



**REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA PALABRA REPOSO Y DEL TÉRMINO
RIESGO AL MOVERSE DE LAS GESTANTES DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO
EN HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA, SUS FAMILIAS Y LOS
PROFESIONALES DE LA SALUD EN UNA IPS DE MEDIANA Y ALTA
COMPLEJIDAD DE CALI, COLOMBIA, EN 2019**

YENSY FERNANDA CABRERA QUINTERO

NATHALIE HURTADO MONTENEGRO

ANGIE CAROLINA PARDO REALPE

NASLY ANDREA PEREA ORTIZ

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE LA SALUD

ESCUELA DE REHABILITACIÓN HUMANA

PROGRAMA ACADÉMICO DE FISIOTERAPIA

2019



**REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA PALABRA REPOSO Y DEL TÉRMINO
RIESGO AL MOVERSE DE LAS GESTANTES DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO
EN HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA, SUS FAMILIAS Y LOS
PROFESIONALES DE LA SALUD EN UNA IPS DE MEDIANA Y ALTA
COMPLEJIDAD DE CALI, COLOMBIA, EN 2019**

YENSY FERNANDA CABRERA QUINTERO

NATHALIE HURTADO MONTENEGRO

ANGIE CAROLINA PARDO REALPE

NASLY ANDREA PEREA ORTIZ

**PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
FISIOTERAPEUTA**

ASESORA

Ft. McSO. PhD. CECILIA ANDREA ORDOÑEZ HERNÁNDEZ

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE LA SALUD

ESCUELA DE REHABILITACIÓN HUMANA

PROGRAMA ACADÉMICO DE FISIOTERAPIA

2019

TABLA DE CONTENIDO

1.	
¡Error! Marcador no definido.	
2.	
¡Error! Marcador no definido.	
2.1.	¡Error! Marcador no definido.
3.	
¡Error! Marcador no definido.	
3.1.	¡Error! Marcador no definido.
3.2.	¡Error! Marcador no definido.
3.2.1.	¡Error! Marcador no definido.
3.3.	¡Error! Marcador no definido.
3.3.1.	¡Error! Marcador no definido.
3.3.2.	¡Error! Marcador no definido.
3.3.3.	¡Error! Marcador no definido.
3.3.4.	¡Error! Marcador no definido.
3.4.	¡Error! Marcador no definido.
3.4.1.	¡Error! Marcador no definido.
3.4.2.	¡Error! Marcador no definido.
4.	
¡Error! Marcador no definido.	
4.1.	¡Error! Marcador no definido.
4.2.	¡Error! Marcador no definido.
5.	
¡Error! Marcador no definido.	
5.1.	¡Error! Marcador no definido.
5.1.1.	¡Error! Marcador no definido.

5.2.	¡Error! Marcador no definido.
5.2.1.	¡Error! Marcador no definido.
5.2.2.	¡Error! Marcador no definido.
5.2.3.	¡Error! Marcador no definido.
5.2.4.	¡Error! Marcador no definido.
5.2.5.	¡Error! Marcador no definido.
5.2.6.	¡Error! Marcador no definido.
5.3.	¡Error! Marcador no definido.
5.3.2.	¡Error! Marcador no definido.
5.3.3.	¡Error! Marcador no definido.
5.4.	¡Error! Marcador no definido.
5.4.1.	¡Error! Marcador no definido.
5.4.2.	¡Error! Marcador no definido.
5.4.3.	¡Error! Marcador no definido.
5.4.4.	¡Error! Marcador no definido.
5.4.5.	¡Error! Marcador no definido.
6.	
¡Error! Marcador no definido.	
6.1.	¡Error! Marcador no definido.
6.2.	¡Error! Marcador no definido.
7.	
¡Error! Marcador no definido.	
7.1.	¡Error! Marcador no definido.
7.2.	¡Error! Marcador no definido.
7.2.1.	¡Error! Marcador no definido.
7.2.2.	¡Error! Marcador no definido.

7.3.	¡Error! Marcador no definido.
7.4.	¡Error! Marcador no definido.
7.4.1.	¡Error! Marcador no definido.
7.4.2.	¡Error! Marcador no definido.
8.	
¡Error! Marcador no definido.	
8.1.	¡Error! Marcador no definido.
8.2.	¡Error! Marcador no definido.
9.	
¡Error! Marcador no definido.	
10.	
¡Error! Marcador no definido.	
11.	
¡Error! Marcador no definido.	
12.	
¡Error! Marcador no definido.	

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Resultados generales del formulario de caracterización sociodemográfica y de gestación	62
Tabla 2. Codificación de los familiares participantes del estudio	63
Tabla 3. Codificación de los profesionales de salud participantes del estudio	64
Tabla 4. Estandarización de los términos sobre la palabra “ <i>reposo</i> ” y el término “ <i>riesgo al moverse</i> ” de las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en hospitalización prolongada	65
Tabla 5. Estandarización de los términos sobre la palabra “ <i>reposo</i> ” y el término “ <i>riesgo al moverse</i> ” de los familiares de gestantes de Alto Riesgo Obstétrico con hospitalización prolongada	66
Tabla 6. Estandarización de los términos sobre el reposo de los profesionales de salud que atienden a las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico con hospitalización prolongada	67
Tabla 7. Prototipo (frecuencia x rango de evocación) de la representación social sobre la palabra reposo en las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas	68

Tabla 8. Prototipo (frecuencia x rango de evocación) de la percepción social sobre reposo en los familiares de las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas	69
Tabla 9. Prototipo (frecuencia x rango de evocación) de la representación social sobre la palabra reposo en los profesionales de la salud que atienden a las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas	69
Tabla 10. Prototipo (frecuencia x rango de evocación) de la representación social sobre el término de riesgo al moverse en las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas	70
Tabla 11. Prototipo (frecuencia x rango de evocación) de la percepción social sobre el término riesgo al moverse en los familiares de las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas	71
Tabla 12. Prototipo (frecuencia x rango de evocación) de la representación social sobre el termino riesgo a moverse en los profesionales de salud que atienden a las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas	71
Tabla 13. Definición de las categorías referidassobre la palabra” reposo”	72
Tabla 14. Filtración en categorías sobre la palabra reposo	73
Tabla 15. Descripción de la representación social de la palabra reposo	73
Tabla 16. Definición de las categorías referidas al término riesgo al moverse	76
Tabla 17. Filtración en categorías sobre el termino riesgo al moverse	76
Tabla 18. Descripción de la representación social del término riesgo al moverse	77
Tabla 19. Listados de términos emergentes del núcleo central de las tres poblaciones	78
Tabla 20. Agrupación de términos para la palabra “ <i>reposo</i> ”	78
Tabla 21. Agrupación de términos para el término “ <i>riesgo al moverse</i> ”	80

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Árbol de representación social de la palabra “*reposo*”
80

Figura 2. Árbol de representación social del término “*riesgo al moverse*”
81

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Procedimiento operativo estandarizado para el cuestionario de
caracterización sociodemográfica y de gestacional. 106

Anexo 2. Procedimiento operativo estandarizado para la aplicación del instrumento
de listados libres para la palabra “*reposo*” y el término “*riesgo al moverse*”. 107

Anexo 3. Procedimiento operativo estandarizado para la fase tres de triangulación
de representación social para la palabra “*reposo*” y el término “*riesgo al
moverse*” 109

Anexo 4. Formulario: “caracterización sociodemográfica y de gestación” 110

Anexo 5. Formato de listado libre de palabras para la palabra “ <i>reposo</i> ”.	111
Anexo 6. Formato de listado libre de palabras para el término “ <i>riesgo al moverse</i> ”	112
Anexo 7. Consentimiento informado para gestantes participantes de la investigación	113
Anexo 8. Consentimiento informado para los familiares participantes de la investigación.	115
Anexo 9. Consentimiento informado para profesionales de la salud participantes de la investigación.	117

RESUMEN

Introducción: Previamente se han descrito los efectos tanto beneficiosos como nocivos del reposo en cama y la movilización durante el embarazo de Alto Riesgo Obstétrico, siendo lo anterior un fundamento importante que orientar el accionar integral para la valoración y las posteriores recomendaciones del personal de la salud hacia la población de mujeres gestantes y sus familiares, a pesar de esto la evidencia centrada en la representaciones sociales de dichos conceptos y su

relación con la población gestante, sus familiares y los mismos profesionales de la salud es escasa.

Objetivo: Establecer cuál es la representación social de la palabra “*reposo*” y el término “*riesgo al moverse*” en las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en hospitalización prolongada, sus familias y los profesionales de la salud en una IPS de mediana y alta complejidad de la ciudad de Cali, Colombia, en 2019.

Diseño: Estudio cualitativo con enfoque hermenéutico sobre las representaciones sociales de la palabra “*reposo*” y el término “*riesgo al moverse*” en las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en hospitalización prolongada, sus familias y los profesionales de la salud.

Métodos e Instrumentos: fase I: se reunieron 17 pacientes gestantes de Alto Riesgo, 17 familiares y 5 profesionales de la salud, se aplicaron dos formatos de listado libre de palabras: uno para la palabra “*reposo*” y otro para el término “*riesgo al moverse*”, fase II: se incluyeron 5 participantes de cada una de las poblaciones que no hicieron parte de la fase del listado libre de palabras y se les entregó 20 fichas con términos emergentes, 10 para la palabra “*reposo*” y 10 para el término “*riesgo al moverse*” con la indicación de que los agruparan en 5 fichas con los términos que consideraron los más representativos para el “*reposo*” y para el “*riesgo al moverse*”. Los datos se analizaron a partir de estadísticos descriptivos de frecuencia y porcentaje, para el análisis prototípico se utilizó el programa ANTHROPAC LIST v4.98 para identificar la frecuencia de mención de cada término y para el análisis procesual, se categorizaron las explicaciones manifestadas por los participantes a través del análisis de contenido mediático.

Resultados: La RS de la palabra “*reposo*” de las gestantes fue plasmada en acciones preventivas como descansar, para los familiares y profesionales en características propias del reposo como la quietud y el reposo en cama respectivamente. La RS del término “*riesgo al moverse*” de las gestantes, los familiares y los profesionales está asociada con consecuencias como la caída. En conclusión, para los tres grupos el término “descansar” surgió como la RS de la palabra “*reposo*” y el término “caída” surgió como la RS del término “*riesgo al moverse*”, además, es importante reconocer a la paciente gestante de Alto Riesgo como una mujer sana que se encuentra en situación de hospitalización preventiva para evitar complicaciones en su proceso de gestación asociadas con causas específicas de su salud, a la cual se debe brindar una mejor orientación junto a sus familias sobre la movilización supervisada preventiva y sobre las recomendaciones y especificaciones del reposo en cama.

Palabras claves: Embarazo, Alto Riesgo, hospitalización, investigación cualitativa (fuente: DeSC)

ABSTRACT

Introduction: Previously, both the beneficial and harmful effects of bed rest and mobilization during pregnancy of High Obstetric Risk have been described, the

foregoing being an important basis to guide comprehensive actions for the assessment and subsequent recommendations of health personnel towards the population of pregnant women and their families, despite this, the evidence focused on the social representations of these concepts and their relationship with the pregnant population, their families and the health professionals themselves is scarce.

Objective: To establish what is the social representation of the word “rest” and the term “risk when moving” in pregnant women with high obstetric risk in prolonged hospitalization, their families and health professionals in a medium and high complexity IPS from the city of Cali, Colombia, in 2019.

Design: Qualitative study with a hermeneutical approach on the social representations of the word “rest” and the term “risk when moving” in pregnant women with high obstetric risk in prolonged hospitalization, their families and health professionals.

Methods and Instruments: phase I: 17 pregnant women of High Risk, 17 family members and 5 health professionals met, two word-free listing formats were applied: one for the word “rest” and another for the term “risk to move”, phase II: 5 participants from each of the populations that were not part of the word-free listing phase were included and 20 cards were given with emerging terms, 10 for the word “rest” and 10 for the term “Risk when moving” with the indication that they were grouped into 5 files with the terms they considered the most representative for “rest” and for “risk when moving”. The data were analyzed based on descriptive statistics of frequency and percentage, for the prototypical analysis the program ANTHROPAC LIST v4.98 was used to identify the frequency of mention of each term and for the procedural analysis, the explanations expressed by the participants were categorized through the analysis of media content.

Results: The SR of the word “rest” of pregnant women was reflected in preventive actions such as resting, for family members and professionals in characteristics of rest such as stillness and bed rest respectively. The SR of the term “risk when moving” of pregnant women, family members and professionals is associated with consequences such as the fall. In conclusion, for the three groups the term “rest” emerged as the RS of the word “rest” and the term “fall” emerged as the RS of the term “risk when moving”, in addition, it is important to recognize the pregnant patient of High Risk as a healthy woman who is in a situation of preventive hospitalization to avoid complications in her pregnancy process associated with specific causes of her health, to which better guidance should be provided with her families on supervised preventive mobilization and on the recommendations and specifications of bed rest.

Keywords: Pregnancy, High Risk, hospitalization, qualitative research (source: DeSC)

1. INTRODUCCIÓN

La Fisioterapia Ginecológica y Obstétrica se centra en la promoción, prevención, atención y rehabilitación de todos los tipos de trastornos funcionales abdominales y del suelo pélvico, así como en la promoción, cuidados y atención del embarazo, parto y post parto; siendo desde su quehacer una profesión de la salud, promotora de los cuidados de la salud de la mujer (1).

La mujer gestante que por su condición de embarazo de Alto Riesgo Obstétrico se encuentra hospitalizada, tiende a disminuir su nivel de actividad física por varias razones, una de ellas el temor de que esta actividad pueda complicar su estado de la salud, de que se dilate su proceso de recuperación y la restricción de la actividad materna (AR¹), a través del reposo por orden médica, el cual es una intervención bien conocida y comúnmente prescrita para prevenir el parto prematuro. Sin embargo, la evidencia de un efecto preventivo sobre el parto prematuro es limitada e inconclusa (2) y, por lo tanto, los informes del efecto beneficioso del tratamiento AR se basan en suposiciones. Hasta ahora, el enfoque "no basado en la evidencia" de AR ha sido aceptado en obstetricia, con preferencia a un enfoque "no intervencionista" de embarazos en riesgo, porque los resultados devastadores de partos prematuros son bien conocidos (1), en consecuencia, la mujer hospitalizada según su condición de la salud y entorno, manifiesta compromiso de su estado físico, social y psicológico.

¹ AR: Activity restriction

Si bien la orden de reposo protege a la madre de complicaciones, su aplicación puede variar enormemente según las creencias, temores y concepciones tanto de ellas como de sus familias y los profesionales que las atienden llevando a algunos de ellos a considerar cualquier movimiento dentro de las actividades básicas cotidianas como riesgoso. A partir de la experiencia clínica, se sabe que algunas mujeres embarazadas manejan bien este tipo de tratamiento, mientras que otras se angustian con alteraciones del estado de ánimo y cambios cognitivos. Según Bendix et al. (2), se sabe poco sobre la representación de las mujeres embarazadas frente al tratamiento de AR durante la hospitalización prolongada. Sólo al comprender la percepción de las gestantes ante el reposo y el riesgo al movimiento, permitirá a los profesionales de la salud personalizar la atención individual de las mujeres tratadas con AR, prescribir de manera correcta el reposo y conceptualizar sobre el riesgo al moverse.

Por lo anterior, este estudio proporciona información cualitativa sobre la representación social de la palabra “reposo” y el término “riesgo al moverse” en las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en hospitalización prolongada, sus familiares y los profesionales de la salud, que se encuentran ubicados en el servicio de Ginecología y Obstetricia de una Institución Prestadora de Salud de mediana y alta complejidad de la Ciudad de Cali, en el periodo de agosto-septiembre de 2019. Los hallazgos resaltan los significados que los tres grupos poblaciones atribuyen a la palabra “reposo” y al término “riesgo al moverse” respecto condición del Alto Riesgo Obstétrico y su relación con la situación de hospitalización, aportando además desde la creencias culturales de los familiares y los profesionales de la salud,

finalmente se evidenció la importancia de unificar el lenguaje utilizado por los diferentes profesionales de la salud que atienden a las gestantes y sobre la información brindada respecto el cuidado de la salud y la orientación de los comportamientos seguros en los servicios hospitalarios dentro de la atención médica.

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El embarazo es un periodo único y representativo en el curso de la vida de las mujeres que puede ocurrir de manera tranquila y sana, sin embargo, existen gestantes que pueden presentar complicaciones como parto prematuro, rotura prematura de membranas, gestación múltiple, preeclampsia u otras complejidades que implican riesgos para su vida y la del bebé, por lo tanto, los médicos obstetras les prescriben reposo en cama para cuidar y controlar su proceso y de gestación (1).

En los años 70 y 80, la intervención del fisioterapeuta como miembro integrante del equipo de salud de la atención a la mujer obstétrica era poco común, los pocos fisioterapeutas que trabajaban este ámbito y que proponían soluciones a los problemas músculo esqueléticos en el embarazo y el periodo posparto no eran bien vistos por los profesionales del gremio, despertando curiosidad en unos y siendo mal aceptados por otros. Hoy en día la fisioterapia obstétrica se ha consolidado en España, no se concibe un programa de atención integral de salud para la mujer gestante sin la presencia de un fisioterapeuta especializado. Esta fisioterapia especializada, con gran arraigo en otros países, se ha integrado finalmente a la sociedad y da respuesta a problemas comunes tanto en cuestiones profilácticas como terapéuticas. (44)

El rol de la fisioterapia en obstetricia, está orientado principalmente hacia la promoción y prevención de un buen proceso de gestación y hacia la preparación del parto y posparto, así como a su tratamiento mediante la utilización de distintas técnicas fisioterapéuticas con el objetivo de facilitar medidas preventivas para las

posibles alteraciones del embarazo, el parto y el posparto, de igual forma, da conocer los factores de riesgo que puedan desencadenar dichas alteraciones.

Rubarth et al. (1) concluyeron que los efectos secundarios del reposo en cama y la consecuente inactividad física en mujeres gestantes, conlleva a atrofia muscular y debilidad, así como una posible pérdida de masa ósea, capacidad aeróbica y condición física en general. Adicionalmente puede generar síntomas de depresión y trastornos psicológicos. Weir et al. (3) corroboran lo anterior y sugieren que es necesaria la promoción de la actividad física, el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), recomienda la práctica del ejercicio físico aeróbico durante el embarazo, al menos 30 minutos de actividad física al día por 5 veces a la semana, siendo una intensidad moderada para la mayoría de las mujeres (4).

Pese a que la actividad física conlleva a múltiples beneficios en muchas ocasiones existen temores o barreras que hace que las gestantes consideren esta práctica como riesgosa. Lozada et al. (24), en su estudio desarrollado en México sobre actividad física durante el embarazo y posparto, evidenciaron importantes barreras para la realización de actividad física, principalmente para las mujeres embarazadas de Alto Riesgo, donde se incluye la orden de reposo por parte del personal de la salud sin una prescripción de acuerdo a la condición y necesidades de la mujer embarazada, la falta de conocimiento sobre lo que significa el reposo, los beneficios de la actividad física para las gestantes y las barreras físicas en el entorno general; concluyendo en su estudio, que algunas mujeres perciben la actividad física como un comportamiento inseguro que pone en riesgo su embarazo.

Cheng et al. (6) en su estudio sobre la influencia del apoyo familiar y de pareja prenatal sobre relación en los resultados del embarazo, evidenciaron que el apoyo de los padres o pareja contribuyen en el impacto y desarrollo de las condiciones perinatales así como en el resultado de los nacimientos, argumentaron que las asociaciones de apoyo que interpretan las gestantes están relacionadas con las variables psicológicas representadas en el desarrollo de la ansiedad y la realización de prácticas de autocuidado incluyendo la realización de ejercicio durante el tiempo de gestación, por lo cual concluyeron que el apoyo ofrecido por los familiares o pareja puede ser un objetivo importante y potencialmente modificable para las intervenciones en salud con el fin mejorar los resultados del embarazo.

Bajo la misma línea, East et al. (7) publicaron un estudio sobre el apoyo social adicional en mujeres con Alto Riesgo Obstétrico, los investigadores demostraron que el apoyo informativo que brindan los equipos multidisciplinarios de profesionales de la salud, a través de la prestación de asesoramiento y orientación sobre prácticas de autocuidado, son útiles para reducir la probabilidad de ingreso y estancias prolongadas en las unidades prenatales de los hospitales, como el desarrollo partos por cesárea. Por lo anterior, este estudio busca acercarse desde una población colombiana situada en una Institución Prestadora de Salud (IPS) de mediana y alta complejidad, cómo a la luz de nuestro contexto perciben el reposo y el riesgo al moverse, en la mujer gestante, su familia y los profesionales de la salud que las atienden.

En una revisión inicial realizada por los autores de este investigación se encontró que los estudios que soportan el conocimiento sobre la realización de actividad

física de las gestantes tienen un enfoque especialmente cuantitativo y clínico, pero los estudios de orden cualitativo que se enfoque en reconocer el fenómeno que está detrás del porqué las embarazadas no realizan actividad física cuando se encuentran en ambientes hospitalarios son poco referenciados.

Los médicos desconocen o ignoran los grandes beneficios que brinda tanto la terapia física como la terapia respiratoria en las pacientes gestantes de Alto Riesgo Obstétrico y solamente se centran en el riesgo que puede generar el movimiento prescribiendo el reposo como medio preventivo de las complicaciones de salud de estas pacientes, cuando la literatura evidencia lo contrario, a razón de lo anterior, las pacientes gestantes y sus familiares culturalmente se encuentran permeados bajo esta concepción médica, llegando a considerar estrictamente el reposo en cama como un tratamiento efectivo a su condición de Alto Riesgo Obstétrico.

Este tipo de estudio reforzará el conocimiento y permitirá al personal de la salud y a los entes que toman decisiones en el medio hospitalario que puedan tener una visión holística del fenómeno, aportar y aclarar los conceptos para influir en una mejor prescripción del reposo, así como incentivar el desarrollo de investigaciones en el área de la fisioterapia ginecológica y obstétrica y aportar a un apropiado uso del lenguaje y mejor comunicación por parte de los profesionales de la salud del servicio de ginecoobstetricia hacia las pacientes gestantes de Alto Riesgo Obstétrico y sus familiares, específicamente en el uso de la palabra “*reposo*” y su consecuente término “*riesgo al moverse*” durante su estancia hospitalaria.

2.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué entienden las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en hospitalización prolongada, sus familias y los profesionales de la salud al mencionarles la palabra “*reposo*” y el término “*riesgo al moverse*” de la Institución Prestadora de salud de la ciudad de Cali, Colombia, en 2019?

3. MARCOS DE REFERENCIA

3.1. ANTECEDENTES

En 1994, Handwerker (8) realizó un trabajo de campo en un hospital público de enseñanza en California, con el propósito de argumentar que el riesgo no representa una certeza científica. Los datos para este estudio se obtuvieron mediante observación participante, conversaciones informales y entrevistas abiertas. Como resultado se encontró que si bien la evaluación y el manejo del riesgo no están estandarizados ni se aplican de manera consistente en la clínica, los proveedores de atención médica y el sistema legal toman decisiones como si el riesgo fuera un "hecho" inequívoco. En consecuencia, etiquetan a las mujeres embarazadas como “de Alto Riesgo”, implícita y explícitamente las hacen responsables si no pueden cambiar su comportamiento según lo prescrito por los profesionales de la salud.

En 2001, Maloni et al. (9), publicaron un estudio de tipo descriptivo retrospectivo con el objetivo de identificar los efectos del reposo en cama antes del parto sobre la familia de las gestantes. Fueron 89 mujeres participantes que tenían orden de reposo en cama antes del parto en el hospital o en el hogar, que se comunicaron con un grupo de apoyo de embarazo de Alto Riesgo para obtener la información

pertinente. Se les realizó un cuestionario abierto. Las familias experimentaron dificultades para asumir responsabilidades maternas, ansiedad sobre los resultados fetales y maternos, adicional, sintieron efectos emocionales adversos para con los niños. El cuidado infantil fue manejado por varias personas a lo largo del tiempo. Los problemas de cuidado infantil incluyeron reacciones negativas de los niños, preocupación por la calidad del proveedor y la preocupación materna por el cuidado. Las familias también experimentaron dificultades financieras, la mayoría de las cuales no fueron compensadas por el seguro o los beneficios laborales. Las mujeres informaron que los proveedores de atención médica ofrecían un apoyo mínimo a la familia. Como conclusión, a pesar del apoyo, el reposo en cama antes del parto crea dificultades que afectan a toda la familia y sus finanzas.

En 2006, Johns (10) realizó una investigación experimental con el objetivo de explorar las diferentes variaciones de reposo en cama prescritas, desarrollando un plan de estudios para clientes de reposo en cama y cómo brindarles el apoyo que necesitan durante este momento tan difícil. Concluyó que de acuerdo a los resultados obtenidos, recomienda que la persona ideal para el apoyo a la mujer en reposo en cama debe respetar su estilo, deseos y sentimientos, alentar y elogiar su cumplimiento con su programa de tratamiento, comprender la necesidad de privacidad, ser optimista sin tener expectativas poco realistas, reconocer la extrema dificultad e importancia de su tratamiento, sintonizarse con el estado de ánimo de la mujer y no ser demasiado sensible ni ofenderse fácilmente.

En 2007, Richter et al. (11) publicaron un estudio descriptivo cualitativo que realizaron en la sala de Alto Riesgo de un hospital terciario, cuyo objetivo fue

explorar las necesidades de las pacientes de anteparto de Alto Riesgo mientras están hospitalizadas y generar recomendaciones desde la perspectiva de las pacientes, la población fueron 13 pacientes gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en cualquier trimestre de gestación, la recolección de los datos estuvo determinada por entrevistas abiertas. Los resultados mostraron como principal tema y subtema los factores estresantes asociados con la pérdida de control y los sentimientos de ser una carga. Las gestantes expresaron la necesidad de privacidad y sensibilidad hacia los miembros de la familia. Las recomendaciones de las participantes incluyeron ser tratados como una unidad familiar, establecer alojamiento para los miembros de las familias visitantes y el querer actividades más organizadas para aliviar el aburrimiento. Los investigadores concluyeron sobre la comprensión de las necesidades de las pacientes de Alto Riesgo antes del parto mientras están hospitalizadas, desde su perspectiva esta ayudará al cuidador primario, a mejorar la calidad de la atención de las mujeres, proporcionará orientación sobre el manejo de los factores estresantes y planificará intervenciones para reducir el estrés e involucrar a sus familias.

En 2007, Dunn et al. (12) realizaron un estudio descriptivo correlacional cuyo objetivo pretendía conocer las relaciones entre la ansiedad, la depresión y el bienestar espiritual en tres grupos de mujeres: no embarazadas, embarazadas sanas y embarazadas de Alto Riesgo Obstétrico con reposo en cama, la muestra constó con 60 participantes para cada grupo de mujeres, siendo un total de 180 participantes, la recolección de los datos se determinó por formularios demográficos, la escala de bienestar espiritual y las subescalas abreviadas para la

evaluación del estado mental psicosocial durante el embarazo, los resultados del estudio evidenciaron que todos los grupos mostraron relaciones significativas e inversas entre la ansiedad y depresión, con niveles más altos en el grupo de embarazos de Alto Riesgo Obstétrico con reposo en cama, indicando una afectación directa de su salud mental a razón de su condición de hospitalización y las mujeres no embarazadas y embarazadas sanas registraron los más altos niveles de bienestar espiritual, los investigadores concluyeron sobre la importancia de que las enfermeras obstétricas realicen evaluaciones constantes sobre la salud mental de las pacientes hospitalizadas por gestación de Alto Riesgo Obstétrico para desarrollar intervenciones que reduzcan la ansiedad y la depresión en el embarazo y mejore el proceso de finalización del mismo.

En 2009, Jordan et al. (13), realizaron una revisión sistemática con el objetivo de revisar el propósito de la evaluación de riesgos, examinar las consideraciones en la aplicación práctica de la evaluación de riesgos en la atención prenatal y explorar situaciones que resultan en estimaciones exageradas del riesgo de tener hijos, que luego aumentan la percepción del riesgo de embarazo por parte de los proveedores de atención médica y las mujeres por igual. Su búsqueda arrojó como resultados que la evaluación de riesgos es un componente clave de la atención prenatal y del parto y ha demostrado beneficios en la promoción con mejores resultados en algunas situaciones. Sin embargo, cuando el riesgo de embarazo percibido es desproporcionado con el riesgo real y cuando los procedimientos de gestión del riesgo se aplican a todas las mujeres embarazadas con beneficio por algunas, pueden resultar consecuencias no intencionadas y perjudiciales. Las normas

culturales de aversión al riesgo y los intereses de los proveedores obstétricos han llevado a una percepción exagerada del riesgo de embarazo que afecta la capacidad del sistema de atención médica para reducir el riesgo.

En 2010, Maloni (14), realizó una revisión sistemática con el fin de proporcionar un análisis exhaustivo de la evidencia de la práctica de prescribir reposo en cama y sus efectos secundarios fisiológicos, conductuales y experimentales. Realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en bases de datos como MEDLINE, CINAHL, PubMed/Medline y la base de datos Cochrane, además, realizó una búsqueda manual de referencias contenidas en los artículos recuperados. Obtuvo como resultado que es posible que el reposo en cama pueda disminuir el parto prematuro, pero aún no se ha encontrado evidencia que respalde esa conclusión. Dicha evidencia puede estar enmascarada por los complejos factores multicausales e interrelacionados que contribuyen al parto prematuro. Sin embargo, hasta que se produzca esa evidencia, la profesión de atención médica no debería usarlo. Los expertos coinciden en que el reposo en cama no debe ser un componente estándar del tratamiento para la prevención del parto prematuro, además, que la práctica debe eliminarse.

En 2010, MacKenzie et al. (15) llevaron a cabo una investigación con el propósito de proporcionar un análisis crítico del concepto de riesgo, su desarrollo en la sociedad moderna en general y los servicios de maternidad del Reino Unido, a través de la teoría asociada, se exploraron los orígenes de la preocupación actual por el riesgo. Utilizando las fases históricas de Pickstone de la atención médica moderna, el documento explora la forma en que los servicios de maternidad

cambiaron de un modelo social a uno médico durante el siglo XX. En los resultados se obtuvo que se requieren elementos tanto de los modelos sociales y médicos como de la gestión de riesgos dentro de ambos, para garantizar que tengamos una provisión moderna de servicios de maternidad adecuados para el propósito; Las soluciones postmodernas proponen modelos de atención de maternidad que fusionan los campos social y médico; el valor importante no está tanto en una 'talla única' sino en desarrollar el modelo para satisfacer las necesidades de la comunidad, los profesionales y el servicio y para encontrar qué se adapte a lugares individuales, mujeres y familias.

En 2010, Dunning et al. (16) realizó una investigación que pretendía determinar la incidencia de caídas y factores de riesgos relacionados con caídas durante el embarazo, la muestra se determinó por cohorte poblacional con 3997 mujeres embarazadas, la recolección de la información se obtuvo mediante una entrevista telefónica y dos encuestas por correo electrónico, en los hallazgos se identificó que de las 3997 participantes, el 27% reportaron haberse caído al menos una vez durante su embarazo, el 10% reportará haberse caído por lo menos dos veces, el 20% buscó atención médica y el 21% tuvo dos o más días de restricción de la actividad, las características de las caídas incluyeron un 56% para caídas en interiores y un 9% para caídas desde una altura superior a tres pies, el factor de riesgo más asociado con la caída fue la subida o bajada de escalares, los investigadores concluyeron que las mujeres embarazadas deben ser conscientes sobre los factores de riesgos relacionados con las caídas, puesto a que

evidenciaron las caídas como la causa más común de lesiones menores durante el embarazo y estas pueden provocar lesiones tanto a la madre como al bebé.

En 2011, Bigelow et al. (17) realizaron una revisión sistemática con el propósito de establecer si el reposo en cama es una modalidad terapéutica adecuada para las gestantes. Llegando a la conclusión según los resultados obtenidos que el uso del reposo en cama en el embarazo, aunque es extremadamente común, carece de evidencia de apoyo en la literatura. Esta revisión de los estudios existentes sugiere que no hay complicaciones del embarazo para las cuales el reposo en cama se muestra consistentemente como una intervención beneficiosa.

En 2012, Rubarth et al. (1) desarrollaron un estudio fenomenológico utilizando análisis temático de revistas escritas a mano y/o blogs en línea, con el propósito de describir la experiencia vivida de la mujer embarazada hospitalizada en reposo en cama. Los datos fueron recolectados durante la fase uno y dos de un estudio de métodos mixtos más amplio que examina el estrés en la mujer embarazada hospitalizada, así como la experiencia vivida de estas mujeres. Después los investigadores identificaron mujeres embarazadas en tres hospitales locales que cumplían con los criterios de inclusión. Los investigadores se acercaron a las mujeres con orden de reposo en cama y las invitaron a participar. En los resultados se obtuvo que las mujeres experimenten muchas emociones y factores estresantes diferentes durante el reposo en cama restringido. La comprensión de una enfermera de esta experiencia es esencial para proporcionar atención adecuada y estrategias de afrontamiento para las mujeres en este momento.

En 2012, Lee et al. (18) llevaron a cabo una revisión sistemática de ocho bases de datos electrónicas, con el objetivo de revisar las medidas cuantitativas de la percepción del riesgo en mujeres con embarazos de Alto Riesgo. En el estudio se obtuvieron artículos adicionales mediante la búsqueda de referencias de artículos identificados. Se resaltaron siete investigaciones que informaron medidas cuantitativas de la percepción del riesgo en relación con el embarazo de Alto Riesgo. Los principales hallazgos fueron que las mujeres con embarazos de Alto Riesgo se perciben a sí mismas y los embarazos con riesgo constante. En contraste con los resultados inconsistentes para la asociación entre la percepción del riesgo de las mujeres y la de los profesionales de la salud. Las mujeres con un estatus socioeconómico más alto tenían más probabilidades de preocuparse por el riesgo, aunque un estatus socioeconómico más bajo se asocia con un mayor riesgo en el embarazo. Hubo una asociación constante entre el embarazo de Alto Riesgo y los niveles más altos de ansiedad.

En 2012, Irion et al. (19) realizaron un estudio cualitativo con el fin de determinar las tendencias actuales en las intervenciones de fisioterapia para el embarazo de Alto Riesgo y llegar a un consenso sobre las intervenciones específicas de diagnóstico. Usaron la técnica Delphi con un formato en línea. Reclutaron un panel de expertos miembros de las secciones de cuidado agudo, salud en el hogar y salud de la mujer, a los cuales se les envió un conjunto inicial de preguntas abiertas y 2 rondas de preguntas cerradas de seguimiento. El consenso se definió a priori como el 70% o más de acuerdo de los miembros del panel. Llegaron a un consenso sobre los diagnósticos que definen el embarazo de Alto Riesgo, los niveles de reposo en

cama, el examen de la paciente de Alto Riesgo, las modificaciones o precauciones con el examen y la intervención, desarrollo de una lista de problemas y objetivos, un plan de atención y uso de códigos actuales de terminología de procedimientos, educación del paciente específica para embarazos de Alto Riesgo y recursos para la paciente de Alto Riesgo y su familia. Concluyeron que este consenso puede servir como base para el desarrollo de protocolos de fisioterapia, vías clínicas, indicaciones, contraindicaciones o recomendaciones para la intervención de fisioterapia en el embarazo de Alto Riesgo. Estas recomendaciones se pueden usar como base para estudios clínicos de seguimiento y determinar el impacto de la intervención de fisioterapia durante el reposo en cama sobre los efectos fisiológicos y psicológicos del reposo en cama y sobre los resultados posparto.

En 2013, Guzmán et al. (43) realizaron un estudio de revisión de la literatura cuyo objetivo fue construir un protocolo de atención fisioterapéutica que facilitara y justificara la necesidad del fisioterapeuta dentro del equipo multidisciplinar que brinda atención integral a la gestante con el fin de prevenir y de tratar las alteraciones y complicaciones durante el periodo de gestación, parto y postparto. los autores elaboraron un protocolo de intervenciones orientadas principalmente en la atención prenatal y en la atención posnatal, para la primera atención establecieron que los ejercicios de espalda, de suelo pélvico y miembros inferiores determinados en estiramientos, adopción de posturas, las técnicas de respiración y relajación, la relajación perineal, los masajes perineales y los ejercicios aeróbicos, contribuyen a la estabilidad lumbopélvica, a la conciencia corporal y a la flexibilidad, que en consecuencia favorecen el proceso de gestación, los autores concluyeron que no

se debe limitar la atención fisioterapéutica obstétrica sólo al aprendizaje de ejercicios, pues este también desarrolla una labor asistencial, preventiva y educativa en los programas de atención integral de salud para la mujer gestante, agregan que la etapa del embarazo es tan vital que necesita una adaptación progresiva y constante a los cambios anatómicos y fisiológicos siendo el fisioterapeuta fundamental para la sana experiencia de las gestantes.

En 2013, McCall et al. (20) llevaron a cabo una revisión sistemática en la base de datos Cochrane, con el propósito de resumir la literatura relevante, considerar las explicaciones para la prescripción del reposo en cama y describir las implicaciones éticas de su uso continuo. En los resultados se obtuvo que las revisiones sistemáticas Cochrane no admiten el reposo en cama "terapéutico" para el aborto amenazado, la hipertensión, la preeclampsia, el parto prematuro, las gestaciones múltiples o el crecimiento fetal deteriorado. Esta evaluación ha tenido eco en otras revisiones exhaustivas. Prescribir reposo en cama es inconsistente con los principios éticos de autonomía, beneficencia y justicia. Por lo tanto, si se va a usar reposo en cama, debe ser solo dentro de un ensayo clínico formal.

En 2013, Heafner et al. (21) realizaron una revisión sistemática con el propósito de describir cómo un proyecto de mejora de la calidad evolucionó hacia el desarrollo y la implementación del Sistema de evaluación de riesgos de caídas obstétricas estandarizado (OFRAS) para mejorar la seguridad de las mujeres hospitalizadas en unidades obstétricas. Identificando que en la literatura reciente las mujeres embarazadas y posparto son propensas a las caídas y la hospitalización agrava su riesgo. Una revisión de las prácticas actuales entre las unidades perinatales para

evaluar el riesgo de caídas reveló que se utilizan herramientas de riesgo de caídas existentes, que fueron creadas para pacientes geriátricos y/o médicos quirúrgicos. Sin ningún esfuerzo de prevención enfocado a las pacientes obstétricas hospitalizadas son vulnerables a un evento prevenible. El Sistema de evaluación de riesgo de caídas obstétricas está destinado a mejorar la seguridad entre las mujeres hospitalizadas en unidades obstétricas, utilizando una herramienta de evaluación y un sistema de puntuación para determinar el riesgo de caídas. Como conclusión las mujeres hospitalizadas en unidades obstétricas que corren el riesgo de sufrir caídas pueden evaluarse utilizando un marco basado en la evidencia que ayuda a las enfermeras a evaluar e identificar a las personas en riesgo y proporcionar las intervenciones adecuadas.

En 2014, Noguera et al. (22) realizaron un estudio cualitativo, con el objetivo de describir los significados que un grupo de gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia, la población fueron ocho gestantes hospitalizadas con diagnóstico de preeclampsia, como informantes clave, se realizaron dos entrevistas abiertas a profundidad. La muestra se obtuvo por saturación de la información. Se les preguntó acerca de sus datos sociodemográficos y Obstétricos y se continuó con la pregunta orientadora: ¿cómo ha sido su experiencia desde que sabe que tiene preeclampsia? A partir de las respuestas que daban las participantes seguían nuevas preguntas que intentaban profundizar y ampliar la información. Como resultado se obtuvo que las gestantes se cuiden teniendo en cuenta sus conocimientos sobre la preeclampsia, los efectos en ellas y sus hijos por nacer. En las gestantes vivencian repercusiones por la

preeclampsia presentan reacciones de sorpresa, cambio en el estado de ánimo por la hospitalización, paciencia, ansiedad, sospecha de muerte, felicidad, tranquilidad. En nuevas decisiones en sus vidas a causa de la preeclampsia realizan actividades que no afecten la salud de ella y el bebé.

En 2015, Dawndra et al. (23), realizaron un estudio piloto con el objetivo de examinar la efectividad de un programa de ejercicio acuático (AEP) proporcionado por un terapeuta ocupacional para mujeres embarazadas con reposo en cama en hospitalización. Los investigadores realizaron un análisis retrospectivo de los registros médicos de mujeres embarazadas hospitalizadas comparando a quienes asistieron a una AEP ($n = 19$) con un grupo de control que no recibió AEP ($n = 12$). Las pruebas estadísticas se utilizaron para evaluar la evidencia de diferencias en la duración de la gestación, así como la presión arterial y el índice de líquido amniótico (AFI) al alta. Las mujeres que recibieron un AEP habían aumentado el AFI y la duración de la gestación en comparación con el grupo control. El estudio apoya el uso de un AEP como una intervención para mujeres embarazadas en reposo en cama prescrito.

En 2015, Sosa et al. (24) llevaron a cabo una revisión sistemática con el propósito de evaluar el efecto de la prescripción del reposo en cama en el hospital o en el hogar para prevenir el parto prematuro en mujeres embarazadas con Alto Riesgo. Se realizaron búsquedas de ensayos controlados sobre el embarazo y parto en los registros del grupo Cochrane, MEDLINE, EMBASE, LILACS y bibliografías de artículos relevantes. En los resultados se encontró que dos estudios cumplieron los criterios de inclusión. No se consideró un estudio para el meta-análisis ya que los

datos combinaron embarazos únicos y múltiples. Los autores no informaron diferencias en los resultados maternos y perinatales. Este estudio tuvo bajo riesgo de sesgo de selección, rendimiento, detección y deserción. Solo se incluyeron datos de un estudio en el meta-análisis (1266 mujeres). Este estudio tenía un riesgo poco claro de sesgo para la mayoría de los dominios debido a la falta de informes. A 432 mujeres se les prescribió reposo en cama en el hogar y un total de 834 mujeres recibieron un placebo (412) o ninguna intervención (422). El parto prematuro antes de las 37 semanas fue similar en ambos grupos (7.9% en el grupo de intervención versus 8.5% en el grupo control; razón de riesgo (RR) 0.92, intervalo de confianza (IC) del 95% 0.62 a 1.37). No se informaron otros resultados para ninguno de los otros resultados primarios o secundarios. En conclusión, aunque el reposo en cama en el hospital o en el hogar se usa ampliamente como el primer paso del tratamiento no hay evidencia, ya sea que respalde o rechace el uso del reposo en cama para prevenir el parto prematuro, ni que esta práctica pueda ser beneficiosa.

En 2015, Denison et al. (25), realizaron un estudio cualitativo, con el objetivo de explorar las barreras y facilitadores de la actividad física y estilo de vida en mujeres embarazadas con obesidad de clase III. La población fueron 13 mujeres de una clínica prenatal con obesidad tipo III en Edimburgo, Reino Unido se realizó entrevistas semiestructuradas a profundidad, estas fueron audio grabadas y transcritas en su totalidad. Se les preguntó acerca de sus conocimientos, actitudes con respecto a estilos de vida y la actividad física en el embarazo; los beneficios y barreras. Como resultado se obtuvo que La mayoría de las mujeres entrevistadas definió “actividad física” en el embarazo como una amplia gama de actividades,

siempre y cuando se realice movimientos haciendo un esfuerzo y no estar inactivo, como: Caminar y realizar tareas en el hogar Citaron beneficios como percepción de un parto más fácil, control de peso, salud física como mejora de sueño, menos molestias, mayor movilidad, reducción de ansiedad, mejora emocional, como barreras cansancio físico, la enfermedad que padecen, poca laxitud articular, preocupación por el bebé, falta de información y asesoramiento específico en relación con la actividad en el embarazo.

En 2015, Lozada et al. (26), publicaron un estudio de tipo mixto que realizaron en Cuernavaca, México sobre las barreras y facilitadores para la actividad física durante el embarazo y posparto en mujeres pobres, cuyo objetivo principal pretendía explorar las percepciones de proveedores de la salud y beneficiarias del Programa Oportunidades sobre la práctica de actividad física durante el embarazo y posparto. La población y muestra del estudio estuvo determinada por 152 participantes entre mujeres gestantes y proveedores de la salud, los investigadores realizaron entrevistas, aplicación de cuestionario y observaciones en la consulta pre y posnatal. Los resultados evidenciaron que la percepción de la actividad física y el ejercicio durante el embarazo que es un término que se usa de forma indistinta, los participantes del estudio perciben que la actividad física o el ejercicio puede estar vinculado con las concepciones sobre su salud respecto a su actividad cotidiana y la práctica de actividad física la relacionan respecto a sus creencias, también se reveló que sobre las opciones de actividad física la mejor actividad valorada es la de caminar sin embargo su aceptación es mayor o menor según la etapa del embarazo. El estudio concluyó que existen diversos factores que determinan la

práctica de actividad física tanto en la mujer gestante y sugiere que el diseño de intervenciones debe estar dirigido a diferentes niveles con enfoque a la beneficiaria, la pareja, la familia y los pares.

En 2016, Janighordan et al. (27), llevaron a cabo un estudio con el propósito de examinar las necesidades de las mujeres con embarazo de Alto Riesgo durante el reposo en cama para mejorar su salud. Este es un estudio cualitativo, utilizando el análisis de contenido cualitativo inductivo. Se realizaron 32 entrevistas con 21 mujeres con embarazo de Alto Riesgo y la experiencia de reposo en cama, cuatro miembros de su familia (madre de un participante y maridos de tres participantes) y 7 personal médico (4 parteras, 2 enfermeras y 1 ginecólogo). Dentro de las categorías incluidas en las entrevistas se encontraba la categoría de la "Necesidad de planificación para llevar a cabo diversas actividades durante el reposo en cama", alusiva a la necesidad de realizar actividad física durante el embarazo, pese a ser de Alto Riesgo. Los hallazgos de este estudio mostraron que el reposo en cama y la inactividad posterior están asociados con muchas complicaciones físicas irritantes y, a menudo, no hay capacitación sobre el tratamiento o la prevención de estos problemas en mujeres embarazadas.

En 2017, Harrison et al. (28), realizaron un estudio con el propósito de establecer cuáles son las actitudes, barreras y facilitadores de la actividad física percibida por las mujeres embarazadas, por medio de una revisión sistemática de la literatura, con información cualitativa. Se identificaron 103 artículos para la revisión. La mayoría de los participantes reportaron una actitud positiva hacia la actividad física en el embarazo. Las barreras más frecuentes citadas fueron intrapersonales: fatiga,

falta de tiempo y molestias durante el embarazo, como náuseas, dolor y molestias debido al aumento de peso y el aumento de tamaño a medida que avanzaba el embarazo, y con menor frecuencia problemas de seguridad como el tipo y la intensidad de la actividad física. Dentro de los facilitadores para la realización de actividad física, se encontraron los factores intrapersonales incluyendo la salud y el bienestar maternos y fetales, aliviando las molestias del embarazo y un parto trabajo de parto más fácil.

En 2017, Jimenez et al. (29), realizaron un estudio cuantitativo, con diseño de estudio de tipo descriptivo de corte transversal, con 76 mujeres gestantes en una IPS de Popayán, Colombia se aplicó un Cuestionario de estilos de vida, en relación con actividad física, con ítems de motivadores para realizar y no realizar la actividad física. Como resultados el 83,8% de las embarazadas tuvieron una práctica de actividad física no saludable, pero con la percepción de que trae beneficios a su salud, En cuanto a la alimentación el 75,7% se clasificaron dentro de una práctica saludable, donde el principal motivador es la salud del bebé, así mismo la mayor proporción (21,6%) para motivadores: preparación para el parto, salud para ellas y el bebé, mejora el estado de ánimo y como no motivadores: Contraindicaciones del embarazo, implica esfuerzo y se cansan fácilmente, les preocupa el bienestar del bebé, pereza.

En 2018, Janighorban et al. (30) realizaron un estudio cualitativo con mujeres de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas, sus conyugues y el personal médico involucrado en su atención médica, el objetivo del estudio fue comprender las necesidades de las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico con reposo en cama en el

periodo pre y posparto, la muestra estuvo determinada por 21 gestantes con rango de edad entre 21 y 39 años, 10 cónyuges y 7 profesionales de la salud, la recolección de la información se obtuvo mediante 31 entrevistas semiestructuradas, los resultados evidenciaron necesidades de apoyo psicosocial, apoyo para asumir asuntos familiares y personales, apoyo para cuidar los niños y la principal necesidad que se determinó fue la falta de apoyo integral, los investigadores concluyeron que la vida personal y familiar de la gestantes se ve afectada durante el cumplimiento de la orden de reposo en cama y para alcanzar dicho objetivo, resaltaron la importancia del apoyo centrado en la familia desde los servicios y las consultas en salud.

La revisión de anteriores estudios, evidencia en que hay poca información que involucre la triada gestante, familiar y profesional de la salud en un entorno donde todos actúan, igualmente se resalta sobre la necesidad de que los médicos expliquen a sus pacientes y sus familias en qué consiste la prescripción de reposo, teniendo en cuenta los efectos adversos propios del reposo, qué pueden hacer y qué no deben hacer las pacientes, de esta manera puede estar más claro el entendimiento de la palabra reposo y el término riesgo al moverse. Sin embargo es importante tener en cuenta la presión laboral a la cual se enfrentan los médicos con los embarazos de Alto Riesgo, que podría verse disminuida si hubiese un trabajo interdisciplinar con otras profesiones de la salud como la fisioterapia.

3.2. MARCO TEÓRICO

3.2.1. Teoría de las representaciones sociales.

En los últimos veinte años los estudios sobre las percepciones sociales han ganado “popularidad” dentro de las Ciencias Sociales, las causas de este interés son variadas y pueden estar relacionadas con la fuerza que ha ido ganando la teoría de las representaciones sociales, con las cuales la percepción social está relacionada; el auge de los estudios sobre los procesos de cognición social y la mirada hacia lo subjetivo que impera dentro de la investigación social” (31).

El estudio de la percepción social fue una de las grandes líneas de investigación a las que dio lugar la introducción de los principios de la Escuela de la Gestalt en Psicología Social durante los años cincuenta del pasado siglo (32). Por lo que, el abordaje de la percepción social por parte de los psicólogos enmarcados en esta orientación, reposó sobre el supuesto de que estas leyes elaboradas para explicar la percepción de los objetos físicos, eran aplicables igualmente a la percepción de las personas y su comportamiento social (33).

Según Carterette (34) “la percepción es una parte esencial de la conciencia, es la parte que consta de hechos intratables y, por tanto, constituye la realidad como es experimentada”. Esta función de la percepción depende de la actividad de receptores que son afectados por procesos provenientes del mundo físico. La percepción puede entonces definirse como el resultado del procesamiento de

información que consta de estimulaciones a receptores en condiciones que, en cada caso, se deben parcialmente a la propia actividad del sujeto.

Se destaca, además, cómo la influencia del contexto alcanza expresión a través de los sentidos, pero generalmente sus disertaciones han estado asociadas a los procesos subjetivos. En este escenario Vargas (32) ha identificado a la percepción social como: “el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significado para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización”.

Cuando se habla de la percepción social de algo se hace referencia a las impresiones dominantes en la opinión pública, lo que también podría entenderse como una parte del imaginario colectivo que comprende ideas, aspectos intuitivos, trazos más o menos generales sobre un asunto, así como los sentimientos y las expectativas asociados; todo lo cual no deja de ser difuso y manipulable, pero efectivo (34).

La percepción de la realidad es subjetiva. Pero si bien, la percepción es individual, está condicionada por la subjetividad colectiva, o sea, por el imaginario colectivo familiar. No es el sujeto aislado el que percibe tal o cual fenómeno. Tampoco es su personalidad la que lo determina. Es que tanto esta, como su visión del mundo están influenciadas por la colectividad y esa influencia es poderosa. Dichas valoraciones son elaboradas a partir de las informaciones que recibimos, entre las que destacan

las contenidas en los mensajes sociales. Las percepciones del mundo que tienen los grupos humanos está formada por la interpretación y valoración de todo aquello con lo que se relacionan (34).

En la vida cotidiana, existe un enorme y complejo sistema de conocimientos psicológicos llamado sentido común, que utilizan las personas tanto para explicarse a sí mismas sus conductas, como para entender las de los otros, y, por ende, sus comportamientos. La gente tiene un conocimiento de su entorno y de los sucesos que ocurren en él, logran este conocimiento a través de la percepción y otros procesos, se ven afectados por su ambiente personal e impersonal, permanecen en relación de unidad con otras entidades y son responsables de acuerdo con ciertas normas. Todas estas características determinan el papel que la otra persona juega en nuestro espacio vital y como reaccionamos ante ellas (34).

Por otro lado, la teoría de las Representaciones Sociales, puede resultar oportuna en el camino de hacer inteligibles la subjetividad individual y social. Mucho más en una actualidad donde pluralidad y singularidad se integran en una dinámica continua y particular que demanda análisis, comprensión e intervención; acciones indispensables para el progreso social (35).

La Representación Social es uno de los tópicos más generadores de debates e intercambios en el campo de la Psicología Social en los últimos años. De tal modo, seguidores y detractores abren espacios: para discutir sus postulados, para estudiarla. Fue creada en 1961 en París, por su autor Serge Moscovici que luego de varios años de estudios, presentó, en su Tesis Doctoral titulada "La

Psychoanalyse, son image et son public", la noción de Representación Social. Él estudió la manera en que la sociedad francesa veía el Psicoanálisis, mediante el análisis de la prensa y entrevistas en diferentes grupos sociales (35).

La propuesta de Moscovici resumía años de estudios teóricos y empíricos, tras los cuales funcionaba un propósito básico: redefinir los problemas y conceptos de la Psicología Social, con su teoría de las representaciones sociales, Moscovici integra en una psicología social las aportaciones de diversas disciplinas, dentro de un contexto europeo y permite comprender la esencia del pensamiento social desde otra perspectiva. Moscovici expone que toda representación constituye una unidad funcional estructurada, en términos de contenido está integrada por otras formaciones subjetivas: opiniones, actitudes, creencias, informaciones y conocimientos. Estas, aunque pueden guardar cierta similitud con la representación están contenidas de modo particular en la estructura de la representación, que por tanto las trasciende en una formación más compleja y poliforme (35).

Respecto a la estructura, Moscovici ha señalado que las representaciones se articulan en torno a tres ejes o dimensiones, ellos son:

- **La Actitud:** Es la dimensión afectiva, imprime carácter dinámico a la representación y orienta el comportamiento hacia el objeto de la misma; dotándolo de reacciones emocionales de diversa intensidad y dirección. Los estudios han demostrado que, desde el punto de vista de la génesis, es casi siempre, la primera dimensión de una representación; pues nos representamos "algo" luego y en función de la toma de posición hacia ese "algo" (35).

- **La información:** Es la dimensión que da cuenta de los conocimientos en torno al objeto de representación; su cantidad y calidad es variada en función de varios factores. Dentro de ellos la pertenencia grupal y la inserción social juegan un rol esencial, pues el acceso a las informaciones está siempre mediado por ambas variables. También tienen una fuerte capacidad de influencia la cercanía o distancia de los grupos respecto al objeto de representación y las prácticas sociales en torno a este (35).
- **Campo de Representación:** Nos sugiere la idea de "modelo", está referido al orden y jerarquía que toman los contenidos representacionales, que se organizan en una estructura funcional determinada. El campo representacional se estructura en torno al núcleo o esquema figurativo, que es la parte más estable y sólida, compuesto por cogniciones que dotan de significado al resto de los elementos (35).

Teoría del Movimiento Continuo

Propuesta en 1995 por Cott Finch, Gusner, Yushida, Thomas y Verrier, es una teoría general que sirve de base para un cuerpo de conocimientos preciso sobre la profesión de Fisioterapia, que a su vez es aplicable a la práctica educativa, investigativa y clínica. Esta teoría se propone cumplir con los criterios de globalidad, en el sentido de ser única para la Fisioterapia, de ser lo

suficientemente amplia para ser aplicada a todos sus aspectos en la actualidad y en el futuro, así como de servir de base para la práctica educativa e investigativa. Es así como plantea integrar los conocimientos que aportan otras ramas del saber, según perspectivas teóricas específicas.

Esta plantea tres principios básicos: 1. El movimiento es esencial a la vida humana; 2. El movimiento ocurre en un continuo desde el nivel microscópico hasta el nivel del individuo en la sociedad; 3. Los niveles de movimiento en el continuo están influenciados por factores físicos, psicológicos, sociales y ambientales, así mismo plantea principios propios de la fisioterapia: 4. Los niveles de movimiento en el espectro continuo son interdependiente; 5. En cada nivel del espectro continuo existe un potencial máximo alcanzable de movimiento (PMAM) en el que influye los PMAM de otros niveles del espectro continuo y factores físicos, sociales, psicológicos y ambientales; 6. Dentro de los límites establecidos por el PMAM cada ser humano tiene una capacidad preferida de movimiento (CPM) y una capacidad actual de movimiento (CAM) que, en circunstancias normales coinciden; 7. Diversos factores patológicos y del desarrollo tiene la capacidad de alterar el PMAM y de establecer una diferencia entre la CPM y CAM; 8. El objetivo de la fisioterapia es minimizar la diferencia potencial o real entre la CPM y la CAM; 9. El ejercicio de la fisioterapia abarca el movimiento terapéutico los medios físico, el uso terapéutico del yo, la educación del paciente, las ayudas técnicas y las modificaciones del entorno. (52)

Fisioterapia Preparto

La fisioterapia preparto se utiliza como terapia individual para embarazadas con desórdenes funcionales y como preparación al parto. (45)

Los principales objetivos en esta etapa son la prevención y el tratamiento de las alteraciones producidas en determinadas regiones del cuerpo de la embarazada, las cuales se ven sometidas a un mayor estrés durante este periodo. Entre los procesos más frecuentes se puede destacar el dolor lumbar y pélvico, el debilitamiento del suelo pélvico y de la musculatura abdominal, la estasis venosa y la incontinencia urinaria. Es para estas y para otras complicaciones, para las que se van a emplear diversas técnicas fisioterapéuticas. (46)

Según Irion et al (19) los beneficios de un programa de Fisioterapia en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico son grandes, entre los más importantes se encuentran minimizar los efectos del des acondicionamiento por el reposo en cama, mantener la fuerza y el rango de movimiento, disminuir las molestias físicas y/o rigidez, estimular la circulación de las extremidades inferiores para disminuir el riesgo de trombosis venosa profunda y promover la recuperación postparto para cuidarse a sí misma y al recién nacido.

Fisioterapia en el dolor lumbar y pélvico

El dolor de espalda, principalmente el lumbar, es una de las molestias más frecuentes y con mayor prevalencia en el embarazo. Es por ello que las investigaciones y publicaciones científicas tienen como principal objetivo de mostrar la eficacia de los tratamientos de fisioterapia en mujeres embarazadas con dolor lumbar y pélvico. (47)

Un diagnóstico adecuado y un correcto asesoramiento biomecánico aseguran buenos resultados en el tratamiento del dolor lumbo pélvico. Los métodos de tratamiento fisioterapéutico incluye reeducación postural, ejercicios específicos guiados para realizar por la futura madre y técnicas de terapia manual. El éxito en el tratamiento contribuye a la mejor movilidad y función de las mujeres durante el embarazo y después de éste.

Entrenamiento muscular y sus beneficios para el parto

El efecto que tiene en el parto el entrenamiento previo de la musculatura del suelo pélvico ha sido estudiado por Salvesen et al. Trescientas una mujeres nulíparas se incluyeron en un estudio que conllevaba la realización de un programa de ejercicios estructurado para el suelo pélvico entre la 20 y la 36 semana de gestación. Uno de los objetivos del estudio fue evaluar la duración de la segunda etapa del parto. Las mujeres aleatoriamente seleccionadas para el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico tuvieron una menor duración de la segunda etapa del parto, frente a las mujeres que no tuvieron entrenamiento.

También se considera de gran eficacia en la preparación al parto y en la restauración del tono muscular en el posparto, la utilización de dispositivos instrumentales de ayuda al entrenamiento de los músculos del suelo pélvico. Dichos dispositivos (como el Epi-no) consisten en un balón de silicona y una perilla de mano con un visualizador de presión integrado (biofeedback) que permite supervisar la mejora del tono de los músculos del suelo pélvico. El suelo pélvico es un grupo de músculos en forma de hamaca que da soporte a las vísceras abdominales y

pélvicas. El equilibrio entre los diferentes músculos que lo componen permite el mantenimiento de la estática pélvica. El Epi-no facilita tanto la contracción como la relajación del suelo pélvico, consiguiendo no solo una mejora sobre el control motor de las contracciones, sino también sobre la relajación y la elasticidad de la musculatura perineal. Los músculos más implicados con la utilización del dispositivo son aquellos adyacentes al orificio vaginal; entre ellos, se encuentran el transverso superficial, el bulbo cavernoso y el constrictor de la vulva en el plano superficial, y el transverso profundo en el plano medio. Pese a esto, la actuación sinérgica del resto de los músculos del suelo pélvico es frecuente cuando se requiere una fuerza mayor. El entrenamiento con el Epi-no se realiza entre la semana 36 a 39 o hasta el momento cercano al parto. Además, sus efectos se complementan de manera muy satisfactoria con terapias como el masaje perineal. Tras el parto, aproximadamente 3 – 6 semanas después de este, se puede comenzar con los ejercicios para recuperar la fuerza y tono de los músculos del suelo pélvico. Con un programa de entrenamiento de relajación/contracción, estos músculos pronto recuperan su fuerza y tono anteriores. (46)

Masoterapia Prenatal

Las investigaciones más actuales sobre la intervención con masaje para aliviar el dolor durante el parto están escasamente caracterizadas. Nabb et al pretendieron investigar la efectividad del masaje de la zona lumbo pélvica en la disminución del dolor durante el parto. La intervención se diseñó a la luz de resultados experimentales que afirmaban que la repetición de sesiones de masaje durante 14

días elevaba el umbral del dolor por una interacción entre la oxitocina y las neuronas opioides. La estimulación mediante un repetido masaje induce efectos a largo plazo en la nocicepción gracias a la contribución de los mecanismos dependientes de la oxitocina. El principal objetivo de la intervención fue medir los efectos del programa de masaje en la percepción del dolor maternal durante el parto. Para detectar cualquier efecto del masaje durante el parto en el cortisol de la madre y en las catecolaminas, se tomó una vía sanguínea con la que medir las concentraciones plasmáticas tras el parto. Veinticinco mujeres nulíparas y 10 multíparas, participaron en el estudio. Los valores de cortisol fueron similares a los publicados en estudios que siguieron el parto sin masaje, pero las puntuaciones en cuanto al dolor mediante la escala visual analógica (VAS) a los 90 min tras el parto, fueron significativamente más bajas que las puntuaciones obtenidas a los 2 días posparto. La puntuación media fue de 6,6. Estudios previos revelan que una disminución en cuanto a la puntuación del dolor del 8,5 al 7,5 podría reducir de una manera importante la analgesia farmacológica para el parto. (50)

Higiene postural durante el embarazo

La Asociación Canadiense de Fisioterapia y la Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá desarrolló una declaración política de acuerdo a la salud postural de las mujeres, que destaca los factores físicos, psicológicos y ambientales que afectan a la postura de las mujeres durante su vida. Esta declaración perfil a el papel y destaca los beneficios de la fisioterapia en la asistencia y en el tratamiento de la postura de

las mujeres. Entre las medidas de prevención más frecuentemente empleadas se encuentran las siguientes:

- El entrenamiento de los músculos del suelo pélvico para prevenir la incontinencia urinaria durante el embarazo y tras el parto.
- La reeducación postural del tronco para prevenir y tratar el dolor pélvico y de espalda durante y después del embarazo. 50

3.3. MARCO CONCEPTUAL

3.3.1. Embarazo.

El embarazo puede ser definido como un estado biológico caracterizado por una secuencia de eventos que ocurren normalmente durante la gestación de la mujer e incluyen la fertilización, la implantación, el crecimiento embrionario, el crecimiento fetal y finaliza con el nacimiento, luego de un periodo correspondiente a 280 días o 40 semanas. Durante este periodo se produce una gran variedad de acontecimientos en la mujer, quizás y en su mayoría, bajo el influjo hormonal. Estos cambios tienen como objetivo crear las condiciones favorables para el desarrollo y maduración del feto, de igual forma, prepararán el tracto reproductor y las glándulas mamarias de la madre para el parto y la nutrición subsiguiente (36). Sin embargo, en algunas ocasiones, el embarazo puede tener complicaciones que generen la hospitalización de la madre y la prescripción médica de reposo en cama, el cual varía según la ubicación, la intensidad y la duración (36).

3.3.2. Reposo en cama.

El médico puede recomendarle a las gestantes reposo en cama para tener en la casa o en el hospital y se puede prescribir por algunos días, una semana o más. Los grados de reposo en cama típicamente incluyen actividad restringida (no viajar, no levantar objetos, trabajo limitado, descansos frecuentes, tareas domésticas livianas), reposo en cama modificado (se permite levantarse durante las comidas o duchas), reposo en cama estricto (permitido ir al baño, duchas cortas, acostarse sobre la cama del lado izquierdo o derecho). No obstante, se debe tener en cuenta una observación importante, los médicos no necesariamente hacen la misma recomendación de reposo en cama para la misma condición médica (37).

A pesar de lo anterior, los profesionales médicos que consideran prescribir el reposo en cama o la actividad restringida para una paciente gestante, se enfrentan a un costo beneficio, puesto que el reposo en cama puede mejorar la salud infantil y, en consecuencia, disminuir los costos de atención médica infantil, pero al mismo tiempo, tiene un efecto adverso en la salud materna y potencialmente impone otros costos (pecuniarios o no-pecuniarios) a la madre durante y después del embarazo (37).

Hasta la década de 1990, casi todos los libros de texto de obstetricia recomendaban reposo en cama para evitar el parto prematuro. Las razones comunes para la recomendación son la rotura prematura de la membrana; amenaza de aborto (sangrado vaginal); gestación múltiple; enfermedades hipertensivas del embarazo, incluida la preeclampsia; trabajo prematuro; restricción del crecimiento fetal; y

edema. Las cifras recientes sugieren que aproximadamente el 95 por ciento de los obstetras usan reposo en cama en su consulta. Aunque no todas las mujeres embarazadas serían candidatas para el reposo en cama, la evidencia sugiere que se recomienda en el 18.2 por ciento de los embarazos (24).

3.3.3. Embarazo de Alto Riesgo Obstétrico.

El embarazo de Alto Riesgo se define como cualquier embarazo que ponga a la madre, al feto o al recién nacido en un mayor riesgo de morbilidad o mortalidad durante el embarazo, durante el parto o después del parto. El parto prematuro, la rotura prematura de la membrana, la incompetencia cervical, la placenta previa, los trastornos hipertensivos, el embarazo de mellizos o los múltiples de alto orden y la diabetes y la hipertensión gestacional los diagnósticos más comunes que colocan a las mujeres en una categoría de Alto Riesgo (19).

3.3.4. Relación entre reposo en cama y gestantes de Alto Riesgo hospitalizadas.

El reposo en cama hospitalizado permite un monitoreo intensivo cuando existe una amenaza para la salud materna o fetal. La intención del reposo en cama es prevenir complicaciones adicionales para la madre y el feto; sin embargo, existe evidencia de que el reposo en cama puede tener efectos adversos que incluyen fatiga, debilidad muscular, dolor en las articulaciones, des acondicionamiento cardiovascular y recuperación prolongada después del parto (23). Además de los efectos fisiológicos del reposo en cama, pueden surgir una serie de problemas

emocionales y sociales significativos durante el reposo en cama en el hospital. Los factores estresantes pueden incluir soledad, aburrimiento, sentimientos de falta de poder, separación, inquietudes familiares, inquietudes sobre la supervivencia infantil y preocupaciones sobre su propia salud y sobre otros niños en el hogar (27).

3.4. MARCO CONTEXTUAL

3.4.1. Institución Prestadora de salud.

3.4.1.1. *Origen y constitución.*

Mediante el Decreto Departamental N°1807 del 7 de noviembre de 1995 la Institución Prestadora de salud se transforma en Empresa Social del Estado, en cumplimiento al artículo 194 y 197 de la Ley 100 de 1993. Se entiende así, como una categoría especial de entidad pública descentralizada del orden Departamental adscrito a la Secretaría Departamental de la salud del Valle del Cauca e integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, artículo 195 de la Ley 100 de 1993 (38).

3.4.1.2. *Reseña histórica.*

La Institución Prestadora de salud inicia su construcción en 1936 bajo la dirección de la firma constructora Guillermo Garrido Tovar, obra que se terminó en 1940 por el Arquitecto Hernando Vargas Rubiano, pero fue solo hasta 1956 cuando abrió sus puertas a la comunidad, convirtiéndose en el sitio obligado de consulta de todos los

habitantes del Suroccidente Colombiano, cuando apenas contaba con un mediano servicio de urgencias, siendo el único centro en la atención de emergencias de la Región; en 1973 empieza la ampliación de los diferentes servicios cuya capacidad física era insuficiente (38). En la década de los 90, se desarrollan un total de 63 proyectos de modernización física y tecnológica, con el apoyo del Ministerio de la salud, el Departamento del Valle del Cauca y la Secretaría de la salud. En su doble carácter docente y asistencial desarrolló sus proyectos alrededor de principios de calidad y eficiencia, a la vez que generaba programas diversos para capacitar a su Talento Humano en áreas administrativas, técnicas y de desarrollo humano, permitiéndole contar con personal que además de cumplir con los requisitos académicos y técnicos poseen características humanas y éticas que permiten altos niveles de compromiso con la misión de la institución, prueba de ello es el desarrollo continuo de la Institución y sus altos indicadores de producción (38).

El Institución Prestadora de salud es una Empresa Social del Estado de alta complejidad, ubicada en la ciudad Santiago de Cali, Colombia, que presta servicios de la salud a población afiliada y no afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia y a través de convenios con Empresas Promotoras de la salud de los regímenes Contributivo, Subsidiado, Regímenes especiales, Secretarías de la salud de Entes Territoriales, Aseguradoras de víctimas de accidentes de tránsito y otras aseguradoras de riesgos en salud. Como Hospital Universitario es formador de Talento Humano Profesional y Técnico, a través de convenios docente asistenciales (38).

El Institución Prestadora de salud, forma parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano y como Institución Prestadora de salud ha implementado los componentes Obligatorios del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y desarrollado acciones de mejoramiento continuo de sus procesos alineados con estándares de Acreditación, con el objetivo de promover y mejorar la Seguridad del Paciente. Como entidad Pública ha implementado el Modelo Estándar de Control Interno e iniciado el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad bajo la norma ISO 9001:2008, en algunos de sus procesos (38).

3.4.1.3. Misión.

Brindar servicios de la salud de mediana y alta complejidad humanos, seguros, innovadores cumpliendo estándares de calidad, centrado en la persona y su familia, con talento humano comprometido, motivado y competente, en un escenario de formación académica e investigación (38).

3.4.1.4. Visión.

En el 2019 la Institución Prestadora de salud será una entidad sostenible financieramente, acreditada, referente de la prestación de servicios de la salud de mediana y alta complejidad, siendo el mejor escenario para la formación y entrenamiento del talento humano del sector salud (38).

3.4.2. Servicio Ginecología y Obstetricia.

El Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Institución Prestadora de salud, presta atención de consultas e interconsultas médicas con especialistas a pacientes ginecológicas general, ginecológicas oncológicas y gestantes de Alto Riesgo. Actualmente el servicio presta atención en cuatro salas con profesionales especializados (médicos especialistas, ginecólogos, enfermeras y psicólogos) (39).

3.4.2.1. Características físicas del servicio ginecología y obstetricia

Salas de Alto Riesgo Obstétrico I y II

Ubicada en el sexto piso de la Institución Prestadora de salud, cuenta con 28 camas habilitadas para la atención a pacientes ginecológicas generales y asépticos, ginecológicas oncológicas, gestantes de Alto Riesgo y pacientes con cuidados de infectología (39).

Sala de Recuperación/ Puerperio

Ubicada en el sexto piso de la Institución Prestadora de salud, cuenta con 22 camas habilitadas para la atención y cuidados de las pacientes post parto y el recién nacido en sus primeras 24 horas (39).

Sala de Partos

Ubicada en el sexto piso de la Institución Prestadora de salud, cuenta con 8 camas habilitadas para la atención de partos: natural y cesárea (39).

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer cuál es la representación social de la palabra “*reposo*” y del término “*riesgo al moverse*” de las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en hospitalización prolongada, sus familias y los profesionales de la salud en una IPS de mediana y alta complejidad de la ciudad de Cali, Colombia, en 2019.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociodemográficas y de gestación de las participantes del estudio.
2. Comprender la representación social de la palabra “*reposo*” para las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en hospitalización prolongada, sus familias, los

profesionales de la salud que las atienden en el Servicio de Ginecología y Obstetricia.

3. Comprender la representación social del término “*riesgo al moverse*” para las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en hospitalización prolongada, sus familias, los profesionales de la salud que las atienden en el Servicio de Ginecología y Obstetricia.
4. Construir el árbol de las representaciones sociales de la palabra “reposo” y el término “riesgo al moverse”.

5. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

5.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se planteó una investigación cualitativa con enfoque hermenéutico sobre las representaciones sociales de los términos “*reposo*” y “*riesgo al moverse*” para las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en hospitalización prolongada, sus familias y los profesionales de la salud, que determinó el significado y la organización de la representación social.

La investigación cualitativa busca la comprensión e interpretación de la realidad humana y social, con un interés práctico, es decir con el propósito de ubicar y

orientar la acción humana y su realidad subjetiva. Por esto en los estudios cualitativos se pretende llegar a comprender la singularidad de las personas y las comunidades, dentro de su propio marco de referencia y en su contexto histórico cultural. Se busca examinar la realidad tal como otros la experimentan, a partir de la interpretación de sus propios significados, sentimientos, creencias y valores (34).

La hermenéutica (interpretación) busca descubrir los significados de las distintas expresiones humanas, como las palabras, los textos, los gestos, pero conservando su singularidad (34).

5.1.1. Tipo de estudio

Estudio de caso: Es el abordaje de una situación particular compleja, en busca de su comprensión a través de su descripción y análisis en su propio contexto y observada en conjunto.

Yin (33) propone una guía de procedimiento para este método con el objeto de asegurar objetividad y programar las tareas y procedimientos para llevar a cabo el diseño a través de un protocolo con los siguientes pasos:

Semblanza del estudio de caso: construcción del propósito, antecedentes, objetivos, hipótesis, bibliografía relevante, entre otros aspectos generales. Preguntas que deben ser respondidas por el estudio de caso: tienen como objetivo demostrar la hipótesis mediante la triangulación. Procedimientos a ser realizados, los cuales se seguirán en el uso de los instrumentos. Reporte del estudio de caso: el investigador debe diseñar un esquema básico para presentar los resultados obtenidos.

5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

5.2.1. Sujetos participantes

Se contó con la participación de 22 mujeres gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en hospitalización prolongada en la sala de ARO del servicio de Ginecología y Obstetricia de la Institución Prestadora de salud, que participaron voluntariamente del estudio.

Se contó con 22 familiares con lazo directo de vínculo familiar y/o pareja de las mujeres gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en hospitalización prolongada en la sala de ARO del servicio de Ginecología y Obstetricia de la Institución Prestadora de salud, que participaron voluntariamente del estudio.

Se contó con 10 profesionales de la salud que prestan sus servicios en la sala de ARO del servicio de Ginecología y Obstetricia del sexto piso de la Institución Prestadora de salud, con cargos respectivos a: Médico/a Ginecólogo y Obstetra, Médico/a general, enfermo/a jefe, fisioterapeuta y auxiliar de enfermería, que participaron voluntariamente del estudio.

5.2.2. Delimitación espacio temporal

La investigación se llevó a cabo con las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en hospitalización prolongada, sus familias y los profesionales de la salud del servicio de Ginecología y Obstetricia del sexto piso de la Institución Prestadora de salud en los meses agosto a septiembre de 2019.

5.2.3. Lugares y momentos

La investigación se llevó a cabo en los cuartos de hospitalización y las áreas comunes del servicio de Ginecología y Obstetricia del sexto piso de la Institución Prestadora de salud en el mes de agosto a septiembre del 2019. El lugar y la hora fueron programados previamente con los participantes que estuvieron dispuestos a ser parte del estudio.

5.2.4. Muestreo

La muestra estuvo delimitada según las fases del estudio:

Aplicación del listado libre de palabras

- 17 gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en hospitalización prolongada
- 17 familiares de las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico
- 5 profesionales de la salud que atienden a las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico

Sorteo por montones

- 5 gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en hospitalización prolongada
- 5 familiares de las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico
- 5 profesionales de la salud que atienden a las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico

5.2.5. Criterios de inclusión

Gestantes de Alto Riesgo Obstétrico

- Gestantes de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas en la sala de ARO en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Institución Prestadora de salud con estancia hospitalaria mayor a 7 días.
- Gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en hospitalización prolongada, que se encuentren en un rango de edad entre los 18 a 40 años, sin distinción de grupo étnico.
- Gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en hospitalización prolongada, que sepan leer y puedan expresarse adecuadamente por escrito.
- Gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en hospitalización prolongada que deseen participar voluntariamente del estudio y hayan firmado el consentimiento informado.

Familiares

- Acompañante con vínculo directo de lazo familiar y/o afectivo (pareja) de las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico que se encuentren en hospitalización prolongada en la sala de ARO en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Institución Prestadora de salud.
- Familiares de las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico mayores de edad, sin distinción de grupo étnico.
- Familiares de las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico sepan leer y puedan expresarse adecuadamente por escrito. o Familiares de las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico que deseen participar voluntariamente del estudio y hayan firmado el consentimiento informado.

Profesionales de la salud

- Profesionales de la salud que brinden atención en la sala de ARO el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Institución prestadora del servicio de la salud.
- Profesionales de la salud sin distinción de edad, ni grupo étnico.
- Profesionales de la salud que deseen participar voluntariamente del estudio y hayan firmado el consentimiento informado.

5.2.6. Criterios de exclusión

- Participantes que deseen retirarse del estudio en cualquier momento.
- Participantes gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en hospitalización prolongada con condición de la salud mental que afecte su participación.

5.3. MÉTODOS E INSTRUMENTOS

5.3.2. Técnicas

En la primera fase las investigadoras realizaron la identificación de posibles participantes que cumplieran con los criterios de inclusión, quienes fueron gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en hospitalización prolongada, los familiares de las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico y los profesionales de la salud que atienden a las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico, que para el momento del estudio se encontraron en las salas de Alto Riesgo Obstétrico I y II de la Institución Prestadora de salud, el tiempo de participación fue de 1 hora.

La segunda fase fue la recolección de datos la cual se realizó de manera individual con cada participante, se utilizó la técnica de listado libre de palabras que consistió

en pedir a los participantes un listado escrito de las 5 primeras palabras que vinieran a su mente cuando escucharon términos o frases relacionados con una esfera conceptual particular (40) en este caso los términos: reposo y riesgo al moverse, posteriormente se pidió a los participantes que escribieran una pequeña explicación del por qué seleccionaron cada una de las cinco palabras. Las dudas e inquietudes que surgieron por parte de los participantes fueron resueltas inmediatamente por una de las investigadoras.

La idea es que esta fase se realice de la forma más espontánea y en el menor tiempo posible, en espera de que el contenido evocado este más libre de racionalizaciones, sesgos de defensa o deseabilidad social (41).

Posterior a la aplicación del listado libre de palabras, se extrajeron los 20 términos más representativos que emergieron de los núcleos centrales de los 3 grupos poblacionales, conformando así 2 listas de términos, 10 para la palabra “*reposo*” y 10 para “*riesgo al moverse*”, continuando con la tercera fase, la triangulación de la información para la construcción del “árbol de representaciones sociales”, la cual contó con 5 participantes de cada grupo poblacional que no se incluyeron en la segunda fase del “listado libre de palabras de palabras”, se les entregó las 20 fichas con los términos expuestos ante ellos y se les pidió agrupar según su criterio los 5 términos que se relacionan con la palabra “*reposo*” y el término “*riesgo al moverse*”.

5.3.3. Instrumentos

- Formulario: “Caracterización sociodemográfica y de gestación” (Anexo 1)

- Listado libre de palabras de palabras. (Anexo 2 y 3)

Operacionalización de variables para los datos sociodemográficos y de gestación obtenidos en el encabezado del instrumento del listado libre de palabras de palabras.

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Categoría
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento	Cuantitativa discreta	Número de años
Escolaridad	Grado de estudios máximo aprobados por una persona	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria Técnico Universitario Posgrado
Estado civil	Situación legal de una persona en relación con su pareja	Cualitativa nominal	Soltera Casada Unión libre Divorciada Viuda
Ocupación	Actividad que realiza una persona en su cotidianidad	Cualitativa nominal	Trabajar Estudiar Hogar
Motivo de hospitalización	Factores externos o intrínsecos a la mujer que pueden propiciar alguna complicación durante el embarazo, que puedan alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del feto.	Cualitativa nominal	Ruptura prematura de membrana Obesidad y de gestación Obesidad materna Diabetes y de gestación Preclamsia Eclampsia
Tiempo de hospitalización	Estancia clínica en días en que una persona se encuentra.	Cuantitativa discreta	Número de días

5.4. FASES DEL ESTUDIO

5.4.1. Ajustes de instrumentos

Antes de iniciar con la recolección de datos se realizó una prueba piloto con previa autorización, donde se reclutó una muestra de aproximadamente 20 gestantes que

se encontraban hospitalizadas en la sala de Alto Riesgo Obstétrico I y II de la Institución Prestadora de salud que no fueran a participar del estudio posteriormente, evitando sesgos en la información, se firmó el consentimiento informado y se aplicó los instrumentos propuestos: Cuestionario de caracterización sociodemográfica y de gestación, instrumento de listados libres para la palabra “*reposo*” y el término “*riesgo al moverse*” y posteriormente el triangulación de representación social para la palabra “*reposo*” y el término “*riesgo al moverse*”. Una vez el estudio fue aprobado por el comité de institucional de revisión de ética humana, se llevó a cabo la prueba piloto con 10 pacientes gestantes de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas, 5 familiares de las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico y 3 profesionales de la salud que atienden a las gestantes, inicialmente se comprobó que el instrumento del listado libre de palabras fue entendible para los participantes, su tiempo de aplicación fue de 45 minutos y finalmente arrojó resultados similares, que permitió a las investigadoras proyectar los resultados esperados.

5.4.2. Recolección de datos

El estudio se realizó de manera individual, las gestantes diligenciaron los formatos en sus respectivas habitaciones y los familiares y los profesionales de la salud diligenciaron los formatos en el lugar que se encontraban en el momento, dentro de las áreas comunes de las salas de ARO I y II, para este fin tuvieron como tiempo límite una hora.

Se consideró 2 momentos para la recolección de datos, en primer lugar, se hizo la identificación de los posibles participantes que cumplieran con los criterios de inclusión y se realizó un primer contacto con cada uno de ellos, donde se les explicó el consentimiento informado, el por qué y para qué de su participación y se resolvieron dudas e inquietudes que surgieron de dicha información, al aceptar participar en el estudio se procedió a la firma del consentimiento informado. El segundo momento inició cuando se explicó cómo diligenciar los instrumentos propuestos para cada participante y se despejaron las dudas e inquietudes que tuvieron sobre estos, los instrumentos entregados fueron codificados con números, determinado para proteger los datos que pudieran identificar al participante y para asegurar que la información suministrada fuera almacenada correctamente.

Las dudas y/o inquietudes que surgieron por parte de los participantes durante la diligencia de los formatos, fueron resueltas inmediatamente por una de las investigadoras.

5.4.3. Análisis de datos

Las variables sociodemográficas fueron analizadas mediante estadísticos descriptivos de frecuencia y porcentaje.

Análisis Prototípico

El listado libre de palabras de palabras se guardó en un bloc de notas y se exportó al programa ANTHROPAC LIST v.4.98 (26) que permitió identificar la frecuencia de mención de cada término y el rango promedio (ubicación del nivel de importancia

otorgado a cada palabra). Las palabras que constituyen el núcleo central de la RS son aquellas que son citadas más veces con un menor rango.

Tras la aplicación del listado libre de palabras se realizó la estandarización semántica de los términos evocados por los participantes del estudio para la asociación de la palabra Reposo y el término Riesgo al moverse, se identificó términos similares o de igual significado que variaba en su conjugación y/o tiempo, los cuales fueron referidos por lo menos por dos participantes de cada población respectivamente, de esta manera fueron estandarizados en una sola palabra, lo que permitió simplificar y concretar la información.

Análisis procesual

En este análisis se categorizaron las explicaciones manifestadas por los participantes a través del análisis de contenido temático (40) para construir núcleos de significado a partir de las categorías emergentes (41) La calidad de la información será comprobada a través de la triangulación por contrastación teórica. (42)

5.4.4. Discusión de resultados

Se realizaron las discusiones tomando como base el marco teórico y los resultados obtenidos en las evaluaciones de las poblaciones previamente mencionadas.

5.4.5. Elaboración informe final

Se realizó la elaboración del informe final del estudio, y su respectiva sustentación.

6. ASPECTOS ÉTICOS

6.1. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Para la ejecución del siguiente estudio, se contará con previa aprobación de los Comités de Ética de la Universidad del Valle y de la Institución Prestadora de salud de la ciudad Santiago de Cali.

Según el artículo 11 en la resolución No 8430 de 1993, el estudio presenta un riesgo mayor que el mínimo, debido a la condición de la salud que presenta uno de los grupos que se estudiará, donde incluye mujeres gestantes con diagnóstico de embarazo de Alto Riesgo. Sin embargo, las técnicas y métodos que se implementaran son de carácter documental y no se pretende hacer intervención o modificación intencionada de variables en los individuos que participan en el estudio, además, las gestantes no tendrán que desplazarse y podrán diligenciar los formatos en sus respectivas habitaciones, siempre acompañadas por el grupo investigador, si se presenta alguna sensación que no sea de su agrado se suspenderá la diligencia de los formatos y/o al presentarse un evento adverso asociado con su diagnóstico, al estar hospitalizadas en el Institución Prestadora de salud habrá personal de la salud como médicos y enfermeros que estarán atentos de su estado y será de fácil acceso que las atenderán.

Durante la realización de esta investigación prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad, el bienestar y la protección de los derechos de los participantes.

Los investigadores se comprometen a mantener la estricta confidencialidad de los datos, y para asegurar dicha confidencialidad, no se pedirán datos que puedan identificar al participante, y como estrategia se encriptó la información a través de códigos numéricos a medida que ingresaron al estudio, la información que se obtuvo a través de los formatos, fue analizada con reserva y será utilizada sólo con propósitos investigativos de este, y otros posibles proyectos derivados del mismo, la información fue almacenada en un único computador destinado a la investigación, con código de ingreso, el cual solo tuvieron conocimiento el grupo de investigadores.

6.2. CONFLICTO DE INTERESES

Todos los investigadores manifiestan no tener ningún conflicto de interés. Esta investigación no compromete la integridad del ambiente.

7. HALLAZGOS

7.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE GESTACIÓN.

Se aplicó un formulario de caracterización sociodemográfica y de gestación a 17 gestantes de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas en la sala de ARO I y II de una IPS de mediana y alta complejidad, quienes participaron para el listado libre de palabras de palabras, el perfil de este grupo en términos de edad, procedencia, residencia, ocupación, escolaridad y la razón del reposo en hospitalización puede verse en la siguiente tabla.

Se encontró un rango de edad entre 18 y 38, promedio 25 y D.E +/- 4,7 años. La mayor parte de las gestantes manifestaron provenir y residir en Cali, Valle (52.9%), seguido de otros departamentos (35.3%) y otros municipios del Valle (29,4%). Respecto al nivel de escolaridad la mayoría de las gestantes tiene educación técnica (35.3%), seguido de secundaria incompleta (29.4%). Antes de su hospitalización las gestantes se dedicaban al hogar (58.8%). La principal razón de hospitalización es hipertensión gestacional (29.4%), seguido de preeclampsia (23.5%).

Tabla 1. Resultados generales del formulario de caracterización sociodemográfica y de gestación.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS			CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES		CARACTERÍSTICAS DE GESTACIÓN
EDAD	PROCEDENCIA	RESIDENCIA ACTUAL	NIVEL DE ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN ACTUAL	RAZÓN DEL REPOSO EN HOSPITALIZACIÓN
38	Cali, Valle	La Paz, Valle	Técnico	Hogar	Cirugía mama izquierda con 16 semanas de embarazo
36	Cali, Valle	Yumbo, Valle	Secundaria incompleta	Hogar	Toxoplasmosis
34	Padilla, Cauca	Puerto Tejada, Cauca	Secundaria incompleta	Trabaja	Hipertensión gestacional
28	Cali, Valle	Cali, Valle	Secundaria completa	Trabaja	Diabetes gestacional
28	Morales, Cauca	Poblado Campestre, Valle	Secundaria incompleta	Ninguno	Hipertensión gestacional
26	Barbacoas, Nariño	Cali, Valle	Secundaria completa	Estudia	Ruptura prematura de membranas

24	Palmira, Valle	Miranda, Cauca	Técnico	Hogar	Purpura trombocitopenia
24	Miranda, Cauca	Miranda, Cauca	Técnico	Hogar	Preeclampsia
24	Tumaco, Nariño	Cali, Valle	Universitario	Hogar	Preeclampsia
24	Cali, Valle	Cali, Valle	Secundaria completa	Trabaja	Diabetes gestacional
23	Cascajero, Cauca	Cali, Valle	Primaria incompleta	Ninguno	Hipertensión gestacional
23	Cali, Valle	Cali, Valle	Técnico	Hogar	Preeclampsia
22	Cali, Valle	Vijes, Valle	Técnico	Hogar	Rh negativo diferente a del bebé
22	Cali, Valle	Cali, Valle	Técnico	Trabaja	Preeclampsia
20	Cali, Valle	Cali, Valle	Secundaria completa	Hogar	Ruptura prematura de membranas
19	La Cumbre, Valle	La Cumbre, Valle	Secundaria incompleta	Hogar	Hipertensión gestacional
18	Cali, Valle	Cali, Valle	Secundaria incompleta	Hogar	Hipertensión gestacional

Los familiares 17 participantes del listado libre de palabras de palabras fueron en su mayoría mujeres (64.7%), 41% manifestó ser madre, 11% hermana, 5% abuela y 5% hija. 35.3% correspondió al género masculino, 29% manifestaron ser esposo/pareja y el 5% padre.

Tabla 2. Codificación de los familiares participantes del estudio.

CÓDIGO	EDAD	GÉNERO	PARENTESCO
1	63	Femenino	Abuela
2	60	Femenino	Madre
3	59	Femenino	Madre
4	53	Femenino	Madre
5	52	Femenino	Madre
6	45	Femenino	Madre
7	42	Femenino	Madre
8	42	Femenino	Hermana
9	24	Femenino	Hermana
10	25	Femenino	Hermana
11	23	Femenino	Hija
12	66	Masculino	Padre
13	53	Masculino	Esposo/Pareja
14	38	Masculino	Esposo/Pareja
15	30	Masculino	Esposo/Pareja
16	24	Masculino	Esposo/Pareja
17	23	Masculino	Esposo/Pareja

De los 5 profesionales que participaron en el listado libre de palabras de palabras 4 participantes fueron mujeres y se desempeñan como: auxiliar de enfermería, enfermera en jefe, especialista en ginecología y obstetricia, fisioterapeuta y un médico general que pertenece al género masculino.

Tabla 3. Codificación de los profesionales de la salud participantes del estudio.

CÓDIGO	EDAD	GÉNERO	PROFESIÓN
1	43	Femenino	Auxiliar de enfermería
2	24	Femenino	Enfermera en jefe
3	35	Femenino	Especialista en ginecología y obstetricia
4	27	Femenino	Fisioterapeuta
5	27	Masculino	Médico General

7.2. ANÁLISIS PROTOTÍPICO

7.2.1. Estandarización de los términos sinónimos mediante la agrupación de sus significados.

Tras la aplicación del listado libre de palabras de palabras se obtuvieron en total 190 términos evocados por los participantes del estudio para la asociación de la palabra **Reposo** y el término **Riesgo al moverse**, muchos de los términos con igual similitud de significado fueron referidos por lo menos por dos participantes de cada población respectivamente. Se procedió a realizar una estandarización semántica de los términos similares sobre la palabra **Reposo** y el término **Riesgo al moverse**.

Tabla 4. Estandarización de los términos sobre la palabra “reposo” y el término “riesgo al moverse” de las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en hospitalización prolongada.

GESTANTES			
REPOSO		RIESGO AL MOVERSE	
Términos con igual significado	Estandarización del término	Términos con igual significado	Estandarización del término
Calma Paz	Calma	Caerme Caerse	Caerse

Cuidado Cuidarse	Cuidarse	Caídas Resbalarse	
Descanso Descansar	Descansar	Alteración Complicación Complicaciones	Complicación
Dormir Sueño	Dormir	Empeorar la situación	
Acostarse Estar acostada Estar en cama	Estar acostada	Cuidado Cuidados Levantarse de la cama despacio	Cuidado
Estar contenta Feliz	Feliz	Desmayo Desmayos	Desmayo
No esforzarse No hacer esfuerzo	No hacer esfuerzo	Dolor Lumbago	Dolor
Estar quieto Mínimo movimiento No caminar No moverse Quietud Suspender labores	No moverse	Fracturarme Fracturarme la columna Golpe Golpes	Fracturarme Golpe
Cero estrés Sin estrés	Sin estrés	Lastimar a mi hija Lastimar al bebé Riesgo para el bebé	Lastimar al bebé
Cero preocupaciones Tranquilo Tranquilidad	Tranquilidad	Agacharse mal Bajando escaleras Lastimarme el tobillo Mal movimiento Saltando mal	Mal movimiento
		Mala fuerza Hacer mucha fuerza	Mala fuerza
		No caminar No caminar rápido No poder estar caminando	No caminar
		Parto Parto prematuro Trabajo de parto	Parto prematuro
		Perder al bebé Pérdida Que se salga el bebé Se puede venir el bebé	Perder al bebé
		Evacuación líquida Perder líquido Que se salga el líquido Romper fuente	Perder líquido
		Presión alta Subir la presión	Subir la presión
		Mucha tranquilidad Tranquilidad	Tranquilidad

Tabla 5. Estandarización de los términos sobre la palabra “reposo” y el término “riesgo al moverse” de los familiares de gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en hospitalización prolongada.

FAMILIARES			
REPOSO		RIESGO AL MOVERSE	
Términos con igual significado	Estandarización del término	Términos con igual significado	Estandarización del término
Acostada Acostarse Quedarse en cama	Acostada	Adelantar el parto Adelanto del nacimiento Puede tener contracciones Se le puede venir el bebé	Adelantar el parto
Calma Paz	Calma	Caerse	Caerse

Cuidado Cuidarse	Cuidarse	Caída Que se pueda caer Enredarse	
Descanso Descansar	Descansar	Ahogar al bebé Daño Daño al bebé Riesgo con el bebé	Daño al bebé
Control de emociones Tranquilidad No estrés No preocuparse Tranquilo Tranquilidad	Tranquilidad	Dolor Dolor articular	Dolor
No cargar objetos No hacer fuerza	No hacer fuerza	Golpearse Golpes	Golpearse
Limitación de movimiento No caminar mucho No moverse mucho Poco movimiento	Poco movimiento	Lastimarse Lesión Maltratar	Lastimarse
		Marearse Se puede marear	Marearse
Quieto Quietud	Quietud	Morir Peligro de la vida de la madre	Morir
Relajación Relajarse	Relajarse	Perder al bebé Pérdida del bebé Pérdida del niño	Perder al bebé
		Inmovilidad No moverse No pararse Quietud	Quietud
		No caminar Reposo	Reposo

Tabla 6. Estandarización de los términos sobre el reposo de los profesionales de la salud que atienden a las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en hospitalización prolongada.

PROFESIONALES DE LA SALUD			
REPOSO		RIESGO AL MOVERSE	
Términos con igual significado	Estandarización del término	Términos con igual significado	Estandarización del término
Estar en un lugar por mucho tiempo No moverse mucho	No moverse mucho	Caídas Caída	Caída
No realizar actividades vigorosas Realizar actividades en la cama	Quietud	Evento adverso Eventos adversos Generación de daño Probabilidad de lesionarse Probabilidad de que ocurra algo indeseado	Evento adverso
		Mareo Vértigo	Mareo
		Mal moverse Mal movimiento	Mal movimiento

7.2.2. Tablas de relación frecuencia vs rango

En la relación del núcleo central y el sistema periférico de la palabra “*reposo*” y del término “*riesgo al moverse*” en las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas, sus familias y los profesionales de la salud que atienden a las gestantes, se retuvieron los términos que fueron evocados por más de un participante de cada población propiamente. En el prototipo de la representación social, los elementos centrales son aquellos con mayor frecuencia de evocación, es decir, los que ocuparon los primeros lugares según el promedio de frecuencia y los que obtuvieron un bajo rango, es decir, los que se aproximan a 1, puesto que, el valor del rango refiere un menor procesamiento mental del participante para arrojar su respuesta, A continuación, se presentan los resultados del análisis prototípico: núcleo central y sistema periférico de la representación social de la palabra “*reposo*” y del término “*riesgo al moverse*”.

En el prototipo de la representación social sobre la palabra “*reposo*” en las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas, en las tres primeras posiciones para el núcleo central están: cuidarse, descansar y dormir; para el sistema periférico están: no tener tristezas, seguridad y parto prematuro.

Tabla 7. Prototipo (frecuencia x rango de evocación) de la representación social sobre la palabra *reposo* en las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas.

	BAJO RANGO < 3.2			ALTO RANGO > 3.2		
	Ítem	Frecuencia	Rango	Ítem	Frecuencia	Rango
ALTA FRECUENCIA > 11.8	Cuidarse	11,8	1	Sin estrés	17,6	3,67
	Descansar	41,2	2,43	No hacer esfuerzo	23,5	4
	Dormir	23,5	2,5	Feliz	11,8	4
	Estar acostada	41,2	2,57	Amor	11,8	4,5
	Tranquilidad	58,8	2,6	Leer	11,8	4,5

	No moverse	52,9	2,78		
	Calma	11,8	3		
BAJA FRECUENCIA < 11.8	Reposar	5,9	1	No tener tristezas	5,9 4
	Contracciones	5,9	1	Seguridad	5,9 4
	Mar	5,9	1	Parto prematuro	5,9 4
	Observación	5,9	2	Comer	5,9 4
	Pereza	5,9	2	Cansancio	5,9 4
	Paciencia	5,9	2	Estrés	5,9 4
	Abrir mente	5,9	2	Esperar	5,9 4
	Mareo	5,9	2	Salud	5,9 5
	Estable	5,9	2	Quietud	5,9 5
	Relajación	5,9	3	Confort	5,9 5
	Subir la presión	5,9	3	Buena alimentación	5,9 5
	Precaución	5,9	3	Debilidad	5,9 5
	Pasivo	5,9	3	Dolor	5,9 5
	Aburrimiento	5,9	3		
	Calidad de vida	5,9	3		
	Incomodidad	5,9	3		
	Escribir	5,9	3		
	Núcleo central				
	Núcleo cercano				
	Sistema periférico				

En el prototipo de la representación social sobre la palabra “*reposo*” de los familiares de las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas, en las tres primeras posiciones para el núcleo central están: quietud, descansar y estar tranquila; para el sistema periférico están: acostada, peligro y no hacer fuerza.

Tabla 8. Prototipo (frecuencia x rango de evocación) de la percepción social sobre reposo en los familiares de las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas.

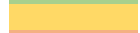
	BAJO RANGO < 3.3			ALTO RANGO > 3.3		
	Ítem	Frecuencia	Rango	Ítem	Frecuencia	Rango
ALTA FRECUENCIA > 15.2	Quietud	47,1	1,88	Calma	35,3	3,33
	Descansar	58,8	2,1	Dormir	17,6	3,33
	Estar tranquila	70,6	2,67			
	Relajarse	29,4	2,8			
	Cuidarse	41,2	2,86			
BAJA FRECUENCIA < 15.2	Preocupación	5,9	1	Acostada	29,4	4
	Incapacitado	5,9	1	Peligro	5,9	4
	Observación	5,9	2	No hacer fuerza	5,9	4
	Sentado	5,9	2	Silencio	5,9	4
	Comer saludable	5,9	2	Recomendación	5,9	4
	Angustia	5,9	2	Inquietud	5,9	4
	Estado	5,9	2	Escuchar música	5,9	4
	Sin actividades	5,9	3	Poco movimiento	29,4	4,4
	Condición	5,9	3	Paciencia	5,9	5
	Distensión	5,9	3	Orar	5,9	5
	Aburrimiento	5,9	3	Poner los pies en alto	5,9	5
	Leer	5,9	3	Bienestar	5,9	5
				Encierro	5,9	5
				Felicidad	5,9	5
	Núcleo central					

 Núcleo cercano
 Sistema periférico

En el prototipo de la representación social sobre la palabra “*reposo*” de los profesionales de la salud que atienden a las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas, en las tres primeras posiciones para el núcleo central están: cama, descanso, quietud; para el sistema periférico están: placentero, no esfuerzo físico y cuidado.

Tabla 9. Prototipo (frecuencia x rango de evocación) de la representación social sobre la palabra reposo en los profesionales de la salud que atienden a las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas.

	BAJO RANGO < 3.2			ALTO RANGO > 3.3		
	Ítem	Frecuencia	Rango	Ítem	Frecuencia	Rango
ALTA FRECUENCIA > 31.2	Cama	40	1,5	Enfermedad	40	3
	Descanso	60	2	Tranquilidad	60	3,67
	Quietud	80	2,5			
BAJA FRECUENCIA < 31.2	No moverse mucho	20	1	Placentero	20	3
	Reposar	20	2	No esfuerzo físico	20	3
	Dormir	20	2	Cuidado	20	4
				Evitar estrés	20	4
				No trabajar	20	5
				Prevención	20	5
				Darse un tiempo	20	5
				Movimiento supervisado	20	5

 Núcleo central
 Núcleo cercano
 Sistema periférico

prototipo de la percepción social sobre el término “*riesgo al moverse*” en las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas, en las tres primeras posiciones para el núcleo central están: perder al bebé, perder líquido y caerse; para el sistema periférico están: desmayo, fracturarme y estresarse.

Tabla 10. Prototipo (frecuencia x rango de evocación) de la representación social sobre el término de riesgo al moverse en las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas.

	BAJO RANGO < 3.0			ALTO RANGO > 3.0		
	Ítem	Frecuencia	Rango	Ítem	Frecuencia	Rango
ALTA FRECUENCIA > 15.3	Perder al bebé	35,3	2	Mareo	17,6	3,33
	Mala fuerza	17,6	2	Dolor	29,4	3,4
	Perder líquido	23,5	2,25	Mal movimiento	23,5	3,5
	No caminar	17,6	2,33	Subir la presión	17,6	3,67
	Peligro	23,5	2,5	Complicación	29,4	4
	Golpe	17,6	2,67	Parto prematuro	17,6	4,67
	Caerse	64,7	3			

BAJA FRECUENCIA < 15.3	Caminar	5,9	1	Desmayo	11,8	4
	Lesión	5,9	1	Fracturarme	11,8	4
	Agacharse	5,9	1	Estresarse	5,9	4
	Sangrado	11,8	1,5	Enfermedad	5,9	4
	Lastimar al bebé	11,8	2	Tranquilidad	11,8	5
	Debilidad	5,9	2	Ponerse de pie	5,9	5
	Fatigarse	5,9	2	Andar en moto	5,9	5
	Dormir	5,9	2	No moverse	5,9	5
	Quietud	11,8	3			
	Cuidado	11,8	3			
	Estar acostada	5,9	3			

	Núcleo central
	Núcleo cercano
	Sistema periférico

En el prototipo de la representación social sobre el término “*riesgo al moverse*” de los familiares de las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas, en las tres primeras posiciones para el núcleo central están: caerse, quietud y peligro; para el sistema periférico están: marearse, alerta y miedo.

Tabla 11. Prototipo (frecuencia x rango de evocación) de la percepción social sobre el término riesgo al moverse en los familiares de las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas.

	BAJO RANGO < 3.1			ALTO RANGO > 3.1		
	Ítem	Frecuencia	Rango	Ítem	Frecuencia	Rango
ALTA FRECUENCIA > 16.1	Caerse	58,8	2,5	Perder al bebé	52,9	3,33
	Quietud	23,5	2,5	Adelantar el parto	17,6	3,33
	Peligro	35,3	2,67	Dolor	29,4	3,8
	Complicación	17,6	2,67			
	Daño al bebé	23,5	2,75			
	Morir	29,4	2,8			
	Lastimarse	35,3	3			
	Sangrado	17,6	3			
BAJA FRECUENCIA < 16.1	Estar pendiente	5,9	1	Marearse	11,8	3,5
	Acto inseguro	5,9	1	Alerta	11,8	3,5
	Perdida del líquido	11,8	2	Miedo	17,6	4
	Delicado	5,9	2	Recomendación	5,9	4
	Necesitar ayuda	5,9	2	Debilidad	5,9	4
	Mala fuerza	5,9	2	Enfermedad	5,9	4
	Reposo	11,8	2,5	Actividades en cama	5,9	5
	Golpearse	11,8	3	Preocupación	5,9	5
	Precaución	5,9	3	Malformaciones	5,9	5
	Accidente	5,9	3			
	Angustia	5,9	3			

	Núcleo central
	Núcleo cercano
	Sistema periférico

En el prototipo de la percepción social sobre el término “*riesgo al moverse*” de los profesionales de la salud que atienden a las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas, en las tres primeras posiciones para el núcleo central están: caída, complicación y evento adverso; para el sistema periférico están: morbilidad, movilidad y restricción.

Tabla 12. Prototipo (frecuencia x rango de evocación) de la representación social sobre el término riesgo a moverse en los profesionales de la salud que atienden a las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas.

	BAJO RANGO < 3.1			ALTO RANGO > 3.1		
	Ítem	Frecuencia	Rango	Ítem	Frecuencia	Rango
ALTA FRECUENCIA > 27.8	Caída	80	2,25	Mareo	40	4
	Complicación	40	2,5			
	Evento adverso	60	2,67			
BAJA FRECUENCIA < 27.8	Peligro	20	1	Morbilidad	20	4
	Mal movimiento	20	1	Movilidad	20	4
	Accidente	20	2	Restricción	20	5
	Inmovilización	20	2	Debilidad	20	5
	Enfermedad	20	2	Descuido	20	5
	Quiétude	20	3	Deterioro	20	5
	Miedo	20	3			
	Prevención	20	3			

Núcleo central

Núcleo cercano

Sistema periférico

7.3. ANÁLISIS PROCESUAL

Para el análisis procesual se conformaron las categorías emergentes de acuerdo con los términos obtenidos tras la aplicación de los listados libres de palabras y que están relacionadas entre sí. A continuación, se presentan las categorías respectivas para la palabra “*reposo*”.

Las tres categorías que incluyen más términos para la palabra “*reposo*” fueron los componentes de: acción preventiva, sentimientos y componentes del reposo.

Tabla 13. Definición de las categorías referidas la palabra “reposo”

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	FRECUENCIA	(%)
ACCIONES PREVENTIVAS	Conjunto de medidas que toman las gestantes con el fin de evitar complicaciones durante el embarazo durante la hospitalización.	24	26,6
SENTIMIENTOS	Disposición ante el reposo durante la hospitalización.	19	21,1
CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO	Términos asociados al reposo durante la hospitalización.	17	18,8
ACCIONES ALTERNATIVAS	Conjunto de medidas que toman las gestantes como opción para pasar el tiempo de manera agradable durante la hospitalización.	10	11,1
CONSECUENCIAS	Hecho o acontecimiento derivado del reposo cama durante la hospitalización.	9	10
CAUSAS	Motivo o razón por la cual tienen orden de reposo	6	6,6
BENEFICIOS	Impresiones positivas subjetivas frente al reposo durante la hospitalización.	5	5,5
TOTAL		90	100

Posterior a la conformación de las categorías emergentes, se realizó la filtración de los términos en una categoría respectiva para la palabra “*reposo*”.

Tabla 14. Filtración en categorías sobre la palabra reposo.

GESTANTES		FAMILIARES		PROFESIONALES	
Ítem	Fr (%)	Ítem	Fr (%)	Ítem	Fr (%)
Descansar	41,2	Descansar	58,8	Descanso	60
No hacer esfuerzo	23,5	Cuidarse	41,2	No trabajar	20
Cuidarse	11,8	Calma	35,3	Prevención	20
Reposar	5,9	Observación	5,9	Reposar	20
Observación	5,9	No hacer fuerza	5,9	Cuidado	20
Precaución	5,9	Silencio	5,9	No moverse mucho	20
Seguridad	5,9	Recomendación	5,9	No esfuerzo físico	20
Buena alimentación	5,9	Comer saludable	5,9	Movimiento supervisado	20
Tranquilidad	58,8	Estar tranquila	70,6	Tranquilidad	60
Sin estrés	17,6	Relajarse	29,4	Darse un tiempo	20
Amor	11,8	Paciencia	5,9	Evitar estrés	20
Feliz	11,8	Preocupación	5,9	Quietud	80
Calma	11,8	Angustia	5,9	Cama	40
No tener tristezas	5,9	Inquietud	5,9	Placentero	20
Pereza	5,9	Felicidad	5,9	Dormir	20
Paciencia	5,9	Quietud	47,1	Enfermedad	40
Abrir la mente	5,9	Poco movimiento	29,4		

Esperar	5,9	Acostada	29,4
No moverse	52,9	Sentado	5,9
Estar acostada	41,2	Sin actividades	5,9
Quietud	5,9	Encierro	5,9
Pasivo	5,9	Estado	5,9
Confort	5,9	Dormir	17,6
Estable	5,9	Orar	5,9
Dormir	23,5	Poner los pies en alto	5,9
Leer	11,8	Leer	5,9
Comer	5,9	Escuchar música	5,9
Escribir	5,9	Distensión	5,9
Cansancio	5,9	Aburrimiento	5,9
Aburrimiento	5,9	Incapacitado	5,9
Mareo	5,9	Peligro	5,9
Incomodidad	5,9	Condición	5,9
Estrés	5,9	Bienestar	5,9
Debilidad	5,9		
Dolor	5,9		
Subir la presión	5,9		
Parto prematuro	5,9		
Contracciones	5,9		
Relajación	5,9		
Salud	5,9		
Calidad de vida	5,9		
Mar	5,9		

Tabla 15. Descripción de la representación social de la palabra reposo.

CATEGORÍA	GESTANTES	FAMILIARES	PROFESIONALES DE LA SALUD
ACCIONES PREVENTIVAS	<i>"el descansar ayuda a que mi bebé no tenga problemas, y mi cuerpo también se recupera"</i>	Madre: <i>"el descansar es lo mejor ya que ella estará tranquila para no generar riesgos mayores"</i>	Auxiliar de enfermería: <i>"al estar la paciente en reposo descansa"</i>
	<i>"es mejor no hacer esfuerzo porque de lo contrario se pone en peligro la vida de mi bebé"</i>	Esposo: <i>"cuando le dicen a uno como familiar que ella tiene que guardar reposo hay que tener paciencia por ella y nuestro bebé"</i>	Médico general: <i>"en algunos casos dar reposo previene la enfermedad"</i>
	<i>"si nos dicen que guardemos reposo es por el cuidado tanto del bebé como por mí, así estaremos bien los dos"</i>	Esposo: <i>"es para mejorar su bienestar"</i>	Médico ginecobstetra: <i>"la embarazada no debe realizar actividades que generen mayor gasto cardíaco al habitual"</i>
	<i>"es lo que me dicen los doctores que debo hacer"</i>	Abuela: <i>"es más seguro que no deba hacer fuerza para no adelantar el parto"</i>	Fisioterapeuta: <i>"para el reposo lo mejor es el movimiento supervisado, porque implica moverse bajo prescripción y supervisión para evitar riesgos y minimizar consecuencias del reposo prolongado"</i>
	<i>"es mejor no hacer esfuerzo porque de lo contrario se pone en peligro la vida de mi bebé"</i>		

SENTIMIENTOS	<i>"durante el reposo debo tener tranquilidad porque así no hay riesgo de que se me suba la presión"</i> <i>"es mejor tener calma ante todo para manejar la paz interior para mantenerse mejor"</i> <i>"para un buen embarazo hay que ser paciente con todo inclusive con el reposo en cama"</i> <i>"acepto el reposo con amor, porque cuando estamos enfermas debemos estar sin rabias, ni rencor para no alterarnos y si estoy feliz no le hago daño a mi bebé"</i>	Esposo: <i>"si yo me preocupo, la preocupo a ella y más cuando piensa que es por ella, todo puede afectarla y desencadenar problemas en el embarazo"</i> Hermana: <i>"a pesar de todos estos problemas hay que tener calma, con la preocupación no se logra nada"</i> Madre: <i>"es fundamental para ella terminar bien su embarazo teniendo presente su situación de la salud"</i>	Médico ginecobstetra: <i>"la madre debe darse un tiempo para ella y su hijo"</i> Enfermera en jefe: <i>"la paciente cuando está en reposo está descansando y evitando el estrés, porque el estrés genera sustancias nocivas que conllevan a cambios cardiovasculares que las afectan a ellas y a sus bebés"</i>
	<i>"me cansa estar sólo en la cama casi todo el día, me da pereza"</i> <i>"me duelen los pies y la espalda de estar acostada, siento mi cuerpo más pesado cada día que pasa"</i> <i>"de estar tanto tiempo en reposo, cuando me paro me mareo y se siente feo"</i> <i>"por el hecho de no hacer nada, cuando tengo que hacer algo me siento débil, es como si el reposo me generará debilidad"</i>	Hija: <i>"me da aburrimiento al pensar que ella está acá en el hospital y que yo no pueda hacer nada porque me tengo que ir a la casa siempre"</i> Esposo: <i>"ella se siente limitada a hacer actividades del diario vivir, siente que no está usando su cien por ciento físicamente y eso me tiene aburrido"</i>	Los profesionales no consideraron consecuencias frente al reposo.
	<i>"para mí el reposo es quietud, se supone que como estoy eliminando líquido debo estar demasiado quieta"</i> <i>"el reposo es pasivo porque me implica poco movimiento físico y mental"</i> <i>"el reposo da estabilidad en la salud así no me voy a enfermar"</i>	Abuela: <i>"ella debe de estar quieta o realizar poco movimiento porque su embarazo es de riesgo, ella no se puede poner a hacer nada, como barrer ni nada que luego los vaya a perjudicar"</i> Esposo: <i>"mientras la vida de nuestro bebé esté en riesgo, es mejor que ella no haga nada, es mejor que esté acostada así no hay peligro de nada".</i>	Médico ginecobstetra: <i>"la quietud es importante, porque para que la gestante repose tiene que dejar de hacer sus actividades diarias"</i> Médico general: <i>"la cama acompaña al reposo cuando este es absoluto y prolongado"</i> Auxiliar de enfermería: <i>"el reposo es placentero ya que la paciente mientras reposa, se siente bien y descansa"</i>

ACCIONES ALTERNATIVAS	<i>“yo duermo mucho, porque cuando me mandan reposo es como si mandaran a dormir, es lo único que puedo hacer y que no me perjudica”</i>	Madre: <i>“ella debería de poner los pies en alto para que la sangre circule y los pies no se le hinchen”</i>	Enfermera en jefe: <i>“cuando la gestante duerme reposa y descansa”</i>
	<i>“para mi reposar es comer, en mi estado y ante mi situación de cero movimientos, lo único que hago es comer”</i>	Padre: <i>“si ella escucha música, se relaja y ayuda a estimular al bebé”</i>	
	<i>“yo escribo porque así olvido algunos momentos de mi hospitalización”</i>		
	<i>“ahora suelo orar mucho porque así me tranquilizo un poco”</i>		
CAUSAS	<i>“tengo hipertensión y de gestación por eso me mandaron reposo”</i>	Madre: <i>“los bebés pueden correr peligro si no se guarda reposo”</i>	Enfermera en jefe: <i>“generalmente el reposo está asociado con algún tipo de enfermedad o de condición física”.</i>
	<i>“tengo probabilidades de parto prematuro por la hipertensión”</i>	Padre: <i>“le mandan reposo por su condición de Alto Riesgo, eso dicen los médicos, así que creo que la situación es grave”.</i>	
	<i>“presento muchas contracciones y siento que se mueve mucho el bebé”</i>		
BENEFICIOS	<i>“al estar acostada y tranquila, se relajan los músculos y la mente”</i>	Esposo: <i>“pienso que el reposo es bienestar para ella”</i>	Médico general: <i>“no pone en riesgo a la madre y al bebé”</i>
	<i>“es muy importante para cuidar de mí y mi bebé”</i>		Fisioterapeuta: <i>“me refiero al tiempo que la gestante está utilizando para descansar”, “porque el estrés genera sustancias nocivas que conllevan a cambios cardiovasculares”.</i>
	<i>“más reposo mejora mi vida y puedo encargarme del manejo de mi salud”</i>		

Para el análisis procesual se conformaron las categorías emergentes de acuerdo con los términos obtenidos tras la aplicación de los listados libres y que están relacionadas entre sí. A continuación, se presentan las categorías respectivas para el término *“riesgo al moverse”*.

Las tres categorías que incluyen más palabras y/o términos para el término *“riesgo al moverse”* fueron los componentes de: consecuencias, acciones de amenaza y acciones preventivas.

Tabla 16. Definición de las categorías referidas al término riesgo al moverse.

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	FRECUENCIA	(%)
CONSECUENCIAS	Hecho o acontecimiento derivado del riesgo al moverse cama durante la hospitalización.	37	46,2
ACCIONES DE AMENAZA	Conjunto de actos que ponen en riesgo a la madre y al bebé.	16	20
ACCIONES PREVENTIVAS	Conjunto de medidas que toman las gestantes con el fin de evitar complicaciones durante el embarazo durante la hospitalización.	16	20
SENTIMIENTOS	Estado de ánimo o disposición emocional frente al riesgo de moverse durante la hospitalización.	6	7,5
ACTIVIDADES	Conjunto de acciones realizadas por las gestantes durante la hospitalización.	5	6,3
TOTAL		80	100

Posterior a la conformación de las categorías emergentes, se realizó la agrupación de los términos para el término “*riesgo al moverse*”.

Tabla 17. Filtración en categorías sobre el término riesgo al moverse.

GESTANTES		FAMILIARES		PROFESIONALES	
Ítem	Fr (%)	Ítem	Fr (%)	Ítem	Fr (%)
Caerse	64,7	Caerse	58,8	Caída	80
Perder al bebé	35,3	Perder al bebé	52,9	Evento adverso	60
Complicación	29,4	Lastimarse	35,3	Mareo	40
Perder líquido	23,5	Morir	29,4	Complicación	40
Mareo	17,6	Daño al bebé	23,5	Morbilidad	20
Golpe	17,6	Sangrado	17,6	Accidente	20
Subir la presión	17,6	Complicación	17,6	Deterioro	20
Parto prematuro	17,6	Adelantar el parto	17,6	Enfermedad	20
Lastimar al bebé	11,8	Golpearse	11,8	Peligro	20
Sangrado	11,8	Marearse	11,8	Debilidad	20
Desmayo	11,8	Perdida del líquido	11,8	Descuido	20
Fracturarme	11,8	Accidente	5,9	Mal movimiento	20
Lesión	5,9	Enfermedad	5,9	Quietud	20
Enfermedad	5,9	Malformaciones	5,9	Prevención	20
Fatigarse	5,9	Peligro	35,3	Restricción	20
Dolor	29,4	Dolor	29,4	Inmovilización	20
Peligro	23,5	Debilidad	5,9	Miedo	20
Mal movimiento	23,5	Acto inseguro	5,9	Movilidad	20
Mala fuerza	17,6	Mala fuerza	5,9		
Andar en moto	5,9	Quietud	23,5		
Debilidad	5,9	Alerta	11,8		
No moverse	5,9	Reposo	11,8		
No caminar	17,6	Actividades en cama	5,9		
Quietud	11,8	Recomendación	5,9		
Cuidado	11,8	Precaución	5,9		
Estar acostada	5,9	Estar pendiente	5,9		
Tranquilidad	11,8	Delicado	5,9		
No estresarse	5,9	Necesitar ayuda	5,9		
Caminar	5,9	Miedo	17,6		
Ponerse de pie	5,9	Preocupación	5,9		
Agacharse	5,9	Angustia	5,9		
Dormir	5,9				

Tabla 18. Descripción de la representación social del término riesgo al moverse

CATEGORÍA	GESTANTES	FAMILIARES	PROFESIONALES DE LA SALUD
CONSECUENCIAS	<i>"tengo un embarazo de Alto Riesgo y me puedo caer más fácilmente"</i> <i>"si realizo alguna mala fuerza puedo perder a mi bebé"</i> <i>"al moverme de manera inadecuada puede complicarse mi embarazo"</i> <i>"desde que estoy en reposo me mareo muchas veces y eso me puede ocasionar caídas"</i>	Madre: <i>"porque al caminar puede caerse y lesionarse"</i> Esposo: <i>"todo lo que pase le puede afectar nuestro hijo, lo puede perder y eso no lo queremos"</i> Abuela: <i>"está en riesgo de morir, puede estar comprometida si vida y la del bebé"</i>	Auxiliar de enfermería: <i>"creo que el principal riesgo de una gestante hospitalizada al moverse es caerse"</i> Médico general: <i>"puede generarse un evento adverso al moverse, o desarrollar una complicación a partir del movimiento"</i> Médico ginecobstetra: <i>"aumentaría la morbilidad de la paciente, entre más riesgo tenga más morbilidad habrá"</i>
ACCIONES DE AMENAZA	<i>"cuando me muevo me duele la espalda por los días que he dejado de moverme"</i> <i>"si me muevo mucho tengo peligro de una complicación"</i> <i>"es lo que me dicen los doctores que no debo hacer"</i> <i>"a veces de una fuerza mal hecha puedo perder mi bebé"</i>	Padre: <i>"moverse es un riesgo estando en esa condición"</i> Esposo: <i>"puede tener mucho dolor cuando se mueve"</i>	Médico ginecobstetra: <i>"al moverse, la paciente se genera una probabilidad de daño o lesión"</i> Auxiliar de enfermería: <i>"la paciente puede estar débil y caerse al intentar caminar o desplazarse"</i> Médico general: <i>"creo que es algo prevenible y el hecho de que una gestante tenga alguna consecuencia al moverse es un descuido"</i>
ACCIONES PREVENTIVAS	<i>"la quietud evita peligros"</i> <i>"prefiero no caminar porque si no tenemos cuidado, podemos marearnos y caernos"</i>	Esposo: <i>"ella debe estar alerta a cualquier movimiento que ella realice como su cuerpo responda"</i> Madre: <i>"es mejor que este en reposo tal cual como se lo ordenaron"</i>	Fisioterapeuta: <i>moverse en cama es una forma de guardar reposo, disminuir la debilidad, el dolor y minimizar los riesgos de la quietud absoluta"</i> Médico general: <i>"a nivel hospitalario una de las más grandes prevenciones es el riesgo al moverse"</i> Médico ginecobstetra: <i>"la inmovilización es preventiva porque si una gestante hospitalizada no se mueve se evita o anula el riesgo al moverse"</i>
SENTIMIENTOS	<i>"Estoy tranquila ya que así no hay riesgo de no estar pensando en cosas negativas"</i> <i>"trato de no estresarme, sé que no puedo moverme y eso me estresa"</i>	Esposo: <i>"siento miedo porque "no sé cuánto tiempo vaya a estar aquí y qué le pueda pasar al bebé"</i> Madre: <i>"es muy angustiante verla en esa situación"</i> Abuela: <i>"me preocupa puede pasar lo peor por ejemplo morir o empeorar su salud"</i>	Fisioterapeuta: <i>"la paciente tiene miedo de moverse por perder al bebé".</i>
ACTIVIDADES	<i>"hay que tratar de moverse de una u otra forma conservando el cuidado, al menos el caminar disminuye los dolores y mareos ocasionalmente, jyo no puedo quedarme 24 horas en cama, que tal!"</i>	Los familiares no consideraron actividades frente al riesgo al moverse.	Fisioterapeuta: <i>de acuerdo con la condición de la paciente, ella tiene que moverse y todos los profesionales de la salud somos encargados de orientar la movilidad según sea el caso"</i>

7.4. ÁRBOL DE REPRESENTACIÓN SOCIAL

Posterior a la aplicación del listado libre de palabras de palabras, se extrajeron los 20 términos más representativos que emergieron del núcleo central de los tres grupos poblacionales, conformando así dos listas de términos, correspondientemente 10 términos para la palabra “*reposo*” y 10 términos para “*riesgo al moverse*” como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 19. Listados de términos emergentes del núcleo central de las tres poblaciones.

Reposo	Riesgo al moverse
Calma	Caída
Cama	Complicación
Cuidarse	Daño al bebé
Descansar	Evento adverso
Dormir	Lastimarse
Estar acostada	Mala fuerza
Estar tranquila	Peligro
No moverse	Perder al bebé
Quietud	Perder líquido
Relajarse	Quietud

Luego se citaron 5 participantes de cada grupo poblacional que no realizaron la primera fase del listado libre de palabras y se les entregó 10 fichas, cada una con un término diferente que se relaciona con el reposo, se les pidió que agruparan los 5 términos que consideraran que más se relacionan con la palabra “*reposo*”, dando como resultado las agrupaciones que se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 20. Agrupación de términos para la palabra “*reposo*”.

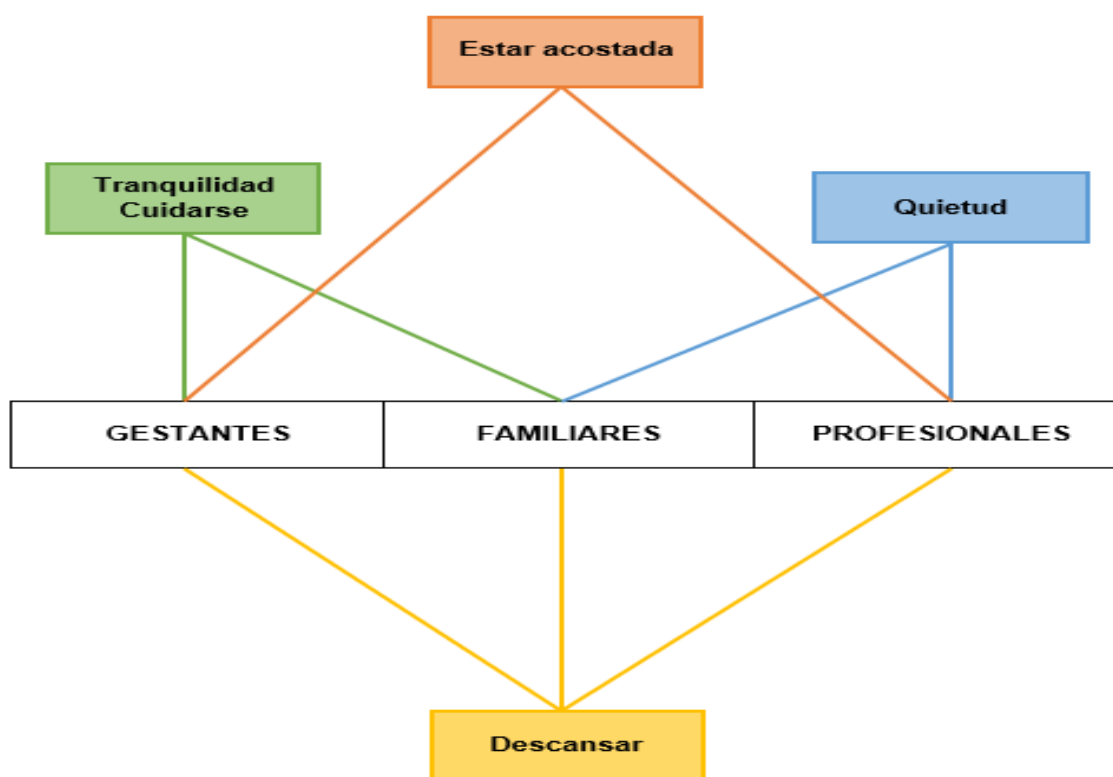
P	Gestante	P	Familiares	P	Profesionales
1	Descansar Tranquilidad Cuidarse Relajarse Calma	1	Quietud Tranquilidad Descansar Cuidarse Dormir	1	Estar acostada No moverse Cama Quietud Descansar
2	Calma Estar acostada Descansar Cuidarse Tranquilidad	2	Descansar Cuidarse Quietud Tranquilidad Dormir	2	Quietud Descansar Cama No moverse Estar acostada
3	Cuidarse Tranquilidad Estar acostada	3	Tranquilidad Quietud Dormir	3	Descansar Quietud Estar acostada

	Descansar Relajarse		Cuidarse Descansar		Cama No moverse
4	Descansar Estar acostada Calma Cuidarse Relajarse	4	Descansar Tranquilidad Dormir Quietud Cuidarse	4	Quietud Descansar No moverse Estar acostada Cama
5	Estar acostada Tranquilidad Cuidarse Calma Relajarse	5	Descansar Cuidarse Quietud Dormir Tranquilidad	5	Estar acostada Cama Descansar Quietud No moverse

7.4.1. Árbol de representación social de la palabra “*reposo*”.

El siguiente árbol refleja la representación social de los tres grupos poblacionales sobre la palabra “*reposo*”, identificando que los tres grupos concordaron que descansar es el término que se relaciona con el “*reposo*”, también se identificó que las gestantes y familiares coincidieron en los términos tranquilidad y cuidarse, las gestantes y profesionales coincidieron relacionando la quietud con el reposo, finalmente los familiares y profesionales concertaron que estar acostada se relaciona con el “*reposo*”, como se presenta en la siguiente figura:

Figura 1. *Árbol de representación social de la palabra “reposo”.*



Posteriormente se solicitó a los 5 participantes que agruparon los términos para la palabra “*reposo*” que repitieran el proceso con el término riesgo al moverse, se les entregó 10 fichas, cada una con un término diferente relacionado con el “*riesgo al moverse*”, se les pidió que agruparan los 5 términos que consideraran que más se relacionan con dicho término dando como resultado las agrupaciones que se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 21. *Agrupación de términos para el término “riesgo al moverse”.*

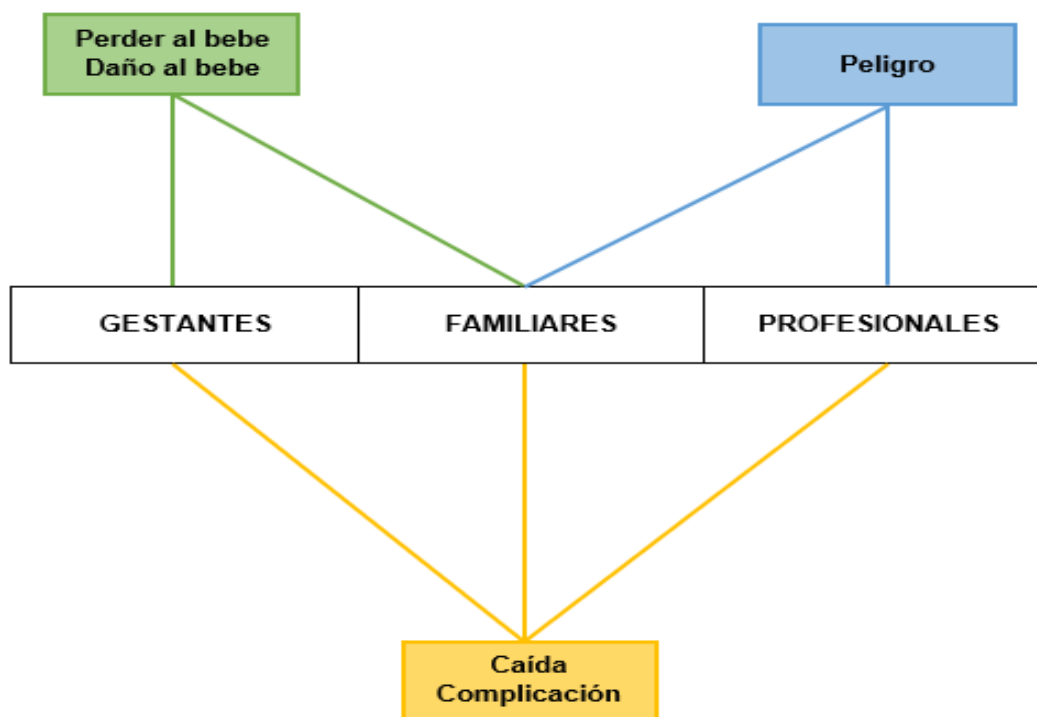
P	Gestante	P	Familiares	P	Profesionales
1	Caída Perder al bebé Daño al bebé Perder líquido Complicación	1	Caída Daño al bebé Peligro Quietud Lastimarse	1	Complicación Caída Peligro Evento adverso Mala fuerza
2	Complicación Daño al bebé Perder líquido Caída	2	Complicación Perder al bebé Caída Peligro	2	Caída Mala fuerza Compilación Peligro

	Perder al bebé		Quietud		Evento adverso
3	Caída Daño al bebé Perder líquido Perder al bebé Complicación	3	Perder al bebé Complicación Lastimarse Daño al bebé Caída	3	Peligro Caída Complicación Mala fuerza Evento adverso
4	Complicación Perder al bebé Caída Daño al bebé Perder líquido	4	Caída Lastimarse Daño a bebé Quietud Peligro	4	Complicación Peligro Evento adverso Mala fuerza Caída
5	Daño al bebé Caída Perder líquido Complicación Perder al bebé	5	Peligro Complicación Daño al bebé Perder al bebé Caída	5	Peligro Evento adverso Caída Complicación Mala fuerza

7.4.2. Árbol de representación social del término “*riesgo al moverse*”.

El siguiente árbol presenta la representación social de los tres grupos poblacionales sobre el término “*riesgo al moverse*”, identificando que los tres grupos concordaron que caída y complicación son los términos que se relaciona con el “*riesgo al moverse*”, también se identificó que las gestantes y familiares coincidieron en los términos perder al bebe y daño al bebe, los familiares y profesionales concertaron que peligro se relaciona con el “*reposo*”, finalmente, las gestantes y profesionales no coincidieron en ningún término relacionado con el “*reposo*”, como se presenta en la siguiente figura:

Figura 2. *Árbol de representación social del término “riesgo al moverse”.*



8. DISCUSIÓN

En los últimos 30 años, la orden de reposo es la primera acción preventiva del profesional de la salud para las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico, con la finalidad prevenir el parto prematuro y otras complicaciones durante el embarazo (14), pero realmente, ¿hasta dónde está la probabilidad de que esto funcione?, revisiones sistemáticas recientes no han encontrado datos que soporten la prescripción del reposo en cama "terapéutico" en el embarazo. Además, de la falta de beneficio demostrable, destacan los posibles daños, incluida la trombosis venosa, la desmineralización ósea, la atrofia muscular, la pérdida y aumento de peso materno y los problemas psicológicos maternos (20).

Este fenómeno no solamente convoca a la gestante de Alto Riesgo Obstétrico, a su vez, involucra la interacción dinámica de sus familiares y los profesionales de la salud que las atienden, por ser actores partícipes de peso en el proceso de hospitalización de la misma, por ende, esta investigación reconociendo la triada gestante, familiar y profesional de la salud, buscó recolectar información que permita acercar la realidad actual de la hospitalización por Alto Riesgo Obstétrico a partir de la prescripción del reposo y su relación con el riesgo al moverse, creando un ambiente de restricción de la movilidad y limitación en la participación, considerados como factor esencial en el desarrollo del ser humano dentro de un entorno biopsicosocial.

Por consiguiente, los resultados de este estudio, se expresan en categorías para la palabra “*reposo*” y el término “*riesgo al moverse*”. Estas categorías surgen desde la vivencia que tienen en el ámbito hospitalario a diario, las gestantes, sus familiares y los profesionales de la salud frente a lo que se manifiesta desde su entendimiento cultural, social, psicológico, éstas permiten condensar un conjunto de significados expresados por los participantes que en este caso será la indagación frente a la palabra “*reposo*” y el término “*riesgo al moverse*”.

8.1. REPOSO

El reposo se agrupó en 7 categorías: Acciones preventivas, sentimientos, características del reposo, acciones alternativas, consecuencias, causas y beneficios.

La categoría acciones preventivas para las gestantes va orientada hacia la protección del bebé teniendo comportamientos que consideran seguros y llevando a cabo con riguridad las recomendaciones del personal sanitario, lo cual, también se ve reforzado por los cuidados de la familia, en especial por parte de la pareja o la madre. Richter et al. (11) en su estudio corroboran que a pesar de sus restricciones, las mujeres gestantes reconocieron que debían soportar las batallas físicas y mentales diarias durante su hospitalización para mantener un embarazo saludable. Igualmente, Noguera et al. (22) expusieron que las gestantes contemplan el reposo o la quietud como cuidados, para ellas el no tener quietud lo relacionan con posible elevación de la tensión arterial y riesgo de complicaciones para la placenta y el bebé. Para sus familiares va dirigida hacia la búsqueda del bienestar de las gestantes, convirtiéndose en una red de apoyo, siendo personas que brindan protección y cuidado a las gestantes, Maloni et al. (9) encontraron que en dos estudios identifican que la pareja, la familia y los amigos de la mujer son fuentes de apoyo y los profesionales de la salud que las atienden se fundamentan en la prevención de eventos adversos durante el embarazo de Alto Riesgo, específicamente la fisioterapeuta lo enfoca en la prevención de complicaciones desde el movimiento supervisado, Irion et al. (19) afirma que para combatir los efectos fisiológicos del reposo en cama, algunos médicos incorporarán un programa terapéutico de reposo en cama en los planes de atención de algunas mujeres embarazadas. Los médicos lo enfocan en la mínima movilidad que debe tener una paciente gestante de Alto Riesgo hospitalizada. Dawndra et al. (23) concuerdan en que el reposo en cama en hospitalización permite un monitoreo intensivo cuando

existe una amenaza para la salud materna o fetal. La intención del reposo en cama es prevenir complicaciones adicionales para la madre y el feto.

En la categoría de Sentimientos, las gestantes asumen el reposo con amor, tranquilidad y paciencia, porque desde sus vivencias argumentan que es fundamental para sobrellevar las condiciones de hospitalización y tener un embarazo con las menores complicaciones, especialmente se resalta el amor porque ya se ha creado el vínculo madre e hijo y anhelan lo mejor para su bebé, concordando con los resultados del estudio de Noguera et al. (22), el cual evidencia que la tranquilidad es un cuidado que deben tener las gestantes sobre su estado de ánimo como un factor que beneficia su salud y por ende la salud del hijo por nacer. Los familiares de las gestantes enfrentan sentimientos de angustia y preocupación relacionados con el temor frente a la incertidumbre de no saber lo que va a pasar y si se puede presentar algún tipo de daño tanto en la madre como en el bebé, lo cual no es expresado para no alterar a la gestante y empeorar su condición. No obstante, asumen un comportamiento de calma y paciencia que son la mejor estrategia para sobrellevar la hospitalización, sin embargo, Maloni et al. (9) encontraron que las familias experimentaron dificultades para asumir responsabilidades maternas, ansiedad sobre los resultados fetales maternos y efectos emocionales adversos en los niños. Ahora bien, los profesionales de la salud en función de su rol evocaron miedo ante la presencia de un evento adverso en la paciente hospitalizada, mediante la observación esto se justifica desde el sistema de atención y la alta demanda de pacientes que no permite una atención de calidad en términos de

tiempo para garantizar la educación adecuada y englobar todos los aspectos de una atención integral.

En cuanto a las características del reposo los tres grupos coinciden en que los principales componentes son no moverse y estar acostada, es curioso que el reposo sea representado con estos dos términos, evidenciando en estas poblaciones hay poca referencia sobre el reposo, sus beneficios y consecuencias, además, es preciso señalar de que no hay mucha información sobre qué actividades se pueden realizar durante este, en este caso los profesionales además agregan un tercer término que es placentero, lo cual refieren que es darse un tiempo para cuidar su condición de la salud y tener un óptimo proceso de recuperación.

La categoría de actividades durante la estancia hospitalaria por parte de las gestantes gira en torno a dormir, comer y leer, cabe aclarar, que la actividad de leer se compone de leer periódico, llenar crucigramas y sopas de letras, además, de escribir y leer mensajes por celular, son pasatiempos que se encuentran de sus posibilidades dentro de la hospitalización, también, son facilitados por sus familiares; para los familiares se relaciona más con la espiritualidad y las creencias ya que argumentan que orar es un aliciente ante la situación de angustia que están sintiendo, en este sentido, Rubarth et al. (1) en su investigación encontraron que para los familiares la oración y la fe son una estrategia de afrontamiento ante el estrés de la situación mientras que para las gestantes son dinámicas de distracción en sus rutinas diarias de hospitalización. Cabe resaltar, que los profesionales no evocaron ningún término para esta categoría, destacando, que estos se centran

solo en la atención del Alto Riesgo con la prescripción del reposo, sin tener en cuenta su componente social y psicológico.

En la categoría de consecuencias se resalta que las gestantes y los familiares las relacionan con manifestaciones físicas de cansancio, debilidad, distensiones y refieren dolores y mareos, lo cual favorece a un estado de aburrimiento y estrés. Rubarth et al. (1) evidenciaron que las gestantes frente al reposo presentan dolencias físicas impuestas por la restricción a la actividad. Particularmente los familiares representan las consecuencias en las gestantes con la incapacidad que éstas tienen en realizar las actividades diarias, siendo una concepción social que se ha naturalizado sobre las embarazadas. Los profesionales no refirieron ningún tipo de consecuencia, siendo interesante, que aunque estos deben velar por el bienestar integral de las pacientes, no tengan en cuenta las consecuencias que se puede generar el reposo a partir de su conocimiento profesional.

La categoría de causas que originaron la orden del reposo se relaciona con subir la presión, la alta probabilidad de un parto prematuro y las frecuentes contracciones uterinas antes del último trimestre de gestación, Maloni et al. (9) en su estudio registraron que a pesar de la poca evidencia sobre los beneficios del reposo en cama para prevenir el parto prematuro, el 90% de los obstetras a nivel mundial prescriben el reposo en cama con la finalidad de prevenir el parto prematuro en aproximadamente 700.000 mil mujeres embarazadas por año, en este mismo sentido, Bigelow et al. (17) reportaron en su estudio, que además de prevenir el parto prematuro, el reposo en cama también se prescribe en el tratamiento de otras afecciones relacionadas con el embarazo que incluyen la disminución del líquido

amniótico, la amenaza de aborto involuntario, la incompetencia cervical, las gestaciones múltiples y las hipertensiones. De los familiares se mantiene latente esa sensación de peligro inminente para la madre y el bebé en el embarazo, puesto que ellos perciben que cualquier movimiento generará un daño para la gestante y su hijo, llevando la orden del reposo al extremo de imponer una quietud absoluta. Y los profesionales de la salud siguen bajo el paradigma de que el embarazo es una condición delicada en la mujer, manejándolo como una enfermedad mas no como un estado transitorio de la mujer.

En la categoría de beneficios, se encuentra que para las gestantes el reposo se considera beneficioso para el cuidado de ellas y de su bebé durante su hospitalización, puesto que es una forma de estabilizar su salud y mejorar la percepción de calidad de vida, contrario a esto en su estudio, Dunn et al. (12) reportó que las mujeres embarazadas con Alto Riesgo Obstétrico con orden de reposo en cama desarrollan un alto nivel de ansiedad y depresión así como un bajo nivel de bienestar espiritual frente a mujeres embarazos sanas, por lo cual es ineficaz y poco beneficioso esta actividad de restricción ya que deja secuelas físicas y psicológicas que se pueden continuar en el posparto, en esta misma línea Janighorban et al. (30) reveló que el reposo en cama también puede afectar la calidad de vida y la seguridad del mental de las mujeres gestantes de Alto Riesgo Obstétrico con secuelas específicas como el aburrimiento, la desorganización de pensamientos, los sentimientos de culpa, el bajo umbral de tolerancia y la insatisfacción. Mientras que los familiares manifiestan que el reposo genera bienestar y cuidado en las gestantes, ya que para ellos las recomendaciones del médico están basadas en su

conocimiento y experiencia profesional, lo cual los hace irrefutables. Cabe resaltar que los profesionales no consideraron beneficios sobre el reposo, sin embargo, Dawndra et al. (23) hallaron que el reposo en cama permite a los profesionales un monitoreo intensivo cuando existe una amenaza para para la salud materna o fetal, la intención del reposo en cama es prevenir complicaciones adicionales para la madre y el feto, adicionalmente Johns (10), reportó que el reposo en cama ofrece beneficios para el feto como disminuir la presión del bebé sobre el cuello uterino y reducir el estiramiento cervical, también aumenta el flujo de sangre a la placenta ayudando al bebé a recibir la máxima nutrición y oxígeno posible, esto es particularmente importante si el bebé no está creciendo tan rápido como debería, y para la gestante el reposo en cama a veces puede mejorar la presión arterial y disminuye la hinchazón en los miembros inferiores.

8.2. RIESGO AL MOVERSE

Lee et al. (18) encontró diferencias entre las actitudes de los profesionales de la salud hacia los riesgos de moverse, teniendo en cuenta que las mujeres con embarazo de Alto Riesgo pueden ver una variedad de profesionales, si cada uno percibe un grado diferente de riesgo es poco probable que la mujer reciba un mensaje consistente sobre la gravedad de su condición para ayudarla en su propia evaluación del riesgo. Esto puede aumentar la probabilidad de confusión e insatisfacción en la comunicación con los profesionales.

En la categoría de consecuencias, se constata que los 3 grupos poblacionales evocan más fácilmente los riesgos o peligros al moverse en el embarazo de Alto

Riesgo, frente a otras situaciones, por ser esta categoría la que más términos tiene y a las que más importancia le dan frente al caso de hospitalización.

En todos los grupos poblacionales se relaciona la caída como la palabra más evocada y como el principal riesgo que puede tener la gestante, ya que culturalmente la sociedad comparte la idea de que hay un peligro inminente cuando la mujer embarazada se cae, pero llama la atención que aunque las gestantes aceptaron que el principal riesgo para ellas es perder al bebé, evocaron el término de caída con mayor frecuencia, probablemente por ser la consecuencia para la pérdida del hijo, en contraste, Heafner et al. (21) retoma al Centers for Disease Control and Prevention Guideline, quien afirma que la principal consecuencia del embarazo de Alto Riesgo es el parto prematuro. Entonces surge la pregunta sobre ¿cuál es la probabilidad de que una gestante de Alto Riesgo hospitalizada presente una caída frente a una gestante que no tenga una condición de Alto Riesgo? Heafner et al. (21) evidencian que las mujeres embarazadas y posparto son propensas a las caídas, y la hospitalización agrava su riesgo, siendo un 27% de probabilidad de caída para las gestantes no hospitalizadas frente a un 60% de probabilidad de caída para las gestantes de Alto Riesgo hospitalizadas. Una revisión de las prácticas actuales entre las unidades de ginecología y obstetricia para evaluar el riesgo de caídas reveló que se utilizan herramientas de riesgo de caídas creadas para pacientes geriátricos, no para pacientes gestantes de Alto Riesgo, omitiendo por lo tanto información pertinente para la prevención de caídas de este tipo de pacientes. Las gestantes hospitalizadas presentan factores de riesgos relevantes que pueden afectar su estabilidad al intentar caminar en el entorno hospitalario,

estos factores incluyen antecedentes de mareos, aturdimiento por los medicamentos antitrombóticos, diabetes, trastornos musculoesqueléticos producto del prologado reposo en cama, trastornos del sistema nervioso central, el uso de ayuda para caminar y sillas de ruedas sin asistencia del personal de enfermería, y del 52% de las caídas registradas en el ambiente hospitalario, el 36% hace referencia a las gestantes de Alto Riesgo y el 16% a los demás pacientes hospitalizados. En relación con lo anterior Dunning et al. (16) reportaron en su estudio que de 3.997 pacientes gestantes de Alto Riesgo, el 26,8% siendo 1.070 pacientes informaron caída durante algún momento de su embarazo y de esas 1.070 pacientes el 35% informó al menos 2 o más caídas durante los meses 6 a 8 de gestación. En menor proporción fueron evocadas complicaciones generales que surgen durante el embarazo, las cuales pueden ser sangrados, mareo, desmayo, fatigarse y perder líquido. Específicamente la única población que evocó una consecuencia letal, fueron los familiares con la palabra morir, puesto que culturalmente perciben el Alto Riesgo Obstétrico como un potencial desencadenante de la muerte. Por su parte los profesionales de la salud consideran que el movimiento puede contribuir a la evolución o retroceso de la condición de Alto Riesgo de la gestante.

En la categoría de acciones de amenaza, las gestantes y los familiares concuerdan que el moverse es la ejecución de un acto inseguro donde no sienten que exista una garantía de protección para la madre y el bebé, en esta misma línea coinciden que el movimiento puede ser doloroso, a causa de la quietud prolongada por lo cual toman la decisión de moverse lo más mínimo posible, mientras que los profesionales

de la salud relacionan el riesgo al moverse con no realizar una mala fuerza, sin embargo las gestantes y los familiares lo interpretan de manera textual, por lo tanto se corrobora que no hay una comunicación asertiva por parte de los profesional de la salud hacia las gestantes y sus familias, lo cual causa confusión y conceptos erróneos que pueden conllevar a otros eventos, Sosa et al. (24) mencionan que el reposo en cama para los profesionales de la salud, se basa en la observación de que el trabajo duro ejerciendo mala fuerza y la actividad física durante el embarazo podría estar asociados con el parto prematuro y con la idea de que el reposo en cama podría reducir la actividad uterina.

Dentro de la categoría de acciones preventivas, los 3 grupos poblacionales concordaron que la quietud es la acción que representa con más seguridad la prevención de riesgos asociados al movimiento, porque para las gestantes y los familiares representa un peligro para su vida y la del bebé el no tener quietud durante la hospitalización, además que para ellos es muy importante el cumplimiento estricto de la orden del profesional de la salud. Resulta interesante que los médicos como estrategia preventiva utilicen expresiones como *“inmovilización”* y *“restricción del movimiento”*, dando una conceptualización errónea ya que estos términos hacen alusión a una limitación total del movimiento, sin tener en cuenta sus consecuencias. Handwerker (8) descubrió que los profesionales de la salud estadounidenses enfatizaron cuestiones de responsabilidad y culpa si se percibían que las mujeres embarazadas se comportaban de alguna manera que aumentaba su estado de riesgo, los médicos también están sujetos a una serie de influencias sociales, Mackenzie et al. (15) los

desarrollos tecnológico que fueron diseñados para mejorar la seguridad del parto al proporcionar más información sobre el estado de la madre y el feto también pueden crear ansiedad porque esta información exige una respuesta médica inmediata, Jordan et al. (13) a su vez, esto provoca una mayor intolerancia al riesgo y la creencia de que existe un deber profesional de eliminar cualquier grado de riesgo, esto se verifica con lo referido por los profesionales de la salud ante la exigencia de la inmovilización y/o la restricción del movimiento llevada al extremo con la intención de mitigar cualquier riesgo prevenible en la gestante

En la categoría de sentimientos, las gestantes evocan palabras de tranquilidad y no estresarse porque para ellas el desestabilizar su estado de ánimo, es un desencadenante de situaciones de riesgo para el bebé, ya que para ellas la vida del bebé es lo más importante, Lee et al. (18), encontraron que hay una relación directamente proporcional entre la percepción del riesgo, el apego materno y sentimientos de ansiedad desarrollada por las gestantes, concluyeron que el estado de hospitalización tiene un efecto influyentemente negativo en la percepción del riesgo ante cualquier actividad. Los familiares evocan sentimientos de temor, preocupación, miedo y angustia, por la incertidumbre de la situación, sobre todo porque creen que la solución a dicha situación no depende de ellos. Los profesionales de la salud expresan el sentimiento de miedo ante la posibilidad de que debido a un mal movimiento de la gestante, se genere un evento que complique el estado de Alto Riesgo Obstétrico.

Para finalizar, dentro de la categoría de actividades se encontró que las gestantes relacionan el riesgo al movimiento directamente con caminar, ya que está

influenciado desde su entorno social mediante el pensamiento de que si camina estando en embarazo se puede generar un evento que ponga en riesgo la salud del bebé y de la mamá, Dunning et al. (16) concluyeron que el embarazo es un factor de riesgo para eventos adversos porque el transportar cargas adicionales como lo es el bebé dentro del vientre y el crecimiento del mismo es un condicionante de la visión pies-pisos para el caso de caminar. En esta categoría los familiares no evocaron ningún término relacionado con actividades. En otro sentido los profesionales específicamente la fisioterapeuta evocó el término movilidad y lo asoció con la realización de movimiento seguro basado con las precauciones necesarias para que no genere peligro a la madre y al bebé y de esta manera disminuye las condiciones que se pueden producir por el reposo absoluto.

En relación con la teoría del movimiento continuo que sustenta el quehacer profesional de la fisioterapia, según los niveles del movimiento, uno de estos niveles explica que dentro de los límites establecidos por el potencial máximo de movimiento (PMAM) cada ser humano tiene una capacidad preferida de movimiento (CPM) y una capacidad actual de movimiento (CAM), en contraste esto podría relacionarse con las pacientes gestantes en situación de hospitalización que se encuentran en condiciones funcionales de movimiento en su embarazo, lo que podría potencializar un sano desarrollo del mismo y una buena experiencia de la hospitalización, sin embargo, por la no claridad sobre los límites que establece el reposo, estas restringen su participación de actividades y dinamismo dentro del entorno, que finalmente tiene repercusiones a nivel biológico, psicológico y

ambiental por el temor del riesgo al moverse, lo anterior influenciado cultural y socialmente.

9. CONCLUSIONES

La mayor parte de la población de gestantes, son mujeres adultas jóvenes, con un con un nivel de escolaridad técnica y secundaria incompleta, en su mayoría provienen y residen en Cali, hospitalizadas principalmente por hipertensión gestacional y preclampsia. Son acompañadas en su mayoría por otras mujeres principalmente su madre y seguido por sus parejas.

Se identificó que el término “descansar” surgió como la representación social, que determina la palabra reposo para las gestantes, sus familiares y los profesionales, considerada como la acción determinante para llevar a cabo en el tiempo de

hospitalización, interpretada por todos como beneficioso para mantener y mejorar el estado de la salud de las gestantes.

Se identificó que los términos “caída” y “complicación” surgieron como representación social, que determina el término riesgo al moverse para las gestantes, sus familiares y los profesionales, como un factor desencadenante que genera temor y compromete la condición de la salud de la gestante y consecuentemente la del bebé.

Los términos más significativos respecto a la RS de la palabra Reposo en por lo menos dos de los grupos poblacionales, fueron estar acostada, tranquilidad, cuidarse, quietud y descansar, de esta manera entendiendo que buscan un ambiente sano, que genere bienestar físico, mental y espiritual.

Se evidenció en el árbol de RS que para el “*riesgo al moverse*” los términos más significativos en por lo menos dos de los grupos poblacionales evocaron perder al bebé, daño al bebé, peligro, caída y complicación, dando a entender que si realizan algún tipo de movimiento pueden generar un riesgo directo al bebé, en otras palabras, las acciones van dirigidas a la protección del bebé, sin tener en cuenta las consecuencias para la madre.

Frente al uso la palabra “*reposo*” para la prescripción del mismo, es fundamental que los profesionales de la salud, específicamente los médicos establezcan el significado del término y determinen los límites permisibles que soporta la orden de reposo desde el uso de un lenguaje fácil y ameno para su comprensión y el

cumplimiento de los pacientes, en este caso, las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico que en su condición de hospitalización y sus familiares sepan asumir su accionar de autocuidado, así mismo evitar su mal interpretación con la finalidad de prevenir las complicaciones físicas, mentales y sociales evidenciadas asociadas al reposo absoluto en cama.

La representación social del “*riesgo al moverse*” en las pacientes gestantes de Alto Riesgo Obstétrico está ligada bajo las concepciones históricas que han asumido los profesionales de la salud en entornos hospitalarios a razón de prevención extrema y la responsabilidad absoluta de toda consecuencia que le pueda suceder a la paciente hospitalizada dentro del mismo, sin considerar las repercusiones sociales que padecen las gestantes, sus familiares y su influencia en la experiencia de la hospitalización, la preparación al parto, el parto y el posparto.

Es importante involucrar el rol que cumple el fisioterapeuta en obstetricia para la experiencia hospitalaria, porque desde los componentes de su formación clínica y social, orienta y supervisa el movimiento según la condición de hospitalización de las gestantes de Alto Riesgo, previniendo el síndrome de des acondicionamiento físico por estancia hospitalaria prolongada, dinamizando y mejorando la experiencia de la hospitalización en su proceso de recuperación, adicional del plus que representa la preparación para el parto desde el quehacer del fisioterapeuta en obstetricia.

Es importante visualizar a la paciente gestante de Alto Riesgo Obstétrico como una mujer sana que se encuentra en situación de hospitalización preventiva para evitar

complicaciones en su proceso de gestación asociadas con causas específicas de su salud, por lo cual, el entorno hospitalario preparado para ellas, debe garantizar un espacio social agradable, que promueva el sano desarrollo del embarazo e incentive prácticas de estimulación prenatal desde la hospitalización comprendiendo la noción de que esta es una experiencia única en cada mujer, y no necesariamente las pacientes gestantes de Alto Riesgo Obstétrico están enfermas con peligro inminente de muerte o invalidez.

10. REFLEXIONES

Es importante unificar el lenguaje utilizado por los diferentes profesionales de la salud que atienden a las pacientes gestantes hospitalizadas y en general a todos los pacientes de los servicios hospitalarios, incluyendo a los familiares de los mismos, pues la responsabilidad de los profesionales de la salud compete no sólo el factor de la conservación y el mejoramiento de la salud de los pacientes, también involucra la dimensión psicosocial determinadas por el factor educativo a través de la información brindada sobre el cuidado de la salud y la orientación sobre los comportamientos seguros y las prácticas de estilos de vida saludables, con el propósito de la búsqueda continua de la buena percepción sobre la calidad de vida de las personas inclusive durante sus experiencias de estancias hospitalarias, lo

anterior, desde el reconocimiento del rol profesional de cada disciplina de la rama de la salud y la interdisciplinariedad de los servicios ofrecidos por cada una.

Cabe reconocer que los entornos hospitalarios están enfocados principalmente al cuidado clínico con intención de mejorar la salud de los pacientes que allí reposan, sin embargo, esta investigación resalta la influencia y la íntima relación del contexto social-cultural particular de cada paciente gestante de Alto Riesgo Obstétrico como condicionante directo o indirecto a su proceso de recuperación, integrar de forma real la interdisciplinariedad de los profesionales de la salud según las dimensiones biológicas y sociales que involucran el desarrollo humano, es una apuesta positiva al proceso de recuperación de los pacientes en sus condiciones de hospitalización.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Rubarth L., Schoening A., Cosimano A., Sandhurst H. Women's experience of hospitalized bed rest during high risk pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2012; 41(3): 398-407.
2. Bendix J., Kjaergaard H., Zoffmann V. Pregnant women's management of activity restriction during hospitalisation – A question of yielding and not feeling deprived of a sense of control. *Journal of Neonatal Nursing*. 2014; 20(1): 24-30.
3. Weir Z., Bush J., Robson S., mcparkin C., Rankin J., Bell R. Physical activity in pregnancy: a qualitative study of the beliefs of overweight and obese pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2010; 10(1).
4. College PETA. Gynecologists o and the American College of am coll os obstet Gynecol [Internet]. 2008; (October): 1–4. Disponible en: <http://www.acog.>

[org/Patients/SearchPatientEducationPamphletsSpanish/Files/El-cancer-del-uterio.](#)

5. Lozada Tequeanes A., Campero Cuenca M., Hernández B., Rubalcava Peñafiel L., Neufeld L. Barreras y facilitadores de actividad física durante el embarazo y posparto en mujeres pobres de México. *Salud Pública de México*. 2015; 57(3): 242-251.
6. East C., Biro M., Fredericks S., Lau R. Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019, 1(4): 68-65
7. Cheng E., Rifas-Shiman S., Perkins M., Rich-Edwards J., Gillman M., Wright R., et al. The influence of antenatal partner support on pregnancy outcomes. *Journal of women's health*. 2016; 25(7): 672-679.
8. Handwerker L. Medical Risk: Implicating poor pregnant women. *Elsevier Science*. 1994; 38(5): 665-675.
9. Maloni J., Brezinski J., Johnson L. Antepartum Bed Rest: Effect Upon the Family. *Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2001; 30(2): 165-173.
10. Johns L. Supporting and educating the family experiencing bedrest during pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*. 2006; 21(1): 28-30.
11. Richter M., Parkes C., Chaw K. Listening to the voices of hospitalized high-risk antepartum patients. *Journal of obstetric gynecologic and neonatal nursing*. 2007; 36(4): 313-318.
12. Dunn L., Shelton M. Spiritual well-being, anxiety and depression in antepartal women on bedrest, *Issues in Mental Health Nursing*. 2007; 28(11): 1235-1246.

13. Jordan G., Murphy P. Risk Assessment and risk distortion: finding the balance. *Journal of Midwifery Women's Health*, 2009; 54(3): 191-200.
14. Maloni J., Antepartum bed rest for pregnancy complications: efficacy and safety for preventing preterm birth. *Biological Research For Nursing*. 2010; 12(2): 106-124.
15. MacKenzie H., Teijlingen E. Risk theory, social and medical models: A critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery*. 2010; 26(5): 488-496.
16. Dunning K., LeMasters G., Bhattacharya A. A major public health Issue: The high incidence of fall during pregnancy. *Jorunal Matern Child Health*. 2010; 14: 720-725
17. Bigelow C., Stone J. Bed rest in pregnancy. *Journal of Translational and Personalized Medicine*. 2011; 78(2): 291-302.
18. Lee S., Ayers S., Holden D. Risk perception of women during high risk pregnancy: A systematic review. *Rev Health, Risk and Society*. 2012; 14(6): 511-531.
19. Irion J., Irion G., Lewis K., Giglio M., Current trends of physical therapy interventions for high-risk pregnancies. *Rev Journal of Women's Health Physical Therapy*. 2012; 36(3): 143-157.
20. McCall C., Grimes D., & Lyerly A. "Therapeutic" Bed Rest in Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*. 2013; 121(6): 1305-1308.
21. Heafner L., Suda D., Casalenuovo N., Leach S., Erickson V., Gawlinski A. development of a tool to assess risk for falls in women in hospital obstetric units. *Nursing for Women's Health*. 2013; 17(2): 98-107.

22. Noguera N., Muñoz L. Significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preclamsia. *Investigación en Enfermería Imagen y Desarrollo*. 2014; 16(1): 27-48.
23. Dawndra M., Gorter C., Whisner S., Geddie W. Physiological effects of aquatic exercise in pregnant women on bed rest. *Rev Occupational Therapy In Health Care*. 2015; 29(3): 330-339.
24. Sosa C., Althabe F., Belizan J., Bergel E. Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Rev Cochrane Library*. 2015; 3(1): 20-29.
25. Denison F., Weir Z., Carver H., Norman J., Reynolds R. Physical activity in pregnant women with class III obesity. *Midwifery an international Journal*. 2015; 08(6): 01-25.
26. Lozada A., Campero M., Hernández B., Rubalcava L., Neufeld L. Barreras y facilitadores de actividad física durante el embarazo y posparto en mujeres pobres de México. *Salud Pública de México*. 2015; 57(3): 242-251.
27. Janighorban M., Allahdadian M., Mohamadi F., Dadkhah A., Eslami A. Need for consultation and training during bed rest in women with high risk pregnancy experience: a qualitative study. *International journal of pediatrics*. 2016; 4(5): 1705-1714.
28. Harrison A., Taylor N., Shields N., Frawley H. Attitudes, barriers and enablers to physical activity in pregnant women: a systematic review. *Diario de Fisioterapia*. 2017; 64(1): 24-32.
29. Jiménez Ordoñez W., Ortigoza Peñuela S. Alimentación y actividad física en mujeres que asisten a control prenatal en una IPS de nivel I en Popayán [Maestría en Psicología de la Salud]. Pontificia Universidad Javeriana; 2017.

30. Janighorban M, Heidari Z, Dadkhah A, Mohammadi F. Women's needs on bed rest during high-risk pregnancy and postpartum period: a qualitative study. *Journal of midwifery and reproductive health*. 2018; 6(3): 1327-1335.
31. Sánchez Quintana Y. Las percepciones sociales de calidad de vida de los jóvenes del municipio de Cienfuegos: hacia una mirada sociológica. [Pregrado]. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Sociología.; 2013.
32. Villarreal Veloz I. Percepción social acerca del Proyecto Social Cubano de los estudiantes de la Universidad de Cienfuegos: destapando el tamiz. [Pregrado]. Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología; 2014.
33. Estupiñan Pérez B. Percepción social de la cooperación de los cooperativistas no agropecuarios de Santa Clara. [Pregrado]. Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Facultad de Ciencias Sociales; 2017.
34. Ruiz Castellón J. Percepción social de la migración en el núcleo familiar de los emigrantes del casco urbano del municipio de San Juan de Limay [Licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Unan Managua, Facultad Regional Multidisciplinaria Farem-Esteli; 2017.
35. Perera M. Un Propósito de Representaciones Sociales. Notas teóricas, ruta y eventos actuales. [Internet]. biblioteca. clacso. edu. ar. 2003 [citado el 10 de octubre de 2018]. Disponible en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/cips/20130628110808/Perera_perez_repr_sociales.pdf
36. Prince S., Lake M., Breen G., Carson G., Quinn C., Connor T. The spiritual experience of high-risk pregnancy. *Rev JOGNN*. 2017; 36(1): 63-70.

37. Durrance C., Guldi M. Maternal bed rest and infant health. Rev American Journal of Health Economics. 2015; 1(3): 345-377.
38. Institución Prestadora de salud E. S. E. Huv. gov. co. 2016. [citado el 20 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.huv.gov.co/web/sites/default/files/portafolio%20huv%202016/portadolio%20unificado%20servicios/PORTAFOLIO%20HUV%20%202016.pdf>
39. Unidad estratégica de servicios Ginecología y Obstetricia. Huv. gov. co. [citado el 20 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.huv.gov.co/web/sites/default/files/gineco.pdf>
40. Abric J. Prácticas sociales y representaciones. 1ª ed. México: Ediciones Covoacén, S. A. de C, V; 2001: 59-60 [citado el 20 de octubre de 2018]. Disponible en: https://www.academia.edu/4035650/ABRIC_Jean_Claude_org_Practicas_Sociales_y_Representaciones.
41. Castro Sánchez A. Salud, nutrición y alimentación: Investigación cualitativa. 1st ed. Monterrey, México; 2009: 66-81.
42. Strauss A., Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa*. 2nd ed. Medellín: Universidad de Antioquia, p. 21´.
43. Guzmán P., Rifas-Shiman S., Díaz A., Gómez D., Guzmán R., Guzmán A. Actuación del fisioterapeuta en el tratamiento integral de la embarazada. Nure investigación. 2013; 10(63): 1-8.
44. Walker C, Espinosa J, Bolaños A, Maglano T, Meldaña A. editores. Fisioterapia en obstetricia y uroginecología. Vol 1. 2ed. España: Elsevier Massor; 2008.

45. Rothe C. Peripartal physiotherapy. Krankengymnastik. 2006; 58(5): 2-7.
46. Romero M., y Jiménez B. Actuación del fisioterapeuta durante la gestación, parto y posparto. Fisioterapia. 2010; 32(3): 123-130.
47. Lennard F. Physiotherapy for back and pelvic pain. Br J Midwifery. 2003; 11(2):97–102.
48. Pomeroy J. Physiotherapy evaluation and treatment of low back pain in pregnancy. Int J Child birth Educ. 2001; 16(4):22–23.
49. Salvesen KA., Mørkved S. Randomised controlled trial of pelvic floor muscle training during pregnancy. BMJ. 2004; 329(7462):378–380.
50. Nabb MT., Kimber L., Haines A., McCourt C. Does regular massage from late pregnancy to birth decrease maternal pain perception during labour and birth? A feasibility study to investigate a programme of massage, controlled breathing and visualization, from 36 weeks of pregnancy until birth. Complement Ther Clin Pract. 2006; 12(3):222–31.
51. Britnell SJ., Cole JV., Isherwood L., Sran MM., Britnell N., Burgi S, et al. Postural health in women: The role of physiotherapy. J Obstet Gynaecol Can. 2005; 27(5):493–510.
52. Garcia F. Reflexiones en torno al Movimiento Corporal Humano desde una perspectiva multidimensional y compleja. ciencia e innovación en salud. 2013;1 (1): 78 – 91.

12. ANEXOS

Anexo 1. *Procedimiento operativo estandarizado para el cuestionario de caracterización sociodemográfica y de gestación.*

OBJETIVO: Recolectar la información sociodemográfica y de gestación de la población gestante de Alto Riesgo Obstétrico en hospitalización prolongada.

ALCANCE: El cuestionario de caracterización sociodemográfica y de gestación aplica para la población gestante de Alto Riesgo Obstétrico que se encuentre hospitalizada en la sala de Alto Riesgo Obstétrico de la Institución Prestadora de salud donde se realizará el estudio.

DEFINICIONES: El cuestionario de caracterización sociodemográfica y de gestación es un formato donde se encuentran preguntas que pretenden abordar la información sociodemográfica y de gestación de la población participante del estudio.

RECURSOS:

HUMANOS: 4 Investigadores y 17 participantes

MATERIALES:

17 cuestionarios de caracterización sociodemográfica y de gestación.

17 lapiceros.

PASÓ A PASO:

1. Las investigadoras se dirigen a las habitaciones donde se encuentren cada una de las participantes, piden permiso para entrar al espacio y abrir diálogo.
2. La investigadora 1 hace la presentación del grupo y de la investigación.
3. La investigadora 2 entrega y socializa el consentimiento informado.
4. La investigadora 3 resuelve dudas y preguntas sobre el consentimiento informado.
5. La investigadora 4 Explica el objetivo y las preguntas del cuestionario de caracterización sociodemográfica y de gestación y la forma cómo deben responder.
6. La investigadora 1 despeja las dudas que las participantes tengan sobre el cuestionario de caracterización sociodemográfica y de gestación.

7. La investigadora 2 entrega los cuestionarios de caracterización sociodemográfica y de gestación cada participante respectivamente.
8. La investigadora 3 recoge los cuestionarios de caracterización sociodemográfica y de gestación de cada participante y revisa que estén completamente diligenciados.
9. Las investigadoras tabulan y porcentúan la información suministrada en los cuestionarios de caracterización sociodemográfica y de gestación.

OBSERVACIONES: De acuerdo a lo explicado y aclarado en la sección de población y muestra del estudio, según sea la saturación de los participantes de la investigación puede variar la cantidad de la muestra.

Anexo 2. *Procedimiento operativo estandarizado para la aplicación del instrumento de listados libres para la palabra “reposo” y el término “riesgo al moverse”.*

OBJETIVO: Aplicar el instrumento de la técnica metodológica de recolección de datos de listados libres de palabras para la palabra “*reposo*” y el término “*riesgo al moverse*” en los tres grupos poblacionales del estudio.

ALCANCE: El instrumento de la técnica metodológica de recolección de datos de listados libres de palabras para la palabra “*reposo*” y el término “*riesgo al moverse*” aplica para los tres grupos poblacionales que se encuentren en la sala de Alto Riesgo Obstétrico de la Institución Prestadora de salud.

DEFINICIONES: Técnica de listado libre de palabras: consiste en pedir a los participantes un listado escrito de las 5 primeras palabras que vienen a su mente cuando escuchan términos o frases relacionados con una esfera conceptual particular en este caso los términos: reposo y riesgo al moverse.

RECURSOS:

HUMANOS: 4 Investigadores y 17 participantes

MATERIALES:

78 formatos de técnica de listados libres de palabras:

- 17 formatos para la palabra “*reposo*” y 17 formatos para el término “*riesgo al moverse*” para las pacientes gestantes de Alto Riesgo Obstétrico.
- 17 formatos para la palabra “*reposo*” y 17 formatos para el término “*riesgo al moverse*” para los familiares de las pacientes gestantes de Alto Riesgo Obstétrico.
- 5 formatos para la palabra “*reposo*” y 5 formatos para el término “*riesgo al moverse*” para los profesionales de la salud que atienden a las pacientes gestantes de Alto Riesgo Obstétrico.

28 lapiceros.

PASÓ A PASO:

1. Las investigadoras se dirigen a las habitaciones de cada una de las participantes y sus acompañantes. Con respecto al personal de la salud se dirige al lugar de la sala donde se encuentren cada uno de los participantes, pide permiso para entrar al espacio y abrir diálogo.

2. La investigadora 1 hace la presentación del grupo y de la investigación.
3. La investigadora 2 entrega y socializa el consentimiento informado.
4. La investigadora 3 resuelve dudas y preguntas sobre el consentimiento informado.
5. La investigadora 4 explica sobre el objetivo y en qué consiste la técnica de listados libres.
6. La investigadora 1 despeja las dudas que los participantes tengan sobre el formato de listado libre de palabras.
7. La investigadora 2 entrega los formatos de listado libre de palabras a cada participante respectivamente.
8. La investigadora 3 recoge los formatos de listado libre de palabras de cada participante y revisa que estén completamente diligenciados.
9. Las investigadoras tabulan la información recolectada para poner en marcha la siguiente fase del estudio.

OBSERVACIONES: De acuerdo a lo explicado y aclarado en la sección de población y muestra del estudio, según sea la saturación de las participantes de la investigación puede variar la cantidad de la muestra.

Anexo 3. Procedimiento operativo estandarizado para la fase tres de triangulación de representación social para la palabra “*reposo*” y el término “*riesgo al moverse*”

OBJETIVO: Ordenar según los 5 sinónimos más próximos al término principal la información recolectada previamente en la aplicación del instrumento de listado libre de palabras para la palabra “*reposo*” y el término “*riesgo al moverse*” en los tres grupos poblacionales

ALCANCE: El instrumento de la técnica metodológica de recolección de datos para la triangulación de representación social para la palabra “*reposo*” y el término “*riesgo al moverse*” aplica para los tres grupos poblacionales que se encuentren en la sala de Alto Riesgo Obstétrico de la Institución Prestadora de salud.

DEFINICIONES: La Triangulación de representación social extrae los términos más importantes descritos por los informantes en la segunda fase, y pide a nuevos participantes de cada grupo poblacional que escoja 5 de las 10 fichas según la relación con el término inicial expuesto.

RECURSOS:

HUMANOS: 4 Investigadores y 15 participantes

MATERIALES:

- 20 Fichas con sinónimos: 10 para de la palabra “*reposo*” y 10 término “*riesgo al moverse*”

PASÓ A PASO:

1. El investigador 1 explica sobre el objetivo y en qué consiste la técnica de triangulación de representación social.
2. El investigador 2 despeja las dudas que las participantes tengan sobre a técnica de triangulación de representación social.
3. El investigador 3 entrega las fichas con sinónimos de la palabra “*reposo*” y el término “*riesgo al moverse*”.
4. El investigador 4 pide a los participantes escoger 5 de las 10 fichas en función de sus interpretación de la palabra “*reposo*” y el término “de riesgo al moverse” con la mayor similitud a la definición real.
5. Los investigadores toman registros de la agrupación de las fichas.
6. Los investigadores agradecen y despiden a los participantes.

OBSERVACIONES: De acuerdo a lo explicado y aclarado en la sección de población y muestra del estudio, según sea la saturación de los participantes de la investigación puede variar la cantidad de la muestra.

Anexo 4. Formulario: “caracterización sociodemográfica y de gestación”



FORMULARIO: “CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y DE GESTACIÓN”

Fecha: DD/____MM/____AA/____.

Código _____.

OBJETIVO: Obtener información sobre la caracterización demográfica, social y de gestación de las gestantes con Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas en el Servicio de Ginecobstetricia de la Institución Prestadora de salud. Para este fin se solicita su colaboración contestando las preguntas que se encuentran en este formulario.

La información suministrada por usted será confidencial y únicamente será utilizada con fines investigativos.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRAFICAS:

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene?
_____ años.

2. ¿Dónde nació usted?
Ciudad _____
Depto. _____

3. Actualmente, ¿Dónde vive?
Ciudad _____
Depto. _____

**CARACTERÍSTICAS
SOCIOCULTURALES:**

4. Escolaridad es el grado máximo de conocimientos obtenidos en una institución.

¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Sin estudio	Primaria completa	Primaria incompleta
Secundaria completa	Secundaria incompleta	Técnico
Tecnológico	Universitario	Posgrado

5. ¿El tipo de ocupación al que usted se dedica es?

Trabaja	Estudiar	Hogar	Ninguno
---------	----------	-------	---------

CARACTERÍSTICAS DE GESTACIÓN:

Embarazo actual:

6. Si el motivo de su hospitalización es por complicaciones en el embarazo, responda la siguiente pregunta.

Razón de hospitalización.	
---------------------------	--

GRACIAS POR SU COLABORACION...

Anexo 5. Formato de listado libre de palabras para la palabra “reposo”.



**FORMATO DE LISTADO LIBRE DE PALABRAS PARA LA PALABRA
“reposo”**

Código _____.

I. Por favor escriba las primeras 5 palabras que le vengan a su mente con la palabra “reposo”.

1.
2.
3.
4.
5.

II. Por favor explique por qué asoció la palabra “reposo” con sus respuestas.

1. Yo respondí _____ porque _____

2. Yo respondí _____ porque _____

3. Yo respondí _____ porque _____

4. Yo respondí _____ porque _____

5. Yo respondí _____ porque _____

III. Por favor reflexione antes de contestar, y diga cuál de las 5 respuestas que usted dio es la más importante para usted y diga porqué.

Yo pienso que lo más importante para mí con respecto al “reposo” es
_____ **¿Por qué?** _____

Agradecemos su participación.

Anexo 6. Formato de listado libre de palabras para el término “riesgo al moverse”



**FORMATO DE LISTADO LIBRE DE PALABRAS PARA EL TÉRMINO
“riesgo al moverse”**

Código _____.

I. Por favor escriba las primeras 5 palabras que le vengan a su mente con el término “riesgo al moverse”.

1.
2.
3.
4.
5.

II. Por favor explique por qué asoció el término “riesgo al moverse” con sus respuestas.

1. Yo respondí _____ porque _____

2. Yo respondí _____ porque _____

3. Yo respondí _____ porque _____

4. Yo respondí _____ porque _____

5. Yo respondí _____ porque _____

III. Por favor reflexione antes de contestar, y diga cuál de las 5 respuestas que usted dio es la más importante para usted y diga porqué.

Yo pienso que lo más importante para mí con respecto al “riesgo al moverse” es

_____ **¿Por qué?** _____

Agradecemos su participación.

Anexo 7. Consentimiento informado para gestantes participantes de la investigación.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS GESTANTES PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN

El siguiente formulario de consentimiento se dirige a las pacientes gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en hospitalización prolongada de la Institución Prestadora de salud de Cali, Colombia, en 2019.

La invitamos a participar de nuestra investigación que tiene como objetivo Establecer cuál es la percepción social de la palabra “*reposo*” y del término “*riesgo al moverse*” en las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en hospitalización prolongada, sus familias y los profesionales de la salud de una Institución Prestadora de salud de Cali, Colombia, en 2019. El cual se llevará a cabo durante los meses de agosto a septiembre del 2019.

Su participación consiste en contestar dos formatos, el primero es un formato de caracterización sociodemográfica y de gestación, el cual debe llenar con datos básicos como la edad, ciudad de nacimiento, nivel de educación, ocupación actual, entre otros, se continúa con el formato de listado libre de palabras, el cual consiste en realizar un listado escrito de las 5 primeras palabras que vienen a su mente cuando escuchan términos o frases relacionados, en este caso los términos: reposo y riesgo al moverse, posteriormente debe escribir una pequeña explicación del por qué seleccionaron cada una de las cinco palabras. Para contestar los formatos tendrá un tiempo aproximado de 1 hora.

Si usted no participa del listado libre de palabras de palabras debe escoger y realizar la agrupación de 5 términos que considere se relacionan con la palabra reposo y el término riesgo al moverse, de una lista de 10 términos que se le entregará. Para este fin tendrá 1 hora aproximadamente.

Las técnicas y métodos que se describieron anteriormente no requieren que usted se desplace y podrá contestar los formatos en su respectiva habitación, siempre acompañada por el grupo investigador.

Se tomarán medidas de seguridad para contrarrestar la ocurrencia de eventos adversos a los cuales se puede ver expuesta, en caso tal de presentar alguna sensación que no sea de su agrado se suspenderá la diligencia de los formatos y/o al presentarse un evento adverso asociado con su diagnóstico, al estar hospitalizada en la Institución Prestadora de salud habrá personal de la salud como médicos y enfermeros que estarán atentos de su estado y será de fácil acceso que las atiendan.

Durante la realización de esta investigación prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad, el bienestar y la protección de los derechos de los participantes. Los investigadores se comprometen a mantener la estricta confidencialidad de los datos, y para asegurar dicha confidencialidad, no se pedirán datos que puedan identificarlo y como estrategia se le asignará un código numérico, la información que se obtendrá a

través de los formatos, será analizada con reserva y utilizada sólo con propósitos investigativos de este, y otros posibles proyectos derivados del mismo.

Usted podrá retirarse en cualquier momento del estudio si así lo desea, sin que esto repercuta en su tratamiento en la institución.

Se le entregará una copia de este formulario de consentimiento.

Autorizo utilizar la información y resultados obtenidos en el presente proyecto en otros estudios de investigación similares futuros, previa aprobación del Comité de Ética de la Universidad del Valle. Acepto SI__ o NO__.

Para constancia se firma en Santiago de Cali a los días ____mes__ año ____.

Firma participante
C.C.

Firma testigo
C.C.

Firma testigo
C.C.

Finalmente agradecemos su colaboración en este estudio, y en caso de alguna inquietud o requerimiento de la información sobre el estudio usted podrá ponerse en contacto con cualquiera de las investigadoras y el comité de ética.

- **Asesora de trabajo de Investigación** Cecilia Andrea Ordoñez Hernández, Celular: 3234700726.
- **Comité de Ética**, Tel. 5185677.
- **Investigadores principales:** Nasly Andrea Perea Ortiz, celular: 3184653437, Angie Carolina Pardo Realpe, celular: 3174637755, Yensy Fernanda Cabrera Quintero, celular: 3106488281, Nathalie Hurtado Montenegro, celular: 3185582861.

Anexo 8. Consentimiento informado para los familiares participantes de la investigación.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS FAMILIARES PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN

El siguiente formulario de consentimiento se dirige a los familiares de las pacientes gestantes en hospitalización prolongada de la Institución Prestadora de salud de Cali, Colombia, en 2019.

Lo invitamos a participar de nuestra investigación que tiene como objetivo Establecer cuál es la percepción social de la palabra “*reposo*” y del término “*riesgo al moverse*” en las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en hospitalización prolongada, sus familias y los profesionales de la salud de una Institución Prestadora de salud de Cali, Colombia, en 2019. El cual se llevará a cabo durante los meses de agosto a septiembre del 2019.

Su participación consiste en contestar dos formatos, el primero es el formato de listado libre de palabras, el cual consiste realizar un listado escrito de las 5 primeras palabras que vienen a su mente cuando escuchan términos o frases relacionados, en este caso los términos: reposo y riesgo al moverse, posteriormente debe escribir una pequeña explicación del por qué seleccionaron cada una de las cinco palabras Para contestar los formatos tendrá un tiempo aproximado de 1 hora.

Si usted no participo del listado libre de palabras de palabras debe escoger y realizar la agrupación de 5 términos que considere se relacionan con la palabra reposo y el término riesgo al moverse, de una lista de 10 términos que se le entregara. Para este fin tendrá 1 hora aproximadamente.

Las técnicas y métodos que se describieron anteriormente no requieren que usted se desplace y podrá contestar los formatos en el lugar que se encuentre dentro de la salas de ARO I y II de la Institución Prestadora de Salud, siempre acompañado por el grupo investigador.

Se tomarán medidas de seguridad para contrarrestar la ocurrencia de eventos adversos a los cuáles se pueden ver expuesto, en caso tal de presenta alguna sensación que no sea de su agrado se suspenderá la diligencia de los formatos.

Durante la realización de esta investigación prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad, el bienestar y la protección de los derechos de los participantes. Los investigadores se comprometen a mantener la estricta confidencialidad de los datos, y para asegurar dicha confidencialidad, no se pedirán datos que puedan identificarlo y como estrategia se le asignara un código numérico, la información que se obtendrá a través de los formatos, será analizada con reserva y utilizada sólo con propósitos investigativos de este, y otros posibles proyectos derivados del mismo.

Usted podrá retirarse en cualquier momento del estudio si así lo desea, sin que esto repercuta en el tratamiento de su acudiente en la institución.

Se le entregará una copia de este formulario de consentimiento.

Autorizo utilizar la información y resultados obtenidos en el presente proyecto en otros estudios de investigación similares futuros, previa aprobación del Comité de Ética de la Universidad del Valle. Acepto SI__ o NO__.

Para constancia se firma en Santiago de Cali a los días ____mes__ año ____.

Firma participante
C.C.

Firma Testigo
C.C.

Firma Testigo
C.C.

Finalmente agradecemos su colaboración en este estudio, y en caso de alguna inquietud o requerimiento de la información sobre el estudio usted podrá ponerse en contacto con cualquiera de las investigadoras y el comité de ética.

- **Asesora de trabajo de Investigación:** Cecilia Andrea Ordoñez Hernández, Celular: 3234700726.
- **Comité de Ética,** Tel. 5185677.
- **Investigadores principales:** Nasly Andrea Perea Ortiz, celular: 3184653437, Angie Carolina Pardo Realpe, celular: 3174637755, Yensy Fernanda Cabrera Quintero, celular: 3106488281, Nathalie Hurtado Montenegro, celular: 3185582861.

Anexo 9. Consentimiento informado para profesionales de la salud participantes de la investigación.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROFESIONALES DE LA SALUD PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN

El siguiente formulario de consentimiento se dirige a los familiares de las pacientes gestantes en hospitalización prolongada de la Institución Prestadora de salud de Cali, Colombia, en 2019.

Lo invitamos a participar de nuestra investigación que tiene como objetivo Establecer cuál es la percepción social de la palabra “*reposo*” y del término “*riesgo al moverse*” en las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en hospitalización prolongada, sus familias y los profesionales de la salud de una Institución Prestadora de salud de Cali, Colombia, en 2019. El cual se llevará a cabo durante los meses de agosto a septiembre del 2019.

Su participación consiste en contestar dos formatos, el primero es el formato de listado libre de palabras, el cual consiste realizar un listado escrito de las 5 primeras palabras que vienen a su mente cuando escuchan términos o frases relacionados, en este caso los términos: reposo y riesgo al moverse, posteriormente debe escribir una pequeña explicación del por qué seleccionaron cada una de las cinco palabras. Para contestar los formatos tendrá un tiempo aproximado de 1 hora.

Si usted no participo del listado libre de palabras de palabras debe escoger y realizar la agrupación de 5 términos que considere se relacionan con la palabra reposo y el término riesgo al moverse, de una lista de 10 términos que se le entregara. Para este fin tendrá 1 hora aproximadamente.

Las técnicas y métodos que se describieron anteriormente no requieren que usted se desplace y podrá contestar los formatos en el lugar que se encuentre dentro de la salas de ARO I y II de la Institución Prestadora de Salud, siempre acompañado por el grupo investigador.

Se tomarán medidas de seguridad para contrarrestar la ocurrencia de eventos adversos a los cuáles se pueden ver expuesto, en caso tal de presenta alguna sensación que no sea de su agrado se suspenderá la diligencia de los formatos.

Durante la realización de esta investigación prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad, el bienestar y la protección de los derechos de los participantes. Los investigadores se comprometen a mantener la estricta confidencialidad de los datos, y para asegurar dicha confidencialidad, no se pedirán datos que puedan identificarlo y como estrategia se le asignara un código numérico, la información que se obtendrá a través de los formatos, será analizada con reserva y utilizada sólo con propósitos investigativos de este, y otros posibles proyectos derivados del mismo.

Usted podrá retirarse en cualquier momento del estudio si así lo desea, sin que esto repercuta en el tratamiento de su acudiente en la institución.

Se le entregará una copia de este formulario de consentimiento.

Autorizo utilizar la información y resultados obtenidos en el presente proyecto en otros estudios de investigación similares futuros, previa aprobación del Comité de Ética de la Universidad del Valle. Acepto SI__ o NO__.

Para constancia se firma en Santiago de Cali a los días ____mes__ año ____.

Firma participante
C.C.

Firma Testigo
C.C.

Firma Testigo
C.C.

Finalmente agradecemos su colaboración en este estudio, y en caso de alguna inquietud o requerimiento de la información sobre el estudio usted podrá ponerse en contacto con cualquiera de las investigadoras y el comité de ética.

- **Asesora de trabajo de Investigación:** Cecilia Andrea Ordoñez Hernández, Celular: 3234700726.
- **Comité de Ética,** Tel. 5185677.
- **Investigadores principales:** Nasly Andrea Perea Ortiz, celular: 3184653437; Angie Carolina Pardo Realpe, celular: 3174637755; Yensy Fernanda Cabrera Quintero, celular: 3106488281; Nathalie Hurtado Montenegro, celular: 3185582861.