

**“PERSPECTIVA DE LA MUJER GESTANTE DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO
CON RELACIÓN A LA IDENTIFICACIÓN DE SUS NECESIDADES Y EL
CUIDADO QUE LE PROVEE LA ENFERMERA”**

MARIA EUGENIA ACEVEDO CANO

UNIVERSIDAD DEL VALLE

ESCUELA DE ENFERMERÍA

PROGRAMA DE MAESTRÍA

SANTIAGO DE CALI

2019

**“PERSPECTIVA DE LA MUJER GESTÁNTE DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO
CON RELACIÓN A LA IDENTIFICACIÓN DE SUS NECESIDADES Y EL
CUIDADO QUE LE PROVEE LA ENFERMERA”**

**Trabajo de Investigación para optar el título de Magíster en Enfermería con
énfasis en cuidado Materno Infantil**

Maria Eugenia Acevedo Cano

**Directora
Martha Lucía Vásquez Truissi Enf., MSc., PhD.,
Profesora Emérita Colciencias**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERIA
SANTIAGO DE CALI**

2019

Tabla de Contenido

1. INTRODUCCIÓN	6
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
2.1 La evaluación de la calidad de la atención en salud en instituciones de alta complejidad	9
2.2 La evaluación de la satisfacción de la gestante de ARO con relación a la atención recibida	10
2.3 Perspectivas sobre el cuidado de la enfermera	12
2.4 Los cuidados de la enfermera basados en las necesidades de las gestantes	13
2.5 La Pregunta de Investigación	16
3. JUSTIFICACION	18
4. OBJETIVOS	22
4.1 Objetivo general	22
4.2 Objetivos Específicos	22
5. MARCO REFERENCIAL	23
5.1 Marco Conceptual	23
5.1.1 La Mortalidad Materna (MM):	23
5.1.2 La Morbilidad Materna Extrema (MME):	25
5.1.3 Embarazo de Alto Riesgo Obstétrico:	26
5.1.4 La perspectiva:	27
5.1.5 Perspectiva de la calidad en servicios de salud	27
5.1.6 Necesidades de la paciente hospitalizada:	28
5.1.7 Cuidado de Enfermería:	29

5.1.8 Marco contextual la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico:.....	31
6. MARCO TEORICO	35
6.1 La Teoría de los Cuidados Kristen M. Swanson.....	35
6.2 Método fenomenológico interpretativo Dra Patricia Benner.....	37
6.3 Visión de enfermería.....	42
7. DISEÑO METODOLOGICO	45
7.1 Tipo de Estudio:.....	45
7.2 Sujetos y lugar de estudio	48
7.3 Reclutamiento y Selección de participantes	49
7.4 Selección de participante.....	50
7.5 Técnica de Recolección de información	50
7.6 Tamaño de la muestra.....	51
7.7 Análisis e interpretación.....	52
8. RIGOR METODOLOGICO.....	56
9. CONSIDERACIONES ETICAS	59
10. RESULTADOS.....	61
10.1 RELACIÓN MADRE ENFERMERA: UN CUIDADO INVOLUCRADO	62
10.1.1 El interés por conocer a la madre, clave para proveer cuidado.....	63
10.1.2 El “ <i>estar ahí</i> ” promueve la confianza y tranquilidad en la madre	64
10.1.3 “Conocer y ayudar”: una conexión vital en el cuidado integral de la madre	66
10.1.4 “La escucha activa” aclara dudas y aleja la incertidumbre	68
10.1.5 “El diálogo y la comprensión”: un cuidado sanador que calma y conforta	70

10.1.6 El cuidado: “Un trabajo hecho por gusto y con amor para dar lo mejor de sí”	72
10.1.7 Los vínculos de amistad y empatía favorecen prodigar cuidado	74
10.2 LOS SIGNIFICADOS DE LO VIVIDO	75 76
10.2.1 La enfermera como facilitadora de un ambiente espiritual: aspecto trascendente en el cuidado	76
10.2.2 La expresión oral y el lenguaje corporal del equipo de salud como articuladores en la percepción de un cuidado gratificante.....	77 78
10.2.3 El mundo de la gestante en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico: una experiencia única durante la hospitalización	80
10.3 LA HOSPITALIZACION: UNA CIRCUNSTANCIA QUE INTERRUMPE LA CONEXIÓN CON SUS SERES QUERIDOS	80
10.3.1 La necesidad de mantener los vínculos de amor y pertenencia con la familia.....	80
10.3.2 Las añoranzas de un embarazo al calor del hogar y su familia.....	82
10.4 LAS EXPERIENCIAS DE LAS MADRES FUENTE DE SIGNIFICADOS FRENTE A LA COMPRENSIÓN DEL CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	82
10.4.1 "El ambiente institucional como generador de gratificación o insatisfacción en el cuidado de enfermería"	83
11. DISCUSION	86
12.CONCLUSIONES.....	99
12.1Recomendaciones.....	102
13.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	103
14. ANEXOS	111

1. INTRODUCCIÓN

Fortalecer la seguridad clínica para el cuidado de la gestante de Alto Riesgo Obstétrico (ARO), se justifica como una estrategia indispensable para reducir la Mortalidad Materna, esto implica continuar y profundizar esfuerzos en materia de calidad e integralidad de la atención obstétrica, a través de la articulación entre el equipo interdisciplinario que las atiende durante la hospitalización.

A pesar del desarrollo investigativo, y los avances científicos, las complicaciones de la gestación tanto en países en vía de desarrollo como desarrollados, son considerados un problema de salud pública que causa alteraciones en la salud de la madre y de su hijo por nacer, además de las repercusiones a nivel familiar y social, en la medida que la condición de la gestante no se limita sólo a la afectación de la persona, es decir, los cambios en las condiciones de la madre y su hijo modifican las expectativas de la mujer y las familias acerca de la gestación.

Las instituciones hospitalarias en su mayoría generan pautas, normas y tareas de tipo biomédico en el contexto general de la atención, dando respuestas a necesidades más de tipo fisiológico sin un abordaje holístico a las personas hospitalizadas, dejando relegados aspectos tan importantes como la comunicación eficaz, la interacción con la paciente y la familia de forma cercana, entre otros aspectos que respondan a las expectativas y necesidades de las personas.¹

La interacción que realizan las enfermeras con sus pacientes son un elemento fundamental al ofrecer cuidados de calidad, por esta razón, las instituciones de salud y las instituciones formadoras de recursos humanos en enfermería se deben interesar en conocer el comportamiento de este fenómeno, en la búsqueda de estrategias que lo favorezcan.²

¹MÜGGENBURG C, RIVEROS-ROSAS A, JUÁREZ-GARCÍA F. Entrenamiento en habilidades de comunicación en enfermeras y percepción del paciente que recibe su cuidado. México. Enfermería Universitaria, 2016, p.

² Ibidem, p.

En el caso de las gestantes de alto riesgo, se debe reconocer a cada una de ellas, como un ser que vive una experiencia única cuyo significado, al ser entendido hace posible la comprensión del sentido de este evento y sus necesidades más relevantes durante su hospitalización.

Benner incorpora dentro de los principales supuestos teóricos “los significados implícitos en las habilidades, las prácticas, las intenciones, las expectativas y los resultados, y plantea que no pueden ser completamente explícitos, sin embargo, pueden ser interpretados por alguien que comparta una base lingüística y cultural similar de tal manera que los profesionales puedan validarlos de manera consensuada (Heidegger)”. La hermenéutica es la interpretación de los contextos culturales y de la acción humana significativa.³

El desarrollo de esta investigación permitirá al profesional de enfermería, aproximarse a las experiencias vividas por las gestantes de ARO, permitiendo identificar las necesidades de cuidado expresadas por las mujeres gestantes durante su estancia hospitalaria, sin dejar de lado una visión holística de la mujer, en la cual se tenga en cuenta su entorno y contexto social.

Se contempló fundamentar esta investigación en los principios conceptuales de Swanson en la *Teoría de los Cuidados*, en donde postula que el otro, a cuya persona sirve la disciplina de la enfermería, se refiere a familias, grupos y sociedades.

La *Teoría de los Cuidados* de Swanson, derivó empíricamente de una investigación fenomenológica que ofrece una clara explicación de lo que significa para las enfermeras el modo de cuidar en la práctica. En su indagación con madres de alto riesgo social, Swanson exploró lo que había sido para estas madres recibir una intensa intervención de enfermería a largo plazo, y manifiesta

³CARRILLO ALGARRA, A. J., GARCÍA SERRANO, L., CÁRDENAS ORJUELA, C. M., Díaz Sánchez, I. R., &Yabrudy Wilches, N. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. España, Enfermería Global, 2013, p. .

que finalmente fue capaz de definir los cuidados y mejorar la comprensión de los procesos de los cuidados.⁴

El enfoque cualitativo y de la fenomenología descriptiva se constituye entonces en una oportunidad, para el acercamiento a un tema de gran trascendencia para la enfermería.

Esta investigación permite aportar al conocimiento científico de la enfermera, al buscar comprender la realidad que vive la mujer gestante con ARO, hospitalizada en Unidad de Alto Riesgo Obstétrico (UARO), lo cual se puede convertir en una estrategia reflexiva partiendo de la interacción directa que se da con la persona sujeto de cuidado; en este sentido los resultados de la investigación, ayudarán a avanzar en procesos de cuidado, que se acerquen de forma directa a suplir las necesidades de las pacientes permitiendo una práctica de cuidado de enfermería con la calidad esperada.

⁴RODRÍGUEZ CAMPO, V. A., & VALENZUELA SUAZO, S. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. Enfermería Global, 2012. p, .

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 La evaluación de la calidad de la atención en salud en instituciones de alta complejidad

Aunque en los últimos años la cobertura de atención prenatal haya aumentado, garantizar la calidad es el mayor desafío de las instituciones de salud. Se ha observado una mejoría en la calidad en la atención y esta se refiere a un cambio sensible en la actitud de los profesionales de la salud, la eficiencia y disposición para ofrecer los servicios.⁵ Por lo anterior se hace necesario analizar la calidad a partir de las usuarias que reciben el servicio de los profesionales que los atienden.

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), en Colombia, definió los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, que deben desarrollar las instituciones prestadoras de servicios de salud y las empresas promotoras de salud, definidas en el artículo 181 de la ley 100 de 1993, para generar, mantener y mejorar una provisión de servicios accesibles y equitativos con nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos, costos y lograr adhesión y satisfacción de los usuarios.⁵

La Circular Externa 012 de 2016 (Sistema de información para la Calidad y PAMEC) por la cual se hacen adiciones, modificaciones y eliminaciones a la Circular 047 de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad. La Superintendencia Nacional de Salud define que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) establecerán un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, con base en las pautas

⁵ Decreto 1011 de 2006- Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 3 de Abril de 2006.

indicativas contenidas en el modelo de auditoría expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El programa debe contener como mínimo los siguientes procesos: evaluación propia del proceso de atención en salud, mediante el cual determinará prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de oportunidad, accesibilidad, continuidad, seguridad y pertinencia, los cuales son características del SOGCS, para evaluar la satisfacción de los usuario con respecto al ejercicio de sus derechos y la calidad de los servicios recibidos.

Es claro que el monitoreo de la calidad de la atención se debe complementar con información que recoja la perspectiva de los usuarios, a fin de lograr el propósito de la integralidad de las acciones.

Evaluar la calidad desde la perspectiva de los usuarios es cada vez más común, pues permite, mediante un proceso de investigación, obtener un conjunto de conceptos y actitudes asociadas con relación a la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la entidad prestadora de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas.

2.2 La evaluación de la satisfacción de la gestante de ARO con relación a la atención recibida

En el Hospital Universitario del Valle se desarrolló el estudio *Percepción de la Calidad de la Atención en Salud en el Hospital Universitario del Valle, HUV; Perspectiva de los Usuarios*⁶, dicho estudio estaba orientado a investigar y aportar evidencias confiables, validadas y oportunas frente a la perspectiva de los usuarios en la institución.

⁶FUNDESALUD, Fundación para el desarrollo de la Salud Pública. *Percepción de la Calidad de la atención en salud en el Hospital Universitario del Valle, HUV: Perspectiva de los usuarios*. 2010.

Dicha información se constituiría, en insumo para desarrollar estrategias de mejoramiento, fortalecimiento o reorientación de las acciones que permitieran responder a las necesidades de cumplimiento normativo, ético y técnico que se demanda en la institución, frente a la calidad de la atención que se presta.

Desde entonces y tomando como referencia este estudio, en los diferentes servicios de la institución se ha evaluado sistemáticamente la satisfacción global de los usuarios que se atienden en la IPS, utilizando una encuesta con la que se evalúa el porcentaje de satisfacción del usuario.

Dicha encuesta incluye ítems como: trato dispensado por el personal asistencial y administrativo (amabilidad, respeto, calidez y cordialidad), orientación, información, ambiente físico, y atributos de calidad como accesibilidad, oportunidad, seguridad y pertinencia.

En los servicios de atención integral de ginecología y obstetricia y particularmente en la Unidad de Alto riesgo Obstétrico (UARO) se aplica la encuesta de satisfacción de usuarios, utilizada en la Institución, con un resultado del 93%, indicando una valoración satisfactoria teniendo en cuenta el valor de referencia dentro de la meta esperada del 95%.

El indicador corresponde al número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos en la IPS sobre el total de pacientes encuestados en la IPS, en donde el valor de cuatro en la escala de Likert corresponde a satisfechos y por debajo de este valor insatisfecho.

En el actual contexto podría decirse que la evaluación de la satisfacción del usuario en el Hospital de alta complejidad, en el que se realizó la investigación, se evalúa al servicio que le ofrecen los diferentes integrantes del equipo de la salud tanto asistencial como administrativo no obstante, no se conoce la perspectiva de las pacientes sobre el cuidado que ofrece la enfermera.

2.3 Perspectivas sobre los cuidados de la enfermera

Durante la última década la mayoría de países de América Latina, al igual que los del resto del mundo, buscan mejorar y organizar los servicios de salud; lograr la satisfacción de las pacientes, y conocer la perspectiva que ellas tienen sobre los cuidados que le provee la enfermera, hace que sea una preocupación, en la medida que *“El cuidado está condicionado a factores, destinados a satisfacer necesidades humanas”*⁷ como lo indica Carmen Olivé.

Investigar desde la perspectiva de las pacientes el cuidado que ofrece enfermería, podría conducir a valorar las expectativas y el cuidado que reciben, buscando comprender cuáles son sus pensamientos y sentimientos acerca de éste.

Kerouac, plantea que “la práctica se centra en el cuidado de la persona, que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud”. En igual contexto Diers, manifiesta: “la práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para la toma de decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de las personas”.⁸

Es necesario que la enfermera de la UARO involucrada en el cuidado, esté consciente de la importancia de su actuación y de la necesidad de combinar el conocimiento científico con el compromiso para mantener un resultado en torno al cuidado que se provee, además de propender, por garantizar una atención integral tanto para la mujer como para el hijo por nacer posibilitando a la mujer una experiencia de vida gratificante durante este periodo.

En mi experiencia profesional como enfermera, en los servicios de ginecología y obstetricia un nivel de máxima complejidad, he podido observar el cuidado que se

⁷ OLIVÉ FERRER, Carmen. Cuidado humanístico y transpersonal: esencia de la enfermería en el siglo XXI. Fundamentos disciplinares. 2015. p, .

⁸ KEROUACK, Suzanne, FRANCINE DUCHARME, Jacinte Pepín. Libro el pensamiento enfermero. Elsevier Masson. España. 1996. p, .

ofrece en UARO, y me he dado cuenta de la evolución y la transformación que se ha dado a través de los años.

El rol de la enfermera ha presentado avances en el enfoque de seguridad del paciente, teniendo como marco de referencia la Política de Seguridad en Salud de la Institución, sin embargo, se observa que la enfermera desarrolla acciones de cuidado, en un marco general de atención en salud, que actualmente, se evalúan a través de la satisfacción del usuario.

Es fundamental resaltar la importancia y el valor que tiene la gestión exitosa de los cuidados para el sistema de salud y la sociedad en general, se requiere de un empoderamiento tal del cuidado, que sea evidente y que incluso la paciente lo pueda sentir y expresar.

Huericanos en el estudio de investigación, *El Cuidado Invisible, una dimensión del Profesional de enfermería*, emplea un método etnográfico y presenta dentro de los resultados los principales cuidados invisibles que desarrollan los profesionales de enfermería. Los principales cuidados invisibles, se dirigen al uso de estrategias comunicativas, verbales y no verbales, para el cuidado emocional de pacientes y familiares, la elaboración de instrumentos terapéuticos y estrategias creativas para atender a las necesidades de cuidado que se presentan, así como los cuidados en relación al confort, la intimidad y el alivio del dolor⁹.

2.4 Los cuidados de la enfermera basados en las necesidades de las gestantes

Interpretar la perspectiva de las gestantes de alto riesgo obstétrico, y los cuidados dispensados por las enfermeras, basados en sus necesidades, permitió comprender diferentes conceptos de los cuidados de enfermería dentro del contexto de la atención.

⁹HUERCANOS ESPARZA, Isabel. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. Biblioteca Lascasas, 2010.p. .

La noción de necesidad es percibida como personal, subjetiva y variable, en consecuencia, las necesidades descritas por las pacientes pueden indicar aquello que “sienten”, lo cual podría contribuir a establecer un cuidado centrado en la persona sujeto de atención, teniendo en cuenta que entre las primeras causas de hospitalización en la UARO en donde se desarrollará la investigación, están los trastornos hipertensivos del embarazo, es importante reconocer estudios como el de Norma Ortiz quien investigó los significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia.

Esta autora cita a Suarez Soler y Puertas García quienes estudiaron las *Vivencias de la mujer embarazada con hipertensión arterial* y mostraron que las informantes no hacen referencia a las dificultades del orden físico, sino a los problemas afectivos y emocionales, lo cual permite inferir que para la mujer gestante en situación de enfermedad es relevante que el profesional de enfermería, tenga en cuenta sus sentimientos, emociones y vivencias con relación al embarazo y complicaciones del mismo.¹⁰

Así mismo, Costa da Silva en Brasil, determina cual es la interacción entre el equipo de enfermería y la mujer embarazada con preeclampsia evidenciando que las gestantes que tienen dicho diagnóstico se sienten desinformadas por parte del equipo de la salud, experimentan sentimientos de soledad y tristeza, ya que ven el personal de enfermería como un ente que se limita a la administración de medicamentos, pero no se les permite expresar sus interrogantes. Las gestantes ven falencias en los conocimientos por parte del personal de enfermería, consideran que su nivel de formación les limita en la prestación de un cuidado integral.¹¹

¹⁰ ORTIZ, Norma Yaneth; DE RODRÍGUEZ, Lucy Muñoz. Significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia. Colombia, Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, 2014, p, .

¹¹ SILVA, Maria. Interação entre a equipe de enfermagem e gestante com diagnóstico de pré-eclampsia [en línea]. En: Enfermagem. 2007, p, .

De la misma manera Vasconcelos, Pinherio y otros, evalúan las percepciones y sentimientos de las mujeres gestantes y puérperas acerca de la preeclampsia, evidenciando que las mujeres percibían la gravedad y algunos riesgos a los que estaban sometidas, pero conocían poco de la preeclampsia y sus consecuencias.

Este mismo estudio, además, se identificó poca información brindada por parte de los proveedores de la salud, Los sentimientos fueron de miedo a morir y a perder sus niños por no conocer la enfermedad y en consecuencia, la percepción de la gravedad de la enfermedad y la poca información recibida durante el tratamiento, intensificó el miedo de las mujeres¹².

Los anteriores estudios nos muestran que existe una necesidad de ampliar la información en relación con el cuidado de enfermería, su importancia, su contenido, el alcance de los cuidados y la toma de conciencia sobre su significado para divulgarlo y hacerlo accesible a todas las enfermeras de servicio, a los responsables de la organización del cuidado, los investigadores, y a los estudiantes.¹²

Kristine Swanson en la *Teoría de los Cuidados* concibe los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. Propone cinco procesos básicos: conocimientos: que se refiere a esforzarse por comprender el significado de un suceso de la vida del otro, centrándose en la persona a la que se cuida buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado. estar con: significa estar emocionalmente presente con el otro, estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos, sin abrumar al otro. hacer por: hacer por otros lo que se haría por uno mismo si fuera posible, incluyendo adelantarse a las necesidades y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad. Posibilitar: posibilitar al otro las transiciones de la vida y los acontecimientos desconocidos, informando, explicando y apoyando, dando validez

¹² Ibidem, p, .

a sentimientos. mantener las creencias: es mantener la fé y la capacidad del otro de superar acontecimientos y enfrentarse al futuro con significado, creyendo en la capacidad del otro y teniéndolo en alta estima. Dichos conceptos permiten reflexionar acerca de la cosmovisión del cuidado enfermero, donde convergen las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la ciencia de enfermería.¹³

Las enfermeras al prestar cuidados no deben perder de vista al individuo como un ser holístico, por lo que no sólo deben prestar atención a lo biológico, si no saber escuchar con atención, esto hace parte de la fase inicial del diálogo, permitiendo la comunicación con la persona; el enfermero debe ser capaz de respetar los derechos del paciente durante su cuidado, incluyendo confidencialidad, derecho a la información, compañía y ayuda espiritual.¹⁴

La actualización continua de conocimientos y el desarrollo de actitudes y habilidades encaminadas a la satisfacción de las necesidades del paciente y sus expectativas se convierte en un gran reto tanto para los profesionales como para la institución.¹⁵

2.5 Pregunta de Investigación

Teniendo en cuenta el análisis previo, partiendo de la revisión de investigaciones realizadas y observación en la UARO sobre los cuidados que ofrecen las enfermeras, es fundamental comprender, la perspectiva que tienen las gestantes en condición de ARO, sobre el cuidado que se provee.

En el estudio de Regaira citado por Morales Torres, M. *Calidad de la atención desde la perspectiva del paciente*, afirma que accediendo y visibilizando la perspectiva de los pacientes, las enfermeras podemos mejorar la calidad de los

¹³ RODRÍGUEZ CAMPO, V. A., VALENZUELA SUAZO, S., Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermera profesional en Chile. España, Enfermería Global, 2012. p, .

¹⁴ Ibidem. p, .

¹⁵ Ibidem. p, .

cuidados, ya que las perspectivas de los pacientes aportan nuevos datos a una misma realidad.¹⁶

Nuestra práctica se debe sustentar entonces en la mejor evidencia disponible tanto sobre la efectividad de los cuidados de enfermería, como acerca de las necesidades, prioridades y experiencias de las gestantes de ARO, buscando interpretar sus perspectivas por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las perspectivas de la mujer gestante en condición de Alto Riesgo Obstétrico con relación a la identificación de sus necesidades y la provisión del cuidado por la enfermera?

¹⁶ MORALES TORRES, M. Calidad de la atención desde la perspectiva del paciente. Para obtener el título de Maestría con énfasis en administración de servicios. México. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería programa administración de salud. 2004. p, .

3. JUSTIFICACION

El sistema de salud colombiano viene implementando desde hace varios años un modelo de aseguramiento de la calidad que está compuesto por diversos componentes, que ha venido evolucionando y haciéndose cada vez más exigentes, con la implementación gradual siendo ésta una de sus características claves.

El Ministerio de Salud y Protección Social en el Decreto Número 1011 DE 2006 establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud decreta y define entre otros:

Atención en Salud. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.¹⁷

Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.¹⁸

Calidad de la Atención de Salud. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el

¹⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1011 de 2006- Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 3 de Abril de 2006. p, .

¹⁸ Ibidem. p, .

balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.¹⁹

Hoy, ante las nuevas condiciones del Sistema de Salud y los requerimientos del Ministerio de Educación Colombiano, se ha entendido la importancia de ofrecer un servicio seguro, de calidad y humanizado por lo que se debe optar incluso por niveles superiores de atención como la Acreditación.

Las instituciones de salud del país y particularmente en el Hospital Universitario en donde se realizó el estudio, ha hecho grandes esfuerzos por cumplir los estándares del Sistema Único de Habilitación (SUH) y ha venido trabajando, para lograr la acreditación, siendo uno de las líneas estratégicas del plan de desarrollo de la Institución; en ese orden de ideas ha implementado los componentes de obligatorio cumplimiento como son, la autoevaluación de acreditación, el seguimiento y análisis de los indicadores del sistema de información para la calidad, el análisis de riesgos, de incidentes y eventos adversos, la verificación de cumplimiento de normas, políticas, guías y procedimientos institucionales para la seguridad de la atención, la evaluación de la satisfacción de usuarios, y la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).

En la actualidad el análisis de la calidad en la atención en salud se ha vuelto relevante, debido a su utilidad para los procesos de reorientación de los servicios por parte del sistema de salud que los contiene, contribuyendo de esta forma a mejorar los servicios de atención de manera eficiente y con calidad de acuerdo a las necesidades del paciente, por lo cual se debe considerar los estudios de satisfacción de usuarios como herramientas claves, para alcanzar éste propósito.

Las actitudes y destrezas desempeñadas por las enfermeras cuando se comunican con sus pacientes tienen efecto en sus relaciones terapéuticas, pueden apoyar al paciente ante el afrontamiento de su padecimiento, en la vivencia de

¹⁹ Ibidem. p, .

ambientes ajenos a su vida cotidiana, ante el sufrimiento de procedimientos dolorosos e incómodos y ante expectativas inciertas por el riesgo potencial.

La empatía se refiere a la capacidad de comprender o percibir correctamente lo que experimenta la otra persona y ponerse en su lugar, no solo entender sus palabras y emociones, sino valorar preocupaciones y problemas que la aquejan, para comprender los requerimientos que derivan de su padecimiento en el marco de su realidad individual, tanto física como espiritual, en el ámbito familiar y social que le corresponde.

El respeto implica la aceptación positiva y requiere de una actitud no enjuiciadora, que reconoce al paciente como persona única, con cualidades y recursos que pueden estar alterados por la enfermedad, por su educación, por sus creencias o por sus circunstancias personales o familiares.

Yaneth Parrado y Clara Caro, exponen que la enfermera en el proceso de dar cuidado identifica en la cotidianidad de las personas, experiencias de salud y enfermedad que revelan información valiosa que al confrontarla con las escuelas de conocimiento y con otros saberes se transforma en fuente de conocimiento enfermero, este viene a ser validado con un cuidado más coherente, más adecuado, con otros abordajes en la práctica.²⁰

También, sostienen que la enfermera puede comprender e interpretar en las narrativas, las experiencias y sus significados; agregando que en el cuidado enfermero el lenguaje es fundamental, más no único para ir en busca de la unidad del ser.²¹

Actualmente las instituciones de salud de carácter público y universitario como es el caso de la institución en donde se desarrolló la investigación, presentan una connotación en el permanente proceso de formación y actualización de su recurso

²⁰ PARRADO LOZANO, Yaneth, CARO CASTILLO, Clara Virginia. Significado, un conocimiento para la práctica enfermería. Colombia, Avances en Enfermería, 2008. p, .

²¹ Ibidem. p, .

humano; aun así, dadas las circunstancias que atraviesa el sector salud en el país, se presenta una alta rotación e ingreso de personal nuevo de enfermería, a lo cual no es ajena la UARO.

Las pacientes en condición de ARO presentan situaciones estresantes derivadas de la hospitalización que demandan el desarrollo de habilidades y conocimientos de las enfermeras, además de comprensión empática y respeto.

Teniendo en cuenta los planteamientos anteriores, es posible que los resultados de ésta investigación, aporten elementos fundamentales que permitan comprender dentro de los procesos básicos de cuidado de enfermería, propuestos por Swanson (conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias), los desenlaces en las experiencias de salud para las madres, y contribuir al mejoramiento de los servicios de salud en la UARO, al ofrecer elementos dentro de la integralidad de la atención, al explorar las necesidades más relevantes expresadas por las pacientes.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Comprender la perspectiva de las mujeres hospitalizadas en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, con relación al cuidado que le provee la enfermera, en la identificación de sus necesidades.

4.2 Objetivos Específicos

1. Comprender, dentro de los procesos de cuidado, las acciones terapéuticas que inciden en las experiencias de hospitalización de las madres, de acuerdo a las dimensiones hacer por y posibilitar.
2. Descubrir, en los mensajes verbales y no verbales manifestados por las madres, su satisfacción con relación al cuidado que le ofrece la enfermera, en la dimensión estar con.
3. Develar los acontecimientos expresados por las madres, que crean son significativos durante la estancia hospitalaria en UARO, en la dimensión mantener las creencias.
4. Comprender el significado que para las madres representa la información que le ofrecen las Enfermeras en la dimensión conocimiento.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 Marco Conceptual

5.1.1 La Mortalidad Materna (MM): Es definida como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de su duración, pero debido a cualquier causa agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Las causas principales de mortalidad materna en el mundo son: Las hemorragias postparto, las infecciones, los trastornos hipertensivos y el aborto.

Desde ese escenario, el país y de manera particular el Ministerio de Salud y Protección Social con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, vienen trabajando en el desarrollo de estrategias para incidir en la calidad de la atención obstétrica que prestan las Instituciones de Salud, dada la severidad de los eventos que causan la MM (Mortalidad Materna) y la MME (Morbilidad materna Extremadamente Grave).

En el mundo cada día se producen aproximadamente 830 muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto, casi todas en países en desarrollo y en su mayoría podrían ser evitadas. Para 2015 la razón de mortalidad materna en los países en desarrollo es de 239 por 100. 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100.000 nacidos vivos.²²

En los últimos 20 años, las estrategias para reducir la mortalidad materna han tenido un éxito relativo, con una reducción del 47% de muertes, de las cuales el 44% se han presentado en América Latina. Según datos de la OPS, en 2017 la

²² Dirección de Epidemiología y Demografía. Análisis de la situación en Salud (ASIS) Colombia 2018. Bogotá Junio de 2019.

razón de mortalidad materna por cada cien mil nacidos vivos, en América Latina fue de 58,2. Los países que registraron valores por encima de la región fueron República Bolivariana de Venezuela (82,1), Perú (69,8) y Paraguay (86,4). En tanto, Chile, Argentina, Colombia y Ecuador, registraron razones de mortalidad materna por debajo de lo reportado en América Latina.

En Colombia la mortalidad materna ha tendido al descenso a través del tiempo. Entre 2000 y 2008 se redujo en 44,3 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, con una razón que pasó de 104,9 a 60,7 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Posteriormente entre 2011 y 2017 se produjeron 19,6 muertes menos por cada 100.000 nacidos vivos, aunque esta reducción no fue estadísticamente significativa, durante todo el periodo la reducción fue del 51,3%, lo que se traduce en 54 muertes menos por cada 100.000 nacidos vivos.²³

Se proyecta que, si las condiciones se mantienen constantes, para el año 2021 la razón de mortalidad materna puede descender hasta 24,7. Cabe resaltar, que el país debe continuar avanzando para lograr alcanzar la meta nacional a 2018 de 51 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos. Así mismo, se deben redoblar los esfuerzos del país para avanzar en 2030, reducir la razón nacional de mortalidad materna a menos de 32,0 por cada 100.000 nacidos vivos.²⁴

Los avances en los indicadores intermedios del ODM 5 (DNP, 2013) 18 dan cuenta de los esfuerzos realizados para mejorar la cobertura y el acceso a los servicios de salud: Con relación a los resultados obtenidos en la ENDS 2015, se evidencia a nivel nacional un aumento en la atención prenatal brindada por parte de personal calificado del 98%, con respecto al número de visitas prenatales de control: el 92 % obtuvo cuatro visitas o más en la zona urbana y el 83,7 %, en la zona rural. Casi la totalidad de los partos en el país ocurre en instituciones de salud en un 96.9%, no obstante los partos no institucionalizados se presentan en

²³ Ibidem. p, .

²⁴ Ibidem. p, .

mujeres con seis hijos o más 75.6%, mujeres sin educación en un 63.6% y mujeres en Quartil de riqueza más bajos en un 88.8%.²⁵

En el Hospital Universitario del Valle se ha presentado un descenso de la mortalidad materna de 21 Muertes Materna por 100.000 Nacidos Vivos, para el año 2007 a 5 Muertes Maternas por 100.000 Nacidos Vivos para el año 2015 es decir la razón de MM pasó de 385 por 100.000 NV para el año 2007 a 113 por 100.000 NV para el año 2015; para el año 2018 la tasa de mortalidad Materna fue de 43 por cien mil nacidos vivos, lo anterior puede obedecer a las estrategias desarrolladas dentro del plan de choque reducción de la Mortalidad Materna (MM) aplicado en la Institución.²⁶

Teniendo en cuenta estos análisis, los casos de Mortalidad Materna siguen estando por encima de lo esperado y es necesario continuar con intervenciones en el ámbito de las Instituciones y los Servicios de Salud, lo que convierte la Calidad en un imperativo para alcanzar las metas propuestas.

5.1.2 La Morbilidad Materna Extrema (MME): Es “una grave complicación ocurrida durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y que requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte” pero puede sobrevivir gracias a una atención oportuna y adecuada; la MME se evalúa por medio de identificación de retrasos o demoras en la atención de la gestante definidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los cuales permiten detectar fallas de la paciente o el sistema de salud en su atención, permitiendo mejorar y evitar muertes maternas.²⁷

²⁵González Quiñones, J. (2017). Resumen de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud. *Carta Comunitaria*, 25(142), 7-62.

²⁶ DANE, Sistema de Estadísticas Vitales. Cálculo del MSPS a partir de datos crudos sin ajustes al numerador ni al denominador. Colombia. 2013. p, .

²⁷ Estadísticas Vitales Hospital Universitario del Valle. Epidemiología Hospitalaria. Reporte SIVIGILA del INS. 2016. p, .

Dentro de los procesos para la vigilancia de la MMEG en ginecología y obstetricia, se utilizan varias estrategias, siendo una de ellas la evaluación de la adherencia a la aplicación de las guías, en el comité de morbilidad materna. Las guías prioritarias a evaluar son la guía de práctica clínica para el abordaje clínico de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo y para el abordaje clínico de la hemorragia post parto.

Entre los casos (MME) analizados en el año se presentaron 12 casos promedio mes, con una razón de MME/M hasta septiembre de este año, de 111/ 2, siendo las principales causas de MME: las sepsis no obstétricas la hemorragia post parto, las complicaciones por trastornos hipertensivos y otras comorbilidades como el caso de una paciente con anemia de células falciformes que la llevó a la muerte.

Cabe destacar que las complicaciones por trastorno hipertensivo son las causas que con mayor frecuencia pueden desencadenar alteraciones de órgano blanco, generando complicaciones o morbilidades maternas extremadamente graves siendo entre otras la eclampsia y el síndrome hellp.

5.1.3 Embarazo de Alto Riesgo Obstétrico: Ocurre aproximadamente en el 10% de los embarazos normales, en los que se presenta alguna complicación que los convierte en un embarazo de alto riesgo que genera condiciones que podrían comprometer la salud o la vida de la madre y su bebé. Entre las principales causas de embarazo de alto riesgo obstétrico están la hipertensión inducida por el embarazo como la preeclampsia, la diabetes gestacional, algunas infecciones maternas y muy pocas causas fetales, como trastornos del crecimiento, la salud fetal, anomalías estructurales del feto y problemas placentarios.

El riesgo de sufrir complicaciones obstétricas se puede presentar por primera vez durante el embarazo en mujeres sanas o se puede predecir para un embarazo futuro en mujeres portadoras de enfermedades de severidad considerable.

La Unidad de Alto Riesgo Obstétrico (UARO) ha evaluado y reportado como primeras causas de egreso de gestantes con Morbilidad Materna, promedio mes de enero a septiembre de 2019, los trastornos hipertensivos del embarazo 35 casos, seguidos por otras causas, como el trabajo de parto y parto pretérmino 5 casos, la restricción del crecimiento intrauterino 4 caso, la amenaza de parto pretérmino 3 casos y la diabetes 2 casos. Así mismo se presentaron en el mismo periodo revisado 7 casos de eclampsia y 8 casos de síndrome hellp.²⁸

Teniendo en cuenta lo anteriormente planteado es muy importante ampliar la información relacionada con el cuidado de la enfermera y obtener un conocimiento a través de investigaciones que aborden las perspectivas de las pacientes, lo cual se constituye en una oportunidad teniendo en cuenta las implicaciones de su significado.

5.1.4 La perspectiva: es el punto de vista concreto, particular y subjetivo que tiene una persona sobre un tema en concreto. La perspectiva no es fija e inamovible ya que lo habitual es que una persona cambie de opinión respecto a ciertos temas a lo largo de su vida precisamente, porque la experiencia, también modifica la forma de interpretar la realidad.

Es también la ilusión visual que percibe el observador que le ayuda a determinar la profundidad y situación de los objetos a distintas distancias. Por analogía, también se llama perspectiva al conjunto de circunstancias que rodean al observador, y que influyen en su percepción o en su juicio.

5.1.5 Perspectiva de la calidad en servicios de salud: En términos generales, la calidad de los servicios de salud se evalúa desde parámetros dispuestos internamente por las Instituciones, sin entender, ni comprender el punto de vista de los pacientes, acerca de los servicios que se les presta. Actualmente la

²⁸ Ibidem.P,

perspectiva del paciente aparece como un indicador significativo de la calidad del servicio en el área de la salud, mencionado en la ley 100 de 1993.²⁹

Las investigaciones muestran que la calidad técnica se queda corta en cuanto a su utilidad real para medir y describir como los pacientes evalúan la calidad del servicio en el contexto de la salud. La inhabilidad de los pacientes para juzgar la calidad técnica de los servicios de salud hace que su evaluación sea fundamental en diversos aspectos de la relación interpersonal, el desempeño funcional del proveedor y los factores ambientales que rodean la prestación del servicio.³⁰

Durante el proceso de servicio, la calidad funcional producida y sentida por el paciente es la variable más importante que incide en sus percepciones sobre la calidad recibida. La evaluación de la calidad del servicio en salud, debe realizarse aún a partir de criterios subjetivos, los cuales posteriormente se pueden usar y trasladar a parámetros objetivos de desempeño. No importa si el paciente está en lo correcto o equivocado en su evaluación, lo realmente valioso es como se siente y percibe la experiencia de servicios.

5.1.6 Necesidades de la paciente hospitalizada: La hospitalización para las gestantes en condición de ARO, implica cambios trascendentales en su vida y su dinámica familiar en la medida que la Institución busca responder a unos estándares de seguridad en la atención con respecto a su situación de salud con un enfoque netamente biomédico, que propone una integralidad de la atención, pero que termina quedándose corta frente a las necesidades reales de la persona.

Richter, Parkes y Chaw-Kant en Canadá, encontraron dos grandes temas expresados por las gestantes durante la hospitalización: los estresores asociados al reposo restrictivo en cama y las necesidades asociadas con este.

²⁹ FRANCO-YÁÑEZ C, HERNÁNDEZ-PACHECO J. Monitoreo de morbilidad materna extrema (near miss) como compromiso internacional para complementar la calidad de la atención en salud materna. Perinatología Y Reproducción Humana. 2016. p, .

³⁰ Ibidem. p, .

El primero se relacionó con una “pérdida de control” sobre su embarazo y en el desempeño de las funciones y actividades cotidianas, tanto profesionales como del hogar; prevalecieron sentimientos de ser una “carga” para sus familias por los cambios que suponía en sus vidas, los temas financieros, el cuidado de los hijos por parte de sus esposos y los desplazamientos de estos para visitarlas. Entre otros aspectos encontrados se hallaba la incapacidad de auto cuidarse y satisfacer sus necesidades.³¹

Dentro de las “necesidades” asociadas al reposo, expresaron la ausencia de privacidad, fuente de malestar por las continuas visitas médicas y la posibilidad de que sus familiares y esposos pudieran escuchar su condición clínica. Otras manifestaciones tenían que ver con las ocasionadas por los cambios bruscos en la dieta y la necesidad de mayor información sobre su estado de salud por parte de los profesionales, así como esparcimiento frente al aburrimiento de la hospitalización.³²

5.1.7 Cuidado de Enfermería: En la ley 911 de 2004 por la cual se dictan otras disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión en Colombia, se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. En el Capítulo II. Del Acto de Cuidado de Enfermería. Artículo 3 define el acto de Cuidado de Enfermería como el ser y esencia del ejercicio de la Profesión, se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológica, sociales y humanísticas.³³ Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad,

³¹ BOWERS, M.R., SWAN, J.E. y KOEHLER, W. F. (1994). What attributes determine quality and satisfaction with health care. *Deliberation. Healthcare Management Review*, 19(4), 49-55

³² Ibidem. p. ,

³³ Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería Congreso de la República, Bogotá, Colombia, 1986. p. ,

intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar en lo posible las potencialidades individuales y colectivas.³⁴

Por su parte, Swanson concibe los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. Propone cinco procesos básicos (Conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias). Dichos conceptos permiten reflexionar acerca de la cosmovisión del cuidado enfermero, donde convergen las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la ciencia de enfermería.³⁵

Al observar la enfermería desde el área asistencial, algunos autores indican: "Es difícil mantener los valores humanitarios en el acto de cuidar en las instituciones públicas de salud, en donde parece invisibilizarse los cuidados de enfermería por las labores biomédicas, pero las enfermeras(os) deben mantener aún entonces las virtudes de comunicarse con el otro, ayudarlo y sostenerlo en esta difícil etapa de su vida".²⁷

El realizar un procedimiento con altos estándares de calidad, es otra manera de cuidar con respeto, pero según los mismos usuarios el hacer bien el procedimiento no es tan importante para ellos como hacerlo con entrega y empatía. Realizando un real encuentro con el "otro" según Levinas: "El encuentro infinito entre el mismo y el otro. Un encuentro que nace de la esencia incompleta de los seres humanos encuentro que nutre, en el que el Mismo busca al Otro y en donde los dos tratan de completarse aun siendo seres incompletables".³⁶

Es posible que la realidad descubierta a través de la perspectiva de las pacientes sobre los cuidados recibidos de la enfermera, al identificar sus necesidades,

³⁴ Ibidem. p, .

³⁵ Ibidem.P,

³⁶ LEVINAS E. Totalidad e infinito: Ensayo sobre la exterioridad. España: Ediciones Sígueme; 2005.

evidencien aspectos comunes y relacionados con las investigaciones de referencia, lo cual se constituye en una gran oportunidad para el fortalecimiento del cuidado otorgado por la enfermera en la UARO de la Institución de alta complejidad en donde se realizó la investigación.

5.1.8 Marco contextual la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico: Se encuentra ubicado en el 6to piso y pertenece al proceso de hospitalización clínica, servicios de atención integral de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García”. Es el área física en donde se hospitaliza a la mujer gestante para su seguimiento y el de su hijo en situaciones especiales durante el embarazo, y después, si requieren una atención exhaustiva y multidisciplinar, facilitando la mejor atención prenatal y neonatal posible. Es un servicio habilitado que cuenta con el recurso humano, la tecnología y los servicios de interdependencia exigidos.

El área física: Cuenta con una capacidad instalada de 14 habitaciones unipersonales, con puertas de vidrio corredizas y con cortinas que favorecen la privacidad; hay una evidente limitación de baterías sanitarias las cuales están distribuidas en diferentes lugares y no por cada habitación. Cuenta con área de preparación de medicamentos, estación de enfermería, lugar en donde se ubican diferentes personas que hacen parte del equipo interdisciplinario, para la realización de registros clínicos.

Al final del pasillo central se encuentra ubicado un balcón con vidrieras que permiten una vista panorámica, adicionalmente incluye en su mobiliario sillas, una mesa y un televisor; ésta área se constituye en el lugar destinado para las actividades lúdicas y de recreación para las madres hospitalizadas.

El recurso humano médico con la siguiente distribución: Dispone de especialista en ginecología y obstetricia las 24 horas del día, especialistas docentes con presencialidad diaria cinco días a la semana en horas de la mañana, también

médicos en formación como especialistas 24 horas del día y un profesional de medicina en horas de la tarde, durante siete días a la semana.

El recurso humano de enfermería con la siguiente distribución: 5 profesionales de enfermería, con diplomado en ginecología y obstetricia de alto riesgo, con cubrimiento 24 horas, quienes desarrollan los roles administrativo, asistencial y educativo.

La relación profesional de enfermería - paciente es de 2:14 en horario de mañana y 1:14 en la tarde y la noche.

El recurso humano de auxiliares de enfermería con la siguiente distribución: 3 auxiliares de enfermería en horas de la mañana y dos auxiliares en la tarde y la noche.

La relación auxiliares de enfermería pacientes es de 2:7 en la mañana y 1:7 en la tarde y la noche.

Adicionalmente el servicio dispone de talento humano de psicólogos, trabajadores sociales y fisioterapeutas, contando además con personal en formación de diferentes disciplinas dentro del equipo.

Aspectos Tecnológicos: Se cuenta con equipos de monitoria fetal, equipos de monitoria cardiovascular, equipo completo para reanimación neuro-cardiovascular, que incluye desfibrilador.

Guías y Procedimientos: Se aplica y se evalúa periódicamente la adherencia a la aplicación de guías de práctica clínica, guías de cuidado de enfermería y los procedimientos prioritarios que garanticen la atención integral y segura al binomio madre hijo.

Indicadores de eficiencia técnica: El porcentaje ocupación promedio hasta el mes de septiembre del año 2019 fue de 92%, indicando una ocupación permanente

que no puede ser mayor por la estancia prolongada de algunas pacientes por más de ocho días.

El indicador de días estancia es de 7.7 durante el periodo de tiempo evaluado, aspecto que incide en el indicador giro cama que corresponde al número de pacientes que ocupan una cama en un mes, siendo para el caso particular de UARO de 3.7 promedio mes.

Áreas de interdependencia: Para ofrecer atención integral a la embarazada de ARO, se cuenta con unidad de medicina perinatal, en donde se realizan los estudios ecocardiográficos de mediana y alta complejidad, necesarios para monitorear el bienestar fetal, además se realizan procedimientos in útero.

Se cuenta con la consulta ambulatoria de ARO, en donde se atienden a las gestantes antes de la hospitalización o después del alta hospitalaria de la UARO, entre el séptimo y décimo día, para hacer seguimiento sobre las condiciones de la madre y el bebé.

La unidad de atención del parto incluye el triage obstétrico en donde se realiza la clasificación del riesgo de la madre para priorizar su atención, y se determina la conducta, que puede ser continuar hacia las salas de trabajo de parto, las salas de parto o el quirófano para la realización de cesárea. Se cuenta en el mismo piso con las salas de hospitalización de puerperio, lugar donde permanece la madre a partir de las cuatro horas post parto hasta completar 24 horas o más dependiendo de su condición de estabilidad y la del bebé.

El Hospital dispone de un equipo interdisciplinario conformado entre otros por una variedad de médicos especializados en medicina interna, cirugía general, anestesiología, pediatría y neonatología.

Adicionalmente, el hospital cuenta con la unidad de cuidado intensivo neonatal, y programas como canguro intra y extrahospitalario, banco de leche humana,

fundamentales dentro de los procesos de integralidad de la atención a las gestantes.

Se cuenta con procesos de apoyo fundamentales como el laboratorio, banco de sangre, unidad de ayuda diagnóstica y apoyo logístico hospitalario como lavandería, repostero, vigilancia, aseo y lo requerido para el buen funcionamiento de la institución.

Programa de preparación para la Maternidad y la Paternidad: Es un programa de capacitación y orientación, en donde se desarrollan siete módulos relevantes para afianzar los conocimientos y el empoderamiento de las madres y familias, frente a la gestación y la crianza de sus hijos. Este programa es desarrollado por un equipo interdisciplinario y está dirigido sobre todo a las gestantes que consultan ambulatoriamente a la consulta de ARO y las madres que se encuentran hospitalizadas en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico.

Satisfacción de Usuario en ARO: La satisfacción de las usuarias y su familia, en promedio en el año 2019 fue con relación al trato humano de 97%, la orientación 95%, la información 92%, la seguridad 92%, la accesibilidad 95%, la pertinencia 97%, la continuidad 96%, el ambiente físico 82% y la oportunidad 93%.

6. MARCO TEORICO

6.1 La Teoría de los Cuidados Kristen M. Swanson

Adoptar para la investigación la teoría de Swanson, permitirá dar significado a la realidad de los cuidados de la enfermera que se brindan a las gestantes de ARO, lo que permitirá ampliar los conocimientos desde el punto de vista científico, así como los desarrollos dentro del contexto de la disciplina de enfermería.

En sus afirmaciones teóricas Kristen Swanson plantea que en los desarrollos disciplinares en enfermería, las teorías se constituyen en eje fundamental para validar el conocimiento y sustentar la práctica a partir de los resultados de la investigación. De igual forma, ofrece una clara explicación de lo que significa para las enfermeras el modo de cuidar en la práctica. Hace hincapié en que el objetivo de la enfermería es promover el bienestar del otro.³⁷

Swanson define los cuidados como “Una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado, hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal”²⁹. Según Swanson, un componente fundamental y universal de la buena enfermería es atender el bienestar biopsicosocial y espiritual del cliente. Swanson afirma que los cuidados se basan en el mantenimiento de las creencias básicas en los seres humanos, apoyados por el conocimiento de la realidad del cliente, expresada por estar físicamente presente y representada por hacer por y posibilitar al cliente.³⁸

Swanson se dio cuenta que el repertorio de los tratamientos de cuidados de los enfermeros principiantes podía ser algo limitado y estar restringido por la inexperiencia. Por otro lado, las técnicas y el conocimiento que envuelven los

³⁷ Swanson KM. Nursing as informed caring for the well being of others. The journal of nursing scholarship 1993. p, .

³⁸ Ibidem, p.

cuidados de las enfermeras expertas pueden ser tan complicados y sutiles que pueden pasar desapercibidos para un observador profano.³⁹

Swanson afirma que independiente de los años de experiencia de una enfermera, los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales (subconceptos) creados por la propia actitud filosófica de la enfermera (mantener las creencias), la comprensión (conocimiento), los mensajes verbales y no verbales transmitidos al cliente (estar con), las acciones terapéuticas (hacer por y posibilitar) y las consecuencias de los cuidados (desenlace deseado por el cliente).⁴⁰

Se toma como referente teórico disciplinar los conceptos del metaparadigma:

Enfermería: Como la disciplina conocedora de los cuidados para el bienestar del otro. Afirma que la disciplina de la enfermería está fundada por el conocimiento empírico de la enfermería y de otras disciplinas relacionadas, así como el conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia clínica y los valores y expectativas personales y sociales.

Persona: “Seres únicos que están en proceso de creación y cuya integridad se completa cuando se manifiestan en pensamientos, sentimientos y conductas”. Postula que las experiencias vitales de cada individuo están influidas por una compleja interacción de “una herencia genética, el legado espiritual y la capacidad de ejercer libre albedrío”. Así pues, las personas moldean y son moldeadas por el entorno en el que viven.

Además Swanson postula, que “el otro”, al que sirve la disciplina de la enfermería, se refiere a grupos, familias y sociedad, las enfermeras reciben el mandato de asumir papeles de liderazgo en la lucha por los Derechos Humanos, la igualdad del acceso a la asistencia sanitaria y otras causas humanitarias.

³⁹ Ibidem. p, .

⁴⁰ Ibidem. p, .

Cuando las enfermeras piensan sobre el otro, hacia el que dirigen sus cuidados, también necesitan pensar en sí mismas y en otras enfermeras y sus cuidados, así como ser cuidadas por los demás.

Salud: Considera el restablecimiento del bienestar como un complejo proceso de cuidados y curación que incluye “desprenderse del dolor interno, establecer nuevos significados, restaurar la integridad y emerger con un sentimiento de renovada plenitud”.⁴¹

Entorno: Lo define de forma situacional, “es cualquier contexto que influye o es influido por el cliente” swanson afirma que hay muchos tipos de influencia sobre el entorno, como los aspectos culturales, sociales, biofísicos, políticos y económicos.

6.2 Método fenomenológico interpretativo Dra Patricia Benner

Para la interpretación se explorarán los significados, teniendo en cuenta los supuestos filosóficos de la Dra. Benner, se trata de estudiar el fenómeno en su esencia y su contexto estructural, para comprender el mundo de los participantes y los eventos relacionados con él. El investigador interpretativo debe crear un diálogo entre conceptos prácticos y experiencias vividas que vinculen el razonamiento y la imaginación con el mundo de los participantes.⁴²

Utilizando el método interpretativo fenomenológico, el investigador busca comprender el mundo de conceptos, hábitos y prácticas presentados a través de las narrativas y acciones específicas de los participantes. Estos entendimientos se utilizan para contrastar similitudes y diferencias insertadas en los discursos y acciones específicas de los participantes.⁴³

⁴¹ Ibidem. p, .

⁴² RAÍSSA PASSOS, Dos S, ELIANE TATSCH N, FRANCO C. Qualitative methodologies in health research: interpretive referential of Patricia Benner. Brasil. Universidad de Federal de Santa Maria, 2016. p, .

⁴³ Ibidem. p,

Benner describe cinco fuentes de similitudes que el investigador interpretativo debe explorar en las narraciones de los sujetos:

Situación: *Se refiere a la comprensión de como los individuos se comportan en diferentes situaciones, teniendo en cuenta su historia y contexto actual.*

Se buscará comprender las vivencias de las gestantes con ARO durante su hospitalización en la UARO, que permita develar acontecimientos o situaciones que incidieron en desenlaces deseables, podría ser porque durante su atención se presentaron situaciones, relaciones o prácticas que fueron importantes para ella y se tuvieron en cuenta por las enfermeras para cuidarlas.

En su artículo La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos Investigación y Educación, Castillo destaca la importancia de la fenomenología interpretativa propuesta por Heidegger en donde su objetivo principal es entender lo que “significa una persona y cómo el mundo es inteligible para los seres humanos”, un fenómeno para Heidegger es lo que se muestra por sí mismo, lo que se hace manifiesto.⁴⁴

La fenomenología hermenéutica como método investigativo se basa en la filosofía ontológica de Heidegger y como tal está interesada en entender los fenómenos en sus propios términos, para lograr esto se debe descubrir y entender los significados, hábitos y prácticas del Ser Humano

⁴⁴ Castillo Espitia, Edelmira, La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos Investigación y Educación en Enfermería . 2000, vol XVIII, núm 1, p, 27-35.

El Mundo es todo en el cual los seres humanos se hallan inmersos y rodeados, es dado por nuestra cultura y lenguaje y hace posible el entendimiento de nosotros mismos y los demás.

El lenguaje hace posible las diferentes formas particulares de relacionarse y sentir que tienen valor en una cultura. Las habilidades, significados y prácticas tienen sentido gracias al mundo compartido dado por la cultura y articulado por el lenguaje. El mundo se da por sentado, es decir es obvio e ignorado por los seres humanos, sólo se nota en situaciones de ruptura o destrucción.⁴⁴

Método de realización: *Comprensión de ellos como individuos, se unen cuerpo de conocimientos, habilidades y prácticas.*

Al escuchar las pacientes se pretende descubrir si las enfermeras, a través de mensajes verbales y no verbales utilizados por las pacientes, proveen cuidados y generan desenlaces deseables para las pacientes. ¿Será la enfermera capaz de identificar en la interacción que hace con las pacientes, sus necesidades aún en ausencia de comunicación verbal, sólo con observar los comportamientos de las pacientes en condición de ARO?

Castillo describe que para la fenomenología la persona más que tener un cuerpo, es corporal, ser humano, es tener una inteligencia corporal que hace involucrarse hábilmente en las situaciones.⁴⁵

Temporalidad: *Considera la experiencia vivida como una oportunidad para proyectar hacia el futuro y entender, pero no de una manera lineal, si no teniendo en cuenta la experiencia en su temporalidad.*

Al escuchar las voces de las pacientes, acerca de las acciones terapéuticas, así como de la información que reciben por parte de las enfermeras se pretende entender sus historias y experiencias.

⁴⁵ Ibidem. p, .

En su artículo “La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos” Edelmira Castillo plantea que Heidegger describió a la persona como “ser en el tiempo”, este tiempo no es lineal o la sucesión infinita de las horas, como generalmente se piensa en culturas occidentales.

Heidegger llama al tiempo temporalidad y según él, el tiempo es constitutivo del ser o existencias. Merleau-Ponty citado en el mismo artículo, considera el tiempo como una dimensión del ser de la existencia que resulta de mi relación con las cosas, entre las cosas el futuro no es aún, el pasado ya no es, solamente el presente es. Cada presente afirma la presencia de todo, el pasado se suplanta y anticipa todo lo que vendrá.⁴⁵

La visión ontológica del tiempo presentada por Heidegger y Merleau-Ponty es diferente de la visión óptica del tiempo que prevalece en sociedad, profesionales de la salud y madres, quienes conciben el tiempo de forma lineal, hay muchas cosas relevantes que hacer en cierto tiempo o momento⁴⁶.

En el evento de la espera de pruebas de laboratorio y pruebas para evaluar la condición del feto o el recién nacido, se puede decir que no se sabe que se espera, sobre todo cuando existe un riesgo inminente para la salud de las madres y de su hijo, por eso lo que ocurre cada día para ellas es muy importante.

Sería necesario comprender la importancia que tiene esta temporalidad y si es tomada en cuenta por las enfermeras al proveer cuidado.

Las preocupaciones: La forma en que el individuo se encuentra de manera significativa en la situación, lo que realmente importa a la persona.

Heidegger describe dos modos en los cuales los seres humanos están involucrados en el mundo. El primero es aquel en el cual las personas están

⁴⁵ Ibidem. p, .

⁴⁶ Ibidem. p, .

completamente involucradas en el mundo o sumergidas en la actividad diaria sin notar la existencia, en éste las personas están comprometidas con cosas que tienen significado y valor de acuerdo a su mundo.

En contraste el segundo modo es aquel en el cual las personas son conscientes de su existencia. La significancia o significado de las cosas, se basa en distinciones cualitativas reconocidas por las personas en su vida diaria, las cuales son moldeadas por la cultura y el lenguaje.⁴⁷

Significados en común: *El lenguaje y significado cultural común que presente y muestren lo que serían posibles problemas, acuerdos y desacuerdos entre las personas.*

Continuando con los aportes de Castillo⁴⁸ con relación a la fenomenología interpretativa, para el estudio de los fenómenos humanos, ella plantea que los supuestos filosóficos de Merleau-Ponty aplican tanto a participantes en la investigación, como a investigadores.

En este sentido, el conocimiento previo de los investigadores es parte de la estructura del proyecto interpretativo, constituyendo el estudio en las vías de conducción. Para ello la necesidad del investigador de desarrollar la capacidad de participar, a través del razonamiento, en diferentes situaciones narradas por los participantes.

Es una parte central en este proceso que el investigador tenga un movimiento constante de ida y vuelta sobre sus conceptos iniciales, aclarar las dudas y reinterpretar cuando sea necesario o hayan interpretaciones equivocadas en el proceso de búsqueda para tener la mayor comprensión posible del fenómeno.

⁴⁷ Ibidem. p, .

⁴⁸ Ibidem. p, .

El investigador es un ser auto interpretativo que es y tiene un mundo, para quien las cosas tienen un significado, que tiene inteligencia corporal y vive en el tiempo. Su lugar en el mundo, sus compromisos, sus intereses, moldearan sus proyectos de investigación⁴⁹.

La fenomenología de Heidegger considera que es posible tener un conocimiento objetivo sobre el ser humano, porque todo el conocimiento es generado por personas que son y están en el mundo, que tratan de entender personas que son y están en el mundo. Se comprende mediante la comparación de lo que se necesita entender, en algo que ya se conoce; entender es circular, se está siempre en un círculo hermenéutico o de interpretación. Una frase es una unidad de entendimiento, la palabra se entiende con relación al significado de la frase.⁵⁰

Un concepto deriva su significado del contexto donde se encuentre, pero el contexto está formado por los elementos a los cuales da significado. La lógica no es suficiente para el entendimiento. La hermenéutica asume un componente de intuición, un conocimiento mínimo previo que es necesario para entender. El que habla y el que escucha, deben compartir el lenguaje y el tema de su discurso, entender o comprender tiene una estructura que entra en juego en toda interpretación.⁵¹

Se plantea un ejercicio en el que “el que habla y el que escucha deben compartir el lenguaje y el tema de su discurso” aspecto fundamental para el investigador quien debe entender o comprender, al momento de la interpretación. Comprender a los seres humanos exige escuchar sus voces, sus historias y experiencias. “la ética de los investigadores interpretativos se basa en el respeto por la voz y la experiencia descrita en el texto, por la persona participante”⁵²

⁴⁹ Ibidem. p,

⁵⁰ Ibidem. p, .

⁵¹ Ibidem. p,

⁵² Ibidem. p,

Posteriormente sobre la base de la evidencia disponible, y los temas emergentes de los hechos narrados se identificarán las similitudes, y diferencias, con base en lo cual se determinarán las categorías.

6.3 Visión de enfermería

Para respaldar el fenómeno de estudio la investigadora se ubica en la Visión de Simultaneidad Unitaria Transformativa, contemplando las mujeres gestantes que se constituyen en los sujetos de estudio, vistas como seres humanos únicos, situados en una historia, en donde se privilegia la experiencia, sentimientos, valores, pensamientos. En esta visión los métodos cualitativos, relevan importancia al permitir un acercamiento a los fenómenos humanos en sus ambientes naturales, en consecuencia, la filosofía del pensamiento se fundamenta en corrientes post positivistas como la fenomenología, hermenéutica, humanismo, idealismo y existencialismo.⁵³

Los profesionales de la visión simultánea privilegian la investigación cualitativa porque permite explorar la subjetividad de las personas, permitiendo contextualizar y entender los significados de los diversos procesos y situaciones de la vida. El paradigma cualitativo refleja la necesidad de buscar la totalidad del fenómeno, aumentando las relaciones entre las ciencias de la salud, las ciencias humanas y la perspectiva del cuidado, de la vida, y no sólo de la persona.⁵⁴

En el mismo artículo los investigadores Daza, Torres y Prieto, resaltan “la participación del paciente en el cuidado que hace mucho más humana la práctica de enfermería debido a que permite reconocer al otro como persona, con el derecho y la obligación de ser actor de su salud y no simplemente el receptor de actividades planeadas por el profesional que lo atiende”. La práctica guiada desde la simultaneidad valora fundamentalmente las narrativas, las vivencias y

⁵³ Levinas E. Totalidad e infinito: Ensayo sobre la exterioridad. España: Ediciones Sígueme; 2005.⁴⁷

⁵⁴ Ibidem. p,

experiencias de lo que representa para la persona la situación. El profesional que tenga esta orientación en su quehacer reflejará afecto, interés genuino por lo que ocurre con el otro, las acciones de cuidado serán de tipo sanador.⁵⁵

La visión unitaria transformativa fundamentada en la interrelación entre el investigador y los investigados, da lugar a la intersubjetividad, que es la que permite el desarrollo de relaciones de cuidado verdaderas, significativas y con contenido.⁵⁶

Partiendo de los puntos de vista de las investigaciones de referencia, es necesario considerar la importancia, de los aportes de la visión desde lo ontológico y epistemológico, como una forma de dar fundamento a las investigaciones de enfermería, lo cual nos permite acercarnos a las realidades, teniendo como base el pensamiento abstracto, desde las visiones del mundo.

⁵⁵ Daza de Caballero R, Torres A, Prieto de Romano G. Análisis crítico del cuidado de enfermería: Interacción, participación y afecto. *Índex Enferm.* 2005, p,

⁵⁶ *Ibidem.* p,

7. DISEÑO METODOLOGICO

7.1 Tipo de Estudio: Se desarrolló una investigación cualitativa, de tipo fenomenológico, dado que se buscaba captar una realidad o vivencia a través de la perspectiva de las gestantes de ARO hospitalizadas, teniendo en cuenta que éste enfoque permite amplitud, flexibilidad y profundidad para mayor comprensión del fenómeno.

Según Bonilla y Rodríguez, el enfoque cualitativo tiene como principal característica el interés por captar la realidad social “a través de los ojos” de la gente que está siendo estudiada, es decir, a partir de la percepción que tiene el sujeto de su propio contexto. No se parte de supuestos derivados teóricamente, sino que busca conceptualizar la realidad con base en el comportamiento de las personas estudiadas, explorando sistemáticamente los conocimientos y valores que comparten los individuos en un determinado contexto espacial y temporal.⁵⁷

A esto Bonilla y Rodríguez agregan que “la investigación cualitativa requiere como actitudes fundamentales la apertura, la flexibilidad, la capacidad de observación y la interacción con el grupo de investigadores y con los actores sociales envueltos”.⁵⁸

La investigación cualitativa se ha convertido en esa alternativa válida para estudiar y comprender los fenómenos humanos y sociales, esta investigación busca, comprender la perspectiva de las pacientes hospitalizadas en la Unidad de Alto

⁵⁷ BONILLA E, RODRÍGUEZ P. Más allá del dilema de los métodos: la investigación en ciencias sociales. Bogotá: editorial Norma, 2005. p, .

⁵⁸ Ibidem. p, .

Riesgo Obstétrico, sobre el cuidado específico que ofrece la Enfermera al identificar sus necesidades.⁵⁹

La fenomenología fue pensada y descrita por Edmund Husserl como una filosofía. Esta palabra está compuesta por dos vocablos griegos “Fenomenon” y “Logos”. “Fenomenon” deriva de “Faineszai” que significa mostrarse, sacar a la luz del día, hacer patente, visible en sí mismo. “logos” significa discurso, ciencia. Es así como se puede entender la fenomenología como la ciencia de lo no visibles o no evidente.⁶⁰

Husserl concibe la fenomenología como una tarea de clarificación para poder llegar a las cosas mismas partiendo de la propia subjetividad, en cuanto a las cosas se experimentan primariamente como hechos de conciencia, cuya característica fundamental es la intencionalidad, no se trata de una descripción empírica o meramente psicológica, si no trascendental, esto es, constitutiva del conocimiento de lo experimentado, porque se funda en los rasgos esenciales de lo que aparece a la conciencia.⁶¹

La función fundamental de la fenomenología es la reflexión interpretativa, de las experiencias vividas, intentando explicar la ‘vivencia’ y clarificar las ‘cosas mismas’ partiendo de la conciencia.⁶²

La fenomenología se aproxima a lo propiamente humano, y la disciplina de enfermería es humana; por lo que este tipo de aproximación produce conocimiento científico que fortalece la práctica de enfermería y por lo tanto contribuye al desarrollo disciplinar. Se contemplaron los conceptos fundamentales y las

⁵⁹ Ibidem. p,

⁶⁰ BUENO ROBLES, Luz Stella. Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. Cienc. enferm. 2011. p, .

⁶¹ DAZA DE CABALLERO, R., TORRES, Prieto de Romano G. Análisis crítico del cuidado de enfermería: Interacción, participación y afecto. IndexEnferm. 2005. p, .

⁶² Ibidem. p,

definiciones filosóficas de la doctora Patricia Benner dada su amplia trayectoria en investigación, la naturaleza y el alcance de sus obras, en la medida que ha establecido, la diferencia entre la práctica y el conocimiento teórico. La perspectiva filosófica de Benner en cuanto a la práctica de enfermería, es una perspectiva emergente, dinámica y holística que sostiene que la filosofía, la práctica, la investigación y la teoría son interdependientes, están interrelacionadas y son hermenéuticas.⁶³

Se reconoce que, en las ciencias humanas, la comprensión se vuelve más rica que la simple explicación, la comprensión une más profundamente las experiencias humanas y sus significados. La fenomenología interpretativa descrita por Benner es guiada en los conceptos filosóficos de la búsqueda de comprensión de las experiencias de la condición humana, y de la manera de como conocemos y entendemos el mundo.⁶⁴

El investigador interpretativo debe crear un diálogo entre los conceptos prácticos y experiencias que vinculan el pensamiento y la imaginación al mundo de los participantes. Al utilizar el método fenomenológico interpretativo, el investigador trata de entender los conceptos, hábitos y prácticas que se presentan a través de las narrativas participantes y acciones específicas, estas interpretaciones se utilizan para contrastar las similitudes y diferencias insertadas en los discursos de los participantes.⁶⁵

Entender las preocupaciones humanas, los significados, el aprendizaje experimental, el comportamiento práctico experto día a día, cuando están funcionando sin problemas o están en crisis, es la meta a diferencia de explicación o previsión a través de leyes informales o formales.⁶⁶

⁶³ Ibidem. p,

⁶⁴ Ibidem. p,

Por lo tanto, se reconoce que, en las ciencias humanas, la comprensión se vuelve más rica que la simple explicación, es decir la comprensión une más profundamente las experiencias humanas y sus significados. Los investigadores interpretativos deben interesarse en las diferencias o similitudes entre los distintos mundos de los participantes del estudio. El uso de la fenomenología interpretativa para el desarrollo de esta investigación, se constituyó en un método importante, capaz de contribuir a una mejor comprensión de la práctica de cuidado de enfermería, partiendo de la perspectiva de las pacientes con ARO⁶⁷.

La realización de esta investigación, permitirá realizar un ejercicio crítico, el cual aportará significativamente al conocimiento científico de la enfermera, al buscar comprender la realidad que vive la mujer gestante con ARO, lo cual se puede convertir en una estrategia reflexiva partiendo de la interacción directa que se da con la persona sujeto de cuidado.

Los resultados de esta investigación podrían constituirse en la oportunidad de contribuir a diseñar procesos de cuidado, que se acerquen de forma directa a suplir las necesidades de las pacientes permitiendo la práctica de un cuidado con calidad.

7.2 Sujetos y lugar de estudio

Los sujetos de estudio fueron mujeres gestantes en condición de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) que estuvieron hospitalizadas en el Hospital Universitario del Valle, de mediana y alta complejidad de carácter universitario del departamento del Valle, en un servicio de hospitalización denominado Unidad de Alto Riesgo Obstétrico (UARO) en donde ingresan mujeres gestantes o en post parto, procedentes del servicio de emergencias obstétricas (Admisión Partos) o que han consultado ambulatoriamente a la consulta especializada de Alto Riesgo Obstétrico.

⁶⁷ Ibidem. p,

7.3 Reclutamiento y Selección de participantes

La enfermera quien al momento de la investigación fungía como investigadora tenía acceso al área de servicios ambulatorios en donde se realiza la consulta especializada de Alto Riesgo Obstétrico, solicitando el nombre de las pacientes agendadas.

Como criterios de inclusión se abordaron a todas las madres que asistieron a la consulta en busca de cumplimiento de los criterios de selección, para lo cual se indagó a las mujeres sobre edad, residencia actual, tiempo de hospitalización y en el caso de las mujeres en post parto, sobre las condiciones de salud de su recién nacido (permitió identificar madres que no tuvieran sus recién nacidos en la unidad de cuidado intensivo neonatal).

Se dio a conocer en qué consistía la investigación, teniendo en cuenta cada aspecto descrito en el consentimiento informado, explicando la importancia y el propósito de la investigación, así como la libertad para elegir participar en el estudio.

Se informó sobre los lugares propuestos para las entrevistas, siempre proporcionando las alternativas en donde las pacientes se sintieran más cómodas y se favorecieran un ambiente de privacidad que favoreciera la empatía entre el entrevistador y la persona a entrevistar.

Las entrevistas se realizaron, en su mayoría, en una sala cómoda en el hospital, sin interferencia externa, garantizando privacidad a las participantes; sólo en dos casos se realizaron entrevistas en el domicilio, de las participantes por lo cual el investigador se desplazó hasta sus viviendas.

El tiempo de duración promedio de cada entrevista fue entre 50 a 60 minutos, dichas entrevistas fueron audio grabadas previa autorización, de las pacientes en el consentimiento informado. Se realizaron un promedio de dos entrevistas por participante.

7.4 Selección de participante

Se realizó la selección de las madres, en la consulta especializada ambulatoria de ARO, a la cual asisten las mujeres en el postparto y embarazadas, después de siete días, de haber egresado de la hospitalización, para el respectivo seguimiento debido a su condición y riesgos identificados.

Se abordaron las pacientes que consultaron, mayores de 18 años, que podían ser originarias de otras ciudades, pero que fueron residentes en la ciudad de Cali, además que cumplían con los criterios de haber estado más de cinco días hospitalizadas en la UARO, durante su gestación por su condición de ARO, y se indagó sobre la posibilidad de participar en el estudio. Podían participar o incluirse en el estudio mujeres en condición de ARO, embarazadas o en el postparto con recién nacido vivo y en buenas condiciones de salud.

7.5 Técnica de Recolección de información

Se realizaron entrevistas en profundidad, apoyadas por una guía temática, (anexo 2) con preguntas abiertas sobre los aspectos generales en torno al cuidado recibido.

La finalidad de la entrevista a profundidad fue conocer las experiencias vividas por las madres que estuvieron hospitalizadas en la Unidad de ARO, para detectar experiencias significativas, su relación con la provisión de cuidado por la enfermera al identificar sus necesidades y de este modo poder buscar relaciones entre la mujer gestante con ARO en su generalidad, así como cada experiencia en su particularidad.

La técnica empleada para la recolección de la información fue la entrevista en profundidad, cara a cara entre el investigador y las participantes, dirigida hacia la comprensión de las perspectivas que tienen ellas respecto a sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras. Se

mantuvo un ambiente tranquilo, privado y de confianza, que facilitó la apertura y el diálogo⁶⁸

Las entrevistas a las mujeres gestantes o post parto en condición de ARO, se realizaron en el marco de una conversación a través de un proceso cordial de respeto, donde ni el entrevistado ni el entrevistador se impusieron, fue un proceso participativo y democrático, es decir la conversación como la máxima expresión de la entrevista fenomenológica.

7.6 Tamaño de la muestra: El criterio utilizado para determinar la cantidad de entrevistas se realizó teniendo en cuenta la saturación de la información, que ocurre en el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas, y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos.⁷¹

Sin embargo, mientras seguían apareciendo nuevos datos o nuevas ideas, sobre las experiencias de las pacientes acerca de los cuidados recibidos por la enfermera, la búsqueda no debía detenerse, hasta disponer de los elementos necesarios para construir una idea comprensiva y convincente sobre la perspectiva que las pacientes en condición de ARO, tienen acerca del cuidado que provee la enfermera al identificar sus necesidades en la UARO en el ámbito de la investigación, para responder a los objetivos del estudio.

El criterio de saturación de significados se logró en la entrevista numero 15 es decir con las entrevistas de la madreZ7 y se completó con la entrevista numero 20 con la madreN10, lo cual permitió definir las unidades develadas.

⁶⁸ RUBIO ACUÑA, Miriam, ARIAS BURGOS, Marisol. Fenomenología y conocimiento disciplinar de enfermería. Rev. Cubana Enfermer . 2013. p, .

⁷¹ Martínez-Salgado Carolina. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. Ciênc. saúde coletiva. 2012 (3): 613-619..

7.7 Análisis e interpretación: Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas. El análisis inició, desde cada entrevista, en su totalidad de forma textual guardando entera fidelidad del audio.

Posteriormente se construyeron narrativas, que partieron de las entrevistas realizadas, en donde se describieron diversos pasajes o acontecimientos ocurridos durante la hospitalización de las embarazadas en condición de ARO, de forma cronológica, teniendo en cuenta el ambiente de la UARO, el tiempo en el cual vivieron los hechos, las interacciones, la secuencia de eventos, y los resultados para ellas y sus bebés.

Al finalizar el proceso reflexivo inicial se hizo el proceso de lectura detallada de la primer entrevista mediante las aproximaciones de línea por línea, frase o grupo de frases, para la familiarización con el texto y captar los significados hasta ir identificando las primeras unidades temáticas, resaltando en cada frase los aspectos considerados significativos de acuerdo a lo narrado por las participantes, constituyéndose en las interpretaciones preliminares sobre las unidades temáticas que empezaron a surgir.⁶⁹

Para llevar a cabo este procedimiento se diseñó una matriz con varias columnas, en la que se vació el texto de la entrevista y en una columna a la derecha se anotaron las unidades de análisis o unidades de significados como notas iniciales.

Al progresar en el análisis de la entrevista, se identificaron, similitudes, diferencias y contradicciones en las narrativas de las mujeres sobre el fenómeno. Fueron resaltados sobre el texto párrafos sensibles, congruentes con la fenomenología, en este sentido, “redactar las transformaciones lingüísticas no es un procedimiento mecánico: se trata más bien de un proceso hermenéutico y creativo”

El paso siguiente consistió en la revisión de los temas que emergieron, buscando sus interconexiones. Para ello se extrajo un listado de frases que sirvieron de

⁶⁹ DE LA CUESTA, Benjumea C. La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enferm. Clin.* 2011. p

apoyo a las categorías relacionadas; en esta etapa se realizaron agrupaciones de algunos temas, con el fin de encontrar conceptos o patrones temáticos.

Finalizado el análisis de la primera entrevista, se continuó con el análisis de las siguientes, tomando como base el listado de las categorías que emergieron durante el primer análisis; con el fin de encontrar patrones que se repetían o nuevos temas emergentes en las transcripciones. Una vez concluido el análisis de las entrevistas se “construyó una tabla final de temas”, mediante la cual se seleccionaron los temas en torno a las experiencias y significados de sus vivencias, los cuales en la investigación se toman como categorías comprensivas del fenómeno, en busca del significado de la experiencia vivida de las madres con Alto Riesgo Obstétrico.

Para la interpretación la investigadora exploró teniendo en cuenta los supuestos filosóficos de la Dra Benner:

Situación: Se refiere a la comprensión de como los individuos se comportan en diferentes situaciones, teniendo en cuenta su historia y contexto actual.

Se buscó comprender las vivencias de las gestantes con ARO durante su hospitalización, se logró develar acontecimientos o situaciones que incidieron en desenlaces gratificantes, para las madres, así como relaciones o prácticas que fueron importantes para ella y se tuvieron en cuenta por las enfermeras para cuidarlas.

Método de realización: Comprensión de ellos como individuos, se unen cuerpo de conocimientos, habilidades y prácticas.

Al escuchar las pacientes se pretendió descubrir si las enfermeras, a través de mensajes verbales y no verbales utilizados por las pacientes, proveían cuidados favoreciendo la gratificación de las madres generando desenlaces deseables, partiendo de su comprensión, bajo el interrogante ¿Será la enfermera capaz de

identificar en la interacción que hace con las madres, sus necesidades aún en ausencia de comunicación verbal, sólo con observar sus comportamientos?

Temporalidad: *Considera la experiencia vivida como una oportunidad para proyectar hacia el futuro y entender, pero no de una manera lineal, si no teniendo en cuenta la experiencia en su temporalidad.*

Al escuchar las voces de las pacientes, acerca de las acciones terapéuticas, así como de la información que recibieron por parte de las enfermeras se procuró entender sus historias y experiencias.

En el evento de la espera de pruebas de laboratorio y pruebas para evaluar la condición del feto o el recién nacido, se puede decir que no se sabe que se espera, sobre todo cuando existe un riesgo inminente para la salud de las madres y de su hijo, por eso lo que ocurre cada día para ellas es muy importante. Se buscó comprender la importancia que tiene esta temporalidad y si es tenida en cuenta por las enfermeras al proveer cuidado.

Las preocupaciones: *La forma en que el individuo se encuentra de manera significativa en la situación, lo que realmente importa a la persona.*

Se tuvo en cuenta el tiempo de hospitalización de la madre y las circunstancias que vivía día a día dada su condición de ARO, se pudo observar que tomó importancia aspectos de su cotidianidad, que en su hogar podrían considerarse normales, sin embargo, en la hospitalización adquirieron mucho valor, como podría ser el contacto con sus hijos, esposo, familia. Era necesario identificar y comprender en los discursos de las participantes, los aspectos que se han tenido en cuenta y que se constituyen en cuidado dispensado por las enfermeras.

Significados en común: *El lenguaje y significado cultural común que presente y mostrar lo que serían posibles problemas, acuerdos y desacuerdos entre las personas.*

En este sentido, el conocimiento previo de los investigadores es parte de la estructura del proyecto interpretativo, constituyendo el estudio en las vías de conducción. Para ello era necesario como investigadora, desarrollar capacidad participativa, a través del razonamiento en diferentes situaciones narradas por los participantes como lo plantea Castillo en su artículo⁴⁴.

Se buscó comprender entonces el significado que para las pacientes representó la información recibida en el contexto del cuidado, y su relevancia en la medida que exige compromiso, conocimiento, y el desarrollo de una interacción comunicativa de escucha y de comprensión de la enfermera y la paciente.

Posteriormente sobre la base de la evidencia disponible, y los temas emergentes de los hechos narrados se identificaron las similitudes, y diferencias, con base en lo cual se determinan las categorías.

⁴⁴ Castillo Espitia, Edelmira, La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos Investigación y Educación en Enfermería [en línea] 2000, XVIII [Fecha de consulta: 19 de enero de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105218294002>> ISSN 0120-5307

8. RIGOR METODOLOGICO

En el artículo “Rigor metodológico en la investigación cualitativa”⁷⁰ se plantean dentro de los criterios para evaluar la calidad de la investigación cualitativa:

La **credibilidad** la cual se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolectó información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Así entonces, la credibilidad se refiere a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas.

En éste sentido, partiendo de las transcripciones textuales de las grabaciones interpretadas, se construyeron las narrativas o historias, las cuales fueron presentadas a las madres, quienes validaron el contenido de las mismas a través de la siguiente pregunta: ¿De acuerdo a la historia que construí, con base en lo que me contaste en las entrevistas sobre tus experiencias cuando estuviste hospitalizada en ARO me puedes informar si esa historia reúne las ideas, sentimientos, significados que viviste o que quisiste transmitir?

Se grabaron audios en los que se transcribieron textualmente y que dan fe, sobre la respuesta de las madres, para confirmar que la información es verdadera, y reconocen que el contenido de las historias corresponde a lo que ellas quisieron transmitir.

La **auditabilidad** de acuerdo a lo descrito por Castillo y Vásquez en su artículo, es un criterio que otros autores le llaman confirmabilidad, y que de acuerdo a Guba y

⁷⁰ CASTILLO, EDELMIRA; VÁSQUEZ, MARTHA LUCÍA. El rigor metodológico en la investigación cualitativa Colombia Médica, vol. 34, núm. 3, 2003, pp. 164-167

Lincoln este criterio se refiere, a la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho.⁷¹

En el presente estudio se contó con un investigador, asesor experto que acompañó todo el proceso investigativo, haciendo seguimiento estricto sobre el desarrollo de la investigación, desde la formulación del proyecto hasta el análisis e interpretación de resultados.

Se pretende que al examinar los datos otro investigador pueda llegar a conclusiones similares o iguales del investigador original, siempre y cuando tengan perspectivas similares de acuerdo a lo descrito.⁷²

La transferibilidad o aplicabilidad: Es el tercer criterio que se debe tener en cuenta para juzgar el rigor metodológico en la investigación cualitativa. Este criterio se refiere a la posibilidad de extenderlos resultados del estudio a otras poblaciones. Guba y Lincoln indican que se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto.⁷³

Se espera que, al describir la expresión de las vivencias de la mujer gestante en condición de ARO, durante su hospitalización en la UARO, se permita comprender su perspectiva, en relación al cuidado que le ofrece la enfermera al identificar sus necesidades y dichos resultados puedan ser aplicables en contextos similares, afianzando el conocimiento y fortaleciendo de esta forma el cuidado en el marco de la disciplina de enfermería.

La dependabilidad: entendida como un proceso sistemático, de autenticidad que incluye tres criterios: la conciencia reflexiva acerca de la propia perspectiva del investigador, la apreciación de las perspectivas de los otros (evaluadores

⁷² Ibidem. p,

⁷³ Ibidem. p,

externos) y la imparcialidad en las construcciones, descripciones, representaciones y valores en los que se sustentan.

La **reflexibilidad**: es un instrumento para la validez y se propone como criterio básico para la evaluación de la calidad de los estudios cualitativos. Ser reflexivo es, hoy en día, un imperativo para los investigadores cualitativos. El proceso reflexivo también enriquece la propia investigación al proporcionar insights sobre el fenómeno que está en estudio y sobre nosotros mismos, ayuda a la interpretación de lo que se nos revela como inexplicable y facilita su comprensión. Una posición reflexiva genera preguntas y profundiza en análisis de los datos. La comprensión y el análisis sobre el fenómeno en estudio se amplían desde diversas perspectivas y no sólo desde las teóricas.⁷⁴

En esta investigación se describió a las informantes, el proceso de selección para participar, la transcripción fidedigna de las entrevistas por parte de la investigadora, el contexto físico de hospitalización en la unidad de alto riesgo obstétrico, y los relatos sobre el contexto social y familiar de las pacientes.

⁷⁴ RAÍSSA PASSOS, dos S, ELIANE TATSCH, Franco C. Qualitative methodologies in health research: interpretive referential of Patricia Benner. Brazil. Universidad Federal de Santa Maria. Enfermagem. 2016. p,

9. CONSIDERACIONES ETICAS

Esta investigación se encuentra clasificada en la categoría de “investigación de bajo riesgo”, por tratarse de un estudio en el que no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de las pacientes que participan en el estudio, se considerará la realización de entrevistas, en las que no se identificará, ni se tratarán aspectos sensitivos de la conducta, de las pacientes.

Por tratarse de un estudio que abordará, a través de entrevistas, a mujeres gestantes o en condición de postparto de ARO, se tuvo cuenta lo dispuesto en el capítulo IV de la resolución 8430 de 1993 Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, fundamentalmente en los artículos 32, 35 y 37.

Para mantener la confidencialidad de la información y proteger la identidad de las pacientes, las entrevistas fueron identificadas con la palabra madre seguida de la inicial del primer nombre y un número arábigo secuencial de acuerdo al número de entrevistas, “MadreM1”. Para la construcción del informe e identificación de los relatos o testimonios de las participantes, los nombre fueron cambiados por pseudónimos.

Adicionalmente se entregó el consentimiento informado (anexo 1) y los términos del mismo que contiene la información en donde se dio a conocer los objetivos del estudio, la importancia de su participación, el uso que se dará a los resultados y la posibilidad de retirarse en un momento dado de su participación; se informó además, que dentro de los fines del estudio está la generación de conocimientos y avances en la disciplina de Enfermería que contribuyan a mejorar las prácticas de cuidado.

Luego de la lectura del consentimiento por cada participante, este mismo se hizo firmar antes del inicio de la entrevista. Se le entregó copia del mismo.

El proyecto se envió para evaluación del comité de ética de la Universidad del Valle y el comité de ética del Hospital en donde se desarrolló la Investigación obteniéndose los respectivos avales.

10. RESULTADOS

Se realizó entrevista a diez madres las cuales se codificaron como madre seguida de la letra correspondiente a su primer nombre, además se identificó a cada mujer con el nombre de una piedra preciosa; para efectos del análisis, se tuvo en cuenta algunos datos sociodemográficos como la edad, estado civil, origen y procedencia, nivel socioeconómico, religión, nivel académico aseguramiento en salud, tiempo de exposición (estancia en UARO), número de entrevistas realizadas. La edad de las participantes estuvo entre 21y 38 años de edad; en cuanto al estado civil, siete7 mujeres estaban en unión libre y tres 3 eran solteras; en cuanto su origen, tres eran de la ciudad de Cali, y las siete restantes procedían del suroccidente colombiano; las 10 residían en Cali, de forma transitoria; el estrato socioeconómico en estrato uno y dos con predominio estrato 2; en cuanto a la religión que profesan cinco eran Católicas, cuatro Cristianas y una Testigo de Jehová; con relación a la ocupación que desempeñaban al momento del estudio, ocho eran amas de casa, una comerciante, una empleada de servicios doméstico; el nivel académico: estuvo distribuido así tres tenían escolaridad a nivel técnico, una tecnológico y tres tenían bachillerato incompleto. Todas correspondían al Régimen Subsidiado en salud. La estancia hospitalaria o tiempo de exposición de las mujeres osciló entre siete días y 62 días

A través del proceso investigativo desarrollado se logró evidenciar la aplicabilidad de la fenomenología interpretativa, un enfoque con el que se afianzaron aprendizajes gracias al uso de las herramientas descritas en la metodología para abordaje de cada paciente.

Este proceso metodológico exigió un alto nivel de compromiso para comprender las realidades descritas en cada entrevista, partiendo de las perspectivas de las madres, teniendo en cuenta las circunstancias que les rodean, el tiempo en el que se dan esas vivencias, sus antecedentes personales, sociales, su misma cultura,

incluso las personas que las cuidan y como ellas le dan significado a las formas de cuidado. Se trató entonces de interpretar la vida de estas madres que estuvieron hospitalizadas, por su alto riesgo obstétrico, que sostuvieron una actitud flexible, con mentalidad abierta y capacidad de descubrir, lo que implicó un constante repensar y re significar de las cosas.

Entre los aspectos que ampliaron la perspectiva y la afianzaron fue lo relativo al análisis de la información que se realiza a partir de una clara pregunta de investigación, es un análisis de ida y vuelta, se trata de entender no sólo las palabras sino, de comprender lo que tratan de decir los sujetos de investigación, en ésta caso las madres en condición de ARO sobre sus experiencias, este análisis se inició desde la transcripción de la primer entrevista, hasta contar con toda la información recogida, fue un análisis integral, que requiere de conocimiento, fue fundamental poner todo el ser para hacerlo, y son las narrativas las que muestran y se conectan más directamente con la actividad involucrada, que puede darse o no por parte de las enfermeras.

Se identificaron cuatro categorías: La primer categoría: La relación madre enfermera: un cuidado involucrado, con siete subcategorías; la segunda categoría: Los significados de lo vivido, con tres subcategorías; la tercer categoría: La hospitalización una circunstancia que interrumpe la conexión con su seres queridos, con dos subcategorías, y la cuarta categoría: Las experiencias de las madres fuente de significados, frente a la comprensión del contexto institucional: con cuatro subcategorías. A continuación se describen cada una de ellas.

10.1 RELACIÓN MADRE ENFERMERA: UN CUIDADO INVOLUCRADO

Son evidentes las demostraciones permanentes de interés y preocupación hacia ella, por las enfermeras, reforzándoles la voluntad para su recuperación, trascendiendo el bienestar del bebé, aspecto que fue altamente valorado por las madres.

10.1.1 El interés por conocer a la madre, clave para proveer cuidado

Ante la experiencia desconocida de una complicación de salud y de la hospitalización que tuvieron que afrontar las madres, las acciones de cuidado de la enfermera partieron de descubrir lo que les sucedía, manifestando interés, indagando sobre su salud, su familia generando sentimientos que eran valoradas como ser humano.

Era evidente la preocupación de la enfermera en la que prevalecía la asertividad y solidaridad, y lo conseguía, esforzándose por conocer a la madre durante los días de hospitalización, una acción explícita en donde la madre expresaría sus emociones para informarle, explicarle, y ofrecerle alternativas *“me confortaba... yo me sentía, bien...yo decía... me conoce... por el tiempo que llevo acá... ella empieza a preguntarme... algo de mi vida... de cómo ha sido mi vida por fuera, cuántos hijos tengo...el cariño que le brindo a mis hijos...”* Alejandrita. Por su parte, ‘Rubí recordó algunas frases de atención por parte de las enfermeras como: *“ya no la vemos con ese ánimo de antes, que se reía...me decían mamita no se sienta aburrida... mire que es por el bien de su bebe”*

Por un lado, las mujeres aseguraron en varias ocasiones que las enfermeras se ocupaban de indagar sobre la manera como se alimentaban, los síntomas y signos que podrían estar incomodándolas y por otro lado las madres valoraron que había una preocupación genuina cuando no recibían los alimentos que se proporcionaban en la Unidad. Una de estas madres expresó: *“Un día yo estaba, así como toda mareada... y me dijo, eso es que se le bajó el azúcar... usted no ha comido...es más...eso me llenó mucho... porque ella se dio cuenta, que yo no comía...porque...yo no como carne, ni como harinas”* Ámbar. Dentro de la cotidianidad de ARO, no dejaba de ser una incomodidad para las madres enfrentarse a responder al recurso humano que estaba en formación datos ya registrados en la historia clínica, *“ellos primero los cambian mucho... entonces por*

lo menos ellos llegan en la mañana... vea usted como se llama...cuántos años tienes... de dónde viene...y su esposo qué edad tiene..." Alejandrita

Se constituye en una necesidad relevante para las madres, que su condición de salud, sea conocida por todo el personal asistencial, fundamentalmente por las enfermeras que deben incluir en sus procesos de cuidado, las herramientas, que favorezcan la continuidad del cuidado, promoviendo una articulación entre el equipo interdisciplinario, agenciando y protegiendo la individualidad y derechos sobre la información. *"En cambio la enfermera...está entregando su turno... aquí está Juliana...tiene esto... hay que darle esto...me parece que en ese sentido... las enfermeras ...se ganan más el cariño de uno...por lo que ellas... si saben uno que es lo que tiene ...y cuáles son los medicamentos que debe uno llevar... lo conocen a uno más". Alejandrita.* Finalmente, en cuanto a la presencia de dolor y los efectos de la medicación, las pacientes destacaron la urgencia de presencia y sensibilidad en cuanto al cuidado de la enfermera. Las madres requieren de una respuesta que alivie, sin embargo, se marca una diferencia en la actitud delegatoria de la profesional, que promueve sentimientos de inconformidad *"aguante un poco de dolor... dígle a la auxiliar que no le aplique el medicamento"* Esmeralda.

10.1.2 El “estar ahí” promueve la confianza y tranquilidad en la madre

La enfermera estaba pendiente cuando estaba físicamente presente, informaba que hacer ante determinados síntomas y se aseguraba de la condición de las madres. Este es un cuidado que es descrito como la disponibilidad para responder a sus necesidades permanentemente, *"ellas de una u otra forma estuvieron ahí... ellas estaban pendientes... no solo de mí...si no de todas las demás barrigoncitas"* Esmeralda.

Estar pendientes involucra *"personas que realmente les gusta su profesión y que les importa el estado del paciente ... era muy bonita la atención"* Amatista.

En momentos de dolor, después de la cesárea, la mayoría de madres resaltaron la atención por la diligencia para ofrecerle un analgésico; sentían que era una acción de cuidado en la que no tenían que hacer una manifestación verbal porque ya había una respuesta, *“enfermera disculpe me está empezando a doler esa cesárea y ella me decía... tranquila... aquí está el calmante, aquí lo traigo, ósea... yo no sé si son cosas que ellas, cuando pasan revista... ellas las tiene escritas... allí todas están pendientes... o sea uno siente, estoy bien... ya me pasó... y duermo tranquila”* Ágata.

Las acciones de cuidado, desarrolladas en torno a contar con todos los medicamentos e insumos, para responder frente a la condición en salud, se hacían visibles y eran formas de estar ahí” cuando *no se contaba con los medicamentos, el enfermero me explicaba...espérese un momento... en ese sentido... muy pendientes de la disponibilidad del medicamento que le dan a uno...”*Alejandrita.

Surge la interpretación de *“la enfermera pendiente”* quien, además de tomar las constantes vitales, debía tener en cuenta otras necesidades, que eran relevantes para cada madre en particular, por simple que pareciera, era un cuidado manifiesto asentado en una comunicación respetuosa. *“yo me sentía mucho mejor... más tranquila... más confiada... ellas me transmitían algo diferente...ellas siempre estaban al pendiente...me decían... que si de todas maneras... necesitaba algo... ellas estaban ahí para... colaborarme... y eso me daba... mucha paz... que de hecho era así... yo cualquier cosa... ellas estaban muy atentas”*. Ámbar.

Frente a la impresión percibida por las madres *“la Enfermera jefe es quien manda”*, se genera un cambio de perspectiva, frente al rol particular que ejerce y proyecta, cuando está pendiente, *“entonces ella no va estar muy pendiente de ti... las que van a estar pendientes de ti son las auxiliares...pero luego a ARO y me doy cuenta que eso es todo lo contrario... por que la Enfermera sí, está pendiente de*

ti...sí... o sea me cambia como esa ideología... esa forma de pensar que tenía” Esmeralda.

Se establecían diferencias frente al cuidado, cuando se observaba dedicación de tiempo para realizar actividades en el computador, y no se comunicaban con las madres, no sentían que la enfermera tuviera una relación con ellas, no estaban pendientes. Ónix.

“Cada dos horas ellas me tomaban los signos vitales, la de los bebés y estaba bien... y de allí nada más... los exámenes que mandaban a hacer los médicos...sin embargo una enfermera pendiente para mí, es por ejemplo... en la situación que yo estaba... que estuviera allí... para preguntarme... si algo me dice... para yo acompañarla... o necesidades como contar con mi ropa limpia...algo así...” Zafiro

10.1.3 “Conocer y ayudar”: una conexión vital en el cuidado integral de la madre

Las competencias del saber de la enfermera, surgen como un aspecto fundamental del cuidado, en la medida que al identificar alteraciones en la madre o el bebé, se generaban acciones de cuidado que se constituían en un soporte o ayuda, frente a las diferentes situaciones en los procesos de atención integral que se ofrece a las madres; se destaca el momento de la toma de la FCF (frecuencia cardíaca fetal) y la monitoria fetal, como procedimientos que adquieren mayor significado para las madres, por tratarse de un momento en que se enteraban sobre el bienestar fetal. Generalmente las madres sentían que las enfermeras podían reconocer hábilmente los cambios en el bebé, buscaban aclarar las razones sobre molestias manifiestas, y tomaban decisiones que contribuía al bienestar madre e hijo, se trataba de un cuidado indelegable, que fomentaba una buena relación de cuidado, en donde primaba el diálogo. *“sabían de lo que estaban hablando”*. Rubí

“Por la experiencia de una de las Enfermeras, rápidamente podía encontrar la FCF... ella decía... es el bebé más alegre...yo preguntaba por qué...la enfermera respondía... que al quedarse quietico, era más fácil... decía el bebé está bien... sus latidos son un poco más fuertes que los de otros bebés”. Esmeralda.

“Cada que me tomaban la FCF, sentía molestias... casi dolor... sin embargo la enfermera se dio cuenta que el bebé por su edad gestacional, no era fácil escucharlo y decidió espaciar el procedimiento a cada seis horas... fue genial... porque... ella de inmediato comprendió... ella identifico cosas... que para mí fueron espectaculares...que me sirvieron mucho”. Ámbar.

“Ella no se fue hasta que comprobó que todo estaba bien... en ese momento me sentí pues, aliviada, y pues me sentí bien” Diamante.

Las habilidades de comunicación para abordar a las madres y generarles confianza que favoreciera la expresión de sentimientos frente a problemas que incidían en su salud emocional, era determinante, en la medida que se constituye en el recurso inmediato con que ellas cuenta *“La experiencia con la enfermera que me dio aliento cuando estaba llorando... ella me tomo los signos vitales y me pregunto porque lloraba... pues yo lloraba porque tenía un problema familiar... entonces eso me tenía muy estresada... entonces ella...me dio una voz de aliento... me dio tranquilidad... uno está desesperado... y alguien le da tranquilidad en todo...” Zafiro Azul*

La enfermera, en su función de anticiparse a prevenir daños, se esmera en proveer un cuidado que conforte y proteja con ese propósito. Una de las madres comenta su experiencia con el uso por ejemplo de las barandas en su cama para evitar caídas, *“Recuerdo...que a mí, pues , no me gustaba subir la baranda, así de la cama...suba esto...usted está en embarazo y se va a caer... o llegaban así de noche, cuando ya estaba dormida, me la subían, tiene que, permanecer arriba porque se cae... Diamante*

“No sabía lo que era una Pre eclampsia, “para mí fue algo nuevo... algo inesperado...algo que yo no le tomaba tanta importancia, como hoy en el día... ya tengo las cosas más claras” Ágata

El juicio clínico de la enfermera para identificar la condición individual e intervenir para mantener y mejorar la salud de la madre era un cuidado que debía ser permanente independiente de la hora, se trataba de tomar decisiones frente a las alteraciones que se pudieran presentar, y era necesario explicarlo para que las madres reflexionaran y comprendiera la necesidad de esos cuidados *“Recordaba que le despertaban para tomar la presión arterial o suministrar algún medicamento con frecuencia, y la madre se preguntaba ¿si no le dolía nada...para que la despertaban?... la respuesta era... que la presión podía subirse... hubo momentos en que ocurrió...y tuvieron que llamar al médico” Rubí*

Surgen diferencias frente a la necesidad de un cuidado en el que se demuestre entrega, experiencia para cuidar las gestantes, que proyecte interés y gusto por el rol que se desempeña, es preponderante el significado que la Madre le da, al momento del egreso, sentía una enfermera con apatía, que quería acabar rápido y no estar ahí, *“ nada que ver... ella escasamente miró las pacientes...se dedicó a digitar....no se volvió a ver...como si no hubiera entrega”. Esmeralda*

10.1.4 “La escucha activa” aclara dudas y aleja la incertidumbre

En los discursos las madres conversan sobre un cuidado fundamental de la enfermera, en el que se hace indispensable el aprovechamiento de diferentes estrategias comunicativas, que redundaran en la provisión de información suficiente, oportuna, pertinente en cada momento sobre su condición de salud y los procedimientos a los que se debían someter permanentemente; son reiterativas en la necesidad de un ambiente de confianza, de intercambio, en que pudieran recibir explicaciones, sobre lo que estaba sucediendo, pero también en donde pudieran preguntar abiertamente como una forma de perder miedos y

alejarse de la incertidumbre, frente a una experiencia totalmente desconocida para ellas.

“Se le hace para ellas, más fácil, el trabajo... en que aceptemos cada ratito tantos chuzones... sacada de sangre... que se nos haga de pronto más ameno... cada uno de los procedimientos que nos realizan y no se torne de pronto aburridores... o algo depresivos”. Aguamarina

“Saber que una frecuencia cardíaca fetal buena es de 120-160... cuando veíamos el Doppler, siempre mirábamos el numerito... saber en qué rango estaba... ellas siempre nos dieron como esas pautas de enseñarnos...” Aguamarina.

“Sobre la lactancia materna... me llevaban allá a las charlas... eso me gustó mucho...esto tiene un significado muy importante... ahora que tengo los bebés... porque ya sé cómo darles lactancia... como puedo llevar una vida mejor... en cuanto a la familia también... me dieron charla... de cómo debo hacer los ejercicios... y pues eso es muy importante...” Zafiro Azul.

“Me explicaron... me hicieron saber el verdadero motivo de mi situación... para mí eso fue algo nuevo, porque nunca lo había vivido... es mi primera vez”. Ágata

La visita de los hijos se constituye en un aspecto valioso que favorece la tranquilidad de las madres, permite el contacto físico y es la garantía de reconocer el bienestar de ellos. En la UARO se cuenta con un procedimiento establecido para permitir el ingreso de menores de 12 años, siendo éste un aspecto que las enfermeras deben tener claramente identificado para propiciar estrategias con las madres que favorezcan la visita de menores. Con la visita de mi hija no se pudo, por falta de información... porque me hubieran informado...así como dan las charlas... del cuidado de los bebés, del cuidado para la preclamsia, así mismo... pues hubieran dicho... vea ustedes tienen un beneficio de que sus niños de tal edad puedan entrar... hubiera aprovechado a mi hija” Rubí.

La falta de información y de escucha activa genera sentimientos de incertidumbre e inconformidad, como lo evidencian los siguientes testimonios: *“...Mi sensación era de incertidumbre... porque yo no sabía que estaba pasando conmigo, yo creía... será que ¿cómo salieron los exámenes?... ¿será que estoy bien?... ¿estoy mal? pero a todas esas pues yo... siempre me decía... no pues estoy mal... porque desde que no me han dicho nada, es porque ya me voy a quedar aquí...para mí fue... toda una nueva experiencia... porque todo era nuevo... que yo nunca había estado así”.* Diamante

Es frecuente que, por la condición de riesgo de las madres, en la UARO, se apliquen procedimientos recomendados en las guías de práctica clínica, que siendo de competencia médica, son ellos quienes informan sobre la decisión tomada de finalizar el embarazo, para evitarles complicaciones. Los relatos de las madres, vislumbran el impacto de la noticia en sus vidas, es un generador de desconcierto, se incrementan los temores, la tristeza y la sensación de soledad, se trata de sus vidas y la de sus bebés, que tanto han cuidado, por ello la presencia de la enfermera escuchando, comprendiendo, dando voz de aliento, se constituye en una necesidad urgente, un abordaje fundamental como integrantes del equipo interdisciplinario, para explicarles sobre las decisiones médicas *“Cuando me dio la pre eclampsia pues también estaba asustada... porque igual siempre el médico decía... la madre o el niño... y siempre como preocupada y...pues el dieciséis me dijeron que si... me iban a sacar la niña... si me empeoraba... pues me la sacaban antes...eso me hacía sentir muy triste”* Amatista.

10.1.5 “El diálogo y la comprensión”: un cuidado sanador que calma y conforta

Esta concepción del cuidado, surge de la interpretación de las historias narradas, como una conexión emocional, un cuidado terapéutico que sana y que hace que se sienta tranquilidad, calma, puede estar representado en la voz de aliento, en momentos de mucho estrés, amerita tiempo y dedicación, para que la enfermera

permita la expresión de sentimientos, como eje fundamental de la comprensión; las madres visualizan un buen trato y se traduce en una asimilación para que ellas puedan afrontar las diferentes situaciones. *“acciones que sanan el alma”*. Ónix.

“Cuando ellas están más atentas, sentimentalmente... con nosotras... nosotras sentimos... tranquilas, en dejarles todo en sus manos... que poco a poco... nos aliviemos... prácticamente nuestra salud está en manos de ellas... el fin de toda enfermera es sanarnos... cuando las enfermeras se involucran más hacia nosotras... en mi caso que fue ese evento isquémico... no hablaba bien... a la semana, ya no arrastraba el pie... fue por la motivación que ellas me daban... como amaneciste... párate... camina hasta allá... pienso... que ese cuidado... ayuda a la sanación más rápida de nosotras” Aguamarina.

“Hacían que uno se calmara... y pensara de otra forma... pensara en el bienestar de uno... esa voz de aliento hace que uno se sienta más comfortable y diga... no pues es verdad me voy a quedar... es por mi bien... por el bien de mi hijo... haga esto o haga lo otro... de alguna manera no están en el lugar de uno... pero es como si lo sintieran” Diamante.

Surge una relación entre el cuidado de la enfermera, y la efectividad del tratamiento, una conexión e interés, en el que se trasmite una actitud de protección, amable y alegre, generando sensaciones agradables en la madre, trascendía más allá del suministro de un medicamento *“Es la forma de proteger algo, es como... debo hacerla sentir bien... el medicamento es un químico, es la fórmula química de protegerme a mí y mi bebé... porque puedo estar con el ánimo en el piso... tomar el medicamento... sin embargo puedo seguir igual... en ese momento si la enfermera pregunta cómo te fue, como te han tratado, eso es más Anímico... él ánimo se le sube... siempre que las jefas, llegaban con una sonrisa... eso le subía el ánimo a uno... transmiten esa alegría... esa sonrisa en la boca para*

hablarle a uno... preguntarle cosas... o en su defecto...dar los medicamentos...” Esmeralda.

“En esos momentos donde uno está hospitalizado... que salen al reflejo muchas cosas...hay enfermeras que están analizando... y dicen mire que mientras que usted está odiando... usted está enferma...usted tiene un dolor de cabeza... si usted perdona a esa persona...se le quita el dolor de cabeza... me decían practíquelo y vera...uno con las enfermeras habla muchas cosas... y hace que uno perdone personas... que ni si quiera imagino perdonar... la verdad yo nunca supe explicar... decía tan raro... uno a veces no puede hablar con la familia... pero puede hablarlo con ellas... uno siente como esa paz y tranquilidad” Rubí.

“Porque lo que vi en esa muchacha que estaba tan deprimida... y luego verla así tan alegre... y tan emocionada... que esas enfermeras le hablaron con tanto cariño... que todo el mundo no hace eso... porque en un hospital... llega una y se sale la otra...” Alejandrita.

“El estado de ánimo de una persona también le ayuda, a sanar...hubo algunas que me dijeron... que... mucho ánimo, que iba a estar bien... que ellos estaban ahí para cuidarme... y eso me hacía sentir más segura...” Ámbar.

10.1.6 El cuidado: “Un trabajo hecho por gusto y con amor para dar lo mejor de sí”

En la experiencia de las mujeres se devela la relación de cuidado en donde prevalecía la amabilidad, el carisma, las sonrisas que promovían bienestar en las madres quienes creían en esa forma de cuidado, que les significaba sentimientos de paz, alegría y familiaridad. Las enfermeras eran las personas con quienes más compartían e interactuaban, por ello las madres lograron identificar un alto sentido humano en sus comportamientos, en donde predominaba la vocación de servicio, que se concretaba en un trabajo porque deseaban hacerlo, con amor y profesionalismo. *“Un trabajo con mucho amor y entusiasmo”. Esmeralda.*

*“Si a mí me gusta mi trabajo, pues yo siempre voy a dar lo mejor de mí...como una enfermera tal... que siempre es cuidar a la persona... darle siempre esa tranquilidad y estar siempre al pendiente de ella o pues sus sugerencias, sus inquietudes, siempre preguntando”. Diamante **Este discurso es de una madre y ella no es enfermera...** “Uno tiene que tener vocación... para lo que uno estudia... si uno no tiene vocación... nunca va a atender bien...sólo le interesa ganar la plata... que la gente diga ella es enfermera... le nace... tiene vocación, tiene el interés de hacerlo bien” Amatista.*

“Hubo otras excelentes... que de verdad... se les ve su calor humano... se les ve el amor por su trabajo... por los pacientes...se les nota... ese interés... por saber... uno que está expresando... que está manifestando... en verdad muy lindas... muy atentas... muy profesionales”. Ámbar.

“Es la responsabilidad que ellas tiene hacia cada, una de nosotras... hacia la vida de nosotras y nuestros bebés... entonces para mi ese cuidado de enfermería... lo determino como, una profesión de gran amor...para manejarnos a nosotras que somos, mujeres en embarazo... y que hormonalmente un día estamos feliz, otros días tristes... otros días bipolares... otros días no las queremos mirar... no nos queremos dejar tocar... pero es por nuestro mismo estado ya” Aguamarina.

“Uno se acostumbra al buen trato... porque ellas lo atienden a uno con todo el amor del mundo... así sea una pasta... una inyección...nada igual como lo que viví acá...” Ágata.

“La madre observaba en el comportamiento de las enfermeras, que ellas demostraban no sólo con ella, también lo hacían con los bebés de otras madres, los consentían...hay enfermeras que se ganan el cariño de uno... yo estaba en mi sala... mirando a esas enfermeras... como acariciaban y organizaban los niños...consienten a los niños y mantienen muy pendientes... me siento bien... con los que ellas hacen” Alejandrita.

10.1.7 Los vínculos de amistad y empatía favorecen prodigar cuidado

La naturaleza del cuidado exige la comprensión sobre las diversas situaciones en las que están involucradas diferentes personas que interactúan permanentemente. Tanto madres como enfermeras, estaban inmersas en un mismo contexto, al pasar el tiempo cada vez se establecía una mejor comunicación, se afianzaban lazos de amistad y familiaridad, y lo hacía posible la enfermera, con una sonrisa, y una actitud amable.

“Me sentía más confiada con ellas... porque uno dice... lo tienen a uno en cuenta... y todo eso... uno va creando como ese lazo de amistad...uno va sintiendo...ya no es solamente enfermera – paciente... si no que es como si uno fuera una amiga” Diamante.

“Si mucho mejor...porque... hubo como un lazo ... ya allá... conocían un poquito de mí y yo un poquito de ellas... y se sintió más... como esa... hermandad... ese querer ayudar más... que fue lo que pasó...hubo esa conexión...pienso que a veces paciente... enfermera... se van formando... lazos diferentes... cuando uno se empieza a conocer... cuando uno empieza a hablar... a entender al otro... a comprender... a darse cuenta... de fondo cuál es su situación... porque se actúa de cierta manera... la relación es totalmente diferente” Ámbar.

“A pesar de que el tiempo que permanecí en ARO fue corto... pero uno siente como, esa afinidad, con esa persona... ellas le brindan a uno, como esa confianza, esa tranquilidad” Ágata.

A través de la comunicación entre la madre y las enfermeras se establecía una relación amable y cordial que la hacía sentirse bien, incluso cuando se presentaban en su habitación, y se sentaban a conversar con ella, sacaban un rato en medio de sus ocupaciones, hablaban de cosas personales, generaba lazos casi de amistad, era un momento generador de gratos sentimientos “tranquilidad, descanso, me desestresaba... le daban a uno consejos... porque uno a veces

piensa que lo sabe todo... y no... sabe, prácticamente a veces es nada... entonces claro...". Rubí.

La madre, no olvida a esa enfermera de ARO, que la visitó cuando estaba en la sala de partos, *"sentía alegría y sentimientos buenos... a pesar de que ellas no lo conocen a uno y uno no es familiar, tienen como ese amor... ese cariño de... de tratarlo bien a uno..."* Zafiro Azul.

"A veces llegaban, lo emocionaban a uno... le tocan la barriguita a uno... vea usted al fin que va a tener... les digo yo...una niña... y como se llama... yo le voy a poner Salome... entonces me dijo: ¿su esposo está de acuerdo?..." Alejandrita.

La sensación era diferente cuando no se generaba una relación, enfermera-madre, ese momento era la realización de actividades propias de la rutina de atención, *"Pues realmente, yo que soy de pronto tan amiguera... en el momento cuando... me tocaba atención con ella... me sentía incomoda... porque siempre yo tenía...unos buenos días... como amaneció... como le fue hoy... pero a ella, no me daba ganas ni siquiera de decirle buenos días...si no buenas... hasta ahí... frases muy cortantes... siéntese que le voy a tomar la presión... acuéstese que le voy a escuchar, él bebe... y ya..."* Aguamarina.

"Sin ningún tipo de groserías... habían algunas que les gusta más ese tipo de personalidad... que no sepan nada de ti...las enfermeras llegan a su habitación y saludan de la mejor manera... y algunas pacientes no les contestaban... sencillamente... eso es como tú quieras estar en tu ambiente... como tú quieras ver tu hospitalización..." Aguamarina.

10.2 LOS SIGNIFICADOS DE LO VIVIDO

En las entrevista se pudo conocer algunas formas como vivieron las madres cada situación durante el proceso de hospitalización en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico. Se logró comprender, en un momento dado, como esas personas lidiaban con ciertas circunstancias, fue apreciable el significado de sus

experiencias, con variabilidad en sus puntos de vista, se identificaron situaciones que parecieran no se les diera la importancia en el natural transcurrir de la vida institucional, pero que desde el significado de las madres, no podían pasar desapercibidas. Se creaba una sensación como que se perdiera en ocasiones la capacidad de sorprenderse. Entraba en juego el rol fundamental de la enfermera quien, por su quehacer, no puede ser indiferente, y son las madres quienes por su condición promueven movilización en sus sentimientos y sensibilidad para actuar consecuentemente con las necesidades manifestadas por ellas.

10.2.1 La enfermera como facilitadora de un ambiente espiritual: aspecto trascendente en el cuidado

Se constituye en una necesidad vincular en los cuidados de la enfermera, la promoción de la fe y confianza, partiendo de las individualidades de cada madre. La condición de riesgo para las madres y sus bebés promueve, una entrega a la voluntad de Dios, una reflexión constante en busca de respuestas del ser supremo, se genera una conexión, una reflexión individual, que les ayudaba a apropiarse sentimientos de tranquilidad y esperanza. En sus discursos identificaban diversidad de conceptos y formas de vivir las creencias y la espiritualidad, dado que en la UARO confluyen diferentes personas; las madres con fuertes creencias religiosas, sentían que no se contemplaban acciones encaminadas a apoyarlas en este sentido, además pensaban que se requería de dedicación y tiempo para promoverlo.

Las madres conciben la espiritualidad como un atributo de las enfermeras para ofrecer el cuidado, el cual se manifiesta en la forma de dirigirse y comportarse hacia los seres humanos. *“Mire, lo que pasa es que a veces las religiones ayudan a que nuestro comportamiento sea diferente y nuestro trato hacia los demás... si tú eres un buen cristiano, vas ser una buena persona... usted es un buen médico... una buena enfermera, usted es un buen cristiano, usted es buen trabajador...cuando la enfermera brindaba un trato con mucho respeto hacia*

uno... entonces uno ve que en esa persona que hay algo diferente... uno lo siente...esto era una forma de espiritualidad... la mansedumbre, se daba uno cuenta... esta persona cree en algo más... es la forma como lo abordaban a uno...". Ámbar.

"Me gustaría que...me hablaran más de Dios, porque casi no se escucha...lo espiritual... casi no se escucha..." Zafiro Azul.

"Decía hay que pedirle porque todos necesitamos, pero hay que agradecer por todo y estaba de acuerdo, además siempre al despertar le agradecía a Dios". Esmeralda.

"Ahí había una en especial que cuando le hablaba a uno que la miraba triste... le hablaba mucho de la palabra a uno... dándole como ese aliento, mire que Dios tiene propósitos para su vida y la de su bebe, porque a pesar de que son unos niños pequeños ellos están en el vientre de uno y ellos sienten lo que uno está sintiendo... esa tristeza... estas palabras llegaban, justo cuando las necesitaba...y me sentía mejor" Rubí.

"Por lo menos yo soy católica a morir... desde la mañana en cualquier momento yo me pongo a orar... por mi familia... por las que llegan allí internadas... uno a veces se mira acá y Dios... porque me permitió tenerme tanto tiempo acá..." Alejandrita.

Otras paciente consideraron que no estaba dentro del rol de la enfermera el apoyo espiritual, una de las participantes lo manifestó así: *"El deber de ellas no es como estar en eso...porque somos muchos pacientes" Ágata.*

10.2.2 La expresión oral y el lenguaje corporal del equipo de salud como articuladores en la percepción de un cuidado gratificante

La mayoría de madres en sus historias, manifiestan diferentes situaciones frente a sus experiencias. Es un mundo de vivencias que estaba afectado por los

comportamientos de quienes participaban en su atención; estas formas de actuar y relacionarse tenían un impacto en la forma como la madre se adaptaba al medio hospitalario y podían hacer más agradable su estadía, o al contrario incidir en su insatisfacción.

Algunas actividades generan experiencias gratificantes cuando el cuidado surge en un contexto sin formalismo de reuniones. En una de las actividades en donde participaban las enfermeras con alegría, cantando, era algo que animaba a las madres de UARO, las ilusionaba y les hacía pensar en otras cosas, les cambiaba el ánimo; en ese espacio se generaba expresión de sentimientos, compartir de experiencias, y favorecía su distracción, lograban la tranquilidad, *“cada una iba contando como la estaba pasando... y que iba pasando con sus bebés...como para, dejar de pensar, tanto... en estar hospitalizadas”* Diamante.

“hay una que nos hacían reír... y que tal y esto... yo hablando, con las otras compañeras que estaban allí internadas... pues era mi forma de alegrarme... con ellas... salíamos afuera al pasillo a conversar...y así nos distraíamos...” Aguamarina.

“Pues yo soy una persona, alegre me gusta reír...cuando yo estoy triste, qué más consuelo que una sonrisa!... digamos que una cancioncita es buena... entonces uno como que empezó el día con otra expectativa... y voy para adelante... voy siguiendo” Amatista.

Los mensajes jocosos que utilizaban las enfermeras para dirigirse a ellas, frente a temas cotidianos, era una forma de llegarles más fácilmente *“porque se levantan en pijama... se acuestan con pijama y despeinada... no señoritas me hacen el favor... ustedes tienen esos bebes y mantienen como unas reinas”* Rubí.

“El 7 de septiembre recuerdo me dieron pastelito... regalito... me cantaron el happy birthday...para mí fue lo mejor, o sea... yo no me lo esperaba... y eso de verdad que me motivo mucho, mucho...” Ámbar.

“Una me sobaba el hombro... me decían, calma que es por el bien de tu bebe... no llores porque va a ser peor... otras me tocaban la cabeza... eso le ayudaba... le quitaba el estrés... y era la razón para continuar, por eso me quedaba” Ónix.

El confort y privacidad, se veía alterado por la actitud de personas encargados de la vigilancia, algunos con déficit en las reglas mínimas de respeto, que no dejaban de ser incómodos. *“Su privacidad... algunos ni siquiera le dicen... como está usted...podemos seguir... ellos llegan corren las cortinas ras... hay algunos vigilantes que son muy buenas personas... pero hay otros que son muy pasados...” Alejandrita.*

El estado de ánimo del personal de enfermería, denotaba una diferencia frente al cuidado que ofrecían. Para las madres era fundamental recibir un cuidado que reflejara un buen estado de ánimo, una buena actitud en su apariencia, en la que se evitara el traslado de problemas personales, que podían redundar en tratos indeseables para ellas, *“aquella enfermera que trae un problema y no ha aprendido a identificar que ya no está en su casa... sino que está en su lugar de trabajo... que está tratando personas que también tienen problemas...y que no es correcto desahogar o mostrar, que los tiene... no está en nada...allí se siente la fuerza, la energía, la rabia o la tristeza... todo eso se te trasmite...se ve en el rostro... se le refleja... entonces...tú no puedes preguntar... tú no puedes opinar” Ámbar.*

La actitud de restar importancia a las necesidades manifiestas, en donde se reflejaba pobre interés por algunas situaciones, correspondía a comportamientos de algunas personas y lo describieron *“como déspotas... no le paran bolas a uno... uno les dice las cosas y ellas piensan que uno se queja porque uno es muy flojo... o por estar en embarazo”* zafiro azul, o como *“Personas antipáticas... éstas tienen cara amargada, no hablan, parecieran mudas, ellas no saludan, a estas personas no se les presta atención...”* Esmeralda.

10.2.3 El mundo de la gestante en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico: una experiencia única durante la hospitalización

El ambiente hospitalario influía en el estado de ánimo de las madres, establecían diferencias significativas con el ambiente de su casa, en la convivencia, eran muchas las personas con las que debían convivir diferentes a sus seres queridos; para las madres era necesario que se tuviera en cuenta el ambiente clínico y la separación de sus familias, ellas tenían una vida fuera del hospital, una dinámica familiar que se alteró con la hospitalización; recordaban que en casa se sentían plenas atendiendo a sus hijos, se dedicaban en su alimentación, los acompañaban al colegio, había una relación de amor, la cual era recíproca.

“No es lo mismo, el apoyo de tu mama, al de tu hermana, al de tu hijo, al de tu pareja... no es igual... en este servicio uno está conviviendo y viviendo con médicos, enfermeros, auxiliares, jefes, aseadores, repartidores de alimentos, camilleros, porteros...” Ámbar.

“Porque no hay como la casa... más independiente de todo...en ARO tenía que respetar el espacio de los demás... porque todos estamos por algo” Ágata

“Es que doctora, ¿qué ser humano no se estresa en un hospital así lo atiendan bien?... que lo que uno ve es no más paredes... unos iguales a uno que... dígame quien... ¿quién se amaña en un hospital? así le den el mejor trato a uno...” Ónix.

“acá uno se aburre... acá uno mejor dicho se entristece... y eso hace que la presión se suba también” Rubí.

“Porque pienso... que las situaciones de pronto que se le presentan a uno...de cualquier enfermedad... es porque... Dios así lo quiere... además se buscaba mejorar la condición de salud... por mi bien y de mi familia...porque igual yo sé que debo estar bien por el bebé” Aguamarina.

“A pesar de que yo con mi mama no llevo como una buena relación... tampoco mis hermanitos, en ese momento... yo los extrañaba tanto... deseaba tanto... soñaba llegar a mi casa... traer mi comida... en mi casa jamás pasaba hambre...pensaba todo vale la pena por mi salud... pensaba en mi hija... tengo que relajarme... y calmarme”. Amatista.

“Extrañaba a mis familiares, mi casa... mi tierra...a mi mama...pues todo... como sentimiento encontrados, como de tristeza... pero pensaba en mis hijos que no habían nacido... Dios mío... porque al ver que tal vez a las demás las visitaban... a mí no... solamente mi esposo...para mí fue una experiencia única pero también fue trágica” Zafiro Azul.

10.3 LA HOSPITALIZACION: UNA CIRCUNSTANCIA QUE INTERRUMPE LA CONEXIÓN CON SUS SERES QUERIDOS

10.3.1 La necesidad de mantener los vínculos de amor y pertenencia con la familia

Transcurrían los días en ARO, se presentaban situaciones en las familias de las madres en las que ellas no podían participar, el cumplimiento de compromisos en su rol como madres, esposas, hijas en las que no podían hacer nada, esto afianzaba sentimientos de impotencia, que pasaban a convertirse en preocupación o incluso tormento. Pensaban mucho en ello, sentían tristeza, para la mayoría era inevitable ponerse a llorar.

Para las madres fue muy frustrante la separación de sus hijos, la mayoría menores de edad, que necesitaban de su presencia fundamental, era un sentimiento que invadía a la familia, salía a flote ese deseo de firmar el alta voluntaria, y no continuar, sin embargo las enfermeras estaban todo el tiempo consolándolas, dándoles apoyo y buscaban hacerlas entrar en razón, ante su insistencia de querer irse, trataban de hacerlas reflexionar para que tomaran la decisión correcta.

“La enfermera me motivaba a permanecer en el hospital y me decía: es un bien para usted y para su bebe” Rubí.

En los momentos de la visita, afloraban sentimientos que demostraban un deseo de no separarse de sus familiares y seres queridos, sin embargo, se sobreponían a las circunstancias que les tocó vivir. En cambio, surgían comentarios que las dejaban pensativas en cuanto al cuidado de los hijos, el cual debían delegar en otros. Era necesario comprender lo que representaba para las madres el momento de la visita constituyéndose en una oportunidad de cuidado imperativo por considerar.

“Me decía la chiquitica que nos fuéramos... yo tengo una de cuatro años, y ella me decía mamá vámonos para la casa...imagínese...Porque ellos pensaban que me iba a ir con ellos...me halaban para que me fuera” Ónix.

“Cuando iba terminando el tiempo de la visita, la niña comentaba mamá ya van a ser las tres y media y se asomaba, allá viene el vigilante... comenzaba... mamá deberían dejarme...porque no le dice al vigilante que nos deje otro ratico... yo no vengo entre semana... yo le decía: mami es el reglamento... ella respondía: pero es que mamá... mi papá sale tarde de trabajar, y apenas llegamos... y ya nos vamos con papá...le cuento que en la escuela una niña me estaba pegando y le dije a la profesora y la profesora que la iba regañar y no la regaño...” Alejandrita.

“El encierro... pues como todo... es aburridor... uno a veces se deprime... se pone triste...lo primerito yo me sentía muy mal...yo para quedarme todo ese tiempo acá... yo tengo una hija...nunca me había separado, de ella... soy la que la duermo... soy la que la llevo al colegio y la traigo... yo mantengo muy pendiente de mi niña... entonces ahorita que yo no estoy...” Alejandrita.

“Pues siempre uno se sentía triste, sólo, extrañaba su casa, su familia... todo...así sea una hora, pero eso era reconfortante para mí, pues me hacía sentir de alguna manera mejor”. Esmeralda.

10.3.2 Las añoranzas de un embarazo al calor del hogar y su familia.

Las madres anhelaban vivir su embarazo en su casa, no estaban preparadas para la hospitalización, el tiempo se hacía prolongado, soñaban seguir en tratamiento, pero al lado de sus seres queridos, poder finalizar con su familia tareas inconclusas, continuar sus vidas. No existía la oportunidad de contar con acompañantes permanentes, ni ser atendidas ambulatoriamente, ellas deseaban que su vida continuara en el ambiente más acogedor que era el de su casa, entre mucho afecto y cariño, que sólo podían recibirlo de sus seres más queridos, ese vacío en sus vidas no lo podía llenar nadie.

“Lo mejor es estar en familia, en casa, con tranquilidad, con armonía, en calor de hogar, tener todo organizado para el nacimiento del bebé... pensaba mucho en mi casa... el tiempo se hacía eterno... mi casa no la reemplazaba nada...la verdad es que eso, no se lo deseo a nadie” Diamante.

“Desesperadita para irme, para la casa...en cuanto a mi hija, que está estudiando... que necesita apoyo de mi parte... entonces eso hacía que, a ratos, me sintiera un poco estresada... con ganas de salir corriendo e irme pronto” Ágata.

“Pero el encierro, estar sentada, acostada...extrañaba a mi esposo, mi cama, mi alimentación”. Esmeralda.

“El desespero... es porque uno ya se quiere ir para la casa... se siente a veces solo... pues en mi caso solamente el que me venía a ver era el papá de mi hija... y pues uno siempre anhela que vayan más familiares... que los hermanos... cualquier otro familiar...y esa soledad también, como que a uno lo aflige... un poco”. Ágata.

10.4 LAS EXPERIENCIAS DE LAS MADRES FUENTE DE SIGNIFICADOS FRENTE A LA COMPRENSIÓN DEL CONTEXTO INSTITUCIONAL

10.4.1 "El ambiente institucional como generador de gratificación o insatisfacción en el cuidado de enfermería"

El contexto de la hospitalización en ARO, involucra contar con un área física adaptada, procedimientos de índole administrativos y personal de apoyo, destinados para cubrir necesidades fundamentales durante la estancia hospitalaria de las madres; pero pareciera que todas esas acciones no lograban, responder concretamente a cada madre, considerando que son seres individuales, que por sus culturas estos aspectos incidían en la comodidad, tranquilidad, incluso provocaban malestar y sensación de insatisfacción.

Cuando la familia no podía presentarse en los horarios convencionales de visita, era la enfermera quien intervenía para facilitar ese encuentro, así mismo permitían un acompañante permanente, frente a condiciones especiales de las madres, era una forma de ayudarlas para suplir las necesidades de movilización, alimentación y compañía. Es evidente en los discursos y surge como una expectativa de las madres que todas pudieran gozar de estas posibilidades, en tal sentido la infraestructura física y el reglamento hospitalario no permitía el acompañamiento permanente de un familiar para las mujeres que se consideraban más estables en su condición de salud.

La madre con su hija de tres años *"sentía que debían ser más flexibles...yo le hago falta a ella... y ella me hace falta a mí... es como mi complemento...no podía estar con ella sobre todo a la hora de dormirse en la noche... lo único que a mí me dolió... fue no compartir esos horarios de visita... con mi hija...que ellos puedan ser parte de ese proceso de uno... y sean los hijos que anímicamente que lo estén motivando a uno"*. Aguamarina.

No era fácil adaptarse a las dietas que la institución hospitalaria ofrecía, los horarios, la cantidad de los alimentos, además no se permitía el ingreso de alimentos, una participante lo narró así: *“el sistema más que todo de la comida... es como más amarguito... pero no es algo que uno quede como satisfecho... porque usted sabe que en embarazo tiene dos... él bebe y uno”*. Alejandrita.

“Por muy bien que lo atiendan a uno... ellas no pueden suplir, ese espacio...uno ve que la familia llega, los hijos y el marido y uno se alegra, se siente acompañado...se siente absolutamente bien... pero en ese momento... que ya se termina la visita... que uno sabe que esas personas ya se van para la casa... y que uno se queda ahí solo...uno no puede coger su bolso...e irse para su casa... son unos sentimientos como encontrados ...que uno no sabe cómo expresarlos... yo pienso que lo mismo, siente la persona que se va para la casa...” Ágata.

“En el servicio en donde lo reciben, cuando ingresa... la atención que tienen hacia nosotros las embarazadas... es como muy privilegiada... es la importancia frente a nuestro cuidado, en instalaciones... medicamentos, el personal que nos atiende...en otros hospitales... realmente la embarazada es un paciente más...aquí no... aquí la embarazada para ustedes como grupo medico es... un ser importante que trae otro ser aún más importante dentro de nosotras... Aguamarina.

“Muy necesarios espacios para recrearse porque... le permite a uno... olvidarse, de su enfermedad... o que estas hospitalizada...no lo impedían... ósea estaban de acuerdo a que fuéramos amigas... a que nos sentáramos a hablar...fomentar, es como... quien toma de pronto la iniciativa... de que empiece” Aguamarina.

*“Las aseoadoras, son muy incómodas... porque había una... ella andaba con un radiecito...ella llegaba a hacer el aseo más que todo en las habitaciones... a desinfectar y eso... raca raca... y uno a esa hora que son las doce o doce y media, una...”*Alejandrita.

“Estaba con la enfermera cuando me dieron la noticia que iba salir... esa experiencia si... yo la recuerdo todos los días... recuerdo, cuando me dijeron...ya te puedes ir a ver a tus niños... claro, todo el hospital se dio cuenta que yo iba salir”.Ónix

|

11. DISCUSION

En la Fenomenología Interpretativa se indaga sobre las formas como viven las personas frente a una situación, como esas personas, lidian con ciertas circunstancias, se trata de comprender el significado de sus experiencias. Es de destacar que el cuidado de enfermería involucra una interrelación entre las personas, es holístico, y es la Fenomenología interpretativa una metodología pertinente que permite el estudio de la práctica, al identificar todo lo que la configura, nos ayuda comprender, que es lo que le sucede a la gente, incluyendo al personal de salud para cuidar las personas.

El método investigativo utilizado exigió a la investigadora hacer una reflexión constante, una introspección sobre lo que aportaría a su propio conocimiento, en esta investigación, surgieron interrogantes como ¿La pregunta de investigación?, ¿los aportes al conocimiento de enfermería? ¿cuál es la brecha para abordar el tema? Aspectos que se constituyeron en una oportunidad de reflexión permanente en todas las fases del desarrollo investigativo

Esta investigación, buscó captar esa realidad o vivencias a través de la perspectiva que las gestantes con alto riesgo obstétrico hospitalizadas tienen, acerca del cuidado otorgado por las Enfermeras al identificar sus necesidades.

La práctica de enfermería está encaminada, no sólo a atender, busca de alguna manera aliviar, es decir el objetivo de la práctica debe ser el cuidado. Las prácticas se pueden mejorar de una forma creativa, con base en lo que existe en el mundo, sin embargo, no todas las acciones de enfermería son cuidados, al no promover y hacer que el individuo se engrandezca en su condición de ser humano.

Era pertinente no ignorar el contexto, la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico sitio en donde estuvieron hospitalizada las madres, que juega un papel fundamental, en la medida que hay aspectos que influyeron de forma positiva o negativa en la experiencia de salud que estas madres vivieron, y la forma como ellas se

observaban así misma con relación a lo que ocurría en ese lugar, esto les ayudó además a posicionarse en el tiempo. Las personas muchas veces no cuentan, porque se vuelve común para ellos, ciertas formas de atención, pero es a través de sus historias que se pudo vislumbrar en algunas categorías de Cuidado, esas emociones, significados, sentimientos acerca del mismo.

Patricia Benner⁷⁵ expone la necesidad de desarrollar técnicas para identificar acciones que eran invisibles, pero que se puede llegar a percibir más fácilmente, por ejemplo en el contexto considerar el ruido, gente triste, estresada, pacientes apiñados, enfermeras que no asumen y delegan, no lidian con la situación, revisar también lo positivo y los cambios que se dan durante el cuidado otorgado por enfermeras expertas, considerar si hay práctica involucrada.

A través de la pregunta reflexiva se logró adentrarse al fenómeno de investigación, fueron las mismas gestantes que hicieron la interpretación sobre sus vivencias, se les permitió expresar con más certeza la situación, se trataba de involucrarse en el mundo interno de las personas, los gestos, las miradas, lo que sentían y no sólo lo que pensaban, se involucró además sus creencias sobre cómo fueron las situaciones e interacciones.

Las madres y familias reaccionaban a ciertas cosas, habían muchas formas de responder, cada narrativa agregó al análisis, sobre lo que no se encontraba en otras historias, permitiendo variabilidad, facilitando un mejor nivel de abstracción, fue necesario un proceso reflexivo constante.

Las similitudes y diferencias, que emergen de las historias, permiten observar como las madres reaccionaban frente a situaciones similares, la temporalidad que juega un papel trascendental en la experiencia de salud vivida, los significados en común, y el método de realización aspecto en el cual la madre de acuerdo a sus

⁷⁵ Benner, P. interpretive phenomenology: embodiment, caring, and ethics in health and illness. thousand Oaks, CA: sage

experiencias alcanza a analizar la situación, siendo visible en sus discursos prácticos, habilidades, y experiencias previas.

Las madres tuvieron la oportunidad de exponer no solamente sus vivencias si no que plantearon, puntos de vista, a través de una información rica y llena de significados, sobre lo que para ellas representaba la respuesta a sus necesidades de cuidado, por parte de la enfermera.

Durante las entrevistas se pudo evidenciar las manifestaciones de tristeza o de alegría en diferentes situaciones a las que se exponían durante las conversaciones de las mujeres a la investigadora. Según Benner⁷⁶ la historia del proyecto se profundiza, pero a la vez se llega a comprender cuando los participantes exponen sus vidas, y son las distinciones cualitativas la mejor forma de comprenderlo.

Son muchas las necesidades evidenciadas desde las perspectivas de las madres, que requieren de respuestas frente al cuidado otorgado por las enfermeras en la UARO. Se pudo ampliar la comprensión sobre aspectos que son fundamentales y que parten de las relaciones que surgen entre las madres – enfermeras; en este cuidado es relevante la importancia, el interés, además de una disposición por participar en la vida del otro.

Asumir el cuidado desde esta perspectiva hace posible un involucramiento de la enfermera, visto como una forma intencional porque se quiere hacer, se concreta a través de acciones de ayuda, escucha, diálogo, se afianza en la capacidad de conocer, comprender, resolver, estar presente y genera vínculos de empatía y amistad.

Surgen expresiones, sobre lo que les significó el cuidado de la enfermera, para las participante, destacando la importancia de los comportamiento y actitudes

⁷⁶ Ibidem. P,

hacia ellas, siendo atributos centrales el interés de protegerlas, de hacerlas sentir bien, un trabajo hecho por gusto, por vocación, exige una relación de presencia, implica estar pendientes, precisa un reconocimiento no sólo a las alteraciones físicas, si no emocionales, trasciende en la importancia del ser humano, está implícita una responsabilidad frente a la madre y su hijo y siempre contempla procesos de información y comunicación.

Asimismo, la esencia de la profesión de enfermería es el cuidado que, en sí, es un acto profundamente humano; cuidar implica entretejer una relación amorosa con la realidad y con cada ser de la creación. Es invertir de corazón, afecto y subjetividad a esta sensibilidad. Cuidar significa implicarse con las personas, darles atención, colocarse junto a ellas, sentirlas dentro del corazón, entrar en comunión con ellas, valorizarlas y comprenderlas en su interioridad.⁷⁷

Es altamente valorada la presencia de las enfermeras en los momentos de incertidumbre, la vigilancia y la diligencia constante además del establecimiento de un vínculo relacional en el que se sintieron más confiadas y tranquilas. Las madres reconocen y aprecian sus capacidades y conocimientos para abordar su condición, pero también la de sus hijos por nacer, o sus bebés.

La enfermería, desde su inicio, ha tenido permanente interés por la humanización, manteniendo un claro deseo de buscar nuevas fuentes rejuvenecedoras que amplíen las posibilidades de satisfacer las necesidades de cuidado de la persona. “En tal sentido, es importante que el profesional de enfermería muestre un alto

⁷⁷ González-Hernández OJ. Validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería 3ª versión”. Aquichan. 2015;15(3): 381-392. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.3.6

sentido de compromiso, lealtad, valores y humanismo en la aplicación del cuidado a todo ser humano que así lo requiera”⁷⁸

Como rasgos fundamentales del cuidado, las participantes de esta investigación hicieron referencia a una relación de reciprocidad mediada por la empatía, en donde se generaban lazos como de amistad, de familiaridad, basado en una comunicación sincera, abierta que infunde alegría, confianza, y seguridad.

El Cuidado implica entonces la comprensión del ser humano en su proceso de vivir, en sus derechos, en su especificidad, en su integridad, orientarse por el cuidado es romper con la lógica de formación excesivamente basada en la hegemonía biomédica, en el autoritarismo de las relaciones de poder construido a partir de un saber que silencia a otros y cosifica los sujetos.⁷⁹

Aclararles dudas y alejarlas de la incertidumbre, debía ser un propósito permanente, que implicaba disposición y el establecimiento de una comunicación asertiva, que no se debía postergar. Frente al desconocimiento de su diagnóstico, ellas manifestaron intranquilidad, ellas pensaban que por esa razón se le subía la presión, para las madres la hospitalización implicaba un esfuerzo de preservarse para sus hijos y su familia, era una entrega absoluta, deseaban hubiese un límite en el tiempo para mantener allí, se trataba de su salud, de su vida y la de sus hijos, los seres más importantes, nunca habían estado hospitalizadas, desconocían a lo que se enfrentarían.

⁷⁸ Landman C, Salazar C, Gonzales D, Romero F, Conejera N, Garcitúa J, Órdenes Y, Quiroz T. La relación enfermera-paciente: “a veces lo único que necesitas...es tomar la mano de la persona...” Rev. Fac Cienc. Salud UDES.2016; 3 (1): 12-21

⁷⁹ Ibidem.P,

Heidegger en su obra *Ser y tiempo*, el filósofo alemán señala los momentos constitutivos del fenómeno integral del miedo: “el susto, el espanto y el pavor; estas diferentes posibilidades de ser del miedo, se relacionan con la presentación de la amenaza, su carácter familiar o desconocido: cuando algo amenazante irrumpe brusca y sorpresivamente en medio del ocupado estar-en-el-mundo, el miedo cobra la forma del susto y se presenta ante algo que está por ocurrir, que es conocido y familiar”⁸⁰

Esta investigación muestra entre otros resultados, unas situaciones particulares, que esbozan la necesidad de intervenciones específicas, frente a una atención lejana del cuidado dispensado, con énfasis en comportamientos poco asertivos que influyeron en la gratificación de la madre; en su discursos las madres le otorgan un alto valor y significado a la necesidad de ser apreciadas, al reconocimiento y lo que representa la hospitalización al interrumpir sus vidas, además porque se trata de una experiencia nueva para ellas, porque desconocen todo lo que les sucederá a ellas y sus hijos por nacer, se plasma en ella la sensación de miedo e incertidumbre, que sólo se alivia frente al interés de la enfermera por reconocerlo y tomar acciones de cuidado fundamentales que le demuestra a la madre que es comprendida.

Norma Ortiz en la investigación significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener pre eclampsia, cita a Suarez Soler y Puertas García en su estudio “*vivencias de la mujer embarazada con hipertensión arterial*” muestra que las informantes no hacen referencia a las dificultades del orden físico, si no a los problemas afectivos y emocionales, lo cual permite inferir que para la mujer gestante en situación de enfermedad es relevante que el

⁸⁰ Heidegger M. *El Ser y el Tiempo*. 2. ed. Traducción de Rivera JE. Madrid: Trotta, 2009

*profesional de enfermería, tenga en cuenta sus sentimientos, emociones y vivencias con relación al embarazo y complicaciones del mismo”.*⁸¹

Se plantea una contradicción relacionada con la defensa del propio rol de la enfermera y el exceso de funciones administrativas, que les demanda mayor tiempo, que es restado al cuidado directo y a la relación con los pacientes.⁸²

Surgen interrogantes sobre la disponibilidad del recurso humano de enfermeras, sus competencias, el ingreso de personal nuevo frecuentemente, la relación o proporción enfermeras auxiliares, la dinámica misma de atención y los roles desarrollados por las enfermeras en la Unidad e alto Riesgo Obstétrico.

Para algunas madres el cuidado de la enfermera, significó una relación intrascendente, que se concretó a través de acciones como suministro de medicamentos, monitoreo de signos vitales, toma de laboratorios en el contexto de procedimientos rutinarios, y otras acciones de índole administrativa en donde la enfermera estaba alejada, no había contacto, ni interacción, en este escenario se reafirman los sentimientos de soledad, es la sensación de sentirse ignoradas, no era manifiesto el interés por lo que vivían las madres.

Kerouac plantea que “la práctica se centra en el cuidado de la persona, que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud”. En igual contexto Diers, manifiesta: “la práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para la

⁸¹ ORTIZ, Norma Yaneth; DE RODRÍGUEZ, Lucy Muñoz. Significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia. Colombia, Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, 2014, p, .

⁸² Ibidem.P,

toma de decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de las personas”.⁸³

Se hace manifiesto “los significados de lo vivido” en donde se establece el encuentro con otros, en un recorrido por los diferentes contextos del cuidado de las enfermeras; se hace relevante en sus experiencias la espiritualidad, que se constituye en un elemento valioso que de acuerdo a sus discursos está más orientado a sus creencias religiosas, es Dios quien otorga fortaleza, tranquilidad y esperanza, aspecto que contribuye a nutrir su espiritualidad. Es notorio como las madres establecían sus propias reflexiones, dado que no está instaurado como una práctica de cuidado en la enfermera, fortalecer la fe y la esperanza, en ese sentido se observaban comportamientos, que insinuaban recursos individuales de las enfermeras que proyectaban y transmitían sentimientos de espiritualidad; se generó también la interpretación que por tratarse de un concepto diverso desde las creencias, era sensible y debía mantenerse como se expresó en la cotidianidad de la UARO.

La literatura respalda la esencia espiritual como una fuerza interna que dinamiza las demás dimensiones del ser humano, abre camino a la transformación, por su parte, la religión busca externalizar dichas manifestaciones, principios y creencias⁸⁴ esta misma línea de pensamiento fue desarrollada por Frankl quien concibe la religiosidad como la expresión de la búsqueda humana del sentido de la existencia desde la estrecha vinculación de la intimidad personal humana con el Dios particular⁸⁵

⁸³ KEROUACK, Suzanne, FRANCINE DUCHARME, Jacinte Pepín. Libro el pensamiento enfermero. Elsevier Masson. España. 1996. p. .

⁸⁴ Palacio CJ. La espiritualidad como medio de desarrollo humano, Cuesti. Teológ. 2015; 42(98):459-481 <http://www.scielo.org.co/pdf/cteo/v42n98/v42n98a09.pdf>

⁸⁵ Frankl V, Lapide P. Búsqueda de Dios y sentido de la vida. Diálogo entre un teólogo y un psicólogo. Traducción de Gilberto Canal Marcos. Herder Editorial S.L, Barcelona. 2005 .

Davis al estudiar las expectativas de los pacientes sobre el cuidado de Enfermería, informa aspectos referidos a la polarización del cuidado, en un sentido de bueno o malo; en su indagación fenomenológica, un buen cuidado incluye las descripciones de conceptos congruentes con una atención integral de enfermería, incluida la espiritualidad, sentirse especial o ser tratado como un ser humano; las buenas enfermeras fueron descritas como amables, en tanto, la antítesis de un buen cuidado de enfermería, incluye la falta de bondad y cuidado, ser despectivo⁸⁶.

El impacto de la noticia para la madre, de la finalización de la gestación, transmitida como la urgencia de sacar al bebé, la cual suena como una imposición, e involucra información sobre las complicaciones para los dos. La noticia es impactante, es una experiencia sentida, caracterizada por la presencia de emociones altamente significativas, por ello la presencia de la enfermera escuchando, comprendiendo, dando voz de aliento, se constituye en una necesidad urgente, un abordaje fundamental como integrantes del equipo interdisciplinario, para explicarles sobre las decisiones médicas.

En el estudio Incertidumbre y apoyo social en gestantes con trastornos hipertensivos, las gestantes con trastornos hipertensivos se consideran mujeres receptoras y pasivas de cuidado por parte del personal clínico, debido a que las complicaciones propias de la enfermedad las obliga a estar conectadas a equipos, hospitalizaciones prolongadas, valoración continua, ambivalencia del rol, también es probable el nacimiento de un hijo pre término; en fin, todo lo anterior genera en

⁸⁶ Expectativa de cuidado de enfermería que tienen las personas en diferentes ámbitos de cuidado. Rev. Colomb. Enferm. • Abril de 2016 • Volumen 12 • Año 11 • Págs. 49-60

ellas situaciones inexplicables, sin significado ante la enfermedad y sus complicaciones, y sin respuesta a los hechos vividos y a la nueva experiencia.⁸⁷

Es entonces, el concepto de incertidumbre el que nos permite comprender esta reacción de las gestantes. En el mismo estudio la autora cita Merle Mishel quien define el concepto de incertidumbre como aquella incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad. Es el estado cognitivo creado cuando la persona no puede estructurar o categorizar adecuadamente un evento por falta de señales suficientes.

En el caso de la gestante con trastorno hipertensivo, ésta experimenta desconocimiento ante la enfermedad y el cuidado de su hijo, lo cual surge en el momento en que la persona no categoriza los eventos de la enfermedad, como consecuencia de la falta de información concreta, ambigüedad y ambivalencia.⁸⁸ “Es el cuerpo como expresión del lenguaje del equipo de salud, en la relación del cuidado, que produce gratificación o frustración en la madre”, es a través de las historias narradas en donde se manifiestan pensamientos, hechos, acontecimientos en los que es posible develar las sensaciones percibidas con énfasis en relaciones y comportamientos asumidos por el equipo encargado de cuidarlas.

En su filosofía del cuidado Benner y Wluber conciben a la persona situada en el mundo, en sus relaciones con otros, con eventos, proyectos y preocupaciones; en esta visión heideggeriana, la persona es un ser para quien las cosas tienen valor y

⁸⁷ Ruydiaz Gómez Keydis Sulay, Fernández Aragón Shirley Paola. Incertidumbre y apoyo social en gestantes con trastornos hipertensivos. *Index Enferm* [Internet]. 2015 Jun [citado 2019 Nov 24] 24(1-2): 67-70.

⁸⁸ Ibidem.P,

significado. En este sentido, aportan una concepción de los seres humanos comprometidos con las cosas, como se comportan hacia ellas en su mundo⁸⁹.

Frente a la variedad de significados que las madres le otorgan al cuidado, las enfermeras estamos llamadas a reflexionar sobre la experiencia de las personas que cuidamos, y se hace relevante el mantener las estrategias comunicativas de información, diálogo, interacción, que permitan identificar las necesidades de cada paciente, afianzando el nivel de sensibilidad frente a la identificación de las mismas.

Las enfermeras al prestar cuidados no deben perder de vista al individuo como un ser holístico, por lo que no sólo deben prestar atención a lo biológico, si no saber escuchar con atención, esto hace parte de la fase inicial del diálogo, permitiendo la comunicación con la persona; el enfermero debe ser capaz de respetar los derechos del paciente durante su cuidado, incluyendo confidencialidad, derecho a la información, compañía y ayuda espiritual⁹⁰.

Se presenta como unidad de análisis “La Hospitalización una circunstancia que interrumpe la conexión con sus seres queridos” En su experiencia de hospitalización, las madres no pueden mantener un vínculo y una conexión con su espacio cotidiano, su hogar. Son constantes en sus expresiones las preocupaciones por la pérdida del dominio de su rol como madres, esposas, e integrantes de una familia. La preocupación esencial se centra en sus seres significativos sus hijos menores de edad, que demanda de una presencia y afecto permanente de sus madres. Desde la perspectiva de Benner⁹¹ la persona es un ser

⁸⁹ Benner P, Wrubel J. The primacy of caring: stress and coping in health and illness. Menlo Park (CA/USA): Addison Wesley; 1989

⁹⁰ Ibidem.P,

⁹¹ Ibidem.P,

humano comprometido con las cosas que tienen valor y significado, situada en el mundo, en sus relaciones con otros, con eventos, proyectos y preocupaciones.

No existen estudios que proporcionen una orientación clara para la práctica clínica de la hospitalización en casa para la pre eclampsia no severa⁹² y las recomendaciones de las guías justifican su uso con base a los resultados obtenidos con la hipertensión gestacional. Por otra parte, algunos autores sustentan que la hospitalización en casa no representa un manejo adecuado para las pacientes, dado que la mayoría de ellas manifestaran complicaciones a los 8 días después del diagnóstico, lo cual obliga al manejo intrahospitalario⁹³.

En la categoría “las experiencias de las madres fuente de significados frente a la comprensión del contexto institucional” La unidad de alto riesgo obstétrico, como un espacio en el que se expresan las vivencias, y emergen los significados sobre sus experiencias en las interacciones de cuidado, en las que se articulan el equipo de salud y administrativo; reviste especial importancia las interacciones con el personal de apoyo, los procesos de acompañamiento de los familiares, los horarios de visita, el suministro de dietas y las estructuras físicas relacionadas con unidades para la hospitalización y zonas de recreación .

Estos resultados coinciden con lo referido en la literatura, como el hecho que la compañía familiar, está determinada por un esquema restrictivo, en las medidas de control para el ingreso de personas, impuestas por la administración hospitalaria. Estos esquemas se sustentan en las relaciones de poder, de dominación- sumisión, basados en la creencia que la decisión sobre la presencia

⁹² Meher S, Abalos E, Carroli G. Bed rest with or without hospitalization for hypertension during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2005;9;4.

⁹³ Valent AM, DeFranco EA, Allison A, et al. Expectant management of mild preeclampsia versus superimposed preeclampsia up to 37 weeks. Am J ObstetGynecol 2015;212:515.e1-8.

familiar es una competencia y poder legítimo de las enfermeras o del personal administrativo, en los que se ejerce una violencia simbólica⁹⁴.

Es fundamental resaltar la importancia y el valor que tiene la gestión exitosa de los cuidados para el sistema de salud y la sociedad en general, se requiere de un empoderamiento tal del cuidado, que sea evidente y que incluso las madres lo pueda expresar en su sentir.

Se constituye en una necesidad ampliar la información en relación al cuidado de enfermería, su importancia, su contenido, el alcance de los cuidados y la toma de conciencia sobre su significado para divulgarlo y hacerlo accesible a todas las enfermeras de servicio, a los responsables de la organización del cuidado, los investigadores, y a los estudiantes.⁹⁵

⁹⁴ Hueso-Montoro C, Siles-González J, Amezcua M, Bonill de las Nieves C, Pastor Montero S, Celdrán Mañas M. Comprendiendo el padecimiento humano ante la enfermedad: manifestaciones, contexto y estrategias. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012; 20(3).

⁹⁵ Ibidem.P,

12. CONCLUSIONES

La metodología investigativa utilizada permitió el acercamiento a un fenómeno complejo de analizar, con unos resultados muy importantes desde el enfoque disciplinar de la Enfermería.

La metodología desarrollada en la investigación permitió trascender en conocer los significados que la madre hospitalizada en ARO otorga al cuidado dispensado por la enfermera al identificar sus necesidades, además de confirmar que la simple evaluación de la satisfacción del usuario, no es suficiente para conocer con precisión las necesidades reales de las madres, y sus familias, cobra importancia realizar intervenciones apropiadas, en torno a ofrecer un cuidado integral, y de calidad.

El método investigativo utilizado exigió, hacer una reflexión constante, sobre lo que aportaría a mi propio conocimiento, y a otros interrogantes como ¿la pregunta de investigación, los aportes al conocimiento de enfermería, la brecha para abordar le tema?

Se hace preciso que el abordaje de los cuidados dirigido a las madres hospitalizadas en condición de alto riesgo obstétrico, contemple los elementos centrales identificados, en la investigación, en la busca de una transformación frente al cuidado, que proponga estrategias novedosas, y posibles en donde se involucre a los enfermeros del servicio y de la academia, para fortalecer el contexto de la atención de enfermería y formación académica de los estudiantes a nivel profesional.

Buscar comprender las necesidades de cuidado, más significativas para las madres dentro de los procesos básicos de cuidado de la enfermera, propuestos por la Dra Swanson (Conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias), permitió identificar cuidados de la enfermera potencialmente

favorables, y otra acciones de enfermería que no corresponden a un cuidado, por no incluir los elementos, contemplados desde el enfoque disciplinar.

Se encontró una clara explicación sobre el modo de otorgar cuidados, a partir de los referentes teóricos de Swanson, develados en la investigación, estando entre ellos; los acontecimientos por las madres que fueron significativos en el concepto de “mantener las creencias” el cual se expresa a través del diálogo y la comprensión: un cuidado sanador que calma y conforta” y estar ahí promueve la confianza y tranquilidad en la madre. Desde el lenguaje de las madres, se asemejan a lo planteado en la teoría de los cuidados de Swanson con relación a estar al lado de la persona cuidada en cualquier situación, teniéndola en alta estima, favoreciendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo optimismo realista, ayudando a encontrar significado.

El cuidado involucrado es la expresión de la enfermera en su comportamiento frente a lo que las madres necesitan individualmente, desde lo más sencillo, pero que por tratarse de una persona con experiencias previas, con lazos familiares, y significados otorgados a la maternidad, este cuidado trasciende en su significado, por estar dirigido a seres humanos, en el contexto de la salud integral.

Se identificaron otras necesidades relevante expresadas dentro de las acciones terapéuticas, en donde se destacó la perspectiva de un cuidado involucrado de la enfermera, que parte de las relaciones que se establecen con la madre. “ conocer y ayudar: una conexión vital en el cuidado integral de la madre” y un trabajo hecho por gusto y con amor, para dar lo mejor de sí” que visto desde el concepto de “hacer por” se refiere a hacer por el otro, lo que se haría por uno mismo, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado respetando su dignidad.

Fue posible comprender el significado de la información para facilitar al otro las transiciones de la vida y los acontecimientos desconocidos, explicando,

apoyando, generando alternativas, y retro alimentando desde el concepto de “posibilitar”, que se expresó en la subcategoría “la escucha activa aclara dudas y aleja de la incertidumbre”

Se descubrió además los mensajes verbales y no verbales expresados por las madres, conjugados en la unidad de análisis “el interés por conocer a la madre, clave para proveer cuidado”, teniendo en cuenta que el concepto teórico de “estar con”, involucra estar emocionalmente presente con el otro, e implica estar allí, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar la persona cuidada .

En cuanto al significado de lo vivido, se identificó lo espiritual como un aspecto esencial del cuidado de la enfermera para promover la fe y la esperanza en las madres, teniendo en cuenta la diversidad de culturas, y la interpretación que ellas le otorgan a la religiosidad.

Las relaciones de la enfermera que se descubren en los discursos de las participantes instruye desde una lógica de cuidado, en el que se asume un compromiso frente a las diferentes situaciones que afrontan las madres, no sólo coherentes con las alteraciones en su condición de salud, si no bajo un amplio sentido humanístico, que promueve su capacidad de identificar, diferentes necesidades que ameritan intervenciones indelegables en personal menos calificado.

12. 1 Recomendaciones

El impacto en sus vidas, frente a la noticia de la finalización de la gestación, en algunos casos por la condición de salud de la madre, nos convoca a avanzar en el establecimiento de cuidados específico frente a estas situaciones particulares, es un llamado a las enfermeras quienes haciendo uso de sus capacidades

profesionales y humanísticas, deben en primera instancia hacer presencia, como un abordaje fundamental en el cuidado que se otorga en ARO.

Adquiere una importancia marcada dentro del significado de lo vivido por las madres participantes en la investigación la necesidad de ampliar la perspectiva y acciones concretas del orden administrativo, que favorezcan la posibilidad de permitir un acompañante permanente durante la hospitalización, en la misma medida, flexibilizar los horarios de visita, para las madres hospitalizadas.

Partiendo de la comprensión de la vida de las madres, y el significado frente a la separación de sus hijos y sus familias, se hace perentorio avanzar en alternativas novedosas, para propiciar el cuidado de éstas madres, en su casa; es un llamado al equipo interdisciplinario de involucrar criterios claros de atención, domiciliaria sin desconocer los riesgos inherentes a la condición de alto riesgo obstétrico de las madres.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MÜGGENBURG C, Riveros-Rosas A, JUÁREZ-GARCÍA F. Entrenamiento en habilidades de comunicación en enfermeras y percepción del paciente que recibe su cuidado. México. Universidad Nacional Autónoma. Unidad de Investigación, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. 2016; Science Direct.
3. CARRILLO ALGARRA, A. J., GARCÍA SERRANO, L., CÁRDENAS ORJUELA, C. M., Díaz Sánchez, I. R., & Yabrudy Wilches, N. (2013). La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enfermería Global*, 2013. 12(32), 346-361.
4. RODRÍGUEZ CAMPO, V. A., & VALENZUELA SUAZO, S. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. *Enfermería Global*, 2012. 11(28), 316-322.
5. Decreto 1011 de 2006 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 3 de Abril de 2006. Ministerio de Salud. Colombia.
6. FUNDESALUD, Fundación para el desarrollo de la Salud Pública. Percepción de la Calidad de la atención en salud en el Hospital Universitario del Valle, HUV: Perspectiva de los usuarios. 2010.
7. OLIVÉ FERRER, Carmen. Cuidado humanístico y transpersonal: esencia de la enfermería en el siglo XXI. *Fundamentos disciplinares*, 2015, 19(3), 20-26.
8. KEROUACK, Suzanne, FRANCINE DUCHARME, Jacinte Pepín. Libro el pensamiento enfermero. Elsevier Masson. España. 1996. p, .

9 Huercanos Esparza, Isabel. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(1).

10 ORTIZ, Norma Yaneth Noguera; DE RODRÍGUEZ, Lucy Muñoz. Significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, 2014, vol. 16, no 1, p. 27-48.

11 SILVA, Maria. Interação entre a equipe de enfermagem ea gestante com diagnóstico de pré-eclampsia [en línea]. En: Enfermagem. 2007, vol. 11, no 2, p. 254-260.

13. RODRÍGUEZ CAMPO, V. A., VALENZUELA SUAZO, S., Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermera profesional en Chile. España, Enfermería Global, 2012. p, 11(28): 316-322.

16. MORALES TORRES, M. Calidad de la atención desde la perspectiva del paciente. Para obtener el título de Maestría con énfasis en administración de servicios. México. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería programa administración de salud. 2004. p, .

17. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1011 de 2006- Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 3 de Abril de 2006. p,

20. PARRADO LOZANO, Yaneth, CARO CASTILLO, Clara Virginia. Significado, un conocimiento para la práctica enfermería. Colombia, Avances en Enfermería, 2008. p, .

22. Dirección de Epidemiología y Demografía. Análisis de la situación en Salud (ASIS) Colombia 2018. Bogotá Junio de 2019.
25. González Quiñones, J. (2017). Resumen de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud. *Carta Comunitaria*, 25(142), 7-62.
26. DANE, Sistema de Estadísticas Vitales. Cálculo del MSPS a partir de datos crudos sin ajustes al numerador ni al denominador. Colombia. 2013. p, .
27. Estadísticas Vitales Hospital Universitario del Valle. Epidemiología Hospitalaria. Reporte SIVIGILA del INS. 2016. p, .
28. Estadísticas Vitales Hospital Universitario del Valle. Epidemiología Hospitalaria. Autores, año.
29. FRANCO-YÁÑEZ C, HERNÁNDEZ-PACHECO J. Monitoreo de morbilidad materna extrema (near miss) como compromiso internacional para complementar la calidad de la atención en salud materna. *Perinatología Y Reproducción Humana* 2016. P 3031-38.
31. BOWERS, M.R., SWAN, J.E. y KOEHLER, W. F. (1994). What attributes determine quality and satisfaction whit health care. *Delibery. HealthcareMagnagementReview*, 19(4), 49-55
33. Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería Congreso de la República, Bogotá, Colombia, 1986. p, .

35. BOWERS, M.R., SWAN, J.E. and KOEHLER, W. F. (1994). What attributes determine quality and satisfaction with health care. *Delibery. HealthcareManagementReview*, 2007. p, .
36. LEVINAS E. Totalidad e infinito: Ensayo sobre la exterioridad. España: Ediciones Sígueme; 2005.
37. Swanson KM. Nursing as informed caring for the well being of others. *Thejournal of nursing scholarship* 1993. p, .
42. RAÍSSA PASSOS, Dos S, ELIANE TATSCH N, FRANCO C. Qualitative methodologies in health research: interpretive referential of Patricia Benner. Brasil. Universidad de Federal de Santa Maria, 2016. p, . Programa de Pos-Graduacao em Enfermagem. 2016. (1): 192
44. Castillo Espitia, Edelmira, La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos *Investigación y Educación en Enfermería* . 2000, vol XVIII, núm 1, p, 27-35.
53. Levinas E. Totalidad e infinito: Ensayo sobre la exterioridad. España: Ediciones Sígueme; 2005.
55. DAZA DE CABALLERO, R., TORRES, Prieto de Romano G. Análisis crítico del cuidado de enfermería: Interacción, participación y afecto. *Index Enferm*. 2005. p,
57. BONILLA, E., RODRÍGUEZ, P. Más allá del dilema de los métodos: la investigación en ciencias sociales. Bogotá: editorial Norma, 2005. p, .
- 60.. BUENO ROBLES, Luz Stella. Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. *Cienc.enferm*. 2011. p,

- 61.. Daza de Caballero R, Torres A, Prieto de Romano G. Análisis crítico del cuidado de enfermería: Interacción, participación y afecto. *Índex Enferm.* 2005, p, .
68. RUBIO ACUÑA, Miriam, ARIAS BURGOS, Marisol. Fenomenología y conocimiento disciplinar de enfermería. *Rev. Cubana Enfermer* . 2013, vol 29(3): 191-198.
69. DE LA CUESTA, Benjumea C. La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enferm. Clin.* 2011. p, .
70. CASTILLO, EDELMIRA; VÁSQUEZ, MARTHA LUCÍA. El rigor metodológico en la investigación cualitativa *Colombia Médica*, vol. 34, núm. 3, 2003, pp. 164-167
71. Martínez-Salgado Carolina. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciênc. saúde coletiva.* 2012 (3): 613-619
74. RAÍSSA PASSOS, dos S, ELIANE TATSCH, Franco C. Qualitative methodologies in health research: interpretive referential of Patricia Benner. Brazil. Universidad Federal de Santa Maria. *Enfermagem.* 2016, vol 69, (1) 178-182.
75. Benner, P. interpretive phenomenology: embodiment, caring, and ethics in healt and illhes. thousand Oaks, CA: sage.199477. González-Hernández OJ. Validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería 3ª versión”. *Aquichan.* 2015;15(3): 381-392.
78. Landman C, Salazar C, Gonzales D, Romero F, Conejera N, Garcitúa J, Órdenes Y, Quiroz T. La relación enfermera-paciente: “a veces lo único que necesitas...es tomar la mano de la persona...” *Rev. Fac Cienc. Salud UDES.*2016; 3 (1): 12-21.

80. Heidegger M. El Ser y el Tiempo. 2. ed. Traducción de Rivera JE. Madrid: Trotta, 2009.
81. ORTIZ, Norma Yaneth; DE RODRÍGUEZ, Lucy Muñoz. Significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia. Colombia, Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, 2014, 16(1):27-48.
83. KEROUACK, Suzanne, FRANCINE DUCHARME, Jacinte Pepín. Libro el pensamiento enfermero. Elsevier Masson. España. 1996. p,
84. Palacio CJ. La espiritualidad como medio de desarrollo humano, Cuesti. Teológ. 2015; 42(98):459-481.
85. Frankl V, Lapide P. Búsqueda de Dios y sentido de la vida. Diálogo entre un teólogo y un psicólogo. Traducción de Gilberto Canal Marcos. Herder Editorial S.L, Barcelona. 2005 .
86. Expectativa de cuidado de enfermería que tienen las personas en diferentes ámbitos de cuidado. Rev. Colomb. Enferm. 2016. Volumen 12. Págs. 49-60
87. Ruydiaz Gómez Keydis Sulay, Fernández Aragón Shirley Paola. Incertidumbre y apoyo social en gestantes con trastornos hipertensivos. Index Enferm 2015 .24(1-2): 67-70.
89. Benner P, Wrubel J. The primacy of caring: stress and coping in health and illness. Menlo Park (CA/USA): Addison Wesley; 1989.
92. Meher S, Abalos E, Carroli G. Bed rest with or without hospitalization for hypertension during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2005;9;4.

93. Valent AM, De Franco EA, Allison A, et al. Expectant management of mild preeclampsia versus superimposed preeclampsia up to 37 weeks. *Am J Obstet Gynecol* 2015;212:515.e1-8.
94. Hueso-Montoro C, Siles-González J, Amezcua M, Bonill de las Nieves C, Pastor Montero S, Celdrán Mañas M. Comprender el padecimiento humano ante la enfermedad: manifestaciones, contexto y estrategias. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 20(3).

14. ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Perspectiva de la mujer gestante de alto riesgo obstétrico en relación a la identificación de sus necesidades y el cuidado que le provee la Enfermera”

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Usted ha sido invitada para participar en el estudio de investigación, que estoy llevando a cabo, para optar el título de Magister en Enfermería que dicta la Universidad del Valle. El propósito de éste estudio es comprender la perspectiva de las pacientes hospitalizadas en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico (UARO), con relación al cuidado que le ofrece la Enfermera al identificar sus necesidades.

Se espera que los resultados de ésta investigación puedan aportar elementos fundamentales que permitan comprender, dentro de los procesos básicos de cuidado de enfermería, los desenlaces deseados por las pacientes y contribuir al mejoramiento de los servicios de salud en la UARO.

Adicionalmente ésta investigación permitirá, generar conocimientos y avances en la disciplina de enfermería, al ofrecer elementos que parten de la exploración de las necesidades más relevantes expresadas por las pacientes.

El presente documento le ofrecerá información sobre los procedimientos a seguir para el desarrollo de la investigación, los riesgos que conllevaría para usted, e información adicional que debe conocer. Si tiene preguntas frente al documento, o encuentra palabras que no son claras, favor hacérmelo saber para contestarlas de inmediato.

PROCEDIMIENTO

Para participar en ésta investigación, usted sólo debe tener disposición de hacerlo, y ser mayor de edad.

Su participación en éste estudio consiste en responder a una entrevista, la cual será grabada y en mi condición de investigadora transcribiré textualmente en su totalidad, guardando entera fidelidad del audio. Es preciso aclarar que mientras sigan apareciendo nuevos datos o nuevas ideas, sobre sus experiencias, acerca de los cuidados recibidos por la enfermera, la búsqueda no debe detenerse, hasta que se disponga de los elementos necesarios para construir una idea comprensiva y convincente sobre la perspectiva que usted tiene sobre el cuidado recibido por la enfermera, es decir es posible que se requiera de más de un encuentro con usted para realizar entrevistas adicionales.

Para mantener la confidencialidad de la información y proteger su identidad, se utilizará una sigla que la identificará iniciando con la palabra madre seguida de la inicial del nombre y un número arábigo secuencial. “MadreM1”.

El lugar para la entrevista será un lugar acordado con usted, en el hospital después de la consulta de control o en el lugar de domicilio, en dónde usted se sienta más cómoda. El tiempo de su participación en la entrevista será entre 50 hasta máximo 60 minutos.

RIESGOS E INCOMODIDADES

Este estudio no representa riesgos para usted; es posible que su participación en él le genere incomodidades menores producto del proceso de la entrevista porque usted estará hablando de sus vivencias personales durante la hospitalización en la UARO, sin embargo, todas estas posibles incomodidades serán mínimas pues

todas las preguntas le serán realizadas por un profesional experto y bajo las mejores condiciones de privacidad.

Aunque los riesgos para usted por contestar a dichas preguntas son mínimos, usted tiene la posibilidad de interrumpir la entrevista en cualquier momento si dichas preguntas le producen incomodidad, agotamiento o fatiga. De igual manera, si su incomodidad es muy grande, por favor informarlo a la Enf Maria Eugenia Acevedo investigadora quien revisará con usted la situación, y determinará si es pertinente continuar en el estudio.

COSTOS PARA USTED

No se generará ningún costo para usted, ni para la entidad a la cual está afiliada en salud, en caso de que decida participar en el estudio.

PAGO POR PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN:

Usted no recibirá ningún tipo de remuneración por participar en este estudio.

CONFIDENCIALIDAD:

Con la firma de este consentimiento informado usted también autoriza a la investigadora tener acceso a su historia clínica y obtener la información estrictamente requerida en el estudio.

La investigadora respetará la confidencialidad de su información acorde a las regulaciones legales establecidas para ello, ya previamente conocidas y aceptadas por usted desde su ingreso al estudio de investigación. Usted puede tener la seguridad que la información que usted suministre se mantendrá bajo absoluta confidencialidad entre usted y la investigadora.

No se relacionará en ningún momento su nombre ante terceros, manteniendo así en secreto la información que usted nos proporcione. Para cumplir con esto se le

garantiza que, dentro de la investigación y para fines de la entrevista que usted conteste, sólo se tomará la sigla asignada, pero no sus datos personales.

Adicionalmente, a esta información no podrán acceder personas diferentes de la investigadora y la directora del estudio; en ningún caso su nombre aparecerá en publicación alguna que resulte. Además, dicha información podrá ser utilizada para otros estudios relacionados o desarrollados por los mismos investigadores de éste, previa aprobación del Comité de Ética que autorizó esta investigación; en dicho caso, los investigadores no podrán tener acceso a su nombre, únicamente a sus respuestas.

Durante o después de finalizada su participación, la investigadora se podría requerir ponerse en contacto con usted para aclarar alguna información de este estudio, adicionalmente podría invitarle a participar en otro estudio futuro.

Por favor, elija una de las siguientes respuestas:

___ Sí, autorizo para ser contactado y mantener mis datos actualizados, para aclarar alguna información sobre este estudio, con el objetivo de mantener mi participación, lo mismo que para invitarle a participar en otro estudio futuro

___ NO, yo no deseo ser contactado.

SU PARTICIPACIÓN ES VOLUNTARIA:

Su participación en este estudio es voluntaria, usted tiene el derecho a decidir no participar o a retirarse del estudio en cualquier momento. De ser así, su decisión de no participar en esta investigación no afectará su derecho a recibir tratamiento y atención integral en el HUV, es decir que como paciente de esta Institución, su deseo de no participar en el estudio o de retirarse de este no afectará para nada el curso de su tratamiento.

Su participación en la investigación podría también ser interrumpida por la investigadora en cualquier momento sin que ello requiera de su consentimiento, y tampoco afectará su atención integral.

Si usted decide participar en esta investigación en forma libre y voluntaria, bajo las condiciones antes mencionadas, por favor firme o coloque la huella (solamente en caso de no saber firmar) de su dedo índice derecho en el espacio correspondiente.

No firme este documento a menos que usted haya tenido la oportunidad de preguntar y recibir respuestas satisfactorias a sus dudas. Usted recibirá una copia del presente documento. Si usted decide no participar, se respetará su decisión; se aclara que usted continuará recibiendo todos los servicios a los cuales usted tiene derecho en el HUV.

AUTORIZACIÓN PARA HACER GRABACIÓN:

Cada entrevista será grabada en audio y transcribiré la totalidad del texto, guardando entera fidelidad con el audio.

___ SÍ, autorizo para que la entrevista sea grabada y transcrita textualmente

___ NO, autorizo para que la entrevista sea grabada y transcrita textualmente .

A QUIÉN CONTACTAR PARA RESPONDER A SUS PREGUNTAS:

Si usted tiene preguntas o preocupaciones relacionadas con el estudio, siéntase libre de solicitar información adicional a la investigadora del estudio, Enf Ma Eugenia Acevedo C al teléfono celular 3146621393 o al teléfono 3785466.

Si en algún momento se ha presentado algún inconveniente producto de su participación en esta investigación no dude en contactar a la directora de la investigación Dra Martha Lucía Vásquez T correo electrónico maluvassq@gmail.com o al comité de ética de la Universidad del Valle teléfonos: 5185677- 5185684

DECISIÓN VOLUNTARIA DE PARTICIPAR EN EL ESTUDIO Y SECCIÓN DE FIRMAS:

He leído y entendido el consentimiento informado para este estudio, el cual está escrito en español. Me han sido informados los propósitos, los procedimientos, los riesgos asociados. Se me ha dado suficiente tiempo para considerar la información anterior y buscar asesoramiento si decido hacerlo. He tenido la oportunidad de

hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias. Estoy firmando voluntariamente este formulario. Recibiré una copia de este formulario de Consentimiento Informado.

Estoy consciente de que firmando este Consentimiento Informado:

He leído todo el documento y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Yo soy libre de hacer preguntas en cualquier momento durante el estudio, y recibiré una copia de este formulario de consentimiento para mis archivos.	Si----- No-----
Todos los datos personales recogidos serán confidenciales y cualquier publicación resultante mantendrá mi anonimato.	Si----- No-----
Mi participación en el estudio es voluntaria y soy completamente libre de negarme a participar o retirarme del estudio en cualquier momento sin que esto cambie en modo alguno la calidad de la atención que voy a recibir.	Si----- No-----
Yo no renuncio a ninguno de mis derechos legales ni estoy liberando a los investigadores, ni a la institución de sus responsabilidades legales y profesionales.	Si----- No-----
No hay ninguna garantía de que este estudio proporcione algún	Si-----

beneficio para mí.	No-----
Estoy aceptando voluntariamente participar en esta investigación	Si----- No-----

Basada en la información recibida y entendida, de manera totalmente VOLUNTARIA YO

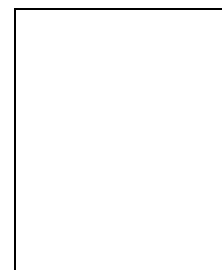
_____,
con documento de identificación (CC), (CE) No. _____
expedido en _____, DOY MI CONSENTIMIENTO para
participar en este estudio de investigación, bajo las recomendaciones que me
sean dadas; igualmente, suministraré la información personal que me sea
solicitada de manera directa, en las entrevistas. Todos mis derechos legales han
sido respetados.

Nombre del participante:

—

Firma del participante:

C.C.: _____ de _____



Dirección: _____
del participante

Huella

(solamente si

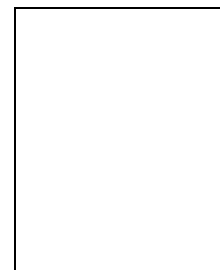
no sabe firmar)

Teléfonos: _____

Nombre del Testigo # 1

—

Firma del testigo:



C.C.: _____ de _____

Dirección: _____
del participante

Huella

(solamente si

no sabe firmar)

Teléfonos: _____

Nombre del Testigo #2

—

Firma del testigo:

C.C.: _____ de _____

Dirección: _____

del participante

(solamente

no sabe firmar)

Teléfonos: _____

Huella

si

Declaración del investigador:

De manera cuidadosa he explicado al participante la naturaleza del estudio arriba enunciado, certifico que basada en lo mejor de mi conocimiento, la participante que lee este consentimiento, entiende la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

Firma Nombre y Apellidos Fecha

Anexo 2

GUIA TEMÁTICA PARA ENTREVISTA

“Perspectiva de la Mujer Gestante de Alto Riesgo Obstétrico en relación a la identificación de sus necesidades y el Cuidado que le provee la Enfermera”

Su participación en éste estudio consiste en responder a una entrevista, la cual será grabada y en mi condición de investigadora transcribiré textualmente en su totalidad, guardando entera fidelidad del audio. Es preciso aclarar que mientras sigan apareciendo nuevos datos o nuevas ideas, sobre sus experiencias, acerca de los cuidados recibidos por la enfermera, la búsqueda no se detiene, hasta que se disponga de los elementos necesarios para construir una idea comprensiva y convincente sobre “la perspectiva que usted tiene sobre el cuidado recibido por la enfermera”, es decir es posible que se requiera de más de un encuentro.

Para mantener la confidencialidad de la información y proteger su identidad, se utilizará una sigla que la identificará iniciando con la palabra madre seguida de la inicial del nombre y un número arábigo secuencial. “MadreM1”.

Aunque los riesgos para usted por contestar a dichas preguntas son mínimos, usted tiene la posibilidad de interrumpir la entrevista en cualquier momento si dichas preguntas le producen incomodidad, agotamiento o fatiga. De igual manera, si su incomodidad es muy grande, por favor infórmelo y su participación en el estudio podrá ser reevaluada.

La investigadora respetará la confidencialidad de su información acorde a las regulaciones legales establecidas para ello, ya previamente conocidas y aceptadas por usted desde su ingreso al estudio de investigación, de acuerdo a lo descrito en el consentimiento informado.

Guía Temática

Se iniciará la entrevista la cual será grabada, favor confirmar su aceptación.

1. Puede contarme usted, sobre sus experiencias o vivencias durante el tiempo que estuvo hospitalizada en ARO, con relación al cuidado que recibió por la enfermera?
2. Podría nombrar situaciones que siendo importantes para usted, se tuvieron en cuenta para su cuidado por las enfermeras, sin que usted lo hiciera manifiesto verbalmente?
3. Durante el tiempo estuvo hospitalizada en la UARO, puede contarme acontecimientos importantes de su vida y de su familia ? (Develar los acontecimientos expresados por las Pacientes, que crean son significativos durante la estancia hospitalaria en UARO (mantener las creencias)
4. Podría narrar alguna experiencia que ud hubiera tenido durante el tiempo en que estuvo hospitalizada en la UARO con relación a haber sido escuchada por la enfermera?
5. Podría narrar aspectos importantes para usted sobre al cuidado que recibió de la enfermera.
6. Podría describir lo relacionado con la información que recibió por la enfermera?
7. Qué aspectos de su vida le gustaría, se hubieran tenido en cuenta por las enfermeras de ARO cuando la cuidaron?

Agradezco su activa participación, sus aportes son fundamentales y valiosos, se espera que al comprender sus vivencias en ARO podamos encontrar elementos que nos permita a las enfermeras, mejorar las prácticas de cuidado y así las pacientes reciban una atención integral y de calidad. Maria Eugenia Acevedo Cano.

|

Anexo 3

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA SEMESTRE	2017		2018												2019											
	No v	Dic	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	
Aplicación de la entrevista a la población de estudio																										
Análisis e Interpretación de la información																										
Resultados, discusión e Informe Final																										

Revisión de evaluadores para sustentación de investigación																								
Ajustes y presentación de trabajo de investigación																								
Sustentación del trabajo de Investigación																								
Elaboración de documento para publicación																								

"Perspectiva de la mujer gestante de alto riesgo obstétrico en relación a la identificación de sus necesidades y el cuidado que le provee la enfermera"

Anexo 4
PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACION

Rubros	Cantidad valor unitario	Recursos propios	Universidad del Valle	Total
Investigadora principal (12 hs / semx 88 sem)	\$30.738.21 X12 hrs/sem x 74sem	\$27.295.344	0	\$27.295.344
Directora (2hs/sem x 88 semanas) 1 semestre académico=22 semanas	\$ 101,706 x 2 hrs/ sem x 74 sem	0	\$15.052.488	\$15.052.488
Transporte a				

domicilios de mujeres entrevistadas	\$ 20.000 x 20	\$400.000	0	\$400.000
Fotocopias	\$100 X 200	\$20.000	0	\$20.000
Equipos (grabadora de voz)	\$ 300.000	\$300.000	0	\$300.000
TOTAL		\$27.296.064	\$15.052.488	\$42.348.552

Anexo 5

Caracterización de participantes

Código	Edad años	Estado civil	Origen	Residencia	Nivel SE	Religión	Ocupación	Nivel académico	Aseguramiento	Días estancia	Entrevistas realizadas
MadreD1 DIAMANTE	27	Unión libre	Cali	Cali	2	Cristiana	Ama de casa	Técnico en RH	Cristiana	15	4
MadreN2 ESMERALDA	35	Unión libre	Cesar	Cali	2	Católica	Ama de casa	Técnico	Subsidiado Nueva EPS	7	3
MadreD3 ONIX	32	Soltera	Palmira	Cali	2	Cristiana	Servicio doméstico	Bachiller incompleto	Subsidiado Emssanar	8	3
MadreE4 AMATISTA	21	Soltera	Guapi	Cali	2	Católica	Ama de casa	Normalista superior	Subsidiado Asmet Salud	8	3
MadreL5 RUBI	31	Unión libre	Cauca	Cali	2	Cristiana	Ama de casa	Bachiller incompleto	Subsidiado Asmet Salud	14	1
MadreS6 AMBAR QPD	38	Unión libre	Cali	Cali	1	Cristiana	Comerciante	Tecnológico	Subsidiado Emssanar	19	2
MadreZ7 AGUAMARIN A	25	Unión libre	Cali	Cali	1	Católica	Ama de casa	Bachiller técnico	Subsidiado Coopsalud	22	3
MadreM8 ALEJANDRIT A	38	Unión libre	Guapi	Cali	2	Católica	Ama de casa	Bachiller	Subsidiado Emssanar	8	3
MadreR9 ZAFIRO AZUL	32	Unión libre	Buenaventura	Cali	1	Testigo de Jehova	Ama de casa	Bachiller Técnico	Subsidiado Emssanar	28	3
MadreN10 ALEJANDRIT A	35	Soltera	Guapi	Cali	1	Católica	Ama de casa	Bachiller incompleto	Subsidiado Coopsalud	62	1

Anexo 6

Relación de Informantes y entrevistas realizadas para validar Significados

Identificación de la informante	Fechas de entrevistas	Observaciones
MadreD1 DIAMANTE	13 de Noviembre de 2017	Piloto Narrativa
	27 de Noviembre de 2017	
	13 de Mayo de 2018	
	26 de Agosto de 2018	
MadreN2 ESMERALDA	11 de Enero de 2018	Narrativa Validación de significados
	28 de Enero de 2018	
	28 de Octubre de 2019	

MadreD3 ONIX	27 de Marzo de 2018	Narrativa
	23 de Mayo de 2018	
	15 de Octubre de 219	Validación de significados
MadreE4 AMATISTA	4 de Septiembre de 2018	Narrativa
	10 de Enero de 2019	
	15 de Octubre de 2019	Validación de significados
MadreL5 RUBI	12 de Septiembre de 2018	Narrativa
MadreS6- QPD AMBAR	7 de Noviembre de 2018	Narrativa
	21 de Diciembre de	

	2018	
MadreZ7 AGUAMARINA	20 de Diciembre de 2018	Narrativa
	5 de Febrero de 2019	
	15 de Octubre de 2019	Validación de significados
MadreM8 ALEJANDRITA	11 de Marzo de 2019	Narrativa
	14 de Abril de 2019	
	16 de Octubre de 2019	Validación de significados
MadreR9 ZAFIRO AZUL	20 de Marzo de 2019	Narrativa
	8 de Abril de 2019	
	18 de Octubre de 2019	Validación de significados
MadreN10 ALEJANDRITA	7 DE Julio de 2019	Narrativa

Anexo7

TRANSCRIPCION DE ENTREVISTAS REALIZADAS PARA VALIDACION CONCEPTOS SOBRE EL CONTENIDO DE LAS NARRATIVAS DE LAS MADRES SUJETO DE ESTUDIO

MadreE4- Amatista

15 de octubre de 2019 hora 12:33 p.m

E: Buena tarde, quería preguntarte de acuerdo a la historia que te envié, que me cuentas, sí allí quedó plasmada tus ideas, tus sentimientos, el significado de tu experiencia con relación a lo que viviste en ARO?

I: Yo soy la MadreL4 pues fue una experiencia muy bacana, muy bonita, me gustó como usted la expresó ahí, usted la organizó, le quedó muy bonita, bueno las expectativas que no esperé tener... cuando la leí sentí cosas hermosas... digamos fue una sensación muy bonita... ósea... como recordar aquel momento... Yo también, me fui...a cierta ocasión... a cierto tiempo... en que yo estaba...y fui como recordando cada cosa... que yo viví allá,...ósea todas las entrevistas que hice con usted... ósea todo fue algo muy bonito...me parece que todo está ahí plasmado... todo lo que yo le dije... usted no aumentó...ni quitó...ya... a su manera usted lo ubicó... una narrativa super bacana... y si y me gustaría que usted siguiera...así en esos trabajos con otras personas...que yo sé que van a lograr mucho... porque usted es una gran persona... y pues gracias por hacerme sentir tantas emociones...

E: Tú le añadirías algo, consideras que hay algo que agregar?

I: No... me parece que todo está bien...esta todo aclarado... todo esta expresado... desde que usted entra a los tres primero párrafos... usted se da cuenta... que usted quiere decir... que está contando... que están contando en la historia... y mas o menos de que se trata... pues siento que esta perfecto... no hay que quitarle... ni que agregarle... pues siento que está todo ahí, todo plasmado ...

MadreZ7-Aguamarina

Octubre 15 de 2019 10:14 a.m.

E: Si, esa historia... reúne, toda tu experiencia, lo que tú trataste de decir... lo que el entrevistador captó... fue lo que tú trataste de decir? Sobre tu experiencia en ARO...

I: la historia anteriormente contada...reúne todas mis expectativas... frente a las entrevistas que realizamos personalmente... la redacción, está excelente...es todo lo que yo viví... todo es verdadero... toda esa experiencia a pesar que fue un poco difícil, fue una experiencia hermosa... preciosa... tengo a mis dos hijos conmigo... gracias a Dios... y a las hermosas manos medicas de ustedes... por ende le agradezco a Dios... por la vida de mis hijos... de mi familia... la de ustedes... gracias por haber contado conmigo para este proyecto...

MadreD3- Onix

Octubre 15 de 2019 8:09 p.m.

E: Buena noche, de acuerdo a la historia que construí, con base en lo que me contaste en las entrevistas... sobre tus experiencias cuando estuviste hospitalizada en ARO... me puedes contar si esa historia reúne las ideas, sentimientos, significados que viviste o que quisiste transmitir?

I: Buena noches... yo soy la madreD3... y quiero decir que la historia sí...reúne las ideas... los sentimientos...y todo lo que yo viví en aro... y lo quise transmitir... excelente...excelente la historia...porque yo en ARO... viví... pues tuve alegrías y tuve muchas tristezas ... y... por lo menos... cuando... yo quería venirme para mi casa... a ver a mis hijos...a mi esposo...y los exámenes se tardaban mucho...había una enfermeras buenas... de buena fe... de buen trato... y habían otras que no lo eran ... que no merecen estar en ese hospital...si la historia es excelente.

E: consideras que hay algo más que aportar?

I: La historia excelente...

MadreM8-Agata

Octubre 16 de 2019 8:11 p.m.

E: Buena noche, de acuerdo a la historia que construí, con base en lo que me contaste en las entrevistas... sobre tus experiencias cuando estuviste hospitalizada en ARO... me puedes contar si es historia reúne las ideas, sentimientos, significados que viviste o que quisiste transmitir?

I: Buenas noches...en realidad mi historia, si...porque es mi historia...ehh...si la viví en carne propia...ehhh...en realidad si viví la experiencia... como tal...lo que dije... si es verdad porque son mis sentimientos...es lo que sentí ahí dentro de ese lugar...por eso lo transmití... porque...así lo sentí ...así lo viví en aro... ese es el significado...de todo lo que encierra mi historia... fue una cesárea... un parto nuevo totalmente porque yo a mis hijas las había tenido normalmente... nunca había tenido una cesárea...nunca había estado en un hospital...tanto tiempo... siento que fue algo...nuevo y pues muy doloroso... en el sentido de que una cesárea para mi fue algo que nunca me imaginé... que me iba a suceder... pero fue algo que me tocó vivirlo... fue mi experiencia... yo lo describí de esa manera...por lo mismo por lo que viví... por lo que me dejó...no fue un recuerdo malo...al contrario fue una experiencia más en mi vida...

E: por favor me dices... si así como esta narrada esa historia... reúne digamos esas ideas, esos sentimientos y pensamientos... sobre tu experiencia que viviste, si es historia contiene eso que manifestaste?

I: si claro para mi si reúne todo...ósea reúne todo...porque... en realidad si fue así... si lo viví así...yo... no lo pensé solamente... si no que lo viví así...lo sentí así... entonces para mí...si contiene totalmente... todo lo que manifesté... entonces...sí para mi... reúne absolutamente todo... yo si lo veo de esa manera...de esa forma...porque principalmente fui yo la que lo viví en carne propia... en este caso soy yo... la que lo defino de esa manera...y si en realidad fue así como yo lo describo...

MadreR9-Zafiro Azul

18 de octubre de 2019 hora: 10:30 p.m.

E: Buena noche, de acuerdo a la historia que construí, con base en lo que me contaste en las entrevistas... sobre tus experiencias cuando estuviste hospitalizada en ARO... me puedes contar si esa historia reúne las ideas, sentimientos, significados que viviste o que quisiste transmitir?

I: Buenas noches yo soy la madreR9...y los relatos y sentimiento que expresé... eso es lo que yo quería expresar...como me sentía...lo que yo quería decir...está totalmente correcto... y pues ahora que volví a leer.. me llené de sentimientos...vuelven los sentimientos... era precisamente lo que yo les quería, contar... y me siento muy bien por lo que relaté...

E: Gracias por la oportunidad de conocer tu experiencia quieres agregar algo más...

I: Quisiera darle gracias a los médicos, que me atendieron y a los enfermeros... por esa importante labor que realizaron...y que sigan así... y que mi Dios me les multiplique...y pues estoy enormemente agradecida con usted...y... porque Dios me dio, también la oportunidad de conocerla...y pues... jamás voy a olvidar esta experiencia y a usted...y pues... le doy muchas gracias a Dios.. por habérmelos colocado en mi camino...en ese momento que tanto lo necesitaba... y pues siempre estaré orando por todos, mi familia y los enfermos que están en esa clínica...que Dios les siga dando sabiduría porque Dios es el que da la sabiduría...

MadreN2-Esmeralda

28 de octubre de 2019 hora: 5:40

E: Buena noche, de acuerdo a la historia que construí, con base en lo que me contaste en las entrevistas... sobre tus experiencias cuando estuviste hospitalizada en ARO... me puedes contar si esa historia reúne las ideas, sentimientos, significados que viviste o que quisiste transmitir?

I: Si señora, Buenas noches, soy la madre N2, efectivamente jefe en las entrevista que tuvimos... eh... y en lo que usted plasmó...ehh... quedamos bien acorde... fue la experiencia que viví en el momento que estuve hospitalizada... estuvo bien... todo...todo...me siguió la idea...me cogió la idea como se dice... que le puedo decir... me gustó... porque la idea central era... la hospitalización que yo tuve...lo que viví esos días... eh...recordé leyendo todo... recordé... me pase...pues como a ese momento en que estaba hospitalizada... tuve varios sentimientos como sentimientos encontrados...en unos momentos lloré en otros me dio alegría... tuve varias sensaciones...

I: Tienes algo más que agregar?

E: No jefe yo creería que está completo

I: Yo te agradezco, felicidades con tus bebés.

E: Gracias por tenerme en cuenta para su trabajo que Dios la Bendiga.

Anexo 8

CUADRO DECATEGORIAS Y SUBCATEGORIAS

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
LAS RELACIONES ENFERMERA MADRE UN CUIDADO INVOLUCRADO	El interés por conocer a la madre, clave para proveer cuidado
	El estar ahí promueve la confianza y tranquilidad en la madre
	"Conocer y ayudar: una conexión vital en el cuidado integral de la madre"
	La escucha activa aclara dudas y aleja de la incertidumbre
	El diálogo y la comprensión: un cuidado sanador que calman y conforta.

	Un trabajo hecho por gusto y con amor ...para dar lo mejor de sí...
	Los vínculos de amistad y empatía favorecen prodigar cuidado
	"La enfermera como facilitadora de un ambiente espiritual "
	Es el cuerpo como expresión del lenguaje del equipo de salud, en la relación del cuidado, que produce gratificación o frustración en la madre...
	El mundo de la gestante en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico: una experiencia única durante la hospitalización
LOS SIGNIFICADOS DE LO VIVIDO	

LA HOSPITALIZACION UNA CIRCUNSTANCIA QUE INTERRUMPE LA CONEXIÓN CON SUS SERES QUERIDOS	La necesidad de mantener los vínculos de amor y pertenencia con la familia
	Las añoranzas de un embarazo al calor del hogar y su familia.
LAS EXPERIENCIAS DE LAS MADRES FUENTE DE SIGNIFICADOS FRENTE A LA COMPRENSIÓN DEL CONTEXTO INSTITUCIONAL	"El ambiente institucional como generador de gratificación o insatisfacción en el cuidado de enfermería"

Anexo 9

PERSPECTIVA DE LA MUJER GESTANTE DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO CON RELACIÓN A LA IDENTIFICACIÓN DE SUS NECESIDADES Y EL CUIDADO QUE LE PROVEE LA ENFERMERA

