



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Significado del cuidado de enfermería en la gestante con preeclampsia en la Unidad de Cuidado Intensivo Obstétrico

Alicia Escobar Bermúdez

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2018

Significado del cuidado de enfermería en la gestante con preeclampsia en la Unidad de Cuidado Intensivo Obstétrico

Alicia Escobar Bermúdez

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:
**Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Materno
Perinatal**

Directora:

Martha Patricia Bejarano Beltrán
Magíster en Enfermería

Línea de Investigación:

Cuidado Materno Perinatal

Grupo de Investigación: Cuidado Materno

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2018

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi roca fuerte y por permitir que este sueño sea una realidad.

A mi Abby Luciana por ser mi motivo, por el tiempo que me esperaste hijita.

A mi esposo Nelson Palacio Cerquera por su comprensión, paciencia y aliento cuando quise desistir.

A mi madre por enseñarme a persistir, hermanos y suegros su colaboración y apoyo.

Dios llega justo a tiempo, y siempre obra para bien.

Agradecimientos

A mi tutora de grado, profesora Martha Patricia Bejarano, por animarme siempre, por su acompañamiento y paciencia.

A las mujeres por abrir sus corazones y enseñarme lo duro que es estar lejos de sus hijos y lo importante de tener a alguien que armonice su estancia con un adecuado cuidado.

Al hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo y la UCI obstétrica por la confianza y apoyo depositado para desarrollar la investigación.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia por permitirme crecer como profesional y ser humano, enalteciendo siempre en el ejercicio cotidiano el nombre de la enfermería.

A todos los que de una u otra manera contribuyeron alcanzar este logro, ¡gracias!

Resumen

Introducción. La preeclampsia sigue siendo la segunda causa de morbilidad materna en el Huila, por tal motivo, la gestante con preeclampsia debe ingresar a una unidad de cuidados intensivos con el ánimo de mitigar complicaciones. De estas unidades intensivas obstétricas se conoce que existen cuatro en Colombia; una de ellas en Neiva-Huila. Por tratarse de un sitio relativamente novedoso, aún se desconocen las características de cuidado que allí se ofrecen desde la vivencia de la gestante gravemente enferma. **Objetivo.** Describir el significado del cuidado de enfermería para las gestantes con preeclampsia, a partir de una vivencia de hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo Obstétrico del Hospital Universitario de Neiva, durante el segundo semestre de 2017 **Metodología.** Estudio de tipo cualitativo, fenomenología interpretativa según la visión heideggeriana, en el que participaron voluntariamente 11 mujeres, seleccionadas según criterios de muestro teórico. La muestra se definió por saturación teórica y la recolección de datos mediante entrevistas a profundidad; el análisis y reducción siguió la técnica hermenéutica propuesta por Diekelman, Allen y Tanner. **Resultados.** Para las participantes del estudio, el significado del cuidado de enfermería en la Unidad Intensiva Obstétrica se encuentra sustentado bajo cuatro temas: intercambiando saberes y satisfacciones, una mujer invisible, relación transpersonal de cuidado, necesidades. **Conclusiones:** las gestantes que vivieron la experiencia de ser cuidadas en la unidad intensiva obstétrica, agradecen el cuidado que brinda la enfermera y lo reconocen como un aspecto fundamental para sobrellevar la dura situación de estar aisladas de su familia e hijos mientras atraviesan una situación que pone en riesgo su vida, esta hospitalización representa el cambio absoluto de su rol, en este entorno alejado y frío el significado que las mujeres dan al cuidado de enfermería, prioriza en un intercambio constante de emociones donde emerge una relación de dos seres humanos que no siempre es positiva.

Palabras clave: *cuidados de enfermería, significados, unidades de cuidado intensivo, preeclampsia*

Abstract

Introduction. Preeclampsia continues to be the second cause of maternal morbidity in Huila, for this reason, the pregnant woman with preeclampsia must enter an intensive care unit with the intention of mitigating complications. Of these intensive obstetric units it is known that there are four in Colombia; one of them in Neiva-Huila. Because it is a relatively new site, the characteristics of care that are offered there from the experience of the seriously ill pregnant woman are still unknown. **Objective.** Describe the meaning of nursing care for pregnant women with preeclampsia, from a hospitalization experience in the Obstetrics Intensive Care Unit of the University Hospital of Neiva, during the second semester of 2017 **Methodology.** Qualitative, hermeneutic, interpretive study, in which 11 women voluntarily participated, selected according to criteria of theoretical sampling. The sample was defined by theoretical saturation and data collection through in-depth interviews; the analysis followed the hermeneutical technique proposed by Diekelman, Allen and Tanner. **Results** For the study participants, the meaning of nursing care in the Intensive Obstetric Unit is based on four themes: exchanging knowledge and satisfaction, an invisible woman, transpersonal relationship of care, needs. **Conclusions:** pregnant women who lived the experience of being cared for in the intensive obstetric unit, appreciate the care provided by the nurse and recognize it as a fundamental aspect to cope with the harsh situation of being isolated from their family and children while going through a situation that puts At risk your life, this hospitalization represents the absolute change of your role, in this remote and cold environment the meaning that women give to nursing care, prioritizes in a constant exchange of emotions where a relationship of two human beings emerges that is not always It is positive.

Keywords: nursing care, meanings, intensive care units, preeclampsia

Contenido

	Pág.
Resumen	VII
Contenido.....	9
Lista de figuras.....	11
Lista de tablas	12
Introducción.....	13
1. Marco de referencia.....	16
1.1 Descripción del problema.....	16
1.1.1 Pregunta de investigación.....	23
1.2 Justificación.....	24
1.3 Significancias	25
1.3.1 Significancia social.....	25
1.3.2 Significancia disciplinar.....	27
1.3.3 Significancia teórica	29
1.4 Objetivo general	33
2. Marco conceptual	34
2.1 Cuidado de enfermería.....	34
2.2 Preeclampsia	36
2.3 Gestante hospitalizada en UCI G-O con preeclampsia.....	38
2.4 Unidad e Cuidado Intensivo Obstétricos (UCI GO)	39
2.5 Significados.....	40
3. Marco de diseño	41
3.1 Tipo de estudio.....	41
3.2 Elementos del diseño	48
3.3 Rol del investigador.....	49
3.4 Criterios de inclusión	49
3.5 Criterios de exclusión	50
3.6 Muestreo	50
3.6.1 Estrategia de muestreo.....	50

3.6.2	Tamaño de la muestra	50
3.7	Técnicas e instrumentos de recolección de la información	51
3.7.1	Caracterización de los participantes	51
3.7.2	Entrevista a profundidad	51
3.8	Procedimiento para recolección de la información	52
3.9	Prueba piloto	53
3.10	Criterios de rigor metodológico	53
3.10.1	Credibilidad	53
3.10.2	Auditabilidad.....	54
3.10.3	Transferibilidad o aplicabilidad	55
3.11	Consideraciones éticas.....	56
3.12	Consideraciones con grupos vulnerables	56
3.13	Mecanismos de difusión y socialización	59
3.14	Limitaciones.....	59
4.	Resultados	61
4.1	Contexto del estudio	61
4.2	Caracterización de las participantes del estudio	65
4.3	Descripción del fenómeno: significados de cuidado de enfermería en UCI obstétrica	66
4.3.1	TEMA 1. Estableciendo vínculos que satisfacen	69
4.3.2	TEMA 2. Una Mujer Invisible	84
4.3.3	TEMA 3. Acercandose a una relación transpersonal de cuidado	92
4.3.4	TEMA 4. En Búsqueda De La Comprensión.....	103
4.3.5	TEMA 5. La Uci Gineco-Obstétrica, Un Lugar Indeseable.....	107
4.3.5	TEMA 6. Herramientas Que Favorecen La Adaptación	114
5.	Discusión	118
6.	Conclusiones	126
7.	Recomendaciones	129
8.	Referencias	132
9.	Anexos.....	144

Lista de figuras

	Pág.
<i>Figura 4-1.</i> Preeclampsia	¡Error! Marcador no definido.
<i>Figura 5-1.</i> Fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger ...	43
<i>Figura 5-2.</i> Red de tema, unidades de significado común	47
<i>Figura 5-3.</i> Ruta para la construcción de postulado teórico en fenomenología interpretativa.....	48
<i>Figura 7-1.</i> Temas y significados comunes que conforman el fenómeno: “Significados del cuidado de enfermería en la UCI obstétrica”	68
<i>Figura 7-2.</i> Significado de cuidado de enfermería para la gestante con preeclampsia en la UCI GO.....	68

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 5-1. <i>Interpretación de los fragmentos significativos o temas emergentes</i> ..	46
Tabla 6-1. <i>Caracterización sociodemográfica de las participantes</i>	65
Tabla 7-1. <i>Estableciendo vinculos que satisfacen</i>	83
Tabla 7-2. <i>Una mujer invisible</i>	92
Tabla 7-3. <i>Acercandose a una relación transpersonal de cuidado</i>	101
Tabla 7-4. <i>En búsqueda de la comprensión</i>	106
Tabla 7-5. <i>La UCI GO, un lugar indeseable</i>	114
Tabla 7-6. <i>Herramientas para adaptarse</i>	117

Introducción

Actualmente, el escenario epidemiológico muestra que dentro de las enfermedades de la gestación, la preeclampsia representa una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial (1, 2). En Colombia, dicha enfermedad genera las mayores dificultades durante la gestación, es una complicación obstétrica frecuente y de notable morbimortalidad materna y perinatal (3), condicionando el ingreso de las gestantes afectadas con dicho síndrome a las unidades de cuidados intensivos obstétricos (UCI-GO). Siendo el embarazo, la preeclampsia y la hospitalización eventos trascendentales en la vida de la gestante que podrían tener implicaciones sociales y secuelas devastadoras a largo plazo (4); como la muerte o prematuridad de un hijo, tener que abandonar otros hijos en casa y su trabajo (5) alteración endotelial que precede a lesiones cardiovasculares, renales y neurológicas (6); todas estas situaciones son asumidas durante la internación en la unidad de cuidados intensivos, donde reciben atención por parte de los y las enfermeras. Por lo anterior, se ha determinado que poder conocer el significado del cuidado de enfermería de estas gestantes con preeclampsia permite una evolución favorable

y el mejoramiento de las prácticas de cuidado de los profesionales (7), a la vez que anima a los enfermeros a brindar atención individualizada.

Según la literatura revisada durante el desarrollo de la presente investigación: Saavedra (8), Noguera (5), González (9), González y Quintero (10), Laza y Pulido (11); se puede evidenciar que la información disponible en Colombia sobre lo que piensan y sienten las gestantes está dirigida a explorar las afecciones meramente fisiológicas, enfocándose en describir los aspectos generados alrededor de la patología, lo que permite afirmar que el cuidado de enfermería para la gestante con preeclampsia dentro de una unidad intensiva es escaso y tiene muy poca visibilidad (12).

Por ello, esta investigación busca conocer el significado del cuidado que brinda el profesional de enfermería desde la experiencia de vida de la gestante con preeclampsia, una enfermedad potencialmente mortal, con el ánimo de reconocer la participación de las personas como valor fundamental en el ejercicio del cuidado (4); Cruzado (13) también planteó que la opinión del paciente es un componente esencial en el diseño y valoración del servicio prestado, puesto que el cuidado de enfermería y el cuidado humano han estado siempre presentes en la historia de la humanidad (14).

Lo anterior evidencia la importancia de conocer el significado construido por la gestante con preeclampsia durante su hospitalización en la Unidad De Cuidado Intensivo, ofrecer recursos para favorecer las prácticas de los profesionales de enfermería, al tiempo que se formulan postulados que permitan, en próximos estudios, articularlos a procesos de cuidado individualizado, de calidad y cercanos a la experiencia de las gestantes como receptora de cuidado.

Así, para llegar a conceptualizar el fenómeno se utilizó el abordaje cualitativo con enfoque fenomenológico, debido a que representa la “intencionalidad y el significado de las experiencias vividas desde el punto de vista de la primera persona, mientras se explora dicho fenómeno” (15).

1. Marco de referencia

El presente marco referencial aborda el área temática del estudio y la importancia de la investigación, en relación al significado de la gestante con enfermedad grave dentro del contexto que ofrece la unidad de cuidado intensivo. Dicha investigación se da no solo por la importancia social que reviste la gestación y sus complicaciones, sino además porque existe una urgente necesidad de ampliar la visión subjetiva acerca del cuidado de enfermería, el impacto para la disciplina y el significado de las circunstancias representadas por las gestantes con preeclampsia.

Al revisar la literatura se encontró, códigos DESC 12, MESH, aproximadamente 200 artículos de los cuales se realizó la selección de los más relevantes en las siguientes bases: Ebsco Host, Redalyc, Biblioteca Virtual en Salud, Science Direct, Scielo, Ovid Nursig y Wiley Online Library con las siguientes palabras clave: *cuidados de enfermería, significados, unidades de cuidado intensivo, preeclampsia*, las cuales se buscaron en español, inglés y portugués.

1.1 Descripción del problema

En una unidad de terapia intensiva, los cuidados pueden ser vistos e interpretados desde varios puntos de vista, así lo señalaron Ramírez y Parra (7), al mencionar la perspectiva de enfermería propiamente dicha, afirmando que los profesionales etiquetan a los pacientes por sus comportamientos entre “malos pacientes” y “buenos pacientes”. De la misma forma, se generan significados disímiles producto

de las experiencias y vivencias de pacientes durante la hospitalización; estas interpretaciones pueden coincidir o tener dimensiones diferentes.

Teniendo en cuenta que las vivencias de la gestante con preeclampsia pueden ser vistas de manera diferente por cada uno de los actores, es importante considerar cuál puede ser la visión y la interpretación de estas situaciones en la Unidad de Cuidado Intensivo Obstétrico (UCI G-O), a partir de la experiencia de quien es receptora de cuidados durante la hospitalización.

Para ello, esta investigación pretende conocer la experiencia de las gestantes con preeclampsia sobre el cuidado recibido por el profesional de enfermería en la UCI G-O del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo en la ciudad de Neiva, por lo que se tuvieron en cuenta algunos aspectos históricos y epidemiológicos relevantes.

El asunto de la morbilidad materna y atención en la gestación siguen vigentes debido a las tasas de mortalidad y morbilidad extrema y a la baja reducción de las mismas desde el establecimiento de las metas del milenio. Las cifras publicadas por ASIS (16), el Fondo de Población de las Naciones Unidas citado por la Academia Nacional de Medicina de Colombia, y el Banco Mundial muestran una reducción anual inferior al 1 % (17). Dicha información está apoyada en los resultados de diferentes estudios (18, 2) que plantean los trastornos hipertensivos, la preeclampsia y la eclampsia como causas principales de morbilidad materna extrema.

Cuando estas enfermedades no son tratadas en el momento y lugar adecuados o no se realiza una detección oportuna de los signos y síntomas premonitorios, pueden amenazar la vida de la mujer y llegar a causarle la muerte. Situación que ha sido entendida desde Suzhou (China), donde se establece como factores de protección en la sobrevivencia de la mujer con alteraciones en la gestación, la admisión a UCI (19).

“A escala mundial, cada año los trastornos hipertensivos durante el embarazo representan unas 50.000 muertes maternas y 900.000 perinatales, además de constituir una predisposición a presentar complicaciones cardiovasculares en el

futuro” (20, p. 9), y de que los hijos puedan padecer hipertensión arterial (HTA) en edades tempranas, así como síndrome metabólico. En Latinoamérica y el Caribe, la preeclampsia es la causante de 25,7 % de las muertes maternas y en EE. UU. “Se ha producido un aumento de su incidencia de 25 % en las últimas 2 décadas; de igual forma se plantea que por cada mujer fallecida por esta causa de 50-100 padecen morbilidad materna extremadamente grave”. (21, p. 518-517)

Ahora bien, la OMS determinó que 20 millones de mujeres presentaron complicaciones obstétricas como las mencionadas, de las cuales 529.000 fallecieron (22); en 2013, se notificaron 389.000 fallecidas (23); para 2015, la cifra descendió a 303.000 muertes maternas (24), la disminución puede estar relacionada con el ingreso de estas mujeres en unidades especializadas como las UCI- GO.

En Colombia (25), dentro de las causas agrupadas de morbilidad materna extrema hasta el periodo epidemiológico 06 de 2017, una proporción importante correspondió a trastornos hipertensivos con el 64,1 % de los casos. Debido a estas cifras se le ha dado relevancia a tratar comprender sí además de los factores de riesgo condicionantes para la enfermedad, existe alguna relación con la falta de preparación del personal de salud para realizar un diagnóstico y manejo oportuno, o si las instalaciones no aptas donde se atiende a las gestantes con patologías graves pueden favorecer la aparición de eventos mortales en esta población.

Se puede describir la preeclampsia como un síndrome específico de la gestación secundario a una reducción de la perfusión de órganos múltiples, vaso espasmo y a la activación de la cascada de la coagulación, que ocurre después de la semana 20 de la gestación. (26, p.63)

Cabe señalar que 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), prematuridad y muerte fetal (27).

Entre tanto, sin que esta investigación pretenda establecer resultados numéricos referentes al aumento o disminución de la morbimortalidad, es importante reconocer la extensa población de gestantes con preeclampsia que siguen siendo objeto de numerosas ilustraciones investigativas en el país, dado que esta alteración se identifica como un fenómeno social de gran importancia por la cantidad de mujeres que sufren dicho trastorno durante esta etapa de la vida (28).

Con respecto a ello, en el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva, lugar donde se desarrolla la investigación, durante el año 2017, fueron atendidas 496 pacientes, 303 obstétricas con patologías graves y 193 pacientes con preeclampsia, con una mortalidad de 0,9 % y morbilidad 0.5 % respectivamente en un área hospitalaria con nueve camas (29). Este número importante de pacientes obstétricas refleja el aumento de casos en el curso de los años, sumadas al auge y la importancia en la creación de unidades especializadas en gestantes; Unidades de Cuidado Intensivo Obstétrico (UCI G-O) que dan justificación numérica para la realización de esta investigación.

En diferentes estudios se mencionan los criterios relacionados con el manejo específico de la preeclampsia (6). Uno de ellos es el ingreso a la Unidad de Cuidado Intensivo; se ha notificado en 4. 235 pacientes correspondientes al 41,1 %. Con criterios de preeclampsia dados por falla orgánica (25). Es cada vez más frecuente el ingreso de este tipo de pacientes a los servicios de alta complejidad, cuya función principal es ofrecer mayor seguridad en la atención; pero a su vez, también exigen mayor formación al profesional de enfermería, desarrollo tecnológico y cuidados con calidad (30).

En ese orden de ideas, en Colombia las mujeres que padecen enfermedades graves durante la gestación como la preeclampsia y cumplen criterios de severidad

deberían ser admitidas en la UCI G-O, es decir, una unidad especializada, ser evaluadas de acuerdo con el número e intensidad de órganos afectados. Además, serían asistidas bajo un concepto fisiopatológico que incluye una evaluación completa y frecuente, teniendo en cuenta la dinámica adquirida por el síndrome, cada vez que este reúna características de gravedad (31).

A lo anterior se suma la literatura que insiste en considerar que la enfermedad grave durante el embarazo es un tema que no se puede dejar de lado; por el contrario, se deben abordar todos los contextos que rodean la gestación. Por ello, se han desarrollado estudios e investigaciones con enfoque biomédico, con abordajes cualitativos y cuantitativos de orden descriptivo, con el fin de conocer la incidencia, prevalencia, morbilidad, mortalidad, factores de riesgo, signos y síntomas, tratamiento y complicaciones (5). Los resultados de estas investigaciones han orientado el mejoramiento de las condiciones de salud, pronóstico de la mujer gestante y de su hijo por nacer. La gravedad de las complicaciones se ha reducido, en la medida en que se detecta precozmente y se realizan las intervenciones necesarias para manejar integralmente la mujer gestante (32, 33).

Pese a la gravedad fisiopatológica que desarrolla la gestante con preeclampsia, se reconoce que la enfermedad no solo afecta su físico, sino también su propia identidad. Este padecimiento que le acomete causa un sufrimiento que alcanza una dimensión psico-social y espiritual (28). Por tanto, cuando se está enfermo es importante que el cuidado brindado por el profesional de enfermería comprenda, además de lo que siente a nivel físico, también lo que siente y experimenta; situación que se traduce en distinguir los significados en la vida de las personas (34).

Aun así, la evidencia sobre los significados de las vivencias de las mujeres admitidas en Unidades de Cuidado Intensivo Obstétricos en Colombia y Latinoamérica es escasa; sin embargo, existen algunos estudios que han analizado los comportamientos de los cuidadores y las enfermeras en otros contextos y en escenarios diferentes. Los estudios que se encuentran relacionados con la

gestante con preeclampsia y están dirigidos esencialmente a conocer la opinión que le merece la grave enfermedad. Por esto es tan importante saber cuál es el significado que las mujeres que sufren preeclampsia le dan al cuidado ejecutado por el profesional de enfermería en la UCIO. Por ende, a continuación se realiza un acercamiento al fenómeno desde la perspectiva de otros investigadores.

Frente a la necesidad que tienen las personas enfermas de encontrar un compañero de viaje, alguien en quien soportarse, que durante su hospitalización le comprenda y además puedan compartir experiencias y sentimientos, se encontraron múltiples aproximaciones. Por ejemplo, Ferreira y cols. (35) citado por Guzmán (36), González (9), Gonçalves y cols. (37) revelaron la importancia de la interacción enfermera-gestante y la necesidad de conocer las percepciones con respecto a la satisfacción del cuidado, en un contexto humanizado que genere confianza y que les permita ir de la mano juntos (35). Igualmente, Álvarez y Espitia (38) describieron que además de confianza existe un tema denominado satisfacción y que la gestante con preeclampsia logra experimentar esta sensación hasta en un 95 %, gracias a la destreza y la competencia demostradas por la enfermera durante los cuidados, situación que ha sido estudiada fuera de la UCI.

En contraste, Costa (34) Castilla y cols. (39) hicieron una aproximación a la relación entre el equipo de enfermería y la mujer embarazada con preeclampsia en el contexto hospitalario, afirmando que la gestante se siente desinformada por parte del equipo de salud, lo que lleva a experimentar sentimientos de soledad y tristeza, pues ven al personal de enfermería como un ente que se limita a la administración de medicamentos y no como interlocutores en busca de solución a sus interrogantes, por su parte Pérez y cols. (40) detectaron las necesidades de cuidado percibidas por gestantes con diagnóstico de preeclampsia, encontrando que “requieren un estricto cuidado en el manejo de cuatro necesidades básicas: fisiológicas, seguridad, amor y pertenencia, y autorrealización” (p. 218). Noguera (5) Laza y Pulido (11) consideraron que la mujer con preeclampsia vive su enfermedad con temor e incertidumbre por la enfermedad y resaltaron que la

compañía de la enfermera es importante en la evolución favorable de la enfermedad.

En contexto, Newman (1990); Meléis (1992) citados por Ramírez y Parra señalaron que es importante conocer:

“La percepción del cuidado en la interacción enfermera-paciente ya que los comportamientos, las expresiones, son únicos e irrepetibles y son determinantes en la forma como se desenvuelve o evoluciona la relación entre ambos individuos y que dicha relación recibe influencia de múltiples factores sociales, personales, históricos y culturales”. (7, p. 99)

Ahora, en esa búsqueda de respuestas frente a la satisfacción de las pacientes se han usado herramientas como la de Learson (42), que ha sido llamada CARE-Q o *Cuestionarios de satisfacción del cuidado*, donde se estableció como intención principal medir las diferencias y semejanzas que tiene este binomio en relación a dichos comportamientos de cuidado. De igual manera, Swanson citado por Díaz y Mendoza (42) también ofreció un instrumento que evalúa la percepción de cuidado, “teniendo en cuenta los cinco procesos básicos de cuidado conocer, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias” (p. 20). Dichos instrumentos son válidos bajo el precepto orientado por Leichtentritt y cols. (43), donde afirmaron que el embarazo y la hospitalización son eventos importantes en la vida de una mujer y que deben ser analizados en todas sus aristas. Cantillo, por su parte, hizo referencia a la percepción de cuidado en la UCIN, a través de la aplicación de instrumentos de medición, dejando de manifiesto que la sensibilidad y la presencia son transferidas por la enfermera al paciente en la relación terapéutica (44,45).

Vale destacar que la utilidad de estos instrumentos es indiscutida una vez que han sido validados en el medio por enfermeras del campo investigativo, no obstante, tratándose de significados se reconoce la subjetividad que acarrea; por lo tanto, es imperioso abordar el tema desde la amplia perspectiva individual que conlleva a la construcción de significados por parte de las personas que viven dicha situación, sin el uso de instrumentos y bajo un enfoque cualitativo.

Entre tanto, por fuera del contexto obstétrico se visualizan asuntos relacionados con la hospitalización en unidades de cuidado intensivo; se han recopilado resultados ofrecidos que resaltan las experiencias humanas en estas unidades. Zambrano y cols. (46) aseguraron que los pacientes que están en una UCI con enfermedades graves son seres humanos que afrontan miedos, ansiedad e incertidumbre, debido a las adaptaciones que deben emprender ante la enfermedad y los cambios inesperados para su vida y entorno. Sumado a esto, Beltrán (47) indicó que estar al cuidado de otros genera en las personas sentimientos de vulnerabilidad.

Lo anterior deja ver la existencia de conocimientos e investigaciones previas sobre la sintomatología, el manejo y tratamiento de la gestación con preeclampsia; sin embargo, ante esto surge la necesidad de conocer el significado de la experiencia, las vivencias, los sentimientos y las emociones de las mujeres en gestación con preeclampsia desde la disciplina y cuidados de enfermería; situación que motiva a contestar la siguiente pregunta:

1.1.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es el significado del cuidado de enfermería de las gestantes con preeclampsia, a partir de una vivencia de hospitalización en la unidad de cuidado intensivo obstétrico durante el segundo semestre de 2017 y el primero de 2018?

1.2 Justificación

El impacto epidemiológico de la preeclampsia es incuestionable, así como la necesidad de que estas mujeres sean atendidas por personas idóneas en lugares idóneos. Rojas-Suárez y cols. (48) aseveraron que las pacientes que padecen preeclampsia y otras complicaciones graves asociadas al embarazo deben ser atendidas en unidades especializadas, lugares en donde se debe analizar el cuidado, y que esto conduzca a fortalecer el sustento para la propia disciplina.

Así pues, entre los aspectos que más resaltan en esta investigación está poder conocer el significado de cuidado en dos situaciones extremas como la preeclampsia durante la gestación y la permanencia en UCI GO, desde una visión más amplia que supere el esquema de la enfermedad al revisar cada experiencia. La utilidad de esta investigación está en reconocer a la gestante como sujeto de cuidado con necesidades y solicitudes intangibles para ser suplidas con futuras propuestas de intervención cercanas a la realidad de estas, lo cual es un avance necesario para la disciplina y para quienes viven esta situación.

Esta investigación resulta novedosa por la posibilidad de abordar un tema esencial como es el significado del cuidado construido por la gestante grave, desde un contexto poco abordado como lo son las unidades intensivas obstétricas. Ya que este espacio hospitalario se presenta como nuevo en la atención a la mujer con morbilidad materna extrema y por ende, no se conocen las características de este cuidado, debido a la escasa implementación de las unidades de cuidado crítico obstétrico en el país.

De igual modo, este trabajo es útil debido a que permitirá revelar si existen vacíos en el cuidado ofrecido a la gestante con preeclampsia que pueda asociarse con la falta de formación académica especializada; dado que los enfermeros y enfermeras que allí laboran cuentan con formación empírica y su conocimiento es basado en la experiencia y compartido entre ellos, ninguno cuenta con especialización para

tratar este tipo de pacientes. También es valioso conocer la experiencia planteada desde quien recibe el cuidado y comprender si para la gestante es importante tener una enfermera a su disposición, con mayor formación y conocimientos teóricos.

De esta forma y tras hallar esa necesidad se puede proponer a los entes de educación superior la oportunidad de ofertar programas académicos específicos, que le permitan al profesional profundizar en el cuidado crítico obstétrico que definitivamente es un mundo por descubrir.

1.3 Significancias

1.3.1 Significancia social

La mortalidad materna representa un grave problema de salud pública en los países en desarrollo, sus causas en su mayoría son evitables y la han considerado como la máxima expresión de injusticia social (49), dado que en los países de menor desarrollo económico existen las cifras más altas de muertes maternas

Por otro lado, los países de la Unión Europea se encuentran entre aquellos con mejores índices en torno a la morbimortalidad materna y perinatal, la cual a nivel perinatal es menor de 10 por cada 1000 nacidos y las de mortalidad materna de menos del 30 por cada 100.000 gestantes, todo esto asociado a los bajos índices de gestaciones en comparación a América Latina, la igualdad y la preparación del personal sanitario y la prevención primaria (50).

En Colombia, para el año 2014, la razón de mortalidad materna reportada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), de manera preliminar, fue de 53,4 por cien mil nacidos vivos, correspondientes a 344 muertes maternas tempranas, lo que se traduce en el incumplimiento de la meta del milenio (51).

Específicamente, en el Huila la Morbilidad Materna Extrema representa el 46 %, la preeclampsia es el criterio de inclusión más frecuente, relacionado con esta

enfermedad específica se encuentra la inclusión de criterios de falla orgánica de origen vascular y cerebral. El 15 % de los casos presentó ingreso a UCI (52).

Dichas cifras justifican el abordaje de los significados de la gestante durante su enfermedad y cuando reciben cuidado, puesto que permite el acercamiento a la práctica de enfermería apoyada en las políticas mundiales que proponen el cumplimiento de “Las metas de maternidad segura” propuestas por el Ministerio de la Protección Social (52), además de aportar al cumplimiento de las metas de desarrollo sostenible, orientado a mejorar la salud materna bajo los lineamientos de El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (47) que busca el fortalecimiento de los sistemas de salud en todos los entornos de la mujer.

En este sentido, poder conocer el significado sobre el cuidado de enfermería para las gestantes con preeclampsia estimulará el mejoramiento de la calidad de la atención institucional en las diferentes de quien durante las etapas de gestación, parto y puerperio presenta una enfermedad complicada, contribuyendo al bienestar de las gestantes esto; a largo plazo, podría verse traducido en la disminución de procesos de adaptación adecuados y restablecimiento del estado de salud previo.

De la misma forma, para darles importancia y participación a los pacientes durante su proceso de salud-enfermedad, el Instituto Nacional de Salud Pública (25) reconoce que la opinión del usuario está relacionada con el principio de participación del consumidor. Si el objetivo principal de la prestación de un servicio es el usuario, es necesario conocer su opinión y su satisfacción en torno a él, para ajustar cuanto sea posible el servicio ofertado a sus necesidades reales, expectativas y prioridades (9). La evolución señala, de esta manera, que es necesario ofrecer espacio y participación al usuario procurando entender e interpretar su contexto, situaciones y emociones.

Entonces, a la hora de justificar la importancia de la descripción de los significados del cuidado de la gestante, no puede dejarse de lado el cambio en el rol social: situación que afecta la percepción de su realidad y que debe ser apoyada por el personal de enfermería. La preeclampsia es una enfermedad que les afecta desde

varios aspectos: el de mayor impacto ha sido descrito por Laza y cols., quienes resaltaron el aspecto fisiológico debido a las secuelas que suele dejarles para toda la vida. Además, la hospitalización prolongada genera emociones en ocasiones negativas y provoca la ausencia de una madre, una esposa, una trabajadora en un sistema social ya establecido; lo que se traduce en dificultades para ella y su familia (54). Por esto, conviene abordar desde la significancia social todo el contexto de la mujer con el ánimo de proteger su emocionalidad y prepararla para la adaptación a la hospitalización y la reinserción a su vida cotidiana.

Este estudio contribuye al mejoramiento de los servicios de salud materno, dado que aplica un enfoque más integral y humanizado, al tener en cuenta lo que significa para la gestante con preeclampsia la experiencia de hospitalización y el cuidado que recibe en una unidad intensiva, lo cual indudablemente causa su bienestar y está acorde con la política de atención centrada en el paciente de la Organización Mundial de la Salud, además se aproxima al cumplimiento de la propuesta del plan decenal de salud, donde se propone vincular y empoderar a las mujeres, en la toma de decisiones y todo lo concerniente a su enfermedad y cuidado para garantizar su participación en los servicios de salud y la continuidad de una vida saludable (52).

1.3.2 Significancia disciplinar

Desde el ámbito disciplinar, la investigación permite a los profesionales de enfermería conocer lo que la gestante con preeclampsia vive, experimenta y dimensiona acerca de lo que significa el cuidado brindado por la enfermera y su evolución dentro de la unidad de cuidados intensivos. Es importante para generar y abrir una fuente de nuevo conocimiento para la Enfermería y las prácticas en salud. Esto permitirá aportar a la construcción de un cuidado congruente con esta población, frente al surgimiento de Unidades Intensivas Obstétricas novedosas en el país.

También se orienta a la docencia y por ende, en la creación de microcurrículos basados en los significados, con la aplicación de estudios como este, se pueden obtener bases para brindar el cuidado de enfermería adecuado a los diferentes actores, en este caso la mujer enferma; y pensar en propuestas de cualificación del recurso humano desde las mismas necesidades evidenciadas por quienes experimentan la situación de salud.

Es necesario para la enfermería actuar bajo un cuerpo de conocimientos científicamente comprobados, que evite otras formas inexactas de conocimientos como el empirismo, la tradición oral, entre otras. Poder tomar las experiencias y vivencias de las gestantes durante el proceso de la enfermedad posibilitará cualificar el cuidado individualizado que se le brinda; dicho ejercicio conduce a ejercer una práctica profesional efectiva y con mínimo de errores.

Por lo tanto, esta investigación apunta a favorecer el fortalecimiento de la tarea que deben encarar las enfermeras al enfrentar el desafío de intentar interpretar los fenómenos de la conciencia y los significados en las representaciones de la experiencia de las personas. Así lo afirmaron Parrado y Caro (55), al reconocer que la profesión “no se debe apartar de la idea de la unidad del ser y, en este sentido, conocer la esencia de las experiencias e identificar los significados de los fenómenos de salud, enfermedad [...]” (p. 117), y demás situaciones en la cotidianidad de las personas, verdadero reto para el profesional de enfermería. Igualmente, Romero-García y cols. Concluyeron que poder conocer las expresiones de los pacientes le permite crecer a la profesión:

[Sobre] “el cuidado de los enfermeros permite seguir avanzando en el proceso reflexivo, desde la propia experiencia y anima a los profesionales de enfermería a seguir en esta línea crítica de desarrollo profesional y, por tanto, de mejoría de la calidad asistencial y la seguridad”. (56, p. 60)

De tal forma, la visión que ofrece la gestante en situación grave de salud y el cuidado que recibe en una unidad intensiva, sus opiniones, actitudes, creencias, informaciones y conocimientos, sirven para mejorar el ejercicio de la enfermera que

actualmente carece de significado y por tanto, de un reconocimiento propio de la disciplina que permita formular un cuidado aceptable, coherente e integral para la gestante con preeclampsia. Por esa razón, el estudio ofrece la oportunidad de realizar la práctica de enfermería desde el conocimiento de realidades, para el crecimiento de la disciplina, apoyados en la afirmación de Durán (57): “El conocimiento más importante es sobre todo, aquel que permita ser la base de una práctica fundamentada y autónoma” (p. 9).

1.3.3 Significancia teórica

El presente estudio surgió por la necesidad de descubrir y ampliar lo conocido y desconocido en relación al significado del cuidado de enfermería, manifestado por las mujeres gestantes con preeclampsia, y apoyado por diferentes disciplinas.

En los últimos 15 años, la investigación sobre la gestante con preeclampsia se ha enfocado en entender los asuntos subyacentes al padecer la enfermedad que afecta la vida de las mujeres; los investigadores, en el campo de enfermería se han dedicado a tratar de reconocer las alteraciones biológicas secundarias a la patología, y a emplear instrumentos que miden la calidad y percepción de cuidado en la gestante, también se destacan algunos avances del conocimiento relacionados con las implicaciones psicosociales, tales como la experiencia de vivir el embarazo con preeclampsia (11), y las repercusiones en la vida de estas mujeres.

Desde entonces ha surgido el interés por comprender las experiencias particulares, el proceso de afrontamiento y adaptación, también por describir y comprender la percepción y los significados que giran alrededor del cuidado ofrecido a las gestantes con alguna patología a raíz de la gestación o en situaciones propias del embarazo, lo que ha impulsado el desarrollo de la investigación, como se describe a continuación:

Los significados de cuidado, desde el punto de vista psicosocial y emocional, se han abordado por numerosos estudios de enfoque cualitativo. Martins y Silva

señalaron que el cuidado de enfermería como una actividad realizada con eficacia cuando la enfermera tiene estrategias de complemento entre los conocimientos científicos y prácticos que comparte con un fuerte contenido social, emocional y espiritual para entender la dura situación que puede experimentar la mujer gestante (58). Se consideró así que este conjunto de habilidades permite la adecuada atención; acelerando, de esta manera, la adaptación a la situación que vive y el alta hospitalaria.

Por su parte, Mota y cols. Indicaron que la mujer se siente frágil durante la gestación y atribuyen significados diferentes a la vivencia del trabajo de parto. “Los sentimientos son divergentes, yendo desde la realización y placer hasta el sufrimiento y frustración, generador de miedo, sufrimiento, dolor, ansiedad” (59, p. 4-5); resaltaron el acompañamiento de la enfermera y sus cuidados tanto en los aspectos favorables como es los negativos. En ese sentido, Andrade, Vasconcelos y Ferreira detallaron la complejidad de las interacciones y explicaron lo siguiente:

Es necesario humanizar el cuidado, lo cual se lograría a través de una actitud humanitaria de los profesionales, con una forma de actuar diferente, capaz de interpretar en el otro, “buscando comprender sus necesidades y dudas, dando valor a sus experiencias previas y colocando la tecnología a su servicio, reduciendo los riesgos y la morbilidad” (8, p. 8-9). De tal forma que se pueda dejar en estas siempre una imagen positiva del cuidado.

Del mismo modo, la teoría de Watson (60) citado por González (9) mencionó dicha forma de cuidado humanizado.

“Se basa en los diez factores de cuidado que evolucionaron al proceso de caritas, que tiene una dimensión espiritual y evoca al amor y al cuidado”. (p. 37) Estas influencias se basan en el respeto a la vida y a las personas permitiendo la libertad la decisión y el crecimiento, herramientas de importancia para una relación interpersonal entre paciente y enfermera.

“La teoría del cuidado humano abarca conceptos como: Interacción enfermera- paciente, Campo fenomenológico, Relación transpersonal del cuidado”. (9, p. 36)

Estas influencias y valores podrían relacionarse con los hallazgos de este estudio, pues lo que se buscaría sería el fenómeno basado en interrelaciones. Dicho cuidado fue definido por Watson (60) citado por González (9) de esta manera:

“El ideal moral de Enfermería en donde el fin es protección, engrandecimiento y preservación de la dignidad humana: el cuidado humano implica valores, deseos, patrones comportamentales, compromiso de cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias”. (p. 35)

Este concepto soporta el estudio desde el cuidado transpersonal que Watson (60) citado por González (9):

“Define como una unión espiritual entre dos personas que trasciende “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. Esta transcendencia permite que el paciente y la enfermera entre en el campo fenomenológico del otro. (p. 38)

Otros estudios cualitativos relacionados con la experiencia de vivir con preeclampsia y recibir cuidados de enfermería, a partir de los que se crean significados que han sido descritos, entre otros, por Lafaurie y cols., quienes describieron que las mujeres con alto riesgo obstétrico requieren de “cuidado transcultural y actividades educativas para minimizar temores y empoderar sus derechos” (4, p. 16).

Así mismo, Saavedra reconoció que al describir la percepción y los cuidados las mujeres sienten déficit en lo que tienen que ver con las interrelaciones enfermera-mujer-gestante, dejan ver así una discordancia entre las percepciones que pueden ser medidas con instrumentos y las expresadas como vivencias individuales (8). El conocimiento que se adquiere de las personas permite comprender los significados que ellos otorgan a la experiencia que están viviendo (58), cómo la relacionan con

situaciones que han vivido antes y cómo las proyectan hacia el futuro; lo que es esencial para evitar juicios equivocados con respecto a su situación, para mejorar su comprensión y sensibilidad frente a esas vivencias y sus significados, y con base en esto, poder tomar decisiones acerca de las intervenciones requeridas para favorecer los aspectos que más les interesan a la gestante, mejorar el cuidado, atender las necesidades individuales y permitir el crecimiento personal y de la disciplina.

1.4 Objetivo general

Describir el significado del cuidado de enfermería para las gestantes con preeclampsia, a partir de una vivencia de hospitalización en la unidad de cuidado intensivo obstétrico del Hospital Universitario de Neiva, durante el segundo semestre de 2017 y el primero de 2018.

2. Marco conceptual

A continuación, se presenta la definición operativa de los conceptos centrales del fenómeno con los que se logra constituir un parámetro con el proceso de recolección de la información. Se definieron los siguientes conceptos importantes para abordar el fenómeno: significados, cuidado de enfermería, preeclampsia, Unidad de Cuidado Intensivo Obstétrico.

2.1 Cuidado de enfermería

Inevitablemente siempre que se hable de cuidado de enfermería es importante mencionar los aportes realizados a la enfermería moderna relatados por Florence Nightingale, en dichos escritos se observa la existencia de una vocación de enfermería y menciona el papel que la enfermera debía tener con sus pacientes, dando los primeros aportes a la formación del concepto. (99)

En busca de fortalecer dicho concepto de cuidado en la presente investigación, se enmarcan las cinco dimensiones esenciales que Morse según Rocha. (2009 (61, p. 107) (62).), identifico para comprender el concepto de cuidado en la enfermería: “El cuidado como rasgo humano manifiesta el respeto y la dignidad por el otro; como imperativo moral resume los valores de la enfermera; como afecto incorpora y muestra sentimiento y emociones , el cuidado como interacción personal favorece la relación de intercambio entre quien cuida y quien recibe cuidados disponiendo de conocimientos y alternativas que buscan favorecer a quien se cuida dando lugar a una intervención terapéutica.”

Así mismo Desde la perspectiva fenomenológica de Jean Watson, cuidar es un" un proceso interpersonal que involucra la preocupación y el deseo de ayudar a la otra persona a lograr el bienestar mental, físico, sociocultural y espiritual. (9, p. 35) lograr la curación y transformación en un ser humano necesita que el enfermero interiorice una realidad ajena en la que el protagonista es un ser que sufre, para ello será necesario desprenderse del dolor interno, y establecer nuevos significados. Sin embargo, actualmente, en la práctica de enfermería se observa que el cuidado ha perdido el propósito para el profesional y en ocasiones la enfermera pierde su identidad, lo que permite que este sea identificado como un actuar rutinario y lineal en el que sobreviene la racionalidad técnica y el enfoque biomédico.

Al tratar de consolidar un concepto es posible enfocarse en la teoría de mediano rango denominada Teoría de los Cuidados propuesta por Kristen Swanson en 1993 donde la autora menciona la importancia de intercambio e interacción entre dos seres humanos, realizar un intercambio de conocimientos en el que se espera un cambio positivo en el estado de salud del paciente, usando postulados muy acertados para la relación entre dos seres que se relacionan en un tiempo y momento difícil, dicho conocimiento se basa en: Estar con, Hacer por, Posibilitar y Mantener las creencias. (98)

El cuidado se remonta a la existencia de la persona, es una condición humana, surge de lo profundo de cada ser, como estrategia para conservar la vida, es un conjunto de actos conscientes para ser, pero también es una labor de los profesionales de enfermería en el "estar ahí para o con " donde la conciencia, la voluntad, el conocimiento de sí misma y la conducta juegan un papel primordial para ejercer como cuidadora de ese otro ser en el mundo, en una relación de generosidad y amor real.

Entonces, a partir de las definiciones que brinda la literatura en relación con esta investigación, el concepto de cuidado de enfermería se ha definido como toda expresión o actitudes altruistas (63) dadas en un momento de la interacción entre quien cuida (la enfermera profesional) y el cuidado (persona –gestante con preeclampsia en UCIGO), que expresa la enfermera y que la paciente es capaz de reconocer dentro del contexto de la unidad de cuidados intensivos mientras vive su experiencia de salud. Allí, el profesional aplica un conjunto de conocimientos técnicos y teóricos sobre la mujer gestante donde se ejerce una relación personal moral, sensible y piadosa, apoyada por una perspectiva educativa, bajo lineamientos éticos, pero sobre todo que impliquen la transformación para los participantes (64). Cabe resaltar que esta investigación pretende interpretar el significado propio que construye la mujer gestante con preeclampsia en el proceso de recibir el cuidado proporcionado por la profesional de enfermera.

2.2 Preeclampsia

“La preeclampsia es una enfermedad de gran complejidad, la cual requiere de un manejo de alto nivel en cuanto a recurso humano y técnico”. (9, p. 39) Es una complicación del embarazo caracterizada por presión arterial alta, este es el síntoma principal, el manejo inadecuado de la enfermedad podría ocasionar la muerte de la mujer.

Por ser una enfermedad del endotelio, sus manifestaciones pueden presentarse en cualquier órgano o sistema. En ausencia de intervenciones, la preeclampsia puede progresar a una disfunción orgánica múltiple en la que sobresale el compromiso renal, hepático y cerebral. Algunas de sus complicaciones más frecuentes son las convulsiones conocidas como eclampsia, o del llamado síndrome hellp (caracterizado por compromiso hemolítico, hepático y trombocitopénico), ambas situaciones representan un severo compromiso orgánico y que aumentan de

manera dramática la morbimortalidad del binomio madre-hijo. Obligando el ingreso de la gestante a las unidades de monitoreo continua. 65, p. 315)

En su gran mayoría a la preeclampsia se presenta con las siguientes características: presión arterial por encima de 140/90mmHg asociado a proteinuria (más de 30 mg en muestra única o más de 300mg en muestra de 24 horas el cual es diagnóstico de elección) por encima de la semana 20 de gestación durante el parto o en las dos semanas posteriores a este. (9, p. 39-40)

Dentro de la nueva clasificación solamente se habla de preeclampsia con criterios de severidad o sin criterios de severidad. (100)

Preeclampsia no severa	Preeclampsia con criterios de severidad
Presión arterial por encima de 140/90mmHg	Presión arterial mayor a 160/110mmHg
Proteinuria (más de 30 mg en muestra única o más de 300mg en muestra de 24 horas)	Proteinuria mayor a 5g en orina de 24 horas
	Creatinina sérica mayor a 1.2mg/dl,
	Dolor hipocondrio derecho intenso y persistente
	Oliguria menor a 500ml en 24 horas, o trombocitopenia
	Presencia de tinitus , fosfenos
	Hemolisis plaquetas por debajo de 100.000

Figura 2-1. Preeclampsia

Fuente: construcción de la autora.

Factores de riesgo

Haber sufrido preeclampsia en embarazo anterior, historia familiar de preeclampsia en madre o hermanas, síndrome anti fosfolípido, periodo intergenésico mayor a 10 años, antecedente de enfermedad renal o proteinuria, antecedente de Diabetes mellitus, hipertensión, trombofilia, enfermedades del colágeno, nefropatía, primipaternidad primigestas o multiparidad, enfermedad trofoblástica del embarazo, obesidad, menores de 20 años o mayores de 35 años.

Tratamiento

- a) Se debe hospitalizar a la paciente con monitoreo hemodinámico continuo
- b) Canalizar acceso periférico de grueso calibre, colocar sonda para cuantificar diuresis.
- c) Para tratamiento farmacológico se utiliza: Hidralazina, labetalol, Nifedipina
- d) Control de crisis convulsivas
- e) Terminación del embarazo

2.3 Gestante hospitalizada en UCI G-O con preeclampsia

La gestante con preeclampsia es, actualmente, un ser humano de altísimo valor social debido a su significado para un país en relación a las variables que relacionan la maternidad segura y la mortalidad materna con el desarrollo de una nación. Clínicamente, se incluyen mujeres con más de 20 semanas de gestación y hasta el posparto, deben presentar cualquiera de las siguientes características clínicas con necesidad de monitoreo continuo por alteración de uno o más órganos (66), y que en la primera entrevista estuvieran en su primer o segundo día de egreso de UCI GO.

En síntesis, para la investigación se asume la gestante con preeclampsia hospitalizada en la unidad de cuidado intensivo con hipertensión gestacional que puede conducirla a la muerte o dejar en ella secuelas a largo plazo, debido a las alteraciones fisiológicas antes descritas que acompañan el curso normal de la enfermedad; a esto debe sumarse la expresión de sentimientos como ansiedad, depresión e incertidumbre por encontrarse en un sitio de hospitalización aislado y diferente a su contexto habitual (43).

2.4 Unidad e Cuidado Intensivo Obstétricos (UCI GO)

“Se define como sitio donde que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital y cumple algunos requisitos funcionales” (67, p. 6) dichos requisitos deben garantizar condiciones necesarias para la atención oportuna y con calidad de las personas que allí ingresan.

Las UCI GO cuentan con tecnología de punta y personas con destrezas en el área de cuidados críticos relacionados con la obstetricia, destinadas a mejorar la interface entre servicios de hospitalización, cirugía y cuidados intensivos. El objetivo es el manejo adecuado de las pacientes altamente complejas con énfasis en el trabajo multidisciplinario de cuidado intensivo y de medicina materno-fetal, que tiene como propósito disminuir al máximo los riesgos y muertes maternas; cuentan con espacios de alta complejidad con ambientes estresantes y altas cargas emocionales que generan sentimientos de dolor, tristeza, impotencia tanto en el sujeto de cuidado, como en las enfermeras (59). Además los niveles de concentración para el ejecutar las actividades propias del cuidado intensivo empleados por la enfermera, pueden llegar a desvirtuar el verdadero cuidado humanizado.

2.5 Significados

El ser humano, en el mundo, no está libre de significados. De acuerdo con las ideas de Heidegger, según Strauss y Quinn, los significados son “la interpretación evocada en una persona por un objeto o evento en un tiempo determinado” (68, p. 6). Si se entiende que el significado que se tenga de un fenómeno condiciona la forma en que va a ser representada la realidad en los sujetos, y que, de acuerdo con Levinas (97) las palabras introducen la franqueza de la revelación en la cual el mundo se orienta y adquiere un significado entre los individuos.

Para esta investigación, el significado corresponde a todo lo expresado de manera subjetiva por la gestante con preeclampsia después de 48 horas de hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos Gineco-Obstétricos, habiendo sido atendida desde su ingreso hasta su egreso por el personal profesional de enfermería. El significado puede estar enmarcado en lo pragmático, lo existencial o lo simbólico. Lo pragmático es el objetivo social y está en las palabras; lo existencial hace parte de la construcción subjetiva contextual y está en la mente en forma de contenido intencional de conciencia, muy relacionado con lo simbólico. Báez-Hernández y cols. (69) aseguraron que “se entiende que el significado que se tenga de un fenómeno condiciona la forma en que va a ser representada la realidad en los sujetos” (p. 129).

3. Marco de diseño

3.1 Tipo de estudio

Se realiza un estudio cualitativo aplicando los principios de la fenomenología basada en la filosofía ontológica de Heidegger y como tal, está interesada en entender los fenómenos en sus propios términos. Para lograr esto, se deben descubrir y entender los significados de una vivencia en particular (70). El proceso contempla cuatro etapas que las investigadoras aplicaron: El epojé, la intencionalidad, la reducción y la constitución. (15).

a) Aplicar la epojé: lograr llegar sin prejuicios, preconcepciones que puedan impedir conocer la realidad de lo que se desea investigar. (71, p. 438) tener la esperanza de interpretar algo sin presupuestos, permitir que surja una realidad pura sin forzar los relatos o realizar preguntas buscando supuestos.

b) Intencionalidad:

“Es la descripción de las vivencias de los informantes desde una posición afectiva comprendiendo la intensión del otro, dándole sentido e interpretación a su lenguaje y realidad. Es aquí donde se explora la intencionalidad del ser, del ser en el mundo para alguien a partir de su experiencia.

Noesis es la descripción de las vivencias de los sujetos analizados, [...] busca comprender cómo viven el fenómeno en sí, a partir de lo que nos comunican, el interpretar el fenómeno. Es decir, es la descripción de las vivencias puras en torno al tema o el fenómeno.

Noema. Es descifrar lo que es común en los sujetos participantes, los aspectos generalizables, (71, p. 438-439) se trata de llegar a reconocer la unidad de significado de las vivencias en torno al fenómeno estudiado.

c) Reducción: Se interpreta como el paso del momento descriptivo a la estructura fenoménica para lograr establecer la esencia, agrupando elementos que pueden explicar comportamientos y actitudes comunes. “Es decir, el análisis interpretativo es un proceso itinerante inductivo de descontextualización y recontextualización” (71, p. 441).

La descontextualización se hace al separar los datos de su contexto original de los casos individuales y les asigna códigos a los significados comunes hallados. “En la recontextualización se examinan los códigos para los patrones y luego se reintegra,” (71, p. 441) Se reorganizan los elementos que expliquen comportamientos y actitudes comunes, estos han sido previamente separados y codificados. Luego se agrupan en grandes paquetes o temas según los relatos analizados, se inicia el camino hacia la interpretación y comprensión de la estructura fenoménica. El método usado para este fin fue el propuesto por Diekelman y cols. (72)

d) Constitución: es dar cuenta de cómo se pasa de lo descriptivo a lo estructural en la condición de sujeto investigador.

“En esta fase, de manera reflexiva, se describe el proceso de construcción del conocimiento (71, p. 441) Es dar cuenta del cómo se hizo para llegar a construir ese conocimiento e informar el camino seguido para que el fenómeno se establezca a sí mismo y tome forma en nuestra conciencia quedara escrito en una narrativa final presentado como resultados.

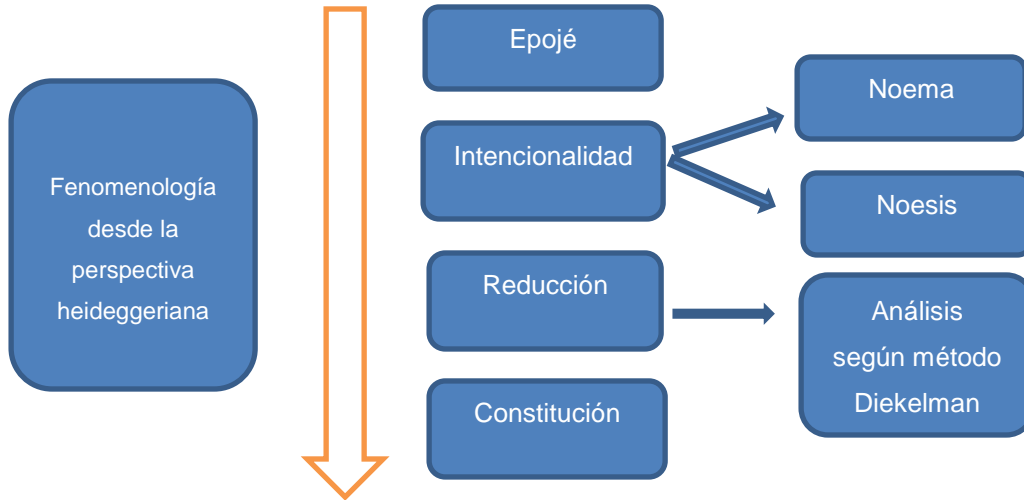


Figura 3-1.

Fuente: elaboración propia basada en Mendieta y Ramírez. Fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger (71, p. 438)

MÉTODO

Durante la interpretación metodológica del estudio se seleccionó el abordaje de Diekelman y cols. (72), quienes desarrollaron un proceso paso-a-paso para el análisis y reducción de la información, el cual involucra siete pasos.

1. Leer las entrevistas para obtener un entendimiento global.
2. Escribir resúmenes interpretativos y codificar temas emergentes.
3. Analizar todas las transcripciones como un grupo para identificar temas.
4. Volver al texto y/o a las participantes para aclarar desacuerdos en la interpretación y escribir un análisis combinado para cada texto.
5. Comparar y contrastar textos para identificar y describir prácticas compartidas y significados comunes.
6. Identificar patrones que vinculan los temas.
7. Generar respuestas y sugerencias sobre un borrador final hecho por el equipo

El análisis y reducción de la información se realizó de forma conjunta con la recolección de la información, e implicó una reflexión y discusión continua entre la investigadora y su directora de tesis para concluir en algunas definiciones.

A continuación se detalla la forma en la que se realizó la categorización del fenómeno y el análisis de la información obtenida, con base en las herramientas heideggerianas de descontextualización y recontextualización, mediante el método para lograr la reducción según la propuesta de Diekelman y cols. (72).

1. **Leer las entrevistas para obtener un entendimiento global:** previo a la lectura, cada entrevista fue grabada a través de la aplicación Easy voice recorder y transcritas de manera manual, palabra por palabra incluyendo aspectos paralingüísticos como entonaciones de exclamación o interrogación, se digitó en un archivo con formato de texto para leer y releer; así recopilar y organizar la información, junto con el diario de campo.

“De todas maneras yo no estoy acostumbrada a que un hombre me vea desnuda, pero eso es la ignorancia de uno, eso no es problema de ellos allá soy yo; ¿sí me entiende?” (Comunicación personal).

El objetivo de la transcripción fue llevar al texto de la forma más fiel posible lo expresado por el participante, sin caer en acciones de corregir los aspectos desordenados como ocurre en una conversación rutinaria. Cada entrevista transcrita recibió un código operacional que facilitó la identificación del grupo total de entrevistas; (P), (E), cuya interpretación es:

- P: Participante
- E: Entrevista
- Iniciales del nombre

Ejemplo; **P 1: E 01 RMS**

2. **Escribir resúmenes interpretativos y codificar temas emergentes.** Cada entrevista de cada informante fue analizada teniendo en cuenta la pregunta

de investigación y el objetivo trazado. Luego de leer todas las entrevistas, se comenzaron a extraer todas las declaraciones o descripciones importantes en el estudio, para posteriormente asignarles un código o nombre; como se muestra a continuación:

Declaración descriptora /fragmentos significativos

“Sí, como le digo eeeee... Los enfermeros de la UCI estaban más pendiente de uno, ahí encima de qué necesita y así, obvio la atención es mejor porque están preguntándole a uno que si le duele, que si va a comer, así todo, los jefes que si le duele pa´ ponerme droga”. (Comunicación personal)

Esta información se almacenó en una "unidad hermenéutica" a través del programa ATLAS TI, versión 7, donde se lograron consolidar 273 fragmentos significativos, los cuales se relacionaban directamente con el fenómeno investigado.

3. Analizar todas las transcripciones como un grupo para identificar temas.

Simultáneamente, mientras se iba realizando la extracción de los fragmentos significativos, se fueron estableciendo las posibles ramas de agrupación a las cuales pertenecían esos fragmentos. Así, se determinó para cada fragmento significativo un código o nombre de identificación, permitiendo la construcción de ocho significados comunes. Se realizó una lista con los significados comunes de la siguiente manera:

Entrevista 2.

Códigos: [apoyo emocional]

“...Ah sí, la jefe Andrea ella es más noblecita y me daba como consejos y lo animaba a uno cuando se siente uno triste, porque yo allá si me deprimía a ratos y ella era la que se le arrimaba a conversar y a explicarme todo y pa´ qué; pero eso sí, no era que conversáramos mucho pero sí me servía porque uno se siente muy débil y como achicopalada a ratos”. (Comunicación personal)

4. **Volver al texto y/o a las participantes para aclarar desacuerdos en la interpretación y escribir un análisis combinado para cada texto.**

Teniendo en cuenta la similitud de los fragmentos de significado y las posibles unidades de significado halladas en las expresiones de las gestantes que fueron ingresadas a la UCI GO, se volvieron a leer, se analizaron en contexto y se le asignó un nombre específico a cada una; estableciéndose de esta forma ocho significados comunes. Así por ejemplo, se agruparon las posibles unidades de significado. Enfermeras ocupadas, desinterés de la enfermera, falta tiempo para realizar tareas, dando paso a un solo significado común: ***sintiendo la ausencia de la enfermera***

Es de resaltar que la investigadora realizó una selección de tres participantes, la cual se efectuó con aquellas que residían en la ciudad de Neiva por la facilidad al acceso. Este encuentro se dio en el domicilio de las pacientes, donde se reportaron los resultados de la información obtenida, los fragmentos significativos y significados comunes; durante el proceso del análisis dichas participantes manifestaron estar de acuerdo con los resultados y no agregaron otra información.

5. **Comparar y contrastar textos para identificar y describir prácticas comunes.** Con ayuda de las notas de campo, se comenzaron a escribir las interpretaciones que iban surgiendo, tanto de los fragmentos significativos como de los significados comunes que permitieran ir dando respuesta a la pregunta de investigación, los objetivos y descripción del fenómeno:

Tabla 3-1. Interpretación de los fragmentos significativos o temas emergentes

Código operacional	Fragmento significativo	Significados comunes	Interpretación
	“...Ah sí, la jefe Andrea, ella es más noblecita y me daba como consejos y lo arrimaba a uno		La soledad y tristeza que se generan en la Unidad de Cuidado Intensivo bajo

P2E2YIM	<i>cuando se siente uno triste, porque yo allá si me deprimía a ratos y ella era la que se le arrimaba a conversar y a explicarme todo y pa´ qué pero eso sí, no era que conversáramos mucho pero sí me servía porque uno se siente muy débil y como achicopalada a ratos”.</i>	Un cuidado natural y empático	condiciones extremas de salud requieren de acompañamiento, cada vez que las enfermeras se acercan a dialogar y se interesan por estas pacientes hacen que estas se sientan emocionalmente más fuertes, apoyadas y con positivismo.
	<i>“cuando uno se ponía triste allá ellas se sentaban a acompañarlo a uno, me preguntan así lo mismo que usted, que como me siento y eso, ellas le dedican a uno arto tiempo...”</i>		

Fuente: elaboración propia

6. **Identificar patrones que vincula el tema.** Estas fueron agrupadas en una red por similitudes en concordancia con las experiencias, y de esta manera se identificaron los respectivos temas. Como se muestra a continuación:

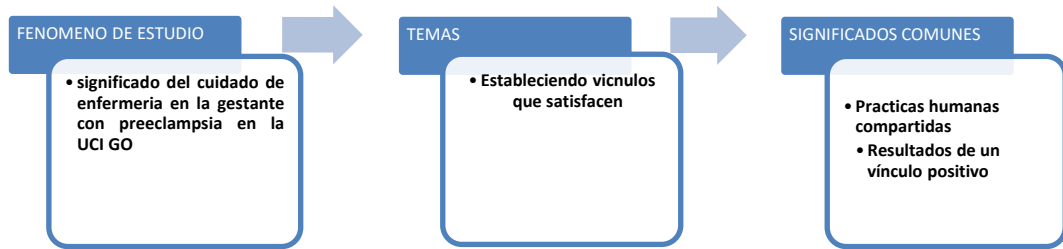


Figura 3-2. Red de tema, unidades de significado común

Fuente: elaboración propia

7. **Generar respuestas y sugerencias sobre un borrador final hecho por el equipo.** Se genera el documento donde se consagran los resultados obtenidos al reconocer la experiencia vivida por gestante que pasa por una situación crítica de salud, donde las participantes pudieron expresar sus

sentimientos revelados en los resultados obtenidos; esto permitió a la investigadora describir de forma precisa la experiencia de las participantes.

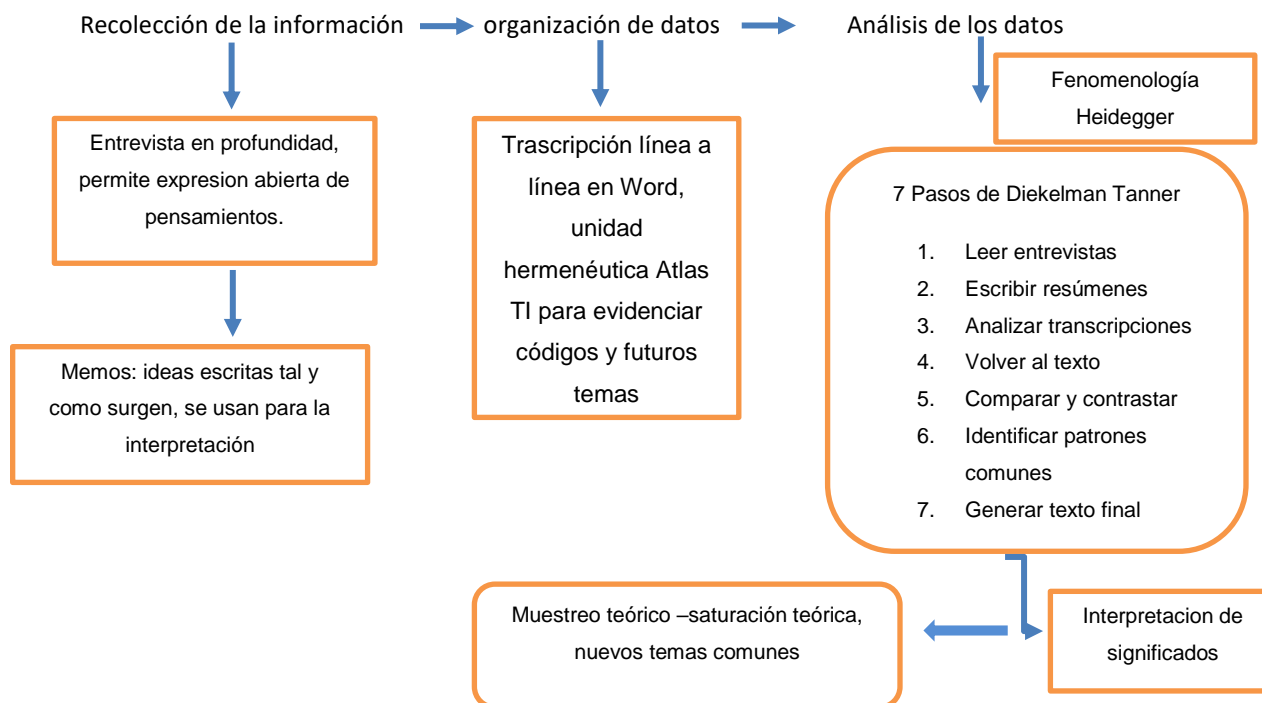


Figura 3-3. Ruta para la construcción de postulado teórico en fenomenología interpretativa

Fuente: elaboración propia

3.2 Elementos del diseño

Participantes: gestantes o puérperas con preeclampsia atendidas en la UCI G-O del Hospital Universitario de Neiva, segundo semestre 2017 y primero del 2018.

Tiempo: depende de la saturación de la información dada por el análisis profundo de las entrevistas y observaciones, hasta encontrar redundancia de la información.

Momento para las entrevistas: por tratarse de una población vulnerable como el caso de las gestantes con enfermedades graves que atraviesan situaciones

extremas, en las cuales ocasionalmente no se pueden valer por sí mismas, se ha definido que las participantes son captadas en la UCI G-O del Hospital Universitario, pero los encuentros se llevan a cabo en cuanto se dé su proceso de recuperación y cuando hayan sido trasladadas al servicio de hospitalización general (24 horas), tiempo en el que se considera que se encuentran en mejores condiciones para dialogar. Los encuentros se realizaron en un espacio cerrado, se adecuó un sitio en el área de hospitalización que proporcionó comodidad (buena iluminación, puertas cerradas, adecuada temperatura, muebles para descanso durante la charla), para procurar la privacidad de los participantes, dado que en este lugar todas las habitaciones son compartidas; así se logró la expresión libre acerca del tema.

Las entrevistas fueron realizadas por la investigadora principal, dividida en dos y hasta tres momentos. Durante estas se utilizó un lenguaje coloquial, se brindó confianza y tranquilidad a las entrevistadas para que pudieran hablar libremente y expresar su experiencia al ser cuidadas en la UCI GO (ver Anexo 1).

3.3 Rol del investigador

Para interpretar los significados de las gestantes o puérperas, a través de la escucha y la observación, el investigador asumió un rol de aprendiz.

3.4 Criterios de inclusión

1. Mujeres mayores de 18 años con preeclampsia que manifiesten interés por participar y que deseen hablar abiertamente sobre el tema de estudio.
2. Mujeres que durante el último año estuviesen hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos por presentar preeclampsia.
3. No tener déficit cognitivo o enfermedad mental, es decir, mujeres orientadas en tiempo, espacio y persona, sin compromiso de la memoria reciente y

remota y sin alteraciones en la comprensión y expresión del lenguaje oral para colaborar con las entrevistas.

4. No estar bajo efecto de medicamentos o sustancias que limiten la comunicación en el momento de la entrevista.
5. Residentes en la ciudad de Neiva y municipios del Huila.

3.5 Criterios de exclusión

1. Se excluye la gestante con cualquier otro trastorno hipertensivo que pueda cursar con los mismos síntomas clínicos y no sea clasificado como preeclampsia.
2. Gestantes que hayan presentado alteraciones del estado de conciencia durante su hospitalización en UCI GO.
3. Se excluyen mujeres con otras patologías graves durante la gestación que no tengan relación con la preeclampsia, puesto que podrían cursar con alteraciones del sistema nervioso central; además se reconoce que la mayoría de ingreso a UCI GO está dada por gestantes con preeclampsia.

3.6 Muestreo

3.6.1 Estrategia de muestreo

Se utilizó el muestreo teórico que hace referencia a completar todos los niveles de códigos y este se da cuando no hay nuevos temas conceptuales que emerjan (73). Esto último “se basa en la opinión del investigador para constituir una muestra de sujetos en función de su carácter típico” (74, p. 125).

3.6.2 Tamaño de la muestra

Mediante el criterio de saturación de la información Strauss y Corbin que define el tamaño por la cantidad y la calidad de la información que brindan los participantes

(73), se seleccionaron participantes hasta el punto en que ya no se obtuvo nueva información que profundizara en el fenómeno de estudio, y esta comenzó a ser reiterativa.

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de la información

3.7.1 Caracterización de los participantes

Como parte del proceso de recolección de la información se elaboró una ficha de caracterización básica que exploró las variables sociodemográficas, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, gravidez, paridad, régimen de afiliación al sistema de salud estrato socioeconómico y procedencia.

3.7.2 Entrevista a profundidad

Se realiza con el fin de que una persona transmita oralmente al entrevistador su definición personal de la situación, siguiendo el modelo de una conversación entre iguales y no el de un intercambio formal de preguntas y respuestas (75). Se propone una serie de temas o preguntas-guía para abordar con los participantes y permitir que se expresen libremente sobre los temas (76). Para la realización de la entrevista fueron tenidos en cuenta los lineamientos de Valles, según los cuales, al momento de realizar una entrevista en profundidad no se tiene en cuenta una estructura predeterminada o un orden de preguntas, y no se sugieren las opciones de respuesta; en cambio, sí se usó un guion sustentado de acuerdo con los objetivos que dirigen el fenómeno de estudio (77). Guía de la entrevista a partir de la siguiente preguntas derroteros (**ver Anexo**).

3.8 Procedimiento para recolección de la información

- 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 Hernando Moncaleano Perdomo para recoger la información.
- Se realizó la inmersión en el campo y se procedió a identificar las informantes que cumplan con los criterios de inclusión.
- Se explicó en qué consistía la investigación a las informantes, luego 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 a profundidad, la cual fue grabada en su totalidad.
- Se entrevistó en dos ocasiones, se tomó el informante número uno con quien se entabló el diálogo abierto utilizando la guía para la entrevista, con una duración para cada encuentro de una hora aproximadamente
- Se realizó la transcripción íntegramente para su análisis a la par; es decir, tan pronto se tuvo la entrevista se realizó la transcripción línea a línea, el análisis para aclarar o profundizar dudas sobre fragmentos significativos según corresponda a estas primeras participantes.
- Tan pronto se concluyó esta información y se logró saturar la información por parte de la primera entrevistada, se avanzó con la segunda y así hasta alcanzar la saturación de la información en cada participante
- Como mecanismos de difusión y socialización se tiene previsto presentar los resultados de la investigación a cada participante y en el Hospital Universitario y en revistas científicas locales y nacionales.

3.9 Prueba piloto

Se realizó con dos gestantes escogidas al azar que estaban en su segundo día de hospitalización en sala general. Dicha prueba sirvió para ajustar y mejorar el proceso de recolección y análisis de la información; asimismo, sirvió a la investigadora para mejorar el proceso de la entrevista.

3.10 Criterios de rigor metodológico

Los criterios que se tienen en cuenta para determinar el rigor metodológico son los propuestos por Lincoln y Guba (1985) citados por Bautista (75). Así, las acciones para velar por la calidad metodológica de la investigación cualitativa en este proceso son:

3.10.1 Credibilidad

- La credibilidad se refiere a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o han estado en contacto con el fenómeno investigado basados en el conocimiento filosófico previo.
- Para la definición del estudio y de su abordaje teórico se ha tenido en cuenta la experiencia de otros trabajos investigativos en el tema y fenómeno de estudio. Los resultados son comparados a la luz de otras experiencias investigativas.
- Se realizan las transcripciones textuales de las entrevistas.
- Se realiza doble análisis por parte de la investigadora y por parte de una docente con experiencia en investigación fenomenológica de la Universidad Nacional.
- Se analiza la información fielmente a medida que se recoja. Esto permite la comparación permanente entre cada participante con él mismo.

- Se entrevista a cada participante todas las veces que sean necesarias.
- Se permite que los participantes guíen el estudio: en la recolección de la información (entrevista en profundidad), se hace una prueba piloto de inmersión al campo con el objetivo de determinar si las preguntas que se tiene como guion temático; en cuanto explicar el fenómeno son las más adecuados para el entendimiento del entrevistado y permite que se aborde el fenómeno en profundidad, por lo cual se está abierto como investigador en caso que surjan nuevas áreas de contenido, se realizan modificaciones al guion inicial de la entrevista.

3.10.2 Auditabilidad

- Es denominada también corfirmabilidad, para obtenerla en un estudio se especifican los criterios incorporados en el pensamiento del autor, cómo y por qué se seleccionaron los participantes en el estudio. Así mismo, se deben examinar los datos entre diferentes niveles de códigos existentes en la literatura y a partir de ellos, consolidar conclusiones iguales o similares a las del investigador original, siempre y cuando se tuvieran perspectivas similares (78).
- Selección de las participantes por las investigadoras según los criterios de participación definidos y no por intermediarios.
- La selección progresiva de los participantes se hace teniendo en cuenta los criterios de participación previamente definidos.
- El número de participantes está determinado por la información recolectada con los actores del estudio (muestreo teórico), esto indica que las entrevistas se realizan hasta que se logre la saturación teórica, es decir, cuando se encuentre que los datos son repetitivos y no se obtenga información nueva en las entrevistas.
- La información se recolecta y analiza en un período corto de tiempo (4 meses).

- Se graban y transcriben todas las entrevistas que se realicen.
- Se describe el contexto del estudio y las características de los participantes.
- Distancia prudencial entre las participantes y los investigadores, con el fin de garantizar que estas no manipulen o acomoden la información que brinden.

3.10.3 Transferibilidad o aplicabilidad

- Este criterio se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones similares y determinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto. Para esto, se tiene en cuenta el cotejo de la información obtenida en el estudio con las investigaciones similares ya existentes sobre el fenómeno. Además, se describe el contexto particular del estudio, así como las características de las participantes.
- Se describe el modo en que se relacionan los temas que emergen con la literatura.
- Se exponen las características sociodemográficas: género, edad, estado civil, contexto familiar y social. Igualmente, se recolecta información sobre el tiempo de ocurrencia de la enfermedad. De esta manera, los lectores o nuevos investigadores podrán analizar el contexto y determinar la adecuación de los hallazgos.

3.11 Consideraciones éticas

Para llevar a cabo el desarrollo de la investigación según la normatividad estipulada en la Resolución 8430 de 1993 aprobada por el Ministerio de Salud de la República de Colombia; se aplica lo dispuesto en el artículo 6 según el cual:

La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a ciertos criterios, (79) velar por que prevalezca la seguridad de los sujetos de investigación, firmar el consentimiento informado herramienta que permite aplicar los principios éticos básicos de respeto por las personas, beneficencia y justicia donde serán expuestos los riesgos y beneficios para el participante, este mismo tendrá la libertad de decidir si participa o se niega.

3.12 Consideraciones con grupos vulnerables

En este sentido, las normas internacionales ratifican la importancia de no excluir a las mujeres en edad reproductiva o en estado de embarazo de los procesos de investigación, siempre y cuando se establezcan mecanismos que protejan la integridad de la madre y el feto; para ello se tomaron las pautas de la legislación colombiana en la Resolución 8430 de 1993, ratifican la realización de investigaciones en mujeres clasificadas como de riesgo mayor; siendo el caso de la gestante en UCI GO con preeclampsia. Se manifiesta que en el presente estudio no se interfiere en asuntos relacionados con viabilidad y finalización de la gestación, tal como se estableció en el artículo 35.

Ahora, en las mujeres embarazadas se prevé un beneficio sin realizar mayores intervenciones, por lo que se cumple con lo estipulado en el artículo 34 de la Resolución 8430, dado que “permite mejorar la salud y cuidados de la embarazada con un riesgo mínimo para ella, el embrión o el feto” (79).

En este sentido, si la participante estuviera con su hijo/a, para cada entrevista la investigadora se asegura que el recién nacido quede al cuidado de un familiar, acompañante o enfermera del servicio que supla las necesidades del recién nacido/a.

Para el abordaje y la recolección de datos: en este proyecto todas las participantes toman la decisión libre de participar, por ende, están totalmente conscientes y sin medicación que pueda afectar esta decisión, se consideran sujetos activos, se plantea recolección de la información a través de dos momentos en los que la persona puede afirmar o rechazar su deseo de participar, se hace dos días después de su egreso de la unidad intensiva, asumiendo que se encuentra en mejores condiciones de salud física y psicológica; si la participante pide que se realice en otro momento así será contemplado.

De igual modo, la investigadora identifica a la participante por medio de la base de datos de ingreso a UCI GO del Hospital Universitario de Neiva, le informa la posibilidad de participación en el estudio y le anuncia que le contactará a futuro.

Primer momento: contacta con ella en el servicio de hospitalización ginecológica, dado que se considera el momento adecuado por encontrarse en la resolución de su enfermedad, en un área diferente a la unidad de cuidados intensivos, con menos carga estresante; de igual forma, se les plantea la posibilidad de realizar la entrevista en un lugar diferente que ofrezca mayor comodidad. Allí se les cuenta el propósito de la investigación, el nombre de la responsable del proyecto y la estrategia de recolección información; se toman algunos datos sociodemográficos. Luego, se debe volver a preguntar si está interesada en participar y en caso afirmativo, se establece la fecha para continuar la entrevista.

Segundo momento: la investigadora se presenta y explica de nuevo a la participante el propósito del estudio, el método de recolección, procesamiento y almacenamiento de la información y aclara las dudas; una vez aceptada, le entrega el formato de consentimiento informado para que lo lea y lo firme. Por sus características, este proyecto representa un bajo riesgo para las involucradas, sin

embargo, a cada una se les explica que se asignan códigos para proteger su identidad, además que si algunas preguntas de la entrevista les molesta, tienen libertad para responderlas o no. También, que si algunas de ellas despiertan sentimientos de tristeza, ansiedad o rabia al evocar los recuerdos de los momentos vividos, se puede interrumpir la entrevista en el momento en que lo desee o tomar la decisión de no continuar con su participación en el proyecto, sin que esto tenga ningún tipo de represalias.

Asimismo, se garantiza el anonimato a los individuos en los informes y las publicaciones del estudio; se aclara que la decisión de participar es libre y que las participantes tienen acceso a los resultados una vez se elabore el esquema teórico para validar los datos y cuando culmine la investigación. A lo largo del estudio, se implementan los medios necesarios para proteger los derechos y el bienestar de los sujetos de investigación, de acuerdo con la pauta 13 establecida por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas CIOMS (80).

También, se tiene en cuenta que en caso de presentarse discusiones alrededor de la entrevista que a juicio de la investigadora requirieran intervención terapéutica o clínica, se remiten a otros profesionales para ser atendidas. Además, se tienen en cuenta lo estipulado en el artículo 3 del Acuerdo 035 de 2003 de **propiedad intelectual**, el cual habla de los derechos del autor y los derechos conexos. El artículo 24 de este acuerdo rezó lo siguiente:

La propiedad intelectual sobre los productos, informaciones, resultados, diseños o datos útiles y susceptibles de ser protegidos como propiedad industrial corresponderá a la Universidad y/o al financiador, según contrato previa y debidamente suscrito con los estudiantes, el cual podrá incluir cláusulas de manejo confidencial de la información usada y alcanzada. De ninguna manera esa condición deberá constituirse en obstáculo para la publicación del trabajo de grado o la tesis. (81)

Consideraciones ambientales

El estudio, por su naturaleza, no genera implicaciones que tengan un gran impacto Ambiental; no obstante, la investigadora tuvo en cuenta medidas de protección del ambiente en el manejo de los recursos básicos, como el uso responsable de papel, uso racional de energía eléctrica y equipo de cómputo.

3.13 Mecanismos de difusión y socialización

- Los resultados del estudio son dados a conocer a las participantes a través de la entrega y socialización y aprobación del documento final en reuniones personales. Después de esto se publican en una revista científica de enfermería, manteniendo su confidencialidad mediante la asignación de códigos a su nombre.
- Se hace la socialización de los resultados con el personal profesional y técnico de enfermería de la UCI GO.
- A su vez, se analizan los resultados con la coordinación médica y de enfermería de la unidad de cuidados intensivos, en aras de generar una segunda fase para este producto.
- Se envían las conclusiones del documento al Departamento de Docencia, Servicio y Extensión del HUN, para su posterior socialización y que sea reconocido el concepto de la gestante en todas las áreas donde pueda tener repercusiones su cuidado.

3.14 Limitaciones

A continuación, se detallan las principales dificultades:

- El acceso a barrios lejanos y peligrosos para tomar datos de confirmación de algunas mujeres.
- Inexperiencia por parte del investigador al momento de realizar las entrevistas en las primeras entrevistas por tal motivo surgió la necesidad de regresar a la fuente más de una vez hasta consumir la información los datos subjetivos de las entrevistas
- Para la reconfirmación de los datos solo se aborda con 3 participantes debido a la distancia (lugar de domicilio) para ejercer un reencuentro.
- Varias participantes debieron postergar la entrevista después de haber sido programadas, por estar visitando su recién nacido en uci, lo cual aumento el tiempo previsto en la realización de las entrevistas y la recolección de la información; se reprogramo la visita con 2 de ellas hasta realizarse la entrevista
- El tiempo y situaciones familiares de la investigadora se convirtió en una limitante ya que por compromisos de salud se retrasó el desarrollo de la investigación.

4. Resultados

En este capítulo se presentan los resultados sobre la descripción de la experiencia de mujeres que reciben cuidados de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos. En la primera parte se realiza exponen el contexto y las características de las participantes del estudio. Seguidamente se encuentran los temas y significados comunes que sustentan el fenómeno: significados del cuidado de enfermería en la gestante con preeclampsia en UCI.

Vale destacar que se abordaron participantes que cumplieron con los criterios de inclusión descritos, la recolección de la información se realizó a través de la ejecución de entrevistas a profundidad, las cuales fueron desarrolladas por la investigadora en el lugar que se planeó inicialmente, en el servicio de hospitalización obstétrica por su comodidad y seguridad, garantizando la expresión de sentimientos y vivencias respecto al fenómeno de estudio, teniendo previamente consentimiento informado por cada una de ellas.

4.1 Contexto del estudio

El presente estudio se llevó a cabo en la ciudad de Neiva, en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, única entidad con Unidad de Cuidados Intensivo Obstétricos en la ciudad y en la región; se contó con la participación de las mujeres que ingresaron con preeclampsia a la unidad intensiva y egresaron con resolución completa o parcial de la patología, y que contaran con la experiencia de haber recibido cuidados por parte de los enfermeros en dicha unidad.

Esta unidad intensiva específica cuenta con instalación de nueve camas para la atención de las mujeres, cinco enfermeros profesionales, 16 técnicos distribuidos así: un profesional y cuatro auxiliares por cada turno de seis horas, donde el profesional brinda asistencia en administración de medicamentos e infusiones, procedimientos invasivos y no invasivos, monitoreo a gestante y feto, toma de laboratorios rutinarios y especializados, atención durante el parto, atención postquirúrgica, curaciones, educación, vacunación, acompañamiento a estudios imagenológicos y traslados internos, verificación de órdenes médicas. Supervisa la administración de alimentación, la realización de aseo corporal, el cambio de posiciones, el aseo de cubículos, la extracción leche materna; dichas actividades se realizan de manera rutinaria pero al momento de solicitar el manual de funciones para los profesionales no se obtuvo el documento.

Por otra parte, el ingreso de las gestantes a dicha institución se realiza mediante remisiones de diferentes sectores, es centro de referencia en el sur del país, para todo el Huila, Tolima, aledaños, y propiamente de Neiva, ingresan gestantes en cualquier trimestre y mujeres con otras patologías de tipo ginecológico. También son atendidas todas aquellas embarazadas que requieren cuidado intensivo y monitoreo por cualquier causa diferente a la preeclampsia, sin importar su edad gestacional. El Hospital Hernando Moncaleano cuenta con guías de manejo institucionales que se han trabajado con base en las necesidades de las gestantes, siendo así la población objeto toda mujer en gestación que requiera manejo de trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia), cuenta con especialidades médicas de tercer y cuarto nivel; el personal de enfermería que allí labora tiene experiencia certificada en la misma unidad, más ninguno es especialista en el cuidado crítico adulto o cuidado a gestantes.

Turno de la mañana

El turno de mañana inicia sus actividades desde las 7:00 hasta las 13:00 horas, con el recibimiento de turno por parte de una profesional asignada, cuatro auxiliares de enfermería que tienen a cargo la Unidad Intensiva Obstétrica. Posteriormente, el grupo completo realiza el procedimiento de recibo y entrega de turno, donde se

despliegan por la unidad e ingresan a cada cubículo a revisar el estado físico de la paciente y el contexto hospitalario; al finalizar los auxiliares toman y registran los signos vitales de las gestantes, asisten en las actividades de confort. A su vez, el profesional de enfermería alista y administra los medicamentos prescritos en los horarios establecidos (8 a.m. – 10 a.m. – 12 m); por otro lado, el grupo de especialistas y residentes encargados del tratamiento de estas mujeres programan actividades como revistas médicas, a las cuales asiste el profesional de enfermería, esto con el objetivo de conocer más a fondo la evolución y el tratamiento a seguir con ellas.

El turno de la mañana desempeña actividades específicas, a saber:

- Registro sistemático de signos vitales y otros procedimientos de cada gestante, esta hoja debe ser diligenciada por el profesional de enfermería; monitorización e interpretación de actividad fetal en el caso de la mujer gestante.
- Realizar el registro de enfermería, haciendo énfasis en las modificaciones del plan de cuidado como dieta, control de líquidos, peso, control de la dinámica uterina, control de la frecuencia cardíaca fetal, control de tono uterino, vigilancia y control de pérdidas vaginales, entre otras.
- Hacer registros oportunos en el sistema sobre medicamentos y sus modificaciones.
- Realizar curaciones a catéter centrales y otras heridas quirúrgicas.
- Revisar y actualizar las indicaciones médicas en los kardex de enfermería
- Gestionar y realizar traslados internos para realización de tomografías, ecografías y demás.
- Gestionar valoraciones por otras especialidades (interconsultas).
- Llevar a cabo el pedido diario de medicamentos e insumos para las 24 horas.
- Asignar y solicitar camas con la planificación del recurso humano y de materiales.
- Toma de laboratorios y análisis de pruebas diagnósticas fuera de la rutina monitoria fetales, entre otras.

- Recibir a las pacientes que ingresan nuevas, dejando registros al día como notas de enfermería, registro de insumos y medicamentos; realizar procedimientos invasivos, sondaje vesical, cambio de venopunción, inserción línea arterial.
- Monitoreo gasto cardiaco en sistema VIGILEO.
- Atención del parto en conjunto con el ginecólogo.
- Atención al recién nacido en conjunto con pediatra.

Turno de la tarde

El turno de la tarde inicia sus actividades a las 13:00 horas y termina a las 19:00 horas. Al igual que el turno de la mañana, tienen la misma cantidad de personas que se desempeñan como un grupo de trabajo y su misma distribución, realizando las actividades que fueron descritas, las cuales se lleva a cabo de la misma manera que el turno de la mañana. Además, se ejecutan los egresos a salas de hospitalización que indican en horas de la mañana y la formulación de insumos y medicamentos que necesiten.

Turno de la noche

El turno de la noche inicia sus actividades a las 19:00 horas y finaliza a las 7:00 a.m., donde se realizan las mismas actividades descritas a excepción de curaciones de heridas. Del mismo modo:

- Se toman toda la rutina de laboratorios ordenada para el seguimiento a estas pacientes.
- Se realiza asignación de auxiliares para el día siguiente.
- Solicitud de listado de dietas para las nueve pacientes en formato institucional.
- Recepción y traslado de pacientes según se amerite.

4.2 Caracterización de las participantes del estudio

En esta investigación participaron 11 mujeres; todas con diagnóstico de preeclampsia y con indicación de ingreso a la Unidad de Cuidado Intensivo Obstétrico por cumplir con criterios de morbilidad materna extrema, el promedio de edad fue de 27 años y el tiempo de estancia promedio en la unidad obstétrica fue 4 días. Todas las participantes cumplían los criterios de inclusión determinados para el presente estudio. De tal forma, las características sociodemográficas principales de las participantes se resumen en la Tabla 8.1.

Tabla 4-1. *Caracterización sociodemográfica de las participantes*

Caso	Edad	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Gravidez	Paridad	Procedencia	Seguridad social	Estrato socioeconómico
1	23	Unión libre	Secundaria	Ama de casa	3	3	Urbana/Garzón	Subsidiado	2
2	35	Unión libre	Secundaria incompleta	Ama de casa	3	3	Urbana /Neiva	Subsidiado	2
3	23	Unión libre	Primaria	Ama de casa	4	4	Rural/ Belalcazar	Indígenas	1
4	18	Soltera	Secundaria incompleta	Ama de casa	1	1	Urbana/Tello	Indígenas	1
5	26	Unión libre	Técnico	Auxiliar de enfermería	3	2	Urbana/San Agustín	Contributivo	2
6	18	Soltera	Secundaria	Ama de casa	1	1	Urbana / Neiva	Subsidiado	2
7	30	casada	Secundaria	Ama de casa	2	2	Urbana / Algeciras	Subsidiado	1
8	41	Casada	Técnico	Auxiliar de enfermería	4	3	Urbana /Ibagué	Subsidiado	3
9	27	Unión libre	Secundaria	Ventas	2	2	Rural/ vereda san francisco	Subsidiado	1
10	25	Unión libre	Secundaria	Ama de casa	2	2	Urbana /Neiva	Subsidiado	1
11	19	Soltera	Secundaria	Estudiante	1	1	Urbana / Neiva	Subsidiado	1

Fuente: elaboración propia

De las 11 participantes del estudio, el nivel de formación académica se distribuyó de la siguiente manera: seis con bachillerato completo, dos con estudios técnicos, dos con bachillerato incompleto y una con estudios de primaria. En cuanto a la ocupación, siete mujeres son amas de casa, dos de ellas son auxiliares de enfermería, una dedicada a la venta informal y otra finalizando estudios de secundaria.

4.3 Descripción del fenómeno: significados de cuidado de enfermería en UCI obstétrica

Se identificaron 273 fragmentos significativos, siete significados comunes y cuatro temas comunes: *Estableciendo vínculos que satisfacen; Una mujer invisible; Acercándose a una relación transpersonal de cuidado y en búsqueda de la comprensión.*

Durante el proceso investigativo, se encontraron dos temas comunes adicionales: *La Uci Gineco-Obstétrica, Un Lugar Indeseable y herramientas que favorecen la adaptación*, éstos no están relacionados específicamente con el cuidado ofrecido por los enfermeros, razón por la cual no se establecen como resultados principales. Sin embargo, el proceso de analizarlos fundamentó la comprensión de lo que viven las gestantes que deben ingresar a la unidad de cuidados intensivos a causa de una preeclampsia.



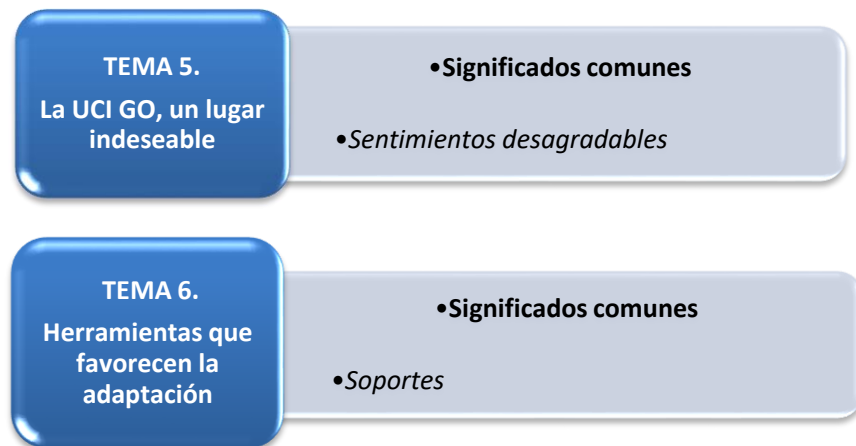


Figura 4-1. Temas y significados comunes que conforman el fenómeno: “Significados del cuidado de enfermería en la UCI obstétrica”

Fuente: elaboración propia

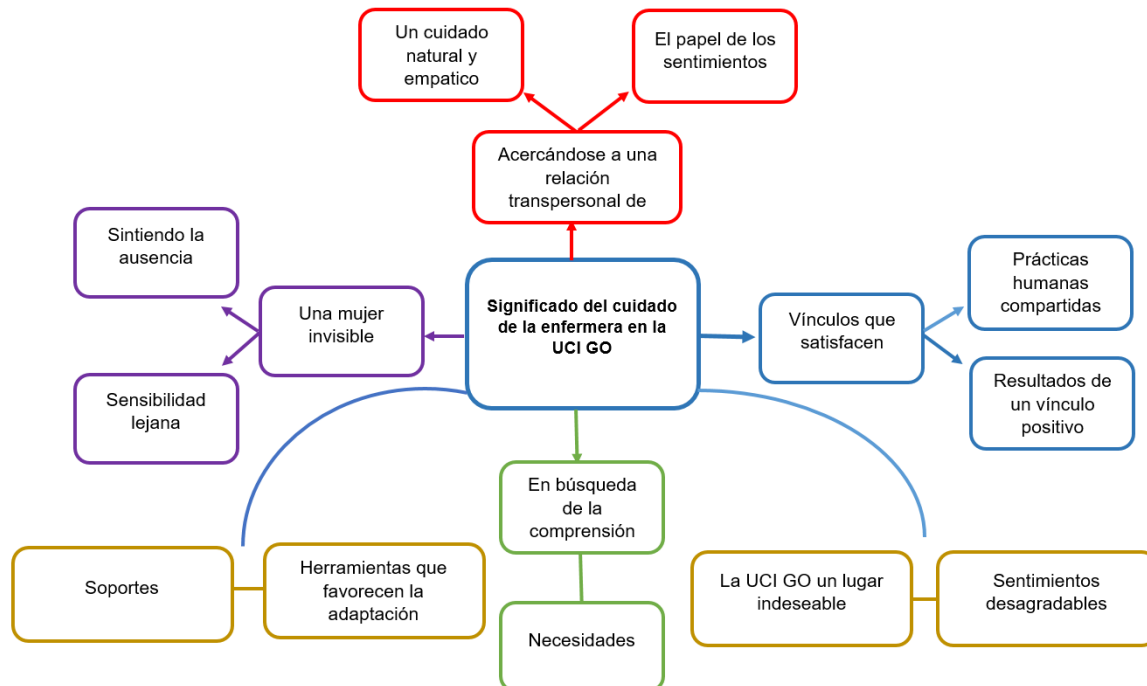


Figura 4-2. Significado de cuidado de enfermería para la gestante con preeclampsia en la UCI GO

Fuente: elaboración propia

A continuación, se describen los temas y sus unidades de significado con su respectiva interpretación.

4.3.1 TEMA 1. Estableciendo vínculos que satisfacen

El vínculo que se crea entre la enfermera y su paciente se revela en las condiciones más complejas de ausencia de salud. “La prioridad de la relación enfermera-paciente es esencialmente establecer una relación e intercambio de emociones, saberes, culturas y de ayuda a esto se le denomina “vínculo”. Se ha reconocido que ningún otro proveedor de salud en la atención sanitaria moderna está en condiciones para ayudar al paciente a encontrar una tan variada de opciones para suplir sus necesidades y dar respuestas centradas en lo humano”. (82, p.7)

Tanto para la enfermera como para su paciente es fundamental establecer una relación armoniosa donde se promueva el intercambio de lo que alguien sabe y lo que otro necesita, dejando como resultado una experiencia satisfactoria.

En relación a este apartado en el presente estudio algunas pacientes indicaron que el comportamiento de cuidado de la enfermera y su apoyo continuo aliviaba sus temores y preocupaciones, de tal manera que podían sentirse confiadas, seguras y respetadas mientras pasaba su estado crítico. Así, los significados comunes que conforman en este tema son: prácticas humanas compartidas y resultados de un vínculo positivo.

Prácticas humanas compartidas se refiere a la naturalidad demostrada en la unidad intensiva obstétrica, donde surgen todas aquellas características personales que se comparten entre la enfermera y la paciente; el respeto es una de las cualidades positivas que fortalecen este vínculo. El actuar de la enfermera (o), la adecuada comunicación, respetar las opiniones del otro y procurar que los espacios que se comparten siempre permitan, privacidad además de la manifestación clara y abierta de los pensamientos individuales ha sido una de las virtudes expresadas, poder

aceptar con admiración y decoro la situación de otro, entender que las mujeres que están en la UCI actúan diferentes y piensan diferente, les ha valido reconocimiento a estas profesionales.

“...Si por ejemplo el ginecólogo llega y pregunta cómo vamos, cómo se siente, las enfermeras todo el tiempo son así, le hablan a uno bien, formalitas y no he visto ninguna grosera ni nada porque alguna veces son así...” **P 8: E: 1 NC.**

“...Allá son respetuosos con las pacientes, todos entran muy seguros de lo que van a hacer y me gusta que el jefe entra a ver los pacientes, mira las otras señoras que están críticas, las revisan y cierran las cortinas para que uno no los vea; así mismo hacen conmigo, no es que porque está ahí inconsciente no le dan su lugar si mira, no se olvidan como muchas veces pasa...” **P 8: E: 1 NC.**

Algunas mujeres también se refieren a la importancia de respetar al personal de enfermería y las tareas que desempeñan, reconocen que las funciones ejecutadas por los enfermeros en la UCI gineco-obstétrica son encaminadas a la pronta recuperación de ellas mismas y que es una actividad que la mayoría de veces no recibe la connotación y validación necesaria.

“...Pues ellos intentaron cogerme la arteria y no pudieron, me chuzaron como cuatro veces y entiendo que eso es por el bien de uno pá ver mejor la tensión, pero a veces es feo, igual uno da el consentimiento y si no quiero que lo hagan pues no los hubiera dejado y ellos respetan eso porque es lo que uno decide, es el cuerpo de cada quien, pero eso es un bien para una...” **P 8: E: 1 NC.**

“... Allá las visitas eran muy corticas que uno no alcanzaba a nada, por lo menos cuando venía mi mamá apenas sí me estaba contando de las cosas de la casa. La enfermera me decía que era por mí bien que no entraran tanto y ya después uno comprende que sí y ellas son las que saben, ¿no? Pero

bueno, serán las normas de ellos y hay que respetarlas y entender que ellos lo que hacen allá es pá que uno se mejore...” P 2: E: 1 YI.

Durante la atención a las mujeres, algunas circunstancias pueden tener malas interpretaciones; las pacientes pueden sentirse irrespetadas o vulneradas por tratarse de su integridad como mujer, la interrupción a su intimidad, la exposición de sus genitales, la desnudez, la manipulación de los senos y otros factores que merecen el tacto y delicadeza suficiente para evitar confusiones, en el presente estudio se revelan la satisfacción en torno al respeto a la dignidad femenina por parte del personal masculino de la unidad intensiva.

“...La atención es muy buena y a pesar que hay muchos hombres enfermeros y médicos hombres también ninguno se propasó conmigo, que a veces se escucha así cosas que le faltaron el respeto a otras mujeres, pero allá no se ve nada de eso y a mí tampoco, y uno también respeta el trabajo de ellos, de los que están haciendo así revisándolo mejor a uno...”. P 3: E: 2 AS

“...Sí, eso es lo mismo que yo digo porque uno ya maneja eso, está acostumbrado a tratar a todos los pacientes por igual, es normal atender hombre o mujer, a mí me han visto enfermeros y no me da pena ni incomodidad porque ellos no lo miran a uno así como con mala intención...”. P 8: E: 1 NC

“...porque cada que pasaba de turno me revisaban y destapaban y todos ahí viéndome, eso me da pena; aunque pá que ellos cerraban cortinas y trataban como de mantenerlos a uno tapado...” P 4: E: 1 AS.

Algunas mujeres también describen que al sentirse respetadas se establece una relación amable y con mayor confianza con el personal de enfermería, pero además los comportamientos cercanos y amigables con la profesional permiten que se produzca una relación de confianza.

Durante la realización de las entrevistas, las participantes mencionaron la importancia de tener una enfermera que brinda atención armónica con quien formar un vínculo o una relación especial que reduzca los sentimientos negativos que genera una situación estresante como lo es ingresar a una UCI; además reconocen que esta situación fue posible con algunas de las enfermeras de quienes reciben atención dentro de esta unidad; aun así, hay que resaltar que no todo el personal de enfermería representa para estas mujeres aquella persona accesible y en quien depositar su absoluta confianza.

“...Para mí todos son iguales, pero pues uno se va más por las mujeres me dan más confianza, lo entienden más a uno en su situación y uno pues, a los demás le pide favores y ellos se lo hacen son muy atentos...”. **P 1: E: 1 YC**

“...La jefe una como gordita, es que no me acuerdo bien los nombres, sobre todo ella sí fue bien atenta conmigo, chévere y como yo estaba allá prácticamente sola, ella una vez me regaló una llamada a mi mamá y uff eso sí que me sirvió con ella, la relación fue como más chévere uno se siente bien y como libre pá hablarle y así...”. **P 1: E: 2 YC**

Otra característica que se teje al compartir prácticas cotidianas dentro de la UCI es la comunicación; comunicar todo, sentimientos de dolor, las necesidades no satisfechas, agrados y desagradados. En esa comunicación entre la enfermera y la paciente se transfiere información, energía, sentimientos, pero además se desarrolla el afecto humano, es durante estos espacios que se brinda el cuidado de enfermería y se procura por ser ahí y estar ahí para la mujer que sufre.

Resulta necesario indicar que las enfermeras que trabajan en las unidades de cuidado intensivo tienen contacto directo con las pacientes, lo que incrementa la oportunidad de comunicación, por ello las gestantes perciben mayor sensación de bienestar y éxito. Sin embargo, algunas circunstancias generan que la comunicación con las pacientes en la UCI sea limitada, y no siempre centrada en

las cuestiones emocionales. Además, la paciente de la UCI presenta amenaza de muerte, pérdida de autonomía, separación de sus hijos, familia y del entorno, no comprende el lenguaje, ni entiende la razón de los equipos y monitores, pierde el contacto con su vida real; lo que en ellas genera la imperiosa necesidad de tener con quien comunicarse.

Es preciso señalar que la comunicación es un medio que permite al individuo comprender a otro, aceptar y ser aceptado, transmitir y recibir información, dar y recibir instrucciones, enseñar y aprender. Por lo tanto, es inevitable que en la relación entre el profesional de enfermería y el usuario haya comunicación. Las pacientes informan que es importante tener una persona que recepciones sus ideas y les atienda cada vez que exista un mensaje que comunicar, sea verbal o no verbal, por lo que se deduce que dentro de la UCI GO existen circunstancias que propician una comunicación adecuada; *“...Me entendían lo que yo les decía, que si tenía sed pues ellos me daban agua, que si quería ir al baño, los enfermeros nunca ponían mala cara, siempre venían rápido y tampoco le decían a uno ay espere, así de mala gana, ellos siempre lo hacían de buena gana, ¿sí me entiende...”*. **P: 7 E: 7 YC**

“...La mayoría me hablan, me preguntan cómo estoy, y eso pues es bueno, no me he sentido tan sola, por eso siempre alguien está viniendo a hablarme, porque las visitas allá son muy cortas, de 1 hora, de muy charro de 10 a 11, eso no es suficiente...”. **P 9: E: 9 YPC**

“...allá solo una persona me preguntaba y eso también es importante porque mire que yo cuando veo pacientes que están solitas yo les hablo, les digo que tienen que cuidarse, que coman sin azúcar porque no pueden comerse todo lo que quiere comer, así termina en una diálisis, yo todo eso les digo. Que a uno le prohíben y eso le da mal genio porque solo quiere comer y uno aprende a manejar eso y a uno es a quien le duele todo, los chuzones, por eso deben de cuidarse, ¿sí ve? Yo los trato con humanización, como trato de ir más allá; así me gusta que me traten a mí, acá no todas las enfermeras

son así pero hay unas muy atentas que se interesan y preguntan y comunican las cosas todo eso sirve...". P 8: E: 8 NC

La comunicación tiene efectos sobre diferentes aspectos de la vida del paciente, cuando esta falla o es difícil, se presenta como un factor de estrés significativo que debe ser intervenida de forma correcta; así se refleja en el relato de la participante número tres quien vivió formas de comunicación inadecuada donde el mensaje puede fue distorsionado logrando una mala apreciación.

"...Ahí había una enfermera que ella fue la que recibió el bebé y ella me decía este tranquila que el bebé está bien, más rato se lo vuelven a traer y ella se sentaba a charlarme un rato pá que se me pasara lo aburrida, yo estaba tranquila por ese lado, pero como a los diitas después, otra enfermera una vez llegó la que cuida el niño en sala de partos y que ¡alguien lo estaba reclamando me dijo!, ¡y yo me asuste por qué quién!, o creo que se equivocó; es que alguien tenía que hacerse cargo del niño porque ya no lo podían tener más porque ya llevaba siete días allá. Y pues era que no podían tenerlo más en salas de parto y pues ellas me explicaron que debían subirme acá para traerme él bebe, y pues menos mal me dieron la salida ese día sino jummm maginese...". P 3: E: 3 AS

Por otro lado, la comunicación no verbal con las pacientes durante la aflicción y el padecimiento de una enfermedad puede ser difícil, por lo que las enfermeras deben tener en cuenta la expresión facial, su mirada y gestos, dado que estas de manera general se expresan involuntariamente y pueden generar percepciones negativas para la gestante; así lo dejó ver la siguiente participante:

"...Ella no me dijo nada, sino que uno se da cuenta, cuando le cambian las caras porque están bravas, así le contestan a uno como con enojamiento, eso es maluco..." P 1: E: 2 YC.

Resultados de un vínculo positivo

Para cualquier persona, estar en un hospital no es grato, peor aún si se trata de una unidad de cuidados intensivos donde el contexto es completamente ajeno; muchas veces ocurre que la relación enfermera y paciente tiene un tinte más de amistad, dado que la confianza entre ambos es un componente importante en esta relación; esta confianza se construye luego de varias interacciones; poder generar confianza en quien se cuida debe ser el ideal, puesto que para ninguna paciente es grato estar internada en un lugar, donde no se existe confianza quien atiende.

Ahora bien, cuando existe la confianza se puede decir que hasta la estadía se hace más corta sin importar la enfermedad que se padece. Así lo afirmó la participante número ocho, quien es auxiliar de enfermería y reconoce la importancia de este proceso interactivo.

“...Es muy importante tener como esa persona con quien hablar, quien le dé a usted como esa confianza y cariño, porque mire, por ejemplo, yo venía tan mal y mi compañero venía hablándome para calmarme, cómo se siente a pesar que se me hizo largo el viaje se me hubiera hecho más largo si no me hubieran entendido eso...” **P 8: E: 8 NC**

Igualmente, el buen humor, sonreír, hablar con agrado. Fortalece el intercambio de pensamientos y emociones entre la enfermera y el paciente, con lo cual se logran actitudes auténticas entre ambos.

“...A ratos eso sí era aburridor, pero pues ellas me dicen tranquilícese o se le sube la tensión, me amenazan (risas), y así yo como que me calmaba y sí se me pasaba la angustia un poquito. Eso que más le digo yo, nada, a mí me pareció buena la atención pá qué...” **P 2: E: 2 YI**

La destreza y experticia demostrada por la enfermera a la hora de ejecutar ciertas actividades han permitido que las mujeres se sientan confiadas y seguras dentro de la unidad intensiva. Allí la enfermera aplica sus conocimientos mediante modelos técnicos y teóricos adquiridos. Cuando dicha práctica fue realizada de manera adecuada las mujeres lo identificaron como un recurso positivo; pero

además con el uso de elementos necesarios puestos en marcha para el mantenimiento de la salud bajo un ambiente armonioso y confortable que les produce confianza y en algunas ocasiones les ayudo a sentir menos dolor.

“...Tiene buena técnica y buena mano porque a mí no es la primera vez que me canalizan, porque yo a veces pienso que son las manos, a mí la sonda me la pasó la jefe y ¿usted cree que yo sentía esa sonda?, y me pusieron una 16 que es grande y yo pensaba ay eso con esa sensación todo el tiempo, y mire que yo no he sentido dolor...” **P 8: E: 1 NC**

Es importante resaltar que la mujer en la uci relaciona el cuidado de manera positiva con el hecho que sea un profesional quien realice algunos procedimientos, y sintieron mayor seguridad cuando la enfermera se encargó de las actividades rutinarias“...*Siempre me chuzaba ella, (la enfermera) y pues lo hace bien porque otras veces me ha tocado con las otras y eso vienen y lo chuzan a uno de un lado al otro y mejor dicho...*” **P 10: E: 1 PE.**

Sumado a esto la mujer con preeclampsia percibe a la enfermera como una persona con conocimientos necesarios a la hora de realizar sus funciones; allí las participantes señalan que la enfermera tiene un nivel de formación apropiado y les ofrece tranquilidad durante el tiempo de hospitalización en asuntos como la administración de medicamentos, monitoreo, etc.

“...Todos los de allá siempre atienden embarazadas, entonces se supone que saben hartito y no van a practicar con uno...” **P 2: E: 1 YI.**

“...Ellos son serios en lo que están haciendo, son muy profesionales...” **P 11: E: 1 MV.**

“...Todos hicieron algo y se ve que saben más, de pronto acá en Garzón no tienen todos esos aparatos y la gente que sabe hartito” **P 1: E: 2 YI.**

“...Ellos eran juiciosos con los medicamentos, me los daban a la hora que era, y siempre me decían que era, eso lo hace a uno pensar que son sí juiciosos...” P 2: E: 1 YI.

Sin embargo, cuando esta atención fue delegada al personal auxiliar, algunas mujeres comparan los cuidados recibidos y expresan una disminución en sus percepciones de seguridad, debido al comportamiento del personal técnico.

“Los otros muchachos, o sea los auxiliares no, ellos sí me ponían, pero no me decían nada (risas), será que no sabían... (Risas), ay no mentiras” P 1: E: 2 YI.

“...Yo ya sabía cuándo iba el jefe porque siempre me explicaba bien, que tal medicamentos le va dar esto y lo otro...” P: 7 E: 1 YC.

Es importante saber que si en un momento el vínculo de confianza se rompe, es muy difícil volver a establecerlo de ahí que exista una esmerada labor para sostenerla.

Con el tiempo de hospitalización en la UCI GO y la experiencia de cuidado recibido, las percepciones de las participantes en relación a los cuidados enfermeros van tomando forma y dirección hacia la satisfacción en el proceso de atención. La interpretación de lo descrito por las mujeres permitió concluir que los cuidados enfermeros fueron satisfactorios cuando estos se caracterizaban por la combinación humanística y científica, se dispensan de forma continuada y van dirigidos a proporcionar a las pacientes seguridad, bienestar y confianza; reflejo de ello, surgen expresiones como la siguiente: *“...pero gracias a Dios me llevo un buen recuerdo porque me tocó un buen equipo y me ayudaron mucho...” P 1: E: 2 YC.*

“...Me pusieron la bebé en el estómago un ratico, ahí ya tenían listo lo de la niña la maquinita de calentarla a ella, ya tenían todo listo, ¿sí ve?, por eso es que me ha gustado, porque todo lo tienen para atenderlo a uno rápido; a lo mejor fue por eso que vine a dar a Neiva, porque acá si lo atienden a uno mejor, yo quedé muy contenta con eso...” P 1: E: 1 YC

“...Por eso son buenos enfermeros allá, yo los felicito porque cuando sale uno bien de allá, sale bien de todo...” P 9: E: 1 YPC.

“...Usted sabe que si ellos escogieron este trabajo yo digo que es porque les nace, no es porque les estén pagando, no, yo creo que es porque les nace y por eso escogieron ese trabajo ¿me entiende?, sino porque les gusta, ¿sí me entiende? Por eso es que son buenos enfermeros porque lo hacen con gusto y así mismo, lo hacen a uno sentir como bien atendido...” P: 7 E: 1 YC

“...Es que yo pienso que acá en el hospital la atención es muy buena, allá en Natagaima me chuzaron acá y acá (señala punciones) mucho, y mire que es chévere en cada entrega de turno ellas se presentan, dicen mire yo soy la jefe de turno, ellos son los auxiliares y dicen los nombres, usted ya sabe quién es quién y aparte están siempre colaborando hasta en lo más mínimo...” P 8: E: 1 NC

“...Yo quedé muy conforme con los enfermeros de allá porque fueron muy amables, no lo maltratan a uno para sacarme la sangre, no me dolió nada de lo que me hacían mejor dicho muy buena, la atención tanto para los cuidados como para las comidas, ellos me atendían y todo y buscaban la manera de ver cómo me ayudaban, mire con lo de las hemorroides ellos me ayudaron con la crema...” P: 7 E: 1 YC

Por otra parte, para lograr un concepto de satisfacción en quien se cuida se deben ofertar ciertos atributos que contribuyan a crear una imagen de certidumbre que circunde durante el tiempo de la hospitalización, y se derive del ejercicio propio de cuidar dentro de un contexto único como es una Unidad de Cuidado Intensivo. Entre los atributos mencionados se incluyen: responsabilidad, seguridad, profesionalismo, entre otros, las informantes indicaron también la gran importancia de que el personal de enfermería mantenga siempre tiempo y disposición para brindar atención directa, lo cual genera confianza que favorece un cuidado en la UCI.

En cuanto a la seguridad que sienten por parte del personal de enfermería, las participantes reflejan tranquilidad cuando el profesional se apoyó en la tecnología al momento de realizar sus actividades y monitorear la evolución, haciendo uso de, la tecnología biomédica avanzada. En palabras de las entrevistadas:

“...Allá tienen todo desde los equipos, todas las cosas para atender a las mujeres embarazadas, eso es lo que uno piensa, que es bueno para recuperarse rápido...”

P 2: E: 1 YI.

“...Me sentí bien por los aparatos que le ponen a uno y porque apenas algo pitaba, ellos estaban cerca y corrían a revisar; entonces uno como que se tranquiliza porque si la tensión se me subía mucho, pues allá me ponían un medicamento que me la bajaba, porque qué peligro que a uno se le revienten las arterias del cerebro...” **P 10: E: 1 PE.**

“...Allá pues tiene hartos aparatos y eso se lo conectan allá a las máquinas para revisar bien la tensión, todos los aparatos son buenos, aunque al principio sí dan miedo” **P 3: E: 1 AS.**

Al hablar de la sensación de seguridad experimentada por las mujeres en la uci obstétrica es inevitable referirse a la prevención como herramienta para alcanzar esta percepción entre las gestantes; Quien es capaz de percibir este tipo de estrategias, usadas por la enfermera para mantenerle a salvo.

“La prevención y la preocupación de la enfermería está relacionada con asistir a las pacientes para enfrentar la enfermedad, el sufrimiento que estas situaciones generan; a prevenir complicaciones; a reconocer tempranamente los signos de enfermedad; a participar en un tratamiento oportuno, para recuperar la salud”. (83, p. 54)

Al respecto algunas comentaron lo siguiente:

“...cuando entré me recibieron las enfermeras y el médico, las enfermeras me atendieron, ya tenían todo listo, es que cada uno tiene quien esté pendiente, se mejora rápido...” P 1: E: 1 YC.

“... Lo hace sentir a uno muy cuidada como segura, porque siempre hay alguien ahí pendiente, ellos me ponían los aparatos, me avisaban de la tensión y todo lo hacían por mí, no me dejaban ni sentarme sola, seguro para que no me caiga...” P 11: E: 1 MV

“...Ellos no dejan que uno haga nada sola, allá me ayudan hasta pa´ pasarme al baño, porque yo le decía que yo iba sola, pero el jefe me dijo que no, él era el que no dejaba, porque me llegaba a dar mareo o algo y me podía caer y no me dejaban sola, que esa era responsabilidad de ellos, pues se cuidan mucho en ese aspecto para que no le pase nada nadie y los regañen...” P: 7 E: 1 YC

“...Mire que ellos allá son muy eficientes, cuando yo sangré tanto, de una estaba la enfermera ahí llamando al médico y a todos; así debe ser, que alguien esté pendiente y sepa resolver porque qué tal que no hubieran actuado rápido jummm...” P 5: E: 1 AA

En la actualidad, existen descritas intervenciones que están encaminadas a planificar el cuidado de enfermería para la prevención de complicaciones durante la atención, sobre todo en aquellas pacientes que presentan mayores factores de riesgo como son las gestantes que deben ingresar a las UCI. El hecho de prever complicaciones durante la atención resulta muy significativo para estas mujeres, y más si dicha prevención está relacionada con el cuidado que se otorga a su recién nacido. Al respecto, mencionaron lo siguiente:

“...Mire que uno como mamá lo más duro de pensar que uno se enferma es dejar a los hijos solos y más de este que está pequeñito, y quien lo defiende y si tiene hambre quién le da de comer, eso sí es duro doctora menos mal

que acá me están avisando cómo va y ahí uno se siente más tranquilo, sí...”.

P 2: E: 1 YI

“...Ahí ya tenían listo lo de la niña, la maquinita de calentarla a ella, ya tenían todo listo, ¿sí ve?, por eso es que me ha gustado, porque todo lo tienen para atenderlo a uno rápido, a lo mejor fue por eso que vine a dar a Neiva, porque acá si lo atienden a uno mejor...”. **P 1: E: 2 YI**

Otra cualidad referida por la mujer durante es la responsabilidad a la hora de cuidar, es cierto que la enfermería como profesión tiene la misión de proporcionar cuidados a los pacientes, a través de una atención de calidad basado en el conocimiento, habilidad profesional, calidez, razonamientos acertados y aplicación de juicios, demostrando responsabilidad en su labor, con el fin de evitar complicaciones. Esta imagen de profesionales responsables impacta directamente en la relación con la enfermera ya que es vista como una profesional con entrega y compromiso demostrado durante la ejecución de su labor.

“...Pues yo creo que es también por responsabilidad de ellos aunque son bien noblecitos pa qué, pero pa esos que ellos están allá para que uno se aliente y cuidar las enfermas, esa sería una responsabilidad mejor dicho como dicen por ahí, por eso les pagan...”. **P: 9 E: 1 YPC**

“...hay gente pa´ todo, unos más amigables y que le busca a uno conversación y le preguntan y otros normal, no tienen como ese, ¿como se dice?... así como, la alegría y eso pa´ ayudar a los enfermos, ¿sí me entiende?... Pero de todas formas siempre me cuidaban y me atendían, son muy responsables con lo que hacen; sino que a unos se les ve más interés por saber de cómo estaba, me preguntaban así: ¿Cómo está? y ¿cómo se siente? y por la familia y todo lo que me había pasado”. **P 3: E: 3 AS**

“...Ellos no dejan que uno haga nada sola, allá me ayudan a asearme al baño, porque yo le decía que yo iba sola, pero ellos me dijeron que no porque me llegaba a dar mareo o algo y me podía caer, y no me dejaban sola, que

esa era responsabilidad de ellos, pues se cuidan mucho en ese aspecto...”.

P: 7 E: 1 YC

“...Es una vocación, se ven responsable, se ve que les gusta y saben para qué estudiaron...” P 10: E: 1 PE.

Así pues, en este proceso de intercambio interactivo, la enfermera aporta sus conocimientos, así como información acerca de los riesgos y beneficios de una intervención diagnóstica o terapéutica, mientras que la paciente lo hace sobre sus valores, preferencias, preocupaciones y su experiencia previa con su problema de salud o con el contexto que en el que se encuentra inmersa. Posterior a la fase de comunicar se vincula la fase de participación, el presente estudio encontró que las mujeres que ingresan UCI GO entienden la situación por la que están atravesando, y se sienten importantes al opinar y decidir sobre su propio proceso de atención. Respecto a la afirmación anterior, se refirió:

“...Mire que con lo de la placenta previa ellos me explicaron que podía sangrar y perder el útero, y otra cosa que me gustó es que me explicaban bien, fueron muy claros en la parte de la cirugía, me explicaron bien, yo pude pensarlo antes de firmar la autorización”. P 5: E: 1 AA

“...Lo bueno es que ellos le explican a uno que le van a hacer y uno ya sabe a qué atenerse, y ella lo sabe hacer bien...” P 9: E: 1 YPC.

Durante la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos, la gestante con preeclampsia reconoce que tiene participación en su cuidado rutinario y además son ellas quienes guían la terapéutica, puesto que al expresarse le indican al personal de enfermería, los ajustes farmacológicos que se deben hacer, confirmando así una relación que genera satisfacción. De acuerdo con ello, comentaron lo que se cita a continuación.

“...En la UCI todo muy bueno; ellos siempre querían ayudarme, y les decía algo y siempre me colaboraban, que yo les decía que me dolía tal cosa, ellos miraban a ver cómo me ayudaban. Mire nadie tiene paciencia con nadie

pero ellos fueron muy amables, lo que yo les decía ahí estaban para solucionarme, se dejan hablar y así se dan cuenta de cómo evoluciona una...". P: 7 E: 1 YC

Es de señalar que las situaciones descritas generan, según las entrevistadas de forma adicional, tranquilidad a la hora de pensar en su evolución dado que permanecen involucradas en el desarrollo de su hospitalización, y se sienten importantes de decidir sobre su propio cuerpo y futuro.

Tabla 4-2. Estableciendo vínculos que satisfacen

Significados comunes	Interpretación
Prácticas humanas compartidas	Respeto mutuo
	Relación de confianza
	Comunicación adecuada
Resultados de un vínculo positivo	Participación en toma de decisiones
	Satisfacción por el cuidado recibido

Fuente: Tesis de Maestría en Enfermería, Cuidado de Enfermería en la gestante con preeclampsia en la UCI obstétrica

Fuente: Elaboración propia

4.3.2 TEMA 2. Una Mujer Invisible

El profesional de enfermería mantiene una relación interactiva con la paciente en la práctica diaria, donde aplica el conocimiento y la destreza para la cual ha sido preparado, lo cual debería dar como resultados un cuidado con calidad y siempre positivo, que permita el crecimiento como profesional y la complacencia por parte del sujeto de cuidado. Algunas circunstancias propias del actuar de la enfermera derivado de procedimientos asistenciales, o bien sea rasgos propios en la personalidad de cada una de ellas, generan un resultado negativo en la construcción del significado del cuidado en la gestante con preeclampsia que se encuentra en la UCI; quienes han llegado a sentirse anuladas debido al comportamiento impersonal de la enfermera, las características del contexto y a los errantes de la naturaleza humana.

De otro lado, los significados comunes que conforman este aparte son: sintiendo la ausencia y sensibilidad lejana.

Sintiendo la ausencia

Durante la jornada laboral, los profesionales enfrentan situaciones diversas a las que deben dar respuestas en cortos periodos de tiempo, que son determinantes fundamentales de la carga de trabajo, según la complejidad del paciente. La carga de trabajo se explica por lo que sucede en el ámbito clínico, que puede estar mediado por disposición inadecuada de recursos e insumos, o por tareas adicionales que nada tienen que ver con el ejercicio propio de la enfermera, pero que han sido impuestas por la institución y que deben realizar, disminuyendo así el tiempo de cuidado directo a las pacientes. Esta es una realidad que resulta visible para quienes deben recibir atenciones del personal de enfermería en la UCI GO; por ello, las participantes del estudio son conscientes de que la falta de tiempo para el cuidado por parte del profesional es una característica que en ocasiones les hace sentirse invisibles durante la estadía en la unidad intensiva.

“...La jefe me saludaba por la mañana y ella casi no tenía tiempo de volver, a veces iba y me daba medicamentos, y pues así pasaba el día, esperando no más que alguno se arrime...” **P 2: E: 1 YI.**

“...La verdad sí fue poco lo que hablaban ellos, además se la pasan ocupados, uno entiende que ellos están en lo suyo...” **P: 6 E: 1 NS.**

“...Porque sí, porque digamos usted estar ocupado y que uno le diga puede venir un momentico, eso es algo incómodo y ellos nunca ponían mala cara tampoco...” **P: 7 E: 1 YC.**

“...No, ellas no me decían nada y yo comprendo por qué no es el área de ellas y cada uno en su área, ellas todo el tiempo están allá ocupadas en lo suyo pa´ estar averiguando por lo demás; pienso que es eso, tienen cosas más importantes, mi hermana es la que iba y me cuenta, me cuenta lo poco que a ella le dicen, que estaba bien, que lo tenían con oxígeno, no estaba intubado ni nada...” **P 8: E: 1 NC**

“...las jefas a veces están muy ocupadas, entonces no le digo nada, pues no sé, mejor dejar así, me da pena o sea molestar...” **P: 9 E: 1 YPC.**

Claramente, son experiencias sujetas a las actividades que deben ejercer las enfermeras en la Unidad de Cuidado Intensivo, dado que el desequilibrio en la proporción entre pacientes y enfermeros tienen implicaciones importantes en el pensamiento de la mujer hospitalizada, quien percibe que su cuidado es dejado a manos del personal técnico, mientras la enfermera ejecuta otras funciones o invierte su tiempo a la atención de otras paciente con mayor nivel de complejidad, lo que ellas perciben como un cuidado inseguro. Frente a ello, afirmaron lo siguiente:

“...Los otros muchachos, o sea los auxiliares no, ellos sí me ponían pero no me decían nada (risas), será que no sabían... (risas), ay no mentiras, pero sí, queda uno como inseguro, será que ellos sí saben jummm (risas)...” **P 1: E: 1 YC.**

“...La jefe me saludaba por la mañana y ella casi no tenía tiempo de volver, porque habían, estaban ocupadas con otra señora que sí estaba grave. A veces iba y me daba medicamentos y así, para mí todos son iguales, pero pues uno se va más por las mujeres, me dan más confianza y uno pues, a los demás le pide favores y ellos se lo hacen son muy atentos...”. **P 1: E: 1 YC**

No obstante, el contexto de la unidad intensiva y la falta de tiempo del personal de enfermería generan aún más sentimientos de soledad, olvido y abandono en la paciente que debe atravesar esta situación alejada de sus familiares y en ocasiones de sus hijos dejados en casa; motivo por el cual busca tranquilidad y apoyo en el profesional de enfermería, con quien comparte esta fase de hospitalización; pero cuando este vínculo no se logra, se genera el efecto contrario entre la gestante y su enfermera, dejando una sensación de invisibilidad dentro de la UCI. Al respecto, se afirmó:

“...Pero allá en la UCI nadie habla con uno, eso es en una habitación por allá atrás y uno solo ahí acostado y la familia ni puede entrar, eso solo es de visita. Pues claro como más se siente uno por allá... abandonado, solo soledad (risas), uno ve gente pasar no más, no tiene mucho tiempo pa´ nada... Hmmm, toca esperar y hacerse el loco pa´ que le pasen las horas rápido...”. **P 2: E: 1 YI**

Ahora bien, frente a la ausencia del tiempo surge otra característica que le permite a la gestante visualizarse como una mujer invisible dentro de la UCI. Así, cuando la opinión de las pacientes sobre la atención de enfermería es desfavorable, también puede deberse a que la paciente siente que la enfermera no demuestra interés en atenderle de forma adecuada y oportuna con actos tan particulares como falta de explicación o información sobre el estado de su recién nacido, insensibilidad frente el dolor, inseguridad, lentitud, despreocupación ante los efectos del tratamiento, la indiferencia ante el ambiente de la unidad; así como los ruidos que impiden su descanso, la invasión de su privacidad y el desinterés por

su alimentación. Estas afirmaciones se relacionan con el desinterés percibido por las participantes dentro de la unidad de cuidados intensivos obstétricos.

En oposición la adecuada comunicación documentada en capítulos anteriores algunas circunstancias relacionadas con la falta de información, de educación y de comunicación oportuna durante el proceso de resolución de la enfermedad han permitido que los cuidados brindados por la enfermera en la unidad intensiva tomen un matiz oscuro y de despersonalización, este disgusto manifestado por algunas participantes se relaciona directamente con el tiempo y la dedicación aplicado por los enfermeros; por lo que se asume una vez más que las formas como se presenta el cuidado están directamente relacionadas a la personalidad y características individuales de los profesionales.

Según las vivencias de las gestantes se mencionaron diferentes experiencias:

“...y el jugo es con azúcar, si me dan avena es con azúcar y la comida tiene las sales normal , si es pollo o carne es con sal y las comidas, pues si todo tiene, y si se supone que yo tengo diabetes y no me dejan entrar nada allá. Y pues me tocaba comer eso y pues nadie le pone atención a esa parte, esa parte si deberían mejorarla...” **P 5: E: 1 AA**

“...El día que me sacaron de allá no me avisaron nada, no me dijeron nada, ni de la comida y nada uno sale como perdido...” **P 4: E: 1 AS.**

En ocasiones, el cuidado de enfermería puede desvirtuarse, esto a causa de la falta de empatía, las múltiples ocupaciones y las actividades que debe ejecutar la enfermera como parte de la atención en una unidad intensiva, que además demandan mayor tiempo, modificando así la atención y el cuidado sensibilizado y directo, razón misma de la profesión la cual debe primar en el actuar del profesional. Así lo evidenciaron algunas mujeres en la unidad intensiva al afirmar:

“...vuelve otra vez el aburrimiento porque pues uno allá solo, a ninguno le interesa hablar por lo mismo que no les queda tiempo, ni se sienta a hablar con usted, a nadie le importa; es un poquito aburridor...” **P: 6 E: 1 NS.**

“...Ellos iban para hacer sus cosas y eso es feo, solo ver todo el tiempo que ellos pasan y pasan, es como recordar que está solo allá y sin quien se preocupe por uno. ¿Sí me entiende?” P: 6 E: 1 NS.

“...Ellas no se preocupan por ir más allá, hacen lo que les corresponde y ya. Yo no, pues normal, ellos son atentos pero para el trabajo de ellos, si ve eso es un poquito incómodo, yo no quiero hablar mal de ninguno pero así fue...”.

P 10: E: 1 PE

“...En las noches que ellos veían que yo no podía dormir nada, por todas esas luces prendidas y ese frío, ellos hablando, riéndose, uno no está acostumbrado a la bulla y las luces, yo no puedo dormir así, más que todo por las luces. Yo no puedo dormir así y por más que uno les dice, pues no dejaban de reirse como si no les importara...” P 4: E: 1 AS.

Una de las circunstancias más difíciles manifestadas por las participantes del estudio es tener que dejar sus hijos recientemente nacidos a merced de otras personas que no conoce, como es el caso de las mujeres que por razones inherentes a la preeclampsia debieron finalizar su embarazo en la UCI GO Y antes del tiempo previsto, el estudio reveló que las mujeres que recibieron información constante de la evolución de su hijo mientras estaban en la unidad intensiva sin poderlos ver, sintieron mayor tranquilidad y relacionan esta información con la sensibilidad y el cuidado humano ofrecido por parte de la enfermera; Pero cuando la información no fue brindada de manera oportuna, estas mismas describen el cuidado de la enfermera como despreocupado y distante.

“...Lo único que sí no me gustó era que se demoraban tanto para darme razón de la niña, a veces me tocaba a mí acosar para que me dieran razón; así como dos días me tocó decirles y maluco porque ellos deben saber que lo más duro de eso allá, es dejar lejos el hijo de uno lejos...”. P 1: E: 1 YC

Sensibilidad lejana

Al mismo tiempo que todas estas situaciones emergen durante la hospitalización también se contempla la grave situación física de la gestante que requiere de la puesta en marcha de la experticia del profesional para desarrollar procedimientos que garanticen la correcta monitorización y prevención de complicaciones asociadas a la enfermedad que le acomete a dicha mujer. Las pacientes expresan que los cuidados recibidos en la unidad intensiva en ocasiones les causaron dolor físico o emocional, lo cual hace menos gratificante la interacción con la enfermera, a quien perciben como un profesional con poca sensibilidad frente al dolor ajeno. Respecto a ello, se mencionaron diferentes experiencias:

“...Muy feo, demasiado, empezando lo martirizan mucho a uno, todo el tiempo lo están inyectando, le están sacando sangre, eeeee, muy feo no me gusta principalmente estar allá, pues yo creo que a nadie no, entonces pues no me gustó esa experiencia...” **P: 6 E: 1 NS**

En la unidad intensiva existen circunstancias que obligan a la enfermera a someter a su paciente a situaciones de dolor físico en búsqueda de un monitoreo continuo o simplemente el cumplimiento de protocolos institucionales que involucran punciones y otros procedimientos frecuentes. Pese a que estas mismas han reconocido una gran capacidad y experticia entre los profesionales que allí laboran, siempre que tuvieron que sufrir algún tipo de dolor por procedimientos infructuosos o dispendiosos; se puso en entredicho la veracidad de los conocimientos técnicos y la experticia antes mencionada.

“...Es que eso es como que viene a uno lo pujan a uno rápido, ahí como por salir del paso y no tienen cuidado para maltratarlo a uno y ya...” **P: 6 E: 1 NS.**

“...Pues es que tampoco es que ellos quieran traerlo a uno mal, sino que bregan pa´ sacarle a uno sangre y otros sí es rapidito, entonces como que pues le provocaba a uno decirle que llame a la otra jefe (risas), mentiras eso... eso sí es un poquito doloroso, pues es que el día que me estaban

colocando un catéter acá (señala arteria radial izquierda), como que un jefe no podía muy bien y el auxiliar le decía mire acá y acá, y a la final no me la pudieron coger, pero si me dolió hartito". P 5: E: 1 AA

Es claro que existen factores y circunstancias que impactan el día a día de la mujer con preeclampsia y dificultan el proceso de humanización dentro de la unidad intensiva, son situaciones caracterizadas por la presencia de un tinte de rigidez e inflexibilidad expresado por la enfermera a la hora de hacer cumplir normas institucionales; lo que confunde o distorsiona las expresiones de cuidado humanizado, repercutiendo directamente en las emociones de quienes no comprenden los rigores del contexto, los reglamentos en una Unidad de Cuidado Intensivo de puertas cerradas. En el presente estudio, las participantes que no habían estado antes hospitalizadas manifestaron emociones negativas con respecto al cuidado de enfermería y a la inflexibilidad a la hora de ejecutar procedimientos en la UCI; ellas mencionaron lo siguiente:

"...hasta me chuzaban todo el tiempo, me hacían controles de exámenes, por la noche la enfermera me sacaba sangre y claro que maluco porque y cuando ya estaba cogiendo sueño ¡pas!, ahí llegaban a chuzarme (risas) y ya me demoraba para quedarme otra vez dormida, (risa) me acuerdo que me decían otra muestrica y ya; me la pelaban con tanta cosa pero a según ellas tenía que ser a esa hora porque el médico les mandaba a esa hora. Pero bueno, serán las normas de ellos y hay que respetarlas...". P 1: E: 2 YI

"...Imagínese que a todas las que tenían la tensión alta por la preeclampsia tenía que cogerle la arteria pero eso si es feo, sobre todo uno que está hinchado y no se le ven uff". P 10: E: 1 PE.

Las Unidades de Cuidados Intensivos son lugares fundamentales, en donde se realiza la labor propia de la terapia intensiva, en su mayoría estas unidades tienen unas características de aislamiento del "mundo externo", para quien se encuentra allí hospitalizado; así lo viven y lo afirman las gestantes con preeclampsia en la UCI

obstétrica. A pesar de que múltiples trabajos recomiendan una política de puertas abiertas y la incorporación de la familia en los cuidados del paciente con resultados favorables para ambos. (101) esta unidad en particular aún está regida por las normas de una unidad cerrada, se controla el acceso libre de los visitantes y se plantean estrictos horarios y tiempos específicos para la visita, pese a la importancia de la red social para la recuperación de la paciente, en algunos casos específicos se realiza restricción completa de horario. Frente a esta situación, las gestantes con preeclampsia manifestaron su desagrado:

“...Uno acá tanto tiempo lejos y sin poder estar con los hijos, la bebé y la familia ahora que pienso si es como falta de compasión cierto...” P 8: E: 1 NC.

“...Ah sí, la niña estaba allá en sala de partos, entonces apenas me bañaban me la dejaban ver un rato para yo amamantar la niña, que porque allá en la UCI no podía tenerla todo el tiempo que porque no era recomendable y me daba tristeza, porque se la llevaban muy rápido, pero pues bueno así tocaba...” P 10: E: 1 PE

“...Mi hermana está pendiente sino que las visitas son así para todos, por eso le digo como que las reglas y toca aceptarlas, pero si al que le toque ver esa situación debe pensar que uno quiere estar es con la gente de uno...” P: 9 E: 1 YPC

“...Yo sé que todo esto fue para mi bien, pero es que ese encierro allá y la soledad es horrible, se miraba el sol por unas ventanitas pequeñas, no lo dejan a uno hablar por teléfono, ni comer algo rico, aunque él sí me llevó a escondidas algo de comer...” P 3: E: 3 AS

Sin embargo, cabe resaltar que para quienes conocen el proceso de cuidar por la cercanía a la situación, como es el caso de la gestante con preeclampsia perteneciente al gremio de auxiliares de enfermería, y quien actualmente aún ejerce manifiesta libremente que está de acuerdo con este tipo de restricciones; lo

que demuestra que entender los procesos y estar informados de la razón de las restricciones contribuye a aceptarlas.

“...Las visitas son estrictas, son de cuatro a cinco y de 10 a 11 de la mañana, a mí me parece bien, igual allá uno no tiene ganas de hablar mucho mi hermana me cuenta, me parece que una hora es suficiente porque así mi hermana descansaba y que ellos no se agoten también es importante...”. P

8: E: 1 NC

Tabla 4-3. Una mujer invisible

Significados comunes	Interpretación
Sintiendo la ausencia	Falta de tiempo para la atención
	Víctimas del desinterés
Sensibilidad lejana	La enfermedad y el dolor
	Actos y reglas inflexibles

Fuente: Tesis de Maestría en Enfermería, Cuidado de Enfermería en la gestante con preeclampsia en la UCI obstétrica

4.3.3 TEMA 3. Acercándose a una relación transpersonal de cuidado

La relación entre el profesional de enfermera y la gestante con preeclampsia dentro de la unidad de cuidado intensivo ha permitido vivencias positivas y negativas para ambos. Este capítulo ha sido creado a partir de esas manifestaciones que dejan ver la complacencia de la mujer cada vez que han experimentado una relación que pudo trascender más allá del aspecto fisiológico. Para algunas mujeres el

comportamiento de la enfermera demuestra la capacidad de ir “más allá” o “estar ahí con ellas” en su experiencia personal, pertenecer a los procesos y eventos que trascienden la habitual hospitalización, le ha permitido experimentar una realidad más significativa. Esta transcendencia permite que la paciente y la enfermera entren en un campo fenomenológico, donde comparten sentimientos emociones, sensaciones con un objetivo último de alcanzar conexiones espirituales más profundas, en la promoción de la comodidad y la curación de la gestante con preeclampsia en UCI GO.

Entonces, para abordar la soledad y el contexto de una hospitalización inesperada y aislada, la paciente crea vínculos solidarios con su enfermera, donde germina una relación de apoyo mutuo: *“Allá ellos me daban la mano y me sobaban, me ayudaban a estar mejor, me hacían sentir tranquila”* P 4: E: 1 AS. Afirmaciones como la anterior conducen a pensar que el intercambio de sensaciones, historias de vida, inquietudes, de afecto y confidencias, se produjo en la marcha de la atención.

Este tema está conformado por los siguientes significados comunes: un cuidado natural y empático y el papel de los sentimientos .

El papel de los sentimientos y emociones

Ser esa persona confiable que facilite la expresión de sentimientos buenos o malos, dolorosos o felices es un rol significativo que ha demostrado la enfermera durante los cuidado que ofrece en la unidad intensiva, comprender que el ser humano no existe de una forma pura y aislada sino que desde el primer momento que ingresa a la UCI GO intenta comprenderse y auto determinarse. En tanto que debe entender que ha sido insertada abruptamente en un contexto de cosas y personas, sin dejar atrás el mundo que le precede y que condiciona su existir, lograr ese entendimiento e influenciar la expresión de las emociones resultó útil para trascender en el cuidado.

“...Ella se sentaba charlarme un rato para que yo le contara las cosas, pa´ que se me pasara lo aburrida y así se me iba pasando porque hay personas que saben llegarle a uno...” P 4: E: 1 AS.

“...Y ella era la que se le arrimaba a conversar y a explicarme todo, y pa´ qué pero eso sí, no era que conversáramos mucho pero sí me servía porque uno se siente muy débil y como achicopalada a ratos”. P 2: E: 1 YI

“...yo estaba hablándole a ella y no tenerlo porque ya no estaba y me dio muchas tristeza no tenerlo porque no lo conocía prácticamente, me dio mucha tristeza no tenerlo y yo ahí encerrada. Aunque yo no tenía ese instinto de mamá y ahí sí me puse a llorar encima de la enfermera...” P 11: E: 1 MV

Aunque a la hora de reforzar la expresión de sentimientos, según las entrevistas relatadas aquí, se deduce que no todos los profesionales demuestran este interés en fortalecer el vínculo y la expresión de las mujeres. Una participante mencionó lo siguiente:

“...Cuando termina la visita vuelve otra vez el aburrimiento, porque pues uno allá solo, nadie se sienta a hablar con usted, es un poquito aburridor...” P: 6 E: 1 NS.

De acuerdo con ello, es de recalcar que a su ingreso al hospital la gestante con preeclampsia sufre una confrontación ante la adversidad de la internación. Otra estrategia utilizada para superar los problemas que acarrea estar en la unidad de cuidados intensivo, aparte de las mencionadas es la fe religiosa. Poder aferrarse a un ser supremo resulta en la mayoría de los casos benéfico: “Yo me había podido morir que estaba muy grave, y gracias a la obra de Dios que todo me salió bien y ya me pasaron para acá” P 4: E: 1 AS. La enfermera lo sabe y busca estrategias para que estas mujeres encuentren tranquilidad y descanso de sus preocupaciones, aferrándose a la oración y a la fe desde las individualidades de la religión que cada una ejerce.

Desde el punto de vista de la paciente hospitalizada, la fe en Dios es esencial para ayudar a superar las desgracias, en este caso necesitan mantener su espiritualidad

para mantener su fuerza interior. Las participantes relataron que las enfermeras les incentivaron a buscar en la fe el alivio para un momento de temor e incertidumbre:

“...Una enfermera se me acercó y me dio muchos ánimos. Me dijo “tranquila, trata de estar más tranquila, todo te va a salir bien porque necesitamos que no se preocupe y si le llegó la hora, que Dios sabe cómo hace sus cosas, que hay que rezarle y pedirle, que necesitamos que usted esté tranquila” y me hablaba como de una forma muy bonita, que las cosas ya están hechas y así bueno y después de eso me sentí más calmada...”. **P 5: E: 1 AA**

“...Yo lo único que quería era salir de allá para estar con mi niño todos los días, poder ver mi niño en mi casa a toda hora, ellos me decían que no me desesperara, que estuviera tranquila, que mejor me pusiera a orarle a Dios para que todo me resultara bien y mire, sí me funcionó, de todas maneras ¡yo soy creyente!...”. **P 10: E: 1 PE**

“...Claro que allá uno se siente mucho más segura porque incluso el médico y la jefe me dijeron “gracias a Dios se le subió la tensión porque probablemente en Pitalito le hubieran controlado el sangrado y la hubiesen mandado a la casa, y hoy la historia fuera otra, estuvieras en un ataúd”; esas fueron las palabras. Yo creo que todo es obra de Dios, mire que a mí me remitieron acá, y si no hubiera sido así... ¡Hmmm!”. **P 4: E: 1 A**

Un cuidado natural y empático

La gestante con preeclampsia, al ser admitida en la Unidad de Cuidados Intensivos, es vulnerable y trae consigo la historia de su embarazo y enfermedad, una forma única de sentirla, sus pensamientos y sentimientos orientan al personal de enfermería a reconocer su comportamiento y a comprender su reacción ante la situación que está atravesando; donde se contemplan matices personales para cada una de ellas, quienes al ingresar al hospital han dejado afuera, vidas, hijos, todo lo que le rodeaba antes de enfermar. Las UCI se reconocen por la escasez de profesionales para hacer frente a esta dimensión subjetiva y la falta de una atención

humana y decisiva, propias del mismo contexto. Sin embargo, en este estudio se evidencia la participación afectiva de una persona al reconocer los sentimientos y sufrimientos de otra, lo que permite un nivel de comprensión a través de una fuerte y afectuosa relación entre dos seres que comparten un momento en el tiempo.

Por otra parte, con el apoyo emocional, el profesional demuestra la capacidad de hacerle sentir a la mujer importante, querida, escuchada y poder proporcionarle cierto “bienestar”; las características de la enfermera para lograr este fin se arraigan a su personalidad y son individuales, por tal razón no se cuenta con un máximo de satisfacción entre las participantes. La empatía, la confianza, entre otras, integran el apoyo emocional que en ocasiones es el más importante, y el que más necesita una persona que recibe cuidado.

Algunas mujeres describen que la enfermera fue capaz de proporcionar apoyo emocional, al reconocer sus sentimientos y percepciones, pero además ser esa persona disponible para vivir con ellas ese momento.

“...Ahí ellos siempre le preguntaban a uno cómo se siente y que tranquila, cuando me veían triste me daban como consejos, ánimo, vivían preocupadas por mí...” **P 1: E: 1 YI.**

“Una enfermera se me acercó y me dio muchos ánimos. Me dijo “tranquila, trata de estar más tranquila, todo te va a salir bien porque necesitamos que no se preocupe y si le llegó la hora, que Dios sabe cómo hace sus cosas, que necesitamos que usted esté tranquila y me hablaba como de una forma muy bonita, que las cosas ya están hechas y así bueno y después de eso me sentí más calmada”. **P 5: E: 1 AA**

“...Yo en veces vivía agobiada, pero la jefe iba y me ayudaba en lo que ella podía, me daba razón del niño y me decía que tranquila, que ya iba mejor y así como que le dan a uno ánimos, ¿sí me entiende?...” **P 4: E: 2 AS**

“...Cuando uno se ponía triste, allá ellas se sentaban a acompañarlo a uno, me preguntan así lo mismo que usted, que cómo me siento y eso, ellas le dedican a uno harto tiempo para esas cosas...” P 4: E: 1 AS.

Según las entrevistas realizadas se evidencia que el cuidado que se le brinda a la gestante en la UCI ginecobstetricia es afectuoso y busca ayudarle a estabilizarse emocionalmente, de cara a un contexto hostil y frío como es la UCI. No obstante, en sus relatos se aprecia que dicha declaración no incluye los comportamientos de todos los enfermeros y son enfáticas en reconocer con nombre propio y con cualidades individuales a quienes les cuidaron de manera especial, dedicaron tiempo para escucharles, les comprenden y sienten su propia realidad.

“...La jefe Andrea, ella es más noblecita y me daba como consejos y lo animaba a uno cuando se siente uno triste, porque yo allá sí me deprimía a ratos...” P 2: E: 2 YI.

“...Siempre me cuidaban y me atendían sino que a unos se les ve más interés por saber de cómo estaba me preguntaban así como esta y como se siente y por la familia y todo lo que me había pasado...” P 10: E: 1 PE.

“...Ahí había una enfermera que ella fue la que recibió el bebé y ella entendía la angustia de uno como mamá, me decía esté tranquila que el bebé está bien, más rato se vuelven a traer y ella se sentaba charlarme un rato pa´ que se me pasara lo aburrida y como lo desesperada, ¿sí me entiende?...” P 4: E: 1 AS

De tal forma, para poder ofrecer un cuidado de enfermería satisfactorio, los enfermeros deben comprender la enfermedad, sentir el sufrimiento y las aflicciones, vividas por seres humanos, asistir a los individuos y sus familias a enfrentar la experiencia de la enfermedad, en otras palabras ser compasivos y ayudarles a encontrar significado a esas experiencia, tratando de disminuir o evitar su dolor.

“Ellos me trataron bien, los enfermeros me han ayudado a sentarme, a pararme, a vestirme, a todo, prácticamente uno depende de ellos allá en la

UCI... Ellos sienten el dolor de uno, o no sé si será pesar o lo hacen porque es responsabilidad de ellos; o también para evitarle sufrimiento a uno". **P: 9**

E: 1 YPC

Por otra parte, estas mujeres con preeclampsia y en estado crítico presentan diversas situaciones que les producen sentimientos de tristeza, dolor, llegando incluso a poner en peligro la su evolución; pero el actuar de la enfermera compasiva puede llevar a solventar esta situación. Allí radica la verdadera expresión de cuidado.

"...Eran como las 4 de la mañana, el sábado yo con sed con demasiada sed y con hambre y ¡a esa hora comida de dónde y allá humm! Los de allá de la UCI me llevaron chocolate y un banano (sonrisas), eso de la comida de ellos, me dieron eso porque yo tenía muchísima hambre, me sentía como desmayada...". **P 3: E: 3 AS**

Frente al dolor impuesto por algunos procedimientos ejecutados por la enfermera en la unidad intensiva se presenta también la sensibilidad de los profesionales para resolver rápidamente esta sensación desagradable, el alivio del dolor físico para estas mujeres que se encuentran vulnerables también significó una experiencia de cuidado, sensibilizado e impregnado de compasión por parte de las y los enfermeros. A quien distingue como un aliado para el alivio de su padecimiento. Así fue manifestado por las entrevistadas:

"...Lo maluco que es que a uno lo estrujen, cuando a mí me sacaron de cirugía sí me dolió, me hacían muy duro, ¡más terrible!, pero el médico me hacía más duro, y pero cuando la jefa me revisaba sí era más delicada, más suavcito porque qué dolor eso... y me colocaba para el dolor...". **P 10: E:**

1 PE

"...Además, ellos se veían muy preocupados, me hablaban y me decían todo para tranquilizarme, pero ese dolor era horrible, yo los llamaba y de una vez me atendían, ellos me decían que respirara profundo, porque ellos no les

gusta que uno esté mal y no podían hacer más nada, es que me esperara porque tenían que darme todas las contracciones y ellos no podían hacer más nada...". P: 7 E: 1 YC

Otra característica que permite un cuidado transpersonal es la compañía, poder hacer el camino juntos, donde se resalte siempre la igualdad y reciprocidad dentro de las diferencias y el ejercicio del profesional de enfermería, estar ahí para esa persona en el momento que más lo necesita es realmente un espacio donde se genera la compañía como herramienta para la construcción de una relación más fuerte. Esta interacción plasmada en algunos momentos de acompañamiento cercano y oportuno adquiere un significado positivo para las mujeres y se convierten en un acto importante durante el proceso de cuidado, aunque algunas normas obligan a la enfermera a guardar el rigor impuesto por la unidad e cuidado intensivo; ninguno de los relatos develó una relación de dominación pura y aunque la mayor parte del tiempo la gestante acepta las indicaciones dadas por el profesional estas no fueron vistas como una relación de sumisión en la que la mujer no pudo participar, por el contrario la mayoría de las participantes piensan que los profesionales quiere lo mejor para ellas sin desconocer la existencia de graves fallas en el proceso.

Por ello, se puede decir que las participantes del estudio entienden que cuando la enfermera se preocupa por brindar un buen cuidado, evitar complicaciones y satisfacer las necesidades, se establecen relaciones interpersonales que permiten que la mujer perciba que están siendo cuidadas, desde el cariño y la proximidad propias de la compañía que le brinda su enfermera. Algunas entrevistadas observaron lo siguiente:

"...Sí, ya cuando sentí y abrí los ojos estaba en la cama, y allá me puse mal y me dijeron que ya no me daban la salida, me arrepentí mil veces de haberme parado, él siempre me acompañó y para que me pasara el mareo me sentó un rato (sonrisas), y de ahí me llevó a la cama y mejor me bañaron

allá, pero él no fue capaz de dejarme ahí sola en toda la mañana...”. P 1: E: 2 YI

“...Eso es un momento muy duro y uno solo como le digo peor, ya después del primer día si ya uno se va como amoldando, ya se me pasó y así, allá hay que hacerse el buen ambiente porque por lo menos yo que estuve rato y pasármela llorando tampoco. Ya adentro era que me daba la depre, pero allá los enfermeros conversan más con uno, o sea están como más encima, acompañándolo a uno no como donde me tuvieron primero, entonces ahí iba hablando con todos y pasando el tiempo”. P 1: E: 1 YI

De igual manera, las pacientes declararon que estar en compañía de quien le brinda atención diaria, les ayudó a establecer una relación, a la vez que se iban fortaleciendo lazos de confianza que les permitió expresarse sin temores y poder manifestar con ellos sus inconformidades:

“...Yo les decía: “Yo no quiero volver acá”, eso es muy aburridor. Por más que hay gente que se preocupa allá por uno, para que no le pase nada, siempre había alguien acompañándome, pero no son todos y no es lo mismo que uno estar en su casa...”. P 10: E: 1 PE

También reconocen que afrontar a el hecho de estar alejados de sus familiares les hacía sentir vulnerables, pero la compañía de los enfermeros en ciertos momentos de la hospitalización fue crucial para vencer sus temores y la incertidumbre propias de la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétrico.

“...Eso sí me dio sentimiento por dejar el niño ahí en sala de partos (cambio de semblante), mire que uno como mamá lo más duro de pensar que uno se enferma es dejar a los hijos solos y más de este que está pequeñito y quién lo defiende y si tiene hambre quién le da de comer, eso sí es duro doctora, porque si estuviera con mi mamá o mi marido pues estaría más tranquila pero... Por más bien que me atendieron allá en la sala de partos, ellas son desconocidas y nadie quiere a los hijos de uno como la propia mamá ¿o

dígame si no? Si no fuera sido porque ella estuvo ahí conmigo y me daban razón de mi bebé, yo me hubiera desesperado más uff...”. **P 2: E: 1 YI**

“...Como le digo, eso es un prueba muy difícil, es sentirse uno solo todo el tiempo con decirle que a mí cuando me iban a operar yo estaba sola, mis familiares no estaban, no había nadie pendiente y mi hermana era la que me estaba acompañando ese día y como la visita era a las once pues... y como no dejan entrar celulares yo los únicos números que me sabía eran los de San Agustín, entonces me tocó darles los números de allá y ellos fueron los que la contactaron y para qué muy preocupados, estuvieron ahí en todo ese proceso, acompañándome, son como la familia de uno allá adentro; claro, seguro me veían a mí muy angustiada, ya después ella vino y claro, cuando ella llegó acá, yo ya estaba en cirugía”. **P 5: E: 1 AA**

Tabla 4-4. Acercándose a una relación transpersonal de cuidado

Significados comunes	Interpretación
El papel de los sentimientos	Promover la expresión de sentimientos
	Fomento de la espiritualidad en la gestante
	Comunicación adecuada
Cuidado natural y empático	Apoyo emocional
	Actos que demuestran compasión
	Compañía

Fuente: Tesis de Maestría en Enfermería, Cuidado de Enfermería en la gestante con preeclampsia en la UCI obstétrica

4.3.4 TEMA 4. En Búsqueda De La Comprensión

Durante la hospitalización, la gestante con preeclampsia experimenta sentimientos de incertidumbre que le conducen a buscar explicaciones, motivos, razones lógicas para entender su enfermedad y toda la situación por la que atraviesa en el proceso, surgen necesidades que en su gran mayoría son suplidas por quienes permanecen mayor tiempo junto a ellas, las enfermeras, quienes se encargan de delimitar el camino que conduce la comprensión global de la situación. Este tema está compuesto por un significado común denominador: necesidades.

Necesidades

Esta vivencia conlleva a que la gestante con preeclampsia experimente necesidades propias del entorno y derivadas del tipo de atención que brinda el equipo de enfermería. Estas necesidades que se convierten en una solicitud directa al personal profesional que les cuida son: educación e información durante este proceso.

Es de señalar que en la información existe una implicación descrita como las acciones que realiza la enfermera para la persona a quien cuida, y que además están destinadas a favorecer la participación de las personas durante el proceso; a la vez que se le permite estar enterada de todo lo que acontece en relación a su hospitalización, es prácticamente la ejecución al derecho de mantenerse informada y no ir a ciegas en un asunto tan propio como su recuperación. Así mismo, se observa que existen otras acciones que se encuentran dirigidas a mejorar las condiciones de la mujer hospitalizada: enseñarle qué implica la adecuada toma de medicamentos y si se deja de cuidar, o ayudarle a prevenir algo que pueda suceder, estos actos hacen parte del rol educador que debe ejecutar el personal profesional y que en ocasiones se le resta importancia.

En ese orden de ideas, la educación es un componente esencial en la profesión de enfermería; es concebida como una función sustantiva del rol enfermero que hace parte central del cuidado, pero también es una necesidad fundamental en el

contexto del autocuidado de los pacientes que debe satisfacerse; este no solo es un elemento central de cuidado, sino también de su gestión y favorece la recuperación y rehabilitación de las personas. En ocasiones, dicha práctica puede verse afectada dado que existen profesionales que no poseen las competencias necesarias para educar o simplemente no les resulta importante desde su punto de vista. Por otro lado, pueden existir factores externos propios del contexto institucional o del puesto de trabajo, que también pueden interferir en el ejercicio del rol educativo, ejemplo de ello puede ser la falta de tiempo para esta función. Los significados comunes que conforman este tema son: información y educación en el proceso.

En ese mismo sentido, las gestantes esperan que se brinde información para manejar el temor y la intranquilidad, así como asegurar su participación durante el proceso de atención. Manifiestan el deseo de que se proporcione buena información en aspectos como cuáles son los procedimientos realizados, los cambios en su terapéutica, lo sucedido con el estado de salud de su recién nacido, necesitan que se les diga y se les pida autorización para las intervenciones y procedimientos por pequeños que parezcan. Frente a lo anterior, los participantes dijeron:

“...Allá me daban unas pastas amarillas, ni me acuerdo el nombre pero ellos a veces me decían que era...” P 1: E: 1 YI.

“...Pues no le digo que a mí allá abajo hasta me pusieron sangre y tampoco me dijeron nada, yo creo que sangré mucho por la preeclampsia esa...” P: 7 E: 1 YC.

“...La única que venía a hablar conmigo harto es la psicóloga y ella era la única que medio me explica cuando viene y me dice...” P 9: E: 1 YPC.

Al mismo tiempo que recibe información, esta mujer que se enfrenta a una enfermedad que en ocasiones le deja secuelas y permanece por algún tiempo, siente la necesidad imperiosa de recibir asesoría y entrenamiento por parte del personal de salud que le cuida; en este caso, reclaman la enseñanza de la

enfermera a la hora de saber qué pasos deben practicar para garantizar una adecuada recuperación. Educación que no se evidencia en el actuar de la enfermera de cuidado intensivo obstétrico:

“...Sería bueno que todo se lo contaran a uno pa’ saber qué tan grave está uno, y le digan qué tiene que hacer, qué comidas uno come porque ayer me dijo acá una señora que sin sal y la enfermera que normal, y yo pues ya ni sé...” (Risas). P 3: E: 1 AS

“...Más que todo, la que me ponía los medicamentos así es el jefe y también como quedé sufriendo de hemorroides me dieron una cremita y ella hasta me la aplica, me da pena pero ellas ya están acostumbradas, ya después me la seguía aplicando yo misma, hacía como podía con guantes, que ellas me pasaban allá, pero pues nunca me explicaron bien cómo era eso...”. P: 7 E: 1 YC

Del mismo modo, las mujeres que egresan a una hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos sienten una marcada ansiedad, debido al desconocimiento de la situación actual y del estado de salud y las circunstancias que se desarrollan en torno a su recién nacido; el hecho de enseñar de manera gráfica y explicativa la situación por la que atraviesan el neonato y la misma mujer podría afectar directamente esta ansiedad referida.

“...Yo siempre les preguntaba que por qué no podía llevar a mi bebé un ratito, pero me explicaban que podía coger una infección por las demás pacientes que están allá, pues yo entiendo que es un ambiente muy contaminado pero no sé, me parece exagerada...”. P 1: E: 2 YI

“...Pues allá solamente una enfermera cuando tenía las contracciones me decía que muy duro el parto, que ella tenía dos pero con cesárea, entonces así eso fue lo que conversamos, porque ellos no le hablan a uno mucho, solo los escucho a ellos conversar y caminar de un lado al otro y no más. Eso sí es importante, claro le baja a uno como el estrés todo el día sin hablar

con nadie y solo es maluco. ¡Aaahhh!, otra muchacha me estaba explicando rapidito cómo amamantar la bebé, aunque eso como para una primeriza porque eso ya yo sé entonces, pues sí ahí se fue rapidito...". **P: 7 E: 1 YC**

Cabe aclarar que en ocasiones las estrategias usadas por las enfermas para enseñar resultan no ser las indicadas y pueden generar temores sin fundamento y sin bases educativas y explicativas. Para estas mujeres resultan frases amenazantes y atemorizantes que pueden interferir con la estabilidad emocional.

"...Me dijo la jefe allá abajo: "ahora no crea que porque le van a dar la salida se le va quitar la preeclampsia o que el riesgo de la preeclampsia haya pasado o se le va a quitar de una vez; eso deja secuelas para toda la vida...".

P 10: E: 1 PE

Tabla 4-5. *En búsqueda de la comprensión*

Significados comunes	Interpretación
Necesidades	Información durante el proceso
	Relación en la hospitalización y enfermedad

Fuente: Tesis de Maestría en Enfermería, Cuidado de Enfermería en la gestante con preeclampsia en la UCI obstétrica.

Como se ha mencionado en este caminar investigativo, se hallaron dos temas adicionales, los cuales no están relacionados específicamente con los significados del trabajo; sin embargo, su entendimiento sirve de base para la comprensión de lo que viven las mujeres en la Unidad de Cuidados Intensivos, la complejidad de

sus situación y los mecanismos de defensas que tienen a la mano para superar la circunstancias negativas de su propia realidad.

4.3.5 TEMA 5. La Uci Gineco-Obstétrica, Un Lugar Indeseable

La experiencia de la gestante gravemente enferma que se encuentra hospitalizada en la unidad intensiva obstétrica se describe como una vivencia cargada de una gran cantidad y variedad sentimientos, pero estos sentimientos o emociones están bien definidas; ejemplo de ellos pueden ser: angustia, dolor, ansiedad, preocupación, vergüenza. Se resaltan las impresiones relacionadas con la vida y salud del neonato, la incertidumbre que genera el estar alejada de su recién nacido en circunstancias difíciles que les impide verlos por días o semanas. El sufrimiento producto del aislamiento, la propia enfermedad y sus secuelas.

Entre tanto, tras el ingreso a la UCI se adaptan respuestas de estas mujeres ante el nuevo contexto se encuentran enmarcadas, aspectos que encierran sus manifestaciones; las alteraciones a nivel sensorial, afectivo y de descanso, reconocer en el nuevo entorno el peligro real de morir, el desconocimiento de su enfermedad y de la situación que enfrentan, la terapia técnica necesariamente invasiva, agresora y dolorosa, la interrupción de la intimidad, privacidad y sueño, la pérdida de pudor femenino, constituyen los factores con respuestas de diverso tipo que merecen especial consideración y que hacen que la gestante se refiera a la UCI GO como un lugar negativo. Los significados comunes que hacen parte de este tema son: sentimientos desagradables.

Sentimientos desagradables

Para cualquier persona, el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos se convierte en un gran reto lleno de incertidumbre e incógnitas. En la mujer con preeclampsia, estos sentimiento se magnifican o se duplican por tratarse de una situación que le afecta a ella ya su recién nacido, se enfrenta a una situación de crisis vital y de pensamientos atemorizantes como lo es pensar en la posibilidad de muerte

inminente, la falta de control sobre la situación, el desconocimiento del rumbo y desenlace de su vida y la de su bebé, resistir momentos de espera de atención, de falta de información. “...*Yo dije tan raro que me dejen acá, pero ¿que significará eso de la UCI?...*” **P 4: E: 1 AS.** Esto hace que en ocasiones la duda y la incertidumbre predominen, convirtiendo la hospitalización en UCI una experiencia desagradable que hace que la mujer rechace la posibilidad de querer volver a estos lugares en caso de ser necesario. Al respecto, las mujeres mencionaron lo siguiente:

“...*Ojalá no tenga que volver por allá el encerramiento y la zozobra eso no es para mí...*” **P 3: E: 3 AS.**

“...*Pero todo el tiempo para mí fue en ascuas, yo imaginaba que nacía mi bebé y ya me daban salida y mira todavía no dicen nada, no sé qué va a pasar conmigo...*”

P: 6 E: 1 NS.

Sin duda, la situación que más incertidumbre les genera a estas mujeres está relacionada con no tener la certeza de que sus hijos estén bien. Ellas relataron lo siguiente:

“...*Mire que uno como mamá, lo más duro de pensar que uno se enferma es dejar a los hijos solos y más de este que está pequeñito y quién lo defiende y si tiene hambre quién le da de comer; eso sí es duro doctora...*” **P 2: E: 2**

YI

“...*Me preocupaba era la vida del niño, por lo que estaba muy pequeño y pues yo decía que no se sabe si viva o no...*” **P 5: E: 1 AA.**

De la misma forma, la experiencia de estar hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo crea una de las mayores crisis en la persona que pasa por este proceso. Este tipo de hospitalización genera en el individuo alteraciones psicológicas como ansiedad, angustia y estrés (84)

La mujer embarazada experimenta mayor sufrimiento y soledad al sentirse aislada, esa necesidad de acompañamiento se potencia aún más porque sus familiares se encuentran lejos, muchos de ellos en municipios aledaños y sus facultades económicas no les permiten permanecer en la ciudad. Además, no tienen acceso libre y continuo a la unidad, por lo que suele experimentar aislamiento familiar y social al ser trasladada a una ciudad ajena.

“... Yo me desesperaba por el encierro y uno sola, me ponía medio tranquila cuando estaba mi marido, pero él se fue y ya fue diferente, ya me sentía como más sola, lo único era el niño cuándo me lo llevaban...” **P 4: E: 1 AS.**

“...Es sentirse uno solo todo el tiempo con decirle que a mí cuando me iban a operar yo estaba sola, mis familiares lejos, no estaban, no había nadie pendiente...” **P 5: E: 1 AA.**

“...Uno no sabe si va a salir bien o está de muerte como es la UCI... (risas)” **P 2: E: 2 YI.**

Esta circunstancia permite que la mujer exprese la necesidad de mayor cercanía con el ser querido y reniegue de las restricciones y limitaciones propias de una UCI.

“...Esa vez que sí le dije que quería ver a mamá y no me la dejaron seguir, solo me entraron lo que ella me había traído; eso sí me pareció inhumano, como que yo decía pero qué les cuesta dejarla entrar, será que no se ponen en el lugar de uno allá solo...” **P 2: E: 1 YI**

El aislamiento del enfermero también tiene repercusiones para ambas y de forma indirecta influye también negativamente en el sistema, y en la forma en que la paciente percibe el cuidado dentro de la unidad intensiva.

“...Pero allá en la UCI nadie habla con uno, eso es en una habitación por allá atrás y uno solo, ahí acostado y la familia ni puede entrar...” **P 2: E: 1 YI.**

“...Pues claro ¿cómo más se siente uno por allá?... abandonado, solo, soledad (risas), uno ve gente pasar no más y nada...” **P 11: E: 1 MV.**

“...Yo me siento triste por estar separada de mis hijos. Yo estoy sola, mi mamá se fue a ver de mis hijas y mi esposo está trabajando, y pues los enfermeros, ellos tienen sus ocupaciones...” P: 7 E: 1 YC.

Claramente, uno de los principales temores de la gestante grave que se ve obligada a entrar a la UCI es la muerte.

“Cuando entré a la UCI y vi toda esa gente sentí nervios, claro esos aparatos me dan es nervios. Yo sentí que estaba era como en las últimas, o sea me da miedo de morir, eso es feo”. P 5: E: 1 AA

Seguramente, nadie desea entrar a una UCI pero enfrentar esa situación es mucho más complejo si se tiene en cuenta, que la mujer tiene en mente otro familiar enfermo, en este caso su hijo recién nacido, quien también puede atravesar por una hospitalización en UCI, frente a un nacimiento prematuro. Al respecto, las entrevistadas argumentaron los siguientes:

“... Hmmm, pues eso que uno está tan grave y qué tal se muera uno por allá lejos, uy no sería feo eso y yo más que con esas convulsiones que tuve...” P 3: E: 3 AS.

“...Uhh, eso es un susto Dios mío, uno piensa que uno se va a morir y que pues ya, y luego se pone a pensar que lo mismo le pase al bebé y Dios...” P 5: E: 1 AA.

“...Por eso yo vivía con miedo porque es que uno sabe mucho de eso, entonces que vengan y le digan que su bebe está mal, que está en tal parte, pues da un poquito de miedo porque uno allá no sabe lo que va pasar todo el tiempo es un miedo porque sí es algo que usted no sabe...” P 11: E: 1

MV

Ahora bien, el peligro para estas mujeres se ve reflejado en sus creencias previas de lo que significa el ingreso a una UCI; el sonido de las alarmas, los monitores y la falta de información, dicho contexto y la tecnología parecen para ellas un mundo sombrío, cuando es evidente la ausencia de una adecuada comunicación.

“...Cuando me dijeron que iba para la UCI, pues a uno le mencionan UCI y uno piensa, ¡uy lo más delicado!...” P 1: E: 1 YI.

“...Allá pues tienen hartos aparatos y eso se lo conectan allá a las máquinas para revisar bien la tensión, yo todos los aparatos al principio dan miedo...” P 3: E: 1 AS.

Poder vivir esta experiencia también permitió que las mujeres cambiaran sus percepciones preconcebidas de la Unidad de Cuidados Intensivos; sus temores o miedos se convirtieron en una experiencia enriquecedora en aquellos momentos donde se procuró por un verdadero vínculo entre la enfermera y la gestante.

“...Fue todo tan tranquilo, porque supuestamente uno entra a la UCI cuando ya se está muriendo, pues eso dice todo el mundo pero no mire que no allá se me pasó el miedo...” P: 7 E: 1 YC.

Además del impacto de una hospitalización forzada e imprevista que obliga a la mujer con preeclampsia a ingresar a una Unidad de Cuidados Intensivos, se evidenciaron factores que contribuyen a que dicha participante tenga experiencias desagradables en relación a su vivencia, como es el caso de encontrarse expuesta físicamente al cuidado masculino, dado que en esta área se cuenta con enfermeros de género masculino que ejecutan actividades y cuidado directo, en ocasiones estas mujeres tuvieron que asumir un rol de sumisión frente a las circunstancia de que un hombre les viera desnuda.

“...De todas maneras, yo no estoy acostumbrada a que un hombre me vea desnuda, pero eso es la ignorancia de uno, eso no es problema de ellos allá, soy yo, ¿sí me entiende?, yo soy muy penosa...” P 1: E: 2 YI.

“...Lo maluco es que lo veían a uno todos, a mí me daba pena, pero ellos me explicaban que era normal, que era por mi bien, ellos me decían que allá veían muchas mujeres, pero para uno es incómodo...” P 4: E: 1 AS.

“...Lo que sí no me gusta es que me incomoda que fueran hombres, pues uno con hombres pues, con hombres siempre es incómodo...” P: 6 E: 1 NS.

“...Allá adentro uno experimenta de todo, pena, miedo, susto, dolor ¡ay! No, imagínese la vergüenza que un hombre extraño lo vea a uno la vagina, lo bañe a uno, creo que se llamaba Diego...” P 9: E: 1 YPC.

Otras situaciones han sido relatadas como vergonzosa para ellas y se rememoran en la voz de las participantes al afirmar que cuando llegaba el momento de cambio de turno de la enfermera, eran expuestas a las miradas de muchas personas, lo que les generaba pudor y pérdida de su intimidad.

“Porque cada que pasaba de turno me revisaban y destapaban, y todos ahí viéndome, eso me da pena; pero a mí me pareció maluco que lo hagan así con todos ahí viéndome, es como si la vieran unos extraños, uy no, a mí no me gustó, lo que sentí yo fue vergüenza”. P 4: E: 1 AS

Por otro lado, la enfermera es percibida como una profesional con demasiada carga laboral y en cuanto la paciente necesitaba algo de atención preferían hacerlo por ellas mismas, pues tener que llamarles y hacer uso de su tiempo les generó vergüenza.

“...Por lo de las hemorroides, ellas me aplicaban una cremita, me da pena pero ellas ya están acostumbradas. Ya después yo me la seguía aplicando yo misma con guantes que ellas me pasaban allá...” P: 7 E: 1 YC.

“...Yo soy como tranquila, eso no me da tanta rabia y si no me dicen nada pues yo no pregunto, pa´ qué uno estar molestando, me da como pena, pero sí sería bueno que todo se lo contaran a uno pa´ saber qué tan grave está uno...” P 10: E: 1 PE

En cuanto a la atención especializada de las enfermedades del embarazo, las consideradas como graves y clasificadas como un riesgo obstétrico deben ingresar a las UCI; de preferencia que sean especializadas en el cuidado a la gestante. Dentro de estas unidades, la enfermera asume un rol importante y determinante, lo

que es un reto para el profesional, por la complejidad del cuidado de las mujeres que se encuentran hospitalizadas allí y sus hijos. Durante la estancia hospitalaria, la enfermera asiste las necesidades de cuidado causadas por la pérdida de independencia y autonomía secundarias a su condición de salud, y a los procedimientos internos. De igual forma, debe suplir necesidades básicas y vitales para garantizar la sobrevivencia y estabilidad de la mujer, sin dejar de lado todo su entorno social y familiar, incluyendo la vida de recién nacido; entendiendo que la preeclampsia afecta a la mujer y se muestra como un proceso colectivo.

En esta situación, la gravedad de la enfermedad se convierte en generador de impotencia, donde la mujer identifica que no puede participar activamente en su propio cuidado ni lograr el restablecimiento de la salud, también descubre que la situación no está en sus manos ni puede satisfacer sus más básicas necesidades, se encuentra en un callejón sin salida donde debe ser monitoreada por personas ajenas de quien prácticamente depende su vida. *“Prácticamente uno depende de lo que ellos hagan allá” P 11: E: 1 MV.* *“Queda uno como en otro mundo, dependiendo de todos hasta para hablar” P 9: E: 1 YPC.* Entre otros relatos, las pacientes también mencionaron:

“...Y ver que a uno lo bañan, o sea allá no lo dejan a uno para nada, a mí me da mucha tristeza estar así, depender de otra persona...” P 5: E: 1 AA.

“...Yo me sentía mal porque no podía hacer nada de mis cosas, ellos me bañaban en la cama, me daban la comida, y me sentía incómoda, los tres primeros días yo no podía hacer nada sola y eso si es triste, ahí es que hecha uno a pensar que pesar de la gente que le toca en cama como vegetal, eso hasta para hacer del cuerpo me tocaba avisar...” P 2: E: 2 YI

“...Pues a mí me parecía como feo depender de otra persona, ahí es cuando uno valora que uno a veces tiene la vida en las manos...” P 3: E: 1 AS.

Para el presente estudio también se reportó una mirada positiva frente al cuidado y la relación con el profesional de enfermería, puesto que al estar sujeto al tiempo

y disposición de otros durante la mayor parte de la estancia, sienten que se les trató bien y reflejan su agradecimiento. Las participantes apreciaron lo siguiente en este aspecto:

“...Bien, me trataron bien, los enfermeros me han ayudado mucho, a sentarme, a pararme, a vestirme, a todo; prácticamente, uno depende de ellos allá en la UCI, qué más se puede hacer...” P: 7 E: 1 YC.

Tabla 4-6. *La UCI GO, un lugar indeseable*

Significados comunes	Interpretación
Sentimientos desagradables	Incertidumbre
	Aislamiento
	Temores
	Vergüenza
	Dependiendo de otro

Fuente: Tesis de Maestría en Enfermería, Cuidado de Enfermería en la gestante con preeclampsia en la UCI obstétrica.

4.3.5 TEMA 6. Herramientas Que Favorecen La Adaptación

Aparte de todos las estrategias de soporte mencionados como la percepción de seguridad generada en la UCI, el talento y la atención de un equipo humano cualificado que está permanentemente al pendiente, el apoyo de la tecnología entre muchos otros, se evidencia el soporte espiritual que tiene la gestante con preeclampsia usado como instrumento positivo para enfrentar esta hospitalización.

Es de resaltar que la mujer reconoce como un soporte para amortiguar la situación, sus creencias individuales, religiosas y sus capacidades para adaptarse al cambio

durante la crisis que se está experimentando. El significado común que hace parte de este tema es: soportes.

Soportes

La gestante con preeclampsia se vale de dichas estrategias con el fin de sobrellevar este duro momento, expresado en el agradecimiento y en la esperanza de ayuda dada por un ser superior: Dios; así como en la fortaleza y la tranquilidad encontrada en la búsqueda individual, en las creencias religiosas expresadas con la fe nombrada por ellas mismas:

“...Así es, la voluntad de Dios es perfecta, lo tiene a uno pa´ bien...” P 1: E: 1 YI.

“...Todo esto, pues la verdad a mi si me da tristeza, a veces uno no entiende porque pasan las cosas así, todo esto que me pasa es duro, pero si Dios permitió todo eso, pues por algo será. Yo sé que mi bebé es un angelito, él lo tiene allá con él, yo pienso eso...” P 11: E: 1 PE.

Asimismo, la mujer con una grave enfermedad hospitalizada en UCI debe satisfacer sus necesidades espirituales y usar sus motivaciones y creencias como fuente de ayuda. Un aspecto dentro del área espiritual son las creencias religiosas donde gran parte de las pacientes se aferran a ellas, entregan su confianza, las cuales a su vez pueden facilitar la adaptación a la situación y a su enfermedad. La fe es un componente principal que hace fortalecer el espíritu de la paciente y le permite visualizar un día diferente y la solución a su problemas, al depositar sus cargas en manos de un ser superior a ellas, a los médicos y a las enfermeras, manifestando que con el poder de este Dios nada puede estar mal: *“La verdad que estar allá es muy duro pero yo dejo todo en manos de Dios, él me ha sacado de peores, por eso ya estoy más tranquila...” P 11: E: 1 MV.*

“Mire, yo le doy gracias a Dios desde que me levanto hasta que me acuesto, porque porque yo tengo un solo ovario, porque a mí me dio quiste y me

sacaron cuando yo no había tenido ni relaciones sexuales, cuando me descubrieron yo estaba en el Federico Lleras de Ibagué y me hicieron la patología y todo eso, y me dijeron que yo no iba a tener hijos magínese; y mire dónde voy y ya estoy bien gracias a Él que me da como sosiego en el alma, por eso es que he soportado tantas cosas en mi vida y estar acá también...” **P 8: E: 1 NC**

En lo que se refiere a la adaptación a un cambio de contexto y de roles por presencia de una enfermedad, las gestantes presentan diversas maneras de asumirlo, tales como aceptación, frustración, percepción de gravedad y riesgo vital en ella, su hijo y los cambios drásticos producidos por estar hospitalizada. En el proceso de adaptación algunas gestantes con preeclampsia muestran una capacidad superior para aceptar su enfermedad y las condiciones y lugares de cuidado.

Es de resaltar que el proceso de estar hospitalizado en una unidad intensiva no es nada fácil, sin embargo, algunas mujeres han desarrollado capacidades importantes para adaptarse y aceptar la situación, logrando que la circunstancia sea mucho más llevadera. Es el caso de algunas participantes que relatan lo siguiente:

“...Eso no es como estar uno en casa y saber que no tiene nada de eso, pero todo sea por el bien del bebé y el mío, pues me toca que acostumbrarme...” **P: 6 E: 1 NS.**

“...Pues ya cuando iban a revisarme un hombre, pues yo cerraba los ojos y ya. Me repetía varias veces que ya casi salgo de allá, que eso es normal y así... Pues se me iba pasando la idea, menos mal solo fue como una vez...”

P 1: E: 2 YI

En relación al entorno físico y al personal profesional de enfermería que allí laboran, manifiestan situaciones fuera de lo cotidiano, a las cuales tuvieron que adaptarse para tolerar más fácilmente la realidad.

“...Pues todo bien, hay una que está llena de tatuajes y uno piensa cuando la ve, le da como extraño una persona sería con todo eso, rayonazos pero no, normal, yo respeto eso. Claro que otra persona diría, esa jefe tuvo que haber sido loca o hasta meter vicio, la gente como juzga tanto eso dirían (risas), pero a mí al principio me sorprendió, ya hoy día me da igual...”. **P 8: E: 1 NC**

“... Un día normal me dormía bien, a veces las luces todo el tiempo prendido y el ruido de las máquinas no dejan descansar bien. Pero se acostumbra uno, ya después lo arrulla ese pitico...” **P: 6 E: 1 NS.**

Tabla 4-7. Herramientas para adaptarse

Significados comunes	Interpretación
Soportes	Fe
	Capacidad de adaptación

Fuente: Tesis de Maestría en Enfermería, Cuidado de Enfermería en la gestante con preeclampsia en la UCI obstétrica.

5. Discusión

La revisión de literatura permite evidenciar que se han hecho intentos por indagar sobre el fenómeno estudiado, se describen similitudes y discrepancias relacionadas con la población participante y el contexto donde se desarrolló la experiencia; es importante resaltar que los estudios encontrados corresponden en su mayoría a aquellos desarrollados por enfermeras con un enfoque desde lo fisiológico, con aportes de teorías propias y otras disciplinas.

En concordancia con lo anterior, Peplau y cols. Citado por De Chesnay (85) mencionaron que la relación paciente enfermero va más allá de una evaluación objetiva, teniendo en cuenta el compromiso moral por proteger a las personas enfermas y suplir sus necesidades más remotas, se debe aplicar en todo momento y lugar sin dejar de lado cualquier aspecto que pueda aumentar el riesgo de perder la confianza obtenida. En el caso de la gestante hospitalizada, se ha logrado establecer que compartir tiempo con la enfermera afianza el vínculo; al mismo tiempo, se reconocen como dos seres humanos que coinciden en un solo momento de la vida, donde surge el intercambio de saberes y emociones de humano a humano, encuentro de dos campos fenomenológicos con una oportunidad única de vivir una transición, dando paso a una experiencia humana rodeada de creencias, sentimientos y confianza permitiendo la expresión libre de los pensamientos y la tranquilidad necesaria para asumir un proceso de hospitalización. Watson (60)

Para Watson la enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales, es un arte cuando la enfermera es capaz de detectar y sentir el sufrimiento de otro, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma

semejante que la otra persona los experimenta “Una ocasión de cuidado es el momento, espacio y el tiempo en que la enfermera y otra persona viven juntos, de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. (102)

Se debe recalcar el hecho de que se genera confianza, así se evidenció gracias al conocimiento y experiencia de la enfermera, y por la capacidad para interpretar y comprender las necesidades de cuidado que tiene la gestante y brindarle su ayuda desde diferentes dimensiones. Al respecto, la autora de la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano afirmó en sus postulados que para que los cuidados sean auténticos es necesario que esta relación se desarrolle y se sostenga en una confianza mutua.

En tanto, los significados que construye la gestante con preeclampsia durante su hospitalización la UCI dependen de actitudes y experiencias que se comparten en una relación. Lograr un significado ha sido posibles gracias a compartir prácticas como la adecuada comunicación, dicha comunicación les permitió a las gestantes sentirse aceptada y aceptar, transmitir sus necesidades y temores a otro ser humano, esperando ser escuchada, recibir información e instrucciones. Lo que devela el comportamiento humano de la enfermera, quien también busca generar momentos de conversación, expresión y confianza durante el tiempo de hospitalización.

De acuerdo con ello, Aparecida y cols. (86) aseguraron que la comunicación es una de las herramientas básicas para sostener el proceso de "cuidar". Es un eslabón esencial del cuidado al aproximar los sujetos, proporcionando momentos de intercambio, de interés y de preocupación con el otro. Triana (82), entre sus resultados, consideró que la comunicación es un objetivo y parte fundamental de la relación entre la enfermera y su paciente, la forma de comunicación verbal y no verbal ofrece beneficios y mejoras en la práctica diaria y reveló que cuando las enfermeras se tomaron su tiempo para comunicarse con el paciente, se mejoró el proceso y los pacientes mostraron sentimientos de seguridad y bienestar.

En contraposición, algunas participantes del estudio argumentaron que existen dificultades en la comunicación no verbal, puesto que las enfermeras ejercen comunicados faciales deliberadamente, causando desagrado en ellas. Para ello, Ramírez y Müggenburg (87) establecieron que las enfermeras deben tener en cuenta las formas de comunicación no verbal, como postura, expresión facial, mirada y gestos, dado que estas de manera general se expresan involuntariamente y al perder el control de su comunicado se obtuvo una percepción negativa.

En relación a las percepciones negativas que identifica la gestante en la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos, se ha mencionado la usencia de la enfermera en algunos momentos cruciales para ellas asociada a la falta de tiempo, lo que propició sentimientos de invisibilidad, frente al actuar enfermero. Se concuerda con los resultados de Santana y cols. (88), donde los participantes afirmaron que los profesionales del equipo de enfermería de la UCI estaban muy ocupados en sus actividades diarias para perder tiempo conversando; allí se valoró la satisfacción del cuidado con pacientes cardiovasculares hospitalizados en una unidad general.

Tal como establecen los resultados de este estudio, el cuidado de enfermería en la UCI implica la realización de una serie de procedimientos y la administración de medicamentos que en asocio con la enfermedad, también pueden interferir en la significación del cuidado para la gestante con preeclampsia. El origen del dolor fue muy variado, dependió de las manifestaciones de la enfermedad y también fue infligido por los profesionales de enfermería en la práctica del cuidado, durante la realización de procedimientos, la utilización de elementos invasivos con propósitos diagnósticos y terapéuticos, la administración de ciertos medicamentos, la dificultad para dormir y la poca colaboración de los enfermeros durante la noche para el descanso. Esto permitió ver a la enfermera como una persona negativa que produce sufrimientos y en ocasiones se cuestionó la falta de preparación profesional.

Los anteriores resultados se asemejan a los de Beltrán (47), donde los pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos relataron su experiencia de cuidado como

negativa debido a las alteraciones, la incomodidad por presencia de elementos invasivos, imposibilidad para dormir, limitación del movimiento y los procedimientos del personal de salud. Todo lo anterior tiene relación con el dolor y el sufrimiento infligido por los enfermeros durante la realización de procedimientos y prácticas de cuidado.

Del mismo modo, Moreno-Monsiváis y cols. (89) concluyeron que la satisfacción de la madre está directamente asociada con las necesidades de su hijo, algunos de los factores que dichos investigadores mencionan como aspectos relevantes; son; la disminución del dolor, la información y vinculación de la familia en la evolución de los hijos hospitalizados. Estos resultados corroboran los del presente estudio, donde la gestante manifiesta tranquilidad y mayor bienestar al recibir información de la situación de su recién nacido, por el contrario cada vez que esta información fue negada o inoportuna la mujer sufrió angustia y ansiedad, lo que originó la percepción de falta de interés de los enfermeros y por ende un significado de cuidado negativo.

En el mismo sentido, según Madjar (90) Beltrán-Salazar (91): afirman que algunos participantes de su estudio piensan que “el dolor infligido debe ser soportado y los pacientes deben cooperar y guardar compostura para no interferir en el trabajo del equipo de enfermería” (p. 25). En ese sentido, el estudio reveló que los enfermeros en la UCI GO son vistos como inflexibles y fueron percibidos como seres de sensibilidad lejana, pues pese al dolor que puedan ocasionar, insisten en llevar a cabo los procedimientos; lo que conduce a la gestante a pensar que debe soportar dicho dolor sin refutar o rehusarse.

Sin embargo, hay otros factores en la relación con la enfermera que han permitido que algunas mujeres opinen diferentes, puesto que el cuidado que imparten requiere actitudes empáticas sustentadas en sentimiento de comprensión entre dos personas, lo que les permite interactuar mediante acciones individuales con un objetivo común, tal como lo sugieren los resultados de esta investigación donde se evidencia la presencia transpersonal de cuidado, al permitir la expresión de

sentimientos y el fomento a de la espiritualidad, ir más allá de lo físico y evidente e involucrase en aspectos del alma misma con actitudes humanistas ha impulsado el crecimiento espiritual y emocional en la gestante que debe atravesar una situación compleja de salud. Así lo plantearon Hofhuis y Spronk citado por Ramírez y Müggenburg (87), quienes basados en los resultados afirmaron que cuando las enfermeras se tomaron su tiempo para comunicarse con el paciente, y permitieron la expresión de sentimientos, emociones y temores, se mejoró el proceso y los pacientes refieren sentimientos de seguridad y bienestar.

Igualmente, los resultados del estudio infieren que la gestante con preeclampsia es motivada a emplear otras acciones dirigidas al fomento de la fe, reconocen en la enfermera de cuidados intensivos obstétricos esa fuente que aviva su espiritualidad y que les orienta a buscar calma emocional. Del mismo modo lo sostuvieron Plakas y cols. (92), revelando que las creencias individuales y religiosas amortiguan y alivian la crisis de la situación para así sentir esperanza; la enfermera fue quien se encargó de brindar el soporte espiritual, favoreciendo en los pacientes confort espiritual y mayores satisfacciones durante la estancia.

Estos aportes contrastan muy bien cuando se toman el relato desde la experiencia del profesional de enfermera, quien asegura que esta práctica es muy usual y que además de fortalecer y dar tranquilidad a los pacientes, a ellas también les ayuda a ejecutar sus funciones más seguras, encomendándose a un ser supremo. Así quedó descrito en la investigación de Báez-Hernández y cols. (69), en la cual indicaron que la/el enfermera(o), antes de realizar sus actividades, se relacionan con representaciones místico-religiosas, que le dan mayor seguridad durante su trabajo y afirman que le rezan y piden a Dios antes de entrar al servicio, a la vez que se lo transmiten a sus pacientes.

Otro aspecto que menciona la gestante con preeclampsia en la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos, en relación a lo que significó ser cuidada por las enfermeras, es el hecho de trascender de lo biológico e ir más allá de lo que se esperaba. Ser ahí con y ser ahí para esa persona que sufre permitió a la gestante

con preeclampsia expresarse, al tiempo que ella misma le escuchó activamente en sus momentos de angustia, lo que generó en ellas disminución de la ansiedad y mayor tranquilidad con relación a la etapa que atravesaron.

Dichas acciones guardan varias similitudes con la teoría Kristen Swanson citado por Wojnar y Swanson (15), debido a que los sentimientos de ser cuidadas manifestados por las gestantes con preeclampsia se relacionan con los conceptos propuestos por la teórica; las gestantes requieren y demandan una presencia auténtica que las reconozca como personas vulnerables que necesitan ser atendidas “ser ahí para ellas”.

También se sienten cuidadas cuando la enfermera las acompaña, las guía y les da apoyo tanto físico como emocional, cuando las complicaciones de la preeclampsia les impidieron moverse o valerse por sí mismas y dependían completamente de las profesionales de enfermería, vivenciaron el cuidado como una acción terapéutica de enfermería “el hacer por”. Al permitirle a las gestantes expresar sus dudas, temores y sentimientos sin miedo a ser juzgadas, se les brinda apoyo y además se les permite participar en lo que ha de venir y decidir sobre su propio cuerpo y las alternativas que existen para ella, lo reconocen como cuidado y respeto “posibilitar”; la enfermera es esa persona que les escucha, les ayuda a expresar y a decidir.

Cabe señalar que el acompañamiento es la base fundamental del cuidado y es la enfermera quien lo propicia y lo construye con un sentido de responsabilidad y respeto; esto es lo que ha podido experimentar la gestante con preeclampsia, quien pudo construir su realidad de la mano de alguien. Estas participantes mezclaron sus sentimientos de soledad y lejanía generados por la hospitalización inesperada en UCI GO, con la compañía de la enfermera, donde ambas pudieron vivir un intercambio honesto de sentimientos. Algunas situaciones que significaron compañía para estas mujeres en UCI GO fueron: la información rutinaria de su estado de salud, la visita periódica a su cama, las charlas de otros temas, la información del estado de salud de su recién nacido y tenerlos cerca al despertar. Similar a estos resultados, Suárez (93) planteó: las gestantes que asisten a un

curso prenatal reconocen la presencia de la enfermera gracias al seguimiento y preocupación por la asistencia rutinaria, la aplicación de los ejercicios físicos, la enseñanza de prácticas correctas y la atención individualizada (p. 100).

Por su parte, Morse y cols. Citados por Suárez (93) piensan que la enfermera debe ser capaz de reconocer las necesidades de cada persona y en esas falencias debe estar centrado su quehacer por ello afirmaron lo siguiente: “La enfermera debe detectar y satisfacer las carencias manifiestas del paciente” (p. 95). Pero además debe ser la encargada de formar un carácter autónomo en estos que contribuya de forma positiva en la resolución de sus problemas a través del fortalecimiento de herramientas de autocuidado.

Así mismo, este estudio reveló que existen en las gestantes con preeclampsia necesidades que la enfermera ha dejado a un lado, una de ellas es la enseñanza y educación, afirman que en el tiempo de hospitalización no se les enseñó sobre sus cuidados a futuro y que desconocen muchos factores que podrían complicar su salud. Un concepto similar arrojó el estudio de Vasconcelos y cols. (94), quien argumentó: que las enfermeras deberían poner mayor énfasis en la dimensión de educar a las embarazadas con riesgo alto quienes necesitan estrategias de prevención y cuidado que solo la educación pueden asegurar ya que el cuidado ofertado por la enfermera es completo y comprende capacidades más allá de la asistencia.

Como protagonistas del proceso del embarazo y del nacimiento dado que estas manifestaron vacíos a la hora de hablar de su enfermedad y las instrucciones que se les han brindado.

Los resultados arrojados por la presente investigación señalan cómo las gestantes con preeclampsia vivieron la experiencia de estar hospitalizadas en la Unidad de Cuidado Intensivos Obstétricos y las implicaciones que el entorno puede tener frente al significado construido. Dichas participantes percibieron la unidad como un

lugar atemorizante, indeseable, en el cual surgen sentimientos negativos como incertidumbre, aislamiento, dependencia, temor; sentimientos que en ocasiones fueron mitigados por el actuar de la enfermera. Estos aspectos también fueron considerados por los participantes del estudio de Mendoza y cols. (95), Beltrán (47), quienes aseveraron que para ellos surgen aspectos decisivos que marcaron la diferencia entre una experiencia positiva o una negativa de su estancia en UCI, estos aspectos son: la atención otorgada por el personal de enfermería, el acompañamiento, la seguridad inspirada y la información.

Otra coincidencia la ofrecieron Brevis y Silva (96) al afirmar que los participantes de su estudio aseguraron que la UCI “un lugar caótico y agresivo”, “lo máximo en tecnología” y la percibían como un lugar que les genera ansiedad, tanto con el paciente como con la familia; por lo tanto, manifestaron tener un alto nivel de incertidumbre frente a la enfermedad y demás situaciones.

Finalmente, teniendo en cuenta la visión de integración recíproca que mencionó Watson, la relación enfermera- gestante permite profundizar en todo lo que compete a su mundo, las vivencias y transformaciones durante la hospitalización en una unidad intensiva, obteniendo resultados que posiblemente ayuden a realizar cambios en el actuar como profesionales y a fortalecer aquello que hace identificarse como personas de cuidado.

6. Conclusiones

- Los postulados fenomenológicos propuestos por Watson y en la filosofía heideggeriana se cumplen en dos momentos importantes: “ser ahí con”, “estar ahí para “. quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora, pues permite alcanzar conexiones más profundas durante la intensión de la curación del paciente, de eso se trata ser ahí para alguien y acompañarle a la resolución de sus problemas desde todos las aristas imaginables.
- Las gestantes con preeclampsia que se encuentra en la UCI GO identifican el cuidado que brinda la enfermera y lo ven como un aspecto fundamental durante su estancia en UCI. De igual modo, reconocen que la enfermera es una aliada dentro de la unidad, aunque en ocasiones tenga falencias reconocidas por estas mismas.
- Entre los significados que pudo construir la gestante del cuidado que la enfermera brinda dentro de la UCI, se encuentra que ellas se sienten bien cuidadas porque el personal profesional está bien preparado y cuenta con toda la tecnología necesaria para su cuidado, dispositivos especiales que se ponen a su servicio, generándoles tranquilidad durante su hospitalización en la unidad intensiva.
- Por la compañía durante los momentos de soledad y la compasión mostrada por varias de ellas en momentos específicos mientras permanecían aisladas de su mundo cotidiano, se crea un vínculo de escucha activa, donde la enfermera se preocupa por el estado emocional de las pacientes.
- También se encuentran acepciones negativas relacionadas con el cumplimiento de las reglas dentro de la UCI, las enfermeras cumplían

regímenes específicos sin ceder frente a algunas solicitudes de las gestantes, motivo por el cual el cuidado se consideró rígido e inflexible en ocasiones.

- La gestante tiene necesidades que no han sido satisfechas por la enfermera, como ser informadas y recibir capacitación y educación, lo que genera en ellas aumento de temores e incertidumbre.
- Los sentimientos que produce el ingreso a la Unidad de Cuidado Intensivo Obstétrico son muy similares a los de las unidades intensivas generales, no obstante, se da un valor agregado al sufrimiento, dolor e incertidumbre, dado que se trata de enfrentar la propia enfermedad, la posibilidad de perder a su hijo.
- El profesional de enfermería debe darle valor al conocimiento propio de su disciplina, asumiendo espacios propios del ejercicio profesional, como lo es el manejo de la obstétrica grave, por lo que debe solicitar espacios académicos para profundizar en esta área del conocimiento clínico. Es decir fomentar la formación profesional desde la academia a títulos de postgrado, toda vez que este estudio demostró que ningún profesional cuenta con formación especializada y que la gestante en la unidad intensiva si relaciona el conocimiento técnico y profesional con un cuidado acertado dentro de la unidad.
- A pesar no aplicarse en la presente investigación, se evidencia, secundario al análisis, una alta aplicabilidad de la teoría de enfermería del cuidado humano de Jean Watson (Factores Cuidativos vs. Proceso Caritas) en la Unidad de Cuidados Intensivos, de modo que facilite la creación del vínculo enfermera-gestante con preeclampsia.
- Las pacientes aprecian a los profesionales que combinan su competencia técnica con la amabilidad característica humana e identifican su relación con el éxito del tratamiento integral , a la vez que sienten desconfianza de los enfermeros que no demuestran una adecuada preparación teórico –técnica.
- Las mujeres con nivel económico uno , y con educación básica, son más positivas a la hora de describir el cuidado que reciben, tienden a ignorar los

errores de los profesionales o aceptar con sumisión las situaciones dentro de la uci obstétrica.

-

7.Recomendaciones

1. Teniendo en cuenta los significados del cuidado de las gestantes, se evidencia que la enfermera que está en la UCI GO debe tener una preparación específica. Es necesario que los profesionales de enfermería se interesen por realizar especializaciones en el área del cuidado intensivo obstétrico, dado que existen condiciones que así lo exigen, proponer la creación de currículos académicos que oferten dicha especialización.
2. Se debe trabajar con empatía, es efectivo trabajar con afecto y calidez, esto favorecerá actitudes humanistas, impulsará el crecimiento emocional y espiritual, permitirá tener un sentido para la vida; este sentimiento trascenderá en el tiempo y brindará la oportunidad de incorporarse a valores superiores y permitirá el pronto egreso de la UCI GO.
3. Es fundamental un compromiso institucional con el aumento de personal profesional por turno en la UCI GO, que ofrezca a las gestantes una atención de calidad, facilitando la logística y entendiendo la condición de vulnerabilidad y las posibles complicaciones que puede tener esta mujer, quien requiere de cuidados oportunos pues una de las razones de obtener aspectos negativos en el estudio por parte de la gestante es la evidencia de falta de tiempo para brindar un acompañamiento constante y cuidado oportuno.
4. Se debe concienciar a las áreas administrativas del HUN Hernando Moncaleano Perdomo y coordinación de la Unida Intensiva Obstétrica sobre el análisis de la posibilidad de humanizar la unidad, permitir un horario de visitas extendida para estas mujeres que en su mayoría se encuentran consientes y con sentimientos de soledad, por no poder ver a su familia en un lapso prolongado.

5. Es prioritario continuar realizando investigaciones en torno al cuidado en la Unidad Intensiva Obstétrica, retomando la perspectiva de la enfermera, y que se pueda contrastar los resultados obtenidos en este estudio, para seguir estructurando el conocimiento propio de enfermería y fortalecer la disciplina.
6. Se hace necesario crear una ruta institucional que permita que a la mujer que ha sido desembarazada saber de su recién nacido de manera oportuna y clara, esto con el fin de disminuir ansiedad y favorecer su recuperación.
7. Se recomienda que la enfermera refuerce las formas de comunicación en la unidad intensiva, reconociendo la susceptibilidad propia de la gestación y puerperio inmediato. Esto debido a que las participantes señalan aspectos desagradables en las expresiones no verbales de algunas enfermeras.
8. Debido a los fuertes cambios emocionales y las manifestaciones de tristeza profunda experimentadas por algunas participantes. Se recomienda a la institución la posibilidad y la pertinencia de vincular una enfermera de enlace que destaque sus actividades frente al contexto psicológico y mental de la participante afectada por situaciones abruptas en la UCI, que pueda hacer seguimiento estricto a su estado emocional aun fuera de la institución.
9. El cuidado transpersonal descrito por algunas participantes no es generalizable, puesto que señala a algunos profesionales en particular, dejando de lado a otro tanto. Dicha situación está estrechamente relacionada con la personalidad y las características individuales que ofrece cada profesional dentro de la UCI Obstétrica.

8. Referencias

1. Zanconato G., Cavaliere E., Iacovella C., Vassanelli A., Schweiger V., Cipriani S., y cols. Severe maternal morbidity in a tertiary care centre of northern Italy: a 5-year review. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012; 25(7): 1025-1028.
2. Zanette E., Parpinelli MA., Surita FG., Costa ML., Haddad SM., Sousa MH., y cols. Maternal near miss and death among women with severe hypertensive disorders: a Brazilian multicenter surveillance study. *Reprod Health.* 2014; 11(1): 1-11
3. Instituto Nacional de Salud. Informe final del evento mortalidad materna, Colombia 2014. Proceso Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública [Internet]; 2014 [consultado el 20 de noviembre 2014]. Recuperado a partir de: [http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/SubdireccionVigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiologico/Mortalidad%20matern %202014.pdf](http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/SubdireccionVigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiologico/Mortalidad%20matern%202014.pdf)
4. Lafaurie M., Castañeda K., Castro D., Laverde S., Balaguera L., López C., y cols. Vivencias de gestantes con embarazo de alto riesgo. 2011; *Revista Colombiana de Enfermería*; 6(6):15-28.
5. Noguera N. Significados que las gestantes hospitalizadas atribuyen al hecho de tener preclampsia. [Tesis para optar al título Magíster en enfermería en Internet]. [Bogotá, D.C.]: Universidad Nacional de Colombia; 2012. Recuperado a partir de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/9805/1/5539702.2012.pdf>
6. Buitrago-Gutiérrez G., Castro-Sanguino A., Cifuentes-Borrero R., Ospino-Guzmán M., Arévalo-Rodríguez I., Gómez-Sánchez P., y cols. Guía de

- Práctica Clínica para el abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo. *Rev. Colomb Obstet Ginecol.* 2013; 64(3): 289-326.
7. Ramírez C., Parra M. Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Av. enferm.* 2011; 29(1): 97-108.
 8. Saavedra D. Comportamientos de cuidado del profesional de enfermería que percibe la gestante en trabajo de parto y parto en la clinica palermo [Trabajo para optar al título Magíster en enfermería en Internet]. [Bogotá, D.C.]: Universidad Nacional de Colombia; 2013. Recuperado a partir de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11168/1/deisylorenasaavedrainfante.2013.pdf>
 9. González M. Satisfacción del cuidado de enfermería que tienen las gestantes hospitalizadas por pre eclampsia. [Tesis para optar al título Magíster en enfermería en Internet]. [Bogotá, D.C.]: Universidad Nacional de Colombia; 2014. Recuperado a partir de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/40150/1/539794.2014.pdf>
 10. González J. Quintero D. Percepción del cuidado humanizado de pacientes que ingresa al servicio de hospitalización de urgencias ginecoobstetricias de una institución de III nivel. [Tesis para optar al título Magíster en enfermería en Internet]. [Medellín]: Pontificia Universidad Javeriana; 2010: Recuperado a partir de: https://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis_05.pdf
 11. Laza V., Pulido A. Cuando la preeclampsia irrumpe inesperadamente en el embarazo: dolor, miedo y fe en Dios. *Index de Enfermería.* 2012; 21(4): 234-238.
 12. Vecino-Ortiz A. Determinants of demand for antenatal care in Colombia. *Health Policy.* 2008; 86(2-3): 363-372.
 13. Cruzado M., Fuentes L., Cabeza M., Rivera J., Pérez A., Crespo P. Análisis cualitativo de la percepción de los pacientes con relación a los cuidados

- enfermeros en el Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz. Estudio de satisfacción. Biblioteca Las casas. 2007; 3(3): 34-67.
14. Vélez C., Vanegas J. El cuidado en enfermería, perspectiva fenomenológica. Rev. Hacia la promoción de la salud. 2011; 16(2): 175-189.
 15. Wojnar D., Swanson K. Phenomenology: an exploration. J Holist Nurse. 2007; 25(3): 172-185.
 16. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de la situación de salud (ASIS) Colombia 2017. [Internet] Bogotá, D.C.: Dirección de Epidemiología y Demografía; 2018 [consultado el 16 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/asis-nacional-2017.pdf>.
 17. Academia Nacional de Medicina de Colombia. Mortalidad materna en Colombia 2013 [Internet]. Bogotá, D.C: Academia Nacional de Medicina [Consultado el 7 de Mayo de 2015]. Recuperado a partir de: <http://anmdecolombia.net/index.php/52-de-la-literatura/327-mortalidad-materna-en-colombia>
 18. Reyes-Armas I., Villar A. Morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, 2007-2009. Rev. peru. ginecol. obstet. 2012; 58(4): 273-284.
 19. Shen F., Liu M., Zhang X., Yang W., Chen YG. Factors associated with maternal near-miss morbidity and mortality in Kowloon Hospital, Suzhou, China. Int J Gynaecol Obstet. 2013; 123(1): 64-67.
 20. Castro P., Meza A. Análisis de caso preeclampsia severa en gestante atendida en el Hospital General Teófilo Dávila durante el período enero del 2017. [Trabajo de titulación en Internet]. [Machala]: Universidad Técnica de Machala; 2018: Recuperado a partir de: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/12311/1/CASTRO%20ALAREZO%20PATRICIA%20ELIZABETH.pdf>

21. Nápoles D. Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. MEDSAN. 2016; 20(4): 517-531.
22. Gómez J., Zuleta J., Campuzano G., Cantillo J. Disfunción hepática en preeclampsia: asociación con niveles elevados de Gamaglutamiltransferasa. Rev. Colomb Obstet Ginecol. 2002; 53(2): 171-177.
23. AbouZahr C., Wardlaw, T. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. Ginebra: WHO; 2000. 39p.
24. Weindling AM. La investigación confidencial sobre la salud de la Madre y el Niño (CEMACH). Arco Dis Child. 2015; 88: 1034-1037.
25. Instituto Nacional de Salud Pública. Informe del evento morbilidad materna extrema, hasta el periodo epidemiológico 06, Colombia, 2017. Bogotá, D.C.: Instituto Nacional de Salud Pública; 2017.
26. Porth C. Fisiopatología salud-enfermedad un enfoque conceptual. 7a edición. México, D.F.: Editorial Médica Panamericana; 2007. 523 p.
27. Organización Mundial de la Salud. Informe de las Naciones Unidas América Latina y el Caribe. Ginebra: OMS; 2014.
28. Martínez J, Pereira- Peñate M. Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia) 2015, Rev Salud Uninorte. 2016; 32(3): 452-460
29. Martínez J. Informe Anual UCI GO. Neiva: Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo; 2016.
30. Lozano A., Olaya S. La importancia en Colombia de la Medicina Crítica en Obstetricia; más allá de las palabras; Acta Colomb Cuid Intensivo. 2012; 12(4):199-201.
31. Malvino E., Marchese C., Rotela M., Ríos N., Curone M. Cuidados intensivos en el embarazo y el puerperio. Obstet Ginecol Latinoamericana. 2002; 60(3): 138-147.
32. Pinedo A., Orderique L. Complicaciones materno perinatales de la preeclampsia – eclampsia [Internet]. Gineco y Obstet. 2001; 47(1). Recuperado a partir de:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_47n1/complicaciones_mater.htm

33. Cunill M., Sanabria J.; González, A. Dosis bajas de aspirina en preeclampsia leve [Internet]. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1997; 23(1). [Consultado abril de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol23_197/gin08197.htm
34. Costa da Silva M. Interação entre a equipe de enfermagem ea gestante com diagnóstico de pré-eclampsia. [Tesis para optar al título Magíster en Atención de Salud en Internet]. [Natal]: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008. Recuperado a partir de: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/14640/1/MariadeLourdesCS.pdf>
35. Ferreira E., Pereira M., Magalhaes R. Percepções de enfermeiros e gestantes sobre a assistência pré-natal: uma análise á luz de king [Internet]. Rev Cubana Enfermer. 2003; 19(3): 1-8.
36. Guzmán, M. (2013). Percepción del cuidado de enfermería en un servicio de atención prenatal. Montería 2013. [Tesis para optar al título Magíster en enfermería en Internet]. [Bogotá, D.C.]: Universidad Nacional de Colombia; 2013. Recuperado a partir de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/43080/1/51555566-2013.pdf>
37. Gonçalves E., Oliveira E., Carvalho A., Costa R., Oliveira E. Perception of women on the care in the childbirth: contributions to Nursing. Act Scientiarum. 2013; 35(2): 195-200.
38. Álvarez, L. Espitia, S. Percepción del cuidado de enfermería en gestantes diagnosticadas con preeclampsia en una institución de cuarto nivel. [Tesis para optar al título Magíster en enfermería]. [Bogotá, D.C.]: Pontificia Universidad Javeriana; 2012. Recuperado a partir de: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/13740/AlvarezLopezJohana2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

39. Castilla M, Castrillo C, Zapata M. Conocimiento y práctica del personal de enfermería sobre síndrome hipertensivo gestacional, en el servicio de ginecoobstetricia, hospital Asunción Juigalpa, enero - junio 2014. [Tesis para optar al título Magíster en Enfermería Clínica Avanzada]. [Juigalpa, Chontales]: Universidad Politécnica de Nicaragua; 2004. Recuperado a partir de: <https://17936336414459053140.googlegroups.com/attach/d5a6f5be2482bc34/tesis%20sobre%20cuidados%20de%20enfermeria%20con%20paciente%20con%20sindrome%20de%20hellp.pdf>Y
40. Pérez M., Prieto O., Barrera C., Benavides M., Bernal L., Franco D., y cols. Preeclampsia leve: cuidados en casa. *Repert. Med Cir.* 2009; 18(4): 218-222.
41. Learson P. Instrumento para valoración del cuidado. *CAREQ.* 1986; 9(2): 16.
42. Díaz, E., Mendoza, E. Percepción que tienen las puérperas en relación con el cuidado brindado por el personal de enfermería durante la atención del parto en una institución de cuarto nivel durante el primer semestre del año 2013. [Tesis para optar al título Magíster en enfermería]. [Bogotá, D.C.]: Pontificia Universidad Javeriana; 2013. Recuperado a partir de: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/13773/MendozaFrancoErikaPaola2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
43. Leichtentritt RD, Blumenthal N, Elyassi A, Rotmensch S, Shapell B. Embarazo de alto riesgo y hospitalización: las voces de las mujeres. *High-risk pregnancy and hospitalization: The women's voices. Health Soc Work.* 2005; 30(1): 39-47.
44. Cantillo E. Percepción de Enfermería de Los comportamientos de cuidado en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal del Distrito de Barranquilla. [Tesis para optar al título Magíster en enfermería]. [Bogotá, D.C.]: Universidad Nacional de Colombia; 2015. Recuperado a partir de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/51270/1/32752241.2015.pdf>
45. Ariza C. Satisfacción del cuidado de enfermería en el paciente cardiaco. *Medware.* 2004; 4(3): 6-10.
46. Zambrano G. Ferreira J., Lindarte A., Niño C., Ramírez N., Rojas L. Entre la incertidumbre y la esperanza: percepciones y motivaciones de los pacientes

- hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). *Rev Cienc y Cuid*, 2016; 7(1): 52-60.
47. Beltrán O. Significado de la experiencia de estar críticamente enfermo y hospitalizado en UCI. [Tesis para optar al título Magíster en enfermería]. [Medellín]: Universidad de Antioquia; 2007. Recuperado a partir de: http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/153/1/AriasMaria_2007_SignificadoExperienciaCriticamenteEnfermo.pdf
48. Rojas-Suárez J., González M., Monsalve G., Escobar-Vidarte M., Vasco-Ramírez M. Consenso colombiano para la definición de los criterios de ingreso a unidades de cuidados intensivos en la paciente embarazada críticamente enferma. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2014; 65(1): 47-74.
49. Molina L., Informe del seguimiento de los procesos de vigilancia en salud pública de maternidad segura periodo epidemiológico 13 de 2017. Huila: Gobernación del Huila. Secretaría de Salud Departamental; 2017.
50. Herruzo A. Situación actual de la mortalidad maternal e infantil. Evolución del modelo español, Madrid – España [Internet]; 2008. [Consultado el agosto 02 de 2017]. Recuperado a partir de: <http://www.aecid.es/vita/docs/ftp/ponencia-alfonsoherruzo.pdf>
51. Moreno C. Análisis de situación de salud Colombia 2013 [Internet]. Bogotá, D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014. Recuperado a partir de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/ASIS%2024022014.pdf>
52. Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer. Bogotá, D.C.: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); 2014. 321 p.
53. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Objetivos de desarrollo sostenible 2030-2015. Igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas [Internet]; 2015. [Consultado en junio de 2009]. Recuperado a partir de: http://www.unfpa.org.co/?page_id=779

-
54. Laza C., Pulido G., Castiblanco R.. Peligro, muerte y secuelas: percepción de la preeclampsia severa por quienes la han vivido. *Enferm Glob.* 2014; 12(34): 481-492.
55. Parrado Y., Caro C. Significado un conocimiento para la práctica de enfermería. *Av. Enferm.* 2008; 26(2): 116-125.
56. Romero-García M., De la Cueva-Ariza L., Delgado-Hito P., Acosta-Mejuto B., Sola-Ribo M., Juandó-Pratsa, C, y cols. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enferm Intens.* 2013; 24(2): 49-94.
57. Durán M. Marco epistemológico de la enfermería. *Rev Aquichan.* 2002; 2(1): 7-18.
58. Martins P, Silva D. Tipología de cuidados de enfermagem segundo clientes hospitalizados: encontro das dimensões técnico-científica e expressiva. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010; 31(1): 143-150.
59. Mota M., Petters V., De Oliveira Z., Da Silva J., Regis M. Encuentro de padres, bebés y profesionales de Salud: oportunidad para la mujer y la familia para narrar lo vivido durante el proceso de nacimiento. *Enferm Glob.* 2006; 5(2): 1-13.
60. Watson J. *Nursing the philosophy and science of caring.* Boulder: University Press of Colorado; 2008. 336 p.
61. Rocha P., Do Prado M., De Gasperi P., Sebold L., Waterkemper R., Bettina M. El cuidado y la enfermería. *Av enfer.* 2009; 27(1): 102-109.
62. Aparecida M. Significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. *Rev Electrô Enferm.* 2008; 8(1): 9-16.
63. Hernández-Betancur AM, Vásquez-Truis ML. El cuidado de enfermería comprometido: motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal. *Rev Univ. Salud.* 2015; 17(1): 80-96.
64. Chaparro L. Trascender en un "vínculo especial" de cuidado: el paso de lo evidente a lo intangible. [Tesis doctoral en enfermería en Internet]. [Bogotá, D.C.]: Universidad Nacional de Colombia; 2009. Recuperado a partir de: <http://bdigital.unal.edu.co/8498/1/539191.2009.pdf>

65. Beltrán L., Benavides P., López J., Onatra W. Estados hipertensivos en el embarazo: revisión. *Rev. U.D.C.A Act. & Div. Cient.* 2014; 17(2): 311-323.
66. Águila S., Álvarez M., Breto A., Carbonell I., Delgado J., Díaz J., y cols. Morbilidad materna extremadamente grave por trastornos hipertensivos durante el embarazo. Cuba: Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología. INHEM; 2012. 210 p.
67. Bernal J., Somoza J., de la Torre A., Palanca I., Paniagua J. Unidad de cuidados intensivos estandares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y de Política Social; 2010. 133 p.
68. Strauss C, Quinn N. *A Cognitive Theory of Cultural Meaning*. Cambridge: Cambridge University Press; 1997. 336 p.
69. Báez-Hernández F., Nava-Navarro V., Ramos-Cedeño L., Medina-López O., El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan*. 2009; 9(2): 127-134.
70. Castillo E. La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. *Invest. Educ. Enferm.* 2000; 18(1): 27-35.
71. Mendieta-Izquierdo G., Ramírez-Rodríguez JC., Fuerte JA. La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: una propuesta metodológica para la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2015; 33(3): 435-443
72. Diekelmann N., Allen D., Tanner C.. *The NLN criteria for appraisal of baccalaureate programs: a critical hermeneutic analysis*. Nueva York: National League for Nursing; 1989.
73. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada. Versión en español*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002. 354 p.
74. Polit D, Hungler B. *Investigación científica en ciencias de la salud*. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2000. 725 p.
75. Bautista N. *Proceso de la investigación cualitativa. Epistemología, metodología y aplicaciones*. Bogotá, D.C.: Manual Moderno; 2011. 232 p.

76. Creswell J. *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Approaches*. Nebraska: Sage Publications, Inc.; 2007. 395 p.
77. Valles M. *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional* [Internet]; 1999. Recuperado a partir de: <http://www.scribd.com/doc/7362846/Miguel-Valles-Tecnicas-Cualitativas-de-Investigacion-Social>
78. Chiovitti RF., Piran N. Rigour and grounded theory research. *J Adv Nurs*. 2003; 44(4): 427-435.
79. Ministerio de la Protección Social. Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; 1993.
80. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). *Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos* [en línea]. Recuperado a partir de: <https://cioms.ch/shop/product/pautas-eticas-internacionales-para-la-investigacion-biomedica-en-seres-humanos/>
81. Universidad Nacional de Colombia. Consejo Académico. Acuerdo 035 del 3 de diciembre de 2003. Por el cual se expide el Reglamento sobre Propiedad Intelectual en la Universidad Nacional de Colombia; 2003.
82. Triana M. Efecto del vínculo empático enfermera-paciente sobre el nivel de ansiedad del paciente adulto en la unidad de cuidado intensivo, [Tesis para optar al doctorado en enfermería en Internet]. [Bogotá, D.C.]: Universidad Nacional de Colombia; 2016. Recuperado a partir de: <http://bdigital.unal.edu.co/55992/1/51798649.2017.pdf>
83. Beltrán-Salazar Ó. La práctica de enfermería en cuidado intensivo. *Aquichan*. 2008; 8(1): 50-63.
84. Stayt LC. Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *J Clin Nurs*. 2009; 18(9): 1267-1275.

85. De Chesnay M. *Caring for the Vulnerable: Perspectives in Nursing Theory, Practice, and research*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers; 2005. 473 p.
86. Aparecida M, Dorneles GD, Lorenzini A. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(5): 552-557.
87. Ramírez P., Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enferm Univer*. 2015; 12(3):134-143.
88. Santana J., De Camargo A., Minamisava R., Queiroz B., Gomes M. Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22(3): 454-560.
89. Moreno-Monsiváis M., Interrial-Guzmán M., Saucedo-Flores P., Vázquez-Arreola L., López-España J. Satisfacción de las madres con la atención a sus hijos hospitalizados. *Aquichan*. 2011; 11(1): 40-47.
90. Madjar I. Infligir y manejar el dolor. Un desafío para enfermería. *Invest Educ Enferm*. 2010; 18(1): 37-47.
91. Beltrán-Salazar Ó. La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan*. 2009; 9(1): 23-37.
92. Plakas S., Cant B., Taket A. The experiences of families of critically ill patients in Greece: A social constructionist grounded theory study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2009; 25(1): 10-20.
93. Suárez D. Percepción del cuidado de enfermería de las gestantes que asisten al curso de maternidad y paternidad un proyecto de vida. [Tesis para optar al título Magíster en enfermería]. [Bogotá, D.C.]: Universidad Nacional de Colombia; 2014. Recuperado a partir de: <http://bdigital.unal.edu.co/49633/2/TESIS%20FINAL%20DANIEL%20SUAREZ.pdf>
94. Vasconcelos A, De Oliveira M, Vasconcelos M, Azevedo A, Oliveira B. Perspectivas de los cuidados de enfermería en el embarazo de alto riesgo: revisión integradora. *Enferm Glob*. 2017; 1(2): 500-514.

-
95. Mendoza-Rocha S, Torres-Briones M, Urbina-Aguilar B. Percepción sobre la atención de enfermería en una unidad de cuidados intensivos. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2015; 23(3):149-156.
96. Brevis L, Silva P. Creencias, Sentimientos e Incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI. *Rev Chiln Med Intensiv.* 2011; 26(1): 27-34.
97. Levinas E. Totalidad e infinito. Madrid: Editorial Sígueme; 1995. pp. 120-121.
98. Swanson K. Empirical development of a middle range theory of caring. *Burs Res.* 1991 May-Jun; 40(3): 161-6.
99. Marriner, Tomey, Modelos y teorías de Enfermería. Edición 2. Editorial Elsevier Mosby, Barcelona: España. 2011 pp. 71 – 90
100. Guzmán Y et al. Manejo expectante en preeclampsia no severa, resultados obstétricos y perinatales en un hospital de alta complejidad, Neiva, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, [S.I.], v. 69, n. 3, p. 160-168, sep. 2018. ISSN 2463-0225. Disponible en: <<https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3075/3297>>. Fecha de acceso: 22 mar. 2019.
101. Vandijck D, Labeau S, Geerinckx C, De Puydt E, Bolders A, Claes B, et al., Executive Board of the Flemish Society for Critical Care Nurses, Ghent and Edegem, Belgium. An evaluation of family-centered care services and organization of visiting policies in Belgian intensive care units: A multicenter survey. *Heart Lung.* 2014; 39:137-46.
102. Watson Jean. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [Internet]. Disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson (Consultado el 28 de febrero 2019)

9. Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Maestría en enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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 tiene alguna duda, pregunte de inmediato a quien le esté asesorando.

Título de la investigación: **SIGNIFICADO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA GESTANTE CON PREECLAMPSIA EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO OBSTÉTRICO** que está siendo liderado por la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá, a través de la Estudiante de Maestría con énfasis en salud materno-perinatal, Alicia escobar Bermúdez; la cual se encuentra asesorada por Docente Martha Patricia Bejarano. El estudio se realizará inicialmente en el hospital HUN y posterior al alta si se requiere se realizará en su domicilio. Durante el estudio se le realizarán algunas entrevistas, las cuales serán grabadas en un casete de audio.

El momento para la entrevista será 24 horas después de su egreso de la unidad intensiva, cuando se encuentre en el servicio de hospitalización, si es su voluntad que se realice en otro momento, así será contemplado.

El objetivo de la investigación es comprender los significados que las gestantes con preeclampsia le atribuyen al cuidado dado por la enfermera dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital Universitario de Neiva, con el fin de poder interpretar sus verdaderos sentimientos y ajustar un cuidado de enfermería congruente con lo identificado en la investigación.

Una vez finalizada la investigación la cual se realizará en un tiempo aproximado de 4 a 6 meses, los resultados serán presentados y discutidos con usted antes de compartirlo a la sociedad científica y al público en general, dichos resultados se socializaran en eventos y revistas científicas y en ningún momento aparecerá sus nombres, ni datos personales, en su lugar se asignará códigos de identificación.

Esta investigación fortalecerá y mejorará el cuidado de enfermería que se brinda a la gestante con diagnóstico de preeclampsia que tiene que verse obligadas a ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos, participar en la investigación es una decisión libre, no le implica riesgo alguno para su salud ni para la salud de su bebé por nacer, puesto que solo se tratará realizar una entrevista de tiempo aproximado a 1 hora, donde se exponga su opinión de manera espontánea, si en el diálogo usted tuviera sentimientos de tristeza, ansiedad o rabia al evocar los recuerdos de los momentos vividos, se podrá interrumpir la entrevista en el momento en que lo desee o tomar la decisión de no continuar con su participación en el proyecto, sin que esto tuviera ningún tipo de represalias o pérdida de beneficios. Se hará acompañamiento y se contactará el servicio de psicología para su debido manejo.

Contactos: si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede comunicarse con Alicia Escobar Bermúdez Celular 310 5610737. O Martha Patricia Bejarano, tutor de tesis, a 321 2199611.

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.

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

Para mayor información sobre la revisión y aval ético de este proyecto contactar a Alba Idaly Muñoz Sánchez, presidente del Comité de ética de la Facultad de Enfermería-Universidad Nacional de Colombia al correo electrónico: ugi_febog@unal.edu.co.

Firma y número de identificación del entrevistado

o

Huella

Nombre y firma del investigador:

ALICIA ESCOBAR BERMÚDEZ: estudiante de Maestría en Enfermería.
Universidad Nacional de Colombia.


Anexo 2. Formato de caracterización de las pacientes con preeclampsia

1. Edad ____ Años
2. Nivel de escolaridad
 - Primaria: ____
 - Bachillerato: ____
 - Técnico: ____
 - Profesional: ____
 - Ninguno: ____
3. Estado civil
 - Soltera: ____
 - Casada: ____
 - Unión libre: ____
 - Separada : ____
4. Estrato socioeconómico
1____ 2____ 3____ 4____
5. Procedencia: _____
6. Número de embarazos____ Número de hijos____
7. Ocupación actual : _____

Anexo 3. Guía de la entrevista

1. ¿Se acuerda de lo que paso en ese momento que enfermo y la hospitalizaron?
2. ¿Me puede decir qué le parecía ese lugar donde la hospitalizaron (UCI G-O)?
3. ¿Cómo se sintió allí?
4. ¿Recuerda quién la atendía a usted cuando estuvo en UCI?
5. ¿Quién más estaba allí pendiente de usted?
6. ¿Cuénteme cómo fue su experiencia con los cuidados que le dieron las enfermeras en UCI G-O?
7. ¿Qué clase de actividades le hacían sentir cuidada?
8. ¿Qué ocurrió después de toda esa situación?

Anexo 4. Permiso de la institución para la realización de la investigación



HOSPITAL
UNIVERSITARIO
HERNANDO MONCALEANO PERDOMO
ESE Salud de Ejez



**COMITÉ DE ÉTICA BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA**

ACTA DE APROBACIÓN.

ACTA DE APROBACIÓN N°: 010-005

Fecha en que fue sometido a consideración del comité: 26 de Septiembre del 2017.

Nombre completo del Proyecto: "SIGNIFICADO DEL CUIDADO DE ENFERMERIA EN LA GESTANTE CON PREECLAMPSIA EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO OBSTETRICO "

Enmienda Revisada: Ninguna.

Sometido por: Investigadora Alicia Escobar Bermúdez.

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo constituyó mediante la Resolución N° 875 del 24 de octubre de 2013 el comité de Ética Bioética e Investigación de cumplimiento a la Resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2008, actos administrativos expedido por el Ministerio de la Protección Social, lo mismo que para obedecer lo dispuesto por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.

El Comité de Ética Bioética e Investigación Certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto.
 - a. Resumen del proyecto
 - b. Protocolo de Investigación
 - c. Formato de Consentimiento Informado
 - d. Protocolo de Evento Adverso
 - e. Formato de recolección de datos
 - f. Folleto del Investigador (si aplica)
 - g. Resultado de evaluación por otros comités (si aplica)
 - h. Acuerdo de Confidencialidad para Investigadores
2. El comité consideró que el presente estudio: es válido desde el punto de vista ético, la investigación se considera de riesgo mayor al mínimo para las personas que participan. La investigación se ajusta a los estándares de buenas prácticas clínicas.
3. El comité considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos del estudio son las adecuadas.

¡Corazón para servir!
Calle 9 No. 15-25 PBX: 871 5607 FAX: 871 4415 – 871 4440 Call center: 8671425
Correo Institucional: hospital.universitario@huhmp.gov.co
Facebook: ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Twitter: @HUNeiva
www.hospitaluniversitarioneiva.com.co
Neiva - Huila



4. El comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
5. El investigador Principal deberá:
 - a. Informar cualquier cambio que se proponga introducir en el proyecto, estos cambios no podrán ejecutarse sin la aprobación previa del comité de ética bioética e investigación de la Institución excepto cuando sea necesario que comprometa la vida del participante del estudio.
 - b. Avisar cualquier situación imprevista que considere que implica riesgo para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio.
 - c. Poner en conocimiento al Comité de toda información nueva, importante respecto al estudio, que pueda afectar la relación riesgo / beneficio de los sujetos participantes.
 - d. Informar de la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando las causas o razones.
 - e. El investigador se compromete una vez terminado su proyecto en hacer una retroalimentación en el servicio donde realizó la investigación para presentar los resultados del estudio.
 - f. El informe final de la investigación se debe hacer entrega al comité en un plazo máximo de un mes después de terminada la investigación.
 - g. Si el tiempo para el desarrollo del proyecto es más de un año debe presentar un informe anual del proyecto.
 - h. El Investigador se compromete con hacer entrega de un artículo publicado en una revista indexada, refiriendo al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo como entidad participante y patrocinadora de la investigación.
 - i. Si este proyecto avalado va participar en evento académico, informar de manera escrita al Comité de Ética Bioética e Investigación del Hospital UHMP.

Entiendo y acepto las condiciones anteriormente mencionadas por el Comité de Ética.

Nombre Investigadora: Alicia Escobar Bermúdez.


Dra. ANGELA MARIA SALCEDO RESTREPO
Presidente Comité de Ética Bioética e Investigación

Anexo 5. Carta Aval Comité de Ética Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia

Dirección de Extensión e Investigación
Facultad de Enfermería
Sede Bogotá



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Bogotá, 12 de octubre de 2017

[AVAL-056 -17]

Profesora
VIRGINIA INES SOTO LESMES
Directora
Posgrados Área Curricular de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Respetada profesora, reciba un cordial saludo:

De manera atenta me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería en sesión del 9 de octubre de 2017 - Acta 15 - se permite dar aval desde los aspectos éticos al proyecto de investigación del programa de Maestría en Enfermería, titulado "Significado del cuidado de enfermería en la gestante con precompnia en la unidad de cuidados intensivos" Estudiante: Alicia Escobar Bermúdez. Realizando los ajustes enviados en el formato anexo.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo.

Cordialmente,

ALBA IDALY MUÑOZ SÁNCHEZ
Presidenta Comité de Ética¹
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

² Delegada por la Decana

Copie: Alicia Escobar Bermúdez - Estudiante de Maestría
Martha Patricia Solizano Ferrado - Docente



Página 1 de 1 |

Comité de Ética
Carrera 30 No. 45-01
Edificio 218 Oficina 402
3155000 Ext. 17089-17026-17021-17058
Bogotá D.C., Colombia
aep_fideleg@unal.edu.co

**Putrimonio
de todos
los colombianos**

