



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia

Norma Yaneth Noguera Ortiz

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2012

Significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia

Norma Yaneth Noguera Ortiz

Tesis para optar al título de:

Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Materno Perinatal

Directora:

Lucy Muñoz de Rodríguez

Magíster en Enfermería

Línea de Investigación:

Cuidado Materno Perinatal desde la enfermería transcultural

Grupo de Investigación:

Cuidado Materno

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2012

Dedicatoria

*A Dios, por ser mi guía, mi fortaleza y por permitir que este
sueño sea una realidad*

*A Mi esposo Daniel por el apoyo, comprensión, por estar
siempre presente y por creer en mí*

*A mi Luciana por ser mi fuente de inspiración y por acompañarme
durante estos últimos meses día y noche*

*A mis papás y a mis hermanos por su ejemplo y por enseñarme
el camino al éxito*

Agradecimientos

A todas las gestantes que participaron en la investigación y me permitieron conocer el significado de su experiencia

A la Pontificia Universidad Javeriana y la Facultad de Enfermería por el apoyo y por creer en mí como profesional

A la División de Investigación sede Bogotá – DIB por el apoyo y por creer en los futuros investigadores

Al Hospital Universitario San Ignacio y a las enfermeras del servicio de ginecoobstetricia por la colaboración

A la Universidad Nacional y la Facultad de Enfermería por los conocimientos transmitidos

A la profesora Lucy Muñoz directora de tesis por compartir conmigo su conocimiento, por el apoyo, compromiso y ánimo para sacar adelante esta investigación

Resumen

Objetivo: describir los significados que las gestantes hospitalizadas en el Hospital San Ignacio le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia.

Diseño, muestra y participantes: se realizó un estudio cualitativo de tipo etnoenfermería. Se realizaron entrevistas abiertas a profundidad a 8 informantes claves, las cuales eran gestantes con diagnóstico de preeclampsia hospitalizadas en el Hospital universitario San Ignacio y a un grupo de 5 informantes generales, que son enfermeras que trabajan en el servicio de obstetricia del mismo Hospital; la muestra que se tuvo en cuenta fue hasta lograr saturación de la información.

Resultados: los significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia están enmarcados en cuatro temas con sus respectivos patrones: logro o adquisición de conocimientos acerca de efectos de la preeclampsia en el hijo por nacer, en las gestantes y los cuidados a tener en cuenta; repercusiones de la preeclampsia vividas por las gestantes; valoración de la situación de enfermedad realizada por las gestantes desde diferentes contextos y nuevas decisiones en la vida de la gestante a causa de su situación de enfermedad.

Recomendaciones: con base en los resultados de la investigación realizar y aplicar en la práctica de enfermería propuestas de cuidado, con el fin de brindar cuidado de enfermería congruente con los significados de la experiencia de las gestantes con preeclampsia.

Palabras claves: significado, preeclampsia, gestante, investigación cualitativa, enfermería.

Abstract

Objective: describe the meanings of pregnant women hospitalized at the San Ignacio Hospital attributed to the experience of having preeclampsia.

Design, sample and participants: we performed a qualitative study of ethnonursing. Open depth Interviews were made with 8 key informants, that were pregnant women with preeclampsia hospitalized at San Ignacio university Hospital and other group of 5 common informants, who are nurses working in obstetrics at the same hospital, the sample that was considered was until achieve saturation of the information.

Results: the meanings of pregnant women hospitalized attributed to the experience of having preeclampsia are framed in four themes with its respective patterns: achievement or acquisition of knowledge about the effects of preeclampsia on the unborn child in pregnant women and care to consider; assessment of disease status by pregnant women from different backgrounds and new decisions in the life of the pregnant woman because of her health situation.

Recommendations: Based on the results of research performed and applied to nursing practice, protocols and care proposals in order to provide nursing care consistent with the meanings of the experience of pregnant women with preeclampsia.

Keywords: meaning, preeclampsia, pregnant, qualitative research, nursing.

Contenido

	Pág.
Resumen.....	IX
Lista de graficas.....	XIII
Lista de tablas.....	XIV
Introducción.....	1
1. Marco de referencia	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Pregunta de investigación.....	13
1.3 Justificación	13
1.4 Objetivo	16
1.5 Definición de conceptos.....	16
1.5.1 Significado de la experiencia	16
1.5.2 Gestante hospitalizada con preeclampsia	16
2. Marco Conceptual.....	19
2.1 Significados en experiencias de salud y enfermedad.....	19
2.1.1 Significado cultural desde la antropología.....	19
2.1.2 Significado cultural desde la enfermería.....	19
2.1.3 Experiencias de salud enfermedad	25
2.2 Preeclampsia.....	28
3. Marco de diseño	33
3.1 Tipo de estudio	33
3.2 Muestra	33
3.3 Descripción del contexto.....	35
3.4 Técnicas de recolección de información	37
3.5 Procedimiento.....	39
3.6 Análisis de información.....	40
3.7 Rigor metodológico de la investigación.....	43
3.8 Aspectos éticos.....	45
3.8.1 Consentimiento informado	47

4. Análisis y resultados de la investigación.....	49
4.1 Tema 1. Logro o adquisición de conocimientos acerca de los efectos de la preeclampsia en el hijo por nacer en las gestantes y los cuidados a tener en cuenta	50
4.1.1 Patrón 1. Adquisición de conocimientos sobre los efectos de la preeclampsia en el hijo por nacer	53
4.1.2 Patrón 2. Adquisición de conocimientos sobre los efectos de la preeclampsia en las gestantes	57
4.1.3 Patrón 3. Adquisición de conocimientos sobre los cuidados a tener en cuenta por parte de las gestantes	58
4.2 Repercusiones de la preeclampsia vividas por las gestantes	73
4.2.1 Patrón 1. Reacción materna	74
4.2.2 Patrón 2. Repercusiones emocionales.....	79
4.2.3 Patrón 3. Repercusiones familiares	88
4.2.4 Patrón 4. Repercusiones económicas.....	91
4.3 Valoración de la situación de enfermedad realizada por las gestantes desde diferentes contextos.....	95
4.3.1 Patrón 1. Valoración que hacen las gestantes de sí mismas	95
4.3.2 Patrón 2. Valoración que hacen las gestantes de la atención del equipo de salud	97
4.3.3 Patrón 3. Valoración que hacen las gestantes de la preeclampsia	105
4.3.4 Patrón 4. Valoración que hacen las gestantes de la hospitalización ..	107
4.4 Tema 4. Nuevas decisiones en la vida de las gestantes a causa de su situación de enfermedad.....	108
4.4.1 Patrón 1. Decisiones relacionadas con la utilización del tiempo.....	109
4.4.2 Patrón 2. Decisiones relacionadas con cambios en el modo de vida..	111
4.4.3 Patrón 3. Decisiones relacionadas con la creencia religiosa.....	112
5. Conclusiones y recomendaciones.....	117
5.1 Conclusiones	117
5.1 Recomendaciones	118
A. Anexo: Consentimiento informado informantes clave.....	121
B. Anexo: Consentimiento informantes generales.....	125
Bibliografía.....	129

Lista de gráficas

	Pág.
Gráfica 4-1: Significado que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia	49
Gráfica 4-2: Logro o adquisición de conocimientos acerca de efectos de la reeclampsia en el hijo por nacer, en las gestantes y los cuidados a tener en cuenta	50
Gráfica 4-3: Repercusiones de la preeclampsia vividas por las gestantes	73
Gráfica 4-4: Valoración de la situación de enfermedad realizada por las gestantes desde diferentes contextos.....	95
Gráfica 4-5: Nuevas decisiones en la vida de las gestantes a causa de su situación de enfermedad	108

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 2-1: Clasificación de los trastornos hipertensivos.	29
Tabla 3-1: Fases análisis de etnoenfermería o datos cualitativos.....	41
Tabla 3-2: Matriz organización de la información	43
Tabla 3-3: Matriz organización de la información	43

Introducción

A pesar del desarrollo investigativo, los trastornos hipertensivos siguen constituyendo una de las complicaciones más comunes 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 en la salud de su hijo por nacer y repercusiones a nivel familiar y social.

Teniendo en cuenta la problemática que genera esta enfermedad, en la salud materno perinatal, se han desarrollado estudios e investigaciones con enfoque biomédico, con abordajes cuantitativos de orden descriptivo, con el fin de conocer la incidencia, prevalencia, morbilidad, mortalidad, factores de riesgo, signos y síntomas, tratamiento y complicaciones, pero hasta el momento son pocos los estudios que abordan las dimensiones: social, psicológica, y espiritual de la gestante con diagnóstico de preeclampsia, y menos aún, los que a través de abordajes cualitativos se han orientado a descubrir las prácticas de cuidado, las percepciones y los significados de esta enfermedad para la mujer que la padece y su familia, y como consecuencia de ello tampoco se encuentran propuestas de cuidado de enfermería que desde una visión holística aborden la mujer gestante con preeclampsia en las diferentes dimensiones que comprometen su estado de salud.

Por lo anterior, es necesario que el profesional de enfermería conozca los significados que las gestantes le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia, con la finalidad de abordar integralmente a la mujer para obtener conocimiento multidimensional de este fenómeno, en donde se tenga en cuenta a la gestante como un ser humano holístico y su ambiente como un factor influyente en la salud y en el cuidado.

Los hallazgos en esta investigación proporcionan herramientas para que las enfermeras puedan cumplir con los requerimientos del cuidado y de las demandas sociales de la profesión, asumiendo la importancia que se debe dar a elementos conceptuales como el significado, el cual forma parte de la práctica y la asistencia del cuidado de enfermería.

1. Marco de referencia

1.1 Planteamiento del problema

A pesar del desarrollo investigativo, los trastornos hipertensivos siguen constituyendo una de las complicaciones más comunes de la gestación tanto en países en vía de desarrollo como desarrollados, son la principal causa de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. En Colombia la mortalidad materna por cuenta de la preeclampsia en el 2006 varió según la base poblacional analizada: 23.8% para toda la población del país y 50% cuando la base son las instituciones de tercer nivel¹.

En Colombia, según estadísticas oficiales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE, para el año 2007 la preeclampsia fue la tercera causa de muerte materna, seguida por la eclampsia².

La preeclampsia es un trastorno multisistémico de etiología desconocida que afecta principalmente a mujeres primigestantes en los extremos de la vida reproductiva, gestantes con antecedentes personales o familiares de preeclampsia - eclampsia e hipertensión, mujeres con embarazo múltiple, mujeres con factores biopsicosociales y pacientes con enfermedades asociadas como diabetes, obesidad, embarazo molar y lupus sistémico, entre otras.

La preeclampsia es un síndrome específico del embarazo secundario a una reducción de la perfusión de órganos múltiples que a su vez es resultado del vasoespasmo y a la activación de la cascada de la coagulación, que ocurre después de la semana 20 de la gestación o puede ocurrir más tempranamente en enfermedad trofoblástica como mola

1 DÍAZ MARTÍNEZ, Luis Alfonso. SERRANO DÍAZ, Norma Cecilia. Oportunidades de investigación en preeclampsia, desde la perspectiva de prevención primaria. En: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 59, N° 3., 2008. Páginas consultadas: 207.

2 DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Bogotá, Colombia. En línea. Última actualización: Mayo 05 de 2010. Disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category§ionid=16&id=535&Itemid=1035

hidatiforme. La hipertensión arterial, la proteinuria y el edema conforman el cuadro clásico.

El compromiso multisistémico en la gestante causado por la preeclampsia, genera complicaciones como insuficiencia renal, coagulopatía, edema agudo de pulmón, convulsiones, síndrome de Hellp (hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia), entre otras; además, del daño de la unidad coriodecidual que ocasiona graves complicaciones en el feto: restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), sufrimiento fetal agudo (SFA), prematurez y muerte fetal³.

Teniendo en cuenta la problemática que genera esta enfermedad, en la salud materno perinatal, se han desarrollado estudios e investigaciones con enfoque biomédico, con abordajes cuantitativos de orden descriptivo, con el fin de conocer la incidencia, prevalencia, morbilidad, mortalidad, factores de riesgo, signos y síntomas, tratamiento y complicaciones. Los resultados de estas investigaciones han orientado la mejora de las condiciones de salud y pronóstico de la mujer gestante y su hijo recién nacido. La gravedad de las complicaciones se ha reducido, en la medida que se detecta precozmente y se realizan las intervenciones necesarias para mejorar los resultados^{4, 5, 6}.

En Colombia en el año 2007⁷ se crea la guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo, con el fin de diagnosticar y controlar oportunamente las complicaciones hipertensivas, orientar el tratamiento adecuado y referir al nivel de

3 GÓMEZ JIMÉNEZ, Jorge. Disfunción hepática en preeclampsia: asociación con niveles elevados de Gamaglutamiltransferasa. Bogotá. En: Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 53, N° 2., 2002. Páginas consultadas: 172 – 173.

4 PINEDO, Adolfo. ORDERIQUE, Luis. Complicaciones maternoperinatales de la preeclampsia – eclampsia. En: SISBIB. Vol. 47, No 1., 2001. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/ginecologia/vol_47n1/complicaciones_mater.htm

5 REDONDO, Ciro. LEGON, Justo. Dosis bajas de aspirina en preeclampsia leve. En: Revista Cubana de Obstetricia y ginecología. Vol. 23, N° 1., 1997. Consultado Agosto de 2010. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol23_1_97/gin08197.htm

6 HERNÁNDEZ, José. ESTRADA, Ariel. BRITO, Benjamín. VILA, Salvador. JUÁREZ, Salvador. Comparación del pronóstico y evolución de la preeclampsia severa/eclampsia: Revisión de protocolos de tratamiento en dos instituciones mexicanas de tercer nivel. En: Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Vol. XXI, N° 4., 2007. Páginas consultadas: 170 – 178.

7 MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas con el embarazo. Consultado: septiembre 2 de 2010. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIAS%20DE%20ATENCIÓN%20-TOMO%20DOS.pdf>

mayor complejidad cuando así se requiera, para salvar la vida de la madre y su hijo. La guía contempla la epidemiología y definición de la enfermedad, factores de riesgo, factores protectores y las características de la atención (atención prenatal básica y manejo hospitalario preeclampsia/eclampsia).

En este mismo sentido, para el manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo y la preeclampsia en el Hospital Universitario San Ignacio existe la guía de práctica clínica (2009)⁸ desde la perspectiva médica, elaborada con el propósito de definir las estrategias diagnósticas y terapéuticas tendientes a proveer el mejor manejo posible en los pacientes. La guía señala la definición de la patología, prevalencia, etiología y factores de riesgo, cuadro clínico, criterios diagnósticos, complicaciones, exámenes paraclínicos y plan de manejo. Para la elaboración de las guías tuvieron como punto de partida algunas investigaciones que estudiaron la enfermedad a partir del enfoque biomédico, situación que es relevante para brindar atención médica acorde con la evidencia científica. Sin embargo, estas guías requieren ser complementadas con el aporte para el cuidado de enfermería donde se tenga en cuenta el significado que le asignan las pacientes con preeclampsia a este evento y cuáles son sus experiencias y necesidades de cuidado.

Desde el punto de vista del profesional de Enfermería, atender a las personas, familias o comunidades bajo esta óptica, implica formular un plan de cuidado culturalmente congruente y competente, es decir, tener la capacidad de sentir al otro, reconociendo la subjetividad del ser humano⁹.

En la bibliografía revisada hasta el momento son pocos los estudios que abordan las dimensiones social, psicológica, y espiritual de la gestante con diagnóstico de preeclampsia, y menos aun los que a través de abordajes cualitativos se han orientado a descubrir las

8 SILVA, Luis. MARTÍNEZ, Rodolfo. ROJAS Diego. YÁÑEZ, Julián. PLAZAS, Andrea. Guía de práctica clínica trastornos hipertensivos del embarazo. Hospital Universitario San Ignacio. 2009. Páginas consultadas: 1-6.

9 IBARRA MENDOZA, Teresa Ximena. GONZÁLEZ, José Siles. Competencia Cultural: Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. En: Index de Enfermería. Vol. 15, No 55., 2006. Páginas consultadas: 44-48. Consultado Septiembre 2 de 2010. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300010&lng=es. doi: 10.4321/S1132-12962006000300010.

prácticas de cuidado, las percepciones y los significados de esta enfermedad para la mujer que la padece y su familia. Como consecuencia de esto tampoco se encuentran propuestas de cuidado de enfermería que desde una visión holística aborden a la mujer gestante con preeclampsia en las diferentes dimensiones que comprometen su estado de salud.

Al respecto, el estudio de caso realizado por Suárez Soler y Puertas de García (2008), sobre “vivencias de la mujer embarazada con hipertensión arterial” muestra que la informante no hace referencia a las dificultades de 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 complicación del mismo¹⁰.

El estudio realizado por la enfermera Margarita Pérez y otras (2005)¹¹, en un grupo de ocho mujeres gestantes con diagnóstico de preeclampsia leve manejadas ambulatoriamente, mostró que la población objeto requiere un estricto cuidado en el manejo de cuatro necesidades básicas que son las fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, y de autorrealización; en cada una de ellas las más relevantes fueron: toma de tensión arterial, tranquilidad, afecto de su familia y más información acerca de la patología que padecen, ya que se encontró en ellas un desconocimiento con relación al tema; la realidad vista en esta investigación genera gran expectativa frente a la importancia de la participación del profesional de enfermería en el cuidado de la gestante con preeclampsia, tanto en los escenarios de cuidado ambulatorio con la prevención y diagnóstico precoz para una remisión oportuna, como en los escenarios de atención secundaria con cuidado de enfermería, basado en las necesidades específicas de este tipo de pacientes, como resultado de las diferentes investigaciones realizadas para tal fin.

10 SUÁREZ SOLER, Sebastián. PUERTAS de GARCÍA, Milagro. Vivencias de la mujer embarazada con hipertensión arterial. Estudio de caso. En: Biblioteca Las casas. Vol. 4, No 4., 2008. Consultado marzo de 2010. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0364.php>

11 PÉREZ, Margarita. PRIETO, Olga. BARRERA, Dianne y otros. Preeclampsia leve: cuidados en casa. En: Repertorio de medicina y Cirugía. Vol. 18, No 4., 2009. Páginas consultadas: 218-222. Disponible en: <http://www.fucsalud.edu.co/repertorio/pdf/vol18-04-2009/3-PREECLAMPSIA.pdf>

De la misma manera, la investigación de Vasconcelos, Pinherio y otros realizada en Brasil (2007)¹², sobre percepciones y sentimientos de mujeres gestantes y puérperas acerca de la preeclampsia, muestra que las mujeres percibían la gravedad y algunos riesgos a los cuales estaban sometidas, pero conocían poco de la preeclampsia y sus consecuencias, además se identificó poca información brindada por parte de los proveedores de la salud. Los sentimientos presentes fueron el 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 mujeres.

Por otra parte, es necesario anotar que este déficit de conocimiento no solo se presenta en las gestantes que padecen la enfermedad, sino también en el personal de enfermería que ofrece el cuidado a este grupo de pacientes; al respecto en un estudio realizado en México por Uriarte, Ontiveros y otros (2005)¹³ sobre el conocimiento de la enfermera en la atención al usuario con preeclampsia y eclampsia, se identificó que el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre la patología fue bajo, además no existía relación entre la antigüedad en el servicio y el nivel de conocimiento.

En el estudio realizado por Vinaccia y otros¹⁴, sobre conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia se encontró que las mujeres embarazadas con preeclampsia, comparadas con las embarazadas sin preeclampsia, presentaron niveles significativamente más altos ($p < 0,001$) en depresión y según la aplicación de las sub escalas del IBQ (Illness Behaviour Questionnaire - cuestionario de conductas de enfermedad): hipocondría, convicción de enfermedad, negación del problema, irritabilidad y distorsión afectiva; en el estudio no se encontraron

12 VASCONCELOS, Daniela., PINHERIO, Diana y otros. Percepciones y sentimientos de mujeres gestantes y puérperas sobre la preeclampsia. En: Revista de Salud Pública. Vol. 11, No 3., 2009. Páginas consultadas: 348.

13 GONZÁLEZ HERAS NP., BALLARDO MENDOZA, MG., DOMÍNGUEZ LUNA, IF., MAGAÑA RAMÍREZ, S., MOLINA HERAS, OA., URIARTE ONTIVEROS, S. Conocimiento de la enfermera en la atención al usuario con preeclampsia y eclampsia. En: Revista global de enfermería. Vol. 14. 2008, Páginas consultadas: 1-10. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/35861/34381>.

14 VINACCIA, Stefano., SÁNCHEZ, María, BUSTAMANTE, Eliana, CANO, Erika y TOBON, Sergio. Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia. En: International Journal of Clinical and Health Psychology. Vol. 6, No. 1., 2006. Páginas consultadas: 41-51. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33760103.pdf>

diferencias significativas en la percepción psicológica versus somática de la enfermedad ni tampoco en la inhibición afectiva. Los resultados sugieren que las embarazadas con preeclampsia tienen una peor conducta de enfermedad que las embarazadas sin preeclampsia.

Por otra parte, Kurki, Hilesmoa, Roitosolo, Mahila y Likorkola (2000), citado por Vinaccia y otros, investigaron algunos factores de riesgo psicosocial en 623 mujeres caucásicas durante el primer trimestre del embarazo sin sintomatología de preeclampsia y hallaron que el riesgo de desarrollar esta complicación aumentaba el 2,5% en aquellas mujeres con depresión y el 3,2% en mujeres con ansiedad. Si la depresión se sumaba a una vaginitis bacteriana, el riesgo de desarrollar la preeclampsia aumentaba el 5,3%. Estos investigadores plantean que no está claro cómo la depresión y la ansiedad podrían provocar preeclampsia. Proponen como hipótesis que durante el afrontamiento de un evento estresante hay secreción de hormonas vasoactivas y otros transmisores neuro-endocrinos, los cuales podrían aumentar el riesgo de hipertensión en las mujeres embarazadas.

Teniendo en cuenta que son múltiples los aspectos psicoafectivos y comportamentales que se pueden asociar a un embarazo de alto riesgo, el Dr. Flórez Alarcón (1999) creó un inventario para evaluar el estrés prenatal en pacientes con preeclampsia; el inventario tiene una confiabilidad de 0.70., incluye tres categorías de eventos estresores inherentes al embarazo mismo, y cuatro inherentes a hechos externos al embarazo. Dentro de las primeras se ubican las amenazas al propio estado físico de las madres, las amenazas al bebé, y las amenazas asociadas al parto. Dentro de las segundas se ubican otras amenazas a la salud diferentes a la preeclampsia, tales como las preocupaciones por la situación laboral, las preocupaciones por la situación económica, y las preocupaciones por la situación familiar o de pareja. La aplicación del inventario mostró en las pacientes con preeclampsia presencia de estresores propios del embarazo normal y de estresores específicos relacionados con el alto riesgo obstétrico¹⁵.

15 FLÓREZ ALARCÓN, Luis. Evaluación del estrés prenatal en mujeres con preeclampsia. En: Avances en Psicología Clínica Latinoamericana Vol. 17. 1999. Páginas consultadas: 107-126.

En relación con el tema, Herrera, Alvarado y Restrepo citados por Herrera Julián (2002), señalan que las pacientes primigrávidas y las de bajo nivel socioeconómico cuando presentan simultáneamente estrés psicosocial aumenta en ellas seis veces el riesgo de desarrollar la enfermedad, posiblemente por una menor respuesta de inmunidad celular mediada por el estrés¹⁶.

Del mismo modo el entorno psicosocial ha mostrado influencia en las gestantes que desarrollan preeclampsia, existen datos que demuestran la mayor frecuencia de toxemias en mujeres que trabajan durante el embarazo, lo que se relaciona con la autonomía que tienen para tomar decisiones, el número de horas trabajadas y la percepción de estrés laboral. Es posible que el proceso subyacente más importante de las condiciones del entorno laboral se relacione con inadecuada adaptación a las circunstancias del entorno psicosocial¹⁷.

Teniendo en cuenta la revisión y análisis de las investigaciones sobre este tema es necesario que el profesional de enfermería conozca los significados que las gestantes le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia, con la finalidad de abordar integralmente a la mujer para obtener conocimiento multidimensional del fenómeno a estudiar, en el que se tenga en cuenta a la gestante como un ser humano holístico y su ambiente como un factor influyente en la salud y en el cuidado. De acuerdo con Leininger el contexto ambiental incluye: “múltiples factores como las dimensiones física, ecológica, espiritual, sociopolítica, de parentesco, y tecnológica, que influyen el cuidado cultural, la salud y el bienestar¹⁸.

Para brindar cuidado de enfermería se requiere interactuar y conocer al otro; al respecto Muñoz de Rodríguez y Vásquez en el artículo Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger (2007), muestran que comprender el cuidado desde la perspectiva de

16 HERRERA, Julián. Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. En: Colombia médica. Vol. 33, No 1., 2002. Páginas consultadas: 21-25.

17 SALVADOR MOYSÉN, Jaime. La dimensión biopsicosocial de la preeclampsia: un abordaje conceptual-empírico. En: Revista de Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 77, No 5., 2009. Páginas consultadas: 231-217.

18 LEININGER, Madeleine. MCFARLAND, Marilyn. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. Jones And Bartlett Publishers, Sudbury Massachusetts. 2nd, ed. 2006. Páginas consultadas: 1 – 82.

Leininger implica aprender de las personas sus formas de vida, sus contextos, sus sentimientos, sus preocupaciones, sus creencias, prácticas y valores, con el fin primordial de ofrecer un cuidado coherente con la cultura¹⁹; y es así como Leininger describe la meta de la enfermera: “la meta final de una enfermera y humanista profesional es descubrir, conocer, y usar creativamente el conocimiento sobre el cuidado basado en la cultura con sus significados, expresiones, símbolos y funciones para sanar, y para promover o mantener el bienestar (o la salud) en personas de diversas culturas en el mundo²⁰”

Del mismo modo, el Grupo de Cuidado Materno Perinatal de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, concibe el cuidado de enfermería en el área, como la interacción que se ejerce, durante los procesos de apoyo, entre enfermera (o), gestantes y sus hijos por nacer, durante la gestación y el proceso del parto; entre puérperas, recién nacidos y sus familias, en situaciones de normalidad y de enfermedad, con aplicación de conocimientos fundamentados especialmente, desde la enfermería, haciendo énfasis en lo biomédico, psicosocial, espiritual y ético²¹, este concepto nos lleva a reconocer que el cuidado que se brinde a la mujer gestante con diagnóstico de preeclampsia implica un abordaje holístico, en el que además de tener pleno conocimiento de los elementos fisiopatológicos y de tratamiento que comprende la enfermedad, se incluya el conocimiento de los significados, las experiencias, vivencias y necesidades de cuidado de la mujer gestante que se encuentra en situación de enfermedad.

Al respecto Watson J, enuncia que “el cuidado es la esencia de Enfermería, estos debieran estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la

19 MUÑOZ DE RODRÍGUEZ, Lucy. VÁSQUEZ, Marta Lucía. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. En: Colombia Médica. Vol. 38, No 4., 2007. Páginas consultadas: 104.

20 LEININGER, Op. Cit. p.43.

21 MUÑOZ DE RODRÍGUEZ, Lucy. El Cuidado materno perinatal desde la enfermería transcultural. En: CONFERENCIA PRESENTADA EN LA I JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL. Medellín 28 y 29 de Abril de 2006.

enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar al otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración”²².

Como afirma Parrado²³, la enfermera en el proceso de dar cuidado, debe trascender de la noción exclusivamente lingüística del significado hacia el rescate de la unidad del ser, considerando el lenguaje como un elemento necesario, pero no exclusivo, para comprender e interpretar en las narrativas la experiencia y los significados que se atribuyen.

Caballero y Medina en el artículo “Significado del cuidado de enfermería” desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Bogotá, señalan que, estudios realizados por Forrest en 1989, Ford 1990 y Chepman en 1991, resaltan la importancia de estudiar los significados que tienen para los pacientes las relaciones terapéuticas, la cooperación, la participación en el proceso de cuidar, colocando como relevante la perspectiva de los pacientes²⁴.

Teniendo en cuenta la importancia de los significados, se han realizado varias investigaciones en el área materno perinatal, pero en la bibliografía revisada solo se encontró un estudio sobre el significado de la experiencia de una gestación con preeclampsia. Entre los estudios realizados se pueden mencionar: significados del cuidado en el parto²⁵, significado del cuidado de sí y de su hijo por nacer en gestantes desplazadas²⁶, significado que tiene el cuidado de sí para las embarazadas diabéticas²⁷,

22 POBLETE TRONCOSO, Margarita, VALENZUELA SUAZO, Sandra. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. En: Acta paul. enferm. Vol. 20, No 4., 2007. Páginas consultadas: 499-503. Consultada: mayo de 2010. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000400019&lng=en. doi: 10.1590/S0103-21002007000400019.

23 PARRADO, Yaneth. “Significado, un conocimiento para la práctica de enfermería” En: Revista Avances en Enfermería. Vol. XXVI, N° 2., 2008. Páginas consultadas: 116-125.

24 DAZA DE CABALLERO, Rosita. MEDINA, Luz Stella. Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santafé de Bogotá, Colombia. En: revista Cultura de los cuidados. Vol. X, No 19., 2006. Páginas consultadas: 55 – 62.

25 GIRALDO, Dora. Significados del cuidado en el parto. En: Revista Avances de enfermería. Vol. XXV, N° 1., 2007. Páginas consultadas: 115 – 121.

26 BERNAL, Carmen, MUÑOZ Lucy, RUIZ Helena. Significado del cuidado de sí y de su hijo por nacer en gestantes desplazadas. En: Revista Aquichan. Vol. 8, No 1., 2008. Páginas consultadas: 7 – 115.

27 GUERRA, Carmen. VÁSQUEZ, Lucía. El cuidado de sí de la embarazada diabética como una vía para asegurar un hijo sano. En: Revista Texto y contexto de enfermería. Vol. 15, N° 1., 2006. Páginas consultadas: 74-81.

el significado cultural de control prenatal en la gestante inasistente y sus prácticas de cuidado²⁸, y significado de cuidado de sí y de su hijo por nacer en un grupo de gestantes de la localidad de Engativá²⁹, entre otros. Las investigaciones señaladas anteriormente han sido desarrolladas con un abordaje cualitativo y han permitido conocer los significados de la mujer gestante en situación de enfermedad y normalidad, aportando de esta forma al cuerpo de conocimientos de la disciplina profesional.

En cuanto al significado de la experiencia de una gestación con preeclampsia, Belia Pérez (2011)³⁰ realizó una investigación cualitativa, descriptiva e interpretativa que permitió describir el significado que púerperas, en etapa mediata y tardía del postparto, le asignan a la experiencia de una gestación con preeclampsia, concluyendo que para las púerperas en una gestación con preeclampsia todo parece normal, confían en estar sanas; por ello reaccionan ante el diagnóstico con temor al riesgo de morir ella y su hijo, con sentimientos perturbadores que, generalmente, son ignorados por los proveedores de la salud; aun cuando su cuerpo revela la enfermedad. Además, el desconocimiento de los signos y síntomas de alarma las conduce a prácticas de cuidado paliativas alejadas del tratamiento médico y del cuidado de enfermería; así mismo, con “el padecimiento” fortalecen su fe y mantienen el optimismo para la recuperación de ella y su hijo.

Por lo anterior fue necesario conocer los significados que las gestantes hospitalizadas en el Hospital Universitario San Ignacio le atribuían la experiencia de tener preeclampsia, ya que, el tener este conocimiento permite identificar sus necesidades de cuidado y lleva a brindar cuidado de enfermería culturalmente congruente.

28 MUÑOZ, Sandra. El Significado cultural del control prenatal en la gestante inasistente y sus prácticas de auto cuidado. Disponible en: <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/junio/EL%20SIGNIFICADO%20CULTURAL%20DEL%20CONTROL%20PRENATAL.pdf>

29 HERNÁNDEZ, Luz Mery. La gestación: proceso de preparación de la mujer para el nacimiento de su hijo. En: Revista Avances en enfermería. Vol. XXV, N°1., 2008. Páginas consultadas: 97 -102.

30 PÉREZ HERRERA, Belia Luisa. Significado que las púerperas asignan a la experiencia de una gestación con preeclampsia. Tesis de Maestría. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, 2011. 76 p. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/5415/> Consultado: marzo 30 de 2012.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cómo son los significados que un grupo de gestantes hospitalizadas en el Hospital Universitario San Ignacio le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia?

1.3 Justificación

Teniendo en cuenta las estadísticas de la situación de salud materna, tanto a nivel nacional como internacional, la preeclampsia representa un problema de salud pública en la medida que constituye una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, causando alteraciones en la salud, no solamente en la mujer que padece la enfermedad, sino también en el hijo por nacer^{31, 32}.

En la práctica asistencial el profesional de enfermería se ve enfrentado a situaciones en las que las experiencias de salud y de enfermedad de las personas requieren de comprensión e interpretación, para determinar las necesidades de cuidado y es aquí donde los significados de las experiencias en salud y en enfermedad toman relevancia e importancia durante la práctica y el ejercicio profesional, para ofrecer un cuidado culturalmente congruente.

En este sentido Leininger en su libro *Universalidad y Diversidad del cuidado cultural* (2006)³³, se refiere al cuidado culturalmente congruente como: conocimiento, actos y decisiones de cuidado culturalmente basadas usadas en formas sensibles y reconocibles para ajustar apropiada y significativamente los valores, creencias y estilos de vida de los pacientes para su salud y bienestar, o para prevenir enfermedad, discapacidades o muerte.

31 AMARÁN, Jorge. SOSA Mariela. PÉREZ, Migdia. ARIAS, Dagmaris. VALVERDE, Ivis. Principales características de la preeclampsia grave en gestantes ingresadas en un hospital de Zimbabwe. En: *Revistas médicas Cubanas*. Vol. 13, No 3., 2009. Consultado: agosto 27 de 2010. Disponible: [//www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_3_09/san01309.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_3_09/san01309.pdf).

32 Díaz, Op. Cit., p. 207.

33 LEININGER, Op. Cit., p. 1-82.

Es así como Ibarra y Noreña (2009)³⁴, definen que el cuidado enfermero desde la perspectiva cultural consiste entonces en comprender a los otros desde su propio mundo, movilizándolo para ello los intereses profesionales en pos del conocimiento y comprensión de los estilos de vida de cada paciente, a fin de descubrir el significado atribuido a las experiencias de salud, en consecuencia, el cuidado cultural provisto por la enfermería debe valorar, aceptar y adaptar el conocimiento histórico, cultural y contextual de cada individuo, de manera tal que éste respete, aprecie y considere la identidad personal.

El significado de las experiencias de los seres humanos, en salud, enfermedad y muerte, como conocimiento fundamental para el cuidado de enfermería, debe ser estudiado y analizado desde la propia disciplina, no solamente en ámbitos comunitarios sino además en ámbitos hospitalarios, por tal razón fue necesario conocer los significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia, ya que la investigación permite a la enfermería integrar un cúmulo de conocimientos valiosos y además, brindar cuidados coherentes y benéficos a este grupo poblacional.

Conocer los significados de las gestantes que vivencian la patología, permite acercarnos a fundamentos teóricos que desde las personas involucradas, en este caso las gestantes con preeclampsia, faciliten la comprensión del fenómeno y que a la vez nos permitan plantear acciones que contribuyan a un cuidado integral; además permite ofrecer conocimiento que es complementario a lo que tradicionalmente se tiene en cuenta para la atención de las personas. En el presente estudio se tuvo en cuenta únicamente pacientes con diagnóstico de preeclampsia y se excluyeron las pacientes con hipertensión crónica, ya que estas tienen experiencias previas de la enfermedad y los significados pueden ser diferentes.

Clara Valverde, en su artículo "Enfermería centrada en los significados del paciente: La importancia de la filosofía para enfermería", afirma que el hecho que el paciente pueda

34 IBARRA MENDOZA Teresa Ximena, NOREÑA PEÑA Ana Lucía. Reflexiones sobre la práctica enfermera: una aproximación teórica-vivencial desde la perspectiva de la interacción intercultural. En Revista Index de Enfermería. Vol. 18, No 2., 2009. Páginas consultadas: 116-120. Consultado: 28 de agosto de 2010. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962009000200010&lng=es.doi:10.4321/S1132-12962009000200010.

hablar de la experiencia de su enfermedad le ayudará en la importante tarea de adaptarse a los cambios que conlleva esa interrupción. Y para esto, necesita alguien que escuche sus significados con una presencia terapéutica y empática como la del profesional de enfermería³⁵.

El conocer los significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia proporciona herramientas para que las enfermeras puedan cumplir con los requerimientos del cuidado y de las demandas sociales de la profesión, asumiendo la importancia que se debe dar a elementos conceptuales como el significado, el cual forma parte de la práctica y la asistencia del cuidado de enfermería.

El presente estudio tiene una alta significancia social, ya que aporta al cumplimiento de las metas de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, específicamente en la meta orientada a la maternidad segura³⁶, además aporta al cumplimiento del quinto objetivo del milenio, el cual está orientado a mejorar la salud materna³⁷. En este sentido el conocer los significados de la preeclampsia aporta a mejorar la calidad de la atención institucional de la gestación, parto y puerperio en la paciente hospitalizada con dicha patología, contribuyendo a la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal y al bienestar de las gestantes y sus hijos por nacer.

Del mismo modo, la investigación representa significancia para el conocimiento, dado que se generan fundamentos teóricos y conocimientos científicos para el área de enfermería materno perinatal, lo cual fortalece el cuidado que brinda el profesional de enfermería en este grupo poblacional, adicionalmente aporta a la línea de investigación cuidado Materno Perinatal desde la enfermería transcultural del grupo de investigación Cuidado Materno de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, en la medida que a partir de la presente investigación exista la posibilidad de pensar en

35 VALVERDE, Clara. Enfermería centrada en los significados del paciente: La importancia de la filosofía para enfermería. En: Norte de Salud Mental. N° 28., 2007. Páginas consultadas: 8-15.

36 COLOMBIA. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Política de salud sexual y reproductiva 2003. Disponible en: http://www.unfpa.org.co/home/unfpacol/public_htmlfile/%20politicassr.pdf

37 Organización mundial de la salud. objetivos de desarrollo del milenio. Consultado Julio 25 de 2012. Disponible: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/es/index.html

una propuesta de cuidado para las gestantes con preeclampsia; además la significancia para la disciplina se ve reflejada en la cualificación de la práctica en enfermería.

En síntesis, conocer los significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia, aporta desde la investigación al cuerpo de conocimientos de la enfermería materno perinatal, y a su vez permite que la enfermera brinde cuidado coherente con las necesidades que tiene la persona que padece la enfermedad y logra que la gestante sea participe activa de su propio cuidado.

1.4 Objetivo

Describir los significados que un grupo de gestantes hospitalizadas en el Hospital Universitario San Ignacio le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia.

1.5 Definición de conceptos

1.5.1 Significados de la experiencia

Según Strauss y Quinn³⁸, los significados son “la interpretación evocada en una persona por un objeto o evento en un tiempo determinado”; según el diccionario de la lengua española³⁹ la experiencia es definida como hecho de haber sentido, conocido o presenciado alguien algo o circunstancia o acontecimiento vivido por una persona.

Para la presente investigación el significado de la experiencia es entendido como toda interpretación que tiene la mujer gestante acerca del hecho de tener preeclampsia.

1.5.2 Gestante hospitalizada con preeclampsia

Hace referencia a la mujer embarazada con diagnóstico de preeclampsia y que se encuentra hospitalizada.

38 STRAUSS Claudia y QUINN Naomi. A Cognitive Theory of Cultural Meaning. Cambridge: Cambridge University Press, 1997. Páginas consultadas: 6.

39 Diccionario real academia de la lengua española. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=experiencia>

Para esta investigación se tuvo en cuenta mujeres con diagnóstico de preeclampsia, que tuvieran más de 20 semanas de gestación hasta el posparto y que en la primera entrevista estuvieran hospitalizadas.

2. Marco Conceptual

2.1 Significado en experiencias de salud y enfermedad

“La meta final de una enfermera y humanista profesional es descubrir, conocer, y usar creativamente el conocimiento sobre el cuidado basado en la cultura con sus significados, expresiones, símbolos y funciones para sanar, y para promover o mantener el bienestar (o la salud) en personas de diversas culturas en el mundo”

- Leininger

Los significados han sido abordados desde diferentes disciplinas y han tenido connotaciones importantes desde la cultura, estudiados desde la antropología para comprender su origen, desarrollo y permanencia en los individuos y grupos. De la misma manera la disciplina de enfermería se ha preocupado por su estudio al considerar que conocer desde las diferentes culturas los significados en las experiencias de salud enfermedad y muerte, que los seres humanos viven, es fundamental para ofrecer un cuidado de enfermería acorde con las necesidades de las personas. Por tal motivo este concepto cultural es revisado desde la antropología y desde la enfermería como el significado cultural.

2.1.1 Significado cultural desde la Antropología

Strauss y Quinn (1997) se refieren al concepto de significado cultural (1997)⁴⁰, y plantean que los significados culturales no son abstracciones platónicas sino que pertenecen a la gente que comparte circunstancias de vida determinadas en lugares y tiempos dados. Centran su atención en los procesos sociales de transmisión, aprendizaje y uso de los significados culturales en la vida práctica; presentan el desarrollo de una estructura

40 STRAUSS, Op. cit., 89-110.

unificada sobre las tendencias centrípetas (durabilidad en lo individual, fuerza motivacional, durabilidad histórica, tematicidad y compartición) y su relación paralela y de tensión con las fuerzas centrífugas, definidas en oposición con aquellas, es decir todo lo contrario. La recuperación de ambas tendencias responde a la intención de las autoras de dar cuenta de un mundo complejo, en el cual algunas clases de creencias, instituciones y prácticas culturales son durables y otras fugaces; unas están impregnadas de una gran fuerza psicológica, y otras no; algunas se repiten en muchos contextos, mientras que otras están en contextos específicos; unas son ampliamente compartidas y otras son compartidas por poca gente.

En cuanto a la durabilidad en lo individual, Strauss y Quinn (1997) indican que algunas creencias, valores y comprensiones culturales que la gente tiene permanecen con ella durante largo tiempo, a veces todas sus vidas. Parte de la razón por la que las comprensiones culturales son durables en lo individual es que ellas descansan en conexiones neurales que no son fácilmente desechas; otra parte de la explicación de la estabilidad de los esquemas es que ellos tienden a ser auto-reforzados; su explicación desde el conexionismo señala que una vez que una red de unidades fuertemente interconectadas ha sido creada, se llena con información ambigua o perdida por la activación de todas las unidades en una red interconectada, aún cuando éstas no estén directamente estimuladas por la experiencia actual. Una razón adicional de la durabilidad de algunos esquemas es que la excitación emocional durante o inmediatamente después de una experiencia refuerza las conexiones neurales que resultan de esa experiencia.

La enseñanza tiene un lugar fundamental en la elaboración de aprendizajes durables, pues a través de una exposición y práctica repetida en el aprendiz consigue que las redes de las conexiones sean gradualmente establecidas y fortalecidas.

En cuanto a tendencias centrífugas contra la durabilidad en lo individual se atribuyen a los esquemas dos características fundamentales: a) pueden originar que notemos algunas cosas y pongamos menor atención en otras; y b) reproducen expectativas aprendidas cuando nos enfrentamos con información ausente o ambigua.

Para Strauss y Quinn (1997) la fuerza motivacional permite la relación de las comprensiones y sentimientos de la gente con los esquemas culturales, de manera análoga este suceso fortalece su durabilidad. Además, consideran que la variabilidad del comportamiento de los individuos está interrelacionada con la motivación existente, de tal forma que algunos sucesos motivan más que otros.

En cuanto a las tendencias centrípetas de la fuerza motivacional, se encuentra que los estados subjetivos íntimos de los sentimientos y necesidades permiten la activación del conexionismo neural fortaleciendo el comportamiento. En las tendencias centrífugas de la fuerza motivacional, para las autoras las comprensiones culturales no siempre motivan a la gente a actuar, posiblemente por las metas de esquemas diferentes en conflicto; y algunas veces, los esquemas son aprendidos por las personas pero carecen de motivación para adherirse a ellos.

2.1.2 Significado cultural desde Enfermería

Desde el cuidado de enfermería, los significados han sido abordados por la Teoría de la Universalidad y Diversidad del Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, en donde los hallazgos de la teoría comúnmente proveen ricas ideas prácticas, y también datos para explicar los significados y las prácticas. Datos simbólicos y abstractos podrían ser descubiertos en una cultura y ser estudiados para encontrar los significados del cuidado⁴¹.

Desde los inicios de la teoría, el cuidado cultural era visto como un constructo teórico poderoso esencial para la salud humana, el bienestar y la supervivencia. El conocimiento de los valores culturales específicos, creencias y estilos de vida de los seres humanos dentro de sus experiencias de vida era importante para abrir una fuente de nuevo conocimiento para la Enfermería y las prácticas en salud⁴².

41 LEININGER, Op. cit., p. 24.

42 *Ibíd.*, p. 4.

En este sentido, Leininger orienta el propósito de la teoría a "describir, documentar, conocer y explicar la interdependencia del cuidado y el fenómeno de la cultura, con las diferencias y las similitudes entre las culturas y dentro de ellas"⁴³, lo cual orienta el cuidado de la enfermera y le permite estar en la capacidad de brindar cuidado coherente con la cultura y con las necesidades del ser, para ello es fundamental tener en cuenta que las necesidades del ser humano, en parte, provienen de obtener el conocimiento sobre los significados de sus experiencias en salud y enfermedad.

Para Leininger el término cultura hace referencia a los valores, creencias, normas, modos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos en un grupo específico de personas, que guían los pensamientos, decisiones y acciones de un modo sistematizado⁴⁴.

Es así como, desde los inicios de la teoría la meta ha sido utilizar los hallazgos de investigación del cuidado cultural para proveer cuidado específico o general que pueda ser culturalmente congruente, seguro y benéfico para personas de culturas similares o diferentes para su salud, bienestar, y curación, y ayudar a las personas a enfrentar discapacidades y la muerte⁴⁵. El conocer los significados que se le atribuyen a la experiencia de tener enfermedad permite al profesional de enfermería brindar al ser humano atención holística, en donde se conjugue el saber científico con el saber cultural, permitiendo brindar cuidado coherente a las experiencias, necesidades y demandas de la persona que vivencia la enfermedad.

Leininger define la enfermería como "una disciplina aprendida humanística y científica que está enfocada en el fenómeno del cuidado humano y las actividades para asistir, apoyar, facilitar o habilitar individuos o grupos para mantener su recuperación, su bienestar (o salud), en formas culturalmente significativas y benéficas o ayudar a la gente a enfrentar la discapacidad y la muerte"⁴⁶

A través del uso de la teoría del Cuidado Cultural, la enfermera investigadora descubre lo que constituye la salud con sus significados y símbolos, y las formas en que las culturas

43 *Ibíd.*, p. 4.

44 *Ibíd.*, p. 13.

45 *Ibíd.*, p. 15

46 *Ibíd.*, p. 7

conocen, transmiten y practican el cuidado en salud incluyendo prácticas intergeneracionales que involucran diferencias y similitudes. En este sentido Leininger, hace referencia de la Diversidad de Cuidado, cuando alude a las diferencias o variaciones entre los seres humanos con respecto a los significados, patrones, valores, estilos de vida, símbolos y otras características del cuidado cultural relacionadas con proporcionar beneficios de cuidado a los pacientes de una cultura designada y hace referencia la Universalidad del Cuidado Cultural cuando existen características compartidas o similares del fenómeno del cuidado cultural de seres o grupos humanos con significados, patrones, valores, estilos de vida o símbolos recurrentes que sirven como guía para los cuidadores para proporcionar asistencia, apoyo, facilitación o facilitar el cuidado de la gente para resultados saludables⁴⁷.

Leininger, plantea que para conocer las expresiones de cuidado significados y patrones de vida, grupos y familias, el contexto ambiental da pistas sobre éstos. Establece que el contexto ambiental incluye múltiples factores tales como las dimensiones física, ecológica, espiritual, sociopolítica, de parentesco, y tecnológica que influyen el cuidado cultural, la salud y el bienestar. El conocimiento holístico del contexto cultural brinda diferentes ambientes como condiciones de cuidado para uno mismo u otros viviendo en formas culturalmente específicas⁴⁸.

Leininger utilizó los criterios cualitativos del significado-en-contexto en todo el campo de investigación, enfatizando en la importancia de describir y detallar los diferentes factores que inciden en los significados de cuidado humano, salud o bienestar de las culturas⁴⁹.

Leininger utiliza para describir e ilustrar los principales componentes de la teoría de los cuidados culturales, el llamado modelo del sol naciente. Éste orienta a las enfermeras hacia las influencias que sufren los cuidados, y describe cómo los componentes de la teoría influyen en la salud y los cuidados de los individuos en distintas culturas. Se centra en la visión del mundo desde los cuidados culturales, un mundo en el que las dimensiones de las estructuras sociales y culturales están muy diferenciadas. Un mundo

47 *Ibíd.*, p. 16

48 *Ibíd.*, p. 10

49 *Ibíd.*, p. 58

en cuyo corazón se sitúa la salud (el bienestar) continuamente influenciado por las prácticas, pautas y expresiones de los cuidados, estos a su vez en constante relación de interdependencia con factores educativos, económicos, sociales, filosóficos, tecnológicos, modos de vida, etc.⁵⁰.

La Teoría del cuidado Cultural con el modelo del sol naciente puede servir como una excelente guía para obtener una visión holística del individuo, familia o grupo, y para las evaluaciones institucionales⁵¹, motivo por el cual debe ser usado en la práctica, docencia e investigación en enfermería.

El modelo del sol naciente es valioso para guiar a los enfermeros, proporcionando un acercamiento verdaderamente holístico para poder conocer y entender a los clientes; ofrece una completa evaluación sobre la salud del cliente y sus necesidades de cuidado⁵². Este modelo contempla factores de la estructura social que incluyen: a) factores tecnológicos, b) factores religiosos y filosóficos, c) familia y factores sociales; d) valores culturales y modos de vida, contexto y medio ambiente, y lenguaje y etnohistoria, e) factores políticos y legales, f) factores económicos y g) factores educacionales; los cuales sirven como guía para conocer los significados de la experiencia e ir más allá de los factores biomédicos y físicos que pueden influir en el cuidado y la salud de la persona.

El conocer los significados que se le atribuyen a la experiencia de padecer o tener una enfermedad favorece la atención integral y holística al ser humano, en donde el sujeto de cuidado es partícipe y promotor de su propio cuidado; además permite al profesional de enfermería brindar cuidado de enfermería congruente con las necesidades y requerimientos de quien es cuidado.

50 LENO GONZÁLEZ, Daniel. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. Revista Gazeta de Antropología. Artículo 32, N° 22 .2006. Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.pdf

51 LEININGER MADELEINE. Transcultural Nursing Concepts, Theories, Research & Practices. Chapter 4 Culture Care Assessment to Guide Nursing Practices. Second Edition. McGraw-Hill, Inc. College Custom Series. New York. 1.995 pp 115-143.

52 Ibíd., p. 115-143.

2.1.3 Experiencias de salud y enfermedad

Las experiencias de salud enfermedad son un fenómeno propio de enfermería, diversos autores han reflexionado, investigado y explorado alrededor del tema, como lo es el caso de Muñoz y Vásquez, quienes a partir del estudio de la teoría de Leininger, la investigación y la reflexión, describen que los significados de salud, enfermedad y muerte varían según la experiencia de vida del ser humano; para acercarse a descubrir esa manera particular como las personas en cada una de sus culturas se cuidan, es preciso situarse en el esquema comprensivo que considera a las personas como expertas que conocen sus propias formas de cuidarse y por tanto la interpretación de su experiencia puede ayudar a los profesionales de enfermería, a descubrir su mundo social constituido por significados simbólicos observables en los actos, interacciones y lenguaje de los seres humanos. Con ese enfoque, la realidad es subjetiva y múltiple y puede verse desde diferentes perspectivas; los significados también son múltiples y se derivan de las percepciones, experiencias y acciones en relación con los contextos sociales y culturales⁵³.

Al respecto Ibarra y Noreña (2009)⁵⁴, señalan que el cuidado integral de la salud así como la comprensión y significado otorgado a la enfermedad, son representaciones eminentemente de orden cultural, esto significa que la percepción de cada individuo respecto de los procesos relacionados con la atención sanitaria, tiene sus variaciones y condiciones, determinadas según sea su arraigo cultural y su contexto personal.

En este sentido, Beltrán (2007)⁵⁵, a partir de la investigación define que los significados que dan las personas a cada una de las experiencias de enfermedad son únicos y propios; algunos de los factores de los cuales depende de la asignación de significados pueden ser personales, familiares, sociales, culturales y religiosos.

53 MUÑOZ (2007), Op. Cit., p. 104.

54 IBARRA, MENDOZA. Reflexiones sobre la práctica enfermera: una aproximación teórica-vivencial desde la perspectiva de la interacción intercultural Op. Cit., p.116-120.

55 BELTRÁN SALAZAR, Oscar. Significado de la experiencia de estar críticamente enfermo y hospitalizado en UCI. Tesis de maestría. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería; 2007. 101 p.

De igual forma, Laza y Cárdenas (2008)⁵⁶, a partir de la reflexión establecen que la cultura de un pueblo determina el significado y visión de la vida, la salud, la enfermedad, la muerte y las prácticas de cuidado, además, plantean que la cultura permea todas las esferas de la vida y está íntimamente relacionada con el ambiente o contexto social, político, económico y momento histórico de la humanidad. La cultura también determina una visión particular del mundo para cada grupo o colectivo humano que, aunque diferente de la científica, se cimienta en una base filosófica estructurada y lógica que explica muchas de las concepciones, significados, valores y creencias de un pueblo. La cultura determina también la forma como las personas en cada sociedad definen lo que es salud, enfermedad, vida, muerte; además de la necesidad de buscar atención y decidir a quién solicitarla⁵⁷.

El significado de enfermedad, es un tema que se debe abordar desde enfermería, ya que como afirma Álvarez (2008), el que el paciente pueda hablar de la experiencia de su enfermedad le ayudará en la importante tarea de convivir con los cambios que conlleva esa interrupción. Y para esto necesita a un profesional que escuche sus significados con una presencia terapéutica y empática, tal y como se hace desde enfermería centrada en los significados del paciente⁵⁸.

Al igual que los autores citados anteriormente, Parrado, a partir de la investigación y reflexión resalta en el artículo "Significado, un conocimiento para la práctica de enfermería" (2008)⁵⁹, que uno de los desafíos para el cuidado de enfermería se centra en gran medida en poder conocer y comprender la esencia de las experiencias en los

56 LAZA VASQUEZ, Celmira. CARDENAS, Fernando José. Una mirada al cuidado en la gestación desde la enfermería transcultural. En: Revista Cubana de Enfermería. Vol. 24, No 3-4., 2008. Consultado: agosto 30 de 2010. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0864-03192008000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=es

57 FORREO, Elsy. LAZA Celmira. La enfermería transcultural: una alternativa para el cuidado de enfermería de la población en condición de desplazamiento forzado por la violencia en Colombia. En: Revista Actualizaciones de Enfermería. Vol. 9, No 2., 2006. Páginas consultadas: 14-21. Consultado: septiembre 1 de 2010. Disponible en: http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria9206-La_enfermeria1.htm.

58 ÁLVAREZ, Elena. Análisis narrativo: acercamiento a los significados de una paciente con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. En: Norte de salud mental No 31., 2008. Páginas consultadas: 87-98. Consultado: agosto 27 de 2010. Disponible en: http://www.ome-aen.org/NORTE/31/NORTE_31_130_87-98.pdf

59 PARRADO, Op.cit., p. 116

fenómenos tanto de salud como de enfermedad en la cotidianidad de los seres humanos. De igual forma reconoce que en la actualidad, enfermería no se debe apartar de la idea de la unidad del ser; en este propósito, conocer la esencia de las experiencias e identificar los significados de esta, en los fenómenos de salud y enfermedad en la cotidianidad de las personas, constituye un reto en el cuidado. Una tarea que enfrentan las enfermeras en este desafío es develar los fenómenos a la conciencia y comprender e interpretar los significados o el significado en la presencia, pensamiento, comportamiento, lenguaje, actitudes, aprendizaje, percepciones, prácticas, sentido y representaciones de la experiencia de las personas y los colectivos humanos.

Por lo anterior surge el interés desde la disciplina de conocer los significados de salud y enfermedad, a partir de las experiencias de los seres humanos que requieren cuidado de enfermería.

Señalan Ibarra y Noreña (2009)⁶⁰ en el artículo Reflexiones sobre la práctica enfermera: una aproximación teórica-vivencial desde la perspectiva de la interacción intercultural, que el cuidado enfermero desde la perspectiva cultural consiste entonces en comprender a los otros desde su propio mundo, movilizándolo para ello los intereses profesionales en pos del conocimiento y comprensión de los estilos de vida de cada paciente, a fin de descubrir el significado atribuido a las experiencias de salud, en consecuencia, el cuidado cultural provisto por la enfermería debe valorar, aceptar y adaptar el conocimiento histórico, cultural y contextual de cada individuo, de manera tal que éste respete, aprecie y considere la identidad personal.

Es así como, los profesionales de enfermería requieren un alto grado de comprensión y reflexión acerca del contexto que rodea la experiencia de enfermar debido a que cada vivencia posee factores singulares que determinan su interpretación y significado⁶¹.

El conocer los significados que se le atribuyen a la experiencia de padecer o tener una enfermedad, favorece la atención integral y holística al ser humano, en donde el sujeto de cuidado es participe y promotor de su propio cuidado, además permite al profesional

60 IBARRA (2009), Op. Cit., p. 116-120.

61 Ibid., p. 116-120.

de enfermería brindar cuidado de enfermería congruente con las necesidades y requerimientos de quien es cuidado.

2.2 Preeclampsia

Los trastornos de hipertensión del embarazo han representado, históricamente, uno de los problemas clínicos y epidemiológicos más importantes relacionados con el proceso de la reproducción humana. Su importancia sigue vigente, situación que obedece, en gran medida, a la estrecha relación que guarda la enfermedad con las cifras de mortalidad materna en todo el mundo⁶².

Existen varias clasificaciones de los trastornos hipertensivos de la gestación, el grupo de la Organización Mundial de la Salud recomienda la siguiente clasificación (tabla 1), realizada por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología⁶³.

En la presente investigación se tendrán en cuenta únicamente pacientes con diagnóstico de preeclampsia (leve y grave).

La preeclampsia es una patología propia de la gestación, que se caracteriza por la presencia de hipertensión y proteinuria; es una enfermedad secundaria a una anomalía en la invasión de las arterias espirales uterinas por las células citotrofoblásticas extravelosas, asociada a alteraciones locales del tono vascular, del balance inmunológico y del estado inflamatorio, algunas veces con predisposición genética⁶⁴.

62 . WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global estimates of maternal mortality for 1995: results of an in-depth review, analysis and estimation strategy. Geneve: Reproductive Health Publications, RHR 01 9; 2001.

63 ACOG Committee on Obstetric Practice, "Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists: diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia," *Obstetrics and Gynecology*. Vol. 99, No 1., 2002. Páginas consultadas 159–167.

64 PACHECO, José. Preeclampsia / eclampsia: reto para el ginecobstetra. En: *Acta Médica Peruana*. Vol. 23, No 2., 2006. Páginas consultadas: 100-111. Consultado: 20 de octubre de 2010. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n2/v23n2a10.pdf>

Tabla 2-1: Clasificación trastornos hipertensivos de la gestación.

Clasificación	Características
Hipertensión Gestacional	Presión arterial sistólica (PAS) >140 y < 160 mm Hg y/o diastólica (PAD) >90 y <110 mm Hg en 2 tomas con un intervalo de 6 horas, después de la semana 20 de embarazo en una mujer previamente normotensa, sin proteinuria significativa, asintomática.
Preeclampsia leve	PAS > 140 y < 160 mm Hg y/o PAD > 90 y < 110 mm Hg después de la semana 20 de embarazo en una mujer previamente normotensa con proteinuria > 0.3 a 5 g en 24 horas.
Preeclampsia grave	PAS > 160 mm Hg y/o PAD > 110 mm Hg en 2 tomas con un intervalo de 6 horas después de la semana 20 de embarazo en una mujer previamente normotensa con proteinuria > 5 g en 24 y/o síntomas de vasoespasmo
Hipertensión crónica	PAS >140 mm Hg o PAD >90 mm Hg documentada previa al embarazo o antes de la semana 20, con o sin proteinuria.
Hipertensión crónica más preeclampsia sobre agregada	Hipertensión crónica con aparición de proteinuria significativa o incremento importante en proteinuria pre-existente, aumento súbito de tensión arterial, trombocitopenia o elevación de transaminasas.

Tomado de: Colegio Americano de Obstetricia y ginecología

La preeclampsia causa múltiples complicaciones en la salud materna y perinatal; la mujer que tiene la enfermedad puede presentar complicaciones como insuficiencia renal, coagulopatía, edema agudo de pulmón, convulsiones, síndrome de Hellp (hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia), entre otras; además, del daño de la unidad coriodecidual que ocasiona graves complicaciones en el feto: restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), sufrimiento fetal agudo (SFA), prematuridad y muerte fetal⁶⁵.

Adicionalmente, son múltiples los aspectos psicoafectivos y comportamentales que se pueden asociar a un embarazo de alto riesgo; en esa situación el acontecimiento más estresante suele ser el embarazo mismo, por los problemas eventuales que conlleva para la salud de la madre y del feto, así como por las consecuencias que su tratamiento conlleva para el resto de la familia debido a que la madre entra a un tratamiento que le exige total dedicación a su cuidado personal, generalmente hospitalizada, en una situación que le incapacita para atender a los demás asuntos propios de su hogar.

En la gestante con preeclampsia son varias las razones por las cuales se incrementa la ansiedad y el estrés que experimenta la madre: porque el alto riesgo lleva a una mayor medicalización de su embarazo, porque ello implica una mayor exigencia en términos de

65 GÓMEZ, Op. Cit., p. 172 – 173.

servicios de salud especializados, porque implica mayores demandas para ella misma pues incrementa su responsabilidad por el bienestar fetal, porque implica procedimientos médicos especializados que se practican con mayor frecuencia que en el embarazo normal, porque implica hospitalización, y porque puede implicar un eventual desembarazo antes de término, a través de cirugía, con todas las implicaciones propias de la cirugía (y los peligros que conlleva para la salud de la madre y del hijo⁶⁶.

Actualmente, frente a la patología se han hecho grandes avances, tanto en la comprensión de la enfermedad como en su control, desde el punto de vista etiológico, fisiológico, clínico, epidemiológico y de salud pública⁶⁷. Sin embargo, desde enfermería se ha explorado poco en relación con esta problemática de salud.

Díaz y Serrano (2008)⁶⁸, en el artículo “Oportunidades de investigación en preeclampsia”, desde la perspectiva de prevención primaria, señalan que la información disponible sobre lo que piensan y sienten las embarazadas sobre el riesgo que su gestación tiene, sobre el control prenatal, la atención recibida o el parto hospitalario, entre otros, es escasa, tienen muy poca visibilidad o es nula. Adicionalmente informan que mucho menos se ha documentado sobre aspectos específicos de la preeclampsia. Solo se encuentra un estudio en la literatura mundial “Percepción materna de los nacimientos prematuros y la experiencia de preeclampsia”, en donde se encontró que las mujeres que experimentaron preeclampsia no alcanzaron a captar durante las visitas al médico más que el mensaje atemorizante de que su embarazo estaba en problemas y que ella o su bebé podrían morir, pero no entendieron qué era la preeclampsia, cómo se manifestaba, ni que podría terminar en un parto prematuro; esto tuvo incidencia en la poca adherencia al control prenatal o a las recomendaciones hechas por el médico. Los mismos autores señalan que esto es relevante, ya que no necesariamente haber sufrido la enfermedad significa que la paciente comprende lo que ocurre durante la enfermedad o que sea consciente del mayor riesgo que ella tiene en caso de un nuevo embarazo o su

66 FLOREZ ALARCÓN, Luis. Evaluación del estrés prenatal en pacientes con preeclampsia. Departamento de Psicología. Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: http://www.docentes.unal.edu.co/lefloreza/docs/florez_estres_embarazo.pdf.

67 DÍAZ, Op. Cit., p. 207.

68 Ibíd., p. 207.

vida cardiovascular futura. Además muestran la necesidad de desarrollar investigaciones que permitan evaluar qué conocimientos, actitudes, sentimientos y prácticas tienen las gestantes y sus familias respecto al riesgo gestacional en general y la preeclampsia en particular, con miras a diseñar, evaluar y orientar los programas de atención prenatal que se desarrollan en el país.

Otra investigación sobre el tema, realizada en Brasil (2007)⁶⁹, mostró que los sentimientos presentes en las mujeres gestantes y puérperas con preeclampsia fueron el 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 mujeres.

En Colombia, la investigación realizada por Pérez Belia (2011)⁷⁰, sobre el Significado que las puérperas asignan a la experiencia de una gestación con preeclampsia, reportó que las mujeres, de este estudio reaccionan ante el diagnóstico de preeclampsia con temor por el riesgo de morir ella y su hijo, con sentimientos pesimistas. Para ellas la preeclampsia antecede a la muerte, surgiendo los sentimientos perturbadores, generalmente, ignorados por los proveedores de la salud.

Desde enfermería es relevante establecer que, para brindar cuidados de calidad es fundamental que comprendamos cómo cada persona experimenta y percibe su enfermedad, ya que es un hecho enormemente influenciado por las creencias, valores y costumbres.

69 VASCONCELOS DANIELA., Op. Cit., p. 348.

70 PÉREZ HERRERA, Op. Cit., p. 76.

3. Marco de diseño

3.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio cualitativo de tipo etnoenfermería cuyo objetivo fue describir los significados que las gestantes hospitalizadas en el Hospital Universitario San Ignacio le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia; es un método de investigación que permite descubrir, documentar, preservar e interpretar acertadamente los significados y experiencias de diferentes grupos culturales sobre el cuidado; adicionalmente es un método que está orientado a descubrir los intereses centrales de la enfermería o los fenómenos dentro del alcance del cuidado humano⁷¹.

La etnoenfermería fue diseñada para descubrir cómo las cosas eran realmente y la forma cómo la gente conocía y vivía en su mundo; es una forma de descubrir, conocer y confirmar el conocimiento de la gente sobre los cuidados, y maneras de mantener el bienestar, o como se enferman o se incapacitan. La etnoenfermería es un método cualitativo que utiliza modos y procesos naturalísticos, inductivos, y de descubrimiento abierto, con diversas estrategias, técnicas, desarrollando guías para documentar, describir, entender e interpretar los significados, experiencias, símbolos de las personas y otros aspectos relacionados que influyen en los fenómenos de enfermería actuales o potenciales⁷².

3.2 Muestra

La muestra que se tuvo en cuenta fue hasta lograr saturación teórica. Al respecto Madeleine Leininger (2006)⁷³ plantea que la investigadora en etnoenfermería, no tiene

⁷¹ LEININGER, Op. cit., p. 47.

⁷² *Ibíd.*, p. 47.

⁷³ *Ibíd.*, p. 72.

muestras, objetos, sujetos y casos, pero trabaja con informantes claves y en caso necesario con informantes generales tales como individuos, familias y grupos de gente de diferentes contextos, instituciones o comunidades. Informantes clave y generales resultan ser la mayor fuente para que las enfermeras investigadoras aprendan sobre la gente y sus cuidados culturales, bienestar, salud, y estilos de vida generales entendiéndolos como influenciados por una variedad de factores.

La muestra estuvo conformada por la información analizada y suministrada; para alcanzar la saturación de la información, se realizaron entrevistas a las informantes hasta cuando dejaba de surgir información y en su análisis la redundancia de los datos era evidente; de esta manera, se obtuvo un número de 8 informantes claves, las cuales eran gestantes con diagnóstico de preeclampsia hospitalizadas en el Hospital universitario San Ignacio y un grupo de 5 informantes generales, que son enfermeras que trabajan en el servicio de obstetricia del Hospital Universitario San Ignacio y tienen la experiencia de cuidar gestantes con diagnóstico de preeclampsia.

Incluir informantes generales es una recomendación que hace Leininger y se considera que en este caso era importante contar con enfermeras, ya que ellas ayudan a ampliar la información; las informantes generales usualmente tienen solo conocimiento general sobre el dominio de investigación; sin embargo, tienen algún conocimiento sobre el tema de la investigación y pueden llegar a compartir visiones relevantes y puntos de vista culturales⁷⁴.

Los criterios de selección de las informantes clave fueron:

- Gestantes con diagnóstico de preeclampsia sin patología sobre agregada y que al hacer parte de la investigación estuvieran hospitalizadas en el Hospital Universitario San Ignacio
- Gestantes con capacidad mental para comprender y responder a la entrevista realizada.
- Gestantes que aceptaron la vista domiciliaria.

⁷⁴ Ibíd., p. 28.

Los criterios de exclusión de las informantes clave fueron:

- Gestantes que tuvieran patología sobreagregada
- Gestantes que no aceptaron la vista domiciliaria.

Los criterios de selección de las informantes generales fueron:

- Enfermeras con experiencia de cuidar gestantes con diagnóstico de preeclampsia y que trabajaran en el Hospital Universitario San Ignacio.

3.3 Descripción del contexto

Las informantes clave fueron 8 gestantes con diagnóstico de preeclampsia cuyas edades oscilaban entre 21 y 33 años, su nivel de escolaridad era bachillerato completo, tecnológico y universitario, su estado civil casada, soltera y unión libre y la ocupación ama de casa y empleada.

La recolección de datos se inició con todas las gestantes durante la hospitalización y fue necesario en algunos casos realizar entrevistas en el puerperio para lograr la saturación de los datos, dichas entrevistas fueron realizadas en el hospital y en el domicilio de las informantes.

La edad gestacional en la que les realizaron el diagnóstico a las informantes osciló entre la semana 29 y 34, teniendo un tiempo de hospitalización aproximado de dos a ocho semanas; de las ocho informantes a cinco les realizaron cesárea, una tuvo parto por vía vaginal y dos se encontraban en embarazo al finalizar la recolección de la información.

De las seis informantes que tuvieron parto se pudo conocer que solamente una de ellas logró llegar a la semana 37 de gestación y las cinco restantes el parto fue entre la semana 32 y 36; en cuanto a los recién nacidos cuatro fueron hospitalizados por ser pretérmino en la unidad neonatal y dos fueron dados de alta junto con la madre.

El contexto en donde se abordó por primera vez a las informantes clave fue el servicio de hospitalización de ginecoobstetricia del Hospital Universitario San Ignacio; este servicio tiene una capacidad instalada de 23 camas en donde se hospitalizan pacientes con

alteraciones ginecológicas, pacientes que presentan alteraciones de la salud durante la gestación y pacientes en postparto y post cesárea. En este servicio las pacientes son atendidas y cuidadas por el personal médico que está conformado por médicos especialistas en alto riesgo materno perinatal, médicos especialistas en ginecoobstetricia, médicos residentes de ginecoobstetricia y estudiantes de pregrado de medicina, y por el personal de enfermería que está conformado por enfermeras, auxiliares de enfermería, estudiantes de pregrado de enfermería y estudiantes de auxiliar de enfermería.

Actualmente el servicio de ginecoobstetricia no cuenta con una guía, protocolo o plan de cuidado de enfermería orientado a brindar atención a la gestante hospitalizada con preeclampsia, durante la hospitalización de ellas, el cuidado de enfermería está orientado a identificar síntomas y signos de alarma, toma de signos vitales, toma de laboratorios, administración de medicamentos, vigilancia del bienestar fetal, brindar medidas de seguridad y confort y brindar educación relacionada con la preeclampsia; la gestante con diagnóstico de preeclampsia por tener un tiempo prolongado de hospitalización tiene mayor contacto y comunicación con el personal de enfermería, a diferencia de otras pacientes que se encuentran hospitalizadas por otro tipo de patologías (infecciones de vías urinarias, amenaza de parto pretérmino entre otras) en las cuales el tiempo de hospitalización es corto.

En el servicio los profesionales de enfermería son los encargados de gerenciar el cuidado, son quienes administran el tratamiento farmacológico, toman laboratorios, realizan venopunciones, brindan educación a la gestante con preeclampsia, y en las ocasiones que se requiera brindan apoyo emocional a la paciente. Las auxiliares de enfermería son las encargadas de brindar cuidados básicos de enfermería, entre los cuales están: brindar medidas de seguridad y confort, tomar de signos vitales cada hora o cada cuatro horas según el estado clínico de la gestante, vigilar signos y síntomas de alarma, llevar a la paciente a toma de exámenes (ecografías, monitoria fetal, doppler fetoplacentario, entre otros) y brindan acompañamiento y apoyo emocional en la medida que se requiera.

Actualmente el manejo que se brinda a la paciente con diagnóstico de preeclampsia en el Hospital Universitario San Ignacio está orientado por la guía de práctica clínica, que determina lo siguiente:

Manejo preeclampsia leve: hospitalización durante una semana; solicitud de hemograma, uroanálisis, glicemia, pruebas de función renal y ecografía obstétrica; control y vigilancia de cifras tensionales y signos de alarma cada 4 horas por enfermería; prueba de bienestar fetal con doppler obstétrico y/o perfil biofísico cada 72 horas y plaquetas cada 72 horas; inducción del trabajo de parto a la semana 37; vigilancia de crecimiento y peso fetal cada 3 semanas; en caso de llevar más de 1 semana de vigilancia intrahospitalaria sin ningún signo de alarma, sin deterioro materno, pruebas de bienestar fetal satisfactorias, la paciente se incluye en un plan de hospitalización domiciliaria si la EPS lo autoriza.

Manejo de Preeclampsia grave: hospitalizar en sala de partos; nada vía oral, lactato de ringer bolo 500 cc mas 6 gramos de sulfato de magnesio durante 30 minutos y continuar 100cc mas 2 gr de sulfato de magnesio horario; sonda vesical a cistoflo; control horario de signos vitales maternos y líquidos administrados y eliminados; prueba de bienestar fetal; tiempos de coagulación, hemograma, uroanálisis, frotis de sangre periférica, LDH, TGO, TGP, bilirrubinas total, e indirecta, creatinina, BUN, glucosa; control de cifras tensionales si se presentan superiores a 160/110 usar labetalol 20 mg I.V. cada 20 minutos hasta completar dosis máxima de 220 mg, Hidralazina 5 mg cada 20 minutos I.V. hasta completar dosis máxima 15 mg; desembarazar según condición obstétrica; continuar sulfato de magnesio a 2 gr hora por 24 horas después del parto; solicitar plaquetas de control 6 horas posterior al parto; hospitalización de por lo menos 72 horas posterior al parto con vigilancia horaria de signos vitales y líquidos administrados durante infusión de sulfato de magnesio y luego cada 4 horas.

3.4 Técnicas de recolección de información

En esta investigación cualitativa, no se realizó prueba piloto, se realizó inmersión en el campo, la cual fue el acercamiento que hizo la investigadora con el contexto y con las informantes, antes de ser una participante activa, aunque en este caso particular, la investigadora está familiarizada con el contexto del servicio de ginecoobstetricia, por desarrollar actividades docentes desde hace cinco años con estudiantes de pregrado de

enfermería que realizan práctica clínica y brindan cuidado a la mujer con diagnóstico de preeclampsia.

Para realizar la recolección de la información, se tuvo en cuenta el modelo de Observación-Participación-Reflexión, propuesto por Leininger, en el que la investigadora dedicó un periodo de tiempo haciendo observación antes de convertirse en participante activa; se realizó diario de campo y previa firma del consentimiento informado se realizaron entrevistas abiertas a profundidad teniendo en cuenta lo propuesto por Spradley.

Para adquirir información a través de la observación, la investigadora estuvo con las gestantes durante la hospitalización y posteriormente en algunos casos se desplazó hasta la residencia de algunas de las informantes y durante la observación se tomaron notas de campo; Leininger, señala que el diario de campo cubre datos relacionados con la visión general, las estructuras sociales, etnohistoria, factores ambientales, folclore y características profesionales como áreas para ser exploradas y potenciales influenciadores del cuidado humano.

El abordaje, por primera vez, de las gestantes con preeclampsia que participaron en el estudio, se hizo de manera individual, en momentos en que ellas se encontraban sin interferencias, tales como la visita médica, aplicación de intervenciones, visita de familiares, entre otros; se facilitó un ambiente cómodo y se dio a conocer la investigación; posteriormente se presentó de forma verbal y escrita el consentimiento informado, dando la oportunidad de expresar inquietudes, dudas y haciendo las correspondientes aclaraciones, finalmente se le solicitó firma del consentimiento informado y la investigadora procedió a firmarlo también.

Durante las entrevistas se utilizó un diálogo coloquial, se brindó confianza y tranquilidad a las entrevistadas, para que pudieran hablar libremente y expresaran su experiencia de tener preeclampsia.

En la entrevista inicialmente, y como una forma de acercamiento, se realizaron preguntas generales relacionadas con la edad, la ocupación, la escolaridad y el estado civil y luego se indagó sobre la experiencia de tener la enfermedad (preeclampsia).

A las informantes generales, previa firma del consentimiento informado se les realizó una entrevista grupal, abierta y a profundidad, con el fin de explorar un poco más en el fenómeno de estudio; adicionalmente se realizó revisión de las historias clínicas de las informantes para profundizar en el motivo de consulta y enfermedad actual, lo cual permitió mayor análisis de la información.

A cada una de las informantes claves se le realizó 2 entrevistas con un tiempo de duración de aproximadamente 25 a 40 minutos y a las informantes generales se les realizó una entrevista grupal con un tiempo de duración de 50 minutos; las entrevistas fueron grabadas en su totalidad en cinta de audio, se transcribieron y se leyeron para tener una idea general de su contenido.

3.5 Procedimiento

- Una vez realizado el anteproyecto de la investigación se solicitó autorización al Comité asesor de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.
- Previa autorización del Comité asesor se solicitó autorización al Comité de ética e investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.
- Posteriormente se solicitó autorización al Comité de Investigación y Ética del Hospital Universitario San Ignacio, obteniendo por escrito aprobación del proyecto.
- Se realizó la inmersión en el campo y se procedió a identificar las informantes que cumplieran con los criterios de inclusión.
- Se dio a conocer la investigación a las informantes claves, posteriormente se presentó de forma verbal y escrita el consentimiento informado y se solicitó autorización. Una vez firmado el consentimiento se dio inicio a la entrevista en profundidad, la cual fue grabada en su totalidad.

- A las informantes generales se les dio a conocer la investigación, se les presentó de forma verbal y escrita el consentimiento informado y se solicitó autorización. Una vez firmado el consentimiento informado se realizó una entrevista al grupo de informantes, la cual fue grabada en su totalidad.
- Una vez realizadas las entrevistas se transcribieron en su totalidad y se leyeron para tener una idea general del contenido.
- Una vez realizada la recolección de la información, se llevó a cabo el análisis de la misma teniendo en cuenta las fases del análisis de etnoenfermería o datos cualitativos; por último se realizaron conclusiones y recomendaciones para dar informe final del estudio.
- Como mecanismos de difusión y socialización se tiene previsto presentar los resultados de la investigación en el Hospital Universitario san Ignacio, en el XIII Coloquio Panamericano de Enfermería presentación poster, en un congreso nacional y la publicación de la investigación en revista indexada.

3.6 Análisis de la información

Para realizar el análisis de datos se tuvo en cuenta la guía de análisis de datos de las fases de etnoenfermería planteada por Madeleine Leininger (2006)⁷⁵.

Esta guía fue refinada durante las pasadas décadas como parte del método de la etnoenfermería para proveer un análisis riguroso, profundo y sistemático de datos cualitativos de investigación de etnoenfermería, y especialmente los hallazgos teniendo en cuenta la teoría del cuidado cultural.

La guía de análisis de datos ofrece cuatro fases secuenciadas de análisis (tabla 3-1). El investigador comienza el análisis de datos el primer día de la investigación y continúa con la codificación, procesamiento y análisis de todos los datos hasta que todos los datos son

⁷⁵ *Ibíd.*, p. 63.

recolectados. El investigador utiliza cuatro niveles de análisis. Los datos son procesados continuamente y “reflexionados” por el investigador en cada fase.⁷⁶

Para esta investigación se tuvo en cuenta:

Primera fase: recolección, descripción y documentación de datos en bruto.

En esta fase se realizó la recolección de la información para lo cual se utilizó: la observación, la entrevista, las notas de campo y la revisión de historias clínicas.

- Se realizó observación y se registró la misma en el diario de campo
- Se realizaron entrevistas a profundidad a las informantes claves e informantes generales, las cuales fueron grabadas en su totalidad.
- Se transcribieron y leyeron una a una las entrevistas realizadas.

Tabla 3-1: Fases del análisis de etnoenfermería o datos cualitativos

Fase	Características
Primera fase <i>Recolección, descripción y documentación de datos en bruto (uso del diario de campo y computador)</i>	El investigador recolecta, describe, archiva, y comienza a analizar los datos relacionados con los propósitos, dominio de investigación, o preguntas bajo estudio. Esta fase incluye: archivar datos de entrevistas de informantes claves; hacer observaciones y tener experiencias participativas; identificar significados contextuales; hacer interpretaciones preliminares; identificar símbolos; y archivar datos relacionados con el fenómeno bajo estudio desde un enfoque émico. Los datos de campo de los diarios de campo pueden ser procesados directamente en el computador y codificados, para analizarlos
Segunda fase <i>Identificación y categorización de los descriptores y componentes</i>	Los datos son codificados y clasificados como relacionados con el dominio de investigación y algunas veces con las preguntas bajo estudio. Los descriptores émicos y éticos son estudiados dentro del contexto para encontrar similitudes y diferencias. Los componentes recurrentes son estudiados para conocer sus significados.
Tercera fase <i>Análisis contextual y de patrones</i>	Los datos son escrutados para descubrir la saturación de ideas y patrones recurrentes de significados similares o diferentes, expresiones, formas estructurales, interpretaciones, o explicaciones de datos relacionadas con el dominio de investigación. Los datos, también son examinados para mostrar patrones con respecto a los significados en contexto junto con mayor credibilidad y confirmación de los hallazgos.
Cuarta fase (Última fase) <i>Temas centrales, hallazgos de investigación, formulaciones teóricas, y recomendaciones</i>	Esta es la fase más importante del análisis, síntesis e interpretación de los datos. Requiere la síntesis del pensamiento, la configuración del análisis, la interpretación de los hallazgos y la formulación creativa desde los datos de las fases previas. La tarea del investigador es abstraer y confirmar los temas principales, hallazgos de investigación, recomendaciones, y, en algunas ocasiones hacer nuevas formulaciones teóricas.

⁷⁶ *Ibíd.*, p. 62.

Tomado de: LEININGER, Madeleine. MCFARLAND, Marilyn. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. Jones And Bartlett Publishers, Sudbury Massachusetts. 2nd, ed. 2006.

Segunda fase: identificación y categorización de los descriptores y componentes. En esta fase de la investigación se tomaron fragmentos de la información (descriptor) y se le asignaron códigos, los códigos son una interpretación conceptual que le hace el investigador al hacer un primer análisis, es la interpretación del descriptor; el descriptor es lo que el informante manifiesta. Los códigos similares se agruparon y se representaron en una denominación que signifique en lo que está contenido.

Tercera fase: análisis contextual y de patrones. Corresponde a la saturación de la información, los datos fueron estructurados para descubrir la saturación de ideas y patrones recurrentes de significados similares o diferentes, expresiones, formas estructurales, interpretaciones, o explicaciones de datos relacionadas con el dominio de investigación. Los datos, también fueron examinados para mostrar patrones con respecto a los significados en contexto junto con mayor credibilidad y confirmación de los hallazgos.

Cuarta fase: temas centrales, hallazgos de investigación, formulaciones teóricas y recomendaciones. En esta fase se identificaron los temas principales, hallazgos de investigación y recomendaciones.

En el análisis de la información se tuvo en cuenta lo planteado por Madeleine Leininger en el modelo del sol naciente, y se realiza un análisis de los factores socioculturales que están presentes en la mujer gestante durante la experiencia de tener preeclampsia.

El proceso de análisis de la información fue el siguiente:

- Se grabaron y se transcribieron textualmente cada una de las entrevistas; utilizando para el análisis de la información la siguiente nemotecnia: a cada informante y a cada entrevista se le asignó un número, por ejemplo I1 E1 informante número 1, entrevista número 1. I7 E2 informante número 7, entrevista número 2 (tabla 3-2).
- Por cada informante se realizó un cuadro para organizar la información, se tomaron fragmentos de la entrevista (descriptor) y se le asignaron códigos, los

códigos son una interpretación conceptual que le hace el investigador al hacer un primer análisis; adicionalmente se realizaron memos, en donde se registró un análisis de los descriptores, códigos y registros del diario de campo, teniendo en cuenta el modelo del sol naciente (tabla 3-2).

Tabla 3-2: Matriz organización de la información

Descriptores	Códigos	Memos
<p><i>“me dio duro porque me dijeron también que tenía que quedarme hospitalizada” I1 E1</i></p> <p><i>“tristeza porque en mi casa me espera mi hijo y mi esposo, mi familia...” I1 E1</i></p>	Tristeza	Al recordar la familia, muestra expresiones de tristeza y los ojos se ponen llorosos, extraña a su esposo y familia, dentro de la estructura del sol naciente es evidente la relación con el factor social y de parentesco, ya que la paciente señala sentimientos de tristeza al recordar que su familia la espera en casa.

Fuente: Norma Noguera Ortiz. Datos obtenidos de la investigación Significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia 2011-2012.

- Se agruparon los códigos por similitud y se establecieron patrones (tabla 3-3).
- Finalmente se plantean cuatro temas (tabla 3-3).

Tabla 3-3: Matriz organización de la información

Descriptores	Códigos	Memos
<p>Tristeza</p> <p>Miedo</p> <p>Temor</p> <p>Frustración</p> <p>Impotencia</p> <p>Rabia</p>	Repercusiones emocionales	Repercusiones de la preeclampsia vividas por las gestantes

Fuente: Norma Noguera Ortiz. Datos obtenidos de la investigación Significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia 2011-2012.

3.7 Rigor metodológico de la investigación

Para esta investigación se tuvo en cuenta lo planteado por Leininger como criterios de rigor para investigación cualitativa⁷⁷:

⁷⁷ *Ibíd.*, p. 80.

Credibilidad: se refiere a la confianza, precisión o credibilidad de los hallazgos, ha sido mutuamente establecida entre el investigador y las informantes como precisa y creíble sobre sus experiencias y conocimiento del fenómeno. Las experiencias directas del investigador con la gente con el tiempo y las interpretaciones o explicaciones de la gente se usan para justificar este criterio. En esta investigación, el investigador no modifica o cambia la información dada por las gestantes.

Confirmabilidad: se refiere a la evidencia repetida, directa y documentada de informantes clave observados y de los datos primarios, y con repetidas explicaciones o interpretación de los datos desde las informantes sobre ciertos fenómenos. La confirmabilidad significa reafirmar lo que el investigador ha escuchado, visto o experimentado con respecto al fenómeno en estudio. Refleja la evidencia de las informantes reiterando o reafirmando ideas o instancias que han ocurrido en el tiempo en contextos de vida naturales y familiares.

Significado en contexto: hace referencia a los datos que han resultado comprensibles con significados o referentes relevantes para los informantes o la gente estudiada en ambientes diferentes o similares. Este criterio se enfoca en la significancia de las interpretaciones y entendimientos de las acciones, símbolos, eventos, comunicaciones y otras actividades humanas dentro de contextos totales o específicos en los cuales algo ocurrió.

Patrones recurrentes: se refiere a instancias, secuencias de eventos, experiencias o estilos de vida repetidos que tienden a ocurrir en un periodo de tiempo en formas y contextos designados. Las experiencias, expresiones, eventos o actividades repetidas que reflejan patrones de comportamiento secuenciales identificables en el tiempo son usados para sustituir este criterio

Saturación: hace referencia al “incorporar” de los significados u ocurrencias, en una forma completa, comprensiva y exhaustiva, toda la información que pudiera generalmente ser conocida o comprendida sobre ciertos fenómenos bajo estudio. Saturación significa que el investigador ha conducido una exploración exhaustiva de lo que sea que está siendo estudiado, y no hay datos o conocimientos adicionales de los

informantes o las situaciones observadas. Hay una redundancia de información en la que el investigador obtiene la misma (o similar) información, y los informantes sostienen que no hay más para ofrecer dado que han dicho o compartido todo. Los datos revelan redundancias y duplicaciones de contenido con ideas, significados, experiencias, descripciones y otras expresiones similares desde los informantes o desde repetidas observaciones en algunos fenómenos.

Transferibilidad: se refiere a si los datos particulares de un estudio cualitativo pueden ser transferidos a otro contexto o situación similar y todavía preserva los significados, interpretaciones e inferencias particularizadas del estudio completo. Dentro de la meta de la investigación cualitativa no está el propósito de producir generalizaciones sino de obtener conocimiento a profundidad de un estudio particular, este criterio busca cualquier similitud en los hallazgos bajo condiciones ambientales, contextos o circunstancias similares que uno pudiera hacer desde los hallazgos.

3.8 Aspectos éticos

Según la resolución 008430 de 1993⁷⁸, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, esta investigación es considerada sin riesgo para las informantes; sin embargo a las informantes se les informó de forma oral y escrita el objetivo, procedimientos, riesgos, beneficios y su autonomía para continuar o retirarse del estudio cuando lo consideraran pertinente. Todos estos aspectos están registrados en el consentimiento informado, que fue firmado por las informantes y por el investigador.

Teniendo en cuenta las recomendaciones éticas para las investigaciones en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (2008)⁷⁹, se tuvieron en cuenta

⁷⁸ Resolución N° 008430 de 1993. República de Colombia ministerio de salud. Consultado 6 de septiembre de 2010. Disponible en: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-affff4374bb7.pdf.

⁷⁹ EQUIPO COMITÉ DE ÉTICA. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Recomendaciones éticas para las investigaciones en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. 2008. Páginas consultadas: 1-24.

los siguientes principios éticos de la investigación: veracidad, fidelidad, reciprocidad, respeto a la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

En esta investigación se tuvo en cuenta la veracidad, la cual es entendida como la obligación de decir la verdad, de no mentir a otros⁸⁰, derivado de este principio se tuvo en cuenta el respeto por los derechos intelectuales de otros, es decir derechos de autor; y además la investigadora fue objetiva en lo que las informantes refirieron y en lo observado del fenómeno de estudio.

Otro principio a tener en cuenta es la fidelidad, la cual obliga en esta investigación a mantener la confidencialidad y a dar cumplimiento a lo propuesto en la investigación. Para preservar este principio, la identidad de las informantes se protegió asignándole a cada informante un número; además se tendrá en cuenta la fidelidad en los datos.

La reciprocidad se tuvo en cuenta y se veló porque las mujeres informantes de la investigación recibieran beneficios para la salud, tales como: educación cuando ellas lo requirieron, valoración de la paciente y respuesta a necesidades identificadas; además se les dio conocer el resultado de la presente investigación.

Adicionalmente se tuvo en cuenta el respeto a la autonomía, las informantes del estudio estuvieron en la libertad de seguir o retirarse del mismo en el momento en que ellas lo desearan, y como prueba de ello se tuvo en cuenta el consentimiento informado.

El principio de la no maleficencia hace referencia a la obligación de evitar hacer daño a otros⁸¹, y se aplicó teniendo en cuenta que la presente investigación es considerada sin riesgo para las informantes del estudio. A las informantes del estudio que presentaron llanto o tristeza, durante el proceso de recolección de datos, la investigadora brindó intervención emocional, ya que estaba en la capacidad de manejar la situación y brindar apoyo a la gestante.

⁸⁰ *Ibíd.*, p. 4.

⁸¹ *Ibíd.* p. 5.

La beneficencia, entendida como la obligación de actuar en beneficio de otros⁸², es un principio que se tuvo en cuenta, ya que con los resultados de la misma se busca direccionar el cuidado de enfermería brindado a la gestante con diagnóstico de preeclampsia.

Por último, pero no menos importante, se tuvo en cuenta el principio de justicia, el cual está orientado a brindar un trato justo, una selección adecuada de las informantes y la preservación del derecho a la intimidad⁸³. En este sentido, a las informantes se les mencionó que se podían retirar del estudio en el momento que ellas así lo desearan y que no tendrían ninguna sanción o castigo, adicionalmente se tuvo en cuenta, uno a uno los criterios de selección, con el fin de realizar una selección adecuada de las informantes.

3.8.1 Consentimiento informado

El consentimiento informado consiste en la decisión de participar en una investigación, tomada por un individuo competente que ha recibido la información necesaria, la ha comprendido adecuadamente y, después de considerar la información, ha llegado a una decisión sin haber sido sometido a coerción, intimidación ni influencia o incentivos indebidos⁸⁴.

Para esta investigación se tuvo elaboraron dos consentimientos informados, uno para las informantes clave (Anexo A) y otro para las informantes generales (anexo B).

⁸² Ibíd. p. 5.

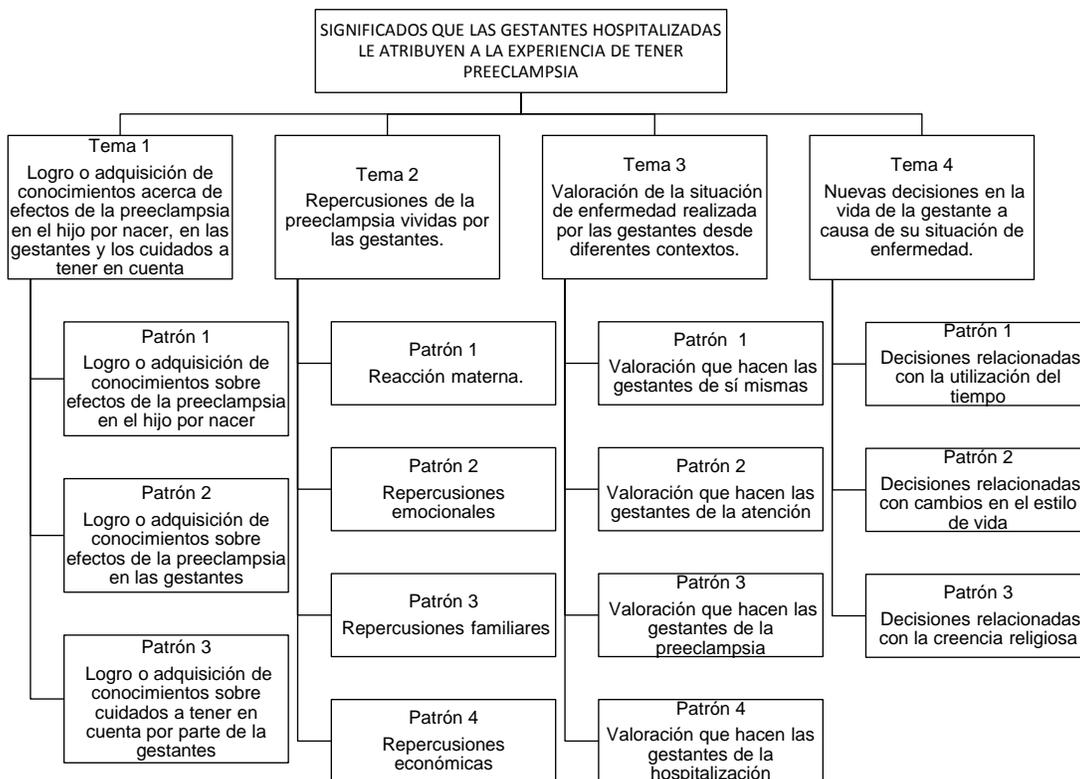
⁸³ Ibíd., p. 5.

⁸⁴ Ibíd., p. 13.

4. Análisis y resultados de la investigación

Al explorar los significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia surgen cuatro temas con sus respectivos patrones, encontrándose lo siguiente (gráfica 4-1):

Gráfica 4-1 Significado que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia

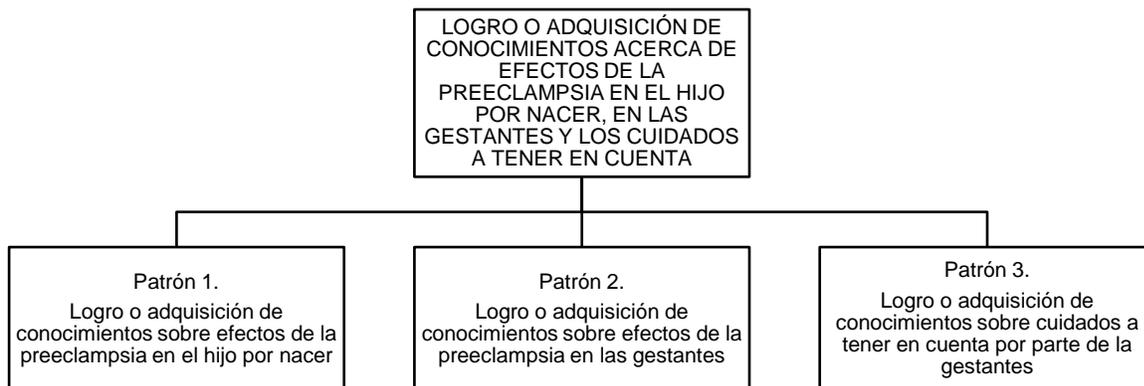


Fuente: Norma Noguera Ortiz. Datos obtenidos de la investigación Significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia 2011-2012.

A continuación se analiza la información proporcionada por las informantes del estudio, la observación de la investigadora y las características del contexto, teniendo en cuenta cada uno de los temas con sus respectivos patrones.

4.1 Tema 1. Logro o adquisición de conocimientos acerca de efectos de la preeclampsia en el hijo por nacer, en las gestantes y los cuidados a tener en cuenta

Grafica 4-2 Logro o adquisición de conocimientos acerca de efectos de la preeclampsia en el hijo por nacer, en las gestantes y los cuidados a tener en cuenta



Fuente: Norma Noguera Ortiz. Datos obtenidos de la investigación Significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia 2011-2012.

En cuanto a este primer tema se puede identificar que a partir de la experiencia de tener preeclampsia las gestantes hospitalizadas sienten necesidad de adquirir conocimientos relacionados con los efectos de la preeclampsia en el hijo por nacer, los efectos de la preeclampsia en las gestantes y los cuidados a tener en cuenta por parte de ellas. Dichos conocimientos surgen a partir de la información brindada por el equipo médico, equipo de enfermería e información brindada por el familiar, la cual es suministrada durante el control prenatal, la atención de urgencias, la hospitalización y el medio o entorno familiar.

El hecho de que las gestantes se encuentren en una situación de enfermedad que compromete su estado de salud y el de sus hijos por nacer es algo que no pasa desapercibido en ellas, sino que por el contrario es algo que ellas desean comprender,

razón por la cual una vez el equipo de salud les informa a las gestantes que tienen preeclampsia, ellas adquieren información que les permite conocer, comprender y afrontar la enfermedad, dicha información es adquirida por la mujer durante la atención de urgencias y la hospitalización.

Es así, como el conocimiento emic es adquirido por ellas, aprendido y transmitido partir de experiencias personales previas, experiencias de otros e información brindada por la familia de generación en generación; del mismo modo se puede establecer que el conocimiento es aprendido cognitiva y formalmente desde una perspectiva etic, a partir de la información suministrada por el equipo médico y el equipo de enfermería durante el control prenatal, la atención de urgencias y la hospitalización, además se identifica que el internet es otra fuente que les permite a ellas adquirir información y tener conocimiento.

En cuanto a la adquisición de conocimientos se identifica que ellas buscan conocer los efectos de la preeclampsia en el hijo por nacer, dado que el hijo es una parte muy importante para su vida, lo cual las lleva a indagar y a profundizar en los posibles efectos que este puede tener, del mismo modo ellas buscan conocer los efectos de la preeclampsia en sí mismas y reconocen que si su situación de salud se ve afectada, esto puede repercutir en el embarazo y en su hijo; en consecuencia de lo anterior las mujeres logran conocimientos en cuanto a los cuidados a tener en cuenta consigo mismas, con el fin de favorecer su estado de salud y el bienestar de su hijo.

En relación con la situación de enfermedad ellas muestran e informan que existe desinformación relacionada con las complicaciones que esta puede traer para ellas y para su hijo por nacer, con los signos de alarma, manejo, tratamiento y seguimiento de la enfermedad; es evidente que la desinformación produce en las gestantes la necesidad de solicitar información para generar su propio conocimiento en relación con la preeclampsia y a lo que ellas desean conocer.

Teniendo en cuenta lo anterior, para el equipo de salud es fundamental reconocer la importancia que tiene brindar información a la mujer gestante con preeclampsia, respecto a la enfermedad, diagnóstico, manejo y tratamiento; ya que frecuentemente ellas desean conocer sobre su enfermedad y más aún porque compromete sus vidas y la vida de sus hijos por nacer.

Al respecto, la resolución 13437 de 1991⁸⁵ por la cual se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes, establece que todo paciente debe ejercer su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permita obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve; por lo anterior y para poder dar cumplimiento a lo establecido por la ley es necesario que los profesionales de la salud comprendan las particularidades de los sujetos de cuidado teniendo en cuenta la diversidad y la universalidad, con el fin de obtener resultados beneficiosos y satisfactorios.

La información brindada por el equipo médico está relacionada con la enfermedad, el manejo y conducta médica a realizar, posibles complicaciones y signos y síntomas de alarma e información relacionada con el estado de salud del hijo; la información brindada por el equipo de enfermería hace referencia a la enfermedad, tratamiento y signos de alarma; y la información suministrada por el familiar, hace referencia a la tranquilidad y a algunas especulaciones frente a la preeclampsia.

En este tema llama la atención que a pesar de la información que se brinda a las gestantes con preeclampsia, se puede identificar en algunos descriptores desinformación; situación que se debe analizar ya que puede afectar negativamente la salud de la gestante y de su hijo por nacer. Al respecto es necesario preguntarse, ¿por qué será la desinformación? ¿Será que la diversidad cultural de las gestantes y sus familias es tenida en cuenta al momento de brindar información?

A partir de la información suministrada por parte de las gestantes informantes del estudio, se logró identificar los siguientes patrones:

⁸⁵ MINISTERIO DE SALUD. Resolución 13437 de 1991. Consultado: 6 de abril de 2012. Disponible en: http://www.ipsuniversitaria.com.co/documentos/Comite_de_etica_hospitalaria/Resolucion_13437_de_1991.pdf

4.1.1 Patrón 1. Adquisición de conocimientos sobre efectos de la preeclampsia en el hijo por nacer

Los conocimientos sobre los efectos de la preeclampsia en el hijo por nacer los logran las mujeres a partir de experiencias personales previas, durante la atención de urgencias, la hospitalización, las experiencias de otros y la búsqueda de información en internet, lo cual les permite tener su propio conocimiento en relación con la preeclampsia y los efectos que ésta puede causar en su hijo.

“Después de que yo vine acá (casa) me puse a mirar por internet para averiguar lo que no sabía” I2E2

“yo sé que al bebé puede que no le lleguen los nutrientes y hasta el niño pueda perder la vida... al menos... eso fue lo que me dijeron en el otro hospital” I2E1

“yo escuchaba que... cuando las otras pacientes con preeclampsia tenían complicaciones... que la placenta se altera y los bebés pueden sufrir” I6E1

“el conocimiento yo consideraría que lo adquieren aquí en la consulta, cuando vienen a urgencias, durante la hospitalización... ellas tienen toda la libertad de preguntar y aclarar dudas.... pero.... ahora con la ayuda del internet y eso ellas también pueden consultar y averiguar más acerca de su patología”: Informantes generales

Para las mujeres gestantes con preeclampsia el hijo por nacer es una parte muy importante en su vida, lo cual las motiva a cuidarse y surge la necesidad de adquirir conocimiento en relación con lo que va a pasar con el hijo, secundario a la enfermedad; adicionalmente para ellas prima el bienestar de su hijo frente a su propia salud.

“lo único que me preocupa es que mi bebé esté bien, o sea que no le vaya a pasar nada, es lo único que me pone a pensar” I7 E1

La preeclampsia para ellas es conocida como alteración de la tensión arterial, es algo peligroso, es una enfermedad muy delicada y puede causar alteraciones en la placenta como dejar de funcionar y como si tuviera un choque eléctrico; además mencionan

algunas complicaciones o repercusiones en su hijo por nacer, tales como que al bebé no le lleguen los nutrientes, que el bebé no tenga un buen crecimiento, que al bebé el oxígeno no le llegue y que el niño pueda perder la vida.

“había sospecha de RCIU porque el niño no tenía un peso pues muy alto para la fecha de gestación” I2 E1

“tengo entendido que al bebé que no le lleguen los nutrientes y que de pronto el oxígeno no le llegue y que de pronto hasta el niño pueda perder la vida” I2 E1

“sé que es algo referente a que no le llegan los nutrientes o no tiene un buen crecimiento en el estómago el bebé” I4 E1

“Yo sé que eso está relacionado con la tensión arterial” “es peligroso para la salud del bebé” I6 E1

“mi bebé también corre el riesgo que se pueda morir en el vientre, porque he escuchado que cuando uno sufre de preeclampsia la placenta se altera y el bebé puede morir” I6 E1

“hay riesgo de perder la vida el bebé o la mamá si no se detecta a tiempo” I7 E2

“creo que deja de funcionar la placenta entonces el bebé se asfixia” I7 E2

“sí, prácticamente uno tiene que estarse quieta porque en cualquier cosa se le sube a uno la tensión y puede ser muy grave para la placenta y para el bebé” I8 E2

“la preeclampsia es tensión alta, que se le sube a uno la tensión y en este momento me imagino.... no es que me lo hayan dicho sino que me imagino que como la placenta es prácticamente la energía del bebé, es lo que hace que el bebé esté bien, es como si tuviera un choque eléctrico, como si un cablecito en ese momento fallara, entonces hay que tratar de repararlo para que funcione hasta el final” I8 E2

Las gestantes al conocer los efectos o complicaciones de la preeclampsia en el hijo por nacer presentan preocupación por temor a que les pase algo.

“es una enfermedad muy delicada que puede hacer daño a la vida de las mamás y a la vida de los bebés, se siente mucho temor de pensar en lo que le pueda pasar al bebé” 17

E2

En este caso en particular la informante tuvo otra gestación con preeclampsia a la semana 34 de gestación y como complicación hubo muerte neonatal, motivo por el cual se percibe que la experiencia pasada negativa influye sobre los conocimientos, sentimientos y emociones presentes y futuros.

En relación con los conocimientos, llama la atención el hecho de identificar que a pesar de que algunas informantes llevan entre dos y ocho semanas de hospitalización existe desinformación, se espera que un periodo de tiempo prolongado de hospitalización favorezca la adquisición de conocimiento dado que ellas pueden obtener información a partir de la comunicación que sostienen con el equipo de salud durante su estancia hospitalaria.

“eso sí no sé qué le pueda pasar al bebé o qué complicaciones pueda tener” 18 E1

“sé que es algo relacionado con la tensión, que afecta al feto, no sé nada más” 14 E1

“no sé exactamente qué es, sé que es una enfermedad que afecta al feto y tiene que ir relacionado con la tensión arterial” 14 E1

“yo me vine a enterar que mi bebé no iba a crecer mucho dentro de mí precisamente por la enfermedad, eso me vine a enterarlo hace cuatro o cinco días, entonces es como ese estado de desinformación a toda hora y pues lo único que sabe uno es que es algo muy grave” 15 E2

Teniendo en cuenta que la desinformación puede influir en la adquisición de conocimiento se trató de indagar el motivo por el cual hay desinformación en ellas, identificándose que en algunas ocasiones no se les brinda información y en otras no

hay claridad en la información brindada por el equipo de salud en relación a la preeclampsia, al curso de la enfermedad y al tratamiento, lo que puede generar en ellas incertidumbre dado que no se sabe que va a pasar consigo mismas y con sus hijos por nacer; razón por la cual la información que brinda el equipo de salud a la gestante, pareja y familia debe ser clara, fácil de entender e interpretar, teniendo en cuenta el lenguaje y la cultura en donde el individuo se desenvuelve de tal forma que pueda entenderla, ¿será que el lenguaje que utiliza el equipo de salud dificulta la comprensión de la información brindada a la paciente con preeclampsia?.

“no son claros de decirle a uno de dónde viene y por qué viene, por qué le da, cuándo se le va a quitar o sea yo realmente no sé.... Yo lo que sabía es lo que uno comenta que la gente dice que ay... que algo le puede pasar por la preeclampsia, pero que realmente uno supiera cuál era realmente la consecuencia ¡no!” I2 E2

“realmente un médico o alguien debería acercarse y decirle a uno mire Ud. tiene esto y esto, vamos a hacerle esto y esto, porque uno sabe es por lo que realmente uno pregunta o lo que a uno le dicen las enfermeras, al no darle a uno información eso genera incertidumbre” I5 E2

En cuanto a la desinformación y los efectos de la preeclampsia en el hijo por nacer una de ellas señala:

“pues mi mamá me dijo que el niño me iba a salir bobo y otra señora que iba a quedar hipertensa toda mi vida y cosas por el estilo porque la desinformación es mucha” I2 E2

En relación con lo anterior la informante informa que frente a la preeclampsia hay especulaciones por falta de información, situación que le genera rabia dado que considera que los comentarios de la gente son erróneos porque los médicos no le habían informado este tipo de efectos de la preeclampsia y que además no todos los casos son los mismos; a partir de lo anterior es necesario que la información que brinda el equipo de salud sea dirigida no solo a la mujer sino también a la pareja y a la familia y/o cuidadores, teniendo en cuenta que cada persona puede interpretar la información suministrada de forma diferente de acuerdo con su propia cultura.

“me daba muchísima rabia y entonces yo decía que no, que no era así que si los médicos no me habían dicho nada, que pues como porque si todos los casos no eran los mismos”

I2 E2

4.1.2 Patrón 2. Adquisición de conocimientos sobre efectos de la preeclampsia en las gestantes

Al igual que el patrón descrito anteriormente, en este patrón el conocimiento sobre los efectos de la preeclampsia en las gestantes surge a partir de experiencias personales previas, durante la atención de urgencias, la hospitalización, las experiencias de otros y la búsqueda de información en internet, aunque cabe resaltar que hay un conocimiento adicional que es adquirido durante el control prenatal en donde el equipo de salud les informa signos y síntomas de alarma relacionados con la preeclampsia.

En relación con los conocimientos que ellas tienen sobre los efectos de la preeclampsia en la gestante algunas informan que la preeclampsia es una alteración de la tensión arterial, que es algo peligroso y puede causar efectos en la salud de la madre y trae complicaciones como la eclampsia, disminución de las plaquetas, síndrome de Hellp, puede afectar el hígado y puede causar la muerte; cabe resaltar que algunas de ellas señalan que si se logra tener control de la enfermedad no hay riesgo.

“cuando ya llega a ser eclampsia ahí sí hay riesgo de que uno pueda fallecer, porque uno se inflama y aparte de que se inflama, pues que la tensión se sube y que se le pueden bajar las plaquetas y un poco de cosas más” I2 E1

“no la entiendo muy bien, pues lo que entiendo es que es por lo que se le sube a uno mucho la tensión y ahí ya le ponen categorías y yo tengo la más alta” I3 E2

“es una alteración de la tensión arterial, pues que tiene muchas consecuencias, muchas complicaciones” I5 E1

“yo sé que eso está relacionado con la tensión arterial, que uno si ya comienza a hincharse es porque está reteniendo líquidos y es peligroso para la salud del bebé y para la mía. I6 E1

“la preeclampsia es que la tensión se sube, creo que es eso” I7 E1, I8 E2

“es una enfermedad que da durante el embarazo, más que todo a finales del embarazo durante los últimos meses y... que le digo yo... los síntomas son que se le sube la tensión y hay riesgo de perder la vida el bebé o la mamá si no se detecta a tiempo” I7 E2

“yo lo que entiendo es que es cuando una mujer está embarazada y tiene la tensión alta” I3E1

“la tensión alta es muy peligrosa para la salud de cualquier persona” I3 E1

“dicen que es muy peligroso que en cualquier momento se me suba la tensión, entonces es un riesgo para el bebé y para mí” I3 E1

“por lo de las plaquetas y el síndrome de Hellp, tenía posibilidad de afectar el hígado, entonces era necesario dormirme toda, parte de mi sangre no estaba haciendo coagulación bien, entonces si me aplicaban la anestesia de la cintura para abajo podían haber más complicaciones, entonces por eso fue que me tuvieron que anestesiar completa” I4 E2

“puede traer bastantes complicaciones como me pasó a mí, pero desde que se sepa cuidar y se encuentre a tiempo tiene solución, pero lo importante es que en mi caso la pude controlar a tiempo” I4 E2

En cuanto a la preeclampsia ellas informan que el equipo médico les dice que es una enfermedad en donde se sube la tensión arterial, hay presencia de proteínas en la orina y que puede ser hereditaria; la información suministrada por el equipo médico les permite a ellas elaborar su propio conocimiento en relación con la enfermedad y despejar dudas e inquietudes frente a la misma.

“me dijo que la tenía un poquito alta (la tensión arterial), me dijo que era 140/120, algo así... que por qué no iba mejor de urgencias al consultorio I2 E1

“me dijeron que me iban a dejar hospitalizada porque tenía una proteína alta en la orina, eso fue lo que me dijeron, que eso era un síntoma de preeclampsia, entonces que iban a descartar con un examen de orina de 24 horas I2 E1

“pues como mi mami también es hipertensa me dijeron que podía ser hereditario” I3 E1

En este patrón se identifica que una vez el equipo médico realiza el diagnóstico de preeclampsia, brinda información sobre el manejo o conducta a seguir, teniendo en cuenta el estado clínico de la gestante. Ellas refieren que les informan sobre la realización de exámenes, que si se logra mantener la tensión controlada no hay riesgo y la importancia de tener paciencia durante la hospitalización porque estando hospitalizada pueden tener control de la enfermedad e identificar si algo pasa, ya que estando lejos no va a ser lo mismo; dicha información suministrada por el equipo médico puede generar en ellas mayor adherencia al tratamiento, al afrontamiento de la enfermedad y la hospitalización. En relación con lo anterior el estudio de Barca y otros nreportó que la información y la comunicación médico-paciente tienen influencia positiva en el cumplimiento terapéutico y la satisfacción del usuario⁸⁶.

“el ginecólogo que me atendió en urgencias me dijo que me iba a mandar hacer unos exámenes” I2 E1

“me decían que tuviera paciencia porque de todas formas yo estaba corriendo un riesgo, que porque digamos que acá ellos podían monitorear si algo pasaba, pues estando lejos no iba a ser lo mismo” I2 E1

⁸⁶ BARCA FERNÁNDEZ, R. PAREJO MIGUEZ, P. GUTIÉRREZ MARTÍN, F. otros. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. En: Atención Primaria. Vol. 33, N° 7., 2004. Páginas consultadas: 361-7. Consultado: 4 abril de 2012. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v33n07a13060759pdf001.pdf>.

“el médico me decía que de todas formas que si lográbamos mantener la tensión controlada que no había ningún riesgo, que incluso podía tener un parto vaginal” I2 E1

Una de ellas cuenta que en otra institución en donde estuvo hospitalizada recibía manejo e información diferente por parte de los diversos médicos que la estaban tratando, situación que genera inconformidad y dudas frente a la atención y desconocimiento frente a la enfermedad; al respecto un estudio realizado sobre causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria (2001)⁸⁷, señala como aspectos causantes de insatisfacción en las pacientes obstétricas el no ser siempre informadas correctamente.

“unos médicos (otra institución en donde consultó) me decían que me iban a desembarazar... ah, otros que me iba hacer maduración de pulmones, otro que... entonces todos los días eran médicos diferentes y me decían cosas diferentes y que tocaba que ya el niño y que no se qué, pero realmente yo no sabía que tenía” I2E1

Es evidente que aunque ellas conocen algunos efectos de la preeclampsia para si mismas, en algunas ocasiones existe desinformación, según lo refieren por la falta de información y poca claridad de la misma, suministrada por el equipo de salud.

Cabe anotar que el Código de Ética de Enfermería⁸⁸ en el capítulo III sobre responsabilidades éticas del profesional de enfermería, establece que una de las responsabilidades de la enfermera con las personas que reciben sus servicios es dar información adecuada, suficiente y oportuna a la persona, familia y comunidad de acuerdo con sus necesidades, solicitud y capacidad de comprensión.

⁸⁷ MIRA, J.J. RODRÍGUEZ MARÍN, J. PESET, R. YBARRA, J. otros. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. En: Rev Calidad Asistencial. Vol. 17, N° 5., 2002. Páginas consultadas: 273-83. Consultado: abril 4 de 2012. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/256/256v17n05a13034110pdf001.pdf>.

⁸⁸ TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA. Código de Ética de Enfermería. Santa Fe de Bogotá, Colombia. 1998. Consultado Marzo 30 de 2012. Disponible en: http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=63.

“pero claramente no sé exactamente, se que está asociado a la tensión arterial, eso es lo único que sé” I2 E1

“acá vienen ellos (médicos) únicamente por la mañana y si uno está bien no vuelven, y si de pronto uno tiene una pregunta y le dice a las enfermeras y ellas dicen que toca esperar a que el médico venga y hasta el día siguiente” I2 E1

“lo que pasa es que por lo menos los médicos hay veces no le dicen a uno nada, entonces pues uno no sabe qué pasa” I5 E1

“no, en el control del embarazo los médicos no me informaron (signos de alarma)... nunca me los mencionaron” I4 E1

La insuficiente información al paciente a cerca de la enfermedad, conduce a un menor conocimiento de la enfermedad por parte de la paciente y, por tanto, una mayor probabilidad de incumplimiento y/o falta de adherencia al tratamiento y, quizá, nuevas solicitudes de atención⁸⁹.

En este patrón también se pudo identificar que algunas de ellas conocen algunos signos y síntomas de la preeclampsia como elevación de la tensión arterial, hinchazón, dolor de cabeza, visión borrosa, ver luces, y escuchar pitos; conocimientos que adquieren a partir de la información brindada por el equipo de salud durante la atención de urgencias, la hospitalización y el control prenatal en donde les informan signos y síntomas de alarma por los que deben consultar.

“con la preeclampsia le duele la cabeza, heeee, ve luces y escucha pitos” I3 E1

“dolor de cabeza, pitos en los oídos y visión borrosa, no recuerdo por ahora otros” I4 E1

⁸⁹ BARCA, Op. Cit. p. 361-7.

“los signos de alarma son básicamente cuando uno tiene tensión alta, los zumbidos en los oídos, que las lucecitas, que el ardor en la boca del estómago, que dolor de cabeza”

I2 E2

Teniendo en cuenta los signos de alarma y las responsabilidades de los profesionales de enfermería y medicina frente a la intervención que se brinda durante el control prenatal, la Guía de Atención Materna de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2009)⁹⁰, contempla acciones informativas y de promoción de la salud durante el embarazo enfocadas a orientar sobre los signos de alarma por los que debe consultar la gestante oportunamente, tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales y auditivos, epigastralgia, edemas, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amniorrea o leucorrea, o sintomatología urinaria; lo anterior con el fin de detectar de manera temprana las complicaciones que puedan aparecer durante la gestación.

Llama la atención que algunas informantes a pesar de que refieren conocer los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia manifestaban que el motivo de consulta no se relacionaba con los mismos o no era específico de la enfermedad; para ampliar un poco la información se revisaron las historias clínicas haciendo énfasis en el motivo de consulta y enfermedad actual, al respecto se encontró lo siguiente:

“A mí sí me explicaron los signos de alarma pero a mí nunca me dio nada” I8 E1

“me informaron.... dolor de cabeza, que si se me inflamaba la cara, que si se me inflamaban las manos, que si sentía zumbidos, que si sentía lucecitas en los ojos, pero yo en ningún momento presenté nada más” I8 E1

“fui a control y en el control me encontraron con la tensión alta, ella (médica) me dijo que me tenía que tomar la tensión todos los días, pero yo no me la tomé, eso fue un viernes y

⁹⁰ SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. Guía de Atención Materna y Perinatal. 2009. Consultado Marzo 26 de 2012. Disponible en: http://190.25.230.149:8080/dspace/bitstream/123456789/1212/14/CAPITULO_1_GUIA_CONTROL_PRENATAL_P2.pdf

el lunes ella me llamó para saber cómo había seguido y para saber si me había tomado la tensión, pero resulta que yo no me la había tomado porque me sentía bien” I8 E1

Paciente con embarazo de 28 semanas por ecografía quien consulta por cuadro clínico de un día de evolución consistente en cefalea hemisférica izquierda de moderada intensidad, niega fosfenos, tinitus, visión borrosa, amniorrea y sangrado, movimientos fetales (+). Información Historia clínica I8

“yo acudí al hospital porque tengo como una serie de espasmos en la cadera, como en el nervio ciático, a mí me molesta mucho, pero nada más. I5 E1

“me tomaron la tensión, cuando entré a los signos vitales tenía la tensión supremamente alta” I5 E1

“me dijeron los síntomas de preeclampsia eran dolor en la boca del estómago, pitos en los oídos y ver lucecitas” I5 E1

“claro ellos (en el control prenatal) me dijeron pero yo no tuve signos de preeclampsia” I5 E1

Paciente con embarazo de 32 6 /7 semanas, cuadro de primer día de evolución dolor en región sacra que se exagera con los movimientos de abducción de muslo, refiere edema y epigastralgia de un día de evolución, niega cefalea, sangrado, no amniorrea, movimientos fetales (+). Información Historia clínica I5

A pesar de que ellas informan que les explicaron y conocen los signos de alarma, estos son subvalorados y no reconocidos *“a mí nunca me dio nada” “no tuve signos de preeclampsia”*, pero al momento de tener en cuenta la información registrada en la historia clínica, se identifica que ellas sí presentaron síntomas como cefalea y epigastralgia los cuales no fueron reconocidos en el momento de presentarlos.

En una de ellas llama la atención el no cumplimiento de las recomendaciones médicas realizadas en el control prenatal, como lo es la toma de tensión arterial, debido a que ella

se sentía bien y no identificaba o no reconocía percibir los síntomas, aunque es de resaltar la oportuna atención médica y el seguimiento realizado desde el ámbito ambulatorio para realizar el diagnóstico oportuno.

Al respecto la investigación realizada por Pérez Belia (2011)⁹¹ sobre el Significado que las puérperas asignan a la experiencia de una gestación con preeclampsia, reporta que las puérperas del estudio consideran el “embarazo como un proceso normal”, de tal manera que los signos y síntomas que presentan cuando tienen la preeclampsia, son percibidos por ellas como normales y como parte del proceso natural de la gestación, situación que puede limitar la atención oportuna de la gestante.

Frente a los conocimientos que tienen las gestantes, las informantes generales refieren que el conocimiento depende del nivel educativo de las pacientes y del interés que tienen por conocer sobre la enfermedad, ya que en algunos casos ellas identifican que a pesar de que se les explica y algunas ya han tenido el antecedente no conocen o consultan con complicaciones derivadas de la enfermedad; teniendo en cuenta lo anterior surge el interrogante de ¿cuáles serán las razones por las cuales ellas no identifican los síntomas? ¿Será que la información suministrada no es comprensible para ellas? ¿El equipo de salud tendrá en cuenta requisitos relacionados con el lenguaje que ellas utilizan?

“es relativo el conocimiento, depende del nivel académico de la paciente.... hay algunas que sí saben y conocen todo o la misma paciente se preocupa por averiguar... porque a otras a pesar de que les explica no conocen y llegan acá bien complicadas” informantes generales

“hay pacientes que han tenido antecedentes en otros embarazos y sin embargo se les explicó en el anterior embarazo y todavía no conocen los riesgos y corren el riesgo de quedar embarazadas de nuevo.... entonces a veces el conocimiento es muy poco y depende también el nivel de educación que ellas tengan” informantes generales

⁹¹ PÉREZ HERRERA, Op. Cit., p. 76.

“algunas pacientes sí conocen su enfermedad y están pendientes de los signos y síntomas que presenten” informantes generales

Frente a lo señalado anteriormente por las informantes generales, se identifica que en una de las informantes del estudio aunque tenía antecedente personal de preeclampsia refiere no conocer sobre los efectos de la misma y al indagar al respecto informa que durante los controles del embarazo y la hospitalización no le informaron que era la preeclampsia y cuáles eran sus complicaciones.

“la verdad no sé bien qué complicaciones se puedan presentar 17” E1

Por otra parte, algunas de ellas manifiestan que uno de los efectos de la preeclampsia para su salud es la muerte, situación que les genera temor al pensar en su familia y principalmente en los hijos que están esperándolas en casa, al interrogar al respecto las gestantes muestran facies de tristeza y llanto; la preeclampsia es una enfermedad que socialmente está muy relacionada con la muerte de la madre o del hijo por nacer, teniendo en cuenta que esta es una de las enfermedades propias de la gestación que tiene mayor incidencia y por ende sus complicaciones son conocidas y se hacen evidentes con mayor frecuencia en la sociedad.

De acuerdo con lo planteado por Leininger en el modelo del sol naciente se puede apreciar que el conocimiento de la muerte como efecto de la preeclampsia en la gestante está relacionado con el factor social y la familia, teniendo en cuenta el impacto negativo que ésta puede tener en la mujer, en su hijo por nacer, en la familia y en la sociedad. La muerte de una madre es una tragedia evitable que afecta una vida joven llena de grandes esperanzas; es una de las experiencias más traumáticas que puede sufrir una familia y afecta seriamente el bienestar, la supervivencia y el desarrollo de los hijos, especialmente de los más pequeños⁹².

⁹² SECRETARIA DE SALUD ALCALDÍA DE MEDELLÍN. Modelos para el análisis de la mortalidad materna y perinatal. 2005. 139 p. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/libros.htm> Consultado 30 marzo de 2012.

“me dio mucho miedo pues de pensar en mi hija (llora) porque al igual yo he escuchado que eso es grave” I6 E1

“lloré porque a uno le da miedo, a uno le da mucho miedo, quizás porque uno ya conoce, o sea yo ya he escuchado casos donde las mamitas se han muerto y yo no... mi hija pienso mucho en mi hija” I6 E1

“creo que si se me sube mucho la tensión me puedo hasta morir “ I6 E1

“yo ya he escuchado casos donde las mamitas se han muerto” I6 E1

Con respecto a la muerte, la investigación realizada por Belia Pérez sobre el Significado que las puérperas asignan a la experiencia de una gestación con preeclampsia (2011)⁹³, concluyó que las mujeres reaccionan ante el diagnóstico de preeclampsia con temor y con sentimientos pesimistas por el riesgo de morir ella y su hijo, situación que también se identifica en el presente estudio.

Teniendo en cuenta los datos suministrados por las informantes generales se pudo conocer que la información brindada por el equipo médico está relacionada con los signos y síntomas de alarma, la fisiopatología de la enfermedad y la conducta o manejo a seguir; cabe resaltar que según las informantes generales la información es brindada no solamente a la gestante con preeclampsia sino también al familiar; condición que debe ser tomada en cuenta al momento de brindar información y que se constituye en un principio para la atención de la mujer embarazada, de acuerdo con el proyecto de ley 060 de 2007⁹⁴, el cual establece que la gestante y su familia recibirán la información integral, pertinente y oportuna sobre el proceso del embarazo, sus posibles riesgos, complicaciones y consecuencias.

⁹³ PÉREZ HERRERA, Op. Cit., p. 76.

⁹⁴ COLOMBIA. SENADO. Proyecto de Ley 060 de 2007. Consultado Abril 5 de 2012. Disponible en: http://servoaspr.imprenta.gov.co:7778/gacetap/gaceta.mostrar_documento?p_tipo=10&p_numero=060&p_consec=18452.

“ellos son muy claros en los signos y síntomas de alarma y también le explican un poco... pues... ya de una manera muy concreta, muy concisa la fisiopatología de la enfermedad y el manejo o conducta que se está pensando” informantes generales

“la parte médica siempre da información a la paciente y al familiar... siempre eso lo tienen en cuenta, en urgencias digamos en el momento del diagnóstico siempre se les aclara tanto a la paciente como al familiar” informantes generales

Cabe anotar que las informantes generales señalan que la información que ellas brindan a las gestantes tiene como característica la explicación de forma sencilla para que sea entendida y comprendida y está relacionada con los signos y síntomas de alarma, cuidados con la alimentación, cuidados básicos del embarazo, información sobre el tratamiento administrar y recomendaciones como asistir periódicamente al control prenatal y realización de exámenes solicitados; es importante reconocer que el equipo de enfermería no solo brinda información relacionada con la preeclampsia, sino que tiene en cuenta otro tipo de información que está relacionada con los cuidados básicos e importancia de asistir a los controles prenatales, la cual es benéfica para la madre y para su hijo por nacer.

“pues se le habla de los signos y síntomas de alarma, de pronto se les explican de una forma más sencilla para que ellas los capten como mejor... eh... de pronto también cuidados con la alimentación y pues como cuidados básicos ya en sí del embarazo... que se realice sus controles prenatales periódicamente, heee... que se realice los exámenes que le solicitan” -informantes generales

“el cuidado es más que todo en el momento en que la paciente ya tiene el diagnóstico y se le informa sobre el tratamiento y la atención que se le brinda” informantes generales

“se le informa qué se le va a poner, para qué se le pone eso, qué le puede pasar”

Informantes generales

De acuerdo con lo descrito anteriormente, la información suministrada por el equipo de enfermería tiene en cuenta lo que establece la Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, durante la identificación e inscripción de la gestante en

el control prenatal, la cual propone que el profesional de la salud debe informar a la mujer y al compañero, acerca de la importancia del control prenatal, su periodicidad y características. En este momento es preciso brindar orientación, trato amable, prudente y respetuoso, responder a las dudas e informar sobre cada uno de los procedimientos que se realizarán, en un lenguaje sencillo y apropiado que proporcione tranquilidad y seguridad⁹⁵.

4.1.3 Patrón 3. Adquisición de conocimientos sobre cuidados a tener en cuenta por parte de las gestantes

En relación con los cuidados a tener en cuenta por las gestantes los resultados encontrados indican que tener quietud o reposo, tranquilidad y la dieta son cuidados que favorecen el estado de salud de ellas y de sus hijos por nacer.

El reposo o la quietud son cuidados que ellas conocen y tienen en cuenta, ya que el no tener quietud lo relacionan con posible elevación de la tensión arterial y riesgo de complicaciones para la placenta y el bebé; al respecto una revisión del tema realizada por Cochrane en el año 2008⁹⁶ reportó que las pruebas para la fecha eran insuficientes para apoyar la recomendación del reposo o de la actividad reducida para prevenir la preeclampsia y sus complicaciones, en consecuencia, la decisión con respecto al reposo durante el embarazo debería ser un asunto personal.

Al respecto, la Guía de Práctica Clínica de los Trastornos Hipertensivos del Embarazo del Hospital Universitario San Ignacio no establece dentro del plan de manejo actividades orientadas al reposo, aunque en la práctica clínica se evidencia que por la misma

⁹⁵ MINISTERIO DE SALUD. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Consultado: abril 6 de 2012. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/08-deteccion.pdf>

⁹⁶ MEHER, S. DULEY, L. Reposo durante el embarazo para la prevención de la preeclampsia y sus complicaciones en mujeres con presión arterial normal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus. N° 4. 2008 Oxford: Update Software Ltd. Consultado: 15 de marzo de 2012. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

hospitalización las gestantes con diagnóstico de preeclampsia guardan reposo relativo durante la estadía en el hospital.

“ya que me voy para la casita, entonces me toca quedarme quietica allá igual que acá, pero pues igual allá ya estoy con mi familia” I2 E1

“sí, prácticamente uno tiene que estarse quieta porque en cualquier cosa se le sube a uno la tensión y puede ser muy grave para la placenta y para el bebé” I8 E2

En cuanto a la quietud una de ellas expresa *“ya que me voy para la casita, entonces me toca quedarme quietica allá igual que acá, pero pues igual allá ya estoy con mi familia”*; esta situación nos deja ver la importancia que tiene el acompañamiento de la familia para ellas, lo cual puede ser favorable para su salud física y emocional; teniendo en cuenta lo anterior podemos identificar factores de parentesco que brindan beneficio a la gestante en el sentido que percibe mayor acompañamiento al estar en su entorno social.

Por otro lado, la tranquilidad es un conocimiento que ellas expresan y está relacionado con los cuidados que deben tener; para algunas de las informantes el estado de ánimo puede alterar la tensión arterial, razón por la cual deben estar más tranquilas durante el curso de la enfermedad; al respecto un estudio realizado en la ciudad de Bogotá en el año 2005⁹⁷ reportó que los resultados encontrados indican que la tranquilidad y el reposo son fundamentales para la recuperación de las pacientes con preeclampsia leve, aunque como se mencionó anteriormente una revisión del tema realizada por Cochrane en el año 2008⁹⁸ reportó que las pruebas actuales eran insuficientes para apoyar la recomendación del reposo o de la actividad reducida para prevenir la preeclampsia y sus complicaciones, en consecuencia, la decisión con respecto al reposo durante el embarazo debería ser un asunto personal.

⁹⁷ PÉREZ, Margarita. Op. Cit., 218-222.

⁹⁸ MEHER, S. DULEY, L. Op. Cit.

Así mismo, ellas mencionan que sus familias les manifiestan que deben estar tranquilas, ya que la tranquilidad es considerada un factor que beneficia la salud de la gestante con preeclampsia y por ende la salud del hijo por nacer.

“toda mi familia me ha dicho que esté muy tranquila y procurar estar lo más tranquila que pueda” I6 E1

Teniendo en cuenta lo descrito anteriormente y el modelo del sol naciente se puede identificar que el contexto de la hospitalización y el medio ambiente puede afectar positiva o negativamente el estado de ánimo, motivo por el cual se debe reconocer el entorno y factores emocionales en el momento de brindar cuidado de enfermería.

“sé que tengo que sentirme bien, sé que tengo que estar lo mejor posible, más tranquila, menos preocupada porque eso afecta la tensión y pues afecta todo” I5 E1

“con la preeclampsia uno tiene que estar totalmente tranquilo, básicamente ese es el tratamiento que uno tiene que llevar estar tranquilo y estar tranquilo” I8 E2

“uno cuando está embarazado uno tiene cambios y se puede uno deprimir, entonces todas esas cosas pueden hacer que se afecte uno y se afecte el bebé que está esperando y pues le toca a uno respirar hondo y controlarse porque de ahí depende también la evolución de la enfermedad” I8 E2

Otro de los cuidados que conocen las informantes es la dieta, ya que es considerada como uno de los cuidados que puede favorecer al bebé; teniendo en cuenta el modelo del sol naciente se puede identificar que el contexto de la hospitalización y el medio ambiente son favorables para poder cumplir con este cuidado, ya que ellas señalan que no es la misma alimentación que se consume en el hospital y la que se consume en la casa.

“la alimentación no es lo mismo que tú comes acá a lo que comes en la casa, y creo que eso es lo que más puede cuidar al bebé” I4 E1

Con respecto a la dieta, la Guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo del ministerio de protección social⁹⁹, recomienda como medidas específicas ordenar dieta normo sódica e hiperproteíca; a su vez la Guía de Práctica Clínica de los Trastornos Hipertensivos del Embarazo del Hospital Universitario San Ignacio, señala que la dieta y la restricción de sal no muestran reducción en la preeclampsia, además refiere que existe insuficiente evidencia para recomendar.

En cuanto a la dieta, las informantes generales señalan que culturalmente la gestante y su familia consideran que el consumir algunos alimentos puede verse relacionado con la elevación de la tensión arterial, aunque no recuerdan cuáles son.

“algunas llegan con muchos mitos que vienen de familia, que la subida de tensión es porque comió esto, que lo otro... una vez escuché a una paciente que había comido tal cosa y que eso fue lo que le subió la tensión...” informantes generales

Teniendo en cuenta lo planteado por Leininger en el modelo del sol naciente se puede apreciar que el logro o adquisición de conocimientos de las informantes del estudio está influenciado por factores educacionales, factores tecnológicos, contexto y el medio ambiente, factores políticos y legales y valores culturales; en cuanto a los factores educacionales se encontró que las informantes son mujeres con nivel educativo de bachillerato completo, tecnológico y profesional, situación que facilita la comprensión de la información y educación suministrada por parte del equipo de salud, aunque como se mencionó anteriormente existe desinformación en ellas, lo cual lo relacionan con falta de información por parte del equipo de salud.

Del mismo modo los factores tecnológicos influyen en la adquisición de conocimientos sobre los efectos de la preeclampsia en el hijo por nacer, ya que la monitoría fetal, el perfil biofísico y el doppler feto placentario como factores tecnológicos facilitan el aprendizaje de la madre sobre el bienestar fetal y posibles complicaciones en el hijo por nacer secundario a la enfermedad. Adicionalmente para las informantes los resultados

⁹⁹ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas con el embarazo. Op. Cit., 228-271.

satisfactorios de dichas pruebas les brindan tranquilidad frente al estado de salud del hijo por nacer y conocimiento relacionado con los efectos de la enfermedad, en este tema también se reconoce que factores tecnológicos como la toma de tensión arterial y paraclínicos utilizados en el diagnóstico y evolución de la enfermedad repercuten en la adquisición o logro de conocimientos y son reconocidos por las gestantes como elementos claves para conocer su estado de salud; otro de los factores tecnológicos es el internet, medio de comunicación que favorece la adquisición o el logro del conocimiento.

En cuanto al contexto y medio ambiente llama la atención que a pesar de que las gestantes tienen un tiempo de hospitalización de aproximadamente una a ocho semanas existe desinformación, por lo cual se deben explorar los motivos que afectan dicha situación y a partir de lo identificado reorientar la educación que se está brindando a las mujeres con preeclampsia durante la estancia hospitalaria.

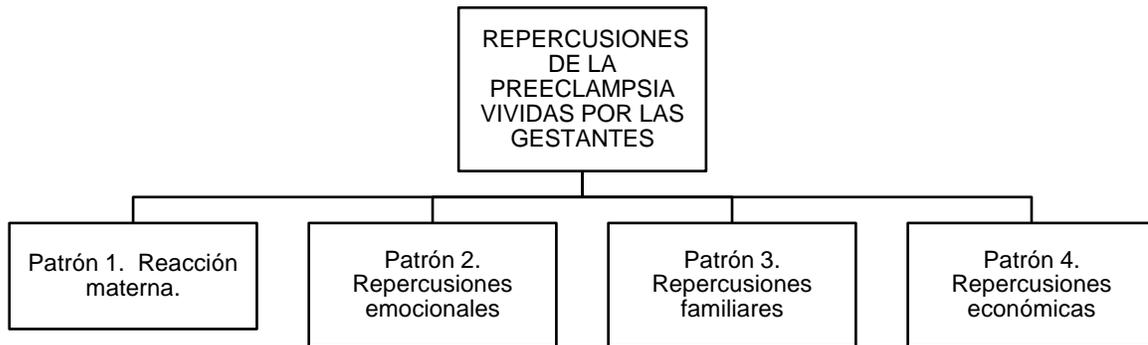
Así mismo existen factores políticos y legales que favorecen la información brindada, si se tiene en cuenta que la legislación colombiana establece que todo paciente debe ejercer su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve¹⁰⁰.

Por último se identifica que los valores culturales influyen sobre la información brindada, situación que es reconocida por las informantes como especulaciones y por las informantes generales cuando hacen referencia a los mitos transmitidos en la familia.

¹⁰⁰ MINISTERIO DE SALUD. Resolución 13437 de 1991. Op. Cit.

4.2 Tema 2. Repercusiones de la preeclampsia vividas por las gestantes

Grafica 4-3 Repercusiones de la preeclampsia vividas por las gestantes



Fuente: Norma Noguera Ortiz. Datos obtenidos de la investigación Significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia 2011- 2012.

La preeclampsia es una enfermedad que trae consigo grandes alteraciones en la madre e hijo y en consecuencia requiere un tiempo de hospitalización prolongado para control y tratamiento de la misma, situación que conduce a evidenciar en las gestantes reacciones maternas, repercusiones emocionales, repercusiones familiares y repercusiones económicas.

Ante el diagnóstico de la preeclampsia se puede identificar que ellas reaccionan con sorpresa frente a la enfermedad, aparecen reacciones frente a la hospitalización y se presentan deseos o anhelos maternos derivados de la experiencia de la enfermedad.

Desde lo emocional cuando las mujeres conocen que tienen preeclampsia y se ven enfrentadas a la enfermedad, surge en ellas una serie de repercusiones emocionales que se relacionan con la hospitalización, su estado de salud y el de su hijo por nacer y por la familia, generando en ellas sentimientos tales como frustración, impotencia, desesperación, bajo ánimo, aburrimiento, incertidumbre, miedo, nervios, ansiedad, felicidad y tranquilidad entre otros.

Del mismo modo, secundario a la preeclampsia y a la hospitalización se generan en ellas y sus familias algunas implicaciones o reacciones familiares, desencadenando en las

gestantes añoranza familiar y deseo de estar con sus seres queridos, y en la familia reacciones en los hijos que están en casa y en su pareja.

Por último, se logra identificar que como consecuencia de la situación de enfermedad las gestantes con preeclampsia viven repercusiones económicas que afectan a la mujer y a la economía familiar: aumento de los gastos causando implicación económica secundaria a la incapacidad, implicación económica que causa mayor trabajo para la pareja e implicación económica secundaria a la decisión de dejar de trabajar.

4.2.1 Patrón 1. Reacción materna

Enfermar supone enfrentarse a un mundo hasta entonces desconocido y negado, razón por la cual algunas de las informantes al conocer la presencia de enfermedad reaccionan con sorpresa y piensan que la preeclampsia es una patología sorpresiva e inesperada, dado que consideran ser personas sanas y tener adecuados modos de vida, además esperan que la evolución o curso del embarazo sea normal, al respecto se observa en las madres del estudio facies de asombro y negación frente a la aparición de la enfermedad; el hallazgo anteriormente descrito también se pudo conocer en la investigación realizada por Pérez Belia (2011)¹⁰¹ en la cual se logró identificar que cuando se les informa el diagnóstico de la preeclampsia, las informantes expresan sorpresa, como algo inesperado, que nunca pensaron les pudiera suceder.

Para una de ellas al tener preeclampsia ha sido muy difícil aceptarlo y más aún por el hecho de tener a su hija recién nacida en la incubadora, situación que refiere no asimilar.

“porque me iba a dar eso a mí si yo soy muy sana” I1 E1

“uno no cree, todavía me cuesta creer que a mí me pasó eso, porque generalmente siempre he sido muy sana, entonces para mí ha sido como muy difícil aceptarla, y más ahorita ver mi niña ahí en esa incubadora como que todavía no asimilo todo eso” I1 E2

¹⁰¹ PÉREZ HERRERA, Op. Cit., p. 76.

“todo me imaginé pero menos que estuviera sufriendo de preeclampsia” I3 E1

“al comienzo fue duro, pues yo no me lo esperaba, yo creía que mi embarazo iba a ser normal” I6 E2

La preeclampsia en las gestantes es percibida como algo que no se espera, ya que es considerada una enfermedad nueva, de la cual hay poco conocimiento o no se había escuchado en épocas anteriores.

“es algo que uno no se espera, es algo como nuevo, es algo novedoso que ha salido ahora porque antiguamente... yo que he hablado aquí con mamás que estado en el mismo cuarto ellas dicen pero esto es que es raro, o sea esto nunca se había escuchado o sea en otros partos nunca antes se había escuchado, ni siquiera en épocas antiguas que las mamás tenían hasta ocho hijos y nada les pasaba” I8 E2

Para algunas de ellas la presencia de enfermedad representa sorpresa, dado que previo al diagnóstico no hubo percepción de los signos y síntomas de alarma y una vez realizado el diagnóstico, los valores de la tensión arterial se han encontrado dentro de parámetros normales, situaciones que hacen pensar a la gestante que su estado de salud es normal y en consecuencia presente negación frente a la enfermedad.

“yo todavía en este momento no creo que tenga esa enfermedad.....no porque se supone que.. pues sería grave si se subiera todos los días la tensión, pero desde que llegué acá todo ha sido normal, hasta las tensiones normales” I1 E1

“no me imaginaba que me fueran a encontrar la tensión alta porque siempre me decían que tenía que estar alerta si sentía pitos en los oídos, dolor de cabeza y ver lucecitas, pero yo no consulté por eso” I6 E1

“yo nunca me imaginé que cuando me hospitalizaron me iba a dar esto, porque nunca me dio síntomas de los que dicen que da la preeclampsia, pero con los exámenes me la descubrieron” I6 E2

Otra reacción materna identificada es la reacción frente a la hospitalización; algunas de ellas no ven la necesidad de estar hospitalizadas dado a que los medios diagnósticos y paraclínicos muestran parámetros de normalidad “todo sale bien”, además se puede identificar añoranza familiar, situación que es frecuente por el tiempo de hospitalización prolongado que experimenta la paciente con diagnóstico de preeclampsia.

“yo ya quiero irme para mi casa porque todo sale bien, los exámenes salen bien, los doppler salen bien. Las tensiones salen bien, entonces no veo la necesidad de estar acá”

I1 E1

Del mismo modo se hace evidente que la hospitalización es una experiencia no grata, debido a que a causa de la preeclampsia ellas se ven obligadas a modificar sus estilos de vida durante la hospitalización y en ésta no se realizan actividades para la utilización del tiempo o para la distracción.

“cuando me dijeron que me tenía que quedar unos días, yo como así que unos días, yo ya estaba.... harta porque acá sentada, sin hacer nada, mirando para el techo” I2 E1

En este patrón también se puede identificar que frente a la hospitalización la gestante puede reaccionar con cambios en el estado de ánimo como estar irascible e irritable, porque como consecuencia de la misma una de ellas presentó alteraciones en el sueño y descanso, ya que era imposible dormir por factores del contexto y ambientales como el ruido y el alojamiento en habitación compartida, además señala factores tecnológicos como la toma de tensión arterial cada hora o cada dos horas.

Al respecto, Medina Cordero y otros (2009)¹⁰², señalan que la mayoría de los pacientes no descansan ni duermen bien durante su estancia en el hospital, unas veces por el proceso patológico que está viviendo la persona, y en otras ocasiones no tiene nada que ver con su enfermedad, sino con causas ambientales como el ruido, la iluminación, falta

¹⁰² MEDINA CORDERO, A. FERIA LORENZO, D.J. OSCOZ MUÑOZ, G. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. Revista Enferm. glob. Vol. 17. 2009. Consultado: abril de 2012. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300005&lng=es

de intimidad e interrupciones por procedimientos terapéuticos, por lo cual el patrón normal del sueño puede verse alterado, y este hecho, va a hacer que la persona que permanece en un servicio de hospitalización no pueda concluir con éxito el descanso diario necesario, constituyendo un factor negativo que repercute e influye en el estado del paciente.

“a mí me afecta mucho el no dormir y allá era imposible dormir porque pues el ruido, adicionalmente que tiene una compañera uno al lado, que tenían de pronto un bebé ahí entonces pues uno no podía descansar” I2 E2

“me controlaban las cifras de tensión cada hora cada dos horas era imposible poder conciliar el sueño por más de tres horas seguidas y eso para mí fue terrible porque eso hacía que me doliera la cabeza y que yo estuviera muy irascible llegaba mi esposo con toda la mejor voluntad a saludarme y todo y yo no, a veces pues no, pues a pesar de que me ponía contenta de verlos al mismo tiempo estaba muy irritable” I2 E2

Teniendo en cuenta que la gestante con preeclampsia requiere un tiempo prolongado de hospitalización para vigilancia del bienestar materno y del hijo por nacer, algunas de ellas deciden estar calmadas, no estresarse, tener paciencia y resignación frente a la hospitalización, reacciones que pueden permitir afrontar de la mejor manera la enfermedad.

“cuando me hospitalizaron yo me resigné a que tenía que estar acá, que tenía que estar calmada y tener paciencia, entonces pues mi decisión fue no estresarme y quedarme ya acá esperando que naciera mi bebé” I6 E1

“sé que me toca esperar entonces tengo paciencia” I6 E1

Dentro de las reacciones maternas identificadas también se pudo establecer el deseo materno, el cual es entendido como aquello que ellas anhelan teniendo en cuenta la experiencia de tener preeclampsia.

Uno de los mayores deseos que ellas expresan es estar en casa con la familia, ya que la hospitalización despierta en ellas sentimientos de añoranza familiar, a pesar de que

reconocen la importancia de la hospitalización tanto para ellas como para sus hijos por nacer.

“yo creo que lo mejor que uno puede hacer es estar en la casa con su familia, pero por el bien del bebé toca quedarse aquí” I3 E1

“Yo espero que ojalá no tenga que quedarme mucho tiempo acá, pero si tengo que quedarme lo voy a hacer para que mi bebé esté bien” I5 E1

Otro de los deseos maternos está relacionado con el bienestar de la salud de ellas y la salud de sus hijos por nacer, esperan y anhelan que todo salga bien, que nazca el bebé y puedan tener sus hijos con ellas en casa.

“en este momento quiero.... Ay Dios.... Que la tensión se normalice y me digan que me puedo ir para la casa” I7 E1

“todos los días quisiera que ya fuera el día de tener mi bebé e irme” I6 E1

“yo espero que todo salga bien, ya mañana es el día que sale el bebé y pues que salga bien, que podamos salir juntos sanos” I8 E2

Una de ellas desea que en la asignación de habitaciones se tuviese en cuenta el tiempo de hospitalización y patología que se padezca, lo cual le permite a la gestante hospitalizada ganar confianza con otras pacientes, lograr mayor entretenimiento y hacer más agradable la hospitalización.

“que nos ubicaran con gente que tenga que quedarse también más tiempo, por ejemplo mamitas con la misma enfermedad, porque diariamente están cambiando todas las pacientes y todas no son iguales, entonces uno se aburre más, en cambio cuando empiezas a conocer gente se empieza a calmar la situación porque estás entretenida hablando” I1E1

“que nos reunieran pacientes así, como con la misma enfermedad, que no tengan ellas que estar trasladando a toda hora la misma gente, porque uno pues les habla ahí a las que llegan pero igual ellas se van al otro día y no duran acá más de dos días y pues uno vuelve y ya cae como en ese estado maluco” I1 E1

4.2.2 Patrón 2. Repercusiones emocionales

La preeclampsia provoca cambios significativos en la vida de la mujer gestante que no solo afectan su salud física sino también su estado emocional y su bienestar; a nivel emocional cuando las mujeres conocen que tiene preeclampsia y se ven enfrentadas a la enfermedad, surge una serie de repercusiones emocionales que se relacionan con la hospitalización, su estado de salud y el de su hijo por nacer y por la familia.

En cuanto a la hospitalización cada individuo reacciona de manera diferente, dependiendo de la naturaleza de la enfermedad, de su personalidad, y de su situación vital. Algunos pacientes lo interpretan como un lugar seguro del que van a obtener cuidado y alivio en sus síntomas mientras que otras personas lo ven como un lugar que aumenta su ansiedad¹⁰³, es así como las informantes señalan sentimientos frente a la hospitalización como frustración, impotencia, desesperación, bajo ánimo, aburrimiento, incertidumbre y tranquilidad.

El que la mujer gestante se sienta bien y no perciba alteraciones en su salud genera respuestas emocionales como la frustración, dado a que la enfermedad genera hospitalización y modificaciones en su estilo de vida, lo cual sucede con la preeclampsia.

“frustración... no fue horrible, horrible, porque pues igual yo no me sentía mal, o sea yo aparentemente no me sentía mal” I2 E1

“la frustración es la impotencia de hummmm.... de no saber qué poder... no poder hacer nada, que me tocaba quedarme como en un sitio sin poder hacer nada más” I2 E1

¹⁰³ LÓPEZ IBOR, M. ME. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *Sentencias med Interna*. vol. 24, N° 5. 2007. pp. 209-211. <http://DX.Doi.org/10.4321/S0212-71992007000500001>

Teniendo en cuenta que la preeclampsia es una patología que requiere periodos prolongados de hospitalización, en ellas se generan sentimientos de desesperación aunque reconozcan la importancia de la hospitalización.

“sentí.... tristeza, aburrimiento heee, desesperación, ya me estaba desesperando” I2 E1

“si ya le toca a uno quedarse acá pues le toca, pero si se desespera uno mucho.... Y eso que acá es bonita la vista (risas), pero yo ya estaba desesperada” I2 E1

“uno se desespera al pasar el tiempo” I4 E1

La hospitalización en la gestante con preeclampsia condiciona a que ellas no pueden tener acompañamiento permanente de la familia causando añoranza familiar, lo cual repercute emocionalmente en las informantes referido como bajo estado de ánimo; además refieren que la hospitalización produce aburrimiento, por el hecho de tener que estar “encerradas”, tenerse que someter a procedimientos que son molestos “los chuzones” y no tener actividades para realizar.

“pues el hecho de tener la enfermedad y de estar hospitalizado hace que a uno se le baje completamente el ánimo, porque pues por más de que la gente sea pues muy querida y muy atenta pues uno no está en su casa” I2 E2

“la hospitalización no es tan traumática, pero siempre uno se aburre por lo que esta acá encerrado y todo eso” I3 E2

“es aburrido estar hospitalizado, además los chuzones son molestos y uno extraña la casa” I3 E2

“ya estoy cansada de estar acá hospitalizada porque me siento bien, no se me ha subido la tensión ni nada, ya me quiero ir para la casa” I3 E1

“uno se aburre porque la verdad no es mucho lo que se puede caminar acá” I6 E1

En cuanto a las repercusiones emocionales otro de los sentimientos que se hace presente frente a la hospitalización es la incertidumbre, al respecto una de ellas manifiesta que la preeclampsia y la hospitalización le ha generado incertidumbre al no saber qué va a pasar con su salud y con la salud del bebé por nacer, si las cosas van a salir bien o mal, si la tensión se vuelva a subir y convulsione; la incertidumbre se deriva del desconocimiento de lo que sucederá a futuro y de lo inesperado.

“tenía incertidumbre porque... yo no sabía qué iba a pasar, yo no sabía si la cesárea iba a salir bien o iba a salir mal, si en el transcurso a que cumpliera las 34 semanas heee iba a tener otra subida de tensión e iba a convulsionar y no sabía qué le iba a pasar a mi bebé y a mí, es muy complicado” I5 E2

La tranquilidad es una de las repercusiones emocionales que ellas refieren frente a la hospitalización, señalan que la hospitalización les genera tranquilidad ya que sienten que en el hospital las tienen controladas; del mismo modo la información suministrada por parte del equipo médico genera en ellas tranquilidad, confianza frente a la atención recibida e influye positivamente en el estado emocional de las gestantes, lo cual les permite tener un mejor afrontamiento de la preeclampsia y la hospitalización.

“estando acá ya me he sentido más tranquila, los médicos me dicen que estoy controlada y que esperamos hasta la semana 34 para ya tener mi bebé” I6 E1

“después de la monitoría se tranquiliza uno porque los doctores le dicen que todo está bien” I3 E1

Otro tipo de repercusiones emocionales identificadas en ellas son aquellas que surgen como consecuencia de su estado de salud, el cual desencadena los siguientes sentimientos: miedo, nervios, ansiedad, tristeza, tranquilidad y temor a la muerte.

El miedo, los nervios y la ansiedad son manifestaciones emocionales que se presentan como consecuencia de su estado de salud, ya que ellas reconocen que la preeclampsia es una patología que puede complicar su salud y en consecuencia el estado de salud de su bebé; al conocer que tienen una alteración de la salud y el diagnóstico de la

enfermedad refieren haber sentido nervios, ya que esta situación es algo inesperada, nervios porque de pronto encuentren algo malo y nervios a causa de procedimientos que puedan generar dolor como la cesárea.

“Pues me da también un poquito también de terror, porque yo he escuchado que esa enfermedad también puede cobrar las vidas tanto del bebé como de la mamá... entonces me da un poquito de miedo” I6 E1

“un poquito de ansiedad me ha dado de que la preeclampsia me afecte a mí y afecte al bebé en algún momento” I8 E2

“pues sentí nervios porque todo me imaginé pero menos que estuviera sufriendo de preeclampsia” “nervios, porque de pronto encuentran algo malo” I3 E1

“nervios de todas maneras claro... por la cesárea; porque eso duele mucho” I3 E2

Al ser la preeclampsia un estado incierto y una enfermedad en la que no se sabe qué va a pasar, genera en una de ellas sentimientos de tristeza, los cuales se pueden modificar si al momento de brindar cuidado de enfermería se tiene en cuenta dar educación e información que permita resolver dudas e inquietudes en la gestante.

*“tristeza, porque uno no sabe qué va a pasar es un estado totalmente incierto”
“hay veces que estoy bien, hay veces que estoy triste porque no sé qué pueda pasar” I5
E1*

Al respecto, el estudio de caso realizado por Suárez Soler y Puertas de García (2008), sobre “vivencias de la mujer embarazada con hipertensión arterial” muestra que la informante hace referencia a 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 complicación del mismo¹⁰⁴.

En relación con el estado de salud, ellas expresan que el sentirse bien, el no presentar ninguna alteración y tener las cifras de tensión arterial normales les genera sentimientos de tranquilidad.

“sigo exactamente igual, de pronto un poco más tranquila porque yo me siento bien, porque sé que mis cifras tensionales están muy bien” I5 E2

“también me siento más tranquila porque no he tenido ninguna alteración acá, de pronto si la hubiera tenido estaría más nerviosa” I6 E1

Cuando ellas conocen que tienen preeclampsia presentan sentimientos relacionados con la muerte de sí mismas y de sus hijos por nacer; ellas piensan que se van a morir y buscan planear el futuro de sus hijos para que sean cuidados, además refieren que conocen la relación de muerte y preeclampsia porque lo han escuchado de otras personas, han visto casos y en el consentimiento informado estaba escrito. Con relación al pensamiento de muerte una de ellas manifiesta que le llegó a decir a su esposo y a su familia que si llegaba a morir cuidara a los niños y que estuvieran pendientes.

“pues uno escucha preeclampsia y ya dice la mamá ya se va a morir, es lo que uno normalmente escucha” I2 E1

“incluso yo llegué a decirle a mi esposo que si yo me llegaba morir que pues cuidara a los niños” “un día le dije yo que si yo me iba a morir que él (esposo) estuviera pendiente” “yo a toda la familia le decía que por favor me cuidaran los niños, porque yo pensaba era que muy seguramente a mí algo me iba a pasar” “yo me imaginé que me iba a morir” “cuando me hospitalizaron uno firma un consentimiento pues no le dicen eso, pero dice allí que uno puede morir en el parto” I2 E2

¹⁰⁴ SUÁREZ SOLER, Op. Cit., p. 6.

“puede que de un momento a otro se muera la mamá, se muera el bebé” I5 E1

“yo ya he escuchado casos donde las mamitas se han muerto y yo no... mi hija pienso mucho en mi hija” I6 E1

En el estudio sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo embarazo-puerperio que sobrevivieron a una morbosidad materna grave realizado por Pinho Carvalheira y otros¹⁰⁵, el miedo de la muerte fue expuesto por las mujeres no solo de sí mismas, también estuvo relacionado a la pérdida del hijo. La muerte materna es evento que ocurre cuando se está generando vida, lo que la torna todavía más inconcebible por causar marcas profundas en los familiares y profesionales.

De la misma manera, la investigación de Vasconcelos, Pinherio y otros realizada en Brasil (2007)¹⁰⁶, muestra que los sentimientos presentes en las mujeres gestantes y puérperas con preeclampsia fueron el 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 mujeres.

Al respecto, en la investigación de Pérez Belia (2011)¹⁰⁷, las mujeres refieren que reaccionan ante el diagnóstico de preeclampsia con temor por el riesgo de morir ella y su hijo, con sentimientos pesimistas. Para ellas la preeclampsia antecede a la muerte, surgiendo los sentimientos perturbadores, generalmente, ignorados por los proveedores de la salud. Teniendo en cuenta lo anterior surgen los siguientes interrogantes: ¿será que la información que se brinda a la gestante con preeclampsia en relación con las complicaciones de la enfermedad es realmente clara? ¿La enfermera (o) tiene en cuenta los sentimientos y emociones de la gestante con preeclampsia al momento de brindar cuidado?

¹⁰⁵ PINHO CARVALHEIRA, Ana Paula . PAMPLONA TONETE, Lúcia . GARCIA DE LIMA PARADA, Cristina Maria. Sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo embarazo-puerperio que sobrevivieron a una morbosidad materna grave. Rev. Latino-Am. Enfermagem. vol. 18, N° 6. pp. 1187-1194. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-1169201000060002>

¹⁰⁶ VASCONCELOS DANIELA., Op. Cit., p. 348.

¹⁰⁷ PÉREZ HERRERA, Op. Cit., p. 76.

El Boletín Epidemiológico Semanal Semana epidemiológica 11 de 2011¹⁰⁸, señala que la principal causa de muerte materna son los trastornos hipertensivos, situación que no solo alerta al personal de salud sino a la población en general y en especial a la mujer gestante.

Con respecto a las repercusiones emocionales derivadas por el estado de salud del hijo, ellas expresan miedo, ansiedad, frustración, tristeza, susto, tranquilidad y felicidad.

En cuanto al miedo, ellas informan que se presenta por lo inesperado que pueda pasar al bebé, como la muerte y el parto antes del término, además refieren ansiedad al pensar en que el bebé no tenga una evolución normal; es evidente que para ellas prima el bienestar de sus hijos sobre el bienestar propio, aceptando la hospitalización y modificaciones en los estilos de vida y así lograr un embarazo con feliz término.

“los sentimientos sí se han afectado porque con la preeclampsia se siente miedo por el bebé” I3 E2

“me ha provocado ansiedad en eso, el saber que mi bebé no tenga una evolución normal” I8 E2

“Pues me da también un poquito también de terror, porque yo he escuchado que esa enfermedad también puede cobrar las vidas tanto del bebé como de la mamá... entonces me da un poquito de miedo” I1 E1

“ya me habían dicho que me sacaban la niña antes de tiempo, pues eso lo llena a uno de miedo, de temores, de todo eso” I1 E2

¹⁰⁸ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Boletín Epidemiológico Semanal. Semana epidemiológica 11 de 2011. Consultado: abril 25 de 2012. Disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Boletin_epidemiologico_Semana_11.pdf

“lo único que me preocupa es que mi bebé esté bien, o sea que no le vaya a pasar nada, es lo único que me pone a pensar” I7 E1

Llama la atención que la información que brinda el equipo de salud puede desencadenar sentimientos para la madre como el miedo y el susto, situación que se debe analizar en el equipo de salud con el fin de identificar fallas en la transmisión de la misma o en el lenguaje utilizado; aunque como se mencionó anteriormente dicha información también puede repercutir positivamente generando sentimientos de tranquilidad.

“yo me llené de miedo, porque igual en todo el embarazo me dijeron que la niña tenía un retardo del crecimiento intrauterino y ella todavía no estaba pesando los 1000 gr, entonces me dio mucho miedo, porque igual el médico me había dicho que si ella nacía de menos de 1000 gr era menor la posibilidad de que ella sobreviviera y que si sobrevivía pues iba a tener muchas complicaciones por su salud” I1 E2

“sentí susto porque me dijeron que de una vez me iban a hacer cesárea para sacar el bebé” I3 E1

“cuando le dicen a uno la cantidad de implicaciones que tiene, pues uno se preocupa muchísimo sobre todo por el bebé” I5 E1

Otro de los sentimientos identificados en una de las informantes es la frustración y tristeza, por no poder hacer nada por su hija, el no ver una evolución satisfactoria y el dejarla hospitalizada queriendo llevársela pronto a casa; aunque reconoce factores tecnológicos y el contexto ambiental de la unidad de recién nacidos como algo “bueno” para su bebé.

“me da como frustración no poder hacer nada por mi niña, porque a pesar de que yo sé que ella está en las mejores manos y he escuchado que acá la unidad de recién nacidos para ellos es buenísima” I1 E2

“dejar la niña acá y llegar al otro día y darse cuenta uno que lo que subió de peso volvió y lo bajó, que le salió una nueva cosa, todo eso significa mucho más tiempo aquí en el

hospital, entonces como que me da frustración ver todo eso, porque pues uno de madre quiere llevarse a sus niños rápido” I1 E2

“(dejar la bebé hospitalizada es) la tristeza más grande del mundo, porque lo que yo le digo uno espera poder irse con su bebé y ver que eso no es posible es muy duro” I1 E2

Una vez ocurrido el nacimiento una de ellas manifiesta haber sentido tranquilidad y felicidad, porque siente que su hija recién nacida ya no depende de ella, de sus alteraciones y su enfermedad y la tranquiliza el saber que extrauterinamente está recibiendo otras ayudas adicionales en la unidad neonatal, al indagar al respecto la informante muestra alegría y facies de felicidad.

“ya nació mi bebé y eso me tiene mucho más tranquila, el hecho de que ella esté como fuera de mí y que sea otro cuerpito independiente y esté que esté recibiendo como otras ayudas es tranquilizante y que no dependa de mí, de mis alteraciones y mis enfermedades” I5 E2

“después de todo me siento pues feliz porque mi muñeca logró superarlo, porque era lo que me preocupaba y que yo pudiera superarlo, así esté medicada y todo eso” I5 E2

La preeclampsia es una enfermedad que requiere un tiempo de hospitalización prolongado para su control y manejo, en consecuencia de ello causa separación de la gestante y su entorno familiar, situación que genera en ellas implicaciones emocionales por la familia desencadenando sentimientos de tristeza, miedo y depresión. Al respecto, algunas de ellas expresan tristeza y miedo frente a la preeclampsia y la hospitalización, dado a que tienen que separarse de sus hijos que están en casa; adicionalmente manifiestan temor de lo que pueda pasar por ser la preeclampsia considerada como algo “grave”.

“me dio duro porque me dijeron también que tenía que quedarme hospitalizada.... en mi casa me espera mi hijo y mi esposo, mi familia...” P 1 E1

“me da a veces mucha tristeza de pensar en mi hija... pero pues ya superándolo” “me dio mucho miedo pues de pensar en mi hija (llora) porque al igual yo he escuchado que eso es grave” I6 E1

Anímicamente refieren que se han tratado de deprimir estando hospitalizadas, por estar encerradas y porque extrañan disfrutar de su familia, su casa y su trabajo.

“anímicamente ya me he tratado de deprimir aquí encerrada, pues porque me hace falta mi familia, a pesar de la comodidad que se siente acá no es lo mismo que estar uno en su casa con su familia y disfrutando con ellos” I1 E1

“en el alejamiento de la casa todo es muy feo, extraño la casa, mi trabajo” I8 E1

Del mismo modo, la investigación realizada por Pérez Belia (2011)¹⁰⁹ identifica que las informantes del estudio sienten temor con la indicación de hospitalización, ven en las medidas terapéuticas, en especial la internación, un motivo más de preocupación, porque las aleja de su contexto y entorno familiar.

4.2.3 Patrón 3. Repercusiones familiares

El diagnóstico de preeclampsia y la necesidad de hospitalización, condiciona a que en ellas y su familia se generen algunas implicaciones o reacciones a nivel familiar, desencadenando en ellas añoranza familiar y deseo de estar con sus seres queridos y en la familia reacciones en los hijos que están en casa y en su pareja.

En un contexto diferente, Beltrán Oscar (2009)¹¹⁰, en la investigación sobre la experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo, pudo conocer que la experiencia de padecer una enfermedad crítica y la hospitalización es una experiencia

¹⁰⁹ PÉREZ HERRERA, Op. Cit., p. 76.

¹¹⁰ BELTRÁN SALAZAR, A. La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. Aquichan 2009; pág. 923-37. Consultado el 16 de marzo de 2012. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74111465004>.

difícil porque aleja del hogar, aísla de la familia, en un ambiente diferente de aquel en el que se desarrolla la vida cotidiana y que no siempre es agradable.

En ellas la añoranza familiar es una situación que se presenta durante la hospitalización y que genera la necesidad de querer estar disfrutando con sus seres queridos; al respecto ellas refieren que les hacen falta sus hijos, el esposo y el amor de la familia, situación que anímicamente las afecta y les genera aburrimiento.

“anímicamente ya me he tratado de deprimir aquí encerrada, pues porque me hace falta mi familia, a pesar de la comodidad que se siente acá no es lo mismo que estar uno en su casa con su familia y disfrutando con ellos” I1 E1

“lo mejor que uno puede hacer es estar en la casa con su familia” I2 E1

“por la hospitalización uno extraña la casa y la familia, aunque yo sé que aquí estoy bien” I4 E2

“obviamente que uno en la casa está más con el amor de la familia, entonces aquí un poquito aburrida” I7 E1

Durante la hospitalización, ellas refieren tener deseos en relación con la familia, los cuales son referidos como poder compartir mayor tiempo con sus familiares, tener la posibilidad de un acompañante en la noche y la posibilidad de poder ingresar al hospital los hijos que las están esperando en casa; es conveniente que los profesionales de enfermería tengan en cuenta lo que ellas desean con el fin de brindar una estadía hospitalaria más agradable para la gestante, tendiente a impactar positivamente en el estado de salud no solo física sino emocional.

“el hecho de tener la posibilidad de estar con un acompañante por la noche hubiera sido fabuloso para mí, o sea alguien que estuviera, o que le dieran la posibilidad a mi hijo de entrar, porque yo sé que es un hospital y todo pero él es un niño de cinco años y yo le hago falta” I2 E1

“pero es como poder estar con la familia porque se iba mi esposo y yo me quedaba en la depresión más horrible del mundo cuando él se iba” I2 E1

Una vez ellas perciben control de la enfermedad anhelan quererse ir para la casa, dado a que no encuentran justificación de la hospitalización y extrañan al esposo y a la familia.

“yo ya quiero irme para mi casa porque todo sale bien, los exámenes salen bien, en los doppler salen bien” I1 E1

“me siento bien, no se me ha subido la tensión ni nada, ya me quiero ir para la casa” I3 E1

“me quiero ir para la casa, extraño a mi esposo y a mi familia, ya me quiero ir” I7 E2

En consecuencia de la situación de enfermedad de la gestante y la necesidad de hospitalización, en los hijos que están en casa surgen una serie de reacciones por la ausencia de la madre en el hogar, referidas por ellas como mal comportamiento, bajo rendimiento académico, rebeldía, llanto y depresión; como se puede observar la presencia de enfermedad no solo afecta el binomio madre e hijo, sino que afecta la dinámica familiar y causa repercusiones en los miembros de la familia.

“pero mira que ya se empiezan a ver las consecuencias, mi hijo a pesar de su edad no entiende mucho lo que está pasando pero él lo demuestra con su comportamiento, entonces se ha empezado a portar mal, ha bajado su rendimiento académico... cosas como esas”. I1 E1

“el niño se estaba portando muy mal, estaba muy grosero pues igual él no preguntaba por mí ni nada pero estaba rebelde, todo eso, y ahorita que ya llegué a la casa ya le ha bajado la agresividad y tratamos con mi marido de tratarlo bien” I1 E2

“no entendía por qué no estaba con él y con la ansiedad de ver a su hermanito él lloraba acá y cuando le decían que me iban a dar de alta y no me la daban y pues él se ponía era a llorar y era terrible” I2 E2

“el tener la enfermedad me ha dado muy duro, porque yo sé que mi hija ha estado muy deprimida, de todas maneras, en el colegio me empezó a bajar el rendimiento, bien” I6

E2

Del mismo modo que en lo hijos, la preeclampsia también trae consigo reacciones familiares en la pareja, al respecto una de ellas menciona que su esposo tuvo que asumir una carga económica más, lo cual le demandaba mayor tiempo laboral y limitaba el tiempo para compartir con ella; además informa que también se vio afectada su vida sexual, ya que no pudo volver a tener relaciones sexuales con el esposo.

“mi esposo tuvo una carga económica más que asumir y el hecho de que mi esposo no pudiera estar conmigo a toda hora ya que él tenía que trabajar” I2 E2

“yo tendría seis meses algoito, casi siete y pues no pude volver a tener relaciones con mi esposo” I2 E2

4.2.4 Patrón 4. Repercusiones económicas

La situación de enfermedad en las gestantes con preeclampsia causa repercusiones económicas que afectan a la mujer y a la economía familiar; en este patrón ellas mencionan algunas implicaciones económicas que se relacionan con el aumento de gastos, implicación económica secundaria a la incapacidad, implicación económica que causa mayor trabajo para la pareja e implicación económica secundaria a la decisión de dejar de trabajar.

En cuanto al aumento de los gastos económicos, una de ellas refiere que la prematuridad y la hospitalización del recién nacido ha aumentado los gastos; situación que no hubiese afectado sus vidas si el embarazo hubiera transcurrido sin complicaciones y sin presencia de enfermedad; por tal motivo se debe tener en cuenta la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con el fin de identificar tempranamente el riesgo y disminuir la morbilidad en el binomio madre e hijo.

“más tiempo acá en la unidad y eso significa también que el bolsillo nos toca más duro, porque igual siempre han sido gastos fuertísimos, los solos pañales de prematuro son carísimos, más caros que los pañales para un bebé normal, entonces eso son gastos” I1

E2

El hecho de que ellas tengan preeclampsia y requieran de incapacidad médica, genera implicaciones económicas que afectan su economía dado a que dejan de recibir comisiones y bonificaciones, adicionalmente señalan que durante el transcurso de la enfermedad han dejado de producir y su salario será de acuerdo a la incapacidad.

“en el trabajo ya no puede hacer lo mismo que hacía antes porque pues ya estaba incapacitada, yo trabajo en el área comercial y yo dependo de de las comisiones y las bonificaciones y las bonificaciones fueron dos meses que no puede recibir nada de eso y eso me afectó bastante mi economía” I2 E2

“prácticamente la preeclampsia si me ha afectado, porque obviamente no no estoy produciendo, pero de todas formas pues toca esperar a ver qué pasa pero de todas formas como yo estaba trabajando pues igualmente el sueldo me irá a llegar de acuerdo a la incapacidad” I8 E2

Del mismo modo, la preeclampsia causa implicaciones económicas en la pareja, dado a que ésta tiene que asumir los gastos del hogar, situación que representa para el cónyuge mayor trabajo y dedicación de tiempo; adicionalmente mencionan que la situación de enfermedad causa un alza en los gastos familiares.

“mi esposo tuvo una carga económica más que asumir y el hecho de que mi esposo no pudiera estar conmigo a toda hora ya que él tenía que trabajar” I2 E2

“la preeclampsia no ha afectado lo económico, porque yo no trabajo, pero a mi esposo si se le han subido los gastos” I3 E2

Una de ellas señala que la preeclampsia la ha afectado económicamente, porque dejó de trabajar para cuidarse durante el embarazo, para estar mejor y tranquila, aunque

trabaja como independiente; llama la atención que informa que la EPS no le quiere pagar la incapacidad, siendo ésta un derecho que tiene la gestante en calidad de cotizante y que está reglamentado en la Ley 100 de 1993 artículo 206.

“ahorita no estoy trabajando, dejé de trabajar para cuidarme cuando quedé embarazada para estar mejor y tranquila, ahora estoy trabajando como independiente” I7 E1

“yo llevo como mes y medio sin trabajar y la EPS no me quiere pagar la incapacidad de los cuarenta días porque la de los ochenta y algo yo me imagino que me la tendrán que pagar, pero me han puesto mucho problema con lo de las incapacidades” I7 E2

“económicamente la preeclampsia me ha afectado porque no estoy trabajando y no he recibido ningún dinero” I7 E2

A partir del conocimiento que se tiene en relación con las repercusiones de la preeclampsia vividas por las gestantes y teniendo en cuenta lo planteado por Leininger en el modelo del sol naciente, se puede identificar que existe relación con los factores tecnológicos, factores educacionales, familia y factores sociales, el contexto y el medio ambiente, factores económicos, modos de vida y factores políticos y legales.

Los factores tecnológicos influyen en la reacción materna, ya que por medio de la utilización de medios tecnológicos como la toma de tensión arterial, toma de paraclínicos y medios de diagnóstico se identifica la presencia de enfermedad, situación frente a la cual ellas reaccionan con sorpresa por el hecho de no reconocer la percepción de signos y síntomas de la misma.

En cuanto a los factores educacionales se puede determinar que la información que brinda el equipo de salud genera tranquilidad a la paciente, aunque cabe anotar que ésta también puede generar sentimientos negativos como temor y susto al ser ellas informadas de las complicaciones que la preeclampsia puede tener en su hijo.

Se identifica que la familia y factores sociales hacen parte de la reacción materna, ya que frente a la hospitalización ellas presentan añoranza familiar y desean o anhelan estar con

su familia durante el diario vivir y curso de la enfermedad; además, en este factor la pareja está directamente afectada ya que tiene que asumir una mayor carga económica para poder dar respuesta a la economía familiar.

El contexto y el medio ambiente influyen en la reacción materna dado que algunos factores ambientales de la hospitalización como el ruido, el alojamiento en habitación compartida, la realización de procedimientos y el tratamiento terapéutico conducen a alteraciones en ellas que están relacionadas con la falta de descanso y cambios en el estado de ánimo.

Del mismo modo el contexto de la hospitalización repercute en los sentimientos de ellas, ya que el tiempo prolongado de la misma genera ansiedad y aburrimiento, aunque cabe resaltar que el hecho de estar ellas hospitalizadas y sus hijos recién nacidos les genera tranquilidad al percibir control de la enfermedad y tratamiento especializado.

La hospitalización genera en ellas añoranza familiar, dado que están alejadas del hogar y aisladas de la familia; la presencia de preeclampsia y la ausencia materna en el hogar también afecta la familia y factores sociales, principalmente en los hijos identificando cambios en el comportamiento, en el estado emocional y en el desempeño académico; en cuanto a la pareja se ve afectada la vida sexual y laboral.

También se identifican alteraciones en los factores económicos, dado que la hospitalización de la gestante como la hospitalización del recién nacido genera gastos adicionales que repercuten en la economía familiar.

Del mismo modo el cambio en los estilos de vida repercuten sobre el estado emocional, ya que la presencia de enfermedad y hospitalización les implica dejar a un lado sus actividades cotidianas lo cual les genera sentimientos de desesperación e implicaciones económicas al tener que dejar de trabajar para cuidar del embarazo.

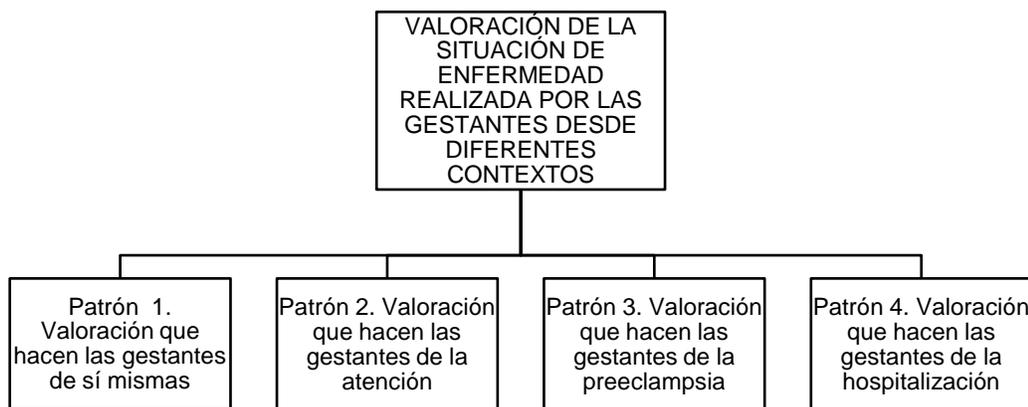
De igual forma los factores políticos y legales repercuten en la gestante, si se tienen en cuenta las normas del hospital en donde se reglamenta la visita para las pacientes, además se puede apreciar que no se está cumpliendo con lo estipulado por la Ley 100

de 1993 en cuanto a las incapacidades y en consecuencia los derechos de ellas están siendo vulnerados.

4.3 tema 3. Valoración de la situación de enfermedad realizada por las gestantes desde diferentes contextos

Las gestantes con preeclampsia durante todo el proceso de enfermedad valoran lo que les está sucediendo desde diferentes contextos, en los cuales se identifica la valoración que hacen de sí mismas, la valoración que hacen de la atención recibida por parte del equipo de salud, la valoración que realizan frente a la enfermedad y la valoración que hacen frente a la hospitalización (grafica 4-4).

Grafica 4-4 Valoración de la situación de enfermedad realizada por las gestantes desde diferentes contextos



Fuente: Norma Noguera Ortiz. Datos obtenidos de la investigación *Significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia 2011 – 2012.*

4.3.1 Patrón 1. Valoración que hacen las gestantes de sí mismas

Se identifica que la gestante durante el curso del embarazo y la enfermedad realiza valoración de sí misma, identificándose en ellas la no percepción de la enfermedad, malestar emocional por la elevación de peso y la necesidad de autocontrol.

Con relación a la valoración que ellas hacen de sí mismas, se identifica que antes de realizarles el diagnóstico de preeclampsia y después de realizado, ellas no aceptan la enfermedad porque se sienten bien y no perciben síntomas de alteración; lo anterior llama la atención, dado que las gestantes al no sentirse enfermas no consultan oportunamente y cuando lo hacen ya pueden existir alteraciones en la salud del binomio madre e hijo, adicionalmente dicha percepción puede causar no adherencia en la hospitalización y manejo, ya que no ven la necesidad de ser controladas y tratadas.

“yo no me sentía mal, o sea yo aparentemente no me sentía mal” I2 E1

“pues yo aparentemente me siento bien, entonces por qué no me puedo ir si yo me siento ya mejor” I2 E1

“pues la verdad no he sentido nada, no he vivido nada raro, nada raro, la verdad yo viene me hice un control me dijeron que estaba enferma” I4 E1

“yo nunca sentí nada, síntomas no” I6 E2

En este patrón una de ellas refiere en la autovaloración sentirse desmoralizada y desanimada a causa de la elevación de peso, informa que secundario a la enfermedad, a la hospitalización y a la quietud subió seis kilos de peso, repercutiendo en su imagen corporal y estado emocional.

“me subí muchísimo de peso por la quietud y no he podido bajar de peso, eso me tiene supremamente desmoralizada porque me subí muchísimo, muchísimo de peso” I2 E2

“durante el tiempo que estuve en la hospitalización, en la casa y en el hospital subí casi seis kilos y subir todo eso lo desanima a uno más y de por sí ya saber que tiene una enfermedad” I2 E2

En una de las informantes se pudo conocer que en la autovaloración está incluido el autocontrol, ella considera que para poder afrontar la preeclampsia la mujer tiene que volverse la psicóloga de sí misma, con el fin de lograr autocontrol y tranquilidad.

“prácticamente le toca a uno volverse el psicólogo de uno mismo, porque de todas formas si uno no se tranquiliza también es grave” I8 E2

“le toca a uno volverse el sicólogo de uno mismo para uno controlarse en toda la situación que uno está viviendo en ese momento” I8 E2

Con respecto a la autovaloración en la investigación realizada por Pérez Belia (2011)¹¹¹, se identificó que son ellas las que se autovaloran, alejándose de la posibilidad de detectar signos y síntomas de alarma, que conduzcan a hacer diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, y sobre todo evitar las consecuencias de deterioro de la preeclampsia, en la salud de las madres y sus hijos por nacer.

4.3.2 Patrón 2. Valoración que hacen las gestantes de la atención del equipo de salud

A partir de la experiencia de tener preeclampsia las gestantes realizan valoración del equipo de salud haciendo referencia al equipo médico y el equipo de enfermería.

En cuanto a la atención del equipo de salud las gestantes refieren sentir tranquilidad, ya que se sienten controladas y perciben que de esta forma su salud y la de su hijo no corren riesgo; además refieren que el equipo ha sido muy amable y están pendientes de su situación de enfermedad, lo cual genera en ellas confianza frente a la atención recibida.

“me controlan y vienen controlando esa enfermedad..eh ... hay más probabilidades de que mi vida no corra riesgo y que la de mi bebé tampoco, eso es positivo, es bueno...” I1

E1

¹¹¹ PÉREZ HERRERA, Op. Cit., p. 76.

“aquí han sido muy amables, muy queridos y todo” “acá han sido muy chéveres también, están como pendientes de la cosa” I2 E1

“pues aquí lo atienden a uno bien, las enfermeras están pendientes de uno y los médicos” I3 E2

“la verdad es que ellos hacen su trabajo como debe ser” “acá me ha ido muy bien, todos se han portado muy bien conmigo, tanto los enfermeros como los médicos, no he tenido inconveniente con nadie” I4 E1

“la atención ha sido muy buena, han estado muy pendientes de mí” I5 E2

“aquí todos han sido muy buenos conmigo, los médicos están pendientes de todo, las enfermeras también” I8 E1

En cuanto a la valoración de la atención médica expresan haber recibido buen trato, reconocen que ellos están pendientes de las cosas que tienen que hacer y expresan agradecimiento por haber realizado el diagnóstico de preeclampsia oportunamente.

“me han tratado bien, el manejo de los médicos para con mi embarazo fue especial y pues gracias a Dios tengo a mi bebé y estoy feliz” I7 E2

“todo los médicos también están pendientes de las cosas que tienen que hacer, de los exámenes, de todas esas cosas” I8 E2

“yo dí con buenos médicos que se dieron cuenta a tiempo de que yo estaba así, porque o si no yo hubiera seguido y no me hubiera dado cuenta, o sea por parte de la medicina yo me siento agradecida por eso, por ese lado” I8 E2

En cuanto al equipo médico ellas identifican que las intervenciones que reciben están orientadas al diagnóstico, control y manejo de la preeclampsia. En cuanto a la atención inicial mencionan la toma de laboratorios, especialmente de orina para la realización del diagnóstico, y durante la hospitalización señalan que les realizan valoración del hijo por

nacer teniendo en cuenta los movimientos fetales, la monitoría fetal y el doppler. Además informan algunas intervenciones que son específicas para ellas como control de la tensión arterial, toma de laboratorios, la prescripción de algunos medicamentos: sulfato de magnesio, anticoagulante y pastillas para el control de la tensión arterial y la atención del parto o cesárea.

Llama la atención el hecho de que ellas valoran únicamente actividades técnico asistenciales enfocadas a brindar tratamiento a la fisiopatología de la enfermedad, pero no se reconocen actividades de tipo psicosocial y cultural que puedan favorecer el estado de salud de la paciente.

Así mismo, las informantes generales mencionan intervenciones del equipo médico dirigidas al diagnóstico y tratamiento, y señalan que ellos brindan información a las gestantes y sus familias.

De acuerdo con lo establecido en la Guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas con el embarazo (2007)¹¹², el equipo de salud debe brindar a la madre, su pareja y su familia, además de la atención profesional eficiente, apoyo psicológico, consejería y trato amable, prudente y respetuoso, que les permita tener tranquilidad y seguridad durante el tratamiento de la complicación hipertensiva.

“me hospitalizaron y me tomaron examen de orina de 24 horas y me diagnosticaron la preeclampsia” I6 E1

“me mandó a hacer una monitoría y unos exámenes de orina y de sangre” “me dejaron hospitalizada para tomarme la orina de 24 horas” I2 E1

“dos veces por semana me están llevando a hacer doppler y me están haciendo exámenes también dos veces por semana” I1 E1

¹¹² MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas con el embarazo. Op. Cit., 228-271.

“me hacen un doppler, creo que es como una medición de las arterias de la cabeza de mi bebé y el corazón” I5 E1

“me dicen que si siento al bebé, me hicieron monitoreo y me hicieron un doppler, pues la primera vez cuando vieron los antecedentes en los papeles.... en los exámenes el médico me mandó un doppler para mirar si efectivamente el bebé venía chiquito, me dijo que era un bebé pequeño pero pues que no estaba fuera de los parámetros, que todavía aguantaba ahí, que estaba recibiendo los nutrientes, porque pues estaba en condiciones normales el cordón umbilical y bueno, lo que ellos miden en el doppler y ahorita ya después de eso es como más monitoreo de tensión arterial, es básicamente lo que me hacen y nada más” I2 E1

“me pusieron sulfato, creo que es lo que baja la tensión, con suero con una cantidad de cosas y después me retiraron el sulfato y he estado con anticoagulantes y un medicamento para la tensión, una pastillita” I5 E1

“el primer día me pusieron sulfato, me tomaron examen de orina y todos los días me han venido tomado exámenes de laboratorio, más o menos cada tres días me toman un doppler para ver cómo está la bebé y me ponen anticoagulante y me dan una cápsula para controlar la tensión” I6 E1

“ un viernes por la noche se me subió la tensión altísima, entonces ya decidieron que ya no me dejaban más la niña, que era mejor sacarla ya y de una vez me llevaron para la sala de partos” I1 E2

“me hicieron la cirugía” I6 E2

*“la parte médica se encarga de diagnosticar y prescribir el tratamiento de las pacientes”
Informante general.*

*“la parte médica les explica los riesgos en caso de desembrazar y también al familiar...”
Informante general.*

En cuanto a la valoración del cuidado de enfermería llama la atención el identificar que ellas expresan recibir cuidado orientado a la dimensión fisiopatológica de la enfermedad, pero no en la dimensión emocional; al respecto justifican que la carga laboral que tienen las enfermeras es alta, motivo por el cual no pueden brindar cuidado integral a la gestante.

Ha sentido apoyo – “De pronto no anímico, porque uno entiende que las enfermeras tienen muchas más pacientes y muchas más cosas que hacer, que ponerse a anímicamente estabilizar la gente...I1 E1

“las enfermeras tratan de que uno esté cómodo, de que uno esté bien, de que cualquier cosa que uno sienta ellas puedan solucionar, pero en cuanto a lo anímico ellas no se dan mucha cuenta de cuando uno está aburrido” I5 E1

“uno entiende que las enfermeras tienen muchas más pacientes y muchas más cosas que hacer, que ponerse a anímicamente estabilizar la gente...” I1 E1

“las enfermeras acá todas son muy buena gente, a veces vienen, le hablan a uno, lo hacen reír entonces como que a uno ya se le olvidan las cosas” I6 E1

“las enfermeras son buenas, ellas a cada rato vienen y preguntan cómo se sienten, que si él bebé se ha movido, si he visto lucecitas, lo normal que ellos preguntan siempre” I8 E1

“el cuidado de enfermería ha sido bueno, todos han estado pendientes, para mí el apoyo del hospital ha sido grande para mí, están pendientes de que todo esté evolucionando bien. El cuidado de enfermería es bueno, porque llega uno aquí y no lo dejan a uno tirado, ellas están pendientes a todo momento de que la tensión, de que cualquier dolor que uno sienta” I8 E2

Al respecto, Mulens (2009)¹¹³ señala que el profesional de enfermería en sus cuidados no puede limitarse a la atención de la dimensión biológica, sino que debe evaluar la relación que establecen las personas con el medio ambiente que le rodea. Lograr cuidados de enfermería que consideren en su integralidad las reacciones emocionales y la implicación social para la mujer, esposo y familia.

Teniendo en cuenta la experiencia de la gestante con preeclampsia, ellas realizan una valoración de las intervenciones de enfermería, considerando que están orientadas a la toma de signos vitales, valoración del bienestar fetal por medio de la toma de frecuencia cardiaca fetal, toma de monitoria fetal y valoración de movimientos fetales; administración de medicamentos para control de la tensión arterial, para la maduración pulmonar fetal, administración de anticoagulante, analgésicos y sulfato de magnesio y la toma de paraclínicos con el fin de valorar el estado de la gestante.

Una de ellas refiere que las enfermeras le dejaron entrar durante 10 minutos a su hija para que la pudiera visitar, situación que le genera tranquilidad y calma durante la hospitalización.

Así mismo las informantes generales refieren brindar cuidados básicos que incluyen la toma de signos vitales, canalización de vena y toma de laboratorios; además mencionan otro tipo de intervenciones que no son reconocidas por las gestantes: apoyo emocional, brindar información acerca de su estado de salud y los procedimientos que se les van a realizar y brindar información del recién nacido, porque consideran que el equipo médico después de desembarazar a la paciente no tiene en cuenta este tipo de información.

A pesar de que el equipo de enfermería brinda cuidados acordes con la alteración de salud de la gestante, se debe tener en cuenta no solamente el cuidado técnico asistencial para mejorar el estado de salud de ellas, sino también el componente psicosocial, la pareja, la familia y sus necesidades de cuidado, con el fin de brindar un cuidado de enfermería culturalmente congruente, holístico y humanizado.

¹¹³ MULENS RAMOS, Vette. Análisis de los cuidados de enfermería ante las respuestas humanas en el Aborto Espontáneo. Rev haban cienc méd. Vol. 8, N° 3, 2009.

Al respecto, Ibarra y Gonzales (2006)¹¹⁴ señalan que el compromiso social que tiene la enfermera para cuidar a la persona, la familia y la comunidad, requiere que, además del conocimiento de la técnica, de los aspectos instrumentales del cuidado y de la comprensión intelectual, exista el conocimiento de esa otra persona, a través de una relación holística. La actual dinámica social hace que el cuidado de Enfermería se convierta en un desafío permanente, pues debe considerar los valores, creencias y prácticas de individuos que tiene bajo su cuidado, así como manifestar el respeto por la diferencia cuando ofrece dicho cuidado.

“diariamente, tanto de día como de noche pasan con esa cosita que le toman a uno la tensión, eh... pasan tomándole la tensión cada rato, de vez en cuando me ponen el del dedo y el termómetro para revisar que todo esté bien” I1 E1

“los primeros días me hicieron monitoreos fetales, me hicieron pues la toma de tensión todos los días, al comienzo fue más seguido, ahora no más son como tres veces al día, como en cada turno viene como dos veces, ya no es tan constante y tomarme la tensión pues frecuentemente y la frecuencia cardiaca y me hacen ahí a veces....” I2E1

“eran medicamentos para regular la tensión y me colocaron una inyección para madurar los pulmones del bebé” “me han tenido en monitoreo del bebé, tomándome la tensión regularmente y colocándome un anticoagulante I3 E1

“tomar la tensión todos los días, colocarme el anticoagulante y tomarme una pasta para la tensión” I3 E2

“me hacían exámenes de sangre cada dos a tres días para verificar las plaquetas” I4 E2

“todos los días me toman la tensión cada dos horas, cada hora y me monitorean que el bebé esté bien” I5 E1

¹¹⁴ IBARRA MENDOZA, Op. Cit., p. 44 – 48.

“después de tres horas que me hicieron la cesárea me lo colocaron, me colocaron el sulfato, me colocaron sonda y me mantuvieron con líquidos aplicándome analgésico y después de 24 horas me retiraron la sonda y el sulfato” I6 E2

“el primer día me pusieron sulfato, me tomaron examen de orina y todos los días me han venido tomado exámenes de laboratorio” I6 E1

“me ponen anticoagulante y me dan una cápsula para controlar la tensión” I6 E1

“me han tomado la tensión, nada más, ahhh, y me han tomado muestras de sangre, me aplicaron un inyección no me acuerdo de qué, me preguntan que si el bebé tiene movimientos, le escuchan el corazoncito y ya” I7 E1

“me están aplicando sulfato y me están controlando las cifras tensionales, me toman muestras de plaquetas y de orina” I7 E2

“en estos 20 días solamente me han tomado la tensión y nada más, porque ni siquiera... ni siquiera estoy con intravenoso ni nada de esas cosas” I8 E1

“me han tomado exámenes de orina, exámenes de sangre pero es para ver los niveles de trombos” I8 E1

“están colocando enoxaparina para que no me den los trombos” I8 E1

“cuando me colocaron ese sulfato, pues fue toda vía peor porque era una calor horrible en el cuerpo y yo quería quitarme hasta la bata que tenía, porque es muy horrible, desesperante ese calor, pero ella (enfermera) sí me dijo que iba a sentir eso” I1 E2

“cuando se dieron cuenta que estaba la tensión alta me sacaron rápido de la pieza, me llevaron para la sala de partos y lo primero que hicieron fue ponerme eso (sulfato de magnesio)” I1 E2

“me pusieron sulfato, creo que es lo que baja la tensión” I5 E1

“me la dejaron (hija) entrar 10 minuticos para que la pudiera saludar y eso, entonces ya he estado como más calmada, pues también me siento más tranquila” I6 E1

“en urgencias identificamos por medio del triage, de acuerdo a sus cifras tensionales, de sus signos y síntomas, ya más o menos una va identificando esa paciente puede tener preeclampsia, ya después lo vamos a confirmar con los paraclínicos que se le toman a la paciente... ya cuando está diagnosticada médicamente lo que hacemos nosotros son cuidados básicos, canalizar una vena, si la van a dejar hospitalizada en un manejo expectante o si va a ser llevada a una cesárea” Informante general.

*“uno les trata de brindar calma para que.... explicarles bien y decirles que por el momento van bien, esperemos a ver cómo siguen, les vamos a iniciar el medicamento”
Informante general.*

“yo digo que se les apoya la parte emocional, puesto que esto también les afecta mucho a ellas y les altera la patología” Informante general.

“explicarles todo lo que se les hace, porque se les hace, como están, que se le va hacer...” Informante general.

“nosotras brindamos un cuidado más directo a la paciente, porque se le está controlando signos, se le está canalizando una vena...” Informante general.

“uno les explica cómo está el bebé y todo... a lo mejor la parte médica no se preocupa después de desembarazar... no se preocupa mucho de eso” Informante general.

4.3.3 Patrón 3. Valoración que hacen las gestantes de la preeclampsia

En cuanto a la valoración de la preeclampsia expresan que es una enfermedad “callada”, “delicada” y “silenciosa”, dado a que en muchas ocasiones ellas no experimentan signos

y síntomas; además mencionan que es una enfermedad traicionera ya que en el momento menos esperado puede causar alteraciones en la madre o el hijo.

“uno como tal no siente nada, es una enfermedad como muy callada, uno no siente nada, solo en el momento que uno tenga una tensión alta puede sospechar de ella, pero puede traer bastantes complicaciones como me pasó a mí, pero desde que se sepa cuidar y se encuentre a tiempo tiene solución, pero lo importante es que en mi caso la puede controlar a tiempo” I4 E2

“pienso que la preeclampsia es una enfermedad delicada y silenciosa; me di cuenta mientras estuve hospitalizada que es una enfermedad que traiciona en cualquier momento” I6 E2

“sí es una enfermedad muy traicionera... muy silenciosa” I6 E2

“al comienzo no es tan complicado, uno piensa se me subió la tensión y ya” I5 E1

“realmente cuando a uno le hablan de preeclampsia uno no piensa que sea tan grave, uno piensa que es una cosa muy diferente a lo que realmente es, cuando uno oye hablar de preeclampsia piensa hay sí se me subió la tensión, pero uno no tiene ni siquiera idea de las implicaciones” I5 E2

“uno sabe que se le sube la tensión pero uno no sabe nada más, y en cualquier momento puede llegar a subirse y puede pasar cualquier cosa, incluyendo algún daño para mí o para mi bebé, entonces es simplemente esperar que todo salga bien, pero pues exactamente uno no sabe qué va a pasar ni nada” I5 E2

“a causa de ella fue que perdí mi primer bebé y a causa de ella estoy hospitalizada todavía” I8 E2

“es una enfermedad muy delicada que puede hacer daño a la vida de las mamás y a la vida de los bebés, se siente mucho temor de pensar en lo que le pueda pasar al bebé” I8

4.3.4 Patrón 4. Valoración que hacen las gestantes de la hospitalización

En cuanto a la valoración que ellas hacen de la hospitalización se pudo identificar que a pesar de que desean estar con su familia, la hospitalización es vista como algo necesario y beneficioso para el bienestar de ellas y de su hijo por nacer, motivo por el cual se resignan y aceptan la hospitalización.

“yo creo que lo mejor que uno puede hacer es estar en la casa con su familia, pero por el bien del bebé toca quedarse aquí” I3 E1

“no sentí nada malo, ni tristeza, ni nada.... normal, pues había que darle una solución y la solución es estar hospitalizada” I4 E1

“yo sabía que en el momento que estuviera acá en el hospital iba a estar bien y que en cualquier momento me podían desembarazar, lo importante es que la bebé naciera bien” I4 E2

“lo mejor era que me quedara hospitalizada para el bien mío y el del bebé, entonces me quedé acá en el hospital” I4 E1

“ acá toca esperar más días hasta que nazca el bebé, y ya solo seguir esperando para que no se vaya a agravar la enfermedad, sobre todo por el bebé” I4 E1

Teniendo en cuenta lo planteado por Leininger en el modelo del sol naciente se puede apreciar que ellas valoran que las intervenciones del equipo de salud están influenciadas por factores tecnológicos que les permiten brindar un adecuado cuidado orientado a la identificación del diagnóstico y tratamiento. El contexto y el medio ambiente de la hospitalización permiten que el equipo de enfermería y las gestantes tengan una relación de empatía, logrando redireccionar el cuidado técnico asistencial y brindar intervenciones que favorezcan emocionalmente a las pacientes.

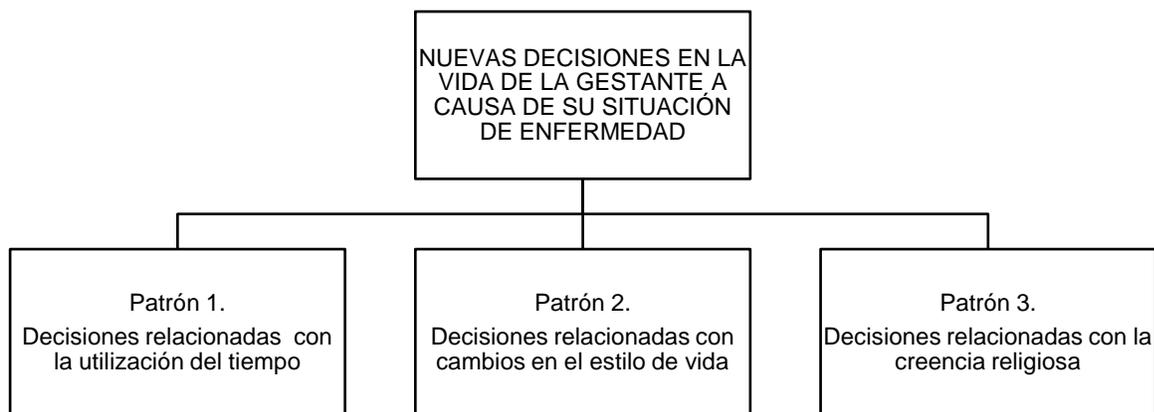
En la valoración que las gestantes hacen de la preeclampsia mencionan que es una enfermedad traicionera que puede causar alteraciones en la madre y el hijo, lo cual tiene

influencia en los factores sociales y familiares si se tiene en cuenta las implicaciones que la preeclampsia puede causar en la familia y en la sociedad.

4.4 Tema 4. Nuevas decisiones en la vida de las gestantes a causa de su situación de enfermedad

En consecuencia de la preeclampsia la gestante toma nuevas decisiones en la vida, las cuales implican modificar la utilización de su tiempo y su estilo de vida; también experimentan nuevas decisiones relacionadas con creencias religiosas (grafica 4-5)

Grafica 4-5 Nuevas decisiones en la vida de las gestantes a causa de su situación de enfermedad



Fuente: Norma Noguera Ortiz. Datos obtenidos de la investigación *Significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia 2011 – 2012*.

En cuanto a la utilización del tiempo se logró conocer que ellas realizan actividades de distracción durante la hospitalización, aunque éstas no la satisfacen totalmente porque consideran que es poco lo que se puede realizar dado el entorno en el que se encuentran; del mismo modo se pudo identificar que otra de las nuevas decisiones en la vida de la gestante son las modificaciones en el modo de vida, expresadas por ellas como dejar de trabajar, de estudiar y guardar reposo, con el fin de lograr bienestar en la gestación.

Ellas también experimentan nuevas decisiones relacionadas con las creencias religiosas, las cuales están orientadas a lograr beneficios para su salud y la de su hijo, por medio de la Fe y a dar agradecimiento a Dios por los favores recibidos.

4.4.1 Patrón 1. Decisiones relacionadas con la utilización del tiempo

Ellas manifiestan que durante la hospitalización realizan actividades de distracción o entretenimiento, como ver televisión, llenar sopas de letras y pasatiempos, jugar Atari, leer libros, dormir, escuchar música, caminar por los pasillos del servicio y hablar con los familiares a la hora de visita y con las compañeras de habitación; aunque señalan que las actividades que pueden realizar son pocas por el ambiente de la hospitalización “*no es mucho lo que se puede caminar acá*” y por su estado de salud “*ahora ya ni me puedo sostener en pie porque me da como ahogo*”; situaciones que genera en ellas aburrimiento e inconformidad “*llega un punto en el que uno no sabe ni qué hacer*”.

“mandé comprar una sopa de letras, veo televisión, mandé comprar un Atari para jugar, o si no me da ansiedad” I1 E1

“ver televisión, dormir... cuando ya esto, pues juego con la sopa de letras o con el Atari...” I1 E1

“ver televisión, pues cuando podía visitarme mi esposo pues hablar con ellos, la compañía es supremamente importante y leer un libro, acá tengo libros, escuchar música. Ya llega un punto en el que uno no sabe ni qué hacer” I2 E1

“me levanto, camino, a veces estoy aquí acostada, a veces miro televisión, cuando viene la visita hablar con los familiares” I3 E1

“yo miro televisión, leo un ratico, salgo y camino por los corredores donde puedo caminar y nada nada más... no se puede hacer nada más acá la verdad” I4 E2

“me pongo a ver televisión, me pongo a charlar con mi compañera que ya se va pero duramos varios días, heee llenado pasatiempos, ahorita escuchando música, de vez en cuando salgo al pasillo, pues uno se aburre porque la verdad no es mucho lo que se puede caminar acá” I6 E1

“cuando me siento aburrida o algo procuro llamar a mi esposo” I6 E1

“todos los días levantarme, bañarme, estarme acostada porque ahora ya ni me puedo sostener en pie porque me da como ahogo y más encima a veces pues camino, miro televisión, porque menos mal hay televisor, de resto no hago nada más” I8 E1

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace necesario reflexionar acerca del cuidado de enfermería que se está brindando a la gestante con preeclampsia, ya que este debe incluir actividades de distracción que permitan en ellas una hospitalización más agradable y brindar respuesta a sus necesidades de cuidado. Al respecto surge el interrogante ¿será que en los servicios de hospitalización estamos realizando actividades de enfermería enfocadas a la distracción y entretenimiento de la gestante hospitalizada?

El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. La enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos¹¹⁵.

Al respecto, Gallo y otros¹¹⁶, señalan que el individuo hospitalizado se ve limitado en su acción por el problema de salud que lo afecta, el medio que lo rodea y el personal de salud que lo atiende. En este contexto la actividad física, recreativa y de relajación se convierte en una herramienta terapéutica que permite obtener bienestar físico; proporcionar la oportunidad de aprender, crear, divertirse; y establecer relaciones interpersonales. Todo lo anterior representa un reto para el profesional de enfermería, quien debe interesarse y motivar al personal a cargo para que realice actividades que mantengan el bienestar biopsicosocial del paciente hospitalizado.

¹¹⁵ POBLETE TRONCOSO, Op. Cit., p. 499-503.

¹¹⁶ GALLO SÁENZ, Diana Patricia. VÉLEZ RÚA, Duber Mary. CORREA ARROYAVE, María Patricia; ORTIZ, Mónica María. Utilización del tiempo libre en pacientes hospitalizados. *Invest. educ. enferm.* Vol. 11 N° 1., 1993. Páginas consultadas: 35-46.

4.4.2 Patrón 2. Decisiones relacionadas con cambios en el modo de vida

Ellas identifican que la presencia de enfermedad condiciona a un cambio en el modo de vida, bien sea por voluntad propia o porque la presencia de enfermedad lo ha generado; es así, como algunas han tenido que dejar de trabajar y de estudiar y guardan reposo, acciones con las cuales en algunas ocasiones no están muy de acuerdo pero que consideran benéficas para su bienestar y el bienestar de su hijo por nacer.

Como se menciona anteriormente, algunas de ellas tuvieron que dejar de trabajar, dado a que presencia de enfermedad les impedía continuar con sus obligaciones laborales, y otras por voluntad propia con el fin de estar tranquilas y lograr bienestar durante la gestación.

“aparentemente yo me sentía bien y no pude volver a trabajar, me alejé por completo de la gente de mi trabajo, de los compañeros, bueno, muchas cosas” I2 E2

“ahorita no estoy trabajando, dejé de trabajar para cuidarme, para estar mejor y tranquila, ahora estoy trabajando como independiente” I7 E1

“me tocó quedarme en la casa, igual por la salud de mi bebé iba a hacer lo que fuera, así me tocara dejar de trabajar” I7 E2

Una de las informantes menciona que causa de la preeclampsia tuvo que dejar de estudiar inglés, lo cual causó en ella bajo estado de ánimo y ansiedad; el tener que dejar de realizar actividades de la vida cotidiana puede afectar emocionalmente a la gestante, siendo necesario brindar intervenciones orientadas a mejorar el estado anímico.

“yo estaba estudiando inglés, no pude volver a estudiar pues porque pues igual ya no pude ir a las clases y virtualmente con el otro niño ya no podía hacer muchas cosas y eso también como que influyó en que se me bajara bastante la nota y me puse muy ansiosa durante todo ese tiempo, yo estaba muy, muy ansiosa” I2 E2

Para una de las informantes la presencia de preeclampsia ha generado como cambio en el modo de vida el tener que guardar reposo; considera que el reposo es algo complicado ya que esto la condiciona a no realizar actividades y dejar de hacer sus “cosas”.

“ la enfermedad a uno lo reduce, después de que uno se mueve y que lo reduzcan a uno a tanto es complicado, no puedo moverme, no me puedo parar así mucho, no puedo agitarme, no puedo tener nada porque tengo que estar con mi tensión normal para que él bebé no tenga ningún problema” I8 E1

“no puedo hacer nada, o sea no me puedo mover, no puedo estar haciendo mis cosas, no puedo salir a la calle, nada” I8 E1

“con la preeclampsia hay que tener reposo y yo ya llevo casi dos meses hospitalizada y siempre es lo mismo” I8 E2

4.4.3 Patrón 3. Decisiones relacionadas con la creencia religiosa

Cuando a la gestante le diagnostican preeclampsia y conoce el riesgo que implica la enfermedad para su salud y la de su hijo por nacer, ella se aferra a creencias religiosas que le permiten tener un mejor afrontamiento de la enfermedad; estas creencias están orientadas a pedirle a Dios, el cual es considerado un ser supremo y le oran para obtener beneficios en su salud y en la de su hijo. En relación con las creencias religiosas se identificó que están orientadas a lograr efectos con la fe y a dar agradecimiento a Dios por los favores recibidos.

En cuanto a los efectos de la fe ellas expresan que rezan y le piden a Dios, con el fin de lograr bienestar en su salud y la de su hijo por nacer; le piden a Dios para que el bebé por nacer suba de peso, para que la enfermedad no se vaya a complicar y logre alcanzar la semana 34 de gestación, para que Dios salve su vida y la de su hijo y para sentir tranquilidad.

Durante la hospitalización se pudo identificar que algunas de ellas tenían en la habitación algunos objetos religiosos como la Biblia, imágenes y camándula, lo cual permite ver que ellas tratan de estar en continua comunicación con Dios durante la enfermedad.

“mi esposo que es muy creyente entonces me dijo que le rezara mucho a mi Diosito para que nuestra niña suba de peso” I1 E1

“Pienso que si Dios quiere todo siga igual como va, que no se vaya a alterar la enfermedad para que no vaya a pasar nada, y... Quisiera que esto sea normal hasta las 34 semanas que nazca mi bebé” I1 E1

“le estoy pidiendo a mi Diosito que salve la vida de mi hija, que todo salga bien en el parto” I1 E1

“le dije a mi papá que me trajera la biblia para leer un rato” I5 E1

“cuando rezo siento más tranquilidad, que le estoy pidiendo a mi Diosito que salve la vida de mi hija, que todo salga bien en el parto” I1 E1

“pidiéndole a Dios que el tiempo se me pase rápido” I6 E1

“yo le pido a Dios que me ayude y salga bien” I6 E1

“me daba miedo pero me aferraba mucho a Dios, yo le pedía mucho que me llevara bien sana y salva a mi casa” I6 E2

“me daba miedo pero me aferraba mucho en Dios, cada vez me aferraba más a Dios y ponía en las manos de Dios mi salud y la de mi bebé, y pues acá estoy bien, feliz y contenta” I6 E2

“cuando me siento ansiosa toca orar mucho, orar mucho, acercarme a Dios más que todo” I8 E2

“sin él (Dios) no me hubiera controlado nada, yo oro y hablo con Dios, básicamente tengo una comunicación buena con Dios, entonces por eso es que también me siento tranquila” I8 E2

Con respecto a la Fe, en la investigación realizada por Pérez Belia (2011)¹¹⁷, también se identificó que la Fe en un ser superior, en Dios, es algo que también fortalece a éstas y les ayuda a su optimismo y esperanza. Después que reconocen el trastorno y saben de las alteraciones que su hijo puede tener, ellas fortalecen su vínculo con el ser supremo, y confían en que él permitirá tener un hijo sano.

Otra de las decisiones relacionadas con la creencia religiosa es dar agradecimiento a Dios por la mejoría de su salud, por haber logrado llegar a la semana 34 de gestación lo cual implica maduración pulmonar fetal, por el bienestar del recién nacido y por el equipo médico que realizó oportunamente el diagnóstico. Por medio del agradecimiento a Dios ellas reconocen los efectos de la Fe en sus vidas y en la de sus hijos, además muestran gratitud con Dios por los favores recibidos.

“gracias a Dios todo salió bien” I2 E2

“ya gracias a Dios ya están mejorando, las tensiones están bien gracias a Dios” I4 E2

“dándole gracias a Dios que a mí me dio preeclampsia cuando yo tenía 32 semanas, entonces realmente yo no viví preeclampsia sino dos semanas, fue un periodo corto, pero yo no me imagino el sufrimiento y la vaina de una mujer que le da preeclampsia a los 4 meses o 5 meses, pero pues realmente en este momento es mucho más sencillo, ya que la niña nació y las cosas salieron bien” I5 E2

“pues ya ya gracias a Dios ya salí de todo” I5 E2

“gracias a Dios yo por lo menos alcancé a la semana 34” I6 E2

¹¹⁷ PÉREZ HERRERA, Op. Cit., p. 76.

“le doy gracias a Dios que mi bebé alcanzó a crecer” I6 E2

“gracias a Dios yo por lo menos alcancé a la semana 34, porque me di cuenta que hay mujeres que llegan de semanas 27 y 28 y de una vez las tienen que desembarazar y se les complica todo, se complican los bebés, porque no crecen, le doy gracias a Dios que mi bebé alcanzó a crecer” I6 E2

“ahora le doy gracias a Dios porque todo salió bien y mi bebé está conmigo” I7 E2

“pues gracias a Dios tengo a mi bebé y estoy feliz” I7 E2

“gracias a Dios que yo dí con buenos médicos que se dieron cuenta a tiempo de que yo estaba así, porque o sino yo hubiera seguido y no me hubiera dado cuenta, o sea por parte de la medicina yo me siento agradecida por eso, por ese lado” I8 E2

Teniendo en cuenta que las creencias religiosas determinan bienestar en las gestantes con preeclampsia, éstas se deben abordar cuando se planea y se brinda cuidado de enfermería, con el fin de abordar a la gestante holísticamente y teniendo en cuenta sus necesidades de cuidado y las estrategias que utiliza para afrontar la enfermedad.

Al respecto, Sánchez Herrera menciona que la dimensión espiritual humana es el elemento dentro del individuo del cual se origina el significado, el propósito y plenitud en la vida, el deseo de vivir, las creencias y la fe en su ser, en otros y en Dios (ser o fuerza superior). Esta dimensión es esencial para alcanzar un nivel óptimo de salud, de bienestar o de calidad de vida. Lo espiritual se desarrolla en cada persona a través de la espiritualidad, como una cualidad suprema que da significado. Todo hombre requiere de una integridad espiritual que se satisface a través de mantener la dinámica de relación personal con Dios (ser o fuerza superior), de la experiencia del perdón, del amor, de la esperanza, de la confianza y del significado y propósito en la vida. Al poder satisfacer estas necesidades espirituales se vive un bienestar espiritual y en su ausencia se presenta un distrés espiritual. Cada ser humano requiere de cuidado espiritual que le permita crecer como persona que satisface sus necesidades espirituales. La religión

puede ser un medio o una forma de vida que apoye el cumplimiento de dichas necesidades¹¹⁸.

De acuerdo con lo planteado por Leininger en el modelo del sol naciente se puede apreciar que la utilización del tiempo está influenciada por factores como el contexto y el medio ambiente, ya que las actividades de distracción o entretenimiento se ven limitadas por el ambiente en el que se encuentra la gestante como mujer hospitalizada.

También se identifica que cambios en los modos de vida están influenciados por factores como el contexto y el medio ambiente, ya que el simple hecho de que la mujer esté hospitalizada implica cambios en su vida como dejar de trabajar y estudiar, además la limita en cuanto a la realización de las actividades que realiza diariamente, no solo por estar hospitalizada sino por su condición de enfermedad.

Del mismo modo, el factor económico se ve afectado, dado que la enfermedad y la hospitalización repercuten laboralmente en la gestante y su familia.

Por último, se puede apreciar que las creencias religiosas están influenciadas por factores familiares y sociales, factores religiosos y el contexto y el medio ambiente. En cuanto a los factores familiares se puede inferir que las creencias religiosas son transmitidas y están influenciadas por la familia, situación que genera mayor arraigo de las creencias religiosas en la gestante. Del mismo modo los factores religiosos afectan directamente las creencias religiosas y condicionan los efectos de la Fe y el agradecimiento a Dios expresado por las informantes; por último el contexto, el medio ambiente de la hospitalización y la situación de enfermedad son factores propicios para que la gestante realice o practique creencias religiosas para su bienestar.

¹¹⁸ SÁNCHEZ HERRERA, Clara Beatriz. Dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad y muerte. 2004. Documento de trabajo. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2050/>

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

Los significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia están enmarcados en cuatro temas con sus respectivos patrones: logro o adquisición de conocimientos acerca de efectos de la preeclampsia en el hijo por nacer y en las gestantes y los cuidados a tener en cuenta; repercusiones de la preeclampsia vividas por las gestantes; valoración de la situación de enfermedad realizada por las gestantes desde diferentes contextos y nuevas decisiones en la vida de la gestante a causa de su situación de enfermedad.

- Las gestantes de este estudio adquieren conocimientos relacionados con los efectos de la preeclampsia en el hijo por nacer, los efectos de la preeclampsia en ellas mismas y los cuidados a tener en cuenta, estos son impartidos por el equipo de salud, la familia y el acceso internet; conocen que la preeclampsia puede causar alteraciones en la salud de ellas y de sus hijos, situación que las lleva a tener en cuenta cuidados relacionados con tener quietud o reposo, tener tranquilidad y la dieta. Con respecto a los conocimientos las gestantes refieren desinformación a causa de falta de información y claridad en la misma, por parte del equipo de salud.
- Las gestantes del estudio reaccionan frente al diagnóstico de preeclampsia y a la hospitalización con sorpresa, asombro y negación, ya que consideran ser mujeres sanas y en algunos casos no presentan percepción de los síntomas; adicionalmente refieren presentar repercusiones emocionales mostrando sentimientos de frustración, impotencia, desesperación, bajo ánimo, aburrimiento, incertidumbre, miedo, nervios, ansiedad, felicidad y tranquilidad. También refieren repercusiones familiares como añoranza familiar y deseo de estar con sus seres queridos y repercusiones

económicas que afectan la economía familiar, como aumento los gastos y mayor carga laboral para la pareja.

- Las gestantes del estudio realizan una valoración positiva de equipo de salud, ya que refieren tranquilidad y confianza frente a la atención recibida, aunque manifiestan que el cuidado brindado está orientado a la dimensión fisiopatológica de la enfermedad pero no a la dimensión emocional; además valoran la hospitalización como necesaria y beneficiosa para el bienestar de ellas y de su hijo por nacer, motivo por el cual se resignan y la aceptan.
- Las gestantes del estudio a causa de la situación de enfermedad toman nuevas decisiones en la vida relacionadas con modificaciones en la utilización del tiempo a causa de la hospitalización; hacen modificaciones en el modo de vida ya que tienen que dejar de trabajar, de estudiar y guardar reposo, con el fin de lograr bienestar en la gestación y experimentan nuevas decisiones relacionadas con creencias religiosas, las cuales están orientadas a lograr beneficios para su salud y la de su hijo, por medio de la Fe y el agradecimiento a Dios por los favores recibidos.

5.2 Recomendaciones

- Teniendo en cuenta los resultados de la presente investigación se recomienda realizar junto a los profesionales de enfermería del servicio de ginecoobstetricia del Hospital Universitario San Ignacio una propuesta de cuidado para la gestante hospitalizada con diagnóstico de preeclampsia, partiendo de una visión holística, en donde se tenga en cuenta la estructura social del modelo del sol naciente de Madeleine Leininger, abordando factores educacionales que permitan resolver dudas e inquietudes a la paciente, factores tecnológicos que permitan valorar el estado materno fetal y factores de contexto, medio ambiente, familia, factores sociales y religiosos, logrando así brindar cuidado de enfermería culturalmente congruente con los significados de la experiencia de las gestantes y un abordaje integral de la preeclampsia.

-
- Se recomienda aportar a las políticas de salud a nivel nacional y distrital orientadas a la atención de gestantes con diagnóstico de preeclampsia, en donde se tenga en cuenta los significados que las gestantes le atribuyen a la enfermedad y se conjuguen el saber científico con el saber cultural.
 - Para la asistencia se recomienda a todo el equipo de salud que la educación e información que se brinde a la gestante, pareja y familia sea clara, fácil de entender e interpretar, teniendo en cuenta el lenguaje y la cultura en donde el individuo se desenvuelve de tal forma que pueda entenderla.
 - Es fundamental redireccionar el cuidado que se brinda a la gestante con preeclampsia, teniendo en cuenta el estado de ánimo, sentimientos, emociones y sus necesidades de cuidado.
 - Se sugiere incluir en la enseñanza del cuidado de enfermería materno perinatal los resultados de esta investigación, con el fin de ser aplicados en la práctica de enfermería.
 - Realizar investigaciones de intervención de cuidado de enfermería en donde se tenga en cuenta los resultados de esta investigación y los factores sociales de la estructura del modelo del sol naciente de Madeleine Leininger.
 - Para próximas investigaciones se proponen las siguientes preguntas: ¿Será que la diversidad cultural de las gestantes y sus familias es tomada en cuenta por el equipo de salud al momento de brindar información a las gestantes y familia? ¿será que el lenguaje que utiliza el equipo de salud dificulta la comprensión de la información brindada a la paciente con preeclampsia? ¿cuáles serán las razones por las cuales las gestantes con preeclampsia no identifican los síntomas? ¿Será que la información suministrada no es comprensible para las gestantes? ¿Los enfermeros tienen en cuenta los sentimientos y emociones de la gestante con preeclampsia al momento de brindar cuidado?

Limitaciones del estudio

Al inicio del estudio se consideró como limitación la inexperiencia de la investigadora en realizar entrevistas a profundidad, en realizar observaciones del contexto y medio ambiente y en analizar datos cualitativos.

Reunir a las informantes generales en un mismo momento para realizar la entrevista, dado a que eran enfermeras de diferentes horarios laborales.

A. Anexo: Consentimiento informado informantes clave

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información para la persona que se le ha pedido que participe en esta investigación.

La información que se presenta a continuación tiene como finalidad ayudarle a decidir si usted quiere participar en esta investigación.

Por favor léalo cuidadosamente. Si no entiende algo, o si tiene alguna duda, pregúntele a la persona encargada del estudio.

Título de la investigación: SIGNIFICADOS QUE LAS GESTANTES HOSPITALIZADAS LE ATRIBUYEN A LA EXPERIENCIA DE TENER PREECLAMPSIA

Persona a cargo del estudio: Norma Noguera Ortiz

Directora: Profesora Lucy Muñoz de Rodríguez

Dónde se va a desarrollar: El estudio se realizará inicialmente en el hospital y posterior al alta hospitalaria se realizará en su domicilio.

Durante el estudio se le realizarán algunas entrevistas, las cuales serán grabadas en casete de audio.

Información general del estudio

El objetivo de la investigación es describir los significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia, con el fin de brindar cuidado de enfermería congruente con lo identificado en la investigación.

Para logara obtener la información requerida para la presente investigación usted será entrevistada varias veces en el hospital y en su casa, las entrevistas serán grabadas en casete audio y posteriormente se transcribirán.

Una vez finalizada la investigación se le darán a conocer los resultados de la misma y posteriormente se publicarán en una revista científica enfermería, manteniendo su confidencialidad mediante el cambio de nombres.

Beneficios

Las participantes del estudio se beneficiarán, ya que los resultados de la investigación fortalecerán y mejorarán el cuidado de enfermería que se brinda a la gestante con diagnóstico de preeclampsia.

Riesgos de participar

El participar en la investigación no le implica riesgo alguno para su salud ni para la salud de su bebé por nacer.

Confidencialidad y privacidad de los archivos y anonimato

Con el fin de mantener la privacidad de todas las participantes en el estudio se mantendrá la confidencialidad de la información brindada y la identidad de las participantes se protegerá mediante el cambio de los nombres, utilizando seudónimos o nombres ficticios.

Participación Voluntaria

La decisión de participar es completamente voluntaria. Usted es libre de participar en este estudio así como de retirarse en cualquier momento. Si decide no participar o retirarse, no tendrá ningún castigo, ni tampoco perderán los beneficios que ya haya obtenido.

Preguntas y Contactos

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede comunicarse con Norma Noguera Ortiz Celular 310 5608323.

Consentimiento

De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio. Entiendo que esta es una investigación, que no tendrá remuneración económica y que he recibido copia de este consentimiento informado.

Declaración del Investigador

De manera cuidadosa he explicado a la participante la naturaleza del estudio y certifico que basada en lo mejor de mi conocimiento, las participantes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

Firma	Nombre INVESTIGADO	Fecha
-------	--------------------	-------

Firma	Nombre INVESTIGADOR	Fecha
-------	---------------------	-------

B. Anexo: Consentimiento informado informantes generales

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información para la persona que se le ha pedido que participe en esta investigación.

La información que se presenta a continuación tiene como finalidad ayudarle a decidir si usted quiere participar en esta investigación.

Por favor léalo cuidadosamente. Si no entiende algo, o si tiene alguna duda, pregúntele a la persona encargada del estudio.

Título de la investigación: SIGNIFICADOS QUE LAS GESTANTES HOSPITALIZADAS LE ATRIBUYEN A LA EXPERIENCIA DE TENER PREECLAMPSIA

Persona a cargo del estudio: Norma Noguera Ortiz

Directora: Profesora Lucy Muñoz de Rodríguez

Dónde se va a desarrollar: la recolección de la información se realizará en el hospital, durante el estudio se le realizarán entrevistas, las cuales serán grabadas en casete de audio.

Información general del estudio

El objetivo de la investigación es describir los significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia, con el fin de brindar cuidado de enfermería congruente con lo identificado en la investigación.

Para logara obtener la información requerida para la presente investigación se realizarán entrevistas a grupos de enfermeras que tengan la experiencia de cuidar gestantes con

diagnostico de preeclampsia, las entrevistas se realizaran en el hospital, serán grabadas en casete audio y posteriormente se transcribirán.

Una vez finalizada la investigación se le darán a conocer los resultados de la misma y posteriormente se publicarán en una revista científica enfermería, manteniendo su confidencialidad mediante el cambio de nombres.

Beneficios

Las participantes del estudio se beneficiarán, ya que los resultados de la investigación fortalecerán y mejorarán el cuidado de enfermería que se brinda a la gestante con diagnóstico de preeclampsia.

Riesgos de participar

El participar en la investigación no le implica riesgo alguno al grupo de enfermeras que participan en la misma.

Confidencialidad y privacidad de los archivos y anonimato

Con el fin de mantener la privacidad de todas las participantes, en el estudio se mantendrá la confidencialidad de la información brindada y la identidad de las participantes se protegerá mediante el cambio de los nombres, utilizando seudónimos o nombres ficticios.

Participación Voluntaria

La decisión de participar es completamente voluntaria. Usted es libre de participar en este estudio así como de retirarse en cualquier momento.

Preguntas y Contactos

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede comunicarse con Norma Noguera Ortiz Celular 310 5608323.

Consentimiento

De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio. Entiendo que esta es una investigación, que no tendrá remuneración económica y que he recibido copia de este consentimiento informado.

Declaración del Investigador

De manera cuidadosa he explicado a la participante la naturaleza del estudio y certifico que basada en lo mejor de mi conocimiento, las participantes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

FIRMA DEL INVESTIGADOR

FIRMAS INVESTIGADOS

Bibliografía

ACOG Committee on Obstetric Practice, "Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists: diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia," *Obstetrics and Gynecology*. 2002, vol. 99 no. 1

AMARÁN, Jorge. SOSA Mariela. PÉREZ, Migdia. ARIAS, Dagmaris. VALVERDE, Ivis. Principales características de la preeclampsia grave en gestantes ingresadas en un hospital de Zimbabwe. En: *Revistas médicas Cubanas*. 2009, vol. 13 no. 3. Disponible: [//www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_3_09/san01309.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_3_09/san01309.pdf).

BARCA FERNÁNDEZ, R. PAREJO MIGUEZ, P. GUTIÉRREZ MARTÍN, F. otros. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. En: *Atención Primaria*. 2004, vol. 33 no. 7. Disponible en internet: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v33n07a13060759pdf001.pdf>.

BELTRÁN SALAZAR, A. La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. En: *Aquichan*. 2009. Disponible en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74111465004>.

BERNAL, Carmen, MUÑOZ Lucy, RUIZ Helena. Significado del cuidado de sí y de su hijo por nacer en gestantes desplazadas. En: *Revista Aquichan*. 2008, vol. 8 no. 1.

COLOMBIA. SENADO. Proyecto de Ley 060 de 2007. Disponible en Internet: http://servoaspr.imprenta.gov.co:7778/gacetap/gaceta.mostrar_documento?p_tipo=10&p_numero=060&p_consec=18452

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 13437 de 1991. Disponible en Internet:

http://www.ipsuniversitaria.com.co/documentos/Comite_de_etica_hospitalaria/Resolucion_13437_de_1991.pdf

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución N° 008430 de 1993. Disponible en internet: http://www.urosario.edu.co/urossario_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-affff4374bb7.pdf.

COLOMBIA. TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA. Código de Ética de Enfermería. Santa Fe de Bogotá, Colombia. 1998. Disponible en internet: http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=63.

DAZA DE CABALLERO, Rosita. MEDINA, Luz Stella. Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santafé de Bogotá, Colombia. En: revista Cultura de los cuidados. 2006, vol. X no. 19.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Bogotá, Colombia. En línea. Última actualización: Mayo 05 de 2010. Disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category§ionid=16&id=535&Itemid=1035

DÍAZ MARTÍNEZ, Luis Alfonso. SERRANO DÍAZ, Norma Cecilia. Oportunidades de investigación en preeclampsia, desde la perspectiva de prevención primaria. En: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2008, vol. 59 no. 3.

EQUIPO COMITÉ DE ÉTICA. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Recomendaciones éticas para las investigaciones en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. 2008.

FLÓREZ ALARCÓN, Luis. Evaluación del estrés prenatal en mujeres con preeclampsia. En: Avances en Psicología Clínica Latinoamericana. 1999, vol. 17.

FLOREZ ALARCÓN, Luis. Evaluación del estrés prenatal en pacientes con preeclampsia. Departamento de Psicología. Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: http://www.docentes.unal.edu.co/lefloreza/docs/florez_estres_embarazo.pdfom.

GALLO SÁENZ, Diana Patricia. VÉLEZ RÚA, Duber Mary. CORREA ARROYAVE, María Patricia. ORTIZ, Mónica María. Utilización del tiempo libre en pacientes hospitalizados. Invest. educ. enferm. 1993, vol. 11 no. 1.

GIRALDO, Dora. Significados del cuidado en el parto. En: Revista Avances de enfermería. 2007, vol. XXV no. 1.

GÓMEZ JIMÉNEZ, Jorge. Disfunción hepática en preeclampsia: asociación con niveles elevados de Gamaglutamiltransferasa. Bogotá. En: Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2002, vol. 53 no. 2

GONZÁLEZ HERAS NP., BALLARDO MENDOZA, MG., DOMÍNGUEZ LUNA, IF., MAGAÑA RAMÍREZ, S., MOLINA HERAS, OA., URIARTE ONTIVEROS, S. Conocimiento de la enfermera en la atención al usuario con preeclampsia y eclampsia. En: Revista global de enfermería. 2008, vol. 14. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/35861/34381>.

GUERRA, Carmen. VÁSQUEZ, Lucía. El cuidado de sí de la embarazada diabética como una vía para asegurar un hijo sano. En: Revista Texto y contexto de enfermería. 2006, vol. 15 no. 1.

HERNÁNDEZ, José. ESTRADA, Ariel. BRITO, Benjamín. VILA, Salvador. JUÁREZ, Salvador. Comparación del pronóstico y evolución de la preeclampsia severa/eclampsia: Revisión de protocolos de tratamiento en dos instituciones mexicanas de tercer nivel. En: Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. 2007, vol. XXI no. 4.

HERNÁNDEZ, Luz Mery. La gestación: proceso de preparación de la mujer para el nacimiento de su hijo. En: Revista Avances en enfermería. 2008, vol. XXV no. 1.

HERRERA, Julián. Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. En: Colombia médica. 2002, vol. 33 no 1.

IBARRA MENDOZA Teresa Ximena, NOREÑA PEÑA Ana Lucía. Reflexiones sobre la práctica enfermera: una aproximación teórica-vivencial desde la perspectiva de la interacción intercultural. En Revista Index de Enfermería. 2009, vol. 18 no. 2. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962009000200010&lng=es. doi:10.4321/S1132-12962009000200010.

IBARRA MENDOZA, Teresa Ximena. GONZÁLEZ, José Siles. Competencia Cultural: Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. En: Index de Enfermería. 2006, vol. 15 no 55. Disponible en Internet: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300010&lng=es. doi: 10.4321/S1132-12962006000300010.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Boletín Epidemiológico Semanal. Semana epidemiológica 11 de 2011. Disponible en Internet: http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Boletin_epidemiologico_Semana_11.pdf

LEININGER MADELEINE. Transcultural Nursing Concepts, Theories, Research & Practices.. Chapter 4 Culture Care Assessment to Guide Nursing Practices. Second Edition. McGraw-Hill, Inc. College Costom Series. New York. 1995.

LEININGER, Madeleine. MCFARLAND, Marilyn. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. Jones And Bartlett Publishers, Sudbury Massachusetts. 2nd, ed. 2006.

LENO GONZÁLEZ, Daniel. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. Revista Gazeta de Antropología. 2006, Artículo 32 no. 22. Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.pdf

LÓPEZ IBOR, M. ME. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. Sentencias med Interna. 2007, vol. 24 no. 5. Disponible en Internet: <http://DX.Doi.org/10.4321/S0212-71992007000500001>

MEDINA CORDERO, A. FERIA LORENZO, D.J. OSCOZ MUÑOZ, G. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. Revista Enferm. glob. 2009, Vol. 17. Disponible en Internet: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300005&lng=es

MEHER, S. DULEY, L. Reposo durante el embarazo para la prevención de la preeclampsia y sus complicaciones en mujeres con presión arterial normal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus. 2008, no. 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en Internet: <http://www.update-software.com>.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas con el embarazo. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIAS%20DE%20ATENCION%20-TOMO%20DOS.pdf>

MINISTERIO DE SALUD. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Disponible en Internet: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/08-deteccion.pdf>

MIRA, J.J. RODRÍGUEZ MARÍN, J. PESET, R. YBARRA, J. otros. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. En: Rev Calidad Asistencial. 2002, vol. 17 no. 53. Disponible en Internet: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/256/256v17n05a13034110pdf001.pdf>

MULENS RAMOS, Vette. Análisis de los cuidados de enfermería ante las respuestas humanas en el Aborto Espontáneo. Rev haban cienc méd. 2009, vol. 8 no. 3.

MUÑOZ DE RODRÍGUEZ, Lucy. VÁSQUEZ, Marta Lucía. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. En: Colombia Médica. 2007, vol. 38 no. 4.

MUÑOZ DE RODRIGUEZ. Lucy. El Cuidado materno perinatal desde la enfermería transcultural. En: CONFERENCIA PRESENTADA EN LA I JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL. Medellín 28 y 29 de Abril de 2006.

MUÑOZ, Sandra. El Significado cultural del control prenatal en la gestante inasistente y sus prácticas de auto cuidado. Disponible en: <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/junio/EL%20SIGNIFICADO%20CULTURAL%20DEL%20CONTROL%20PRENATAL.pdf>

PACHECO, José. Preeclampsia / eclampsia: reto para el ginecobstetra. En: Acta Médica Peruana. 2006, vol. 23 no. 2. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n2/v23n2a10.pdf>

PARRADO, Yaneth. "Significado, un conocimiento para la práctica de enfermería" En: Revista Avances en Enfermería. 2008, vol. XXVI no. 2.

PÉREZ HERRERA, Belia Luisa. Significado que las puérperas asignan a la experiencia de una gestación con preeclampsia. Tesis de Maestría. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, 2011. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/5415/>

PÉREZ, Margarita. PRIETO, Olga. BARRERA, Dianne y otros. Preeclampsia leve: cuidados en casa. En: Repertorio de medicina y Cirugía. 2009, vol. 18 no. 4. Disponible en: <http://www.fucsalud.edu.co/repertorio/pdf/vol18-04-2009/3-PREECLAMPSIA.pdf>

PINEDO, Adolfo. ORDERIQUE, Luis. Complicaciones maternoperinatales de la preeclampsia – eclampsia. En: SISBIB. 2001, vol. 47 no. 1. Disponible en internet: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/ginecologia/vol_47n1/complicaciones_mater.htm

PINHO CARVALHEIRA, Ana Paula . PAMPLONA TONETE, Lúcia . GARCIA DE LIMA PARADA, Cristina Maria. Sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo embarazo- puerperio que sobrevivieron a una morbosidad materna grave. En: Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010, vol. 18 no. 6. Disponible en Internet: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-1169201000060002>

POBLETE TRONCOSO, Margarita, VALENZUELA SUAZO, Sandra. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. En: Acta paul. enferm. 2007, vol. 20 no. 4. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000400019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000400019&lng=en). doi: 10.1590/S0103-21002007000400019.

REDONDO, Ciro. LEGON, Justo. Dosis bajas de aspirina en preeclampsia leve. En: Revista Cubana de Obstetricia y ginecología. 1997, vol. 23 no. 1. Disponible en internet: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol23_1_97/gin08197.htm

SALVADOR MOYSÉN, Jaime. La dimensión biopsicosocial de la preeclampsia: un abordaje conceptual-empírico. En: Revista de Ginecología y Obstetricia de México. 2009, vol. 77 no 5.

SÁNCHEZ HERRERA, Clara Beatriz. Dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad y muerte. 2004. Documento de trabajo. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2050/>

SÁNCHEZ PADRÓN, Alfredo. SÁNCHEZ VALDIVIA, Alfredo. BELLO, Maricell. SOMOZA, Manuel. Enfermedad hipertensiva del embarazo en terapia intensiva. En: Revista Cubana Obstetricia Ginecología. 2004, vol. 30 no. 2.

SECRETARIA DE SALUD ALCALDÍA DE MEDELLÍN. Modelos para el análisis de la mortalidad materna y perinatal. 2005. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/libros.htm>

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. Guía de Atención Materna y Perinatal. 2009. Disponible en Internet: http://190.25.230.149:8080/dspace/bitstream/123456789/1212/14/CAPITULO_1_GUIA_CONTROL_PRENATAL_P2.pdf

SILVA, Luis. MARTÍNEZ, Rodolfo. ROJAS Diego. YÁÑEZ, Julián. PLAZAS, Andrea. Guía de práctica clínica trastornos hipertensivos del embarazo. Hospital Universitario San Ignacio. 2009.

SPRADLEY, James. La entrevista etnográfica. Nueva York: Holt, Rinehart Winston. 1979.

STRAUSS Claudia y QUINN Naomi, "Research on Shared Task Solutions". A Cognitive Theory of Cultural Meaning. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

SUÁREZ SOLER, Sebastián. PUERTAS de GARCÍA, Milagro. Vivencias de la mujer embarazada con hipertensión arterial. Estudio de caso. En: Biblioteca Las casas. 2008, vol. 4, no 4. Disponible en Internet: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0364.php>

VALVERDE, Clara. Enfermería centrada en los significados del paciente: La importancia de la filosofía para enfermería. En: Norte de Salud Mental. 2007, no. 28.

VASCONCELOS, Daniela., PINHERIO, Diana y otros. Percepciones y sentimientos de mujeres gestantes y puérperas sobre la preeclampsia. En: Revista de Salud Pública. 2009, vol. 11 no. 3.

VINACCIA, Stefano., SÁNCHEZ, María, BUSTAMANTE, Eliana, CANO, Erika y TOBON, Sergio. Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia. En: International Journal of Clinical and Health Psychology.

2006, vol. 6 no 1. Disponible en Internet:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33760103.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global estimates of maternal mortality for 1995: results of an in-depth review, analysis and estimation strategy. Geneve: Reproductive Health Publications, RHR 01 9; 2001.