

**EI CUIDADO DE LA SALUD MATERNA: CREENCIAS Y PRÁCTICAS
CULTURALES DURANTE LA GESTACIÓN EN MUJERES QUE ASISTEN A
CONTROL PRENATAL EN UNA INSTITUCIÓN DE BAJA COMPLEJIDAD EN
EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA**

IVETT ADRIANA HERRERA ZULETA

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
SANTIAGO DE CALI
2015**

**EI CUIDADO DE LA SALUD MATERNA: CREENCIAS Y PRÁCTICAS
CULTURALES DURANTE LA GESTACIÓN EN MUJERES QUE ASISTEN A
CONTROL PRENATAL EN UNA INSTITUCIÓN DE BAJA COMPLEJIDAD EN
EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA**

IVETT ADRIANA HERRERA ZULETA

**Trabajo de investigación para optar el título de Magíster en Enfermería con
Énfasis Materno Infantil**

**DIRECTORA
ALCIRA ESCOBAR MARÍN, Mg. en Enfermería.
Profesora Asistente**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA
SANTIAGO DE CALI**

2015

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Dedicatoria

*A Dios por darme vida, salud y fuerza para culminar mi trabajo
A mi hija hermosa María Juliana quien fue mi motivación constante, el amor de mi
vida y quien nació como una bendición a mitad de la investigación.
A mis padres y hermano por su amor infinito y apoyo incondicional*

AGRADECIMIENTOS

A la Empresa Social del Estado (ESE) Centro Uno punto de atención Morales.

A los funcionarios de esta institución.

A las gestantes que participaron en esta investigación.

A la Universidad del Valle y a la Escuela de Enfermería.

A la Profesora Alcira Escobar Marín por su apoyo, asesoría y motivación.

CONTENIDO

	Pag.
INTRODUCCIÓN	12
JUSTIFICACIÓN	16
OBJETIVOS	20
1. MARCO TEÓRICO	21
1.1 MUJER Y MATERNIDAD	21
1.2 GESTACIÓN	21
1.3 CULTURA Y GESTACIÓN	22
1.4 MATERNIDAD E INDICADORES	24
1.5 SITUACIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA A NIVEL NACIONAL	27
1.6 COBERTURA Y CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL	30
1.7 CUIDADO CULTURAL EN ENFERMERIA	30
2. METODOLOGIA	40
2.1 DISEÑO METODOLÓGICO	40
2.2 POBLACIÓN SUJETO DE ESTUDIO	40
2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	41
2.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	42
2.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	42
2.6 ANÁLISIS DE DATOS	43
2.7 DELIMITACIÓN DEL SITIO DE INVESTIGACIÓN	44
2.8 RIGOR METODOLOGICO	48
2.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS	50

3. RESULTADOS	52
3.1 UNA MIRADA SOCIODEMOGRÁFICA: Aprendiendo de la realidad de la gestante campesina	53
3.2 UNA APROXIMACIÓN DESDE EL DIARIO DE CAMPO Y LA OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE HACIA LA MUJER GESTANTE	55
3.3 DOMINIO 1. La gestación como experiencia que genera expectativa y temor	62
3.4 DOMINIO 2. El acercamiento de la gestante hacia los profesionales y las entidades de salud	66
3.5 DOMINIO 3. Las creencias y prácticas culturales que orientan las adaptaciones de la rutina diaria ante el embarazo	69
4. DISCUSIÓN	84
4.1 Negociación de los cuidados culturales	88
4.2 Prácticas culturales de reestructuración	91
4.3 Prácticas culturales de conservación o mantenimiento	92
5. CONCLUSIONES	95
6. RECOMENDACIONES	97
GLOSARIO DE TERMINOS	112
7. BIBLIOGRAFIA	113

LISTA DE ANEXOS

	Pag.
Anexo 1. Preguntas para desarrollar por el investigador sobre la participación de sujetos humanos en investigación	99
Anexo 2. Guía etnográfica	102
Anexo 3. Consentimiento informado.	104
Anexo 4. Carta de autorización para la realización de la investigación, Empresa Social del estado ESE Centro Uno	108
Anexo 5. Mapa político administrativo Municipio de Morales	109
Anexo 6. Identificación de dominios: términos incluidos, relaciones semánticas término inclusivo	110

LISTA DE FIGURAS

	Pag.
Figura 1. Estructura de la población por sexo y grupos de edad	45

LISTA DE FOTOGRAFIA

	Pág.
Fotografia 1. Eclipse de sol	111

INTRODUCCIÓN

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son ocho compromisos adquiridos por países miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en la Cumbre del Milenio realizada en Nueva York en el año 2000. El fin de estos objetivos es garantizar un nivel mínimo de desarrollo económico en aspectos determinantes como son la pobreza, la educación, la salud, la equidad de género, el medio ambiente y la cooperación internacional. Las metas y estrategias para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a 2015 para Colombia fueron establecidas mediante el documento CONPES SOCIAL 91 de mayo de 2005, en el cual se estableció como principal objetivo el direccionar la aplicación conjunta de políticas, estrategias e instrumentos en las acciones que mejoren las condiciones socioeconómicas del país.¹ Una de las metas importantes a alcanzar enmarcadas en dichos objetivos del desarrollo del milenio consiste en la reducción de la mortalidad en menores de 5 años y en el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva en todo el país, reduciendo la mortalidad materna a 45 muertes x 100.000 Nacidos Vivos, incrementando al 90% el porcentaje de mujeres con 4 o más controles prenatales y al 95% la atención institucional del parto (AIP).

De acuerdo a la evaluación realizada en el año 2009 en el texto denominado los Objetivos del Desarrollo del Milenio y los desafíos del cambio climático en el Departamento del Cauca,² se concluye que no hay cumplimiento en la reducción de la mortalidad materna; pues la razón de mortalidad para el 2009 fue de 108, 4 muertes por 100.000 nacidos vivos; lo cual aleja más al Cauca de alcanzar las metas de los ODM 2015.

¹ Departamento Nacional de Planeación - DNP y Sistema de las Naciones Unidas en Colombia - SNU (2006), Hacia una Colombia equitativa e incluyente. Informe de Colombia Objetivos de Desarrollo del Milenio, Bogotá.

² ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS, GOBERNACIÓN DEL CAUCA, UNIVERSIDAD DEL CAUCA, Los objetivos de desarrollo del milenio y los desafíos de cambios climáticos en el departamento del Cauca. 2008.

En las muertes maternas ya reportadas se registra 30% de los casos sin aseguramiento, 95% de madres sin antecedentes de asistir a programas de planificación familiar, 45% sin asistencia a controles del embarazo, 20% sin antecedente de embarazos previos y 15% mujeres menores de 16 años.³ Las principales causas se atribuyen a trastornos hemorrágicos e hipertensivos, que en la mayoría de los casos fueron ligados a la pobreza, el bajo acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y de bajo nivel educativo.

Para el año 2012 el panorama muestra 20 muertes maternas ligadas a estas causas que corresponde a una razón de mortalidad de 127,8 por cada 100.000 nacidos vivos y para el año 2013, una razón de mortalidad de 69,5 (11) muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, que constituye la cifra más baja en los últimos 5 años .⁴

Las muertes maternas continúan siendo uno de los principales problemas de salud pública, convirtiéndose en una de las desigualdades del orden socioeconómico, étnico, de género y de calidad de los servicios de salud; lo que a su vez genera grandes repercusiones sociales y económicas en las familias y grupos primarios de referencia asociados a la pérdida de la cuidadora, tales como la crianza, rendimiento escolar y productividad económica de las pequeñas unidades familiares;⁵ esto ha generado el inicio para implementación de estrategias departamentales para la disminución de la morbilidad y mortalidad y para investigar la calidad y el desempeño en la atención en el cuidado del binomio materno perinatal inmerso en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Sin embargo, hoy en día después de muchos esfuerzos realizados en el Departamento con el lanzamiento de la estrategia maternidad segura por la Secretaria Departamental

³ COLOMBIA, PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO, UNIVERSIDAD DEL CAUCA. Cauca frente a los objetivos de desarrollo del milenio, estado de avance 2012.p. 79.

⁴ COLOMBIA, GOBERNACION DEL CAUCA, SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA. Consolidación y análisis de indicadores de SSR con periodicidad trimestral; informe consolidado Enero a diciembre de 2013

⁵ Ibíd., p. 77.

de Salud del Departamento del Cauca, aún no se ha logrado la disminución significativa de la muerte materna y perinatal. No obstante durante el último año se ha reducido la presencia de este evento de interés en salud pública; por lo que se requiere de investigaciones, atención oportuna y acompañamiento a los municipios para seguir disminuyendo su incidencia.

El Cauca es el segundo departamento del país en presentar mayor población indígena y presencia de multietnicidad, lo que representa la afluencia de diferentes creencias y prácticas entorno a la gestación, la maternidad y el nacimiento, los cuales no están exentos a los valores y arraigos en torno a este proceso considerado como natural y que se enmarca en la continuidad de la raza humana. Por lo anterior y en búsqueda de estrategias para lograr un impacto positivo y medible, en el abordaje materno infantil, se realizó un estudio cualitativo etnográfico en una población predominantemente campesina que permitió observar, identificar y describir las creencias y prácticas entorno al cuidado de la salud en la gestación, teniendo en cuenta las características del grupo poblacional en aspectos socio-económicos y demográficos, estilos de vida relacionados con el cuidado de la salud, vivencias y conocimientos relacionados con la maternidad. El análisis fue realizado a partir del método Spradley⁶ que se caracteriza por tener una secuencia cíclica, en el cual a medida que se realizaron las entrevistas, se estructuraron las siguientes, hasta obtener saturación de datos; se identificaron dominios y finalmente los temas. Ésta investigación se apoyó en la teoría transcultural de Madeline Leininger, la cual permitió abarcar el cuidado a partir de un concepto holístico de persona y de los factores culturales que afectan el

⁶ Rodríguez Gómez, G.; Gil Flores, J.; García Jiménez, E. (1999). Metodología de la Investigación Cualitativa. Málaga, Aljibe.

desarrollo de un grupo social dentro de la comunidad, y así de esta manera identificar las creencias y prácticas de las gestantes, poder abordarlas, modificarlas, negociarlas, así como preservar los factores protectores encontrados.

JUSTIFICACIÓN

Cada día mueren en el mundo alrededor de 1600 mujeres y 5000 neonatos debido a complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. La mayoría de estas muertes ocurrieron en países en vía de desarrollo y con la intervención oportuna pudieron haberse evitado. En el año 2005 la razón de mortalidad materna para las Américas fue de 99 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos y para Colombia la cifra asciende en un 30% con 130 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos; las causas de muerte materna más frecuentes fueron hipertensión inducida por el embarazo (32%), hemorragia (25%), shock séptico (10.7%).⁷

La mortalidad materno-infantil es un problema en nuestro país, particularmente en las comunidades afectadas por la pobreza, la exclusión y con muy poco acceso a los servicios de salud, un claro ejemplo se encuentra en el departamento de Antioquia en el cuál mueren cerca de 42 mujeres por cada cien mil nacidos vivos, mientras que en el departamento de Chocó con bajos recursos económicos para la salud y bajo nivel educativo, mueren cerca de 200 mujeres por cada cien mil nacidos vivos.⁸

Un número mayor de gestantes sufren condiciones graves de salud en la etapa final de su embarazo, que amenazan su vida y de la cuál logran sobrevivir, situación denominada “near miss” o morbilidad materna extrema, estos casos representan una mayor proporción que las muertes maternas y actualmente se

⁷ ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Catalogación por la Biblioteca de la OMS.

⁸ ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS Mortalidad materna en Colombia: un grave problema de salud pública. Disponible En línea: www.unfp.org.co, Consultado el 19 de Mayo de 2012.

considera un mejor indicador de análisis para la prevención de muertes y manejo en gestantes críticamente enfermas.⁹

La evidencia ha demostrado que existen 4 demoras en la atención de una mujer gestante que pueden desencadenar su muerte. La primera demora ocurre en tomar la decisión de acudir al centro de salud a tiempo, en buena medida por falta de información y reconocimiento de los derechos de las mujeres gestantes, y por condiciones culturales de subvaloración de las necesidades de las mujeres (se subvaloran los síntomas y signos de alerta, por ejemplo, por parte de la familia, las parejas, etc.) La segunda por el retardo en la decisión de búsqueda de la atención, la tercera demora ocurre en lo relacionado a las barreras para acceder al centro de salud, relacionado con barreras geográficas entre el centro de salud y la vivienda de las mujeres, dificultades económicas, entre otras. La cuarta y última demora se evidencia en la atención, relacionado con barreras administrativas que dificultan el acceso oportuno a una atención especializada y de calidad.¹⁰ La mayoría de los eventos de mortalidad de mujeres a causa de la maternidad se producen por fallas en la calidad de la atención médica y hospitalaria, expresada en un servicio ineficiente y no especializado del embarazo, el parto y el postparto.

El estudio de las demoras realizado por la Secretaria de Salud del Cauca para cada caso registrado de muerte materna,¹¹ estableció como prioridad de primera línea el desarrollo de acciones encaminadas al mejoramiento de la calidad de servicios, puesto que para un poco más del 50% de los casos las fallas en la prestación de los servicios de salud institucionales fue la demora predominante. Como segunda prioridad de la intervención, se definió el desarrollo de acciones

⁹ Ibid.

¹⁰ COLOMBIA, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de vigilancia de la mortalidad materna. Colombia: Ministerio de la Protección Social; 2009.

¹¹ COLOMBIA, PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO, UNIVERSIDAD DEL CAUCA. Cauca frente a los objetivos de desarrollo del milenio, estado de avance 2012. p. 80.

encaminadas al reconocimiento oportuno del problema por parte de la gestante, su familia y los agentes de salud tradicionales.¹²

En el Municipio de Morales durante el año 2010, se produjeron 2 muertes maternas, la primera desarrollada en la vereda Agua Sucia ubicada en zona cordillera, causada por shock hemorrágico postparto y la segunda muerte materna procedente de la vereda San Rafael (zona plana) causada por eclampsia; que posterior al análisis en comité de vigilancia epidemiológico se concluyó fallas en las demoras de atención 1, 2 y 4.

El municipio de Morales en el Departamento del Cauca presenta una población de 25.656 habitantes de los cuales el 9,06% equivalente a 2.324 viven en el sector urbano y los restantes residen en la zona rural. El municipio está conformado por 64 veredas, que se dividen en zona plana y zona cordillera, en la última existen 3 resguardos indígenas (Chimborazo, Honduras y Agua Negra) caracterizados por ser veredas con población dispersa y difícil acceso por vías de comunicación y conflicto armado.¹³

Por las características socioculturales la población indígena y campesina presenta uno de los mayores riesgos para morbilidad y mortalidad materna y perinatal relacionado a sus creencias, mitos y adherencia a la medicina tradicional ejercida por parteros y comadronas, y resistencia a la medicina occidental; también a los riesgos asociados por las características físicas como talla baja, índice de masa corporal mayor de 25 kg/m², déficit educativo, residencias alejadas de las instituciones de salud, y ausencia de controles prenatales.¹⁴

¹² Ibid., p. 80

¹³ Colombia, Cauca. Alcaldía Municipal de Morales. Disponible en: http://morales-cauca.gov.co/informacion_general.shtm

¹⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, UNIVERSIDAD DE ANIOQUIA Y ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. Análisis De La Situación En Salud En Colombia 2002-2007
DISPONIBLE EN: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ASIS-Tomo%20III--Morbilidad%20y%20mortalidad%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20colombiana.pdf>

Dentro de la contratación interna manejada en el municipio, la atención en salud de la zona cordillera está siendo realizada por EPS s indígenas, y la zona plana por la ESE centro uno la primera conocedora de los problemas de salud pública y convencidos de continuar en el medio con la cultura tradicionalista de sus ancestros.

La prevención de la mortalidad materna depende, en gran medida, del compromiso del Estado, de las instituciones de salud y de la sociedad en la promoción del derecho de las mujeres a un embarazo y un parto seguro y digno. El conocimiento de las circunstancias que llevan a una muerte materna y perinatal permite la identificación de factores relacionados con aspectos clínicos, comunitarios, de salud pública para la formulación de planes de mejoramiento encaminados a la reducción de la tasa de morbilidad y mortalidad en Colombia. Es por esto que se necesitan estudios que permitan el acercamiento a los conocimientos de las prácticas culturales para el cuidado de la salud de la mujer durante su gestación para motivar el mantenimiento de prácticas que propenden por el buen desarrollo de la gestación y negociar o reestructurar las prácticas culturales que pueden incidir en factores de riesgo para el bienestar del binomio madre-hijo.

OBJETIVO

General

Describir las creencias y las prácticas culturales que realizan las mujeres gestantes que asisten a control prenatal en una institución de nivel I en el Departamento del Cauca.

Específicos

- Caracterizar socio demográficamente al grupo poblacional de gestantes, que asiste a control prenatal en una institución de nivel I en el Departamento del Cauca.
- Identificar las creencias y prácticas culturales para el cuidado de la salud materna en mujeres que asisten a control prenatal en una institución de nivel I en el Departamento del Cauca.
- Describir las creencias de cuidado cultural que practican las gestantes que asisten a control prenatal a la luz de la teoría de Madeline Leininger.
- Describir las prácticas de cuidado cultural que practican las gestantes que asisten a control prenatal a la luz de la teoría de Madeline Leininger. Identificando las prácticas preservables, negociables y modificables.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 MUJER Y MATERNIDAD

Según Canaval,¹⁵ tradicionalmente la salud de la mujer ha sido estudiada y vista con un enfoque fundamentado en el modelo biológico; de tal forma que la atención en salud ha sido orientada desde la visión de una cultura patriarcal que ha legitimado fundamentalmente la condición reproductiva de la mujer. Históricamente el papel reproductivo de la mujer fue considerado como un mandato divino y como la esencia que define a una mujer, se esperaba que la mujer procreara los hijos en el seno del matrimonio y siguiera su crianza hasta que ellos partieran. D' Angelo 2004 refiere que en esta lógica, ser mujer es ser madre, se podría decir que ser madre aparece con peso de instinto natural; el maternalismo le viene impuesto como identidad necesaria.¹⁶

1.2 GESTACIÓN

El embarazo, gestación o gravidez se define como el periodo de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, su duración aproximada es de 280 días, de 37 a 40 semanas¹⁷.

Durante el embarazo, la madre experimenta una serie de modificaciones fisiológicas y anatómicas, provocadas y a la vez reguladas por cambios hormonales que abarcan casi sin excepción a todos los órganos y sistemas. El objetivo es cubrir la necesidad de espacio, para desarrollo del feto, y posteriormente permitir el crecimiento fetal, y al mismo tiempo prepararse para el

¹⁵ CANAVAL ERAZO, Gladys. Evolución histórica de la salud de la mujer. En: Salud de la mujer un desafío para el cuidado y un compromiso de todos. Cali. Valle, Universidad del valle, 2011. p. 41-53.

¹⁶ D' ANGELO, Patricia. Mujer y maternidad, Escuela de clínica psicoanalítica del centro de oro. 2004

¹⁷ SCHWARCZ, Ricardo. Modificaciones de la anatomía y fisiología materna producidas por el embarazo. En: Obstetricia. Buenos Aires, Argentina, Editorial El Ateneo, 2003. p. 47-73.

momento del parto y la lactancia. De igual forma aparecen tensiones que se ven reflejadas en los cambios de humor, inestabilidad emocional llantos inmotivados, introversión, fantasías, conflictos, modificaciones en la personalidad y actitudes, cambios en la conducta sexual y rivalidades que de no ser atendidas a tiempo podrían causar partos prematuros y abortos.

El grupo que comprende la población materna perinatal es de vital atención en todas las sociedades y culturas por su trascendental función en la reproducción de la vida, no solo biológica, sino también social, familiar y productiva en términos económicos. Este grupo poblacional incluye las mujeres durante todo el período de la gestación hasta los 42 días posteriores al parto y los 30 primeros días de vida del neonato.¹⁸

1.3 CULTURA Y GESTACIÓN

La cultura de un pueblo determina el significado y visión de la vida, la salud, la enfermedad, la muerte y las prácticas de cuidado. La gestación, la maternidad y el nacimiento no están exentos de las construcciones culturales, sus valores y creencias en torno a este proceso, considerado como natural y que se enmarca en la continuidad de la raza humana. Cada cultura los define y tipifica desde su visión particular de la vida, y estas son transmitidas y se perpetúan en el tiempo.

La cultura, según Lipson,¹⁹ define la visión del mundo, lo cual es una parte importante que se convierte en el significado del universo entero experimentado

¹⁸ Vásquez Laza, Celmira; Sánchez Arévalo Elizabeth, Lozano Puerto Marcela. Mortalidad materna perinatal en Colombia: una mirada holística desde enfermería. En: enfermería en Colombia. marzo de 2009. Vol. 13, p. 19-26 En línea: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol130110/Mortalidadmaterna.htm>. Consultado 23 Marzo de 2011

¹⁹ LIPSON, Juliene. Cultura y cuidados de Enfermería. Traducción al español de la versión en inglés: Paula Rodríguez y María Claudia Duque En: Index de Enfermería 2000; Vol 28, p.19-25 Disponible en línea : www.index-f.com/index-enfermeria/29-29revista/28-29_articulo_19-25.php Consultado el 5 de mayo de 2012.

por un grupo cultural específico, es decir, es la visión que sobre la vida tienen. Ésta se construye desde la cultura y los factores sociales, económicos y políticos, y que determinan las conceptualizaciones de estar sano y enfermo; así como las acciones para cuidarse. Es claro que el punto de vista de cada grupo cultural es diferente al del lego o científico.

Así, cada cultura interpreta y da significado a su propia existencia y al mundo que la rodea, pensando y organizando la realidad de una manera determinada. Lo anterior se aplica a todos los eventos de la vida entre los que se cuenta la maternidad, que en este sentido, la maternidad se ve revestida de valores culturales, sociales y afectivos; además de las creencias, mitos y tabúes.

La cultura como modeladora del pensamiento y comportamiento de un grupo social, define y tipifica las acciones de cuidado y autocuidado de la mujer gestante consigo misma y su hijo. Así, la problemática reside en la incompatibilidad de los cuidados que se brindan a la mujer en un espacio cultural particular y los definidos por el sistema sanitario formal y sus profesionales²⁰.

A pesar de los grandes esfuerzos por la institucionalización de la atención de la gestación, el parto y el puerperio, estos, para algunas personas y subculturas, aún continúan siendo considerados como eventos íntimos que involucran el pudor y son asumidos como cosas propias de las mujeres; además los problemas de acceso a los servicios de salud que el sistema genera y algunas condiciones como la infraestructura poco cómoda, la escasa calidez en la atención, la imposibilidad de estar acompañada por su familia y el trato despersonalizado de los profesionales de la salud, se constituyen en barreras para ciertas subculturas de nuestro país, como la indígena y la afrodescendiente. Esto, deriva en las

²⁰ Ibid.

diferencias o choques culturales entre el conocimiento profesional y el no profesional, que se enmarcan en el desconocimiento de la diversidad cultural y el irrespeto por los saberes ancestrales y comportamientos culturales de las formas de cuidarse de los grupos sociales, conllevando a un alejamiento de ambas, partes y finalmente, a una atención profesional y cuidados de enfermería no beneficiosos.²¹

Trabajar en pro del desarrollo del conocimiento y habilidades culturales de los profesionales de la salud tendría un efecto positivo, y la investigación en este tema sería de gran relevancia que contribuiría a la disminución de la mortalidad materno perineal si se tiene en cuenta que por esta causa, en las zonas rurales y mujeres residentes en zonas urbanas pero de origen campesino, prefieren los cuidados domésticos durante la gestación, la atención del parto y puerperio.²²

1.4 MATERNIDAD E INDICADORES

En el análisis de la salud materno perinatal, los indicadores de morbilidad y mortalidad en esta población se consideran conexos con los derechos humanos, teniendo en cuenta que la mayoría de las causas que las provocan son de fácil prevención y se relacionan con el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos, así como con las posibilidades por parte de las niñas y las mujeres de llevar una vida con bienestar y dignidad. Lo anterior, lo reafirma Carrillo,²³ al expresar que, "...hay consenso en identificar que casi la totalidad de las causas de la mortalidad materna en el país podrían evitarse con adecuados programas de control prenatal, servicios oportunos y calificados en el proceso del parto, de un

²¹ MEDINA, M. et al. Salud sexual y reproductiva en el Magdalena Medio: caracterización socio antropológica. Bogotá: PDPMM – FNUAP, 2001.f

²² Ibid

²³ CARRILLO, Abelardo. Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y política pública durante la última década. Revista Ciencias de la Salud, vol. 5, núm. 2, julio-septiembre, 2007, p. 72-85.

buen seguimiento pos parto y servicios de planificación familiar; es decir, que todas las patologías que originan estos eventos están asociados a la falta de servicios de salud reproductiva de buena calidad y a las precarias condiciones de vida de las mujeres.”

Esta problemática es, además, un indicativo del desarrollo de un país y de la inversión que hacen los estados y sociedades para su futuro. También, del bienestar de una franja poblacional que, desde la perspectiva de género, es altamente vulnerable. La alta presentación de estos dos eventos la mortalidad materno infantil impacta de manera negativa en las familias y en las posibilidades de sobrevivencia de los hijos. Cuando muere una mujer por eventos relacionados con la gestación, parto o puerperio, las sociedades pierden a un miembro en su mejor etapa productiva y en la cual los países invirtieron para su crecimiento y formación; además de los costos que los servicios de salud debieron asumir para su cuidado y atención durante la enfermedad y previo a la muerte.

La incidencia de muertes maternas tiene una distribución mundial desigual que refleja las diferencias entre ricos y pobres. El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas; en Nigeria es de 1/7, mientras que en Irlanda es de 1/48 000.²⁴

En 2005, según los registros de la OMS, 536.000 mujeres murieron durante el embarazo o el parto. En 1990 eran 40.000 mujeres más. Si la mortalidad materna sigue reduciéndose a un ritmo tan lento, el objetivo de la ONU de bajar esta cifra en un tercio entre 1990 y 2015 no podrá ser alcanzado, subrayó la organización de las naciones unidas. Para cumplir con esa meta, la disminución debería ser del

²³ FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF); (WHO) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD y FONDO DE LA POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS EN COLOMBIA (UNFPA). Et al. Maternal mortality in 2005. Estimates developed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.

5,5% entre esos años. La mortalidad materna está bajando menos del uno por ciento por año. A nivel mundial, la población se ha cuadruplicado en los últimos cien años, alcanzando actualmente a 6 mil millones de personas. Anualmente ocurren 136 millones de nacimientos, 10 millones de estos niños y niñas fallecen antes de cumplir 5 años y 8 millones antes del primer año de vida (WHO, 2005).

Aproximadamente 529.000 mujeres fallecen (razón de mortalidad materna 400/100.000 nacidos) en el mismo período, por causas asociadas al embarazo, parto o puerperio, el 99% de estas muertes provienen del mundo en desarrollo, principalmente del sur de África y Asia y son evitables con cuidados médicos básicos y oportunos, asociados a sistemas de salud eficientes. La situación materno-infantil adquiere por lo tanto características de emergencia epidemiológica, con necesidad de intervenciones urgentes a nivel mundial.

Los indicadores de salud materno-infantil son considerados un reflejo del resultado de toda la situación de salud de un país. Representan el resultado de una sumatoria de factores económicos, educacionales, nutricionales y de acceso a redes de protección social.

Existe actualmente la voluntad política de las naciones por considerar la mortalidad materna y del niño como una emergencia global (OPS, 1991). Esto ha sido expresado por diversas organizaciones internacionales como las Naciones Unidas (ONU), Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), UNICEF, Banco Mundial, como también por entidades creadas propiamente para estos fines, como la Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño.²⁵

²⁴ Gonzales, Rogelio. Salud materna infantil en las Américas. En: Revista Chilena de obstetricia y ginecología, 2010; Vol. 75.p. 411 – 421.

1.5 MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN LA SITUACIÓN NACIONAL

La dependencia de los indicadores socioeconómicos con la mortalidad materna perinatal ha sido bien establecida. Se plantea una subordinación del nivel del desarrollo alcanzado por los países y unas tasas menores de estos dos indicadores, como lo refieren organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud, al afirmar que las mujeres que más mueren por causas relacionadas con la gestación, el parto y el puerperio son las de menor nivel educativo, las que residen en zonas rurales y las que presentan los mayores índices de pobreza. Afirman también, que existe una interrelación entre estos factores para la determinación de la mortalidad materna.

El conflicto social y armado y la violencia política derivada de éste, han traído para el pueblo colombiano, entre otros, la catástrofe humanitaria del desplazamiento forzado por la violencia. Aunque no es la única causa de la crisis, es uno de los factores de mayor importancia en su ocurrencia. Según la Consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento (CODHES) (2006),²⁶ entre el período 1999 y 2005, fueron desterrados violentamente 2.165.723 colombianos. Para 2007 a la cifra anterior se sumaron otras 133.664 personas más.

Este fenómeno es de vital importancia en el análisis de la mortalidad materna y perinatal ya que más de la mitad de esta población son mujeres y niñas. Como lo refiere CODHES (2007),²⁷ uno de los efectos desproporcionados del desplazamiento para las mujeres, además del empeoramiento de las condiciones de vida y las alteraciones de salud mental, se da en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Está comprobado que las mujeres en situación de desplazamiento

²⁶ Consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento. Número de personas desplazadas por departamento de llegada por trimestres desde 1999 a 2005. 5 de febrero de 2006.

²⁷ Ibid. Boletín informativo. Número 72, de 30 de noviembre de 2007

poseen mayor fecundidad, un aumento en el número de embarazos precoces y mayor exposición a abortos en comparación con el promedio nacional. Asegura, que a pesar de lo anterior, no existe una política diferenciada en la atención de esta población por parte del Estado colombiano. A lo anterior, se agregan otros graves problemas: la violación sexual, la esclavitud sexual y la promoción de la prostitución tanto durante el desplazamiento como en los sitios receptores.

Así, en este inestable panorama, la mortalidad materna en Colombia ha ocupado en los últimos años la segunda causa en el grupo de edades comprendidas entre los 15 y 44 años²⁸ y ha tenido una presentación irregular en los últimos años. Este indicador pasó, en el período de 1992 a 1996 de 89,8 a 71 por 100.000 nacidos vivos en el 1998. Sin embargo, para 2003, según el Ministerio de la Protección Social, fue 104,9 y en el 2004 de 98,6 por 100.000 nacidos vivos. Según el último reporte de este organismo, en 2005, se presentó una disminución de 73,1 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, para ubicarse en el rango de la década de los años noventa, pasando de la segunda causa de muerte en mujeres del grupo de 15 a 44 años a la tercera con un porcentaje de 5,6²⁹ de la mortalidad atribuible a los eventos ligados a la reproducción. Sin embargo, la muerte materna se ubica en la quinta causa de mortalidad general de la población, superada sólo por enfermedades de tipo crónicas, neoplasias y ligeramente por las muertes de tipo violentas.

En el anterior análisis se deben asumir las particularidades de la presentación de diferentes variables como la zona de residencia, condiciones de pobreza, facilidades y accesos a los servicios sanitarios y condiciones materiales, el

²⁸ COLOMBIA, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Sistema de Vigilancia en Salud Pública. Boletín Epidemiológico Semanal. Semana Epidemiológica No. 38, septiembre 14 al 20 de 2003. Indicadores básicos de salud en Colombia. Disponible en línea : <http://www.col.ops-oms.org/sivigila> Consultado el 20 de noviembre de 2005.

²⁹ COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Indicadores básicos de salud 2006.

desarrollo del conflicto social y armado y fenómeno del desplazamiento forzado por la violencia.

A pesar de la disminución significativa del indicador de la mortalidad materna, aún se continúan presentando disparidades en su revelación. Así, mientras que para la capital de la República, la tasa de muertes en 2005 fue de 59,6, en departamentos menos desarrollados y más pobres y con mayor número de población que reside en las zonas rurales, las cifras fueron desorbitantes, por ejemplo, en Guainía fue la más alta de todo el país con 386,1, seguidos por Chocó con 250,9, Guaviare 171,2 y Amazonas con una tasa de 158 por 100.000 nacidos vivos. Lo anterior confirma la dependencia del desarrollo social con el indicador ya que estos departamentos se encuentran dentro de los que presentan mayor porcentaje de población bajo la línea de pobreza, en estado de miseria y con menor índice de desarrollo humano; sino que pone al descubierto la importancia de otros aspectos que están influyendo en estas regiones como el desplazamiento forzado y el desarrollo del conflicto social y armado.

Al discriminar las causas de la mortalidad materna es necesario realizar un apunte inicial acerca de las que se consideran de tipo obstétricas directas y las indirectas. Según Carrillo (2007),³⁰ las primeras son aquellas que resultan de complicaciones del estado gestacional, el parto o el puerperio; de intervenciones, omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originados por cualquiera de las causas anteriores. Por su parte, las indirectas, se relacionan con enfermedades o problemas de la mujer no causados directamente por el embarazo pero que se pueden agravar por los efectos fisiológicos de esta condición y que incrementan la vulnerabilidad de la mujer a morir durante este período. Estas pueden ser enfermedades crónicas como las del sistema cardiovascular,

³⁰ CARRILLO, Op. Cit., p. 72-5

infecciosas como la malaria, la violencia, el virus de inmunodeficiencia adquirida e infecciones de transmisión sexual.

Dentro de las causas principales de la mortalidad materna en el país de tipo directas fueron la toxemia con un 26%, las hemorragias 17,7% y la sepsis con 7% del total de las muertes.³¹

1.6 COBERTURA Y CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL

La atención prenatal por profesionales (médicos y enfermeras) ha aumentado de un 82% en 1998 a 93,5% en 2005. Este es un indicador que acompaña muy de cerca a la disminución de la mortalidad materna perinatal alcanzada en los últimos años, ya que mediante la atención primaria, se logra identificar el riesgo biológico, psicológico y social de la gestante; el seguimiento de los parámetros básicos de evolución de la gestación e identificar las principales complicaciones que se puedan presentar con la mujer y el feto; así como el desarrollo de acciones específicas de prevención de la enfermedad y la promoción de estilos de vida para el bienestar del binomio madre-hijo.

Sin embargo, no es claro el manejo de la calidad de prestación de servicios de salud hacia las gestantes y el acceso real a la atención primaria, específicamente en las zonas rurales.

1.7 CUIDADO CULTURAL EN ENFERMERIA

La enfermería transcultural,³² es un área formal del conocimiento de la disciplina que tiene como propósitos reconocer las formas en que las diferentes culturas

³¹ HERNÁNDEZ CABRERA, J y col. Embarazo en adolescentes y su influencia en los indicadores perinatales en 2 hospitales ginecoobstétricos. Revista Cubana Obstetricia y Ginecología 2003; Vol. 29 núm. 3. Disponible en Línea : bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29_3_03/gin04303.htm - 29k. Consultado el 20 de marzo de 2011

cultivan la salud, el cuidado de esta y la curación de las enfermedades. Forma parte de la afirmación de que cada cultura ha construido sus propios valores y creencias culturales en torno a las formas de preservar la vida. Por esto, la enfermería transcultural pretende avanzar en el descubrimiento de las prácticas de cuidado, y desde un enfoque comparativo entre las diferentes culturas, establecer los patrones de cuidado cultural específicos y generales para sí acercar el cuidado profesional de enfermería de manera respetuosa y coherente a cada individuo, comunidad y familia.

La Enfermería Transcultural es propuesta como una guía para la disciplina que da los elementos para analizar y actuar en un mundo multicultural y en el cual, cada vez por diferentes fenómenos sociales, políticos y económicos se destaca el mosaico cultural que se ha constituido debido a la convivencia de personas, familias y comunidades de diferentes y variados acervos culturales, en un mismo espacio geográfico e histórico.

Para explicar el soporte científico y filosófico de la Enfermería Transcultural, en la década de los sesenta, *Madeleine Leininger* propone la teoría disciplinar de la "Diversidad y Universalidad del cuidado cultural". Esta propuesta parte del supuesto de la cultura como un proceso de aprendizaje sistemático y que es transmitido en el tiempo a las diferentes generaciones, y que deja huellas que persisten en las épocas y en la historia.

³² LEININGER Madeleine. Transcultural Nursing Concepts. Theories, Research & practices Second Chapter 3. Overview of Leininger's Culture Theory, Madeleine Leininger Edition. McGraw-Hill, Inc College Costom Series, New York.1995. p 3-52

La cultura permea todas las esferas de la vida y está íntimamente relacionada con el ambiente o contexto social, político, económico y momento histórico de la humanidad. La cultura también determina una visión particular del mundo para cada grupo o colectivo humano que, aunque diferente de la científica, se cimientan en una base filosófica estructurada y lógica que explica muchas de las concepciones, significados, valores y creencias de un pueblo.

En este punto se encuentran las prácticas de cuidado de la salud, que existen antes de que la enfermería como disciplina se estableciera como un área formal del conocimiento con una estructura científica de saberes. Estas prácticas de salud, como las denomina *Leininger* (1995), genéricas o tradicionales, han sido determinantes para la sobrevivencia del ser humano y salvaguardar la especie humana a lo largo de la historia de la humanidad.

Así lo reafirma Duque,³³ al plantear que el cuidado de la salud como práctica social tiene su génesis y se estructura a través del saber cultural, las instituciones sociales y las personas en el mundo de la vida. El cuidado de enfermería nace de esta raíz común con el cuidado de la salud.

Por esto, Leininger,³⁴ propone descubrir las formas de cuidado de la salud en el cuidado cultural desde la identificación de la diversidad y universalidad de este entre las diferentes culturas lo cual, avizoró, traería nuevos y distintivos conocimientos a la humanidad y a una disciplina tan joven como la Enfermería.

³³ DUQUE MC. Enfermería y cultura: espacio de encuentro para el cuidado de personas y colectivos. Actualizaciones en Enfermería. 2002;5(2). Disponible en: http://campusvirtual.uem.es/moodle/uxxi/mo/verprograma_esp.php?asignatura=4008001302

³⁴ LEININGER, Op.Cit. p. 27

En esta teoría holística, inductiva, de alcance global, de utilización amplia (en individuos, familias, comunidades y grupos sociales), de rango medio, de aplicación en cualquier área y que ha sido comprobada científicamente por diversos profesionales en casi todo el mundo, presenta el modelo del "Sol naciente" para guiar, desde una perspectiva holística, el descubrimiento del cuidado cultural desde los múltiples componentes teóricos (conceptos y supuestos teóricos). Así, invita a la descripción de los factores sociales y económicos de forma holística y desde la mirada particular de sus protagonistas; lo cual brinda una visión general de contexto cultural donde se establecen cuidados genéricos y profesionales. Finalmente, propone las acciones a seguir después de la valoración: preservación o mantenimiento, adaptación y/o negociación y reestructuración o replanteamiento de los cuidados culturales.³⁵

En nuestro medio, se le suman otras dificultades, pues a pesar de ser Colombia un país multicultural, atravesado por el fenómeno del desplazamiento forzado por la violencia y que ha entrado en la era de la globalización; aún no se han universalizado en los currículos de estudio la importancia del abordaje cultural en el cuidado de enfermería y más aún, no hay una política pública de salud, clara en este tema. Así, en la actualidad, se continúa asumiendo el fenómeno de la salud, la enfermedad y el cuidado desde una óptica predominantemente biomédica como forma única de asumir estos procesos.

La teoría de la "diversidad y universalidad del cuidado cultural" propuesto por la Doctora Madeline Leininger provee la guía y el método científico para acercarse y conocer las prácticas de cuidado de los pueblos y grupos culturales durante la gestación. En la interrelación entre la enfermera y los sujetos de cuidado, es necesario coordinar acciones de preservación, mantenimiento o reestructuración.

³⁵ LAZA VÁSQUEZ, Celmira y Col. Una mirada al cuidado en la gestación desde la enfermería transcultural. En: Revista Cubana de Enfermería vol.24 núm.3-4 Ciudad de la Habana jul.-dic. 2008.

Conocer cómo las gestantes se cuidan y cómo lo hacen con sus hijos desde su lógica cultural, permite a la Enfermería integrar un cúmulo de conocimientos valiosos y además, brindar cuidados coherentes y benéficos a este grupo poblacional de gran importancia en las distintas sociedades.

Estos conocimientos científicos apuntarían a demostrar la importancia de este tema para su inclusión en los currículos de formación disciplinar, en la práctica profesional y las definiciones de normatividad y políticas de salud.

El apoyo social en el cuidado de la enfermería transcultural materna en la etapa gestacional se puede aplicar desde el momento inicial del contacto con la gestante. La indagación que permite el espacio del control prenatal, se convierte en un motivo de acercamiento al entorno cultural y social de la gestante, incluidas la familia y comunidad. Esto permite reconocer las necesidades y prioridades desde una óptica cultural, más allá de lo biológico.

Así, desde el lenguaje y acciones de cuidado distintivos que eviten los choques culturales, además de permitir el acercamiento, es un elemento a tener en cuenta el apoyo social de la enfermera frente a problemas emocionales que se presentan en la gestación, como son la angustia y la ansiedad que se ocasionan al asumir un nuevo rol como lo es la maternidad.

Varios autores consultados como *Cerón-Mirelles*, *Morot-Navarro Montigny* y *Jimenes*, citan estrategias de apoyo social como la educación a la gestante, la familia y la comunidad, encaminadas a la comprensión de los factores de riesgo, las acciones de cuidado y autocuidado que promuevan la salud, así como la preparación para el parto, la crianza y la aceptación del nuevo rol. La conformación de grupos de apoyo, la creación y/o consolidación de las redes de apoyo a la gestante y el fortalecimiento del vínculo familiar en torno a las necesidades de afecto y apoyo material o económico, debe hacerse desde un

conocimiento de los valores y creencias culturales; también debe tenerse en cuenta del significado que para el grupo cultural tiene este proceso o evento vital.

Solo desde el respeto y consideración de la validez de las diferentes construcciones culturales que forjan los pueblos alrededor de los fenómenos de la sexualidad, la pareja, las uniones, la maternidad, el nacimiento, el parto y la crianza se podrán definir estas estrategias. Todo lo anterior permitirá que las acciones de cuidado encaminadas a brindar el apoyo social por parte de la enfermería, sean efectivas y coherentes con la cultura.

Por estas razones, la atención de la mujer en la etapa reproductiva y del recién nacido se ha convertido en una prioridad para la mayoría de los sectores sociales y organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales. La Enfermería no ha sido ajena a esta situación y la ha convertido en una de sus insignias de batalla en el arte y la ciencia del cuidado de la salud de los individuos y grupos sociales.

El cuidado profesional a la población de gestantes no debe estar aislado de elementos ampliamente descritos en la literatura como es el respeto a los derechos de las niñas que incluye entre otros, contar con una educación y alimentación de calidad y a vivir en un ambiente sano sin violencia de ningún tipo. La formación en el tema de los derechos sexuales y reproductivos desde la niñez, las adecuadas condiciones de vida, el respeto por la diversidad cultural y el acceso a servicios de salud con calidad, son otros aspectos de relevancia al repensar el cuidado de la salud materno perinatal.

El Sistema del sol naciente que promulga Madeleine Leininger , enfatiza que la salud y su atención están influenciados por elementos de la estructura social,

como la tecnología, religión y factores filosóficos, parentesco y sistemas sociales, valores culturales, factores políticos, legales y educativos.³⁶

El modelo del sol naciente consta de cuatro niveles, que van de más a menos abstracto y los tres primeros niveles proporcionan conocimientos para brindar cuidados culturalmente coherentes. En el nivel uno, se representa la visión del mundo y los sistemas sociales, permite el estudio de la naturaleza, el significado y los atributos de los cuidados desde tres perspectivas, micro (los individuos de una cultura); media (factores complejos de una cultura específica) y macro(fenómenos transversales en diversas culturas).

En el nivel dos, proporciona información acerca de los individuos, las familias, los grupos y las instituciones en diferentes sistemas de salud; acerca de los significados y expresiones específicas relacionadas con los cuidados de la salud. El nivel tres, proporciona información acerca de los sistemas tradicionales y profesionales, incluyendo la enfermería, que actúan dentro de una cultura permiten la identificación de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales.

Finalmente, el nivel cuatro determina el nivel de las acciones y decisiones de los cuidados enfermeros, es ahí donde se desarrollan los cuidados culturalmente coherentes y se conceptualizan en tres formas a fin de guiar juicios para decisiones y acciones.³⁷

³⁶ Wesley RL. Teorías y modelos de enfermería. En: Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales de Leininger. 2a ed. México: McGraw-Hill Interamericana,1997. p.119-127.

³⁷ WELCH AZ, et al. Madeleine Leininger. Cuidados culturales: teoría de la diversidad y la diversidad. En: SUA, editor. Teorías y modelos para la atención de enfermería.; 2003.

Conservación o mantenimiento de los cuidados culturales, la enfermera acepta y es complaciente con las creencias culturales del cliente (ejemplo: té para dolor de estómago, que la persona refiere como beneficioso en el pasado).

- Adecuación o negociación de los cuidados, la enfermera planea, negocia y acomoda las preferencias culturalmente específicas de la persona.
- Reestructuración o rediseño de los cuidados culturales, la enfermera es conocedora sobre el cuidado cultural y desarrolla alternativas para la atención de enfermería.

Desde esta perspectiva de enfermería, el reto es descubrir el significado de la conducta, flexibilidad, creatividad y conocimiento de las diferentes culturas para adaptar las intervenciones en enfermería.

Leininger definió numerosos términos dentro de su teoría, a continuación se hará mención de los más importantes:

Cuidados, como sustantivo, se refiere a los fenómenos abstractos y concretos, relacionados con las actividades de asistencia, apoyo o capacitación dirigidas a otras personas que tienen necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida.³⁸

Cuidar, como verbo se refiere a las acciones y actividades dirigidas a la asistencia, el apoyo o la capacitación de otras personas o grupos que muestran

³⁸ Marriner Ann. Raile Martha. *Cuidados Culturales: Teoría de la diversidad y universalidad*. En: Modelos y Teorías de Enfermería, 5ª ed. Ed.Mosby. Madrid, 2005. p. 508-509

necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida o de afrontar la muerte.³⁹

Cultura, es el conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos dentro de un grupo determinado, que orientan sus razonamientos, decisiones y acciones según modos de acción predeterminados.⁴⁰

Cuidados culturales, son todos los valores creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte.⁴¹

Cuidados (de enfermería) coherentes culturalmente, son todos los actos y decisiones de asistencia, apoyo facilitación o capacitación que se ajustan cognitivamente a los valores culturales, creencias y modos de vida de los individuos, grupos o instituciones con el fin de suministrar o apoyar servicios de bienestar o cuidados sanitarios significativos, provechosos y satisfactorios.⁴²

Autocuidado, son aquellas conductas, que realiza un sujeto sobre sí mismo o sobre el grupo familiar en forma continua y responsable con el fin de cuidar, proteger e impedir el deterioro de la salud, no solo física sino también mental dependiendo de las creencias, prácticas y actitudes que ayudan a promover y mantener la salud individual y colectiva de un determinado grupo social.⁴³

³⁹ .Ibid.

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ Ibid.

⁴² HUNGLER y POLIT. Contexto conceptual y contexto teórico cap 5 parte II investigación científica de la salud. México McGraw Hill (6ta edición) 2003.

⁴³ GUZMÁN, Ligia y TORRES, Zulma, Autocuidado en empleadas de servicio doméstico de la ciudad de Popayán, 1996., 90p. Trabajo de grado (Enfermera). Universidad del Cauca. Facultad Ciencias de la Salud.

Practica: son una serie de comportamientos, acciones ejecutadas en circunstancias específicas⁴⁴, determinadas por la formación, cultura y valores de una persona⁴⁵.

Creencia: Aparecen como afirmaciones que se dan por ciertas, sin ningún tipo de dudas. Las creencias nos poseen y nos preceden, siendo compartidas sin necesidad de cuestionarlas⁴⁶

⁴⁴ PÉREZ, Rodrigo. ¡Actitud!. Disponible en: <http://www.asimetcapacitacion.cl/actitud.htm> . Consultado el: 19/05/2014

⁴⁵ MÉXICO. INSTITUTO UNIVERSITARIO PUEBLA. Comportamiento humano. Disponible en: http://www.iupuebla.com/Licenciatura/Educacion_media/online/MI-A-psicologia-05b.pdf . Consultado el: 12/09/2013..

⁴⁶ ORTEGA Y GASSET, J. 2001. *Ideas y creencias (y otros ensayos de filosofía)*. Alianza Editorial. Madrid.

2. METODOLOGÍA

2.1 DISEÑO METODOLÓGICO

La investigación se realizó a partir del método cualitativo, a través de una etnografía focalizada, en la cual se realiza la descripción del modo de vida de un grupo de individuos⁴⁷, y en el que el investigador interactúa directamente en la comunidad estudiada para conocer la cultura de esas personas, es decir, la forma en que las personas viven, actúan, se comunican, “por qué hacen lo que hacen”, el valor que le asignan a los objetos y sus significados, entre otros aspectos.

La metodología es apoyada en la teoría de Madeleine Leininger la cual describe la etnoenfermería como una forma de acercamiento y conocimiento de los cuidados culturales, que se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas de los cuidados de enfermería y cómo estos son conocidos cognitiva o subjetivamente por una determinada cultura a través de su lenguaje local, experiencias, creencias y sistema de valores, respecto a los fenómenos reales o potenciales de interés de la enfermería como son los cuidados, la salud y los factores ambientales⁴⁸.

⁴⁷ Woods, P. (1987). La escuela por dentro. La etnografía en la investigación educativa. Barcelona: Paidós

⁴⁸ Leininger M. Etnography and ethnonursing: models and modes of qualitative data analysis. In: Leininger M, editor. Qualitative research methods in nursing. Orlando. FL: Grune & Stratton; 1985. P. 33-75

2.2 POBLACION SUJETO DE ESTUDIO

2.2.1 Participantes

Participaron ocho mujeres gestantes que asistieron al control prenatal a la ESE Centro Uno Punto de Atención Morales, según los criterios de inclusión. Para determinar el número de participantes se utilizó el criterio de saturación de datos⁴⁹ es decir, los participantes se seleccionaron de acuerdo a los criterios de inclusión y se completó la muestra cuando dejaron de aparecer nuevos conceptos y se alcanzó la redundancia en la información obtenida por lo tanto, no fue necesario buscar más sujetos o ahondar en la información que ya se había obtenido.

El número de entrevistas fueron 2 en promedio a cada participante, con una duración entre 1 y 4 horas, las cuales fueron grabadas con el consentimiento de las participantes y posteriormente fueron transcritas de manera literal para poder analizar la información obtenida. La recolección de la información se realizó durante doce meses aproximadamente, en el periodo comprendido entre Agosto del año 2012 y Agosto del 2013, el tiempo estipulado fue prolongado debido a alteraciones del orden público y social en la región debido a que durante el año se presentaron en dos ocasiones y por periodos largo cierre total de la vía panamericana; que comunica la vivienda del investigador con el sitio de investigación.

2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestantes mayores de 18 años

⁴⁹ Leininger M. Etnography and ethnonursing: models and modes of qualitative data analysis. In: Leininger M, editor. Qualitative research methods in nursing. Orlando. FL: Grune & Stratton; 1985. P. 33-75

- Mujeres gestantes que hayan asistido al menos a un control prenatal en la ESE centro uno punto de atención Morales

2.4 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Gestante que mediante diagnostico en historia clínica presenten algún trastorno mental.

2.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para esta investigación se utilizaron como técnicas de recolección de la información, entrevistas a profundidad, observación no participante y diario de campo. Para la realización de las entrevistas se tuvo en cuenta una guía etnográfica (anexo N° 2). Se realizaron dos entrevistas en profundidad a cada una de las participantes, las cuales consistieron en conversaciones personales, amplias de aproximadamente tres a cuatro horas de duración, que permitieron a las gestantes hacer descripciones densas de sus creencias y prácticas alrededor de la gestación. El sitio escogido para la realización de las entrevistas fue la vivienda de las usuarias, por facilidad de las participantes y porque permitía hacer la observación no participante del contexto donde se desenvuelve la cotidianidad de ellas mismas. Las entrevistas fueron grabadas, previa autorización de las gestantes, que incluye la garantía del anonimato, la confiabilidad de esta y el conocimiento por parte del participante del objetivo de estudio, su libertad de retirarse en cualquier momento y su derecho a conocer los resultados, posteriormente éstas entrevistas fueron transcritas textualmente en Word para ser analizadas. La transcripción y análisis de las primeras entrevistas permitieron encontrar algunas categorías de análisis que permitían estructurar la segunda entrevista para contrastar, complementar información y ampliar algunos aspectos que no quedaban claros para el investigador en la primera entrevista.

De igual forma se realizó Observación no participante la cual permitió explorar “desde afuera” el contexto donde están inmersas las gestantes, la vida cotidiana, la vivienda, las prácticas de cuidado, la interacción con su familia y la comunidad. Además de lo anterior se llevó un diario de campo en el que se registró la fecha y hora de la entrevista y los aspectos observados durante la misma como las características de los barrios y las veredas donde residen las participantes, las características de sus viviendas, las personas con las cuales vive, acontecimientos, situaciones especiales que se daban en la entrevista, las expresiones corporales y faciales como aspectos comunicativos que aportaron información complementaria a las entrevista.

2.6 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis de la información se siguió la técnica de Spradley. Tanto el método de etnoenfermería como el de Spradley, indican que el análisis de los datos se hace desde el momento mismo en que comienza la recolección y transcripción de la información. Una vez los datos fueron recogidos, se identificaron y categorizaron los descriptores y componentes o dominios, para posteriormente hacer un análisis de patrones, buscando saturación de ideas y finalmente, determinar a través de un proceso de abstracción y síntesis los grandes temas. Los datos fueron presentados a los informantes con el fin de asegurar que lo escrito e interpretado correspondía a la visión que ellos tenían del fenómeno de estudio. A continuación se presenta las dos fases utilizadas

Primera fase: Se realizó según lo requiere la metodología cualitativa, la cual se caracteriza por su forma cíclica. El análisis de los datos se obtuvo de manera simultánea, así que, a medida que se realizaron las entrevistas y se transcribieron, se analizaron para estructurar las siguientes visitas; para obtener una descripción detallada se utilizó la observación no participante que logró un acercamiento para

comprender y conocer la cotidianidad y modo de vida de las gestantes (que hacen, como se comporta e interactúa) lo que dio vida al diario de campo, en el cual se ordenó y sistematizó las observaciones encontradas en las visitas realizadas. Para el análisis también se codificó el nombre de las gestantes mediante nombre de flores que se cultivaban en la región para garantizar la confidencialidad. Toda esta información contribuyó a emerger las primeras categorías y la identificación de 3 dominios (ver anexo 6) hasta lograr la saturación de ideas, el desarrollo del análisis fue dado por el método inductivo en el cuál se obtuvo conclusiones generales, a partir de premisas particulares.

Segunda fase: Con el modelo de la teoría de Leininger; se realizó la identificación de categorías, dominios y temas, extraídos de las palabras de las mujeres gestantes de la comunidad, con lo cual se logró relacionar, interpretar y extraer los significados y conclusiones.

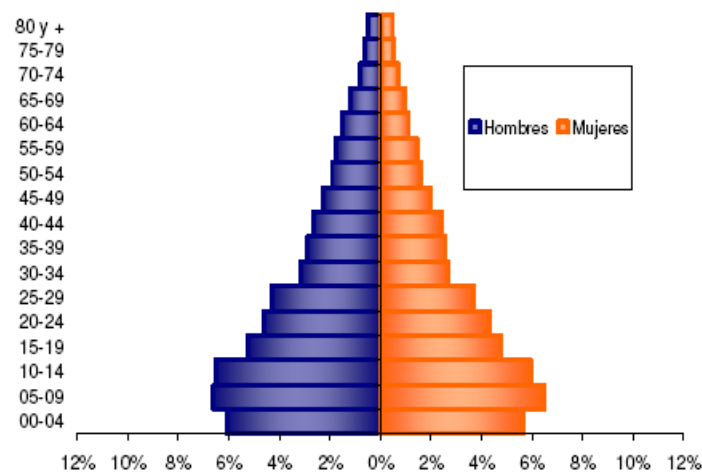
2.7 DELIMITACIÓN DEL SITIO DE INVESTIGACIÓN

Morales es un municipio del departamento de Cauca ubicado a 41 Km de Popayán. El distrito fue creado por medio de decreto ordenanza N° 121 DE Octubre 7 de 1852 de la cámara de provincia de Popayán, pero su fundación data del 27 de Septiembre de 1806 tiene una altura promedio de 1.635 msnm, cuenta con temperaturas que fluctúan entre 23°C y 28°C, en el área de influencia de la Salvajina y temperaturas entre 14°C y 20°C en la zona de la cordillera occidental (zona montañosa), en esta zona algunas veces en la noche la temperatura es inferior a 10°C, presentándose heladas. La precipitación oscila entre los 1.500 mm mínima lluvia al año y 3800 máxima lluvia al año y una humedad relativa del 80% en el ambiente. Se caracteriza por tener una economía basada en la agricultura (café, caña de azúcar, maíz, platano) ganadería, minería (oro, carbón) y explotación forestal.

El municipio presenta una población de 25.656 habitantes de los cuales el 9,06% equivalente a 2.324 viven en el sector urbano y los restantes residen en la zona rural.

Figura 1

Estructura de la población por sexo y grupos de edad



Fuente: DANE Morales 2005

Se evidencia según la gráfica que la población del municipio de Morales Cauca presenta en mayor proporción jóvenes entre edades de 5 a 14 años.

Este Municipio se encuentra localizado al Norte del departamento del Cauca, sur occidente de la república de Colombia. Limita por el Norte con los Municipios de Buenos Aires y Suárez, por el sur con el Municipio de Cajibío, por el oriente con los Municipios de Piendamó y Caldon y por el Occidente con los Municipios del Tambo y López de Micay. El área total del Municipio es de 49.404 hectáreas dedicadas a bosque primario, cuerpos de agua, bosque secundario, rastrojo y a la agricultura y ganadería en pequeña escala. Sobre este Municipio se encuentra el 40.83% del embalse de la Salvajina en una extensión de 7.65 Kilómetros correspondientes a la cuenca del río Cauca. Administrativamente el municipio está

divido en 6 corregimientos de Planificación, La Zona de Resguardos y La Zona Especial de Planificación y Desarrollo. (Ver anexo 5)

La principal actividad económica del Municipio es la agricultura como producto principal el café con 4100 hectáreas sembradas entre café tecnificado y tradicional, por lo tanto es la mayor fuente de empleo, el segundo renglón es el de la caña panelera, y en menor escala yuca, maíz, frijol, hortalizas, papa, cebolla, ulluco, chontaduro, frutas y el pescado como un nuevo producto para el comercio, con la construcción de la salvajina.

El sector terciario de la economía está representado por las instituciones del sector salud, educación y administración porque el comercio es débil y depende directamente del Municipio de Piendamó Cauca, quien es el eje central para compra y venta del noroccidente Caucano.

La institución prestadora de salud en la cual se captaron las gestantes fue en la Empresa Social del Estado Centro 1 ESE, de primer nivel de atención, la cual es una entidad de prestación de servicios de carácter público que actúa como apoyo a las Administraciones Municipales de Piendamó, Silvia, Cajibío y Morales en el mejoramiento del estado de salud de los habitantes asentados en su área de influencia y como ejecutores de las políticas de salud formuladas por el Ministerio de la Protección Social y la Secretaría de Salud del Cauca.

La ESE Centro Uno, fue creada por la Gobernación del Cauca, mediante Decreto 0273 del 9 de abril de 2007, como una entidad descentralizada del orden departamental, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Secretaría Departamental de Salud del Cauca, con capacidad de ofrecer servicios para la prevención de la enfermedad, promoción,

tratamiento y recuperación de la salud, acordes con las necesidades determinadas en el perfil epidemiológico de la población.

La ESE Centro uno está motivada desde el primer día de funcionamiento por el propósito de ofrecer los mejores servicios a un mayor número de clientes externos. Actualmente desarrolla programas de Promoción de salud y Prevención de la enfermedad (P y P), presta servicios en las áreas de consulta médica, urgencias, odontología, laboratorio clínico, transporte asistencial básico, hospitalización, farmacia; todas ellas a satisfacer con calidad las necesidades tanto de los afiliados de las EPS, ESS, como de los no afiliados a los regímenes de seguridad social en salud y a los particulares.

Tiene una posición privilegiada frente a sus competidores, pues es la única empresa de salud en los cuatro (4) municipios que tiene capacidad de prestación de sus servicios durante las 24 horas del día todos los días.

Todos los días, en cada uno de sus puntos de atención Piendamó, Morales, Silvia y Cajibío, se lleva a cabo una intensa actividad de oferta de servicios que incluye además de las propias de su misión, otras complementarias como, salidas rurales, remisiones, toma de exámenes para diagnóstico, charlas educativas y lúdico-pedagógicas, entre otras, que buscan beneficiar directamente a los pacientes y su grupo familiar.⁵⁰

⁵⁰ COLOMBIA, DEPARTAMENTO DEL CAUCA, EMPRESA SOCIAL ESE CENTRO UNO. Portafolio de servicios 2012

2.8 RIGOR METODOLÓGICO

Para el presente estudio se siguió el rigor metodológico propio de la investigación cualitativa que consiste en mantener la dependencia o consistencia lógica, la credibilidad, auditabilidad y transferibilidad.⁵¹

La dependencia o consistencia lógica es el grado en que diferentes investigadores que recolecten datos similares en el campo y efectúen los mismos análisis, generen resultados equivalentes. De acuerdo a Franklin & Ballau⁵² existen dos clases de dependencia, la interna (Grado en el cual diversos investigadores, al menos dos, generan temas similares con los mismos datos) y la externa (Grado en que diversos investigadores generan temas similares en el mismo ambiente y período, pero cada quien recaba sus propios datos). En ambos casos, ese grado no se expresa por medio de un coeficiente, Sólo se verifica la sistematización en la recolección y el análisis cualitativo (Citado por Hernández, Fernández & Baptista).⁵³ Las amenazas a la “dependencia” pueden ser, básicamente los sesgos que pueda introducir el investigador en la sistematización durante la tarea en el campo y el análisis, el que se disponga de una sola fuente de datos y la inexperiencia del investigador para codificar.

El criterio de credibilidad en el estudio, se logró a través de observaciones no participante, entrevistas a profundidad y conversaciones prolongadas con las gestantes, así como la permanencia continua en su comunidad; que desencadenaron una recolección de la información detallada y permanente y dieron como resultado hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Así entonces, la

⁵¹ Castrillo Edelmira, Vásquez Martha. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia medica año/vol.34, número 003. Universidad del Valle. Cali Colombia, pp.164-167.

⁵² Franklin, C. & Ballau, M. (2005). Reliability and validity in qualitative research. En: Grinnell, R. & Unrau, Y. (Eds.). Social work: Research and evaluation. Quantitative and qualitative approaches. (pp.438-449). Nueva York: Oxford University Press

⁵³ Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill

credibilidad se refiere a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado.

El tercer elemento del rigor metodológico es la auditabilidad, llamada por otros autores confirmabilidad, se trata de la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello se guardó registro y la documentación completa sobre las ideas, actividades diarias, decisiones, en lo relacionado al estudio de investigación, y se plasmó en el diario de campo, entrevistas, grabaciones y auto grabaciones lo que iba aconteciendo en el campo, las visitas y análisis de las entrevistas, incorporado a las asesorías constantes con la docente, quien cuenta con experiencia en la investigación cualitativa. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original, siempre y cuando tengan perspectivas similares.

La transferibilidad o aplicabilidad, se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones con características sociales y étnicas similares. En la investigación cualitativa la audiencia o el lector del informe son los que determinan si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio.⁵⁴ Para ello se describió densamente el lugar y las características de las personas donde se realizó la investigación.

⁵⁴ SALGADO LÉVANO Ana Cecilia. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. LIBERABIT: Lima (Perú) 13: 71-78, 2007 En línea: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v13n13/a09v13n13.pdf>

2.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización de esta investigación se tuvieron en cuenta los aspectos éticos en primer lugar de la institución de salud quien dio su aprobación a la investigación mediante un oficio enviado a la Universidad del Valle (ANEXO 4) y en segundo lugar, del comité de ética de la Universidad del Valle CIREH del cual también se obtuvo su aprobación. Teniendo en cuenta la Resolución 008430 de 1993 esta investigación se consideró sin riesgo ya que no se intervinieron ni se modificaron los aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio; sin embargo con el apoyo de la Empresa Social del Estado se obtuvo la participación de la psicóloga que estuvo presta a la intervención de alguna gestante, pero en el transcurso de la investigación no se presentaron situaciones que requirieran dicha intervención.

Este trabajo de investigación se realizó con base en valores como el respeto por las personas, la autonomía de los participantes, la beneficencia y la justicia, teniendo en cuenta la diversidad de percepciones y valores culturales que poseen las mujeres gestantes que asisten a consulta externa en la ESE Centro Uno Punto de Atención Morales .

La autonomía hace referencia a la libertad de elegir y decidir si se desea o no participar en el estudio, respetando al mismo tiempo, el acuerdo de protección a quienes no estén en la capacidad de elegir, por ello hicieron parte las personas que así lo decidieron por lo tanto todas las participantes son mujeres gestantes mayores de 18 años a las cuales se les garantizó la reserva de su identidad en las entrevistas e informes, utilizando seudónimos (nombres de flores). También se mantuvo la confidencialidad de la información obtenida de las entrevistas, diario de campo y observación no participante.

La beneficencia implica los riesgos y beneficios de la investigación, por lo tanto se explicó a las participantes que no tendrían riesgos de ningún tipo por participar de esta investigación y que su colaboración con la información solicitada aportaría al conocimiento de las condiciones de las gestantes para evidenciar ante las instituciones de salud necesidad de ajustes y mejoras en los servicios de salud que atienden a las gestantes.

La justicia se plantea como la distribución equitativa de riesgos-beneficios y la no discriminación por sexo, edad, raza, y nivel socio-económico, con lo cual se garantizará que el grupo investigado este bajo las mismas condiciones. En este estudio se tuvo en cuenta este principio pues al momento de seleccionar las participantes solo se tuvo en cuenta los criterios de inclusión mas no aspectos de discriminación; así mismo los resultados de esta investigación podrán aportar al conocimiento cultural que enfermería ha de tener de las gestantes de esa localidad para así poder brindar un cuidado culturalmente congruente a todas las mujeres de esa cultura.

3. RESULTADOS

Inicio esta parte del trabajo exponiendo algunos antecedentes que fueron el impulso motivador para realizar esta investigación. Es por esto, que en ésta primera parte me alejo un poco de lo que dicta la norma sobre hablar en tercera persona en los informes escritos y me atrevo a recuperar mi voz en primera persona, ya que en ésta experiencia investigativa se dieron circunstancias que me sensibilizaron profundamente.

La comunidad de Morales me abre sus puertas en el año 2010, cuando inicio mi año de Servicio social obligatorio como enfermera. Al llegar a la institución, los Moraleses, gentilicio de los habitantes de ésta comunidad, me reciben de manera amable y atenta, por ser una persona líder en promoción y prevención de la salud, actividades importantes para la comunidad, pues a través de ella se logra cuidar prevenir alteraciones en la salud de la mujer, de los niños y de la familia. Durante los primeros meses, al conocer la situación compleja de las mujeres gestantes, me intereso por su salud y bienestar, y de la mano de ellas, logro mejorar el programa de control prenatal y poner como bandera ante los demás municipios e instituciones del Departamento, con ganancias en la detección temprana de alteraciones en el embarazo, pero con la dificultad en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna.

Me interesé en primer lugar, por saber cuáles eran las causas de la mortalidad materna en el Departamento del Cauca, ya que aporta anualmente más de 15 muertes maternas; en segunda instancia, por los recién nacidos, ya que las causas de la mayoría de sus muertes son prevenibles durante el proceso de gestación y por último en mejorar la atención hacia las gestantes por parte de los funcionarios de las instituciones de salud, en los niveles de educación en hábitos

de vida de las gestantes, adherencia a micronutrientes, adherencia al control prenatal institucional y la atención del parto.

Para lograr la recolección de los datos se requirió de mucha dedicación y para realizar las entrevistas con la metodología cualitativa un gran esfuerzo, pues me desplazé a cada una de las casas de habitación de las gestantes, como lo describo más adelante; algunas muy fáciles de acceder, en lo relacionado a las vías terrestres y otras no tanto, por lo que requirió de varios días de desplazamiento en moto, carro, caminatas largas y muchas vivencias que ayudaron a enriquecer y a entender la vida que lleva una mujer gestante de la comunidad, la asistencia a sus grupos de apoyo, controles prenatales, rituales sobre sus creencias y nutrición, aportaron aún más para la realización de una descripción detallada sobre creencias y prácticas durante la gestación. Luego de la recolección de información, realice la transcripción minuciosa, de cada una de las entrevistas, análisis, diseño de matrices y descripción de los hallazgos encontrados en cada una de ellas. Los resultados de esta comunidad maravillosa con la cuál estoy inmensamente agradecida; se muestran a continuación.

3.1 UNA MIRADA SOCIODEOGRAFICA: APRENDIENDO DE LA REALIDAD DE LA GESTANTE CAMPESINA

El Municipio de Morales, se encuentra ubicado en la cordillera occidental al norte del departamento del Cauca. Está rodeado de montañas, con gran riqueza de flora, fauna y recursos hídricos; allí se encuentra la laguna de la salvajina, en una de sus veredas. Morales posee un clima templado que favorece las labores de agricultura; es por ello que las mujeres de este estudio en su mayoría del área rural, tienen como actividad principal además de las labores propias del hogar, la agricultura, especialmente cosecha y recolecta de café, el cual es el principal producto de comercio y fuente de recursos económicos para la comunidad.

Las mujeres gestantes de este estudio pertenecen a estrato socioeconómico bajo y sus edades oscilan entre 23 y 35 años, la mayoría se encuentran en uniones de pareja estable, son alfabetas aunque la mayoría no alcanzo a terminar sus estudios de básica primaria. Al momento de la entrevista ellas se encontraban con más de 20 semanas de gestación, solo una participante cursaba en su primer estado de embarazo; eran asistentes a menos de 6 controles prenatales institucionales, catalogadas más de la mitad de las gestantes por los médicos de la institución, en su carné prenatal como embarazo de alto riesgo, la gran mayoría de éstas mujeres no deseaba embarazarse; todas las gestantes estaban afiliadas al régimen de seguridad social Colombiano en la modalidad subsidiado.

Las gestantes participantes que habitan en el área rural, salen hacia la cabecera municipal sólo una vez a la semana; los días sábados, pues este día es considerado para la comunidad de la región como el día del mercado, en el cual se ofrecen y se compran verduras, hortalizas, frutas y todo lo relacionado con la canasta familiar, por lo que campesinos de la zona plana del municipio (hace referencia a las veredas que no pertenecen a la zona de cordillera), se dirigen hacia la plaza central de la cabecera municipal, a vender los productos del campo que ellos cultivan y a adquirir otros productos indispensables para la subsistencia y que en sus parcelas no se producen. Las gestantes aprovechan la compañía de sus familiares y el transporte para asistir a las instituciones prestadoras de servicios de salud a consultas de control prenatal, odontológica y de laboratorio este día de mercado, pues el desplazamiento a la cabecera municipal implica inversión en tiempo y dinero para ellas que son mujeres económicamente dependientes de su pareja, además para algunas veredas solo llegan vehículos de transporte el día sábado, por lo tanto se les dificulta asistir otro día de la semana.

La institución de salud nivel I de la red pública, de baja complejidad está ubicada en la vía principal, al lado de la iglesia y prácticamente al ingreso del municipio

cuando se llega desde la ciudad de Popayán. Es una institución un poco pequeña para la gran cantidad de gente que llega a consulta, su fachada es de color amarillo otoñal, presenta un jardín al ingreso ordenado y lleno de múltiples flores, cuenta con cinco consultorios médicos, uno de enfermería, uno para pre consulta, un consultorio de vacunación, sala de urgencias, hospitalización, trabajo de parto, sala para atención de parto y laboratorio clínico. En el hospital, se realizan actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad según Resolución 412 del 2000 del Ministerio de Salud;⁵⁵ especialmente detección de alteraciones durante el embarazo en consulta externa y brigadas de salud hacia las veredas. Ésta Institución presenta algunas instalaciones habilitadas según la Resolución 1043 de 2006 del Ministerio de Salud⁵⁶ y cuenta con una planta de personal para la atención de la población gestante.

3.2 UNA APROXIMACION, HACIA LA MUJER GESTANTE, DESDE EL DIARIO DE CAMPO Y LA OBSERVACION NO PARTICIPANTE.

GIRASOL

Es una mujer campesina de baja estatura, constitución delgada, piel trigueña, cabello ondulado, la cual al momento de la entrevista se observa tranquila, se encuentra sentada, con un poco de sudor sobre su frente ya que acababa de realizar actividades del hogar, la gestante se encuentra en el último trimestre de su gestación por lo que se observa cansancio en su cara, al momento de sentarse o pararse. Ella me recibe en la sala, luego de preguntas sobre su familia inicio la

⁵⁵ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 412 (Febrero 25 2000) Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Diario oficial. Bogotá, D.C., 2000

⁵⁶ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1043 (3 Abril 2006) por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D.C., 2006

entrevista que dura aproximadamente 1 hora y media, se muestra colaboradora, aunque reservada al momento de contestar a las preguntas, fue muy difícil que ella respondiera las preguntas pues se limitaba a responder con monosílabos sin describir sus actividades diarias.

A pesar de la dificultad a medida que paso el tiempo durante la entrevista ella fue ganando confianza y relatando más sobre su vida cotidiana. En la casa se encontraba su esposo y su padre quien se hallaba visitándola, y por lo cual al principio de la entrevista se mostraba tímida pues ellos se encontraban cerca del lugar de la entrevista, ella vestía una bata blanca y tal vez por el reflejo del vestido se observaba pálida y muy cansada, en ningún momento mostro algún signo o síntoma de debilidad, durante la tarde que estuve se mostró muy atenta y simpática, su casa está ubicada en una vereda a 45 minutos de la cabecera municipal está hecha de ladrillo, aún en proceso de construcción; los espacios son amplios y las habitaciones son muy grandes, su habitación está amoblada de una cama grande, el espejo, una mesa y encima de ella el televisor; cuenta con los servicios públicos esenciales como agua y energía, es una casa humilde, y a la cual falta un poco de orden, yo me encuentro en la sala en donde permanezco durante toda la entrevista desde donde puedo observar el trato de su esposo hacia ella el cual es de respeto. Transcurrían ya las 5:00pm y Girasol prepara la comida en un fogón de leña, que está ubicado en la cocina afuera de la casa y esta comida consiste en arroz, algo del “sancocho” que había quedado del almuerzo del día, agua de panela y pan. Ella, al igual que su compañero y su padre, se reúnen en el comedor de tabla que se encuentra en la sala y ahí además de comer hablan sobre lo que paso durante el día, minutos después me despido y me dirijo hacia la cabecera municipal.

CLAVEL

Es una campesina de 25 años de edad, de mediana estatura, quien por la altura de su abdomen se encuentra en el último trimestre de su embarazo, presenta

manchas en la piel de la cara, el color de su piel es trigueña y sus manos reflejan el trabajo arduo del campo; es residente de una vereda ubicada a 30 minutos de la cabecera municipal de Morales, cuando llego en la mañana de un viernes, ella se encuentra en la sala un poco seria, viste un blusón florido y un pantalón color negro, me recibe muy atenta y me ofrece jugo, mientras tanto yo me siento, organizo los implementos para inicio de la entrevista y luego de explicar y firmar consentimiento informado inicio la entrevista dura aproximadamente 2 horas. Ella se muestra un poco tímida se limita solo a responder si o no a las preguntas y no consigo que las detalle por lo que se torna muy monótona la entrevista, sin embargo realiza un esfuerzo detallando su experiencia en el hospital de la región. Luego de la entrevista ella me lleva a dar un recorrido por su casa la cual está hecha de ladrillo, piso de baldosa, cuenta con un baño y una cocina por fuera de ella, en el patio, además con fogón de leña y aljibe. Esta mujer vive con su esposo quien no se encontraba en el momento y su hijo quien estudia en la escuela, luego de aquella observación, me despido y me dirijo en moto hacia la cabecera municipal.

AZUCENA

Mujer Moraleña, trabajadora, madre de 3 hijos, adulta joven; vive en la cabecera municipal, en la vía principal, en una casa de bareque, grande, de apariencia antigua, en la cual también funciona un taller para motocicleta, el piso de su casa es de tierra, tiene 5 habitaciones las ultimas hechas de tabla en la cual se siente una gran humedad, la casa se encuentra en una loma, que a medida que uno desciende va encontrando las habitaciones, la cocina en la cual se encuentra un fogón de leña y el aljibe tapado por una tabla; durante las entrevistas realizadas fui recibida con amabilidad de parte de la señora y con muy buena disposición para hablar. Pasando a la observación de su altura uterina casi no es notorio el aumento de tamaño del abdomen, a pesar que cursa en su quinto mes de gestación; una de sus mayores cualidades es ser extrovertida, elocuente, muy

espontánea y colaboradora en el momento de la entrevista , es visible el agrado por sus creencias y seguidora a ellas, su color de piel es blanca, es de estatura baja, cabello negro y ondulado, viste shorts y camiseta blanca, en su casa vive con su esposo, dos hijos, su mama, su papa y un hermano, la entrevista tiene un tiempo de duración aproximado de 3 horas la cual es muy enriquecedora pues la gestante describe detalladamente cada creencia y que practica alrededor de la salud, además de comentar las actividades que más agradan o desagradan.

FLOR:

Mujer joven campesina, residente en una vereda ubicada a 20 minutos (desplazándose en carro) al sur de la cabecera municipal de Morales; vive con su familia extensa conformada por siete personas, sus padres, tres hermanos, su cuñada, un sobrino y su esposo quien trabaja en labores agrícolas; al momento de la entrevista se encontraba con su madre y su cuñada quien estaba en etapa de puerperio. Me recibe la madre de la gestante y llama a Flor, mientras yo me dispongo a alistar la grabadora de voz y el consentimiento informado. Ella al salir de su habitación se observa tranquila, se sienta en un banco de madera, viste una blusa materna color blanca y un pantalón corto café oscuro, calza sandalias de color negro; ella se muestra tímida, un poco pálida, luego de conversar sobre el embarazo de su cuñada inicio la entrevista con una duración aproximada de dos horas; en la cual describe muy poco su rutina diaria y sus vivencias, durante la entrevista la gestante se muestra atenta, amable, y a pesar de su timidez permite el feliz término de la misma. La gestante aparenta su edad, se observa con aumento de peso, el cual lo afirma en la entrevista, presenta piel trigueña, estatura media, por la altura de su estómago y la blusa materna asumo que se encuentra en el segundo trimestre de su gestación. Su casa es muy grande, hecha de ladrillo, y pintada de color blanco, cuenta con varias habitaciones, una cocina con fogón de leña, aljibe tapado y un hermoso jardín, también cuenta con una nevera muy grande debido a que la gestante realiza y vende helados, la madre de la

gestante me ofrece zumo de fruta de Mora y luego de realizar una ronda por los alrededores de la casa, me despido y dado que la vereda se encuentra en la vía hacia Morales, en un carro de servicio público regreso a Popayán.

ORQUIDEA

Orquídea es una mujer joven, alta, de apariencia delgada, cabello largo ondulado, recogido, ojos grandes, llamativos, cejas y pestañas pobladas, viste una blusa materna amarilla en la cual claramente se observa el tamaño del útero grande que asemeja a 7 meses de gestación y un pantalón café largo además de sandalias; vive con sus dos hijos no mayores de 10 años y su esposo quien en el momento de la entrevista se encontraba trabajando en una empresa de servicios públicos. Orquídea es residente de la cabecera municipal del Municipio de Morales, vive en una casa pequeña, de ladrillo, que cuenta con los servicios públicos, piso de cemento, 3 habitaciones sin puerta para acceso, cuenta con sala comedor, un baño y una cocina pequeña, dentro de sus cualidades se encuentra que ella es muy elocuente, fluida en sus palabras, espontánea, por lo cual no me es difícil iniciar la entrevista que dura en su totalidad dos horas, a pesar de que en el ambiente se encontraba el padre de la gestante, su cuñada y sobrinos, el encuentro resulta ser enriquecedor, pues la gestante logra describir muy bien sus creencias y prácticas durante la gestación además de su apreciación sobre la EPS (Empresa Social del Estado) y el sistema de salud; es importante destacar como la gestante es muy creyente hacia la medicina naturista la cual practica y defiende.

ROMELIA

Siempre la recordaré por su amor y entrega a sus hijos, es una persona muy humilde, espontánea, elocuente, con gran arraigo a sus creencias y a las mujeres antiguas que viven en la comunidad, es una campesina de 35 años, obesa, de estatura baja, con cabello corto, piel blanca, pómulos con manchas marcadas generadas por el sol y el embarazo, presenta mamas muy grandes, por lo que al

caminar su espalda se va ligeramente hacia abajo, evidencia un embarazo muy avanzado, en el último mes de gestación, las entrevistas realizadas se desarrollaron en la sala de su vivienda la cual se encuentra a 2 horas del municipio de Morales (viajando en moto, por carretera sin pavimentar), está constituida por ladrillo y cemento, es una casa pequeña que cuenta con servicios públicos de agua y energía, pero el servicio de acueducto es limitado, pues en muchas ocasiones especialmente en horas de la tarde, el agua se raciona , así de esta manera puede llegar a las demás veredas de alrededor, tiene 4 habitaciones 1 cocina con fogón de leña, una sala comedor y alrededor de la casa se encuentran 3 perros, incontables gallinas, presenta una huerta en la cual hay sembrado tomate, cilantro y café. Ella vive con su madre y sus dos hijos mellizos de 18 años, quien en el momento de la entrevista se encontraba en la casa luego de 4 horas realizando la investigación y entrevista de un domingo lluvioso, regreso a Morales, contenta ya que llenó mis expectativas y la observación no participante resultó ser muy enriquecedora.

ROSA:

Resultó ser una de las más elocuentes , por no decir la principal; espontánea, y extrovertida, residente de una vereda del municipio muy cercana a la cabecera, de fácil acceso, pues se encuentra en la vía hacia la cabecera municipal, su casa está aún en construcción, al ingresar presenta un hermoso jardín con incontables árboles de aguacate, su casa está construida con ladrillo visible, presenta 3 habitaciones, 1 baño, una sala, la cocina y una patio muy amplio, cuenta con los servicios públicos básicos (energía, acueducto, gas) ella se encuentra en el quinto mes de gestación. Es una mujer de baja estatura, cabello negro corto, piel trigueña, muy trabajadora en labores agrícolas las cuales abandonó al inicio de su embarazo, y por lo cual se hace una mujer dependiente económicamente por la necesidad de pedir e su esposo, algo que poco le gusta pues siempre está acostumbrada a comprarse sus cosas y a manejar dinero por sus trabajos

anteriores. Durante mi estancia observo una mujer muy contenta con su embarazo y colaboradora en la investigación, pues expresa en 4 horas que dura su entrevista sus prácticas y creencias de forma detallada, al inicio me ofrecen café hecho a base de panela y una masa de maíz por lo que logro conocer un alimento típico de la región. Me acompañan en la entrevista por unos minutos la madre de la gestante y su hija quienes expresan el agrado por la criatura en camino; Flor a pesar de la permanencia de ellas, contesta ampliamente las preguntas que le hago. En esta visita logro visualizar un “eclipse” que es una creencia popular en esta cultura y que ella me indica señalando hacia el firmamento el sol. Lo que logro ver es un sol muy intenso, caluroso, que produce bochorno y que según su visualización presentaba una “arcoíris” alrededor (fotografía 1); ella temerosa, no sale de su casa y permanece allí hasta las 6:00 pm cuando el sol se oculta, hora en la cual, regreso a Popayán.

MARGARITA:

Expresa detalladamente en su entrevista la importancia del apoyo psicológico por parte de la familia y el compañero sentimental durante la gestación, ella describe lo feliz que se siente al continuar trabajando a pesar de su embarazo; ella trabaja en el cuidado de niños de la región; refiere sentirse independiente y útil, ella es una mujer con la mirada muy expresiva, espontánea, tímida en ocasiones, de baja estatura, piel blanca, cabello claro, presenta múltiples manchas en la piel de la cara, se observa útero grávido que asemeja a 8 meses de gestación, viste pantalón largo café y una blusa materna, color blanco. Las visitas de entrevista se realiza en tres ocasiones en la vereda de residencia, la cual se encuentra a una hora del municipio; la vía hacia la vereda es pavimentada, que se deja unos minutos antes de llegar a la casa para tomar un sendero destapado escabroso en el cuál solo se llega a pie o en moto teniendo precaución para no sufrir caídas. Vive en una finca que tiene una casa grande que cuenta con múltiples habitaciones, una sala, dos baños, una cocina. Tiene los servicios de energía,

acueducto y alcantarillado. Ella vive con su esposo, suegros y cuñados, la finca produce productos agrícolas y es administrada por sus suegros, ella se observa muy contenta con el embarazo pero ansiosa y con temor por el parto e incertidumbre por la vía de nacimiento del bebe (parto vaginal o cesárea) , también teme por las posibles complicaciones que pueda presentar él bebe; dadas las experiencias vividas por algunos familiares, lo cual lo describe detalladamente en la entrevista; luego de 3 horas de permanecer realizando la entrevista y las observación no participante; me es difícil conseguir transporte por lo que debo caminar hacia la carretera aproximadamente media hora para tomar una moto y regresar al Municipio de Morales.

Después de describir a cada una de las participantes, se procede a presentar el análisis y la información organizada por dominios que fueron estructurados a partir de significados en común brindados por las participantes que se agruparon en categorías, los cuales se describen a continuación.

3.3 DOMINIO 1. La gestación como experiencia que genera expectativa y temor.

Las prácticas estudiadas sobre la cultura de cuidados identificados en las gestantes del Municipio de Morales, evidencian un gran arraigo a las tradiciones y costumbres culturales de la comunidad, como lo define Leininger en su teoría. Para las gestantes de la comunidad el cuidado en la gestación, inicia tan pronto ellas identifican su embarazo, a través de unas características propias del estado fiables para ellas; como por ejemplo, ausencia de menstruación, mareo, náuseas, “asco” a comidas; posteriormente, se confirma la gestación con la realización de la prueba de embarazo en la institución de salud, o las llamadas “caseras”, nombre que las gestantes les dan a las pruebas rápidas compradas en farmacias y que se pueden realizar ellas en su casa a través de una muestra de orina. Cuando el embarazo es confirmado, ellas ajustan sus estilos de vida en cuanto a

actividades de nutrición, sexualidad, trabajo, y fortaleciendo sus redes de apoyo en beneficio de su salud y la de su bebe. Según las participantes, los cuidados durante esta etapa cambian dependiendo si se encuentra en la primera, segunda o tercera gestación; ya que, según ellas, “la experiencia enseña el deber ser de los cuidados”. Una de las participantes lo refiere así:

“... Era primeriza no sabía que iba a pasar, ya para el segundo cogí escarmiento pero estuve mala hasta los 5 meses de embarazo, pal tercero fue lo mismo...”

Azucena.

Al respecto otra participante dice:

“... Cuando quede en embarazo era como una niña, no estaba planeado, fuera de eso la pareja que yo tenía no era estable, psicológicamente mi primer embarazo fue como traumático, yo por eso dije: más embarazos no quiero y ¡vea! (La mujer se lleva sus manos al abdomen indicando así su estado actual de gestación)...”

Margarita.

En respuesta a las expectativas y los temores, se encontró que las gestantes participantes del estudio, en su gran mayoría, recurren a la persona más experimentada en la atención a mujeres en gestación (madres, abuelas, parteros) para exponer sus temores y en busca de solución ante alteraciones de su embarazo; pocas veces acuden a la institución de salud o a consulta médica para resolver sus dudas. En este estudio se encontró que los factores que determinan la no asistencia a la institución de salud es la distancia entre las viviendas y el punto de atención y la credibilidad que las gestantes tienen hacia las personas “más expertas” (mujeres mayores, madres, suegras, parteros, entre otros); en muchas ocasiones estas mujeres buscan asistencia médica o de enfermería cuando ellas se ven con alteraciones graves que el consultor de la comunidad no puede resolver. Otro factor determinante para que la mujer no consulte en la institución de salud, son las vivencias negativas o desagradables de la misma

gestante, o de conocidos o familiares que han acudido a las instituciones de salud. Por lo que ellas lo describen así:

“...He hecho dos controles, porque yo vivo lejos y no puedo estar llendo al hospital...” Romelia

“...a mí por lo menos no me gusta ir al hospital, yo puedo estar con algún dolorcito y me quedo, porque uno irse a sentar allá con un dolor bien berraco y que usted llegue allá y espere y espere. Uno llega y tiene que esperar a que atiendan a los que están en la camilla y se supone que uno es prioridad; por eso voy a un médico particular así me salga más caro, porque él no me dice ¡vea espere!...” Orquídea.

“...pues como yo vivo aquí y mi mama más o menos es partera, yo cuando pienso que es hora voy, antes no, porque no me gusta ir allá a que me martiricen, no me gusta estar allá acostada, allá encerrada, yo alisto toda así sea a la madrugada, cuando yo siento que sí, que realmente es hora de que el bebe nazca, me voy... llego y de una...” Azucena.

El buen trato, la comunicación y educación efectiva y asertiva por parte del personal de salud hacia la gestante y su familia constituye en gran parte la mayor expectativa de la gestante en su atención de trabajo de parto, parto y puerperio. Flor lo expresa así:

“... pues yo digo que cuando uno llegue lo atiendan bien y rápido...”

Cuando las mujeres sienten que están cerca el nacimiento de su hijo, refieren sentimientos de nerviosismo y ansiedad en cuanto a la vía del nacimiento (parto natural o cesárea) y las complicaciones que se puedan presentar durante el mismo y el transporte en la ambulancia ya que lo relacionan con manifestaciones de vértigo, mareo y miedo. En cuanto al nacimiento y la vía del parto a diferencia de las mujeres que viven en las ciudades tanto de países desarrollados como

subdesarrollados que prefieren la cesárea por temor al dolor del parto y a presentar alteraciones maternas fetales ⁵⁷, las mujeres de este estudio prefieren el parto vaginal. Pues relacionan la cesárea con mayor incapacidad, dolor, cuidados y convalecencia en el posparto. Al respecto Romelia lo relata así:

"...Con la cesárea uno no puede levantarse... que una cosa y la otra, tiene mucho problema la cesárea.... uno con parto se levanta al otro día y con la cesárea no...."

"...No pues a uno lo abren aquí (la mujer se lleva la mano a la parte baja del abdomen) y uno no puede hacer fuerza y todo eso, en cambio en el parto normal, si acaso se cuida un mes bien "cuidao" y ya, en cambio acá tiene que cuidarse más..." Girasol

El sexo del bebé por nacer, es otra de las expectativas de la futura madre, la cual está relacionada en conocer para identificar si es niño o niña. En la comunidad especulan de acuerdo a los síntomas de la gestante, como por ejemplo la semana de embarazo en la cual se movió por primera vez, la presencia de náuseas, aumento o disminución de peso. Así lo refiere una gestante:

"... Pues me dicen que de pronto es niña porque no me ha dado nada, lo único que he hecho es "adelgazarme" y que estoy muy pálida y en el sentido de asco a la comida no, yo puedo comer normal y como no se me ha movido, mi hermana dice que las niñas son así, que ella sintió la primera niña a los cuatro meses y que pa' la segunda fue lo mismo..." Azucena

⁵⁷ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Atención integrada a enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) Neonatal, intervenciones basadas en la evidencia. P. 6 Washington, D.C.: OPS, © 2009

3.4 DOMINIO 2. El acercamiento de la gestante hacia los profesionales y las entidades de salud.

“Ir al hospital es necesario pero jarto.”

Las opiniones de las mujeres entrevistadas acerca de la atención que reciben por parte de las entidades prestadoras de servicios de salud, están divididas entre buena y regular. Ellas refieren que en consulta externa, especialmente en el área administrativa están bien atendidas pues no les toca hacer fila para facturar y las atienden rápido, pero en la parte de la consulta en el control prenatal, a pesar de que ellas piensan que son importantes y buenos porque en él valoran la condición física materna y del bebe en formación, se sienten regañadas, no entienden el lenguaje utilizado por los profesionales cuando les explican sobre su estado de salud. Clavel relata un incidente que tuvo con el médico durante la atención en el control prenatal:

“...y él me dijo que pa’ que no había venido otro día porque el día sábado le quedaba muy difícil al llenar todos esos papeles, pues no me atendió de buena manera si no que se agarró ahí a rezongarme, pues yo también le conteste por que como dijo un enfermero de ahí, a él le están pagando para que la atienda, porque el médico me dijo que no anduviera viniendo el día sábado...”

De la misma forma es evidente que por las mismas causas las gestantes no se toman las muestras de laboratorios ordenados por el médico o la enfermera inmediatamente son indicados. Ellas esperan estar cerca de su próximo control prenatal. Algunos argumentos que utilizan para explicar esto es que les toca esperar los resultados, que muchas veces salen incorrectos y que estos se demoran mucho, que no toleran los olores del centro de salud (el olor a hipoclorito, a sangre, entre otros). Dos mujeres lo relatan así:

“...a mí me da hartera ir a ese hospital, me da pereza, pero esta semana, si Dios quiere, si me toca. Ese olorcito del hospital me pone como maluca... olor a droga, como a límpido, eso me pone como maluca... esa espera me desespera...”

Azucena.

“...yo me di cuenta que estaba en embarazo como a los cuatro meses porque me los hice tomar en el hospital, los exámenes, y salieron negativos, como seguí mala, fui el mismo día a un particular y ahí si salieron positivos; por eso los exámenes me los hago particular...” Orquídea

En cuanto a las ecografías también se observó que hay desconocimiento y desconfianza frente a este procedimiento. Las mujeres manifiestan que les puede causar sangrado vaginal, que los resultados no siempre muestran la realidad y aparte de ello les toca estar mucho tiempo en la sala de espera. Como lo refiere Azucena

“...Simplemente ese señor (hace referencia al médico ginecólogo) ese día me asentaba y me asentaba muy duro y que tenía él bebe estaba disque estaba muy acá abajo y eso me acento muy duro ese aparato (transductor del ecógrafo) y me hice la ecografía, y como a la media hora sentí que me venía algo por aquí (la mujer se lleva sus manos señalando la parte proximal de sus piernas) y estaba sangrando...”

Otras por sus creencias ancestrales no se toman las ecografías, pues refieren acudir a la partera porque ella siempre les afirma el estado general del bebe y su posición. Romelia lo relata así:

“... Nosotros nunca, toda la vida no nos ha gustado la ecografía, yo pienso que por ejemplo a la bebe le hacen daño las ecografías; yo siempre voy donde la partera, porque ella me dice, la señora que siempre me ve, ella me dice como esta

y todo, ella siempre lo ha hecho, me saco los dos niños, los mellizos los tuve con ella...”

Las mujeres entrevistadas logran identificar los signos de alarma por los cuales deben consultar al servicio de urgencias (sangrado, pies hinchados, disminución de los movimientos fetales, dolor de cabeza, zumbidos en los oídos), aunque no conozcan la etiología o consecuencias de los mismos, pues manifiestan que la información y la educación que les dan al respecto es clara pero muy limitada. Una de las participantes lo refiere así:

“...ahhhhh pues en esos programas (hace referencia a orientaciones educativas que brindan el centro de salud) yo no he estado, pero si me dieron una hoja de 3, 4 páginas que las leyerá todas las recomendaciones y yo leí...” Azucena.

Ellas refieren que las Empresas sociales del Estado Subsidiada (EPS'S) a las cuales pertenecen, no tienen oportunidad y eficiencia en la asignación rápida de citas con especialista al referir demoras en su atención, pues son gestantes de alto riesgo; orquídea lo relata así:

“... Yo deje una orden para una cita con el especialista el 30 de Julio, y mire que apenas me la entregaron antes de ayer que para el miércoles 12 de septiembre, se demoraron todo el mes de Agosto y supuestamente era prioritaria...”

En contraste con la experiencia no grata vivida por algunas de las gestantes, se encuentran entre estas mujeres algunos testimonios favorables hacia el acompañamiento del personal de salud, especialmente de un profesional médico que trabajó en la región. Ellas mencionan dentro de sus experiencias gratificantes la compañía y la atención brindada por él, pues se mostró cálido e interesado por la salud de ellas. Así mismo es importante resaltar que algunas gestantes prefieren tener el control prenatal con profesionales del género femenino que masculino, ya que refieren vergüenza y pena al momento del examen físico.

De igual forma el apoyo constante de su compañero sentimental y su familia desde el inicio hasta el momento del parto es vital durante los 9 meses de gestación. Lo que redundaría en el bienestar de la diada madre-hijo.

“...pues mi familia reaccionó bien cuando se dieron cuenta del embarazo porque dijo que ya estaba en edad y entonces no me dijeron nada y me apoyaron...”

Flor

“... Él dice, sea niño o sea niña está muy feliz y ahora más que todo que dicen que es niña pues está súper contento, y él me ayuda mucho, me cuida hasta pa’ bajar una olla, el me colabora muchísimo, es buen marido gracias a mi Dios”

Azucena

Lo que concuerda con estudios basados en la evidencia de la organización panamericana de la salud en el cual el acompañamiento de la madre durante el proceso del embarazo, parto y postparto por un familiar o persona de confianza es un derecho de la mujer y le provee apoyo físico, emocional e información adecuada. Además La presencia continua de una persona de apoyo durante la labor y el parto reduce el tiempo trabajo de parto, la necesidad de cesárea, el parto instrumental, la necesidad de medicamentos para el dolor y en el recién nacido mejora la puntuación de Apgar >7 a los 5 minutos⁵⁸

3.5 DOMINIO 3. Las creencias y prácticas culturales que orientan las adaptaciones de la rutina diaria ante el embarazo.

El que hacer del día a día.

Las mujeres de esta comunidad se dedican básicamente a las labores del hogar, (Trapear, barrer, lavar, hacer el almuerzo, cuidar a los niños), también en labores agrícolas como caficultoras, agricultoras y domésticos como trabajadoras en casas

⁵⁸ Ibid.

de familia; que muchas abandonan en el momento del inicio de su embarazo; por lo que le da unas modificaciones a su rutina, la cual inicia levantándose a las 5:30 o 6:00 de la mañana, realizando el desayuno que consiste en el “calentao” o alimentos ricos en carbohidratos como pan, hojaldras, masas de harina, arroz, papas, maduro, y algunas proteínas como carne con grasa y huevo frito. Ellas también preparan sus hijos para asistir a la escuela, los ayudan a bañar, les brindan desayuno y los acompañan desde su hogar hacia su lugar de estudio. Generalmente ellas se levantan temprano debido a que su compañero sentimental, se va a las 6 am a trabajar, aunque muchas refieren aumento del sueño y se vuelven a dormir luego que su esposo se va a trabajar. Posteriormente algunas de ellas a la media mañana 9:00 am consumen café o agua de panela la cual es la bebida favorita de las gestantes, de esta región pues es la más fácil de conseguir, la más económica y la que les provee algún grado de calorías; a menudo la acompañan de masas de harina o pan. Hasta el final de la mañana ellas realizan labores propias del hogar como barrer, trapear, limpiar, lavar ropa, y realizar el almuerzo, el cual se compone de sopas como (sancocho, sopa de cuchuco, pastas, arroz con principio (se refiere al acompañamiento del arroz como por ejemplo: lentejas espaguetis entre otros) y jugo que al igual que todas las bebidas que consumen es realizado con agua hervida pues ellas relaciona el agua de la “llave” que viene del acueducto o del aljibe como nocivo para su bebe al referir que les podría producir alteraciones estomacales o alterar el bienestar fetal. Es importante mencionar que las gestantes cocinan en su mayoría en fogón de leña, solo una en gas y dos en energía. Luego de las dos de la tarde, las gestantes descansan, algunas refieren ver televisión, otras refieren asistir al grupo FAMI (familia, mujer e infancia) de Bienestar familiar (esta actividad se realiza 2 veces a la semana) a la cual, la investigadora tuvo la oportunidad de asistir en dos ocasiones, porque allí se encuentra una madre cabeza de familia adscrita a bienestar familiar donde se realizan actividades tales como pintura, juegos, estimulación fetal y reciben sesiones educativas sobre temas de salud. A las 4 pm

siempre toman “media tarde” que consiste en coladas, jugos, chocolate, acompañados de pan, masas de harina. Cuando las gestantes no asisten a estos encuentros, durante la tarde, descansan, algunas caminan otras simplemente duermen y consumen para la tarde agua de panela, al finalizar de la tarde, a las cinco aproximadamente preparan la comida que al igual que el almuerzo es rico en carbohidratos y grasa, en la espera de su esposo, arreglan su habitación, cuando él llega hablan sobre lo sucedido durante el día, cenan y alrededor de las 9pm se van a dormir.

Finalmente la recreación de ellas, como ya se mencionó, está en la asistencia al grupo FAMI y dejan en un segundo plano las asistencia a bailes o fiestas, bingos o festivales por miedo a alteraciones en el bienestar fetal, pues refieren que la asistencia en la noche, el cigarrillo y el aguardiente que se brinda en esas fiestas podría ser perjudicial, pues puede producirles caídas, alteraciones en el sistema nerviosos central y pulmonar en él bebe. Igualmente, las gestantes que estudian, aplazan sus estudios por temor a dolores fuertes que les producen el hecho de permanecer sentadas por largos periodos, dolores en la cintura, en el vientre y en las piernas que, según ellas, les pueden producir parto pretermino. Así lo refiere orquídea:

“... ahora estuve estudiando pero me toco renunciar, porque pues estar sentada me hace daño, me duele mucho la cintura, y me da mucho dolor bajito y entonces como tengo que estar en reposo y es que no puedo ni caminar y entonces tengo que cuidarme porque es muy peligroso, pero ya cuando salga igual la vida sigue...”

“La embarazada debe comer por dos”

La alimentación de las gestantes en la comunidad se basa específicamente en productos propio de la región (papa, yuca, plátano, arroz, café). Durante la gestación continúan consumiendo los mismos alimentos pero en mayores cantidades, entre ellos tenemos la ingestión de frutas como (papaya, uva, manzana fresa y sandia). El consumo de leche, la cual prefieren consumir entera, extraída directamente de la vaca porque dicen que es de mejor calidad y que tiene más vitaminas que la procesada y vendida en bolsa, además que ayuda para evitar la carencia de calcio durante la gestación. El Aumento del consumo de la bebida “pony malta” y agua con panela en la gestación, que para la comunidad es una práctica frecuente, pues refieren que les provee de vitaminas y constituye una fuente energética muy importante para el embarazo y crecimiento de su bebe, a diferencia del consumo de agua que lo realizan con poca frecuencia pues refieren que no posee vitaminas que ayudan al bienestar del bebe. La percepción de las gestantes es que entre más abundante sea la alimentación más sana será la gestante y su bebe, o que se debe “comer por dos”. En cuanto a los alimentos que menos consumen, se encuentran las verduras, pues refieren que no son bien toleradas. La evidencia nos muestra que el aumento adecuado de peso materno ayuda a proteger la salud del bebé. Las mujeres que aumentan poco peso corren un riesgo mayor de tener un bebé de bajo peso (< 2,500 g), las mujeres que aumentan demasiado corren un riesgo mayor de tener un bebé prematuro o un bebé macrosómico. También estas mujeres con sobrepeso pueden desarrollar complicaciones de salud como la diabetes e hipertensión.⁵⁹

Las mujeres embarazadas tienen diferentes creencias en relación al consumo de alimentos. Se encontró que seis de las participantes no siguen el régimen terapéutico del consumo de los micronutrientes, algunas refieren que el calcio por ser de gran tamaño les cae mal, otras manifiestan que son muchas pastillas para

⁵⁹ Farías Jofré Marcelo, Oyarzún Enrique. Cesárea electiva vs parto vaginal. En: Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile, *Medwave* 2012 Mar/Abr Vól 12. Núm 3

tomar, también refieren náuseas, vómito, gastritis, estreñimiento, aumento de peso. Es evidente que el multivitamínico que más toman ellas es el ácido fólico, referido por ellas como el más importante y más tolerable a la hora de su consumo y “el que desarrolla todo el embarazo”. Ellas desconocen las consecuencias de la carencia de nutrientes como el calcio, el hierro y el ácido fólico que se les suministra como complementos. Además creen que pueden reemplazar los micronutrientes en presentaciones farmacéuticas por alimentos naturales como jugos y frutas. Así lo refieren algunas participantes:

“... mmmm pues la verdad, ahí si no se yo me alimento bien y todo, pues yo remplazo las pastillas tomando mucho jugo de mandarina, de naranja, de durazno o esta de curuba...” Azucena

“... yo me tomo las pastillas pero de vez en cuando, porque me cae pesado, me tomo las más chiquitas, las rojitas del fósforo que son las más importantes...” Orquidea

Elizabeth Somer, autora de *Nutrition for a Healthy Pregnancy* (Nutrición para un embarazo saludable). En ese estudio ella refiere que los enormes cambios hormonales por los que pasa una mujer durante el embarazo, pueden tener un impacto muy poderoso en sus sentidos del gusto y el olfato, por lo que es muy frecuente encontrar los “antojos” o “asco”. Esto se corresponde con los hallazgos al respecto en ésta comunidad, en donde se encontró el aumento del deseo por consumir comidas rápidas como perros calientes, hamburguesa, chorizos, salchichas. Azucena lo refiere así:

“... y yo me antojaba mucho ¡ay! Que cosa tan horrible, jejeje, yo me antojaba casi de todo, yo comía mucho esos chorizos, esas salchichas, todo eso y yo digo que fue más que todo por eso y subí mucho de peso y también por las vitaminas...”

Las mujeres embarazadas tienen diferentes creencias en relación al consumo de alimentos. Ellas manifiestan que deben consumir de todos los alimentos para que así mismo él bebe los tolere cuando nazca; excepto algunas creencias que tienen como que “el consumo excesivo de ají” produce alteraciones oculares y conjuntivitis en los bebés, “el consumo de perejil” produce aborto, “el consumo de grasa” aumenta el colesterol; “el consumo de alcohol” produce daño en las neuronas del bebé y dependencia al alcohol del mismo en el futuro. De igual forma durante la gestación consumen la “pepa de aguacate” en agua de panela para aliviar la gastritis; cuando ellas sienten debilidad consumen una gallina vieja refiriéndose a las gallinas que ya tienen más de 4 años de vida, para que les ofrezca calorías y fuerza durante el embarazo; así lo refiere Rosa:

“...Pues ella (se refiere a la partera) me recomendó para la debilidad que tenía, que me comiera una gallina bien vieja, pues uno a veces tiene gallinas y le da pena matarlas, y se vuelven viejas, de esas...para que volviera a coger ánimos, si una gallina que tuviera harta sustancia y que la dejara hervir harto...”

Evitar exponerse al “ECLÍ”

En la época prehispánica se creía y aún en algunas comunidades, se cree que un niño que nace con manchas, malformaciones o sin algún miembro, es por consecuencia del fenómeno conocido por ellos como Tonatiuhualo o “Sol comido”, como llamaban a los eclipses solares algunos pueblos indígenas. Otra interpretación sugiere que se creía que durante un eclipse de sol tenía lugar un duelo entre el sol y la luna. Como resultado de esta confrontación, uno de estos dioses vendría a la tierra a devorar parte del tonalli (o sombra) del producto en desarrollo dentro de la mujer embarazada. Los efectos del ataque serían evidentes

al nacer la criatura, cuando sería posible observar en su rostro las huellas de la agresión.⁶⁰

Estos mitos ancestrales se han perpetuado en algunas comunidades indígenas y mestizas de la región andina. Las gestantes de este estudio, son mujeres campesinas que conviven en comunidades indígenas de los cuales han aprendido algunos mitos y prácticas. Todas las gestantes del estudio se refieren al eclipse como un fenómeno de la naturaleza, del sol y de la luna que es riesgoso para el embarazo cuando la mujer sale de su casa o trabaja y se expone a él. Es interesante ver como las mujeres entrevistadas hablan del “ecli” como si fuera un evento frecuente, sin ninguna relación con estos eventos naturales anunciados por el observatorio astronómico nacional. Parece ser que ellas hacen una interpretación propia de los cambios en el sol y la luna, es así como una de ellas describe las características de un eclipse de luna que se asimila a la fase lunar de luna llena. Las consecuencias del eclipse para el embarazo, según las participantes, son: abortos, parto pre termino, manchas en la piel, por lo tanto ellas evitan salir a la calle cuando el “sol esta puesto o cuando hay luna llena.

“...usted no ha visto el ecli del sol, el ecli del sol casi le hace perder el bebe a mi hermana y mi cuñada perdió la bebe; y a mi prima le hizo venir el bebe de 3 meses. a veces cuando esta el sol, el hecha la luna al medio y hace una bola alrededor azul, el color del arco mejor dicho entonces es malísimo y más que todo que uno se cuide del ecli haciendo sol, es mejor no salir...” Azucena

⁶⁰ Castro R. La lógica de una de las creencias tradicionales en salud: eclipse y embarazo en Ocuituco, México. Salud Pública de México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10637408>. Fecha de consulta: 17 de enero de 2014.

“...cuando salían esos eclipses así como arcoíris era que decían que de pronto era malo, era como que le salían lunares a los niños, lunares, en eso era en lo único que me cuidaba, de resto salía norma, todo fue normal...” Margarita.

“...Que no ha pillao que al sol se le hace como una arcoíris así alrededor, que ese es eclipse y que si uno se asolea así que bien le cogen dolores bajitos y se le viene el bebe, es la creencia de las abuelas, yo creo que si es verdad, eso p dolorcito por que justamente ese día que estaba barriendo el patio que estaba hablando con usted , eso me agarro un dolorcito, yo me agarre a mirar así el sol me coloque unas gafas oscuras cuando claro ahí estaba el arcoíris y me acosté y estuve mala mala ayy Dios...” Rosa

“... cuando hay eclipse de luna la misma cosa un arcoíris gigante alrededor de ella” Rosa

La sobada como práctica para acomodar él bebe por nacer.

las mujeres acuden a la práctica cultural de hacerse sobar por la partera para posicionar el feto para el nacimiento ya que creen que ayuda a que adopte la posición cefálica para poder pasar por el canal vaginal, las gestantes lo realizan a partir de los cinco meses de gestación hasta cuando el bebe esté a término, pocos días antes del parto unas dos o tres veces, acuden específicamente a la partera (o) de la región, a quienes le confían su vientre, lo cual en el mundo es conocido también como versión externa. Según la OMS la versión externa es utilizada para evitar el parto en presentación podálica. De los estudios clínicos de la versión cefálica externa en embarazos a término, todos excepto uno lograron una reducción significativa en los índices de parto en presentación podálica. Cuando la versión cefálica externa se realiza a término, el índice de presentación no cefálica al nacer es menor que el índice del grupo en el que no se intentó la versión

cefálica externa (32.6% frente a 78.3%).⁶¹. La práctica del sobarse el abdomen grávido, la realizan también estas mujeres cuando sienten que el feto esta “encajado” o está posicionado hacia uno de los costados de la madre lo que les causa sensación de pesadez y molestia y cuando las soban sienten alivio de la presión del feto sobre el abdomen y menor dolor en las piernas. Los elementos empleados para las sobas van ligados de acuerdo a la creencia de cada gestante en los cuales encontramos aceite Johnson, aceite de almendras, crema de manos, aceite del milagroso (aceite bendecido), infundía de gallina negra ya que para la comunidad se considera un aceite caliente importante en la labor de parto pues referían que si el bebe recogía mucho frio el día del parto era “*muy sufrido*”. Azucena lo refirió de la siguiente manera:

“.....los últimos días que estaba con dolorcitos ya vino (se refiere a la partera), y me sobo la otra señora, claro yo sentí un descanso era una cosa tan horrible porque yo sentía que me chuzaba por acá (la mujer se lleva la mano a la parte baja del lado derecho del abdomen) y por acá (la mujer se lleva la mano a la parte baja del lado izquierdo), ya la señora pun, pun , pun pun me sobo, me arreglo, dijo que la bebita estaba mal y yo le dije ve pues qué raro porque yo el jueves me hice sobar de doña Irene y me dijo: si no hay que coger y maquiarle...”

“... A mí me hicieron la primera ecografía en Popayán y el doctor me dijo que el niño estaba bien, estaba normal, pero más sin embargo yo me hize sobar como tres veces y ese sobandero me decía que sí, que él bebe estaba normal pero muy grande...”

⁶¹ Ledesma R. Versión cefálica externa para el tratamiento de la presentación podálica: Comentario de la BSR (última revisión: 13 de marzo de 2006). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Bebidas a base de hierbas como practica complementaria a el cuidado de la salud.

Tomar aguas hechas a base de hierbas para acelerar la dilatación y mejorar el parto son prácticas culturales que se observa muy frecuente en la comunidad, las gestantes nombraron aguas y plantas de canela, café, cebolla y ruda de la misma manera utilizan las aguas aromáticas de yerbabuena, limoncillo, linaza y manzanilla para curar o prevenir “vientos” que ellas manifiestan cuando aparece un dolor en algún lado del vientre

“...cuando ya esté con los dolores me han dicho pues de tomar agua de cebolla, que el agua de cebolla uno dilata rápido o sino de ruda...” Rosa.

“...Pues si porque a veces uno está así y cuando hay dolor a los lados dicen que es un viento entonces uno se toma un agua calientica y le quita a uno, agua calientica de las hierbas, de manzanilla, tomaba de limoncillo, de yerbabuena todas, así uno las toma para eso, para el daño de estómago para que se aviente...”Romelia.

Evitando trabajos pesados

Las mujeres refieren realizar ajustes a sus rutinas diarias una de ellas es alejarse del trabajo agricultor para así evitar realizar trabajos que les impliquen grandes esfuerzos físicos, que ponga en riesgo su vida o la de su bebe como por ejemplo evitar alzar objetos pesados, agacharse, coger el “foco” para recolectar café, ir a traer leña, así mismo, lavar cobijas pesadas, realizar oficios como trapear y barrer son causas para presentar partos pre termino, aborto y dolor bajito. Es así como lo refieren las gestantes.

“...Mas que todo dejé de ir a trabajar, yo deje de trabajar desde que estaba en embarazo y me fui para la casa...” Clavel

“... ¡Jummm!, si no que teníamos un trabajo para irnos, que a mí me tocaba que ayudarle a él, y cuando en esos días salí en embarazo y ¡ya que!, no nos pudimos ir nada y ya cuidarme... no hay de otra...” Azucena

“... Yo dije este año me voy por alla por Chinchiná a coger café, jejeje, noo... me quede con la gana dijo... por que no pude ir, me tocó fue quedarme acá...” Rosa.

Es importante resaltar que la actividad física de la mujer gestante es muy limitada, aunque muchas refieren caminar para también así facilitar el trabajo de parto; otras refieren que por el incremento de peso que presentan, las labores del hogar, el cuidado de los demás niños desencadenan un fuerte cansancio físico y mental, además de dolor en el vientre lo que les dificulta caminar o realizar algún tipo de ejercicio físico. Así lo refiere Azucena:

“... yo no podía andar, y si me sentaba allá ajuera un rato con mi mamá a lo que me paraba el dolor aquí (se lleva la mano hacia la parte baja del abdomen) era tremendo, tenía que estar era acostada, acostada y acostada...”

Estas prácticas de evitar trabajos pesados están acordes con las recomendaciones hechas por la medicina occidental, que en nuestro caso colombiano, están descritas en la guía de detección temprana de alteraciones de embarazo del Ministerio de la Protección Social: factores de riesgo en la gestación

(ocupación, esfuerzo físico, carga horaria entre otros) ⁶². Al igual que evitar los oficios pesados, es importante para ellas, descansar en varias ocasiones durante el día, no exponerse demasiado al sol y evitar largas caminatas.

“...No, ya cuando tenía siete meses, empecé que no podía salir, porque si iba, si a mucho de aquí al parque, ya era como si él (se refiere al bebe) se me quería salir, y yo tenía que apretar las piernas y sentarme por ahí en cualquier parte y regresarme pa’ aquí la casa, y yo venía y me recostaba y se me quitaba...”

Azucena

“...Yo barría, cocinaba, lavaba todos los días porque yo decía, que se me amontonaba y entonces con cinco o seis prendas que lavara el dolor (se lleva la mano al abdomen) era horrible y me hacía llorar, tenía que acostarme, imagínese que a veces como no jabonaba, dejaba amontonar, cuando un día estaba mal, enferma y al otro día me tocaba lavar...”

El coito en la gestante como práctica sexual: entre mitos y realidades.

En cuanto a la actividad sexual algunas de las gestantes manifestaron haber tenido relaciones sexuales al principio de la gestación y luego se abstuvieron por miedo a ocasionar daño al bebe; ellas piensan que pueden producir alteraciones en el bienestar fetal o en su anatomía; además dicen que la relación sexual les produce incomodidad, dolor y miedo. Manifiestan también que el personal de salud les recomienda abstenerse de la actividad sexual cuando hay dolor bajito o riesgo de parto pre término. Al respecto algunas gestantes dicen:

⁶² COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Guía de detección temprana de alteraciones del embarazo

“.....Durante los primeros meses no me daba miedo, pero ya luego me daba miedo tocarle la cabecita con las relaciones ...” Margarita.

“.... Me da miedo tener relaciones porque luego machuca al bebe, mucho esfuerzo... ¡y noo...!” Clavel.

Los ritos religiosos y la fé, se mantienen y fortalecen con el embarazo.

Las gestantes de la comunidad son creyentes en Dios, católicas asistentes a ritos religiosos como la eucaristía cada ocho días, rezo del rosario el cual consiste en reunirse con la familia en casa o la iglesia y en cinco ciclos rezar 50 avemarías, 5 padres nuestro, 1 credo en Dios padre; durante su estado de embarazo, su fé continua intacta. Todo lo relacionado a la salud, bienestar y sucesos de la vida cotidiana de la gestante, el bebe y su familia así como las cosas materiales son atribuidas a Dios:

“...Yo de por sí he sido muy devota a Dios, siempre he tenido a Dios ahí, ahora es igual... hasta más creo yo, porque me encomiendo mucho más a Él...”Rosa.

Preparando la casa antes de la llegada del bebe.

Como lo refiere Romelia, la gestación es la “felicidad de la mujer”, ellas piensan que el embarazo es una bendición de Dios, si éste es planeado, ya que es en ese momento, cuando se cuenta con todo lo “necesario” para traer él bebe al mundo, destacando el apoyo familiar y de pareja, la estabilidad económica y preparación psicológica.

En relación a lo anterior, una gran proporción de gestantes refiere que no planificaba antes de embarazarse, otras, refieren fallo del método anticonceptivo, como el DIU (dispositivo intrauterino) y los anticonceptivos orales combinados y otra gestante refirió que no tuvo dinero para la compra del anticonceptivo inyectable, luego de que su EPS no se la entregara al haber problemas con su afiliación.

Así lo refiere una gestante:

“...pues o sea, yo pienso que cuando él bebe es planeado, pues si es muy lindo y todo pero para mí tercer bebe que no lo fue, eso fue horrible, pues yo estaba sola trabajando, tenía muchos planes y pues metí “las de caminar” y ya que... pues me toco tenerlo porque más podía pasar...” Azucena

A medida que el embarazo avanza, las gestantes, inician una serie de modificaciones que como ya se describió anteriormente modifican la vida de la mujer, aumentando los cuidados a sí misma y a su bebe en espera. A pesar de las alteraciones durante la gestación, ellas nunca dejan el “oficio” refiriéndose a éste como labores del hogar (trapear, barrer, cocinar), transmitido de generación en generación a través de madres, y abuelas, y que prolongan hasta el final del embarazo, lo cual es muy resulta ser muy importante para las gestantes de la comunidad quienes realizan el arreglo de su casa hasta unas horas antes de dar a luz; ya sea en el hospital o en la casa, asemejándose a las aves quienes preparan su nido para colocar y alimentar a sus crías. Así lo refieren algunas gestantes:

“... si pues cuando ya estoy a punto de tenerlo pues yo cojo, me baño, me agarro a asear la pieza, yo barro porque uno como que se desespera, dejo todo acomodado y estoy haciendo el almuerzo a pesar de que me esté doliendo, igual sigo haciendo el almuerzo o sino me pongo a pasearme y me baño y me salgo al sol, pero cuando yo veo que de verdad es hora me voy con mi compañero para el hospital...” Clavel

“... Y eso que la partera de acá arriba me dijo que tuviera él bebe en la casa, y que arreglara la casa...que ella había sacado a muchas mujeres me dijo otras cosas al respecto... pero yo...nooooo!! que tal pase algo y me complique y me tengan que abrir la barriga, al menos en el hospital saben que hacer...” Orquídea

4. DISCUSIÓN

De acuerdo a las características sociodemográficas de las mujeres participantes del estudio y los hallazgos encontrados; la mujer campesina posee una serie de factores de riesgo y factores protectores para el embarazo, si hablamos de factores de riesgo, en el estudio se encontró que todas estaban catalogadas como embarazo riesgoso dentro del control prenatal, lo que las hace más vulnerables a presentar complicaciones. Uno de los factores principales que se encontraron al inicio de su embarazo se relaciona con que éste no haya sido deseado; según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, sólo el 48 por ciento de los embarazos y nacimientos ocurridos en los últimos cinco años han sido deseados, un 30 por ciento lo quería pero más tarde y un 23 por ciento lo reporta como francamente no deseado⁶³. El 80% de las usuarias gestantes participantes respondieron que no deseaban embarazarse en éste momento. Ésta situación influye en la decisión de ellas buscar redes sociales de apoyo dentro de su misma comunidad antes de acceder al hospital local.

Dentro de los factores protectores se evidencian las maneras de cuidar su embarazo; maneras que han sido enseñadas a través de las generaciones (madres, abuelas, suegras). De acuerdo al estudio de Lafont⁶⁴ en Córdoba Colombia, las comadronas son mujeres mayores de la comunidad que han recibido el legado de sus madres y abuelas para cuidar de las embarazadas de la comunidad, tienen el conocimiento del cuidado genérico de la mujer embarazada, cuentan con una gran aceptación y credibilidad en la comunidad y para las mujeres embarazadas es indispensable consultarlas durante el período gestacional para estar seguras y tranquilas con respecto a la evolución de su

⁶³ Encuesta Nacional de demografía y salud. ENDS 2010, principales indicadores DISPONIBLE EN: : www.profamilia.org.co/encuestas

⁶⁴ Ramos Lafont Claudia. Prácticas culturales de cuidado de gestantes indígenas que viven en el Resguardo Zenú ubicado en la Sabana de Córdoba. Universidad Nacional de Colombia. 2011.

embarazo y el bienestar de su hijo; el tratar de imponer otros cuidados no reconocidos por ellas puede generar choques culturales y reacciones no beneficiosas, como el apartarse de los profesionales de la salud. En este trabajo se evidencia como las mujeres de la familia y las allegadas con experiencia en atención a la mujer en gestación, rodean a la materna para dar respuesta a sus temores, expectativas y constituyen su red de apoyo, tanto así que unos de los factores que determinan la no asistencia a la institución de salud, es la credibilidad que las gestantes tienen hacia las personas “más expertas” de la comunidad. Por tal motivo el cuidado que las comadronas brindan a estas mujeres debe fortalecerse en busca del bienestar de las mujeres embarazadas de la comunidad y en busca de conservar el cuidado cultural benéfico y de alcanzar un cuidado de enfermería culturalmente congruente para la salud.

La no asistencia al control prenatal es uno de los factores más riesgosos durante el embarazo; el estudio nos refiere que la gran mayoría de las gestantes participantes son inasistentes, en primer lugar por el arraigo y la creencia que tienen a las mujeres más expertas de su comunidad; ellas no ven la necesidad de asistir al médico y esto también lo refieren cuando hablan de la falta de humanización del personal asistencial en la atención de las gestantes. Otro factor detectado en el estudio es la larga distancia por recorrer entre la vivienda y el hospital local lo que hace que la embarazada se sienta mejor con un control realizado por un líder ancestral de su propia comunidad. Pecora y col.⁶⁵ en el artículo: control prenatal tardío ¿barreras en el sistema de salud? evidenció que los principales factores para la no acogencia a los controles prenatales son: En un 33% por que no consiguió turno, 19% realizó algún control previo en un centro de

⁶⁵ Pécora Alicia Y Col. Control prenatal tardío: ¿barreras en el sistema de salud? Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol. 27, núm. 3, 2008, pp. 114-119, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá Argentina. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91227304>. Consultado el : 23 de mayo de 2014.

salud u otro establecimiento, 13% por razones laborales, 11% por atención a otros hijos, 9% por la distancia, otro 9% por desconocimiento y sólo 6% por razones económicas.

El temor, es un sentimiento que se desarrolla en la gestante, al realizar una mirada hacia el futuro, el temor a morir, a la cesárea, a las complicaciones que pueda presentar su hijo durante el embarazo y parto constituyen un cumulo de emociones negativas que se convierten en ansiedad. Es así como para ellas el evitar tener relaciones sexuales, cuidarse del eclipse y de tomar bebidas alcohólicas, realizarse los sobos y seguir las indicaciones de las mujeres con experiencia en la comunidad, es el bálsamo que ayuda a solventar los sentimientos negativos de las gestantes en la comunidad. Farkas y Santelices⁶⁶ en su estudio consideran que dentro de los temores y preocupaciones experimentados durante el embarazo se encuentran 5 subcategorías. La primera hace referencia a el temor de la usuaria a la pérdida del bebe, la segunda a la preocupación de problemas en él bebe por problemas en el embarazo, la tercera por preocupación a lo desconocido, también por alteraciones en el bebe por características de la madre y finalmente la preocupación por dañar al bebe. Estos aspectos no están ajenos a la realidad de la mujer gestante Moraleña participante.

La percepción y pensamiento de las usuarias gestantes frente al acompañamiento de la pareja y familia en el embarazo va directamente relacionado al modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) declarada por UNICEF, en la cual se estimula la participación de la pareja y de la familia para satisfacer las necesidades de la mujer en cada etapa del embarazo y luego del nacimiento del

⁶⁶ Farkas Chamarrita, Santelices María Pia. Estudio de las preocupaciones asociadas al embarazo en un grupo de embarazadas primigestantes Chilenas. SUMMA Psicológica UST 2008, Vol.5, Nº 1, 13-20.

bebé, promoviendo en todo momento su ayuda y colaboración. En el momento no se cuenta con el favorecimiento al acompañamiento constante de la gestante. La OMS indica que la presencia continua de una persona apoyo durante el último trimestre del embarazo y en el parto reduce la ansiedad, trabajo de parto, la necesidad de cesárea, el parto instrumental, y la necesidad de medicamentos para el dolor. En este sentido se observan aún limitaciones puesto que el acompañante que la mujer puede elegir tiene restricciones para estar durante la hospitalización de estas mujeres en el trabajo de parto y en el parto.

Ahora bien, para finalizar y dar un resumen de los hallazgos, es preciso mencionar que en este estudio se encontraron valores culturales y prácticas de las gestantes para el cuidado de sí durante su embarazo, similares al estudio realizado por Vázquez y Argote⁶⁷ en Cali sobre *la desesperanza del desplazamiento: un hijo sano, el mayor anhelo de la mujer gestante*, pues presenta algunos hallazgos similares a los de éste estudio relacionados con la importancia de traer un hijo sano al mundo, el arraigo por las prácticas tradicionales visualizadas a la madre, a las tías y a muchas mujeres de la región, la credibilidad por el sobo para “procurar que el niño se acomode bien”, es decir con la cabecita “boca abajo”; los factores protectores como el “evitar hacer una mala fuerza” y el cambio de ocupación por uno más “suave”; la creencia “alimentarse bien” sin exceso ; y la idea de “transmitir seguridad y bienestar al hijo” cultivando la colaboración y el apoyo familiar.

⁶⁷ Argote, Luz Ángela; Vázquez, Marta Lucía. Ante la desesperanza del desplazamiento: un hijo sano, el mayor anhelo de la mujer gestante. Disponible en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/xmlui/handle/10893/4239>

La teoría de Madeline Leininger muestra la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, y el cómo las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientación a los profesionales de la salud para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás. Dentro de esta investigación se logra identificar los mencionados cuidados culturales de la salud materna que se prodigan las gestantes pertenecientes a una comunidad campesina en un Municipio del departamento del Cauca, pues a pesar de los avances de la ciencia y de la tecnología actual, continúan practicando sus creencias ancestrales, que determinan los cuidados para la salud autóctonos que pueden generar dos situaciones: la primera es que pueden potenciar la salud y la sensación de bienestar en las gestantes y la segunda es que se pueden convertir en factores que causen complicaciones o alteraciones en la salud del binomio madre-hijo. Es así que a la luz de la teoría de Leininger y con los hallazgos encontrados podemos clasificar estos cuidados culturales de esta comunidad estudiada en: cuidados que se pueden preservar, cuidados que por tener algún potencial de riesgo se deben negociar y otras prácticas culturales alrededor del cuidado durante el embarazo que por ser lesivas se deben reestructurar.

4.1 Negociación de los cuidados culturales.

Todo lo que ha creado el ser humano es el producto de su genio y de su creatividad; y todo ese conocimiento adquirido y las habilidades desarrolladas se han transmitido, mejorándose de un individuo a otro y de generación en generación;⁶⁸ preservando las creencias prácticas y actitudes para la sobrevivencia de los seres humanos y enriqueciendo a un ser ancestral en cuidados culturales que se convierte en el guía de la comunidad; es así como se

⁴⁸ Colucci Ana Laura. La vulnerabilidad del Patrimonio Cultural de los pueblos. Disponible en línea: <http://www.monografias.com/trabajos28/vulnerabilidad/vulnerabilidad.shtml?monosearch#ixzz2wWq7rb7>

a Consultado: 23 Febrero de 2014

observa en este estudio que las creencias y prácticas de las gestantes de la comunidad están guiadas por sus ancestros a través de personajes importantes como lo son las mujeres mayores o con “experiencia” (madres, abuelas, suegras, parteras y líderes del lugar) quienes aconsejan, educan y apoyan a las mujeres más jóvenes en cuanto a su embarazo, parto y puerperio, por lo que la negociación radica en la importancia de complementar sus saberes con los cuidados médicos y de enfermería para evitar alteraciones en el embarazo. Éste primer acercamiento de negociación se ha venido realizando con éxito a través de reuniones en las veredas y corregimientos sobre información y educación dirigido a parteras y líderes comunitarios en el manejo del binomio, atención prenatal e importancia de la remisión inmediata ante la presencia de signos de alarma; se han realizado por parte de la ente hospitalaria y la Alcaldía incentivos a parteras por cada materna que lleve al parto institucional y a madres que tengan a su bebe en el hospital.

El primer momento de contacto con la materna, en las visitas domiciliarias, brigadas de salud y consulta en el hospital, constituye el momento perfecto de negociar los cuidados a brindar durante el proceso de gestación, consistentes en la importancia de la asistencia a los controles prenatales por el profesional de salud, seguidos de los controles realizados por las mujeres parteras, de igual forma a las ecografías para identificar la posición del bebe concomitante a la realización de los sobos, que en proyección desencadenan y escriben el final del embarazo, Pues son ellas, las gestantes quienes por educación, las buenas o malas experiencias vividas, deciden el mejor camino para garantizar su salud y la de su bebe, Ésta negociación de los cuidados culturales exige al enfermero asertividad en el sentido de saber jugar con las creencias y prácticas que tiene las gestantes y poderlas encaminar hacia un parto seguro y feliz. Una de las limitaciones que se han experimentado en la comunidad consiste en la atención deshumanizada brindada por el personal de salud y administrativo hacia las

gestantes, que ha sido documentado en este estudio y que desencadena rechazo a la atención institucional del parto y a los controles prenatales. En muchas ocasiones todo el trabajo bien hecho en campo es entorpecido a nivel institucional por personal que no conoce las tradiciones y que no se esmera por saberlas.

Otro aspecto importante a negociar es la sexualidad para la gestación, El acto sexual es visto para ellas como un tabú, pues según su creencia, si se realizaban se convertía en un riesgo para sí misma y el bebé; ellas refirieron que durante la actividad sexual se podían presentar: “dolor bajito” aborto, parto prematuro y “*aplastamiento hacia la cabeza y cuerpo del bebé.*”. González en el 2001⁶⁹, Guarnizo y Pardo⁷⁰ en el 2011 expresan que los cambios que se producen en la mujer gestante afectan, cambian y modifican todo su ser biosicossexual lo que trae también cambios en la sexualidad femenina, la protección la mujer por su naturaleza de cuidadora y más aún en estado de gestación habla de cuidarse para favorecer la evolución de la gestación y salvaguardar el bienestar del hijo por nacer, el miedo y la satisfacción. En el hombre, se reportan algunos cambios, como por ejemplo la disminución del interés sexual al final del embarazo, o incluso antes, de forma involuntaria y sin razón consciente, con excepción del miedo a dañar físicamente al feto o a la mujer, y no con poca frecuencia en relación con la prohibición por el médico. Por lo tanto esta práctica de actividad sexual se debe negociar, durante las actividades a realizar con las gestantes en el curso de preparación para un parto feliz, en los controles prenatales en la educación dada a los líderes comunitarios, parteras y mujeres mayores teniendo en cuenta que algunas prácticas sexuales no interfieren con el desarrollo del bebé,

⁴⁹ González Ignacio; Miyar Emili. sexualidad femenina durante la gestación, En: Rev Cubana Med Gen Integr 2001; Vól 17(5):p. 497-501

⁵⁰ Guarnizo Mildred, Pardo MP; El significado de la sexualidad durante la gestación. AV.Enferm.,2011 vol. 2. p. 294-306

y por lo tanto se puede disfrutar sin producir daño, y aquellas que si interfirieran en el proceso, son dadas a conocer inmediatamente por el profesional de salud.

4.2 Prácticas culturales de reestructuración

El estilo de vida de las mujeres en gestación cambia desde el momento en que identifican su embarazo, modificando la alimentación, incrementando el consumo de grasas, carbohidratos, refiriendo que la embarazada debe “comer por dos” triplicando su peso al final de la gestación, disminuyendo el consumo de verduras, café, ají y durante el desarrollo del embarazo retirando el consumo de micronutrientes, refiriendo, náuseas, vómito, y atribuyéndole la causa del aumento de su peso a su consumo. Uno de los aspectos a mejorar durante la etapa, es la educación brindada por el personal de salud hacia las gestantes en el cual se indique sobre una nutrición adecuada y saludable

La recreación de la gestante durante su periodo de gestación disminuye, especialmente en el último trimestre, ellas refieren no recrearse por miedo a caídas, dolor bajito de espalda y de piernas; durante el día por el sol “miedo al Eclí” al igual que en la noche “eclipse de luna”. Los cursos de preparación para el parto y las reuniones con madre FAMI pueden ser los lugares más cercanos para ellas acceder a las actividades recreativas y en donde se puede educar para la reestructuración de estos cuidados encontrados. La educación continua y demostración de conocimientos con hechos a los líderes, parteras y gestantes ayudan al cambio de cosmovisión que tiene entorno a sus propios saberes

Algunas gestantes en búsqueda de su salud y al no encontrar respuestas a sus expectativas y temores, como medida desesperada acuden a médicos particulares, tradicionales, y al consumo sin ninguna precaución de medicamentos y bebidas naturistas, que en algunos casos les podría llegar a producir alguna alteración a sí misma y a sus bebés. Éste caso al parecer es uno de los hallazgos más relevantes, que se deben reestructurar con las gestantes y su comunidad

durante los encuentros mensuales en sus veredas, en las consultas médicas y por medio de estrategias de información, educación y comunicación.

Las gestantes perciben que las instituciones y las entidades prestadoras de salud les brindan una atención superficial, con carencias educativas y con personal de salud poco asertivo hacia la atención de las gestantes, refieren demoras en la atención para asignación de citas con especialista, temores hacia los controles prenatales, ecografías, atención de parto y hospitalización, en respuesta a las experiencias negativas anteriores vividas por sí mismas y sus familias, sin embargo ellas reconocen y felicitan la atención brindada por parte del personal del profesional de enfermería y auxiliar, los administrativo (facturadores, vigilantes,) y personal de servicios generales lo que concuerda con el estudio realizado por Quintero y Col.⁷¹ en el cuál la actividad educativa, brindada por enfermeras fue la de mayor transcendencia en las políticas de promoción de la salud y la prevención de complicaciones materno-fetales. La humanización de los servicios conformada para la acreditación de las instituciones hospitalarias debe lograr el cambio de actitud del personal de salud entorno a la atención de la población en general especialmente las gestantes. En la institución hospitalaria se ha venido realizando capacitaciones en relación a la atención humanizada de gestantes receptiva por el personal asistencial, el problema radica cuando el cambio de personal es frecuente por lo que en la inducción al personal nuevo debe de reforzarse y la capacitación y sensibilización debe ser constante.

4.3 Prácticas culturales de conservación o mantenimiento

⁵⁰ Quintero Alba y Col. Percepción de gestantes acerca de la calidad del control prenatal en una empresa de salud del estado de Pereira. Memorias XX Coloquio de investigación en enfermería, Pereira, Junio 2 y 3 de 2011

Desde el momento en que las gestantes se dan cuenta de su embarazo renuncian a su trabajo o lo cambian por uno más “suave” en el cual no se agachen, no carguen objetos pesados, o se puedan caer; disminuyen los oficios pesados del hogar y no realizan los desplazamientos hacia otros municipios y veredas. Esta práctica es benéfica y se debe mantener pues los estudios muestran que la actividad física intensa durante el embarazo es contraproducente, además si la mujer se libera de parte del trabajo rutinario, se puede dedicar más tiempo para ella y para el cuidado de su embarazo.

Se debe preservar la actitud de la gestante en la búsqueda permanente del bienestar de sí misma y de su bebe en camino, rodeándose de entidades y personas que le dan respuesta a sus expectativas y temores. Formando la red de apoyo que le provee de ánimo, fuerza y motivación, la cual está constituida por su esposo, madre, suegra, familia y comunidad incluyendo las madres FAMI.

Una de las prácticas culturales más nombradas por las gestantes es la no exposición al sol, por miedo al “ecli” visto por ellas como un fenómeno ancestral en el cual, la mujer embarazada quien se expone al eclipse de luna o de sol esta propensa a presentar partos prematuros, malformaciones y manchas en la piel, por lo cual reducen sus salidas de casa a situaciones específicas o de fuerza mayor para evitar la exposición al sol y siempre que salen lo hacen utilizando medidas de protección solar como gorras, pañoletas, sombrillas, gafas oscuras entre otros. Ésta práctica no reviste ningún riesgo ni daño para la salud, por el contrario se convierte en un factor protector dado que la exposición prolongada al sol puede desencadenar cáncer de piel, y manchas por tal razón esta práctica cultural se puede preservar.

La asistencia a los encuentros con parteras para el “arreglo del bebe en camino” es muy frecuente entre las embarazadas de la comunidad. Las gestantes ven a las parteras como agentes de salud para su gestación, acuden a ellas para “el

sobo”, toma de bebidas a base de hierbas y masajes, éste último como tratamiento no farmacológico para “dolor bajito”, dolor de espalda y piernas que resultan, según las gestantes, siendo las principales molestias en presentarse a mitad y final del embarazo. La práctica del sobo y de masaje suave para la gestante no es una práctica que implique riesgo, pues la gestante, ante la actividad refiere comodidad, disminución de dolor, estrés y tranquilidad, por lo que puede usarse en gestantes de bajo riesgo. Pero, debe reestructurarse en gestantes con patologías que puedan alterar el bienestar materno fetal y en las cuales se debe cambiar el sobo por los masajes relajantes en las regiones musculares, en la espalda, y extremidades evitando la región abdominal.

La conservación de las costumbres benéficas para las gestantes y su bebe se logran cuando hay una continua comunicación entre el personal de salud, la gestante y el líder comunitario quien la atiende, este acercamiento debe ser constante, sin dejar de reconocer la significancia que tienen para la comunidad y motivandolos para que lo siga realizando.

5. CONCLUSIONES

Las mujeres participantes del estudio consideran la gestación como un estado natural en el ciclo vital, el cual es enviado por Dios, causa emociones de acuerdo a las situaciones de vida particulares de cada una y si la gestante cuenta con una familia y pareja como apoyo, el embarazo se desarrolla en las mejores condiciones y sin complicación.

La atención del primer control prenatal, resultó ser el más esperado por las gestantes, pero la falta de educación, apoyo, comprensión, por parte del personal de salud tratante, las dificultades en el transporte, falta de recursos económicos y esperas largas, convierten a la usuaria en una inasistente más a los programas de promoción y prevención.

Las gestantes de este estudio pertenecen a una cultura que está influenciada por la cultura indígena y campesina del sector, para ellas el tiempo y los recursos económicos que invierten para ir a los controles prenatales es muy valorado, por lo tanto deben recibir un trato humano y oportuno del personal de salud y en especial del personal de enfermería de acuerdo con sus costumbres, para que se sientan respetadas y valoradas.

De acuerdo a su cultura, las gestantes determinan lo que sienten, piensan, viven y hacen, en torno a su propio cuidado de la salud. En la investigación, se presentaron factores y actividades, que según lo encontrado podrían llegar a desencadenar acciones de riesgo que aumenten la morbilidad y mortalidad materna y que se convierten en cuidados a negociar o reestructurar por parte de enfermería; como por ejemplo ante la creencia de que la embarazada debe “comer

por dos” el aumento de alimentos ricos en carbohidratos, grasas, azúcares, el no consumo de micronutrientes, inasistencia a los controles prenatales, resistencia a la solicitud de ecografías por miedo al daño del bebe y toma de laboratorios, rechazo a la cesárea ya programada.

Dentro de las acciones protectoras para la salud de la gestante, se encuentra en primer lugar, la búsqueda continua de referentes con experiencia en la comunidad, para dar respuesta a sus temores y expectativas. También el mantenimiento de la espiritualidad, el cambio en las actividades riesgosas en beneficio de si mismas y de su bebe, el conocimiento sobre los signos de alarma a consultar y el fortalecimiento de su red de apoyo familiar y social.

6. RECOMENDACIONES

Uno de los compromisos éticos de esta investigación es dar a conocer los resultados a la entidad de salud, que muestren a los administradores de la salud y personal médico y de enfermería la necesidad de orientar los cuidados y la atención de manera culturalmente congruente, así como la importancia del desarrollo de conocimientos y competencias en transculturalidad para orientar las acciones y las decisiones en busca de respuestas a las necesidades reales de salud de este grupo poblacional.

Se sugiere elaborar por parte del personal de enfermería de la institución, de acuerdo a los hallazgos encontrados en el presente estudio, una ruta de atención durante la visita de la gestante a la IPS y EPS a las que se encuentran afiliada, teniendo en cuenta las principales barreras y oportunidades, para garantizar al ingreso a la institución una atención oportuna, cálida y sin demoras, que incluya consulta de control prenatal médica y por enfermería, reporte oportuno de laboratorios, asistencia a odontología, vacunación, psicología y educación, incluyendo al personal no sanitario.

Sugerir el fortalecimiento del trabajo intersectorial entre la Alcaldía Municipal, la EPS y la IPS para brindar servicios de salud integrales a la mujer gestante, asignar oportunamente las citas médicas y disminuir las demoras de atención.

Se sugiere formar desde el plan de intervenciones colectivas grupos de apoyo y de respuesta inmediata en las comunidades, veredas y corregimientos con la colaboración de la ESE centro uno, IPS indígena, Alcaldía Municipal y Bienestar

familiar para ayudar, educar en aspectos generales del embarazo, signos de alarma y orientar a la gestante durante su embarazo, parto y puerperio, así, como garantizar una consulta oportuna y preventiva, enfatizando en aquellas con mayores factores de riesgo, las no captadas y aquellas con deserción al control prenatal.

Incorporar desde el trabajo comunitario y social a las personas significativas para las mujeres gestantes (mujeres mayores o “expertas”, parteras, médicos tradicionales, entre otros) en la ruta de atención para el seguimiento del embarazo, trabajo de parto y parto para así acercarlos al proceso gestacional, educarlos y formarlos en el curso de preparación para el parto y de esta manera se conviertan en un apoyo efectivo para la gestante y su bebe.

Educar por parte de las universidades e instituciones al personal de salud sobre la humanización y el buen trato hacia la paciente gestante que asiste a consulta, aquella en trabajo de parto y parto, aquella que se acerca al consultorio solicitando información, aquella que se encuentra en su casa, rescatar la ternura, la compasión, el sentimiento como esencial en el ser humano sin lo cual deja de ser humano, empezando por respetar sus creencias y prácticas, ayudar a negociarlas, reestructurarlas y fomentar las que se preservan, para que de esta manera se brinde un cuidado integral, acorde a las costumbres de las mujeres, que genere confianza y bienestar; incluyendo en el proceso a las personas significativas y a los líderes comunitarios quienes como buenos patriarcas y matriarcas acompañan siempre a su comunidad.

ANEXO 1

VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS ENVIADOS AL COMITÉ INSTITUCIONAL DE REVISIÓN DE ETICA HUMANA

Nombre del Proyecto: El cuidado de la salud materna: Creencias y prácticas culturales durante la gestación en mujeres que asisten a control prenatal en una institución de baja complejidad en el Departamento Del Cauca.

Nombre del investigador principal o director del proyecto: Ivett Adriana Herrera Zuleta **Telefono:** 3104322583 **e- mail:** Adrihz87@hotmail.com

Escuela o facultad a al que pertenece el proyecto: Enfermería

Para uso del comité:

Fecha de recibo:

N° de protocolo

Evaluable

Preguntas para desarrollar por el investigador sobre la participación de sujetos humanos en la investigación

Proporcione una descripción detallada de la participación de sujetos humanos incluyendo número, edad, sexo, grupo étnico y estado de salud

Las Participantes serán gestantes de aproximadamente 18 a 41 años asistentes al programa de control prenatal, con etnia campesina en adecuado estado de salud.

Identifique las fuentes de materiales para la investigación propuesta que se obtendrá de seres humanos como muestras clínicas, datos, historias clínicas: Identifique si este material será obtenido específicamente para

propósitos de investigación datos, etc., existentes o tomados para otros propósitos.

El material a utilizar es la base de datos de gestantes existente en el hospital, algunas historias clínicas serán revisadas solo para fines investigativos

Describa Los planes para el reclutamiento de los participantes en el estudio y lo procedimientos para informar y obtener el consentimiento informado ¿qué información será proporcionada al participante potencial? ¿Quién comunicara esta información y obtendrá el consentimiento? ¿cómo se documentara el consentimiento?

Los participantes serán canalizados por intermedio de la asistencia a consulta externa en la ESE centro uno, control prenatal y brigadas de salud, la información será comunicada por el investigador principal y será quien obtendrá el consentimiento el cual será entregado al participante en medio físico.

Describa los riesgos potenciales físico, Psicológicos, sociales, legales u otro y evalúe su probabilidad y gravedad. Cuando sea apropiado, indique tratamiento u procedimiento alternativos que podrían ofrecer ventajas al participante.

Ninguno

Describe los procedimientos para proteger a los participantes de riesgos potenciales y para minimizar los riesgos, incluyendo riesgos de confidencialidad y evaluar su probabilidad de ser efectivos Cuando sea apropiado, indique las medidas para asegurar la provisión de atención médica en el caso de efectos adversos a los participantes. También cuando sea el caso debe indicar las provisiones para monitorear los datos obtenidos en el transcurso del estudio para asegurar la seguridad de los participantes.

El proyecto investigativo se regirá bajo los principio de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, además bajo el rigor metodológico y principio de auditabilidad, transferibilidad, credibilidad, además se diligenciara un

consentimiento informado entre el participante y el investigador priorizando la no revelación de la identidad.

Indique por que los riesgos a los sujetos participantes son razonables con relación a los beneficios para ellos y con relación a la importancia del conocimiento que podrían esperar de la investigación.

No hay riesgos en la investigación

ANEXO N° 2
GUIA ETNOGRÀFICA

Código de la informante:

Edad.

Estado civil:

Origen y procedencia:

Lugar de residencia:

Nivel educativo:

Religión:

Ocupación:

Lugar de residencia:

Régimen de Salud:

EPS:

Personas con las que vive

Antecedentes Obstétricos: G__P__A__C__E__V__M__

(Fecha de los partos, embarazos con CPN, complicaciones en los embarazos, lugar del parto, complicaciones del parto)

Edad gestacional del embarazo actual:

Riesgo Obstétrico:_____

Número de controles prenatales realizados:

1. ¿Qué piensa del embarazo?
2. ¿Cuándo decidió embarazarse?
3. ¿Por qué decidió embarazarse?
4. ¿Cómo se dio cuenta que estaba embarazada?

5. ¿Cuál fue su reacción o sentimientos al darse cuenta del embarazo?
6. ¿Cuál fue la reacción de su pareja y del resto de su familia?
7. ¿Cómo ha cambiado su rutina diaria de actividades después de enterarse del embarazo?
8. ¿Cómo cree usted que se debe cuidar una mujer durante el embarazo?
9. ¿Cómo se cuida usted durante los embarazos?

10. A nivel nutricional

- ¿Qué alimentos come?
- ¿Cuáles piensa que le alimentan más?
- ¿Cuáles alimentos no come y por qué?
- ¿Qué alimentos consume con mayor frecuencia y por qué?

11. En relación con la actividad sexual

- ¿Qué le han comentado con relación a este tema?
- ¿Qué piensa usted de las relaciones sexuales durante el embarazo?
- ¿Considera que se puede tener las relaciones sexuales como antes de conocer que estaba en embarazo o debe haber alguna variación?

12. ¿Qué rituales espirituales realiza usted durante el embarazo y por qué?

13. ¿A qué otras personas consulta usted para cuidarse y recibir apoyo durante el embarazo?

14. ¿Qué manifestaciones de peligro o de riesgo para la vida suya o la de su niño usted conoce?

15. ¿En qué situaciones usted acude al Hospital del Municipio a solicitar atención?.

Anexo 3

FORMATO PARA LA OBTENCION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO ORAL Y ESCRITO

Título del estudio: El cuidado de la salud materna: Creencias y prácticas culturales durante la gestación en mujeres que asisten a control prenatal en una institución de baja complejidad en el Departamento Del Cauca

Investigadores: Alcira Escobar (Asesora), Ivett Adriana Herrera Zuleta (Investigador principal).

Teléfono de contacto: 3103739690- 3104322583

Estimada usuaria:

Le invitamos a participar de un estudio de investigación en el cuál usted formará parte de un grupo de 10 gestantes que se encuentran inscritas en el Programa de control prenatal, de la ESE centro uno Punto Morales; que busca describir el cuidado de la salud materna mediante las creencias y prácticas culturales que ocurren en el período de gestación y hasta 42 días después del nacimiento del bebe. Éste proyecto se realizará en la ESE centro uno punto de atención Morales en el periodo comprendido entre Agosto de 2012 y Agosto de 2013.

El estudio se realizará mediante entrevistas a profundidad y observación no participante, que duraran aproximadamente una hora y donde se recogerá la información suficiente para el análisis. La información recolectada en la investigación será utilizada únicamente para el fin del presente estudio. La

identidad será totalmente confidencial y las opiniones enunciadas en el estudio recogerán la opinión grupal y no individual. Declaramos que si hubiese una nueva información sobre el proyecto de investigación, o si los datos fuesen a usarse en estudios posteriores, usted lo sabrá inmediatamente.

Declaración de consentimiento:

Fecha:_____

Yo _____ identificado con CC. N° _____ en calidad usuaria, gestante y participante de esta investigación declaro que he recibido información suficiente del proyecto: El cuidado de la salud materna: Creencias y prácticas culturales durante la gestación en mujeres que asisten a control prenatal en una institución de baja complejidad en el Departamento Del Cauca.

He leído o me han leído este formato de consentimiento y he tenido la oportunidad de hacer preguntas que me han sido respondidas a entera satisfacción. He recibido copia de este formato de consentimiento para futura referencia. Estoy de acuerdo y con plena libertad de participar en este estudio.

He sido informado además que no se recibirá un beneficio directo de la participación en él, ni remuneración económica por este, así mismo, no se incurrirá en ningún gasto por su participación. Sin embargo, los resultados de este trabajo serán de gran ayuda para futuras intervenciones por parte de los profesionales de enfermería y de la empresa social del estado, tendientes al fortalecimiento del programa de control prenatal que ofrece el punto de atención.

También declaro que se me han informado que podré retirarme del proyecto en el momento en que lo desee, lo cual no generará ningún tipo de sanción por parte de los investigadores ni de la Institución.

Toda la información obtenida será confidencial y mi nombre no aparecerá en ninguna publicación.

Muchas gracias la participación en este estudio. En caso de presentarse alguna duda o si desea mayor información, puede comunicarse al celular 3104322583, en horas laborales de 8:00am.-12:00m y de 2:00pm a 5:00pm , con la estudiante Ivett Adriana Herrera y también podrá dirigirse al **COMITÉ INSTITUCIONAL DE REVISIÓN DE ÉTICA HUMANA (CIREH)**, de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, representado por la profesora Laura Elvira Piedrahita, Presidenta del CIREH al Teléfono 518 56 97.

Nombre del investigador que explica el consentimiento informado:_____

Firma del participante:_____

TESTIGO No.1

TESTIGO No.2

Firma- cédula.

Firma – cédula

teléfono_____

teléfono_____



República de Colombia
Departamento del Cauca
E.S.E. CENTRO 1-SEDE MORALES

NIT: 900145581-5



Morales Cauca 2 de Febrero de 2012

Señores

COMITÉ DE ETICA

Universidad Del Valle

Cordial saludo

Ref: Aceptación del proyecto de investigación Estudiante universidad del Valle

Comedidamente me dirijo a ustedes con el fin de de dar a conocer la aceptación que tiene para nuestro punto de atención el proyecto de investigación "Creencias y prácticas de riesgo en que tienen potencialidad de generar morbilidad y mortalidad en gestantes, municipio de Morales Cauca" a realizar por su estudiante de maestría Ivett Adriana Herrera Zuleta durante el presente año; es de aclarar que el proyecto se realizara con las gestantes que asistan a la institución.

AGRADECIENDO SU ATENCIÓN

Atentamente

Nicolas Capera C.
Md. NICOLAS CAPERA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Centro 1 E.S.E.
Nit. 900.145.581-5

Coordinador ESE centro uno punto de atención Morales Cauca

Anexo 5

GRAFICO 1 División político administrativa del municipio de Morales Cauca.



Fuente: <http://morales-cauca.gov.co/index.shtml>

ANEXO 6

Identificación de dominios: términos incluidos, relaciones semánticas término inclusivo

Dominio 1

✓ Relación semántica: inclusión estricta ✓ Formato: X es una razón de Y		
Términos incluidos 1. Nerviosismo y ansiedad por la vía del parto 2. Ser primeriza 3. Planeación del embarazo	Relación Semántica } es una clase de 	Término inclusivo Experiencias que generan expectativas y temor

Dominio 2

✓ Relación semántica: Razón ✓ Formato: X es una razón de Y		
Términos incluidos 1. Credibilidad a la persona con Más experiencia en la región 2. Vivencias negativas en el hospital 3. Deshumanización del personal de salud	Relación Semántica } es una razón para 	Término inclusivo Ir al hospital es necesario pero jarto

Dominio 3

✓ Relación semántica: inclusión estricta ✓ Formato: X es una razón de Y		
Términos incluidos 1. Evitar trabajos pesados 3. Aumento del Consumo de alimentos 4. Guardarse en la casa por temor al "eclí"	Relación Semántica } Es una clase de 	Término inclusivo Adaptación de la rutina ante el embarazo

Fotografía 1

Eclipse de Sol para las gestantes de la comunidad



Fuente: Memorias fotográficas visitas de campo Morales Cauca

GLOSARIO DE TERMINOS

Aviente: llenar el estómago de aire

WHO: Organización Mundial de la Salud

Primeriza: Se refiere a la primera Gestación.

Delgazarme: Se refiere a pérdida de peso.

Rezongarme: Regaño

Asentaba: se refiere a masajear con mucha presión sobre una parte del cuerpo

Bareke: Hace referencia a las casas antiguas hechas con barro y esterilla

El calentao: es una comida que se ofrece como desayuno y consiste en calentar lo que sobró del almuerzo o de la comida del día anterior.

EPSS: Empresa promotora del estado subsidiada

ESE: Empresa Social del Estado

EPS: Empresa promotora del estado

IPS: Institución prestadora de servicios de salud.

Sol puesto: Refiriéndose a éste cuando el sol esta en lo más alto del cielo mas o menos al medio día, sin presencia de nubes oscuras.

Institución nivel I: Llamada también institución de baja complejidad en la cual se ofrecen servicios de consulta externa médica y odontológica, atención de urgencias y hospitalización para patologías de baja complejidad y atención al medio ambiente.

Pillao: ver, observar, mirar

Eclí: llamado también eclipse

7. BIBLIOGRAFIA

CANAVAL ERAZO, Gladys. Evolución histórica de la salud de la mujer. En: Salud de la mujer un desafío para el cuidado y un compromiso de todos. Cali. Valle, Universidad del valle, 2011. p. 41-53

CARRILLO, Abelardo. Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y política pública durante la última década. Revista Ciencias de la Salud, vol. 5, núm. 2, julio-septiembre, 2007, p. 72-85.

CASTILLO, E. & VÁSQUEZ, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Revista Colombia Médica, Vol. 34, No. 3, pp. 164-167

Castro R. La lógica de una de las creencias tradicionales en salud: eclipse y embarazo en Ocuituco, México. Salud Pública de México. Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10637408>. Fecha de consulta: 17 de enero de 2014.

CONSULTORÍA PARA LOS DERECHOS HUMANOS Y EL DESPLAZAMIENTO. Número de personas desplazadas por departamento de llegada por trimestres desde 1999 a 2005. 5 de febrero de 2006.

_____ Boletín informativo. Número 72, de 30 de noviembre de 2007

COLOMBIA, PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO, UNIVERSIDAD DEL CAUCA. Cauca frente a los objetivos de desarrollo del milenio, estado de avance 2012.p. 79.

_____ Cauca frente a los objetivos de desarrollo del milenio, estado de avance 2012p. 80

COLOMBIA, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de vigilancia de la mortalidad materna. Colombia: Ministerio de la Protección Social; 2009

_____ Sistema de Vigilancia en Salud Pública. Boletín Epidemiológico Semanal. Semana Epidemiológica No. 38, septiembre 14 al 20 de 2003. Indicadores básicos de salud en Colombia. Disponible en línea : <http://www.col.ops-oms.org/sivigila> Consultado el 20 de noviembre de 2005.

COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Indicadores básicos de salud 2006.

_____. Resolución 412 (Febrero 25 2000) Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Diario oficial. Bogotá, D.C., 2000

_____. Decreto 1043 (3 Abril 2006) por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D.C., 2006

Colucci, Ana Laura. La vulnerabilidad del Patrimonio Cultural de los pueblos. Disponible en línea: <http://www.monografias.com/trabajos28/vulnerabilidad/vulnerabilidad.shtml?monosearch#ixzz2wWq7rb7a> Consultado: 23 Febrero de 2014.

D' ANGELO, Patricia. Mujer y maternidad, Escuela de clínica psicoanalítica del centro de oro. 2004

DEL CAMPO ALEPUZ, G. El trabajo de campo etnográfico en salud. Observación participante disponible en línea: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:RZ0sMBHmpIEJ:www.aniortenic.net/trabaj_observac_particip.htm+observación+participante+de+madeleine+leininger&consultada:12 de Junio de 2011](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:RZ0sMBHmpIEJ:www.aniortenic.net/trabaj_observac_particip.htm+observación+participante+de+madeleine+leininger&consultada:12+de+Junio+de+2011)

DUQUE MC. Enfermería y cultura: espacio de encuentro para el cuidado de personas y colectivos. Actualizaciones en Enfermería. 2002;5(2). Disponible en: http://campusvirtual.uem.es/moodle/uxximo/verprograma_esp.php?asignatura=4008001302

ECHEVERRI, E. La salud en Colombia: abriendo el siglo... y la brecha de las inequidades. Revista Gerencia y Políticas de Salud 2002;3:76-94.

Encuesta Nacional de demografía y salud. ENDS 2010, principales indicadores DISPONIBEL EN: : www.profamilia.org.co/encuestas

Farías Jofré Marcelo, Oyarzún Enrique. Cesárea electiva vs parto vaginal. En: Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile, Medwave 2012 Mar/Abr Vól 12. Núm 3

FRANKLIN, C. & Ballau, M. (2005). Reliability and validity in qualitative research. En: Grinnell, R. & Unrau, Y. (Eds.). Social work: Research and evaluation. Quantitative and qualitative approaches. (pp.438-449). Nueva York: Oxford University Press.

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF); (WHO) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD y FONDO DE LA POBLACION DE LAS

NACIONES UNIDAS EN COLOMBIA (UNFPA). Et al. Maternal mortality in 2005. estimates developed. Ginebra. 2007.

GONZALES, Rogelio. Salud materna infantil en las Américas. En: Revista Chilena de obstetricia y ginecología, 2010; Vol. 75.p. 411 – 421.

GONZÁLEZ Ignacio; Miyar Emili. sexualidad femenina durante la gestación, En: Rev Cubana Med Gen Integr 2001; Vól 17(5):p. 497-501

GUARNIZO Mildred, Pardo MP; El significado de la sexualidad durante la gestación. AV.Enferm.,2011 vol. 2. p. 294-306

GUZMÁN, Ligia y TORRES, Zulma, Autocuidado en empleadas de servicio domestico de la ciudad de Popayán, 1996., 90p. Trabajo de grado (Enfermera). Universidad del Cauca. Facultad Ciencias de la Salud

HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ, C. & BAPTISTA, P. (2006). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill.

HERNÁNDEZ CABRERA, J y col. Embarazo en adolescentes y su influencia en los indicadores perinatales en 2 hospitales ginecoobstétricos. Revista Cubana Obstetricia y Ginecología 2003;29(3). Disponible en Linea: bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29_3_03/gin04303.htm - 29k. Consultado el 20 de marzo de 2011

HUNGLER y POLIT. Contexto conceptual y contexto teórico cap 5 parte II investigación científica de la salud. México McGraw Hill (6ta edición) 2003.

LEININGER Madeleine. Transcultural Nursing Concepts. Theories, Research & practices Second Chapter 3. Overview of Leininger's Culture Theory, Madeleine Leininger Edition. McGraw- Hill, Inc College Costom Series, New York.1995. p 3-52

LEDE R. Versión cefálica externa para el tratamiento de la presentación podálica: Comentario de la BSR (última revisión: 13 de marzo de 2006). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

LIPSON, Juliene. Cultura y cuidados de Enfermería. Traducción al español de la versión en inglés: Paula Rodríguez y María Claudia Duque En: Index de Enfermería 2000; Vol 28, p.19-25 Disponible en línea : www.index-f.com/index-enfermeria/29-29revista/28-29_articulo_19-25.php Consultado el 5 de mayo de 2007.

Marriner-Tomey, Ann., Raile Alligow, Martha (1999) Modelos y Teorías en Enfermería. Cuarta edición. Ed. Harcourt Brace. España.

MEDINA, M. et al. Salud sexual y reproductiva en el Magdalena Medio: caracterización socio antropológica. Bogotá: PDPMM – FNUAP, 2001.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Indicadores básicos de salud 2006.

_____ Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS Mortalidad materna en Colombia: un grave problema de salud pública. En línea: www.unfp.org.co

ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS, GOBERNACIÓN DEL CAUCA, UNIVERSIDAD DEL CAUCA, Los objetivos de desarrollo del milenio y los desafíos de cambios climáticos en el departamento del Cauca. 2008.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Catalogación por la Biblioteca de la OMS.PROGRAMA DE PAIS COLOMBIA 2008-2012; Quinto programa de cooperación 2008-2012 En línea: <http://www.unfpacolombia.org>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Atención integrada a enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) Neonatal, intervenciones basadas en la evidencia. P. 6 Washington, D.C.: OPS, © 2009

PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2005. Quintero Alba y Col. Percepción de gestantes acerca de la calidad del control prenatal en una empresa de salud del estado de Pereira. Memorias XX Coloquio de investigación en enfermería, Pereira, Junio 2 y 3 de 2011

SALGADO LÉVANO Ana Cecilia. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. LIBERABIT: Lima (Perú) 13: 71-78, 2007 En línea: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v13n13/a09v13n13.pdf>

SCHWARCZ, Ricardo. Modificaciones de la anatomía y fisiología materna producidas por el embarazo. En: Obstetricia. Buenos Aires, Argentina, Editorial El Ateneo, 2003. p. 47-73.

WELCH AZ, et al. Madeleine Leininger. Cuidados culturales: teoría de la diversidad y la diversidad. En: SUA, editor. Teorías y modelos para la atención de enfermería.;P 200.

Vásquez Laza, Celmira; Sánchez Arévalo Elizabeth, Lozano Puerto Marcela. Mortalidad materna perinatal en Colombia: una mirada holística desde enfermería. En: enfermería en Colombia. marzo de 2009. Vol. 13, p. 19-26 En línea: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol130110/Mortalidadmaterna.htm>. Consultado 23 Marzo de 2011

_____. Una mirada al cuidado en la gestación desde la enfermería transcultural. Revista Cubana de Enfermería v.24 n.3-4 Ciudad de la Habana jul.-dic. 2008.

Wesley RL. Teorías y modelos de enfermería. En: Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales de Leininger. 2a ed. México: McGraw-Hill Interamericana,1997. p.119-127.

