ya lo vivieron en un ámbito real y lo aterrizan a uno, porque uno muchas veces puede creer que un servicio de salud es así o así y pues entonces aquí en el xxxx es así...”

“uno se sienta y ve cosas que hacen en otras partes, pero por lo que le comentan a uno otras mujeres que han tenido sus bebés en xxxx allá no es así y es a donde nos van a mandar; entonces ellas (las enfermeras) deben es mostrarnos lo realmente nos va a pasar; porque ellas (las enfermeras) si lo saben ...”

Para las maternas es importante que temas de actualidad en cuanto a productos de cuidado para ellas y sus bebés, técnicas o avances en el área de la maternidad sean comentados en el curso, estos son interrogantes que les surgen dentro de todo el flujo de información que les llega ...

“... Con lo que uno investiga en Internet les deja a ellas (las enfermeras) también como con algunas dudas y preguntas para que... actualicen un poco sus conocimientos. Digamos que

falto complementar información, en mi caso sobre bancos de leche; la enfermera me dijo: “voy a consultar sobre eso, porque no tengo claridad en eso...”

“...Otra mamita intervino preguntando si era fácil conseguir esas bolsas para guardar la leche que ella nos decía (la enfermera) y en cuanto al parto si ese monitor que nos mostraban en el video estaba en EEUU en la sala de partos y es para ver que él bebé esté bien ¿que si los hay aquí en xxxx? Y ella (la enfermera) dijo: pues voy a averiguar...”

La actualización de los profesionales y la contextualización de esta información en las realidades de las vivencias de nuestras maternas es importante para ellas; pues las maternas se esfuerzan por investigar, aprender y tratar de implementar los recursos que se pueden utilizar en la vida diaria, para facilitar su labor como madres y el cuidado de sus bebés.

7.2.3. LAS EXPECTATIVAS DE LAS FUTURAS MADRES

Las madres traen expectativas particulares que llevan a reflexionar sobre sus necesidades, en cuanto al abordaje de la temática del curso de preparación para la maternidad, pues sus expectativas los llevan a ser consultantes de las diferentes fuentes de información que en la actualidad son muy completas, por lo tanto, con su ingreso al curso las inquietudes giran en torno a lo vivencial hacia lo fenomenológico reflejado en expresiones como:

“...para mí el curso fue como, volver a retomar el tema de... de internet que, si tú lo miras, tomas la primera clase y ahí está todo...porque es que uno está en eso, investigando a toda hora, su mente está trabajando en buscar respuestas, en que es lo que va a cambiar, como va a cambiar mi cuerpo, que voy a sentir ¿sí? ...”

“...sentí que había como vacíos, ehh hay alguna preparación, pero es como básica, realmente no, no es profunda...”

“... que las enfermeras se apoyen de las vivencias de las otras maternas, para que eso sea como una base fuerte en el curso. Todas las mamitas pueden tener partos con experiencias distintas, aunque hay conceptos relativamente similares, pero eso les va a dar más peso a la información que digamos ellas nos acaban de brindar. Que, si están hablando del parto, entonces cuáles mamitas han tenido parto y cuáles cesáreas, entonces mira, ella acaba de decir que la cesárea es esto, esto y esto, que el protocolo es así, entonces cuéntenos su experiencia, entonces en el hospital xxxx en así y en el xxxx es así; así mismo, lo contextualizan a uno como son los servicios, de cómo es la experiencia y que cosas pasan...”

Las expectativas frente al curso de preparación para la maternidad de las futuras madres son grandes, pues está en proceso de cambio su rol como pareja y como familia, ahora con un nuevo miembro, el sentimiento de querer hacer las cosas bien y no improvisar en este tema tan vital de la vida de familia, como es la llegada de un hijo nos lleva a plantear interrogantes sobre la temática, la metodología, y la organización en general. Las gestantes buscan un apoyo, ser oídas y compartir sus experiencias.

“... uno busca al ir, de pronto es una forma de no se... de pronto de desahogarse, de pronto de tomar las cosas con más calma; porque es tenaz todo lo que viene. Pero si me parece importante de verdad porque todo está cambiando, pero no hubo esa oportunidad compartir eso de verdad...”

“... pensé que había algo más en el curso, quería más cosas, ehh...para mí, para cómo ayudarme a organizar mi vida”.

“... esperaba que fuera un poquito más largo y esperaba que hubieran más temas como deee... todos los miedos, de las cosas que le cambian a uno como madre. Siii...”

Estas temáticas consideradas importantes por las maternas y que son sugeridas para ser incluidas en su preparación como su rol como madre y trabajadora e inclusive algunas creencias populares.

7.2.4. LA TEMÁTICA QUE INTERESA A LAS MATERNAS

Los temas tratados en el curso de preparación para la maternidad fueron considerados por la maternas buenos, interesantes, pertinentes; en general hubo consenso en su satisfacción:

“...sesiones muy interesantes, me gustaron de verdad...”

“...yo antes yo no iba porque yo pensaba que era aburrido así, que eso era bobada, pero después ya me di cuenta que es bueno para nosotras mismas, porque nos dan ahí clases de cómo criar a nuestros hijos, como cuidarlos, ... y tenerlos bien...”

“...La parte de los ejercicios en los momentos de relajación y en los momentos de antes y en el parto, esos ejercicios estuvieron chéveres...”

“...desde el principio nos estuvieron guiando pues de las emociones que ya hemos venido sintiendo los cambios físicos... ehh, los síntomas de riesgo, que tenemos que ir al hospital, todo eso pues nos han guiado hasta el momento muy bien...”

Dentro de las sugerencias a los temas propuestos son prácticamente los que se desarrollan normalmente en el curso solo que, desde un enfoque más cotidiano, más vivencial:

“...en cuanto a lo que vas a sentir como más ganas de orinar, que hacer en algunos momentos críticos con tu familia o pareja, más práctico... detalles muy simples que me parece que son importantes; cositas que a veces de pronto pueden pasar desapercibidas, pero para las mamás son importantes...”

“.... Porque la verdad son muchas dudas las que uno tiene durante el embarazo. Si yo hiciera un curso lo centraría como en las dudas que se generaban a mí, lo que yo iba y buscaba en internet...”

El abordaje en la cotidianidad del regreso a las actividades diarias y el querer brindar a los hijos los mejores recursos en cuidado, seguridad, nutrición en general; crean inquietudes en

los padres en aspectos relacionados con la crianza y en la toma de decisiones alrededor de las prácticas de cuidado por esta razón desean conocer aspectos prácticos basados en la experiencia sobre situaciones cotidianas de las madres. Esto se evidencio en las entrevistas en expresiones como:

“... en los temas tratar las dudas que a uno le surgen cuando va a comprar...digamos de seguridad del bebé como: las sillas del carro, temas como los canguros, uno quiere comprar lo mejor, quiere mejor dicho, tener lo mejor pero tiene muchas dudas y uno está entre me voy por lo más caro, pero a veces lo más costoso no es lo más saludable para el bebé como las leches de tarro o en canguros no es lo más ortopédico, lo más indicado y hasta qué punto yo puedo comprar algo más económico pero que sea ortopédico. Entonces podría hablarse de eso. De los cargadores, de las sillas de autos, de los coches, de la seguridad con los coches, cosas así. Que tienes que prever todos esos gastos, que le digan a uno que es lo realmente importante y le indiquen como que es más seguro...”

Las maternas reconocen la vinculación o cercanía del personal con las Instituciones Prestadoras de Salud y esto les brinda seguridad en cuanto a la posibilidad de obtener información clara de cómo va a ser su proceso de atención; este saber es valorado y quiere ser recibido en su preparación para la maternidad ...

“...hay muchas cosas que también dependen de cada sitio, de cómo lo van a atender, cuánto tiempo se demora uno más o menos en que lo dejen hospitalizado y le asignen una habitación, o si dejan estar a los papitos o más familia, o cuantas personas lo van a atender y lo van a mirar a uno en el parto, todo esto, son muchas dudas, pero pues... ahí si como se dice, cuando ya está uno en el proceso lo sabrá... pero si sería buena una charla donde nos digan eso...”

Las maternas sugieren también abordar temáticas que fortalezcan su resolutiveidad y asertividad frente a situaciones cotidianas que puedan incidir en el bienestar de su recién nacido como son ...

“... que nos digan sobre cólicos, que debemos hacer en el caso de los cólicos, si les podemos dar las agüitas, y ya o si definitivamente hay que llevarlo al médico...”

“... Y si no come, o como sabe uno si ya quedo lleno; porque uno no sabe cuánto le sale de leche y puede estar desmayado y no dormido; a una vecina le hospitalizaron el bebé por eso. Allá le dijeron que no le había dado suficiente comida...”

La implementación de temáticas que favorezcan su adaptación a situaciones cotidianas; que las empoderen para resolverlas de manera segura y eficiente son para ellas temas primordiales, pues sienten, que allí las situaciones que se presenten estarán bajo su responsabilidad y ya no contarán el apoyo del personal de salud.

7.2.5. LA LACTANCIA MATERNA UN TEMA CENTRAL EN SU PREPARACIÓN

La lactancia materna es un tema que les gusta a las madres y la reconocen como importante pues consideran es un vínculo importante con su bebé y una fuente alimenticia insuperable. Pero temen a los comentarios y situaciones difíciles como la “mastitis” que la ven siempre tan cercana y dolorosa y de la que han escuchado o vivenciado en anteriores gestaciones; por esto, refieren necesidad de sentirse bien preparadas en este tema. Coinciden en la importancia de cuidar el pecho, preparándolo e hidratándolo antes del momento de lactancia y en la importancia de aplicar buenas técnicas al lactar.

“... esa clase, me gusto porque yo creo que es muy bueno para el bebé y la mamá, es poderle dar al bebé lo que necesita y que el sea feliz y uno también ... porque que madre no quiere

darle lo mejor a su hijo... hay mujeres que no quieren lactar porque se les dañan los senos y ... pero yo creo que eso no importa porque me va a unir con mi bebé ...”

“me gusto (la clase de lactancia) pero fue solo una y ya ... deberían ser más porque es muy importante, todo el mundo sabe que es lo mejor para el bebé y su alimentación ...”

La lactancia es visto como el tema del parto, un tema primordial muy importante para el binomio madre hijo pues puede generar complicaciones graves para ambos; adicionalmente este tema trae nuevamente al igual que el parto el miedo al dolor ...

“... cuando hablamos el tema de la mastitis (expresión de dolor en los senos) , a mí me dio dos veces mastitis con el último niño, pues porque producía demasiada leche, y ahí la jefe nos explicaba la forma de darle de comer al bebé, entonces ahí es donde uno dice: “Oiga, como que ahí la estaba embarrando” (Risas) puede ser que a causa de ese mal manejo que yo estaba dándole por eso fue que me dio la mastitis también, porque ella explicaba bien como agarrar el pezón...”

“...A mí nadie me había dicho cosas así de cómo poner al bebé, de pronto por eso me pasó lo que me pasó (expresión de dolor); esa clase fue muy buena y la enfermera nos mostró bien como darle pecho y nos pasó para que nosotras lo hiciéramos. Así uno aprende de verdad ...”

“... que nos digan bien las enfermeras, que hacer en ese momento cuando se le agrieta el pezón, con mi hijo anterior unas me decían: yo me coloco zanahoria, otras remolacha. Bueno otras se colocaban verduras en los senos para refrescarlos (risas), también me decían compre piel alumbre, y antes de tener el bebé empiece a aplicar piel alumbre cosa que ya cuando nazca el bebé no se vayan a agrietar; esta vez voy a hacer todo (risas)...”

La lactancia trae consigo inseguridad por producir lo necesario para los requerimientos del bebé; así como los problemas que han escuchado o vivenciado sobre las dificultades del

amamantar o la no producción de leche y la necesidad de suplir las necesidades de alimento de los bebés ...

“... yo me acuerdo cuando era pequeña y estaba en el colegio las mamás decían: “hay que tomar pony malta, pero es mejor la cerveza, que ayuda a la bajada de la leche” también me han dicho que tome leche con ajonjolí y con hinojo o algo así; queremos concejos caseros para cuando estemos en casa y así de pronto para evitar lo de los medicamentos... o tocará leches de tarro”

“... la clase de lactancia, esa me gusto, sino que fue muy rápida, pues; llevaron ese cosito como de seno y no lo pasaron y nos explicaron cómo cogerlo y darle al bebé...”

“...ahí nos recalcaron mucho la importancia de lo que es la lactancia materna, espero que tenga buena producción esta vez porque con el niño fue muy poquito. Nos tocaba darle leche de fórmula, pero entonces con este embarazo, espero que las cosas sean diferentes, pero no sé...”

Son muchas las inquietudes que se despiertan en las madres alrededor del tema de la lactancia materna, las dudas sobre su capacidad de satisfacer al bebé, las molestias al hacerlo, los mitos en los cuidados, la popularización del uso de leches de fórmula, entre otros son temas del diario vivir para las maternas al reflexionar sobre la lactancia materna.

7.2.6. METODOLOGÍAS PARTICIPATIVAS, UNA NECESIDAD EN LA EDUCACIÓN MATERNAL

En las entrevistas las maternas sugieren erradicar las clases magistrales, propiciar la integración, fomentar la flexibilidad en el abordaje de los temas. Las maternas expresaron que las ocasiones en que ellas “se tomaron el curso” refiriéndose a su participación activa y socialización de experiencias vividas; fueron experiencias muy favorables donde el fluyo el componente socio-afectivo de las gestantes; generándose una interacción recíproca, donde se

evidenció una relación de cuidado mutuo manifestado en las madres del curso, quienes reconocieron el valor de la experiencia vivida por sus compañeras, por eso consideraron enriquecedor el sentirse líderes y centro de su propia experiencia de aprendizaje, sin embargo, el tomarse esa libertad de expresión fue manifestado por ellas como una interrupción al modelo acostumbrado “... aunque es feo que lo interrumpen a uno en clase, sin embargo, es bueno eso, porque ayuda, pues genera más confianza, aunque ella (la enfermera) es la experta. Fue esa vez cuando nos tomamos la clase que salían muchas preguntas, y dudas con respecto a todo lo que sentíamos”; esta interrupción generó un intercambio de saberes, vivencias y sentimientos.

Esta necesidad de compartir sus vivencias, de integración y cercanía, de flexibilidad, de romper con la clase magistral es descrita así, por una materna:

“... eso parece el primer día del colegio, todos en puestos muy separados, pues no éramos muchos, éramos como unas 6, 7 personas, entonces en la sala nos distribuimos todos muy separados ¿sí? Empieza la exposición, a mostrar cosas, el video, el Power Point y eso... y a medida que iba pasándolas (la enfermera) decía “¿Tienen alguna duda, tienen una pregunta?” y todos como extraños y callados; entonces ella nos seguía mostrando, eran como muy recitando una exposición...”

“...fue como un tema de exposición, como si lo hubiéramos visto en un video, nos faltó comunicación...”

Aunque la metodología del curso de preparación para la maternidad contempla sesiones teórico prácticas, las maternas consideran que debe ser un enfoque donde predomine aún más la práctica, mediante la implementación de talleres experienciales o vivenciales, como parte de un proceso de capacitación, talleres en los cuales, las actividades, dinámicas de grupos, simulaciones clínicas entre otras herramientas, cumplen un papel primordial para

promover desde la experiencia, fomentar espacios para la construcción de los aprendizajes, fundamentados en la interrelación entre la experiencia y la reflexión.

“... es muy bonito que lo lleven a uno como tal a la experiencia... si uno hace una clase debe hacer la clase un poco experimental, que tenga vivencia. No clases muy monótonas, que están ahí hablando, y hablando ¿sí?... como que no llama tanto la atención, por ejemplo, muchos videos, pero qué bonito sería de pronto... traer muñecas ¿sí? y póngale un pedazo de... de ... de bomba ¿sí?... del ombliguito, coger el algodón y hacerlo, pero bonito sería que hiciéramos, una clase de estos ejercicios...”

“... con las otras madres es mucho lo que uno tiene en común, entonces poder compartir con las otras madres, con la enfermera, sí... que la enfermera haga lo posible por unirnos a todas y que todas comentemos... hablemos creo que eso es importante... porque todas tenemos diferentes experiencias y sabemos cosas diferentes...”

“... que la misma jefe genere ese ambiente para hacerlo. Entonces que pueda llegar a decir: bueno vamos a hacer un debate, ¿sí?, ¿díganos lo que a usted le ha pasado, con tal cosa? ¿Entonces más charladito, ustedes que piensan con respecto a tal cosa ¿sí?, entonces colocarnos a debatir, eso es chévere ¿sí? ...”

Relacionado con la persona que desarrolla el curso, sugieren el direccionamiento del curso de preparación para la maternidad por parte de una sola enfermera; pues consideran, que genera vínculos de cercanía, confianza, seguridad y facilita la secuencia y orden de acuerdo a las necesidades del grupo de maternas.

“...sería más práctico una sola persona para que uno no tenga ni como comparar, o sea ya es esta persona, y se relaciona más con esta persona, y se familiariza más con esta persona... si, eso como que ya no vuelves a iniciar con otra persona, entonces, como que ya es un trato, más familiarizado...”

“...cuando vinimos todos a la sesión, ya habían cambiado a la enfermera, y ella no siguió... ese mismo orden, y ya nos salió otra cosa, después en la siguiente sesión ya volvió la enfermera, pero fue digamos ... el tema paso muy por encima, a mi modo de ver...”

“... uno intentaba de pronto acercarse a la enfermera y contar, pero uno casi ni la ve. Es bueno para establecer esos vínculos de confianza, pues a veces intentaba yo preguntarle cosas, pero me daba pena, y pues no, yo prefiero quedarme callada, ¿sí? porque pues no era lo mismo estar siempre con una y que esa, ella empiece a conocer como tal a sus maternas...”

Las madres reconocen el valor de la experiencia vivida por sus compañeras, por eso consideran que el compartir estas experiencias en el grupo es enriquecedor, fomenta la solidaridad, comprensión y da seguridad a todas las maternas pues es un conocimiento que parte de la realidad de la vivencia misma de personas cercanas y que puede ser aprovechado por el personal de salud para evidenciar la teoría en la práctica y brindar más seguridad a las maternas en los temas que se manejan.

En cuanto al aprovechamiento del saber de las maternas y la integración de este al grupo; así como la importancia de fortalecer los espacios para compartir experiencias, consejos y vivencias; todo lo anterior dentro de un espacio liderado y propiciado por la enfermera; resaltan la necesidad de que se defina este entorno como un pilar dentro del desarrollo metodológico del curso de preparación para la maternidad.

“... aunque es feo que lo interrumpen a uno en clase, sin embargo, es bueno eso, porque ayuda, ¿sí? y pues genera más confianza, aunque ella es la experta. Fue esa vez cuando nos tomamos la clase que salían muchas preguntas, y dudas con respecto a todo, pero entonces ella (la enfermera) nos decía: “no esos son mitos” pero sin embargo es bueno eso, porque ayuda, pues genera más confianza, es chévere también escuchar otros puntos de vista, ¿no?, y que otra persona pregunte y uno: uhyyy siiii, clases que generen ese ambiente, la verdad

donde hubo integración con las otras mamitas que habían ahí, y pues en lo poquito que hablábamos, tanto como ellas y yo también compartimos experiencias...”

“...Cuando yo inicié yo estaba haciendo ejercicios (en casa); entonces unas mamitas escucharon y pues ellas querían saber más. Ahí nosotras paramos la clase, hasta nos levantamos y empezamos a enseñar, por ejemplo, yo, me levanté y comencé a explicar: yo hago tal ejercicio así; que es para fortalecer las piernas, entonces... eso debe ser; se dio entre nosotras un espacio que generó ese ambiente como tal de confianza, que las mamás pregunten y hablemos...”

Las maternas dan ejemplos de la necesidad de participación de las gestantes para resolver sus inquietudes.

“...Integrarnos en las clases prácticas no como en la de estimulación, en esa cada una lo íbamos haciendo, pero aparte... no compartimos en el curso. Cuando fueron diálogos, fue en ese dónde las primerizas, empezaron a preguntar bueno y el bebé ¿cuándo hay que darle de comer cuando nazca? esa fue la primera pregunta del curso (risas) me quedó ahí grabado. La primera pregunta, entonces le decía (la enfermera) no mira... y cuando iba a hablar entonces; ya empezamos nosotras (las maternas a explicar), no eso es inmediatamente tú ya estás lista, y hablamos de si le baja la leche, y si debes entonces alistar un teterito, por si acaso o algo así, pero fue digamos, como que esa parte de conversación que compartimos, pero sólo la tuvimos una vez...”

También en las entrevistas las maternas describieron la escasa interacción que realizan las gestantes en el curso, para interactuar entre ellas y la enfermera, teniendo en cuenta sus experiencias e inquietudes.

“... no hubo ninguna otra interacción programada, pero si, un día se dio y allí pues habían mamitas que eran de segundo parto digamos, de tercer parto, entonces le decían: “No tranquila” que yo no sé qué, o ellas mismas le aconsejaban a uno, porque uno era como que

miedoso y ansioso y como qué y esto y esto y lo otro, entonces decían “No tal cosa, no tal otra, o...eso se hace así o las relaja, y tranquila y tal cosa” entonces así, pero si se pudo... ver esa solidaridad entre ellas, de las que ya tenían esos conocimientos y compartirlo con nosotros...”

Hay que tener en cuenta que la utilización de una metodología activa y participativa a lo largo del proceso educativo proporciona apropiación de las necesidades, demandas, problemas, motivaciones, intereses y comportamientos del grupo y de los factores relacionados.

Consideran las gestantes que debe reelaborarse el desarrollo del curso día a día y la programación debe ser lo suficientemente flexible (para adaptarse a las necesidades del grupo en cada momento, pero rigurosa en el compromiso de cumplimiento de objetivos propuestos y seriedad en la organización misma). Sin dejar de abordar los temas ya anunciados y que hayan sido considerados por el grupo como importantes para ser manejados en el curso de preparación para la maternidad, por esto la importancia de que el curso de preparación para la maternidad sea liderado por una sola enfermera que conozca las reales necesidades e intereses de su grupo de maternas.

“... sentí desorganización, no cumplimiento de los talleres propuestos, quedó incompleto, otra cosa que me disgustó es que llegamos con mi esposo y entonces pensamos que iban a hacer la clase tal... porque ya nos habían dicho la anterior, pero resultábamos haciendo otra y con un video, y nos dicen traigan... luces, papel, que no sé qué. Ese miércoles lo llevamos, pero no resultaban haciendo eso, porque resulta que era con otra enfermera...”

“... Iniciábamos tarde las clases, uno intenta, la verdad cumplir; yo salía del trabajo a las 6, pero entonces pedía permiso 15 minutos antes para poder estar acá a las 6 en punto ¿sí?, entonces al hacer ese esfuerzo para llegar acá a las 6 pm y no comenzar pues por lo menos 6:10 pm, ¿sí? ...entonces desmotivada la verdad...”

Las gestantes solicitan permitir a las embarazadas explicitar sus experiencias y necesidades que en ocasiones son particulares.

“... el proceso fue como rápido; faltó como de pronto más, más especificación porque no todas las mujeres somos iguales y no todas vivimos los mismos cambios; hay unas que dicen, por ejemplo: “Ay, a mi si me dio vomito” “a otras no” entonces hay temas más alargados que otros con de pronto de más charla, porque es que, no todas presentamos los mismos síntomas, los mismos cambios...”

Este conocimiento que buscan encontrar las maternas en las otras madres y parejas, es un saber ya validado por la experiencia vivida de sus compañeras; es una realidad que reconocen con más valor que cualquier información suministrada por internet, familiares o inclusive por el mismo grupo de profesionales de la salud. Las maternas refieren haber recibido información teórica de los cambios biosicosociales del embarazo; sin embargo, refirieron que esta información es de fácil acceso y revisión; sus expectativas iban más allá; esperaban conocimientos enriquecidos con la experiencia del grupo de maternas.

“...Escuchar otras mamitas, le va a dar más peso a la información que digamos ellas (las enfermeras) nos acaban de brindar, que si están hablando ahí del parto, y parto por cesárea, entonces cuales mamitas han tenido cesárea, entonces mira, ella acaba de decir que la cesárea es esto, esto y esto, que el protocolo es así, entonces cuéntenos su experiencia, y de pronto otra dirá: En el hospital xxxx es así y otra en el hospital xxxx es así; entonces también lo contextualizan a uno como son los servicios, de cómo es la experiencia y como son los servicios...”

En el curso de preparación para la maternidad las madres esperan sentirse escuchadas, entendidas y apoyadas. Tienen necesidad de interrelación y de compartir; por eso manifiestan que se deben crear mayores espacios para interactuar; pues las inquietudes y miedos surgen sin distinción, y se presentan en primi y multigestantes, la edad, la relación de

pareja, la escolaridad en general ninguna de estas variables marca una diferencia en el no requerir la necesidad de este acercamiento grupal...

“...era como que cada una iba a lo que iba al curso y listo; se iba y ya. Pero en sí como que una mesa redonda que habláramos todas no hubo...eso...”

Las anteriores reflexiones nos evidencian que si bien las temáticas son importantes las metodologías con las cuales abordamos estos temas también lo son; la entrega de los conocimientos y como se realiza este intercambio de saberes es percibido por las maternas como algo primordial y esperan sea realizado en entornos amigables y cercanos.

7.3. LA HORA DEL PARTO: MOMENTO DE INQUIETUD Y TEMOR MATERNO

El proceso fisiológico del nacimiento es igual en todas las mujeres, pero su vivencia es siempre una experiencia diferente; el parto suele estar rodeado de temor debido al dolor e inclusive al miedo de perder la vida. La forma individual como cada materna asume este momento y las particularidades de pareja, familia y comunidad que la rodean; ayudan a la futura madre y su bebé a afrontarlo siempre como una vivencia única e irrepetible. Este momento siempre es esperado con inquietud dada la naturaleza propia de este evento siempre diferente e inesperado.

7.3.1. INQUIETUDES ACERCA DEL PARTO

Las técnicas y consejos alrededor de lo que se debe o no hacer alrededor del tema del parto, cómo comportarse o asumir esos momentos; es un gran interrogante para el grupo de maternas.

Por eso buscan en el curso de maternidad una guía para realizar su mejor labor. Razón por la cual, esta temática para ellas es primordial y debe ser reforzada durante las sesiones.

“...uno siempre tiene la emoción de que le van a hablar es del parto, le van a decir cómo tiene que pujar y a uno le dicen, pero se le suele olvidar (risas), uno con ese dolor mmmm, pero algo se le tendrá que quedar...”

“...el tema de la respiración, si, a mí siempre me han dicho que el éxito en el parto es la forma en que uno respira; pero de eso realmente sólo le dedicaron una clase ¿sí? eh y fue muy superficial, ahí nos dijeron y ya hasta ahí llegamos...”

“...Entonces que le expliquen bien realmente como es lo del parto, ¿sí?, porque de mostrar el video, la señora ahí teniendo, pujando, eso no mucho. Pero qué bien es que le digan a uno, digamos lo que se va a encontrar como tal, no mira los médicos van a estar haciendo los chequeos, ¿sí? Cuanto, de dilatación, que hacer en ese momento, que ejercicios puedes hacer ¿sí? ... que desde aquí nos den consejos prácticos en lugar de quedarnos viendo videos...”

Las anteriores vivencias nos describen la inquietud que genera el tema del parto y la percepción del papel protagónico que deben asumir las maternas en este momento. Su necesidad de sentirse preparadas y seguras de hacer un buen trabajo.

7.3.2. TEMORES COMPARTIDOS

Las maternas realizan el curso de preparación para la maternidad en gran parte por despejar sus temores, por aclarar dudas y compartir con mujeres y parejas que están viviendo esta situación. Manifiestan que se deben abrir espacios de compartir...

“... que con las otras madres se fuera como a hacer más.... más... mmmhh... más cercanía es decir que pudiéramos hablar más con todas de todos nuestros sentimientos de todo lo que... los sustos, todo lo que nos pasa. Pensé que con las otras madres uno iba a tener como más..... esos espacios...”

El miedo al dolor, a la inexperiencia, a no sentirse preparada lo suficiente se mezclan con el sentido de responsabilidad por el bebé; no solo ellas sino todo el grupo familiar y social esperan que hagan una buena labor en pro del bienestar del recién nacido.

“...a uno le entran más como las ansias, el miedo de ese momento, que es muy importante para que el bebé este bien y para uno...”

“...estoy aquí por eso, para hacer lo que toca hacer y hacerlo bien por los dos (madre y bebé) y por mi familia; esta vez es diferente ya estoy más madura y quiero hacer las cosas diferentes...”

“...cuando vimos un video para eso del parto, me dio miedo porque era mi primera vez entonces me dio mucho miedo. Y pues, me toco controlarlo, ya los miedos de uno quedan a un lado y toca calmarse para que el bebé nazca bien y no tenga dificultad en nacer...”

“...dejé mucho tiempo (espacio entre hijos), mi familia me dice que voy a sufrir más por eso y va a ser más difícil, yo he sentido más cosas que en los anteriores... tengo miedo...”

“... Me dicen (familiares) que por haber dejado tanto tiempo entre mis hijos el parto va a ser peor, que eso sí yo decidí (Risas) entonces... pues a veces yo digo “Ay Dios mío será que voy a sufrir más y no va a ser rápido y fácil...porque con ellos (otros hijos) no tuve mucha complicación no, no padecí mucho. Inclusive a veces me dicen (hermanas) que es peor que la primera vez, pues yo digo “Por lo menos los síntomas si los he sentido diferentes” entonces a cada rato yo digo ¡Ay Dios mío! ...”

Las maternas refirieron su preocupación al estar en casa; pues allí, es donde estarán “solas enfrentando la nueva realidad”. Realidad, que es percibida como una nueva etapa con riesgos para su salud y la de su bebé, donde hay mayor probabilidad de enfrentarse a nuevas situaciones que le generen dudas y en donde ya no será tan sencillo el acceso al personal de salud, pues los horarios y la situación geográfica son limitantes.

“... las verdaderas inquietudes se presentan ya en casa, cuando estemos solas con el bebé y ya no tengamos a las enfermeras y uno no pueda ir al hospital porque está sola o la casa está lejos, ya no es tan fácil ...”

“... en el hospital nos acompañaran y todo, pero en casa es lo que hayamos aprendido y nos toca defendernos con lo que le pase al bebé, que si presenta algo por lo pequeño saber que hacer porque nos dirán a nosotras que somos las mamás y que vamos a hacer ...”

Los temores pueden ser muy variados en número y presentación; pero lo que si es compartido, es la necesidad de tener espacios de reunión para poder expresarlos, charlarlos, escuchar el sentir y lo vivido por el grupo y los profesionales, esta necesidad de compartir estos sentires y el escuchar las situaciones vividas por el otro así como los manejos dados.

7.3.3. LAS MADRES RECONOCEN EL SABER PROFESIONAL

El saber de los profesionales desde el punto de vista de la experiencia laboral y en la práctica clínica es motivo de reconocimiento de las maternas, pues contextualizan la información real de cómo son los servicios de salud existentes en la región, los servicios implementados, que cosas son reales y alcanzables en nuestro medio en comparación con la información que les llega por diferentes medios ...

“...una clase nos mostró (la enfermera) el video del parto y todo eso y yo vi en el video que no cortaron a la mujer y pues yo he escuchado mucho de mis amigas que por lo general las rasgan a todas porque el bebé ces muy grande; entonces le pregunte a ella (la enfermera) y me supo responder muy bien en qué casos lo hacen y porque...”

“...de todas formas ellas (las enfermeras) ya lo han vivido.... ya lo vivieron en un ámbito real en su trabajo y lo aterrizan a uno, porque uno muchas veces puede creer que un servicio de salud es así o así y pues entonces le dicen a uno: el parto aquí, es atendido así...”

“...le comenté (a la enfermera) si había visto eso, ese monitor que en EE. UU lo tienen en los partos; pero... ¿que si los hay aquí? En cuanto a parto digamos que yo le preguntaba a ella (la enfermera) las cosas...”

7.3.4. MITOS Y MEDICINA TRADICIONAL

Cada cultura interpreta, da significado y resuelve los eventos de la vida de una manera diferente; los cuidados en la maternidad incluyendo el embarazo, el parto y el postparto, son saberes que se transmiten generacionalmente y se van acumulando nuevas experiencias, creencias, tabúes y mitos que se suman a la educación recibida desde casa y que van revestidos de valores culturales, sociales y afectivos.

Cuando una mujer está embarazada participa de esta serie de creencias populares y lleva a cabo una diversidad de cuidados y prácticas con el propósito de tener una gestación saludable y lograr un parto fácil. El valorar este conocimiento y tenerlo en cuenta en el curso de preparación para la maternidad es importante para las maternas, pues consideran que el personal de salud es el idóneo para avalar o aclarar si una práctica tradicional es buena o perjudicial para ella y/o su bebé.

“... me gustaría que me aclararan que yerbas, que yerbitas uno puede... tomar o bañarse; porque he escuchado que haga el baño del brevo, y haga el baño de no sé qué, alrededor de los mitos que hay para el cuidado, ¿para el parto y eso? ...”

“... sería acá y no aprender cosas afuera... esas dudas, ese conocimiento popular por así decirlo, que, si es bueno o malo, no lo dijeran y no que nos arriesgáramos en la prueba y error; porque a uno le dicen: “vaya a donde tal sobandero a que la aprieten de las caderas, entonces hasta qué punto se puede, que no sea malo. Entonces lo de las agüitas ehmm ¿sí?... porque puede que sean consejos buenos, pero puede que también sean consejos errados,

¿no?, entonces puede que se dañe como tal la salud nuestra o la del bebé, pues por recibir consejos de otras personas sin verificar por ustedes (personal de salud) ...”

“... por mi parte, entiendo lo que dicen (las enfermeras) pero yo me aplico clara de huevo en la cara y en la barriguita calostro (primera leche de la vaca) con vitamina E que mi mamá me trae cada vez que viene ... pero ella (la enfermera) no me dijo nada cuando le conté ... mmhhh supongo está bien porque no me regañó (la enfermera) ...”

“... cuidados como digamos...yo no me he pintado las uñas en lo que llevo de embarazo ... porque me dicen que de pronto los componentes del esmalte se pueden absorber, cosas como esas, temas así, como que uno curioseó en internet y que se los den a uno a conocer, que sea estudiado, información real ...”

Las maternas manifiestan la importancia de explorar en el curso de preparación para la maternidad sus prácticas de autocuidado relacionadas con las tradiciones populares y mitos alrededor de la gestación. Lo exponen porque consideran que estas tradiciones son importantes en sus cuidados y en muchos casos han sido validados en su historia familiar.

7.2. LA LLEGADA DE MAMÁ Y BEBÉ A CASA, UN RETO FAMILIAR

Las inquietudes maternas no solo terminan en el momento del parto pues tienen confianza que mientras ellas y sus bebés estén bajo el cuidado hospitalario estarán protegidas. La incertidumbre inicia en el pensar cuando les den la salida como se cuidarán y a sus bebés. Encontramos comentarios en las entrevistas como:

“... clases de por ejemplo la cuarentena, que se puede hacer en esa cuarentena, (risas) no he leído de eso; pero yo entiendo, que hay cosas que no se pueden consumir o hacer como el sereno, que estar totalmente forrada y cuando es el tiempo de ir al sobandero; porque uno sabe que debe cuidarse, desde niña lo ha escuchado, pero no sabe uno bien como son las reglas de esto. Entonces que le orienten a uno bien...”

Se observó inquietud y temor a no saber cómo actuar y reaccionar ante las necesidades de su bebé y a no saber identificar cualquier señal de peligro.

“... que nos digan sobre cólicos, que debemos hacer en el caso de los cólicos, si les podemos dar las agüitas, y ya o si definitivamente hay que llevarlo al médico...”

“... Y si no come, o como sabe uno si ya quedo lleno; porque uno no sabe cuánto le sale de leche y puede estar desmayado y no dormido; a una vecina le hospitalizaron el bebé por eso. Allá le dijeron que no le había dado suficiente comida...”

Las madres sienten angustia por las diferentes situaciones que se pueden presentar con la llegada del bebé estos miedos e inseguridades pueden opacar la alegría y descanso de tener su recién nacido en casa y en vez de alivio, puede representar una gran inquietud y temor transformándolo en situaciones poco gratas que pueden tensionar aún más este periodo adaptativo como:

“... yo voy a colocar el despertador (risas) así lo voy a vigilar cada hora porque yo creo que se pueden ahogar y dormir mucho; la enfermera me dijo que él se despertaba solo, pero si no lo hace y yo me duermo por eso mejor lo coloco...”

“... yo he leído de muerte súbita y no nos dijeron nada en el curso de eso; yo no dije nada, pero sí creo que deben prepararnos en primeros auxilios...nosotros ya estamos consultando”.

En el regreso a casa las maternas no tienen gran interés por el tema de la planificación familiar pues consideran que todo va a ser resuelto antes de salir de la hospitalización; en el modelo actual de salud de la IPS durante los controles prenatales deben definir su método de planificación y van con orden de la implementación del método elegido al igual que el procedimiento de atención de parto o cesárea.

“... pues, la verdad, yo tenía como claro, entonces, no fue así como muy desconocido, de pronto lo único..., que vi, fue que yo anteriormente planificaba era solo con una sola barra y

ella ya me mostro la de las dos barras, me dijo que ya la de una barra ya no, la del Implanon, ya no estaba, solamente ahorita había Norplant...”

“...de la planificación familiar nos empezaron a explicar que después que teníamos al bebé nosotros elegíamos en el hospital, que tipo de método anticonceptivo al fin nos decidíamos e íbamos a utilizar...”

Dentro de las muchas inquietudes maternas en el presente trabajo se evidenció el regreso a casa, esos momentos de estar en su recuperación posparto asumiendo el cuidarse, cuidar a su familia y al nuevo miembro, las maternas tuvieron expresiones como: *“... es importante la clase de cómo hacer cuando ya se normalice todo y en casa estés con tu bebé, en las ayudas prácticas de cómo vamos a vivir ahora, los consejos cuidarse y organizarse, nos parece de vital importancia porque...pues ahí uno empieza a sufrir tanto uno como él bebé... pero esa parte no la manejamos...”*

Algunas temáticas tratadas en el presente curso fueron los cuidados posparto, planificación familiar, lactancia materna y cuidados del recién nacido; pero a pesar de ello se evidencian vacíos y ansiedad frente a la adaptación a este nuevo vivir a estos nuevos roles que se van a iniciar.

7.5. LA MATERNIDAD UN CAMBIO QUE TRANSFORMA LA VIDA POR COMPLETO

La maternidad y la llegada de un nuevo miembro familiar es una experiencia que genera felicidad a la familia; pero también genera incertidumbre y una combinación de emociones en la madre por enfrentarse a números cambios y responsabilidades. Aprender a desenvolverse tras la llegada del bebé a casa puede resultar vital para muchas madres quienes pasan de la alegría a la preocupación con gran facilidad

“... como en ese acompañamiento para cuando digamos yo ya tenga que dejar mi bebé a los cuatro meses tenga que trabajar y todo eso, eso va a ser mejor dicho... (lagrimas), porque imagínate, el primer bebé uno no quiere dejarlo y menos con cualquier persona. Entonces todos esos sentimientos todo eso para uno saber llevar todo eso...”

“...cuando uno vuelve a trabajar y hay una nueva rutina, una nueva responsabilidad, un cambio, que voy a hacer, con quien lo voy a dejar...”

El primer hijo marca un cambio en el hogar. Se inauguran los roles de papá y mamá y la pareja pasa a ser una familia. En la afectividad de las multíparas surgen también nuevas preocupaciones, entre ellos, cómo integrar a este nuevo ser sin generar grandes cambios negativos para la familia y el hijo mayor; estas inquietudes se percibían en expresiones como:

“... sería bueno trabajar esa parte de la mujer con otros hijos, en unas clases para saber si de pronto de colocarle psicología al niño (hermano), por ejemplo, porque él todo el tiempo ha estado solito. Entonces pues de pronto no sabemos cómo vaya a reaccionar ahorita, son muchos cambios en casa...”

La llegada de un bebé supone una adaptación a todos los niveles por parte de los miembros de la familia; los horarios, las rutinas, las actividades cambian para orientarse a responder a las necesidades de este nuevo integrante y se direccionan a darle el mejor soporte posible para la adaptación al grupo familiar. La maternidad en la vida de una mujer afecta a todos los ámbitos: de pareja, social, familiar...

“... es importante la clase de cómo hacer cuando ya se normalice todo y en casa estés con tu bebé, en las ayudas prácticas de cómo vamos a vivir ahora, los consejos para organizarse, nos parece de vital importancia porque...pues ahí uno empieza a sufrir tanto uno como el bebé... pero esa parte no la manejamos...”

La maternidad es un suceso vital que da lugar a una transición, a un cambio trascendental en la vida. La experiencia del nacimiento de un bebé es muy diferente a cualquier vivencia

anterior. Esto exige ajustes personales nuevas adaptaciones en los roles de pareja, familia, estudio, trabajo, entorno, etc.

A estos cambios es atribuible los sentimientos de desorientación, inseguridad, algo más sensible que en otras ocasiones, en algún momento vulnerable, triste y a la vez feliz.

8. DISCUSIÓN

La salud materna y perinatal es una prioridad en los sistemas de salud a nivel mundial; su importancia está plasmada en el tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible, Agenda 2030: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (Naciones Unidas CEPAL, 2018) y a nivel de Colombia, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) incluye en la Meta de Derechos y Sexualidad en el componente de Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva; situación también plasmada en el análisis de la situación de salud ASIS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017); en este contexto nuestras maternas deben ocupar un lugar primordial en la atención diaria de los servicios de salud.

Para el logro de estas metas a nivel nacional e internacional se ha planteado la Educación como una de las principales estrategias para evitar las complicaciones del binomio madre-hijo (OMS, 2018). La educación prenatal, por tanto, comprende un rango de medidas educativas y de apoyo que ayudan a los futuros padres a comprender sus propias necesidades sociales, emocionales, psicológicas y físicas durante el embarazo, el trabajo de parto y la paternidad (Gagnon & Sandall, 2008). Aunque con diferentes nombres, todos los cursos de educación para la maternidad persiguen un rango de objetivos comunes, en cuanto a influir en el comportamiento de salud, aumentar la confianza de las mujeres en su capacidad de dar a luz, preparar a las gestantes y a sus parejas para el parto, prepararlos para la paternidad,

desarrollar redes de apoyo social, estimular la seguridad de los padres y contribuir a la reducción de la morbilidad perinatal y la mortalidad (Salud Pública, 2009).

Para las maternas los cambios físicos, psicológicos y sociales que impactan sus diferentes roles traen consigo la necesidad de prepararse para afrontar los constantes cambios que experimentan, por lo tanto, buscan apoyo en el curso de preparación para la maternidad en este proceso adaptativo. Los cuidados en el embarazo direccionados frente a estos cambios son un tema que se aborda durante el curso de preparación para la maternidad y buscan una comprensión de los cambios que trae la gestación para la materna y su familia; para empoderarlos con nuevos estilos de vida saludables que hagan satisfactoria y llevadera esta nueva etapa; esta necesidad de saber sobre los cuidados prenatales, se evidencio también en un trabajo con maternas Nicaragüenses (Pastor, Herrera, Vásquez, Zavala, & Ramírez, 2006) que exploró conocimientos y prácticas de autocuidado en 268 gestantes; mostrando desconocimiento, información contradictoria o errónea sobre las buenas prácticas de autocuidado en la gestación.

Las maternas manifestaron de igual manera confianza en la información impartida por el personal de salud, pues consideran, es información validada científicamente y avalada por su experiencia clínica. En el artículo nuevos medios de comunicación y la práctica médica (Monés - Xiol, 2004), se describe la importancia de la relación del usuario con el personal sanitario en la función de estos últimos de aclarar la información obtenida por medio de los medios de comunicación; información, que muchas veces, no está soportada en estudios confiables, está aún en el campo de la investigación científica o presentan conclusiones que no son aplicables a todos los casos y necesitan ser contextualizadas a las realidades poblacionales.

El interés materno por contrastar la información obtenida en Internet también es descrito como una realidad evidente. El estudio que realizó seguimiento en iTunes y Google Play en

1059 y 497 aplicaciones relacionadas con el embarazo, respectivamente (Tripp, y otros, 2014) concluyeron que la popularidad de las aplicaciones relacionadas con el embarazo podría indicar un cambio hacia el empoderamiento del paciente dentro de la provisión de atención a la maternidad.

Las maternas manifiestan también recibir información en cuidados prenatales por parte de las mismas entidades de salud, en folletos y en internet, basados en evidencia científica, sin embargo, refieren sentirse más seguras cuando esta información proviene del personal de salud que dirige el curso o las atiende en consulta. Lo anterior concuerda con la investigación estadounidense sobre las preferencias educativas de las mujeres (Risica & Phipps, 2006) la cual concluye que las mujeres prefieren recibir información de un profesional de la salud involucrado en su cuidado por encima de cualquier otra fuente.

(Nolan, 2009) describe en su estudio: “Las mujeres embarazadas disfrutaban aprendiendo unas de otras y respetan y valoran la contribución de otras mujeres que han pasado recientemente por las experiencias que están a punto de enfrentar”.

El tener en cuenta las inquietudes de las gestantes; es referido en el trabajo de (Gagnon & Sandall, 2008) en su revisión publicada en Cochrane, concluyen que las madres esperan sentirse escuchadas, entendidas y apoyadas en estas pequeñas inquietudes y tienen necesidad de interrelación y de compartir para lograr la expresión de sus sentimientos; por eso manifiestan que se deben crear mayores espacios para interactuar; pues las inquietudes y miedos surgen sin distinción, se presentan en primigestantes y multigestantes, la edad, la relación de pareja, la escolaridad en general ninguna de estas variables marca una diferencia en el no requerir la necesidad de este acercamiento grupal.

Debido a las diferencias socioculturales encontradas en este grupo de maternas como edad, nivel de escolaridad, paridad, estado civil; entre otras, es necesario establecer con las gestantes una relación de confianza y entendimiento, reconocer sus necesidades y problemas

para actuar en base a conocimientos, juicio, medios disponibles y recursos para crear de esta manera un clima de armonía y seguridad. Así, pues, trascender una visión homogeneizadora y normalizadora requerirá propuestas alternativas que reconozcan la inclusión de las categorías maternidad y crianza como complejos históricos, ontológicos y socioculturales y como temáticas centrales de los programas y acciones de atención a las mujeres embarazadas y a sus familias (Castro Franco & Peñaranda Correa, 2011).

Estas relaciones de acercamiento, de confianza y entendimiento también son expresadas por las maternas como una sugerencia que hacen sobre la importancia de que el curso sea liderado por una sola enfermera; pues consideran, que esto genera vínculos de cercanía, confianza, seguridad y facilita la secuencia y orden de acuerdo a las necesidades que surjan del conocimiento y empatía con el grupo de maternas. Esta posición es avalada por la teórica en enfermería Jean Watson en donde se enfatiza en la relación terapéutica basada en “la creación de un vínculo afectivo, empático; donde el grado de comprensión es dado por la profundidad que se cree en la interacción, en la cercanía entre persona – enfermera, establecida por la confianza mutua, la coherencia, el respeto, el conocimiento entre las partes, quienes se conectan en una búsqueda mutua de significados” (Watson, Filosofía y teoría de los cuidados humanos en enfermería, 1992) La cercanía y el vínculo creado entre enfermera y maternas debe ser preservado en pro del buen desarrollo del curso.

En la literatura existen estudios que demuestran que hay tantos programas de Educación Maternal como profesionales que los imparten, además que: “de manera típica estos programas no se han basado en las necesidades expresadas de las personas que son atendidas, sino en los mensajes que los educadores creen que deben impartir” (Fernández Idiago, 2009). Las maternas expresaron sus expectativas e inquietudes frente a temas que les gustaría fueran incluidos en el desarrollo del curso, sin embargo esta expresión no fue propiciada durante el inicio o durante el desarrollo del curso, por lo tanto no se manejaron algunos temas de interés

para ellas como por ejemplo su rol como madre y trabajadora, algunas creencias populares, entre otras; esta situación es descrita también por Field en 1990: “el enfoque del personal de salud que imparte el curso, a partir de la elaboración de un esquema propio, un conjunto de información para brindarle a las maternas que parte de lo que ellos consideran necesario, pero que desafortunadamente, no siempre es el esperado por ellas” (Campo, 1990). Ayiasi M.R y colaboradores en su estudio con maternas realizado en Uganda en 2011 concluye en relación a este aspecto que “la transferencia de la información debe partir de la necesidad del usuario” (Ayiasi, y otros, 2013).

El nacimiento de los hijos incide fuertemente en la relación de pareja, porque requiere una nueva división de roles que incluya el cuidado y la crianza de los niños y el funcionamiento familiar; estas sugerencias también son descritas en una comunidad de Madrid bajo el título: Nosotras Parimos ¿Nosotras decidimos en la atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio?, en esta publicación señalan que el parto y la atención prenatal debe concebirse no sólo desde un punto de vista biológico, sino como parte de un proceso cuyas distintas etapas son entendidas y atendidas de diferente modo en diversos contextos culturales. Contemplando una serie de variables que se deben tener en cuenta como: la edad de la mujer, la salud mental, la conflictividad en la pareja o el nivel sociocultural, las emociones, las necesidades o dudas de las mujeres embarazadas o su situación personal y laboral entre otras (Sáez Almueda, 2012).

Durante el embarazo y tras el nacimiento de un hijo(a), la madre atraviesa una etapa única en su vida en la que experimenta nuevas sensaciones, fantasías, temores y deseos. Esta reorganización de la vida mental, ha sido denominada “constelación maternal” (Stern, 1997). Reconocer el bagaje cultural es primordial en un acercamiento que pretenda favorecer la adquisición de conductas o la modificación de las mismas como indican (Bagarozzi & Stephen A, 1996) al exponer que es imposible separar los mitos personales de un individuo

de los de su familia, comunidad o cultura. Los individuos, las parejas y las familias eligen y adoptan activamente como propios los mitos culturales, cuyos distintos componentes, símbolos, rituales, etc., tienen significación e importancia para cada uno de los miembros de la familia, y para el sistema matrimonial y familiar en su totalidad.

(Zuñiga Rivas, 2012) en su estudio sobre mitos alrededor de la maternidad y posparto en mujeres embarazadas, expone que estos rituales y rutinas ayudan a reducir el impacto negativo de los cambios y de los eventos inesperados de la vida, constituyéndose por lo tanto en fortalezas que favorecen la estabilidad familiar, sin restringir su evolución, pues en ese continuo intercambio con el ambiente exterior, las familias re-forman la cultura y re-formulan la tradición.

(Castilla, 2005) añade que los sistemas de salud y del personal de salud, deben tener un mejor conocimiento de estos aspectos para diseñar y realizar políticas, programas y acciones más pertinentes y constructivas en relación con las necesidades y las características socioculturales de las mujeres embarazadas y sus familias. Lo anterior implica, por lo tanto, la construcción de ambientes y posiciones de respeto hacia la diversidad, en un mundo cada vez más plural.

Las inquietudes de las mujeres embarazadas con respecto a su competencia maternal y a su función de crianza, así como con respecto a su relación primaria con su hijo/a, no son atendidas por el personal de salud, debido a que dicho personal no prioriza esos aspectos como parte de sus funciones en el programa. Esta situación obedece a la perspectiva fragmentada del discurso biomédico, que soslaya las dimensiones socioculturales en la atención sanitaria (Martínez Hernández, 2008) y dificultan la incorporación de categorías como maternidad y crianza para la estructuración de las actividades educativas en el programa (Peñaranda Correa, Bastidas Acevedo, Escobar Paucar, Torres Ospina, & Arango Córdoba, 2006).

Aunque se habla en el ámbito médico de que el centro y fin de la atención de la salud es el usuario, según (Greene & Simon Morton, 1988) "las profesiones de la salud son culpables de la práctica común de decir una cosa y hacer otra". Ahora bien, si se entiende la cultura como esa red de significados en la cual los comportamientos de las personas se hacen inteligibles (Geertz, 1987), es fundamental comprender los significados que tiene la maternidad para los actores del programa prenatal. Pero para analizar los significados sobre la maternidad en un escenario biomédico es necesario reconocer que el programa prenatal constituye un terreno en el cual el personal de salud y las mujeres embarazadas se posicionan de manera diferente y, en ocasiones, de forma conflictiva, dado el poder que da el conocimiento biomédico a los primeros para definir los significados considerados como legítimos en dicho escenario (Berger, Luckmann, & Zuleta, 1968)(Peñaranda Correa, Las fuerzas sociales y el escenario comunicativo en la educación para la salud: el caso del programa de crecimiento y desarrollo, 2011).

La (Organización Mundial de la Salud, 2005), al referirse a la importancia de la educación centrada en la materna y su individualidad comenta: "persisten serios problemas en la atención que el sector salud provee a las mujeres embarazadas y sus familias, entre otros, las deficiencias para responder a las características culturales y necesidades de las mujeres y sus familias". A pesar de que esta situación fue descrita en el año 2005 actualmente continuamos evidenciando que aunque las maternas reconocen en los miembros del equipo de salud personas idóneas para direccionar el caudal de información, de saber popular que se les ha transmitido generacionalmente y que encuentran hoy fácilmente, aún los miedos frente al parto, a la correcta atención del bebé y la atención posparto son manejados por el personal de salud, sin partir de su sentir y conocimiento pues cada materna trae consigo creencias, mitos, tabúes; realidades que esperan, en el desarrollo del curso de maternidad se aclaren, avalen o

desmientan; no solo con evidencia científica, sino en un dialogo de saberes que construya entornos saludables y seguros para la materna y su familia.

La falta de información, el miedo al dolor durante el proceso del parto, el miedo a que el trabajo de parto pueda complicarse y se produzcan resultados indeseables, la incertidumbre y expectativas que tiene la mujer en el momento del parto, miedo a no ser capaz de manejar y enfrentarse a esta situación son los motivos más frecuentes de miedo que refieren las gestantes. Según la (Real Academia Española, 1992), el miedo es: “Una perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario”,” Recelo o aprensión que alguien tiene de que le suceda algo contrario a lo que desea” y la ansiedad es definida por: “Un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo”.

(Artieta Pinedo, y otros, 2007) comentan la implicación de la mujer en la adquisición de conocimientos relacionados con la maternidad, hace que se sienta capaz de participar activamente en esta nueva etapa de la vida y que confíe más en sus capacidades de afrontamiento y por consiguiente disminuirá los miedos asociados al proceso de parto. Y en caso contrario (Martínez Galiano, 2013) afirma que una información inadecuada y deficiente puede ocasionar una ansiedad excesiva que influya negativamente en su estado emocional y en el resultado de la gestación. Hurtado en un estudio de satisfacción de maternas encuentra que el 66% de las embarazadas que siguen un programa de educación maternal se consideran “bastante satisfechas” respecto al entrenamiento recibido en las habilidades desarrolladas para el afrontamiento de los malestares psicosomáticos en el embarazo y durante el parto (Hurtado , Donat, Escrivá, & Poveda, 2003).

Un estudio realizado en un centro de salud de Zaragoza España (Jiménez Sesma, 2008), con 59 mujeres en el cual se indaga sobre las expectativas frente al curso de preparación para la maternidad surgieron en orden de importancia: 1. Buscar ayuda para actuar correctamente

en el parto. 2. Recibir información sobre el proceso del embarazo y el parto. 3. Aprender técnicas de relajación. 4. Compartir experiencias. 5. Ir tranquila al parto.

Este mismo estudio indagó en los factores que más influyeron en el proceso del parto y en orden de importancia describieron: 1. La preparación previa en el curso. 2. La vivencia del embarazo. 3. Las ganas de que el niño nazca. 4. El miedo como factor negativo.

Las recomendaciones sobre educación maternal planteadas por (Olds & London, 1996) en su libro de Enfermería maternal enfatizan en que los cursos de preparación para la maternidad no deben tener una dirección única, pues cada participante de un grupo tiene una búsqueda interior diferente y vive un contexto único que hace que sus expectativas nutran la temática del curso y se genere un crecimiento colectivo, resultados que coinciden con los hallazgos de este estudio.

En su manual de asistencia del parto y puerperio normal (Garrach, Navío , & Sebastina, 1995), describen algunas de las vivencias maternas así: Los cursos parecen clases de biología. Suelen entrar en detalle en explicar a la mujer lo que le harán al entrar al hospital y dejan el mensaje de que ella debe ser dócil y colaborar siguiendo las normas del hospital o se arriesga a jugar con su vida y la de su bebé. Este dominio que se evidencia desde las clases y se espera se perpetúe en la atención del parto “por el bien de la materna” se evidenció también en las maternas de nuestro curso de preparación para la maternidad, pues las maternas describieron sentirse en clases magistrales donde su sentir e inquietudes no son el pilar del desarrollo del curso, lo anterior contrasta con lo dicho por (Argimon Pallás & Jiménez Villa, 2004), quién al hacer referencia al desarrollo de la autonomía como fruto de la educación menciona: “La intención del curso también debe ser promover un espacio de educación en salud para preparar a las gestantes y a sus acompañantes para el parto; donde la autonomía de esos sujetos sea fortalecida para conocer sus derechos y hacerlos respetar. sintiéndose preparados para tomar decisiones, de modo compartido con los profesionales de

la salud”. Otros autores (Aragon Núñez, Cubillas Rodríguez, & García Rojas, 2017) también mencionan que la preparación al parto tiene el deseo de crear en la mujer embarazada la conciencia de participar en forma activa y responsable en el nacimiento de su hijo: La información y el conocimiento brindado deben sustituir a la pasividad creadora de tensiones y alienación.

(Artieta Pinedo, y otros, 2013), mencionan cómo la preparación de las mujeres para la maternidad se realiza tradicionalmente de manera informal, de este modo, los conocimientos en relación con embarazo, parto y cuidados del recién nacido se transmiten entre las propias mujeres, especialmente de madres a hijas. En nuestra sociedad se están produciendo múltiples cambios culturales, económicos y sociales, que influyen en las vivencias de la maternidad. Cambios que implican la necesidad de que el personal de salud se acople a las demandas de la sociedad y así, ajustar los contenidos impartidos y las estrategias metodológicas. Pérez (Pérez, 1996) menciona; se pretende que la mujer y su pareja expongan sus dudas, experiencias, temores y expectativas ante esta nueva situación. Favorecer el conocimiento, la confianza, y la participación de las personas del grupo entre sí. No se trata de sesiones meramente teóricas, en cada una de ellas habrá un tiempo dedicado a la expresión de ideas, sentimientos y dudas por parte de las participantes.

Las clases prenatales presentan una oportunidad ideal para ayudar a las mujeres a aprender a comunicarse efectivamente con el personal del hospital. Al hacerlo, las mujeres pueden tomar sus propias decisiones en lugar de simplemente conformarse con las políticas, protocolos y preferencias profesionales del hospital. Dar información de manera que permita a las mujeres elegir por sí mismas requiere que los educadores y las parteras tengan habilidades reflexivas para comprender dónde las necesidades de las mujeres son diferentes, de las que el sistema de atención de la maternidad cree que sirven y mostrar coraje al educar a las mujeres para desafiar un sistema del cual ellos mismos son parte (Nolan, 2009).

En el I Congreso Internacional de Género, Ética y Cuidado realizado en Barcelona (2014), Rosa María Gil plantea entre sus hallazgos del estudio *Las experiencias de las mujeres durante el embarazo a partir del análisis del discurso*: “Es en las sesiones de preparación al nacimiento dónde mejor comprendidas se encuentran: el hecho de compartir experiencias, sentimientos, sensaciones y miedos con personas que están en el mismo proceso les resulta muy gratificante. Las matronas tienen un papel muy importante en potenciar, todavía más, los espacios de encuentro entre las mujeres gestantes” (Gil Bello, 2016).

(Nolan, 2009) en una revisión sistemática de estudios realizada por pares sobre educación prenatal, publicados en inglés de 1996 a 2006 y que buscó determinar qué enfoques educativos son más bienvenidos por las mujeres y más útiles para ellas en el aprendizaje sobre el trabajo de parto, el nacimiento y la crianza temprana, los hallazgos confirman la preferencia de las mujeres por un entorno de aprendizaje en grupos pequeños en el que pueden hablar entre sí y con el educador, y pueden relacionar la información con sus circunstancias individuales. Agrega también, que los estudios sobre la educación para el parto, universalmente no han tenido en cuenta la calidad de la educación que se brinda a las mujeres y sus familias, y si su estilo de entrega responde a las preferencias y necesidades de las mujeres.

En cuanto a las inquietudes de las maternas respecto a sus cuidados posparto (Beheregaray Cabral & Leidens Correa, 2010), escriben al respecto: “el puerperio es una etapa crítica en la vida reproductiva de la mujer. En ella se producen importantes cambios que, aun siendo normales, no dejan de ser estados fisiológicos y psicológicos que implican riesgos para la salud, donde la mujer puerpera queda en una situación de especial fragilidad y vulnerabilidad que precisa de un seguimiento sanitario”.

Existen trabajos (Kanotra, y otros, 2007) que plantean las necesidades educativas de la puerpera en el alta hospitalaria. Entre los temas que más preocupan destacan la lactancia

materna, los cuidados del recién nacido, el apoyo social, aspectos del autocuidado, el cuidado familiar durante el puerperio y la planificación familiar (Gómez Ortiz, y otros, 2014), signos de alerta que se deben vigilar, los ejercicios de recuperación, la programación de la revisión ginecológica, los cambios emocionales y los loquios (Ponce Capitán, 2005); sin embargo, hay consenso en que los aspectos que más interesan a las madres son los relacionados con el recién nacido.

Sus temores, la inexperiencia, la sensación de sentir que no están preparadas, el querer hacer todo bien para su bebé y para ella; son algunas de las razones que las maternas de este curso manifiestan hacen que ellas busquen fuentes de información entre familiares, allegadose información digital como el Internet; canales de información que se convierten en herramientas de consulta para resolver sus dudas. Autores como O'Higgins describen que: “el uso de medios digitales en diferentes grupos de mujeres embarazadas es cada vez mayor” (O'Higgins, y otros, 2014).

Este caudal de información trae como consecuencia que las maternas y sus familias busquen en el curso de preparación para la maternidad, información validada y, enriquecida por el conocimiento científico, la experiencia profesional y la vivencia de los profesionales de salud y sus compañeras gestantes. Por tanto, el personal de salud es abordado en busca de atención, ayuda, comprensión e información veraz sobre su nueva condición partiendo de que el profesional de salud ya está contextualizado en la individualidad de la condición de cada materna.

Estudios relacionados con Blogs de medios de consultas en salud y atención de maternas por medio de teléfonos inteligentes (Vázquez Fernández, y otros, 2016) (Tripp N. , y otros, 2014), muestran que el modelo tradicional de atención debe integrar los dispositivos electrónicos y los medios digitales para un mejor funcionamiento; los teléfonos móviles, las aplicaciones relacionadas con la salud, los blogs y las páginas web especializadas, son

recursos ampliamente utilizados por las mujeres en edad fértil, y posiblemente puedan mejorar las experiencias del embarazo y de la maternidad. Por esto es importante que los profesionales seamos conscientes de estas novedades, su influencia en la salud de las mujeres, y que nos adelantemos al inminente cambio de modelo.

También se evidenció el protagonismo que asumen la gestante en su proceso de capacitación, abandonando el rol pasivo de quién recibe información e incursionando en el fenómeno de “paciente experto” (Jovell, 2006); avanzando así a un usuario empoderado de un caudal de conocimientos que busca información antes y después de acudir a la consulta del profesional en salud y su interés es avalar, contrastar, debatir, desmitificar o invalidar información apoyándose en el personal sanitario. Razón por la cual el personal de salud debe ampliar cada vez más su preparación; un estudio realizado en China (Osorio Castaño, Carvajal Carrascal, & Rodríguez Gázquez, 2017) sobre la percepción de las gestantes sobre la efectividad del curso de preparación para la maternidad describe la preparación del instructor así: “su preparación fue poco realista para los problemas de lactancia materna, inadecuados consejos para el cuidado del bebé, necesidades de información no satisfechas, muy limitadas y consejos contradictorios de los educadores prenatales”. Esta última afirmación en cuanto a los consejos contradictorios por parte de los educadores prenatales fue también descrita por las maternas participantes en este estudio; lo cual refuerza la importancia de una buena coordinación por parte de los instructores y aún más, la solicitud de que el curso sea liderado por una sola enfermera en pro de la claridad de conceptos y creación de vínculos ya descritos con las gestantes.

La reorganización familiar y los nuevos retos que asumen las maternas en relación a sus roles de ser mujer, esposa, madre y en muchos casos hija responsable de la familia; son temáticas que comentaron las madres; no fueron abordadas en su preparación. Querían compartir estos sentimientos, escuchar y ser escuchadas; en un grupo que posiblemente vivía experiencias

similares. Un estudio realizado por Aguayo y Angulo en 2008 indica que: “las mujeres atribuyen a la educación maternal un cierto valor para enfrentarse a lo que significa ser madres, tanto en el conocimiento de los cambios que experimentan, como en la toma de decisiones que realizan de manera libre, informada y con propiedad, lo que les permite gozar con plenitud de su embarazo” (Aguayo Ortiz & Angulo Carrasco, 2008). Planteamientos que coinciden con lo expresado por las maternas de este curso.

Esto nos lleva a volver la mirada y la escucha a las maternas del curso de preparación para la maternidad y convertirlas en verdaderas protagonistas donde nuestro quehacer diario sea impactar en la satisfacción de sus necesidades.

9. CONCLUSIONES

Los temas tratados en el curso de preparación para la maternidad fueron considerados por las maternas buenos, interesantes, pertinentes; en general hubo consenso en su satisfacción; sin embargo, se observaron inquietudes frente al enfoque dado a los temas, se encontró que las maternas esperaban un direccionamiento más vivencial.

El escucharlas voces de las maternas, sus miedos, experiencias y vivencias alrededor de su compartir en el curso de preparación para la maternidad, permite al personal de salud vislumbrar las reales necesidades de las maternas y como se pueden articular estos hallazgos en pro de la implementación de cursos de preparación para la maternidad que sean hechos pensando en la población objeto.

Es imperativo que estos cursos de educación maternal estén planteados desde las mismas necesidades de las gestantes, así mismo que el personal que los dicte tenga la formación no

solo técnico-científica sino también humanística, metodológica y holística, para tener el suficiente empoderamiento en el desarrollo de las temáticas que surjan.

Las madres hicieron solicitudes en cuanto al uso de metodologías más flexibles, y adaptables a las realidades emergentes, participativas y que tengan como pilar fundamental el compartir y aprovechar el saber proveniente de la experiencia vivida por las participantes.

En los cursos de preparación para la maternidad se debe tener en cuenta, que las maternas usan los medios digitales de forma habitual y masiva para obtener información acerca de su embarazo; por tanto, es indispensable crear estrategias metodológicas que creen alianzas con este tipo de recursos.

La formación del profesional en enfermería que lidera estos cursos debe ser desde un referente de: "cuidado humanizado e integral" desde un punto de vista humanista, fenomenológico, holístico o ecológico; que sea un apoyo real a las maternas, desde la visión del: "cuidado aplicado en la pedagogía en salud".

Las políticas en salud no han logrado una transformación real de los modelos tradicionalistas, medicalizados y así mismo la educación en salud, no es ajena a procesos verticales donde: "el experto enseña lo que considera importante, al que no sabe" estas realidades contrastan con las evidencias y avances al respecto; que invitan, a la revisión de las bases de la formación de nuestros profesionales y a la cultura en salud propia de los profesionales ya activos.

Es necesario comprender que la mujer además de sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales; requiere ser escuchada en sus particularidades, en ese proceso íntimo de vida y de cómo entabla su relación de ajuste en este nuevo ciclo vital que es la maternidad con su realidad propia. Solo así, estaremos avanzando hacia una atención integral en el marco de las necesidades humanas fundamentales y en condiciones de equidad.

El reto de los profesionales en salud es trascender de una visión homogeneizadora de la educación maternal, a propuestas innovadoras donde la maternidad y la crianza sean

reconocidas como totalidades socioculturales, históricas y ontológicas vivenciadas de una manera irrepetible por una mujer.

Las maternas reconocen el valor de la experiencia vivida por sus compañeras, lo consideran un saber convalidado por la experiencia y de gran manera enriquecedor; pues es un conocimiento, que parte de la realidad de personas cercanas y consideran que debe ser aprovechado por el personal de salud para evidenciar la teoría en la práctica, brindar más seguridad a las maternas, que sean en realidad el centro y punto de partida de las actividades a realizar, para propiciar integración y confianza mutua.

A pesar del acceso de las madres a la información en su entorno, su red familiar y asistir regularmente a las instituciones de salud; concluyen en este estudio, que las mujeres embarazadas y las puérperas tienen escasos conocimientos sobre salud y específicamente en cómo cuidarse a sí mismas y agregan que es labor del equipo de salud el garantizar la apropiación de estos temas por parte de las maternas durante los cursos de preparación prenatal.

La rigidez metodológica que no permitió la socialización e integración como medida de aprendizaje y apoyo, fue uno de los principales vacíos que refirieron las maternas de este curso de preparación para la maternidad.

10. RECOMENDACIONES

Las maternas sugirieron erradicar las clases magistrales, propiciar la integración a través de talleres vivenciales o experienciales de fácil adaptación a las realidades emergentes, fomentar la flexibilidad en el abordaje de otros temas, crear espacios para la construcción de aprendizajes fundamentados en la interrelación entre la experiencia del grupo, del profesional

y la reflexión conjunta; que estas metodologías tengan como pilar fundamental el compartir y aprovechar el saber proveniente de la experiencia vivida por las participantes.

También se evidenció la necesidad de crear estrategias metodológicas que se articulen y complementen con los medios digitales, pues el internet, los chats y blogs son medios de consulta habitual y masiva que usan las maternas para obtener información acerca de su embarazo.

En cualquier proceso de mejoramiento es necesario partir del compromiso individual del educador en salud, pues de su enfoque, depende el hacer realidad el desarrollo de nuevas metodologías; motivo por el cual esta concientización debe ser el punto de partida para evidenciar cambios en los modelos de educación en salud y en los cursos de preparación para la maternidad.

Los profesionales en salud activos y los que están en formación requieren para su buen ejercicio laboral, un enfoque humanista y fenomenológico que reconozca la totalidad del ser y las necesidades únicas e irrepetibles que presenta cada individuo, para así brindar procesos educativos en salud satisfactorios.

La implementación del curso de preparación para la maternidad debe partir de un conocimiento inicial de las maternas y sus expectativas como insumo básico para la programación de sus actividades, y así, favorecer la fácil adaptación a cambios requeridos por las maternas durante su desarrollo, buscando responder de esta manera a las realidades propias de su estado.

Esta investigación es el punto de partida para futuros estudios, que valoren la efectividad y satisfacción de las maternas y la inclusión de metodologías con soportes digitales, creación de chats y blogs que favorezcan el apoyo grupal; metodologías activas donde las madres y padres sean el centro del proceso educativo, en un curso de preparación para la maternidad donde sus contenidos partan en primera instancia de sus expectativas y necesidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguayo Ortiz, C., & Angulo Carrasco, A. (2008). *Técnicas psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la maternidad del Hospital Paillaco entre septiembre de 2007 y febrero de 2008*. Valdivia: Universidad Austral de Chile. Recuperado el 29 de octubre de 2018, de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2008/fma282t/doc/fma282t.pdf>
- Aragon Núñez, M. T., Cubillas Rodríguez, I., & García Rojas, I. (22 de Abril de 2017). Educación maternal basada en la sofropedagogía obstétrica. *Revista Médica Electrónica PortalesMédicos.com*, 24. Recuperado el 27 de Octubre de 2018, de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/sofropedagogia-obstetrica/>
- Argimon Pallás, J. M., & Jiménez Villa, J. (2004). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica* (3 ed.). Madrid: Elsevier. Recuperado el 26 de Octubre de 2018, de http://www.academia.edu/24421999/M%C3%A9todos_de_investigacion_clinica_y_epidemiologica_4_ed._Josep_Argimon_Pall%C3%A1s
- Artieta Pinedo, I., de Gamboa, R. F., Hermsilla, O., de la Hera, B., Payo Gordon, J., Ureta de Pedro, M., & Odriozola, G. (2007). Efecto de la asistencia a educación maternal sobre la evolución del parto. *XI Encuentro internacional de investigación en enfermería*, (págs. 14-16). Madrid. Recuperado el 26 de Octubre de 2018, de http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-servicios-aplicados-formacion-investigacion/fd-centros-unidades/fd-investen-isciii-2/docus/2007_XI_encuentro_Investen_Madrid.pdf
- Artieta Pinedo, I., Paz Pascual, C., Grandes Odriozola, G., Abaunza Jainaga, M., Ayestarán Fernández, C., Burgos Nieto, V., . . . Trincado Aguinagalde, M. (2013). Rediseño de la educación maternal: propuesta de un marco para la elaboración de un programa de educación para la salud y preparación al nacimiento efectivo y centrado en las necesidades de las mujeres. *Osteba*. Recuperado el 27 de Octubre de 2018, de https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2013_osteba_publicacion/es_def/adjuntos/Informe%20D-13-07.pdf
- Ayiasi, R., Van, R., Verstraeten, R., Atuyambe, L., Criel, B., Garimoi, C., & Kolsteren, P. (2013). Explorando el enfoque de la información prenatal ofrecida a las madres embarazadas con respecto al cuidado de recién nacidos en zonas rurales de Uganda. *BMC embarazo y parto*, 13(1), 176. Recuperado el 20 de octubre de 2018, de <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-176>
- Bagarozzi, D. A., & Stephen A, A. (1996). Mitos personales, matrimoniales y familiares: formulaciones teóricas y estrategias clínicas. *61*, 29-35.
- Bansah, M., O'Brien, B., & Owarw-Gyekye, F. (2009). Perceived prenatal learning needs of multigravid Ghanaian women. *Midwifery*, 25(3), 317-326. Recuperado el 20 de octubre de 2018, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613807000903>

- Beheregaray Cabral, F., & Leidens Correa, D. L. (Junio de 2010). Vulnerabilidad de puérperas en la visión de Equipos de Salud de la Familia: énfasis en aspectos generaciones y adolescencia. *revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(2), 368-375. Recuperado el 29 de Octubre de 2018, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000200018&script=sci_arttext&tlng=es
- Beltrán Salazar, O. A. (2015). Cuidado humanizado: una relación de familiaridad y afectividad. *Investigación y Educación en Enfermería*, 33(1), 17-27. Recuperado el 20 de octubre de 2018, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000100003
- Berger, P. L., Luckmann, T., & Zuleta, S. (1968). *La construcción social de la realidad* (Vol. 975). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. Recuperado el 26 de Octubre de 2018, de <http://pdfhumanidades.com/sites/default/files/apuntes/35%20-%20Berger%20y%20Luckmann%20-%20Realidad%20objetiva%20%282%29.pdf>
- Boada Chaparro, C., Cotes Benítez, M., & Espirella de León, A. (2003). Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. *Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)*. Recuperado el 21 de Octubre de 2018, de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20SEXUAL%20Y%20REPRODUCTIV A.pdf>
- Boada, C., & Cotes Benítez, M. (2004). *PLAN DE CHOQUE PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA*. Bogotá DC: Ministerio de Protección Social República de Colombia. Recuperado el 22 de Octubre de 2018, de <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/5.2.pdf>
- Bustamente Vélez, R. E., & Córdoba de Serna, G. (1885). EL Pensamiento pedagógico de Jhon Dewey y los INEM. Recuperado el 20 de octubre de 2018, de http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/7085/1/BustamanteRoberto_1985_pensamientopedagogico.pdf
- Campo, p. (Diciembre de 1990). Eficacia y eficacia de la atención prenatal. *Partería*, 215-223.
- Carabajo, A. R. (2008). La metodología fenomenológico-hermenéutica de M. Van Manen en el campo de la investigación educativa. Posibilidades y primeras experiencias. (A. I. AIDIPE, Ed.) *Revista de Investigación Educativa*, 26(2), 409-430. Recuperado el 25 de octubre de 2018, de <file:///D:/Downloads/110221-Texto%20del%20art%C3%ADculo-438901-1-10-20100706.PDF>
- Castilla, M. V. (2005). la ausencia de amamantamiento en la construcción de la buena maternidad. *La ventana*, 3(22), 189-218. Recuperado el 26 de octubre de 2018, de <file:///D:/Downloads/Dialnet-LaAusenciaDelAmamantamientoEnLaConstruccionDeLaBue-5202324.pdf>
- Castillo Espitia, E. (Marzo de 2013). La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. *Investigación y educación en*

- enfermería*, 18(1), 27-35. Recuperado el 20 de octubre de 2018, de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/16852/14591>
- Castillo, E., & Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. (C. E. Valle, Ed.) *Colombia Médica*, 34(3), 164-167. Recuperado el 22 de octubre de 2018, de <https://www.redalyc.org/html/283/28334309/>
- Castro Franco, B., & Peñaranda Correa, F. (2011). La comprensión de los significados de la maternidad: el caso de un programa de cuidado prenatal en un centro de salud en Popayán, Colombia. *Salud Colectiva*, 7, 333-335. Recuperado el 23 de octubre de 2018, de https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1851-82652011000300004&script=sci_arttext&tlng=es
- Comprometidos a conectar el mundo. (2017). *Encuesta Anual Manufacturera EAM*. Bogotá DC: ITUPP. Recuperado el 21 de Octubre de 2018, de <https://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/stat/default.aspx>
- Corbetta, P. (2003). *Metodología y Técnicas de Investigación Social* (Vol. 1). Madrid, España: McGraw-Hill. Recuperado el 21 de octubre de 2018, de <https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/metodologc3ada-y-tc3a9cnicas-de-investigac3b3n-social-piergiorgio-corbetta.pdf>
- Cornejo, M., Mendoza, F., & Rojas, R. (mayo de 2008). La investigación con relatos de vida: pistas y opciones del diseño metodológico. *Psykhé (Santiago)*, 17(1), 19-39. Recuperado el 22 de octubre de 2018, de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-22282008000100004&script=sci_arttext&tlng=en
- Davis, A., Wambach, K., Nelson, E., Odar, C., Lillis, T., Mckinleyy, A., & Gallagher, M. (Diciembre de 2014). Cambio en el comportamiento de la salud en mujeres embarazadas: un estudio de dos fases. *Telemedicine and e-health*, 20(12), 1165-1169.
- De Souza Minayo, M. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*, 6, 251-261. Recuperado el 26 de octubre de 2018, de <https://www.scielo.org/article/scol/2010.v6n3/251-261/es/>
- Dewey, J. (2004). *Democracia y educación: una introducción a la filosofía de la educación* (sexta ed.). Madrid: Morata .
- Dewey, J., Dewey, E., & Luzuriaga, L. (1918). *Las Escuelas del Mañana*. Recuperado el 21 de Octubre de 2018, de <file:///D:/Downloads/DeweyEl%20Sol22-IV-1918.pdf>
- Echeverri de Pimiento, S. (2004). La Humanización del Cuidado a la Luz de la Ley 911 de 2004. *Revista de Actualizaciones en Enfermería*, 10(3). Recuperado el 20 de octubre de 2018, de <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-103/humanizacion-del-cuidado-ley-911/>
- Fernández Idiago, M. (2009). Impacto de los programas de educación maternal Análisis del uso del servicio hospitalario de urgencias obstétricas. *REDUCA*, 1(2). Recuperado el 26 de octubre de 2018, de <http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:a-WTodley9EJ:scholar.google.com/+Linares+M,+Moral+Y.+Motivaciones+que+acerc>

an+las+embarazadas+las+actividades+de+educaci%C3%B3n+maternal.+Enferm
+Cient.+1992+%3B+129+:+31-4.&hl=es&as_sdt=0,5

- Fernández, M., & Fernández, A. (2013). Análisis comparativo de las principales Escuelas de Educación Maternal. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 40-44. Recuperado el 20 de octubre de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100009
- Figueiras, A., Neves de Souza, I., Ríos, V., & Benguigui, Y. (2006). *Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado el 24 de Octubre de 2018, de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/796/92755326827.pdf?sequence=1>
- Freire, P. (2010). *Cartas a quien pretende enseñar* (2a ed.). (S. Mastrangelo, Trad.) Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI. Recuperado el 20 de octubre de 2018, de <file:///D:/Downloads/book.pdf>
- Gagnon, A. J., & Sandall, J. (2008). Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos. *La Biblioteca Cochrane Plus*(2). Recuperado el 20 de octubre de 2018, de https://www.researchgate.net/profile/Jane_Sandall/publication/241687284_Educacion_prenatal_grupal_o_individual_para_el_parto_la_maternidadpaternidad_o_ambos/links/0c9605306381ad4fb8000000/Educacion-prenatal-grupal-o-individual-para-el-parto-la-maternidad-
- Garrach, V., Navío, F., & Sebastina, G. (1995). *Manual de asistencia del parto y puerperio normal*. INO Reproducciones SA.
- Geertz, C. (1987). Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura. *La interpretación de las culturas*, 19-40. Recuperado el 28 de Octubre de 2018, de https://oficiodeetnografo.files.wordpress.com/2012/08/geertz_descripcic3b3n_densa_1_a_interpretac3b3n_de_las_culturas.pdf
- Gil Bello, R. M. (2016). Las experiencias de las mujeres durante el embarazo a partir del análisis del discurso. *MUSAS Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 1(1), 63-81. Recuperado el 27 de Octubre de 2018, de [file:///D:/Downloads/15252-29753-2-PB%20\(1\).pdf](file:///D:/Downloads/15252-29753-2-PB%20(1).pdf)
- Gil González, D., Palma Solís, M., Ruiz Cantero, M. T., Ortiz Moncada, M., Franco Giraldo, A., Stein, A., . . . Díaz, D. (Diciembre de 2006). El reto para la salud pública de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un enfoque desde la epidemiología política. (S. E. Sanitaria, Ed.) *Gaceta Sanitaria*, 20(S3), 1-80. Recuperado el 10 de octubre de 2018, de <http://www.gacetasanitaria.org/es-el-reto-salud-publica-los-articulo-13101091>
- Gimeno Sacristán, J. (1990). El «culto a la eficiencia» y la pedagogía por objetivos: nacimiento de un estilo pedagógico. *La pedagogía por objetivos: Obsesión por la eficiencia*, 3-9. Recuperado el 20 de octubre de 2018, de http://www.terras.edu.ar/biblioteca/11/11DID_Gimeno_Sacristan_1_Unidad_2.pdf

- Gobernación de Boyacá Secretaría de Salud. (2018). *Boletín Epidemiológico de Boyacá*. Boyacá, Tunja. Recuperado el 20 de Enero de 2019, de file:///D:/Downloads/MATERNIDADDEFCONGItrimestre2018_.pdf
- Gómez Ortiz, M., Labandeira López, P., Núñez Vivas, M., Mengibar Carrillo, A., Vallecillos Zuya, S., & Hernández Martínez, A. (2014). Necesidades educativas sobre autocuidados y factores relacionados en el puerperio domiciliario. *Matronas profesión*, 15(1), 10-17. Recuperado el 25 de Octubre de 2018, de <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-necesidades-educativas-15-1.pdf>
- Greene, W. H., & Simon Morton, B. G. (1988). *Educación para la salud*. México DC: Interamericana McGraw-Hill. Recuperado el 26 de Octubre de 2018, de <https://es.scribd.com/document/300102105/Educacion-para-la-salud-Greene-Simons-Morton-pdf>
- Guba, E., & Lincoln, Y. (1981). *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. Jossey-Bass; 1981. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hernández Sampieri, R., Collado Fernández, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (Vol. 3). México: McGraw-Hill Interamericana. Recuperado el 24 de Octubre de 2018, de <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38911499/Sampieri.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1545895309&Signature=ak%2F6n4%2F6FyEC42DF%2Ft0%2Bh227lok%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DSampieri.pdf>
- Hurtado , F., Donat, F., Escrivá, P., & Poveda, C. (2003). La mujer ante la experiencia del parto y las estrategias de afrontamiento. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*(66), 32-45. Recuperado el 26 de Octubre de 2018, de <http://www.editorialmedica.com/download.php?idart=149>
- Jiménez Sesma, M. L. (2008). Escenarios y circunstancias deseadas para su futuro parto en mujeres españolas. *Medicina naturista*, 2(3), 26.
- Jovell, A. (2006). El paciente del siglo XXI. (G. d. Navarra, Ed.) *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(Suplemento 3), 85-90. Recuperado el 28 de octubre de 2018, de <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s3/original8.pdf>
- Kanotra, S., D'Angelo, D., Phares, T. M., Morrow, B., Barfield, W., & Lansky, A. (Noviembre de 2007). Desafíos que enfrentan las nuevas madres en el período posparto temprano: un análisis de los datos de comentarios de la encuesta del sistema de monitoreo de la evaluación de riesgos del embarazo (PRAMS) de 2000. *Revista de salud materna e infantil*, 11(6), 549-558. Recuperado el 27 de Octubre de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17562155>
- Manzini, J. L. (2000). Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta bioethica*, 6(2), 321-334. Recuperado el 22 de Octubre de 2018, de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2000000200010&script=sci_arttext

- Martínez Bueno, C., & Torres Sigales, R. (2017). Educación maternal y postparto. *Enfermería de la mujer*, 156 -181.
- Martínez Galiano, J. M. (2013). *Impacto del programa de educación maternal sobre la madre y el recién nacido*. Programa oficial de poegrado de Medicina preventiva y Salud Pública. Universidad de Granada. Recuperado el 26 de Octubre de 2018, de <http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/23499/21277709.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Martínez Hernández, Á. (2008). *Antropología Médica*. Barcelona, España: Anthropos. Recuperado el 24 de Octubre de 2018, de http://www.academia.edu/28601384/ANTROPOLOGIA_MEDICA_TEORIAS SOBRE_LA_CULTURA_EL_PODER_Y_LA_ENFERMEDAD_ANGEL_MARTIN_HERNANDEZ
- Martínez Miguélez, M. (Diciembre de 2006). Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. *Paradigma*, 27(2), 07-33. Recuperado el 25 de Febrero de 2019, de https://www.researchgate.net/publication/262628443_Validez_y_confiabilidad_en_la_metodologia_cualitativa
- Ministerio de Salud. (4 de Octubre de 1993). Resolución 8430 . 1-19. Recuperado el 23 de octubre de 2018, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá DC: Imprenta Nacional. Recuperado el 20 de Octubre de 2018, de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
- Ministerio de Saud y Protección Social. (2017). Análisis de Situación de Salud ASIS Colombia. Recuperado el 24 de octubre de 2018, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-nacional-2017.pdf>
- Monés - Xiol, J. (2004). Nuevos medios de comunicación y la práctica médica. *Revista de Calidad Asistencial*, 19(4), 274-279. Recuperado el 26 de octubre de 2018, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X04777076>
- Naciones Unidas CEPAL. (Enero de 2018). Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Recuperado el 23 de Octubre de 2018, de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/S1700334_es.pdf?sequence=18&isAllowed=y
- Nolan, M. (2009). Información y educación sobre el embarazo: una revisión de los estudios cualitativos. *The Journal of Perinatal Education Online*, 18(4), 21-30. Recuperado el 20 de octubre de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2776522/>
- O'Higgins, A., Murphy, O., Egan, A., Mullaney, L., Sheehan, S., & Turner, M. (Nov-Dec de 2014). The use of digital media by women using the maternity services in a developed

- country. *Journal of the Irish Medical Association*, 107(10), 313-315. Recuperado el 26 de octubre de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25556255>
- Olds, L., & London, M. L. (1996). *Matrona del servicio de salud de la comunidad de Madrid (SERMAS)* (1a ed.). Madrid: Interamericana McgrawHill.
- Oliver Reche, M. (1998). Etnografía de los cuidados materno-infantiles. Creencias, valores y prácticas tradicionales sobre la lactancia materna. *Index de Enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, 7(22), 34-40. Recuperado el 10 de Enero de 2019, de http://www.index-f.com/gestion/login.php?&url=/index-enfermeria/22revista/22_articulo_34-40.php
- OMS. (2018). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación*. Recuperado el 24 de octubre de 2018, de file:///D:/Downloads/9789243563701_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Las madres y los niños son importantes y su salud también. En OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2005* (págs. 1-21). Recuperado el 26 de Octubre de 2018, de https://www.who.int/whr/2005/03_chap1_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (06 de Mayo de 2014). *Organismos de las Naciones Unidas informan del firme avance en los esfuerzos por salvar vidas maternas*. Comunicado de Prensa, GINEBRA | NUEVA YORK. Recuperado el 20 de Octubre de 2018, de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/maternal-mortality/es/>
- Ortiz Chacha, C., Blázquez Morales, M., García González, J., Duarte Gómez, M., Méndez Main, S., & De San Jorge Cárdenas, M. (2018). Tecnologías de la información y comunicación para el cuidado y atención del embarazo en el primer nivel de atención. *Ciencia UAT*, 12(2), 40-53. Recuperado el 21 de Octubre de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-78582018000100040&script=sci_arttext
- Osorio Castaño, J., Carvajal Carrascal, G., & Rodríguez Gázquez, M. (2017). Preparación para la maternidad durante la gestación: un análisis de concepto. *Investigación y Educación en Enfermería*, 35(3), 295-305. Recuperado el 29 de octubre de 2018, de <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/329204/20787666>
- Pastor, M. A., Herrera, L. S., Vásquez, I. E., Zavala, C. A., & Ramírez, T. A. (Diciembre de 2006). Conocimientos y prácticas sobre autocuidado que influyen en la salud de la mujer, durante el embarazo y el puerperio. *Revista Facultad Ciencias Médicas*, 13-18. Recuperado el 26 de Octubre de 2018, de <http://65.182.2.244/RFCM/pdf/2006/pdf/RFCMVol3-2-2006-4.pdf>
- Peñaranda Correa, F. (2011). *Las fuerzas sociales y el escenario comunicativo en la educación para la salud: el caso del programa de crecimiento y desarrollo* (Vol. 16). Recuperado el 29 de Octubre de 2018, de https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232011001100007&script=sci_arttext&tlng=pt

- Peñaranda Correa, F., Bastidas Acevedo, M., Escobar Paucar, G., Torres Ospina, J. N., & Arango Córdoba, A. (2006). Análisis integral de las prácticas pedagógicas de un programa educativo en Colombia. *Salud Pública de México*, 48, 229-235. Recuperado el 26 de Octubre de 2018, de https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342006000300007&script=sci_arttext&tlng=en
- Pérez, M. E. (1996). La enfermera como educadora de la embarazada y su núcleo familiar. *Hospital Materno Infantil Sardá*, 15(3), 102-106. Recuperado el 26 de Octubre de 2018, de [file:///D:/Downloads/102-106%20\(1\).pdf](file:///D:/Downloads/102-106%20(1).pdf)
- Ponce Capitán, M. (2005). Conocimientos de las puerperas sobre autocuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta hospitalaria. *Matronas profesión*, 6(1), 14-19. Recuperado el 24 de Octubre de 2018, de <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol6n3pag14-19.pdf>
- Profamilia Bienestar Familiar MINSALUD. (2011). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010*. Bogotá DC. Recuperado el 20 de Octubre de 2018, de <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr246/fr246.pdf>
- Profamilia MINSALUD. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Bogotá DC. Recuperado el 20 de Octubre de 2018, de <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>
- Real Academia Española. (1992). *Diccionario de la lengua española* (Vol. 15). Madrid, España. Recuperado el 26 de Octubre de 2018, de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/36422894/Diccionario_de_la_Lengua_Espanola.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1546138105&Signature=TOaNRtLOMyN%2FUS8izyAoBISxHcs%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DDiccionari
- Renkert, S., & Nutbeam, D. (2001). Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promotion International*, 16(4), 381-388. Recuperado el 20 de octubre de 2018, de <https://academic.oup.com/heapro/article/16/4/381/656754>
- Risica, P. M., & Phipps, M. G. (2006). Preferencias educativas en una clínica prenatal. *International Journal of Childbirth Education*, 21(4), 4-7.
- Rodríguez Yunta, E. (2004). Comités de evaluación ética y científica para la investigación en seres humanos y las pautas CIOMS 2002. *Acta bioethica*, 10(1), 37-48. Recuperado el 26 de octubre de 2018, de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2004000100005&script=sci_arttext
- Rogers, M. (1988). La ciencia y el arte de la enfermería: una perspectiva. *Nursing Science Quarterly*, 1(3), 99-101. Recuperado el 21 de Octubre de 2018, de <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/089431848800100304>
- Rubio Gaviria, D. (2010). *Criterios para evaluar proyectos pedagógicos: una reflexión desde el origen* (Vol. 15). Enunciación 15.
- Sáez Almueda, M. (2012). Nosotras parimos ¿Nosotras decidimos en la atención sanitaria embarazo, parto y puerperio? *AIBR Revista de Antropología Iberoamericana*, 7(3),

- 400-405. Recuperado el 25 de octubre de 2018, de <https://recyt.fecyt.es/index.php/AIBR/article/view/32769/17519>
- Salamanca Castro, A., & Crespo Blanco, C. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. (27). Recuperado el 20 de Octubre de 2018, de file:///D:/Downloads/340-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1338-1-10-20150609.pdf
- Salud Pública. (2009). Educación maternal: preparación para el nacimiento. Recuperado el 24 de octubre de 2018, de <http://www.anaelbusto.info/guiaembarcataluna.pdf>
- Sanchez Jiménez, B., Trejo Hernández, M., & Lartigue Becerra, T. (2007). Estrategia educativa de enfermería para fortalecer el autocuidado durante el control prenatal. *Perinatología y reproducción Humana*, 21(4), 167-177. Recuperado el 20 de octubre de 2018, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2007/ip074b.pdf>
- Sandín Esteban, M. (2000). Criterios de validez en la investigación cualitativa: de la objetividad a la solidaridad. *Revista de Investigación Educativa*, 18(1), 223 - 242. Recuperado el 28 de enero de 2019, de <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/45190/1/Criterios%20de%20validez%20en%20la%20investigacion%20cualitativa%20de%20la%20objetividad%20a%20la%20solidaridad.pdf>
- Sarter, B. (1988). Fuente filosóficas de la teoría de la enfermería. *Nursing Science Quarterly*, 1(2), 52-59. Recuperado el 21 de Octubre de 2018, de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/089431848800100205>
- Siruana Aparisi, J. C. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, 22, 121-127. Recuperado el 23 de Octubre de 2018, de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-92732010000100006&script=sci_arttext
- Talbot, L. (2008). Uso de la taxonomía de necesidades de Bradshaw: escuchar a las mujeres en la planificación de la atención del embarazo. *Enfermera Contemporánea*, 30(1), 76-82. Recuperado el 20 de octubre de 2018
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos de Investigación* (1a ed., Vol. 1). Barcelona: Paidós. Recuperado el 22 de Octubre de 2018, de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/39626073/Taylor-Bogdan_observacion_part.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1545894998&Signature=SdaomwAOL0hSewv3AKp4ubjFs6A%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DTaylor_Bogdan_o
- Tripp, N., Hainey, K., Liu, A., Poulton, A., Kim, J., & Nanan, R. (2014). ¿Un modelo emergente de atención de maternidad: teléfono inteligente, partera, médico? *Mujeres y el parto*, 27(1), 64-67. Recuperado el 27 de octubre de 2018, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187151921300423X?via%3Dihub>
- Tripp, N., Hainey, K., Liu, A., Poulton, A., Peek, M., Kim, J., & Nanan, R. (marzo de 2014). ¿Un modelo emergente de atención de maternidad: teléfono inteligente, partera, médico? *Mujer y Nacimiento*, 27(1), 64-67. Recuperado el 25 de octubre de 2018, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187151921300423X>

- Troncoso Poblete, M., & Valenzuela Suazo, S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm*, 20(4), 499-503. Recuperado el 20 de Octubre de 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18>
- UNICEF. (2014). *Cartilla Crecer - Embarazo*. Quito. Recuperado el 24 de Octubre de 2018, de https://www.unicef.org/ecuador/CARTILLA_1_CRE CER_17-12-2014.pdf
- Universidad Nacional de Colombia. (2007). *Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública*. Bogotá DC: Programa de Apoyo a la Reforma de la Salud. Recuperado el 24 de Octubre de 2018, de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIAS%20DE%20ATENCIÓN%20-TOMO%20DOS.pdf>
- Urrea, E., Jana, A., & García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería*, 17(3), 11-22. Recuperado el 20 de octubre de 2018, de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000300002&script=sci_arttext&tlng=pt
- Valles, M. S. (2007). *Entrevistas Cualitativas* (Vol. 32). (C. d. Sociológicas, Ed.) Madrid: EFCA S.A. Recuperado el 22 de Octubre de 2018, de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=6xkfw-n9n8EC&oi=fnd&pg=PA7&dq=Valles+MS.+Entrevistas+cualitativas:+CIS%3B+2002.&ots=0rbamJVrZe&sig=dNR7ETH3EAEgBJyoIkw9aGX10aY#v=onepage&q=Valles%20MS.%20Entrevistas%20cualitativas%3A%20CIS%3B%202002.&f=false>
- Van Manen, M. (1998). *El tacto pedagógico. El Tacto en la enseñanza*. Barcelona, España: Paidós Ibérica. Recuperado el 21 de Octubre de 2018, de <http://www.academia.edu/9681002/153604723-el-tacto-en-la-ensenanza-max-van-manen-131108182632-phpapp01>
- Van Manen, M. (2003). *Investigación educativa y experiencia vivida* (Vol. 1). Barcelona, España: Idea Books S.A. Recuperado el 20 de Octubre de 2018, de <https://es.scribd.com/document/362581111/Van-Manen-M-2003-Investigacion-educativa-y-experiencia-vivida-trad-Oh-Miro-Idea-pdf>
- Van Manen, M. (2004). *El tono en la enseñanza: El lenguaje en la pedagogía* (1 ed.). Barcelona: Paidós Iberica.
- Vázquez Fernández, M., González, H., Sanz, M., García, M., Ruiz, C., & Bayón, P. (marzo y abril de 2016). La tecnología 2.0 al servicio de la salud materno-infantil. *Acta Pediátrica Española*, 74(e63-e65), 3-4. Recuperado el 27 de octubre de 2018, de <http://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/cartas-al-director/1247-la-tecnologia-2-0-al-servicio-de-la-salud-materno-infantil#.XD1EwIkJIU>
- Watson, J. (1992). Filosofía y teoría de los cuidados humanos en enfermería. *Modelos conceptuales de enfermería*, 182.
- Watson, J., & Woodward, T. K. (2010). Jean Watson's theory of human caring. *Nursing theories and nursing practice*, 3, 351-369. Recuperado el 20 de octubre de 2018, de Watson J, Woodward T. Jean Watson's theory of human caring. *Nursing theories & nursing practice*. 2010:351-69.

Zuñiga Rivas, N. C. (2012). principales mitos alrededor de la maternidad y posparto en mujeres embarazadas, como influyen en la transición del ciclo vital y como cambian desde un abordaje sistémico. *Repositorio Universidad Javeriana*.



ANEXOS

ANEXO1

**Datos Socio demográficos y Preguntas Orientadoras para la investigación
“Vivencias Maternas relacionadas con la Educación Maternal recibida por
Enfermería: Experiencias de un Curso de Preparación para la Maternidad en una
Unidad de Atención Primaria en Salud en la ciudad de Tunja - Colombia”**

1. Las preguntas orientadoras planteadas para la caracterización sociodemográfica de las gestantes serán:

- Nombres y apellidos
- Dirección de residencia y teléfono
- Procedencia
- Estado Civil
- Raza: Mestiza_____ Negra_____ Blanca_____
- Estudios realizados:

Ninguno_____ Primaria _____ Bachillerato_____

Técnico y/o Tecnológico _____ Universitario y/o más_____

Edad_____ Trabaja actualmente: Si_____ No _____

- ¿A qué se dedica usted y su pareja?
- ¿Con quién vive actualmente?
- Número de embarazos:___ Número de Abortos: ___ Número de Cesáreas:___
- Número de hijos vivos actualmente: _____
- Edad gestacional en semanas _____
- ¿Su embarazo fue planeado?

- ¿Su embarazo fue deseado?
- ¿En embarazos anteriores ha asistido a Cursos de preparación para la maternidad?

2. Las preguntas orientadoras planteadas para describir las vivencias maternas se realizaron de manera abierta, motivando la confianza en la expresión de las mismas; se enfocaron, en la búsqueda de la obtención de una descripción detallada de sus vivencias y su sentir, en torno a los objetivos de la investigación. Estas preguntas orientadoras fueron tenidas en cuenta como guías para no olvidar los objetivos de la investigación que debían ser abordados y la importancia de retomarlos en algún punto de la entrevista y ahondar en ellos si se evidenciaban nuevos hallazgos o corroboraban los ya encontrados; sin embargo, no se estructuraron en un orden rígido de presentación, ni se delimitaron, ni coartaron los temas que quisieron tratar las maternas en torno a su curso de preparación para la maternidad y emergieron de las entrevistas.

En general se utilizaron preguntas cortas, favoreciendo respuestas largas que permitieran fluir la descripción de las vivencias y sentir materno; evitando la interferencia de la entrevistadora. Esta participación de la entrevistadora se daba con el objeto de clarificar, profundizar o reencausar temática. Al terminar la intervención de la materna la entrevistadora trataba de simplificar o hacer un pequeño resumen de aspectos importantes y se le pedía a la materna que expresará su acuerdo o desacuerdo para validar lo dicho o profundizar en el tema y ayudaba a las aclaraciones.

¿Qué querías decir con ...?

¿Esto significa que ...?

¿Quieres decir que ...?

La entrevistadora llevó un listado de temas acordes a los objetivos de la investigación que se debían abordar, no tenían un orden específico, pero si debían ser tratados con todas las

maternas en diferentes niveles de profundidad dadas sus vivencias propias. La entrevistadora profundizó en las respuestas claves que le podían llevar a nuevos hallazgos, a confirmar otros o a darle un nuevo matiz a información obtenida.

Este listado era un simple recordatorio para la entrevistadora de los temas a tratar no eran preguntas rígidas o estructuradas que se empleaban en las entrevistas; el listado se derivó de los objetivos de la investigación y en ellos se profundizaba en su sentir, conocimientos, expectativas, temores, inquietudes; siempre motivando y propiciando la descripción de esas dimensiones las cuales fueron:

- Cambios en el embarazo y cuidados en el embarazo.
- El parto
- Lactancia materna
- Cuidados del recién nacido
- Cuidados posparto
- Planificación familiar
- Rol materno

ANEXO 2

Carta de autorización de la IPS y su Comité de Ética



Tunja, 19 de mayo de 2017

Señora
Olga Márquez Moreno
Enfermera Estudiante de Maestría
Universidad del Valle
Facultad de Enfermería
Cali

Referencia: Certificación de Aprobación Investigación con maternas del Curso Psicoprofiláctico.

La presente es para certificar que en Comité Trimestral (Ética) reunido el 15 de mayo del presente después de conocer la presentación realizada por usted del proyecto de Investigación "Vivencias Maternas relacionadas a la Educación Maternal recibida por Enfermería: Experiencias de un Curso de Preparación para la Maternidad en una Unidad de Atención Primaria en Salud en una ciudad del Nororiente de Colombia" en el que usted participa como Investigador Principal, se consideró que:

Su proyecto cumple con los requisitos para garantizar la seguridad de nuestras usuarias participantes del curso, respeta la libre decisión de participar (consentimiento informado), guarda la confidencialidad y se considera que la información resultante de dicha investigación nos ayudará en el fortalecimiento Institucional.

De igual manera se autoriza según disponibilidad la utilización de la sala de maternas y su consultorio para la realización de los acercamientos con las maternas y las entrevistas previa coordinación con auxiliar de consultorios.

Atentamente,

Salud Vital Integral S.A.S
NIT 900384332-6
Tunja - Centro Clínico Centro Norte
Cra 6 47A - 40 Oficina 15 piso 3
Tel. 359 9400

Luis Alejandro Bohórquez Caro
Gerente Salud Vital Integral SAS

SALUD VITAL
REVISADO

ANEXO3

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana

Facultad de Salud



ACTA DE APROBACIÓN N° 017 - 017

Proyecto: "VIVENCIAS MATERNAS RELACIONADAS CON LA EDUCACIÓN MATERNAL RECIBIDA POR ENFERMERÍA: EXPERIENCIAS DE UN CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN LA CIUDAD DE TUNJA - COLOMBIA"

Sometido por: MARÍA CLARA TOVAR / OLGA R. MÁRQUEZ

Código Interno: 139 - 017 Fecha en que fue sometido: 28 08 2017

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Resumen del proyecto | <input checked="" type="checkbox"/> | Protocolo de investigación |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Formato de consentimiento informado | <input checked="" type="checkbox"/> | Instrumento de recolección de datos |
| <input type="checkbox"/> | Folleto del investigador (si aplica) | <input checked="" type="checkbox"/> | Cartas de las instituciones participantes |
| <input type="checkbox"/> | Resultados de evaluación por otros comités (si aplica) | | |

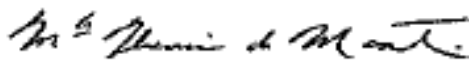
2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité:

3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo**:

SIN RIESGO RIESGO MÍNIMO RIESGO MAYOR DEL MÍNIMO

- Que las **medidas** que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.
- La forma de obtener el **consentimiento** informado de los participantes en el estudio es adecuada.
- Este proyecto será **revisado nuevamente** en la próxima reunión plenaria del Comité, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
- Informará** inmediatamente a las directivas institucionales:
 - Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
 - Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
- Informará** inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:
 - Lesiones a sujetos humanos.

- Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que no haya sido revisado y aprobado por el Comité.
9. El presente proyecto ha sido **aprobado** por un periodo de **1 año** a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
10. El **investigador principal** deberá informar al Comité:
- Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente (Anexo 1).
 - Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
 - La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

Firma: 
Nombre: **MARIA FLORENCIA VELASCO DE MARTINEZ**
Capacidad representativa: **PRESIDENTA**
Fecha: 03 10 2017
Teléfono: 5185677

CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

Por medio de la presente, certifico que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle aprueba el proyecto arriba mencionado y respeta los principios, políticas y procedimientos de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la reglamentación vigente en investigación de la Universidad del Valle.

Firma: 
Nombre: **ADALBERTO SÁNCHEZ G.**
Capacidad representativa: **VICEDECANO DE LA FACULTAD DE SALUD**
Fecha: 03 10 2017
Teléfono: 5185680

ANEXO 4



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN DE VIVENCIAS MATERNAS RELACIONADAS CON LA EDUCACIÓN MATERNAL RECIBIDA POR ENFERMERÍA: EXPERIENCIAS DE UN CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN LA CIUDAD DE TUNJA- COLOMBIA

Lugar y Fecha _____

Yo _____ CC. N ° _____

De _____ Acepto participar voluntariamente en la investigación de la Escuela de enfermería Universidad del Valle titulada: “VIVENCIAS MATERNAS RELACIONADAS CON LA EDUCACIÓN MATERNAL RECIBIDA POR ENFERMERÍA: EXPERIENCIAS DE UN CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN LA CIUDAD DE TUNJA - COLOMBIA” El propósito de este estudio es describir las vivencias maternas en torno al curso de preparación para la maternidad y de retroalimentar la Unidad de Atención Primaria para implementar futuros cursos de preparación de la maternidad donde se tengan en cuenta las voces maternas y la atención de enfermería este fortalecida en este nuevo abordaje de educación maternal.

Se me ha explicado que mi participación es voluntaria y libre; consiste, en expresar mis vivencias y experiencias en el curso de preparación para la maternidad que estoy tomando actualmente, bajo la tutoría de la enfermera de la entidad que me presta los servicios en salud, este dialogo se realizará en una entrevista privada que será grabada por la investigadora durante una hora aproximadamente y previo consentimiento de cada participante para grabar; según criterio y necesidad de profundización del investigador estas entrevistas podrán ser repetidas y grabadas con previo acuerdo para la citación a ellas y se realizarán dentro del mes o al mes subsiguiente, no se realizará ningún tipo de muestras de índole invasivo a mí ni a mi bebé. Podré responder preguntas verbalmente o en cuestionario escrito y tendré el derecho a no contestar o a retirarme y revocar mi consentimiento sin necesidad de dar explicaciones.

La información recolectada en las grabaciones y/o escritos será confidencial y yo tendré acceso a ésta en el momento en que lo solicite; en ninguno de los estudios que se socializarán aparecerá mi nombre e identidad y las personas que tendrán acceso a estos datos serán solo las autorizadas por el investigador para la consecución de los objetivos del presente estudio o por requerimiento médico o legal. La información que doy no tendrá efectos sobre mi atención de salud en la Unidad de Atención Primaria a la que asisto a mis controles prenatales.

Los resultados del estudio podrán ser comunicados a Entidades Estatales, Instituciones de Salud, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones y a nivel de docencia.

Los riesgos que se puedan presentar durante la investigación son mínimos ya que solo se recopilará en escritos y en audio cinta mi percepción sobre el tema de investigación, de igual modo al llegarse a detectar algún riesgo potencial será intervenido con ayuda de la Unidad de Atención Primaria en donde recibo mi atención prenatal.

El testimonio de las gestantes, es de gran utilidad para cumplir con los objetivos de la investigación, y generar evidencia por medio de la cual se pueda mejorar el curso de preparación para la maternidad y paternidad para futuras madres gestantes y entorno al cuidado de enfermería.

También, manifiesto el derecho que tengo a conocer los resultados del presente estudio que serán socializados en la IPS en pro de su mejoramiento y se espera sea en el transcurso del próximo año (2018).

Para resolver cualquier duda adicional que pueda surgir antes, durante o posterior al estudio; relacionada con el mismo, se puede comunicar con el investigador Olga Rocío Márquez Moreno al teléfono 3204927407, en la Facultad de enfermería de la Universidad de Valle con la profesora María Clara Tovar al teléfono 25185697 Fax 5581938 enfermeria@correounivalle.edu.co Asesora del proyecto o con el Comité de Ética de la Universidad del Valle CIREH [Tel:5725185677](mailto:eticasalud@correounivalle.edu.co) Fax:572 5185684 eticasalud@correounivalle.edu.co

Manifiesto haber leído este consentimiento, recibido información sobre la investigación y haber expresado mis inquietudes e interrogantes que han sido aclarados por la investigadora Olga Rocío Márquez Moreno. La participación en esta investigación no generará ningún tipo de contraprestación de tipo económico.

Tengo claro que al firmar este consentimiento estoy autorizando la grabación de mis entrevistas acordadas con la investigadora, su transcripción y publicación en los términos ya aclarados en este documento; de igual manera manifiesto que recibiré copia de este documento que voy a firmar.

La información registrada en este consentimiento y la conformidad para participar en esta investigación de una manera libre y espontánea se firma a continuación.

Gestante _____ Firma _____

CC.

Testigo uno _____ Firma _____

CC

Testigo dos _____ Firma _____

CC

Investigador _____ Firma _____

CC