

LA SALUD DE LA MUJER

EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD, POBREZA Y DESIGUALDAD SOCIAL EN CÓRDOBA, COLOMBIA

Compiladores
Nydia Nina Valencia Jiménez • Jorge Eliecer Ortega Montes

FONDO EDITORIAL

LA SALUD DE LA MUJER EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD, POBREZA Y DESIGUALDAD SOCIAL EN CÓRDOBA, COLOMBIA

ISBN: 978-958-5104-43-3

Compiladores:
Nydia Nina Valencia Jiménez
Jorge Eliecer Ortega Montes

Autores:
Concepción Amador Ahumada
Marlene Beatriz Baena Nieto
Alba Inés Barrios Villalobos
Javier Bula Romero
Irina Maudith Campos Casarrubia
Sarita De Arco Montiel
Indira María Chamorro Parra
Mónica Hanna Lavalle
Tania Marcela Díaz Soto
Ana Milena González Fernández
Ladys Lucía López Laudeth
Jalber Fabián Martínez Martínez
Elsy Cecilia Puello Alcocer
Jorge Eliecer Ortega Montes
Dominga María Quintero Calderón
Luz Dary Ripoll García
Sixta Carolina Ruiz Doria
Mara Sofía Ruíz Díaz
Nydia Nina Valencia Jiménez

Diseño y Diagramación:
Carolina Palacio Ruiz

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
Grupos de Investigación
Huellas Calidad de Vida. Facultad de Ciencias de la Salud
Desarrollo, Educación y Salud [Grupdes]. Facultad de Educación y Ciencias Humanas
2022

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS 9

PRESENTACIÓN 10

INTRODUCCIÓN 12

CAPÍTULO 1: FACTORES SOCIALES Y EMBARAZO ADOLESCENTE EN UNA POBLACIÓN DESPLAZADA DE MONTERÍA, CÓRDOBA, COLOMBIA 25

- INTRODUCCIÓN 26
- OBJETIVO 31
- BASES TEÓRICAS 31
- MATERIALES Y MÉTODOS 39
- RESULTADOS 42
- DISCUSIÓN 53
- CONCLUSIONES 54
- REFERENCIAS 56

CAPÍTULO 2: EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA: EFECTO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD 63

- INTRODUCCIÓN 64
- MATERIALES Y MÉTODOS 73
- RESULTADOS Y ANÁLISIS 80
- DISCUSIÓN 98
- CONCLUSIONES 102
- REFERENCIAS 104

CAPÍTULO 3: CREENCIAS EN SALUD ORAL DE UN GRUPO DE GESTANTES DE MONTERÍA, DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA, COLOMBIA 112

- INTRODUCCIÓN 113
- OBJETIVO 115

BASES TEÓRICAS 116
RUTA METODOLÓGICA 124
RESULTADOS Y DISCUSIÓN 127
CONCLUSIONES 145
REFERENCIAS 147

CAPÍTULO 4: TUVE QUE VIVIR UN VERDADERO VIACRUCIS PARA PODER RESIGNIFICAR MI FUTURO REPRODUCTIVO 156
INTRODUCCIÓN 157
OBJETIVO 159
RUTA METODOLÓGICA 159
RESULTADOS 165
DISCUSIÓN 173
CONCLUSIONES 179
REFERENCIAS 181

CAPÍTULO 5: LA CONFIGURACIÓN SOCIAL DE LA SÍFILIS CONSTRUIDA POR GESTANTES DE MONTERÍA, DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA, COLOMBIA 190
INTRODUCCIÓN 191
OBJETIVO 194
BASES TEÓRICAS 194
RUTA METODOLÓGICA 202
RESULTADOS 206
DISCUSIÓN 212
CONCLUSIONES 217
REFERENCIAS 217

CAPÍTULO 6: TRAZOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA SÍFILIS GESTACIONAL EN CÓRDOBA 224
INTRODUCCIÓN 225
MATERIAL Y MÉTODO 228
RESULTADOS 230
CONCLUSIONES 235
REFERENCIAS 236

CAPÍTULO 7: LAS VOCES DE LAS MUJERES QUE LOGRAN SALIR DEL CICLO DE LA VIOLENCIA DE PAREJA ÍNTIMA **240**

INTRODUCCIÓN **241**
BASES TEÓRICAS **244**
RUTA METODOLÓGICA **247**
DISCUSIÓN **264**
CONCLUSIÓN **269**
REFERENCIAS **269**

CAPÍTULO 8: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y PERCEPCIONES DE CALIDAD DE VIDA DE MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA EN EL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA EN EL PERIODO 2013-2017 **275**

INTRODUCCIÓN **276**
OBJETIVO **279**
BASES TEÓRICAS **279**
MATERIALES Y MÉTODOS **286**
RESULTADOS Y ANÁLISIS **289**
DISCUSIÓN **301**
CONCLUSIONES **304**
REFERENCIAS **306**

CAPÍTULO 9: FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES QUE HAN PADECIDO CÁNCER DE MAMA **311**

INTRODUCCIÓN **312**
BASES TEÓRICAS **316**
MATERIALES Y MÉTODOS **323**
RESULTADOS **328**
DISCUSIÓN **333**
CONCLUSIONES **334**
REFERENCIAS **335**

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes en condición de desplazamiento **43**

Tabla 2 Tipo de disfuncionalidad **45**

Tabla 3 Tipo de Abuso en las adolescentes desplazadas **45**

Tabla 4 Factores que indujeron al embarazo adolescente **46**

Tabla 5 Educación sexual y reproductiva **49**

Tabla 6 Resultados de las pruebas de hipótesis y OR: Factores identificados **51**

Tabla 7 Evolución histórica de la concepción de la maternidad **65**

Tabla 8 Características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas en San Antero, Córdoba **81**

Tabla 9 Clasificación de los determinantes sociales del embarazo estructurales en adolescentes de San Antero **86**

Tabla 10 Clasificación de los determinantes sociales intermedios del embarazo adolescente **96**

Tabla 11 Espacios vitales que marcaron la experiencia vivida de un grupo de mujeres sobrevivientes a una preeclampsia severa **166**

Tabla 12 Estrategias de afrontamiento según el rol actitudinal asumido por las pacientes de cáncer de mama **291**

Tabla 13 Distribución de las estrategias de afrontamiento según estilo de afrontamiento **291**

Tabla 14 Estrategias de afrontamiento según categorías cognitivo, afectivo y conductual **292**

Tabla 15 Correlación entre estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo y la percepción de calidad de vida de tener bienes **294**

Tabla 16 Correlación entre estrategias de afrontamiento de tipo afectivo y la percepción de calidad de vida de tener bienes **295**

Tabla 17 Correlación entre estrategias de afrontamiento de tipo conductual y la percepción de calidad de vida de Tener bienes **296**

Tabla 18 Correlación entre estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo y la percepción de calidad de vida de ser-estar **298**

Tabla 19 Correlación entre estrategias de afrontamiento de tipo afectivo y la percepción de calidad de vida de Ser-Estar **299**

Tabla 20 Correlación entre estrategias de afrontamiento de tipo conductual y la percepción de calidad de vida de Ser-Estar **300**

Tabla 21 Niveles de efectividad familiar **326**

Tabla 22 Dimensiones de la funcionalidad familiar **326**

Tabla 23 Metas de la funcionalidad familiar **327**

Tabla 24 Clasificación niveles de efectividad familiar **327**

Tabla 25 Caracterización sociodemográfica de las mujeres con cáncer de mama **329**

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Factores de importancia en el embarazo adolescente **50**

Gráfico 2. Determinantes intermedios. Condiciones biológicas: edades de la menarquia y primera relación sexual **93**

Gráfico 3. Aplicación del Modelo de Creencias en Salud **120**

Gráfico 4. Aplicación del modelo de creencias en salud a la predicción de los comportamientos preventivos en salud de acuerdo a Becker y Maiman por parte de las mujeres gestantes **123**

Gráfico 5. Significados otorgados por las participantes de estudio a la experiencia de sobrevivir a una preeclampsia severa **173**

Gráfico 6. Actitudes, sentimientos, pensamientos de la gestante luego del diagnóstico de SG **207**

Gráfico 7 . Nivel de efectividad de la funcionalidad familiar **332**

AGRADECIMIENTOS

A todas las mujeres que contaron sus historias nuestra admiración, respeto y gratitud. Cada palabra y sentimiento expresado sirvió para evidenciar una parte de la difícil situación del Departamento de Córdoba, para exteriorizar lo complejo que es vivir en la pobreza, en condición de desplazamiento, de analfabetismo, sufrir maltrato físico y psicológico de la pareja, enfermedades, rechazo y carecer de oportunidades para salir adelante; escenarios complejos colmados de inequidad social y económica que permean y afectan la salud física, psicológica y el desarrollo de la mujer.

Agradecemos a las mujeres que participaron en esta exploración investigativa la oportunidad de conocer y comprender sus realidades, desde las distintas circunstancias y situaciones que viven y experimentan; lo cual además de aportar conocimiento a la comunidad científica desde diferentes enfoques y ámbitos de la salud pública, permite valorarlas y construir desde la academia rutas reflexivas para actuar en beneficio de la salud integral de la mujer.

Los autores también expresan su agradecimiento a la Universidad de Córdoba por permitir los espacios y tiempos que hicieron posible el desarrollo de estas investigaciones. Al igual que al cuerpo de profesores de la Maestría en Salud Pública y del Programa de Enfermería por su contribución en los procesos de mejoramiento de la calidad de la investigación como un componente esencial de la formación integral de los estudiantes matriculados en estos programas.

PRESENTACIÓN

El libro **La salud de la mujer en condiciones de vulnerabilidad, pobreza y desigualdad social en Córdoba, Colombia**, es fruto del trabajo realizado en el marco de las líneas de investigación de la Maestría en Salud Pública y del Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, bajo el liderazgo y la coordinación de los Grupos de Investigación Huellas Calidad de Vida (Facultad de Ciencias de la Salud) y Desarrollo, Educación y Salud (Facultad de Educación y Ciencias Humanas) de la Universidad de Córdoba. Estos colectivos, mancomunadamente emprenden proyectos investigativos con la participación de los docentes y estudiantes, en cumplimiento de los principios formativos y los objetivos de aprendizaje del programa, con el fin de estimular la continuidad de las disertaciones en los posgrados de maestría.

El esfuerzo, busca contribuir a definir y orientar el mejoramiento de la calidad de vida de la población, al generar información e identificar problemas de salud que sirvan de insumo para la formulación de políticas públicas, planes y programas dirigidos a mitigar los efectos de las enfermedades prevalentes en la región. En ese sentido, la publicación de los resultados investigativos se considera una parte esencial, y complementaria, de la actividad científica y formativa al evidenciar los factores sociales vinculados a dichas enfermedades, barreras y/o debilidades de carácter individual o grupal que inciden en el estado de salud de las personas, familias y comunidades.

De esta manera, los maestrandos en Salud Pública y los estudiantes de Enfermería de la Universidad de Córdoba, Colombia, culminan sus estudios con criterios de pertinencia social y diversidad, aportando nuevos conocimientos a la comunidad científica, académica y a la sociedad en general desde diferentes

enfoques y ámbitos de la salud pública, en especial desde la salud de la mujer como en el presente caso. En virtud de ello, se dan a conocer los resultados de algunas investigaciones relacionadas con la salud de la mujer en condiciones de vulnerabilidad, pobreza y desigualdad que obtuvieron valoraciones significativas en los procesos de revisión y evaluación de jurados.

INTRODUCCIÓN

El hecho de analizar la salud de la mujer en una región con altos índices de pobreza, desigualdad social e inequidad, como el Departamento de Córdoba (1,2), obliga a determinar no solo la concepción que se asume frente a la vida, los padecimientos y su relación con las condiciones de existencia o el entorno social, económico y político, sino, también, la forma en que los hombres y mujeres entienden, sienten y reaccionan ante su propio proceso de salud-enfermedad. En otras palabras, se trata de comprender las distintas realidades de cada persona; de forma tal que puedan ser valoradas con una mirada de alteridad, desde las circunstancias y situaciones que vive y experimenta el otro.

En ese sentido, dentro del marco de estas investigaciones se considera que la salud no consiste únicamente en la ausencia de enfermedad o la aplicación de un tratamiento que depende exclusivamente de la intervención biológica del paciente a partir de los principios clínicos, sino que, a la vez, es un problema dentro del ámbito de estudio de las ciencias sociales y políticas. Esto, debido a la diversidad y complejidad de sus dimensiones que, para el presente caso, se podrían reconocer desde dos perspectivas metodológicas: por un lado (visión de contexto), y, por el otro, el énfasis en las percepciones y valoraciones de las personas en torno a su propia vida, es decir, al significado que atribuyen al diagnóstico de salud, enfermedad, tratamiento y sufrimiento (visión interpretativa).

En consecuencia, una gran mayoría de los escritos seleccionados se concibieron bajo el enfoque de contexto o de los determinantes sociales de la salud, los cuales permiten explicar ciertas inequidades en la calidad de vida de diferentes lugares. Otro grupo de investigaciones abordan el tema de las creencias

en salud oral en gestantes y enfermedades de transmisión sexual, fundamentándose en el análisis interpretativo de las distintas maneras de comunicación y valoración que los pacientes otorgan a las enfermedades. En este punto, la idea es ofrecer elementos para la consolidación de los programas de promoción y mantenimiento de la salud de la mujer.

Leer la realidad de la salud de la mujer desde estas dos perspectivas permite observar el estado de salud, la condición material de vida en relación al entorno económico, social, cultural y político, y describir la forma en que las mujeres perciben su propio bienestar. En ese orden de ideas, se supone que la pobreza en sí misma, además de ser un obstáculo para el acceso a la salud como un derecho humano fundamental, es, también, causa y efecto del disfrute de otros derechos humanos individuales y colectivos, tanto de hombres como de las mujeres.

Sin embargo, en contraste con los primeros, las mujeres llevan la peor parte, viéndose en desventajas para acceder en igualdad de oportunidades a un trabajo digno, recursos, ingresos, vivienda, educación y otros, condiciones que al mismo tiempo se convierten en barreras para un servicio de salud oportuno y de calidad. Igualmente, a ello se suma el conjunto de restricciones morales, comportamentales y psicológicas que, en algunos casos, son sometidas por su pareja, principalmente en asuntos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Pese a los esfuerzos en los últimos años (3,4) por combatir los altos índices de pobreza, desigualdad social y de género en materia de salud, mediante la formulación y ejecución de políticas, planes y programas sociales con diversidad de enfoques y ámbitos territoriales realizados por los organismos internacionales y gobiernos de los diferentes países del mundo, en particular de América

Latina, aún es notorio el triple papel que las mujeres cumplen en la familia y la sociedad. Además, es evidente el abandono en que se mantienen por parte del Estado en lo que respecta al cuidado de la salud.

Pese al escenario negativo en que habita la mujer, en la actualidad se empiezan a evidenciar nuevas formas de relaciones y valoraciones que configuran expresiones familiares subyacentes no solo en los planteamientos biológicos y legales, sino que involucran, desde el hacer, aspectos de la vida cotidiana, emociones, interacciones y discursos incluyentes en los que la mujer se destaca por su actitud emprendedora. Ello, en la búsqueda de un mejor posicionamiento social en el que sea posible desplazarse del lugar tradicional que desempeña en calidad de figura protectora o cuidadora por excelencia y de soporte emocional del hogar, a un ámbito de autonomía que potencie sus capacidades humanas.

En ese contexto surge la necesidad y el interés por indagar sobre el vínculo entre la salud y la mujer en escenarios de vulnerabilidad, pobrezas y desigualdad en el Departamento de Córdoba, Colombia. El propósito principal es hallar rutas interpretativas y analíticas que posibiliten el mejoramiento de su actuación, especialmente en aquel grupo de mujeres que hacen parte de una población social vulnerable y víctima de varias clases de violencia.

Por ello, con el abordaje vincular de esta línea de investigación se espera que los distintos centros, institutos y grupos académicos del país, igual las facultades de ciencias de la salud de las instituciones de educación superior, se motiven a investigar estos problemas y se preocupen por la formación de un talento humano con capacidad de reconocer los riesgos y desventajas de la mujer en la perspectiva de eliminar las diferencias evitables e innecesarias entre género y grupos poblacionales, acogiendo para ello las orientaciones

de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Según la entidad, existe una necesidad de incorporar en las políticas públicas los principios de equidad de género, empoderamiento y transdisciplinariedad en el abordaje del vínculo salud y mujer (5).

Por otra parte, para aproximarse a los escritos que componen el libro, el primer estudio, *Factores sociales en el embarazo adolescente en población desplazada de Montería, Córdoba (Colombia),* se desarrolló en el año 2016 y se trazó el objetivo de analizar los factores sociales en los casos de embarazo en adolescentes desplazadas que habitan el Barrio Villa Melisa de Montería. Para ello, las autoras plantearon un diseño metodológico descriptivo transversal que contó con la participación de 30 menores de edad a quienes se les aplicó una encuesta y el cuestionario APGAR para medir la funcionalidad familiar.

A partir de los resultados obtenidos, las investigadoras lograron transitar por realidades complejas cargadas de riesgos excesivos para la salud de la mujer adolescente. Por ejemplo, la presencia de factores socioeconómico precarios, ambiente físico de la vivienda y espacios comunales deficientes, comunicación poco asertiva entre los miembros de la familia, baja escolaridad, dependencia económica e inicio temprano de las relaciones sexuales sin apropiación de métodos anticonceptivos.

El camino para el abordaje analítico acerca del embarazo adolescente condujo a la identificación del factor familiar como uno de los dispositivos de mayor potencia para generar la gestación, seguidos de la edad de la menarca y la baja escolaridad. Al mismo tiempo se evidenció que la mujer adolescente que vive en condición de desplazamiento no solo fue víctima de la violencia en sus lugares de orígenes, sino que este flagelo la persigue mientras aporta elementos para la construcción de sus nuevas realidades que se mueven en un círculo

de dominio, maltrato y escasas oportunidades para construir una nueva vida.

Durante el año 2019, se registró otro estudio en la línea del embarazo adolescente. En esta oportunidad, las autoras centraron su interés en establecer la incidencia de los determinantes sociales de la salud en las gestantes juveniles. Para ello, proponen un enfoque descriptivo transversal cuantitativo mediante el cual se abordaron 155 madres adolescentes del Municipio de San Antero, Córdoba, Colombia, quienes respondieron una encuesta estructurada.

Entre los resultados se encontró que los determinantes sociales estructurales de mayor peso correspondieron a vivir en estrato uno, ser amas de casa, afrodescendientes y con déficit en el acceso de servicios públicos. Los del nivel intermedio comprendieron inicio de la vida sexual voluntaria, desconocimiento de redes de apoyo, poca preocupación en la participación de programas de salud sexual y reproductiva y algunas creencias vinculadas a los imaginarios afrodescendientes.

El trabajo social y académico constituye un principio en la lectura de esta problemática en comunidades afrodescendientes. Además, muestra cómo es vivir en una zona turística con acceso frecuente de foráneos que, desde la perspectiva de los investigadores, es un motor de búsqueda de las conexiones posibles entre el embarazo adolescentes y las condiciones sociales en las que se desarrolla la población.

Otro asunto medular en esta compilación tiene que ver con el tema de las creencias en salud oral en gestantes de una comuna de la ciudad de Montería (Córdoba, Colombia). En ese marco de acción, la idea fue comprender las configuraciones de dichas creencias a través de los planteamientos del Modelo de Creencias en Salud, para lo cual se contó con 20 participantes que asis-

ten a una Cooperativa en convenio con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Las gestantes respondieron a una entrevista semiestructurada, previa interacción con las investigadoras por espacio de seis meses, mediante jornadas educativas, lúdicas y de promoción de la salud, escenarios donde se implementaron las técnicas de recolección de información para crear ambientes de confianza mutua. Los resultados fueron analizados bajo los criterios de un diseño microetnográfico durante el año 2019.

Las conclusiones develaron la vulnerabilidad de la gestante frente a la apropiación de conceptos y creencias que las alejan en gran medida de solicitar servicios odontológicos. Asimismo, fue común encontrar relatos vinculados a la naturalización de supuestos en salud oral reforzando la idea que la pérdida de órganos dentarios y el robo de calcio por parte del niño es lo que ocasiona el deterioro de la salud bucodental. De igual manera, el empleo de sustancias y productos naturales, muchas de estas nocivas para la salud, se convierten en la primera opción de la gestante por temor a la consulta odontológica.

Esta realidad integra un mundo que desde la lógica del discurso institucionalizado es poco frecuente en las ciudades capitales. Sin embargo, el ejercicio de amplificación de las voces de mujeres monterianas refleja el posicionamiento del miedo como elemento que impide prácticas preventivas y, por el contrario, fractura las creencias, el discurso y los procedimientos médicos.

Sigue un estudio sobre la Morbilidad Materna Extrema (MME) que se considera un tipo de complicación obstétrica severa que no solo requiere intervención médica urgente, sino que pone en riesgo la vida de la gestante. El título es *Tuve que vivir un verdadero viacrucis para poder resignificar mi futuro reproductivo*, que no es otra cosa que una apuesta interesante al plantearse desde una perspectiva fenomenológica la posibilidad de reconstruir la experiencia de un

grupo de mujeres sobrevivientes a una preeclampsia severa mediante un proceso reflexivo en el que su voz dio a conocer lo sucedido a través de los propios significados.

En esta investigación participaron cinco mujeres que sobrevivieron a una preeclampsia severa, las cuales pertenecían a diferentes estratos socioeconómicos, procedían de distintos municipios del Departamento de Córdoba, contaban con estudios de bachillerato, vivían en unión marital libre y pertenecían al régimen subsidiado del sistema de seguridad social en salud. La mayoría, además, eran primigestantes.

Durante el proceso de indagación, fue posible reconocer los significados otorgados a la preeclampsia severa, experiencia que fue narrada como un viacrucis que las mujeres empiezan a recorrer desde el momento en que se enteran del diagnóstico, hasta el ingreso a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y su posterior egreso hospitalario. La experiencia mostró que el recorrido se encuentra cargado de sufrimiento, dolor, incertidumbre y temor a la muerte, sobre todo, a morir solas, convirtiendo la vivencia en un acontecimiento crítico y de mucha transcendencia para las mujeres que resistieron la enfermedad.

De igual forma, al reconstruir las vicisitudes salió a flote que el impacto del diagnóstico y el tránsito de este grupo de mujeres por los diferentes escenarios de la atención obstétrica (consulta de control prenatal, urgencias, quirófano, UCI) representaban ambientes llenos de incertidumbre y sufrimiento emocional. Y en efecto, la preeclampsia es reconocida por su peligrosidad y por las consecuencias que, a mediano y largo plazo, genera en el historial obstétrico o la resignificación del futuro reproductivo.

Otras disertaciones seleccionadas para esta compilación correspondieron a

las infecciones de transmisión sexual como la sífilis. La primera es *La configuración social de la sífilis construida por gestantes de Montería, Departamento de Córdoba, Colombia*, finiquitada en el 2018. Se trata de un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico en el cual participaron activamente 23 mujeres con diagnóstico de sífilis al momento de la entrevista.

Las conclusiones corroboran la fragilidad de la mujer en esta zona del país en un rango de edad entre 14 y 19 años, en los estratos 1 o 2, con ocupación de amas de casa e ingresos por debajo del Salario Mínimo Legal Vigente (SMLV). Sus relatos marcan sentimientos de auto culpa, rechazo de sus parejas, críticas de la familia y de la sociedad en general. También ira y frustración por el diagnóstico, destacándose la soledad que esta población de mujeres expresa durante el tratamiento, al identificarse que gran parte de los hombres se niegan a brindar apoyo o, en su defecto, existen limitaciones para recibir los cuidados oportunos.

La lectura de la sífilis desde la mirada de la mujer constituye una invitación para la reflexión múltiple del fenómeno. Ello, más aún cuando se constató que fuera de los efectos biológicos la mayor afectación es emocional, en especial al perder la confianza en su pareja, pues, se sufre el abandono y se enfrenta un dictamen en medio de señalamientos y críticas de otros miembros de la familia o comunidad en general.

El trabajo académico se complementa con la mirada descriptiva analítica de otra investigación con un enfoque retrospectivo, *Trazos sociodemográficos de la sífilis gestacional en Córdoba*, donde se revisaron historias clínicas en una Institución Prestadora de Servicios (IPS) de Montería durante el periodo 2015 a 2017. Los resultados confirman el conocimiento construido en torno a este fenómeno, lo que reafirma la facilidad en la transmisibilidad entre la madre y el

hijo y la aparente desatención que producen las complicaciones e, incluso, la muerte fetal.

Dentro de los factores asociados a la sífilis gestacional en Córdoba, Colombia, se encontró que los grupos etarios entre 14 y 18 años, igual los colectivos entre 19 y 30 años, son los más susceptibles a infectarse. En el primer caso, el riesgo depende de variables socioculturales, inestabilidad de la pareja y desconocimiento en las prácticas preventivas. Para el segundo, la conexión se puede establecer con mujeres amas de casa y sus parejas promiscuas o con poco control en el manejo de preservativos.

Los autores de *Trazos sociodemográficos de la sífilis gestacional en Córdoba* reiteran la necesidad de continuar intensificando las campañas de prevención a través de estrategias de mayor cobertura como son la distribución de los contenidos audiovisuales. De ahí que las acciones de sensibilización a la población femenina en edad fértil son la piedra angular del proceso educativo, en particular aquellas que enfatizan en la promoción de prácticas sexuales seguras.

Por otro lado, *Las voces de las mujeres que logran salir del ciclo de la violencia íntima de pareja* aborda la temática a partir de reflexionar ante la primacía del modelo patriarcal, donde la autoridad depende de los hombres y las mujeres son concebidas, entre otros aspectos, como propiedad de estos. En esa realidad, destacan los autores, que las mujeres son susceptibles al abuso y la violencia como un fenómeno social reproducido en diferentes épocas y culturas.

Para consolidar la disquisición, los responsables de la exploración emplean como fundamento analítico la construcción simbólica del gran Júpiter y sus lunas con el ánimo de describir el dominio masculino sobre las mujeres y la

visión reduccionista y patriarcal que concibe lunas subordinadas, orbitando alrededor del gran planeta. Esta simbología del poder masculino y el control de las mujeres inspiró la selección de los seudónimos dados a las participantes del estudio. De este modo, los nombres representan las lunas del sistema solar y, a su vez, mitos de la tradición grecolatina sobre ciertas mujeres que de una manera u otra vivieron episodios de violencia y subordinación.

Los hallazgos ponen en evidencia que la violencia contra las mujeres constituye un asunto político, social y de salud pública. El caso particular de la violencia ejercida por la pareja, por mucho tiempo, ha sido considerado un asunto privado y, por ende, ocultado. De hecho, este tipo de violencia, a pesar de estar presente en la vida cotidiana de las mujeres, tiende a eclipsarse, pues, en muchos casos ellas creen que la violencia hace parte de sus vidas porque algunas la han experimentado en su grupo familiar desde la infancia y la han internalizado, naturalizado e incorporado en su cotidianidad. Tanto es así que en las trayectorias de vida de las mujeres entrevistadas se puede evidenciar que la violencia intrafamiliar determina un patrón intergeneracional para tolerar y perpetuar la intimidación contra el género femenino.

En ese mismo discurso, se percibe que muchas mujeres reconocen vivir momentos de oscuridad en medio de las múltiples formas de violencia de pareja que experimentan (física, psicológica, económica y sexual). Por eso, una que otra vivencia documentada en las narrativas de las participantes se relaciona con periodos de penumbra y soledad, en los que las mujeres presentan miedo constante hacia el agresor que impiden, muchas veces, tomar la decisión de salir del ciclo de maltrato o violencia.

Dejando de lado la violencia y las infecciones sexuales, en el análisis y lectura de las enfermedades crónicas como el cáncer se seleccionaron dos textos. El

primero, culminado en el 2017, narra la experiencia de la mujer con diagnóstico de cáncer de mama. En palabras cortas, es una investigación en la que se describen las actitudes y percepciones de calidad de vida de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama y sus estrategias de afrontamiento. La población con la cual se contó es atendida en una IPS del Departamento de Córdoba en el periodo 2013-2017, equivalente a 16.744 mujeres, y una muestra de 131 participantes, escogidos mediante el método de muestreo aleatorio simple y criterios de inclusión.

A las participantes se le aplicó una encuesta complementada con la revisión de las respectivas fichas clínicas. El diseño metodológico corresponde con un diseño descriptivo –analítico que pretendió evaluar la relación causal entre la calidad de vida percibida por las mismas pacientes, su actitud y el tratamiento de la enfermedad junto a su diagnóstico y evolución.

Contrario a las realidades de otros contextos, las mujeres con cáncer de mama en Córdoba viven mayoritariamente en los estratos 1 y 2, su nivel educativo es bajo, pese a que finalizaron la primaria, están desempleadas y subsisten económicamente del trabajo propio. En cuanto a estilos de afrontamiento, el activo es el elegido en su mayoría por las mujeres, lo que podría contribuir con la disminución de niveles de estrés, entre otros factores. Además, se identificó que la mujer con cáncer de mama enfrenta múltiples desafíos en materia de condiciones de vida. Sin embargo, se rescata el valor y la fuerza al dar cara el diagnóstico y el proceso evolutivo de la enfermedad.

La última indagación discute las experiencias de mujeres que han padecido cáncer de mama y la funcionalidad familiar. El contexto es Montería, Córdoba, Colombia, durante el año 2020, y el objetivo fue establecer el nivel de efectividad de la funcionalidad familiar en mujeres que tuvieron un diagnóstico

de cáncer de mama bajo los parámetros de una investigación descriptiva - transversal cuantitativa. La muestra la constituyeron 30 mujeres registradas en la base de datos de una Institución Prestadora de Servicios (IPS), a quienes se les aplicó la Escala de Funcionalidad Familiar propuesta por Marie Luisa Friedemann.

Los resultados evidencian un bajo nivel de funcionalidad familiar en las pacientes. Asimismo, ninguna de las participantes percibió un nivel óptimo en su familia, lo cual marca un camino hacia la recuperación del entorno familiar como un aspecto clave en la restauración de la salud y de la vida. Entre otros detalles, sobresale que la familia es un componente activo en la construcción de la salud femenina porque de allí se derivan los elementos requeridos en un desarrollo integral.

Para cerrar la introducción, es menester invitar a investigadores de diferentes áreas del conocimiento a pensar en la salud de la mujer con enfoque social, pues, ella es un ser dotado de cualidades, virtudes y capacidades para el cuidado de la salud. No obstante, debido a las restricciones, la polémica y lo complejo que podría ser marcar la diferencia al momento de diseñar, implementar y evaluar políticas públicas en beneficio de su desarrollo integral, urgen esfuerzos con el fin de recuperar su rol y papel en la sociedad.

De todas formas, los hallazgos investigativos, las lecturas y conversaciones entre colegas de los grupos que presentan esta obra, se constituyen en las bases para pensar el vínculo mujer y salud alejado del dominio discursivo de un lenguaje institucional. La fuente proviene de aquellas palabras que brotan de escenarios naturales, donde la mujer se reconoce como parte del proceso de salud y aporta a la reconfiguración del binomio salud-enfermedad.

REFERENCIAS

1. Ortega Montes JE, Puello Alcocer EC, Valencia Jiménez NN. Pobreza rural y políticas neoliberales: un caso por resolver en Montería, Córdoba (Colombia). Investigación & Desarrollo (Edición digital). 2014; 22 (2): 1-20. http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/investigacion/article/view/4745/6328
2. Puello Alcocer EC, Ortega Montes JE, Valencia Jiménez NN. El significado de felicidad desde la percepción de un grupo de adultos mayores de la ciudad de Montería (Córdoba, Colombia). Index de Enferm. 2018; 27(1-2): 33-7. http://ciberindex.com/c/ie/e11693
3. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015 [internet]. Nueva York: ONU; 2015 [Consultado 8 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www1.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/mdg/the-millennium-development-goals-report-2015/
4. Organización de las Naciones Unidas. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2020 [internet]. Nueva York: ONU; 2020 [consultado 8 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020-Spanish.pdf
5. Organización Panamericana de la Salud. Política de igualdad de género [internet]. Washington D.C: OPS; 2005 [consultado 31 de julio de 2021]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OPS-politica-de-igualdad-de-genero.pdf

CAPÍTULO 1

FACTORES SOCIALES Y EMBARAZO ADOLESCENTE EN UNA POBLACIÓN DESPLAZADA DE MONTERÍA, CÓRDOBA, COLOMBIA.

MARA SOFÍA RUÍZ DÍAZ
ELSY CECILIA PUELLO ALCOCER
CONCEPCIÓN ELENA AMADOR AHUMADA

SÍNTESIS INVESTIGATIVA

Las participantes son mujeres adolescentes con edades entre 14 a 17 años que viven en un barrio de estrato uno, de la ciudad de Montería, Córdoba con sus padres y otros miembros de su familia extensa. Declaran que antes de embarazarse estaban cursando la secundaria, pero después tuvieron que abandonar sus estudios para dedicarse a las labores del hogar. Manifestaron que su primera relación sexual ocurrió entre los 10 y 13 años y no usaron ningún método anticonceptivo; de tal manera que, el embarazo no fue planeado ni deseado. Perciben que el entorno familiar no es un lugar seguro y agradable para ellas, lo que podría convertirse en un motivo o factor de riesgo para huir de este. Los factores sociales relacionados con el evento del embarazo obedecieron a la disfunción familiar, la edad de la menarca y la baja escolaridad. Las participantes sienten que a pesar de haber nacido libres en sus lugares de orígenes en la actualidad son esclavas del desplazamiento, la pobreza y la desesperanza. Afirman que el embarazo adolescente hace parte de sus trayectorias de vida que tiende a repetirse de generación en generación.

Palabras clave: Embarazo adolescente, desplazamiento, factores sociales

INTRODUCCIÓN

En el mundo existen 79,5 millones de personas desplazadas por diversas causas, entre las que se registran varias crisis como el conflicto de Siria, la independencia de Sudán del Sur, las problemáticas en Ucrania, la movilización masiva de venezolanos a otros países latinoamericanos, la situación de la región de Sahel en África, los enfrentamientos en Afganistán, Libia, Somalia e Iraq entre otros. En este panorama, se destaca la participación de Turquía y Colombia como los países receptores del mayor número de refugiados en el mundo equivalentes a 3,6 millones y 1,8 millones de personas desplazadas respectivamente (1).

Una gran proporción de las personas desplazadas del mundo (80%) se instalan en países caracterizados por inseguridad alimentaria aguda y desnutrición, así como también, llegan a territorios que enfrentan a diario riesgos climáticos y todo tipo de desastres naturales. Estas condiciones afectan el desarrollo integral de la persona, familias y comunidades en la medida en que el nuevo escenario los expone a enfrentarse a problemáticas sociales de toda índole que se han visto acrecentadas en la actual pandemia por la Covid-19, cuando muchos de estos desplazados tuvieron que entrar en confinamiento y transitar por un camino de indigencia, hambre y muerte (2).

En el caso colombiano se adiciona el impacto del conflicto armado presente en este territorio desde hace varias décadas, el cual ha aumentado las cifras de desplazamiento forzado en comparación con otros países de la región de las Américas. Cabe destacar que, la mayoría de los grupos violentados están integrados por mujeres y menores de edad procedentes del área rural. Esta población que se ve obligada a abandonar sus lugares de orígenes, se insta-

lan usualmente en las ciudades en algunas zonas periféricas (marginales) de riesgo para la salud y la vida de las personas, familias y comunidades que registran deficiencias habitacionales, servicios públicos limitados y difícil acceso a los servicios de salud (3).

Al respecto, Colombia reporta a corte de 31 de mayo de 2021 un total de 9.146.456 afectados por el conflicto armado (4); asimismo, en el Departamento de Córdoba se registraron 397.360 víctimas en la misma fecha; y, el Boletín de Fichas Estadísticas de la Red Nacional de Información señala a Montería como el principal receptor de víctimas de la violencia con 101.171 casos registrados (5).

El desplazamiento forzado genera implicaciones que impactan a las personas en sus diferentes cursos de vida, pero de manera especial a niños, niñas y adolescentes por la condición de fragilidad en la que se encuentran (3). Una característica común entre las víctimas migrantes es el desconocimiento de sus derechos, así como la percepción y vivencia de situaciones negativas que disminuyen sus oportunidades, oscurecen su presente y hacen más incierto su futuro.

Los adolescentes constituyen uno de los colectivos de mayor vulnerabilidad durante el desplazamiento al registrarse altas cifras de explotación sexual, embarazos a muy temprana edad, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y abortos (6). El embarazo en las adolescentes en condición de desplazamiento, es una situación compleja que además de agobiar a la fémina gestante, afecta a todos los integrantes del núcleo familiar, pero la crisis se acentúa en la joven embarazada, porque este evento suele presentarse en aquellos momentos de la vida en los cuales la familia o lo que queda de esta atraviesa una situación de inestabilidad y dificultad económica. Adicional a ello, gran parte

de las adolescentes no están preparadas para esta nueva etapa de su vida, ni para desempeñar el rol de madres y mucho menos para asumir la responsabilidad que implica la crianza de un hijo (7).

La gestación en la etapa de la adolescencia está vinculada a algunos determinantes sociales que trascienden la edad, al involucrarse otros factores como la educación, el trabajo, y en especial en aquellos condicionantes de las asimetrías de poder que limitan su autonomía y toma de decisiones en diversos aspectos de la vida, lo cual ubica a la mujer en una situación de desventaja en su círculo familiar y social (8).

En este orden de ideas, el embarazo en la adolescencia se expresa como una condición con un alto potencial de producir efectos negativos en la salud y desencadenar problemas sociales, entre ellos: conflictos familiares, abandono escolar, interrupción o cambio del proyecto de vida, pobreza a nivel individual y familiar (7). Por otra parte, sus consecuencias van más allá del nivel individual cuando desestimulan e incluso frenan la productividad y el crecimiento económico de las naciones, por cuanto el embarazo en adolescentes se relaciona con las condiciones de vida precarias y una situación socioeconómica caracterizada por la pobreza (8), condición que se agudiza cuando se produce en mujeres en condición de desplazamiento.

El Observatorio del Bienestar de la Niñez, advierte que el embarazo en las adolescentes es una condición compleja que "se considera un problema de salud pública a causa de los efectos nocivos en la salud y el bienestar de la madre y sus hijos, la mayoría relacionados con el riesgo de las adolescentes a muertes maternas y a abortos inseguros" (9). En este sentido, el estudio realizado por Pavon et al señala que, el embarazo en adolescentes desencadena diversas

alteraciones de salud, entre las principales se encuentran anemia, abortos, infecciones urinarias, desproporción o incompatibilidad cefalopélvica y oligohidramnios severos (10) (11), alteraciones que generan una alta probabilidad de complicaciones graves para la salud de la diada madre-hijo.

Este fenómeno es más visible en los países en desarrollo, en tal sentido, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) señala que "la tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1.000 niñas, mientras que las tasas de embarazo adolescente (EA) en América Latina y el Caribe continúan siendo las segundas más altas del mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas en edades comprendidas entre 15 y 19 años, siendo superadas solo por las de África subsahariana" (12).

Con respecto a Colombia, la tasa de fecundidad adolescente muestra una curva descendente en los últimos años, aunque vale la pena aclarar que el Fondo de Población de las Naciones Unidas (13), informa que esta no ha sido consistente en el tiempo por las diferencias regionales y otros aspectos sociales, reportándose para el año 1990 una cifra de 70 nacidos por mil mujeres, y en las décadas subsiguientes: 1995 (89), 2000 (85), 2005 (90), 2010 (84) y 2015 (75).

De igual forma, en el Capítulo anexo sobre Primera Infancia, Infancia, Adolescencia y Familia del Plan de Desarrollo Territorial 2020-2023, se señala que el Departamento de Córdoba en el 2018 registró 3.784 embarazos adolescentes entre 10 y 19 años, ocupando el octavo lugar a nivel nacional con mayor número de gestaciones en este curso de vida. Durante el año 2019, se reportaron 7068 casos, distribuidos mayoritariamente entre los municipios de Montería, Tierralta, Cereté, Sahagún y Montelíbano (14). Es de esperarse la agudización

de esta problemática en poblaciones en condición de desplazamiento por las características de fragilidad en aspectos educativos, económicos, sociales y culturales.

Con base en esta panorámica, el Grupo de Investigación Huellas Calidad de Vida de la Universidad de Córdoba a través del Programa de Maestría en Salud Pública dirigió el estudio: Comportamiento del embarazo en adolescentes desplazadas del Barrio Villa Melissa (Montería, Colombia), durante el año 2016, del cual se derivan los resultados presentados en el presente texto. Se destaca que el área de estudio seleccionada se ubica al sur occidente de la capital del Departamento de Córdoba, con presencia importante de familias en condición de desplazamiento que pertenecen al Programa de Extensión Solidaria Salud Familiar, liderado por el Programa de Enfermería del alma mater cordobesa.

El Barrio Villa Melissa (Montería, Colombia) surgió de un proyecto residencial impulsado por el Gobierno Nacional para la construcción de casas de interés prioritario, entregadas mediante subsidios adjudicados a través del Fondo Nacional de Vivienda, Fonvivienda, que destinó un porcentaje específico para beneficiar a población desplazada (15), y otras personas en situación de pobreza extrema clasificadas en los niveles 1 y 2 del Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (Sisbén) que permite clasificar a la población acorde a sus condiciones de vida e ingresos.

Consecuentemente, la relevancia de esta investigación radica en proporcionar datos que permitan identificar los factores presentes en el embarazo de adolescentes desplazadas del barrio Villa Melisa (Montería, Colombia), de forma tal que se pueda disponer de elementos auténticos que faciliten una mayor comprensión e intervención de esta situación. Asimismo, con la divulgación

de los resultados del estudio, se pretende contribuir a visibilizar la problemática de las adolescentes desplazadas en la comunidad y en las entidades gubernamentales, contribuyendo a enriquecer la efectividad de los modelos o programas de intervención dirigidos a disminuir los embarazos y aumentar las posibilidades de desarrollo de las adolescentes en situación de desplazamiento.

OBJETIVO

El grupo investigador tuvo como objetivo: analizar la relación entre los factores sociales y el embarazo en adolescentes en situación de desplazamiento que habitan en el Barrio Villa Melisa de Montería.

BASES TEÓRICAS

Según las estadísticas de la OMS, a corte de 31 de enero de 2020, aproximadamente 16 millones de adolescentes entre 15 a 19 años, y alrededor de 1 millón de niñas menores de 15 dan a luz anualmente, la mayoría de estos nacimientos ocurren en países de ingresos bajos y medianos**.** La misma fuente indica que, a nivel mundial las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte en las jóvenes entre 15 a19 años (16).

Dentro de las principales causas de la gestación precoz, se encuentran diversas adversidades acumuladas tales como: pobreza, bajo nivel de escolaridad, maduración sexual temprana, inicio prematuro de la actividad sexual, pertenecer a familias disfuncionales, pérdida del vínculo familiar por migración, factores socioculturales y educación sexual insuficiente entre otros, incrementándose con ello, la incidencia de partos en adolescentes con el consabido riesgo que este genera para la salud de la diada madre e hijo (17). Asimismo, se adi-

cionan como causas importantes del embarazo precoz la pertenencia a familias extensas, con estructuras matriarcal y ausencia de la figura paterna (18).

En este contexto teórico, Molina et (7) al incorporan otras causas tales como el hacinamiento, la marginación social y vivir en área rural. En lo relacionado con las consecuencias sociales de la gestación y la maternidad prematura en adolescentes, la misma fuente expone que dentro de las más significativas se encuentran trastornos en la dinámica familiar, deserción escolar, dificultades para criar al niño y para insertarse en la vida laboral futura.

La Tasa Específica de Fecundidad Adolescente en América Latina y el Caribe se redujo de 65,6 (2010-2015) a 60,7 (2015-2020), no obstante, continúa siendo la segunda más alta del mundo, superada solo por África. En este sentido, las adolescentes que pertenecen al primer quintil de ingresos, con bajo nivel de escolaridad, que habitan en zonas rurales y hacen parte de comunidades indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe, se ven más afectadas por esta problemática, representando una relación inversa y negativa entre las condiciones socioeconómicas de estos países y la tasa de fecundidad adolescente (19).

De acuerdo con el UNFPA (13), los datos colombianos reflejan tasas de fecundidad adolescente (77,7 por mil), por encima del promedio de los países de Centro América, Sur América y el Caribe (72,7; 70,2 y 66,8 respectivamente). En 2018, se registraron 123.223 nacimientos en adolescentes entre 15 y 19 años, mientras que en 2019 esta cifra fue de 117.633, confirmando que, aunque la tendencia es decreciente, las cifras continúan siendo alarmantes (20).

Un aspecto de interés en este estudio, es la vulnerabilidad de las niñas y adolescentes rurales, en este sentido, el informe UNFPA señala que en las diversas

regiones del mundo las niñas del área rural tienen mayores probabilidades de quedar embarazadas, si se les compara con su grupo de iguales urbanas; coadyuvado por las condiciones de pobreza, déficit en los niveles de escolaridad, difícil acceso a información y educación sexual. De igual forma, las jóvenes pertenecientes a minorías étnica o grupos relegados son más proclives a estar encinta (21). Asimismo, el informe emitido por Fondo de Poblaciones de la Naciones Unidas en el año 2020 resalta que la probabilidad del embarazo en adolescente es inversamente proporcional al nivel educativo y al índice de riqueza: a mayor educación y mayor capital económico, menor posibilidad de gestación (13).

En Colombia se suman algunos determinantes al evento del embarazo adolescente como es el desplazamiento forzado. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2015 (22), indicó que este fenómeno social incrementa en 4,4% las posibilidades de la maternidad temprana, igualmente visibiliza que el hecho de habitar en zonas afectadas por el conflicto interno se constituye en un factor de riesgo que acrecienta (3.8%) esta problemática. Además, la situación de vulnerabilidad de las menores colombianas por causa del desplazamiento se vincula a mayores niveles de violencia física, sexual y psicológica, ameritándose estrategias integrativas de políticas educativas, salud y de protección al menor donde se involucren a las familias, escuelas y todos aquellos sectores y actores sociales presentes en la vida cotidiana de las niñas y adolescentes (23).

La revisión del tema en Córdoba, es igual de compleja y problémica cuando se informa que este territorio integra los diez departamentos colombianos con mayor número de embarazos adolescentes en 2018 (5.5% casos en todo el país); de igual manera, durante 2019, se registraron 7.068 casos en municipios

como Montería, Sahagún, Tierralta, Cereté y Montelíbano (24). Y según el Plan de Desarrollo Municipal de Montería (25), las tasas de fecundidad adolescentes se ubican en 79.37 por 1.000 adolescentes entre 15 y 19 años.

Desde esta perspectiva, el tema de adolescencia cobra especial interés para nutrir la conceptualización de la problemática en estudio; sin embargo, definir esta categoría con exactitud no es fácil; en tal sentido la Unicef expone que precisar el término adolescencia, es bastante difícil y complejo (26), la imprecisión en la definición obedece a que el proceso de maduración física, emocional y cognitiva, tiene muchas singularidades, varía y depende de la trayectoria como cada individuo experimenta y vivencia este período de su vida.

Por otra parte, al referirse a la pubertad como el espacio vital entre la etapa de la infancia y la adolescencia no se soluciona la problemática subyacente en la definición de este concepto; al encontrarse ante la misma disyuntiva de las diferencias y tiempos distintos de maduración para los niños y niñas. En el caso del género femenino se calcula el promedio de iniciación de la pubertad entre 12 y 18 meses antes que los varones; de igual manera, las niñas suelen tener su primera menstruación a los 12 años y la primera eyaculación de los niños es cerca de los 13 años. Todas estas características constituyen indicadores para calcular el comienzo de la pubertad y el inicio de la experimentación de los principales cambios vinculados a esta etapa de la vida (26).

Otro de los factores que contribuyen a la imprecisión del concepto adolescencia obedece a la variedad de legislaciones sobre la edad mínima para desarrollar actos propios de las personas adultas como: votar, contraer nupcias, consumo de bebidas alcohólicas, entre otros. En Irán, por ejemplo, las niñas obtienen su mayoría de edad a los nueve años y los niños a los 15 años; en

contraste en Estados Unidos se alcanza con los 18 años (femenino y masculino), aunque la licencia de conducir se puede tramitar en muchos Estados de este país con 16 años cumplidos, pero tienen la prohibición de comprar bebidas alcohólicas antes de los 21 años. Al revisar todos estos elementos se puede evidenciar que la mayoría de edad, generalmente no guarda una relación estrecha con la edad biológica, mental y legal en la cual las personas están capacitadas para llevar a cabo determinadas actividades que podrían asociarse con la edad adulta o la mayoría de edad (26).

La tercera dificultad que impacta la definición de la adolescencia es que, independiente de lo estipulado en las leyes acerca del punto que separa la infancia y la adolescencia de la edad adulta, innumerables adolescentes y niños pequeños de todo el mundo trabajan, están casados, atienden a familiares, cuidan a enfermos o participan en conflictos armados; actividades que corresponden a adultos. No obstante, por diversos motivos (voluntarios o impuestos) las realizan, lo cual termina despojándolos y arrebatándoles su infancia y adolescencia (26).

Pese a lo anterior, en el pensamiento clásico se encuentran algunas aproximaciones, en especial la señalada por Varrón: la palabra adolescente viene etimológicamente del participio latino adolescens cuyo significado es “que crece” y “se desarrolla”. A partir de este concepto se puede inferir la conexión con procesos de cambios, transformación y adaptaciones que sufren las personas a lo largo de su vida, lo cual de una u otra manera se conecta con la dificultad expresada en párrafos anteriores para concertar los significados alrededor de esta (27).

Es amplia la lista de autores que desde diferentes disciplinas se han arriesgado

a conceptualizar sobre la categoría adolescente como son: Freud (periodo de metamorfosis) que desde un enfoque biogenético oscila entre los 12 y 15 años y se produce una lucha renovada entre el ello y el yo como consecuencia de los cambios biológicos vinculados a la maduración sexual (27). Erickson (etapa de crisis) se refiere a la adolescencia como la fase de confusión de roles porque se desconoce con certeza el lugar en la sociedad y el gran interrogante a resolver es ¿quién soy? (28).

Con base en las conceptualizaciones expuestas, es evidente, que definir la palabra adolescente en la sociedad no es fácil, todo lo contrario, es complejo por cuanto no existe un consenso sobre su significado; al respecto, la OMS precisa que "es *la etapa de la vida en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica*"; sin embargo, es importante considerar que no se puede hablar de los adolescentes como un grupo homogéneo dado que este concepto también está influenciado por la cultura, clase social, historia familiar e individualidades de cada ser humano (12).

Como cierre del complejo universo de este concepto, se menciona la Resolución 3280 de 2018, para quien la adolescencia es una etapa del curso de vida que va desde los 12 a los 17 años**,** en este período, se presentan importantes transformaciones a nivel físico, psicosocial, neurocognitivas y sexual, los cuales impactan significativamente su presente y su futuro. Algunos de los cambios que se producen en este momento vital son universales, tales como físicos, neurológicos y ciertas características sexuales, mientras que los procesos psicosociales y la sexualidad no lo son debido a la manera como cada individuo, la sociedad y la cultura significan y dan sentido a estas transformaciones inherentes al proceso de crecimiento y desarrollo de los adolescentes (29).

Para efectos de este trabajo, se hace necesario abordar la conceptualización desde el contexto normativo del país. Por tal razón se asume la adolescencia teniendo en cuenta las edades establecidas en la Resolución 320 de 2018, como la etapa del curso de vida que va de los 12 a los 17 años**,** en esta se presentan transformaciones físicas, psicosociales, neurocognitivas y sexuales, las cuales repercuten significativamente en su presente y su futuro.

Otras categorías de interés en este estudio corresponden a:

Desplazado (a). La Ley 387 de 1997 asumió un concepto de desplazado como aquellas personas que se ven forzadas a migrar dentro del territorio y que deben abandonar su residencia, vinculación laboral, ocupación y modos de vida para preservar su integridad física, seguridad y libertades personales, porque de algún modo se sienten amenazados o vulnerados por: conflicto armado interno, violencia en general, violación sistemática de sus derechos humanos, disturbios, desastres o cualquier otro evento conexo con estos factores (30).

El desplazamiento no es un fenómeno reciente, sin embargo, aún sigue ocupando lugares priorizados en las agendas mundiales y es foco de atención de múltiples agencias internacionales porque es un evento de gran complejidad. Durante 2019, alrededor de 11 millones de personas se reportaron como nuevos desplazados en todo el mundo y 2.4 millones solicitaron protección por fuera de sus países de orígenes, así mismo se informó que 8.6 millones obedecieron a desplazamientos internos. Por otra parte, se destaca la vulnerabilidad femenina, porque este grupo constituyó más de la mitad de todos los desplazamientos internos (31).

Embarazo en adolescente. Para esta investigación se define embarazo en la adolescencia, como aquel que ocurre en las mujeres entre 12 a 17 años.

Adolescente desplazada. La adolescente desplazada se asume como aquella persona que se encuentra entre los 12 y 17 años de edad, quien ha tenido que abandonar su localidad, su entorno familiar, sus labores o actividades habituales y se caracteriza porque ha sido vulnerada en su integridad humana y física por causa del conflicto armado u otras manifestaciones de violencia.

Enfoque de curso de vida. *"Es el enfoque que aborda los momentos del continuo de la vida y reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de la vida, de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural"*(32), de ahí la relevancia de entender que las atenciones oportunas que se realizan en cada etapa son inversiones que sin lugar a equívocos repercutirán positivamente en las siguientes; en consecuencia los mayores beneficios se obtienen de las intervenciones efectuadas en períodos anteriores. Desde el enfoque epidemiológico, la definición de curso de la vida hace referencia al "*estudio a largo plazo de los efectos en la salud o la enfermedad de la exposición a riesgos físicos o sociales durante la gestación, la infancia, la adolescencia, la juventud y la vida adulta*" (32).

Momentos significativos o sucesos vitales. Según los parámetros establecidos en la Ruta de Atención Integral en Salud, los momentos significativos están relacionados con las oportunidades de desarrollo que tienen las personas y se definen como los eventos que provocan grandes modificaciones que se convierten en cambios drásticos del curso de vida. Estos momentos o sucesos hacen referencia a aquellos acontecimientos favorables o desfavorables que ocasionan cambios definitivos en las personas independiente del curso de vida en que se encuentren, en consecuencia, impactan varias de sus trayec-

torias vitales, entre estos se menciona, la gestación, el parto, la muerte de un familiar y el desplazamiento forzado entre otros (32).

El impacto y la consecuente transformación que causan los momentos significativos en la salud de las personas, puede ser positivo o negativo, lo cual va a depender en gran medida del significado que cada individuo le da a la experiencia, del período de su vida en que ocurra dicho acontecimiento, del entorno social y familiar en el que vive, de sus estrategias de afrontamiento, de las redes de apoyo social con las que cuente y de la atención integral en salud que reciba (32).

MATERIALES Y MÉTODOS

Investigación descriptiva de enfoque cuantitativo. Esta se propuso relacionar el comportamiento del embarazo en adolescentes en condición de desplazamiento con sus respectivas variables sociales en un periodo determinado de tiempo. Asimismo, se asume dentro de los parámetros de un diseño transversal retrospectivo, al tomar la información de embarazos ocurridos en adolescentes el año inmediatamente anterior a la fecha del periodo de muestreo, en la medida en que se buscó medir una o más características de la población sujeto.

El área de estudio es el barrio Villa Melisa, ubicado al sur occidente del municipio de Montería, Córdoba. En este barrio habita población en condición de desplazamiento, por ello se convierte en escenario de estudio susceptible de esta investigación.

La población estimada correspondió a 206 adolescentes de la población desplazada del barrio Villa Melisa de la ciudad de Montería. Este dato se obtiene

del resultado de la encuesta de Diagnóstico Comunitario de Salud Familiar, realizado en el año 2015 por el Programa de Enfermería de la Universidad de Córdoba (33).

La muestra estuvo conformada por 30 adolescentes gestantes que en el momento del muestreo habían tenido un embarazo en el año anterior, sin importar el desenlace del mismo (aborto, parto, mortinato, cesárea); se realizó un barrido casa a casa en búsqueda de casos de embarazos en adolescentes, quienes además debían tener la condición de desplazadas. Se procedió a hacer una fase previa de sensibilización en dicho escenario para indagar la aceptación de la realización del trabajo y se cuantificó el número de sujetos de estudios potencialmente dispuestos a participar.

El tamaño de la muestra se constituyó con 30 embarazadas o puérperas adolescentes que fueron captadas e identificadas, las cuales aceptaron participar de forma voluntaria en el estudio.

El tipo de muestreo de la investigación fue no probabilístico en el cual el tamaño de la muestra no depende de la población, sino del número de sujetos que cumplan con los criterios pre definidos por el investigador, en ellas se tuvo en cuenta las características de la población elegida seleccionándose las más convenientes para el fenómeno especifico a indagar. Los criterios de inclusión y exclusión pre definidos fueron:

En cuanto a los criterios de inclusión se asumieron: adolescentes entre 14 a 17 años en situación de desplazamiento que residan en el barrio Villa Melisa y hayan estado embarazadas en el último año; adolescentes desplazadas que vivieran en dicha comunidad y decidieran participar en el estudio.

Por su parte, los criterios de exclusión obedecieron: adolescentes embarazadas nacidas o residentes en el barrio Villa Melisa que no tuvieran la condición de desplazadas y madres adolescentes que hayan tenido sus hijos hace más de un año.

Las 30 adolescentes seleccionadas cumplieron con los requisitos de inclusión y firmaron el consentimiento informado.

Para la recolección de la información se aplicó una encuesta directa, con preguntas cerradas acordes a la naturaleza de las variables. Esta fue aplicada por parte de las investigadoras a los sujetos participantes en cuatro semanas consecutivas. El instrumento se estructuró en cinco partes: información socio demográfica, descripción del núcleo familiar, aspectos relacionados con las condiciones laborales, aspectos sociales, capacidades y oportunidades de la población en mención y la última aspectos de salud.

Para evaluar la funcionalidad familiar, se utilizó el APGAR familiar. Este es un cuestionario que buscan evidenciar el estado funcional de la familia, el cual se basa en la premisa que los miembros de la familia perciben del funcionamiento de la misma expresando el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos: adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afectos y recursos. Es una escala tipo Likert de gran utilidad para identificar funcionalidad familiar, consta de cinco ítems que se califican con un valor de 2 a 0 puntos, este instrumento tiene consistencia interna y validez evidenciado en múltiples investigaciones (34).

Los datos fueron procesados mediante el programa Excel, para el análisis e interpretación se utilizó la estadística descriptiva. Los resultados se presentan en el orden de los objetivos planteados a través de cuadros y gráficos.

La presente investigación tuvo en cuenta y se acogió a las normas existentes en la Resolución 008430 del Ministerio de Salud de Colombia del año 1993 (35), por la cual se establecen las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la investigación en salud en Colombia. De acuerdo a esta resolución (artículo 11º) este estudio se clasifica "Riesgo mínimo". En cumplimiento de lo reglamentado se invitó a las potenciales sujetos de estudio a participar voluntariamente, y firmaron el consentimiento informado.

Así mismo, se tuvo en cuenta las Sentencia T–474/96. –507 de 2004, C–534 de 2005 y C–857 de 2008, de la Corte Constitucional que igualó el límite de edad (14 años) entre impúber y menor adulto, independiente de sexo; reconociendo que legalmente tienen capacidad de dar su propio consentimiento sin la autorización de sus representantes; lo anterior implica que las mujeres mayores de 14 años que tienen pareja y conviven con ella, solo se requiere su consentimiento, en tanto que si las mujeres aún conviven con sus padres, sin importar la edad se requiere del consentimiento de los padres y también el asentimiento de la adolescente gestante o puérpera (36).

La Secretaria de Salud Municipal y la Unidad de Atención y Reparación de Víctimas Montería, fueron informados que esta investigación se realizaría.

RESULTADOS

El embarazo en la adolescencia es un tema de interés en salud pública y de gran preocupación a nivel mundial, por cuanto esta problemática origina consecuencias que afectan diferentes dimensiones vitales: individual, familiar y social. Muchos son los países que han adoptado políticas encaminadas a disminuir la incidencia de embarazos en niñas y adolescentes, Colombia también

ha legislado sobre el tema, sin embargo, las acciones de intervención generadas no han logrado disminuir significativamente estas cifras. La situación se complica cuando las gestantes adolescentes se encuentran en condición de desplazamiento, lo cual adicional a llevar implícito el riesgo para la salud y la vida de la madre y el niño trae consigo problemas de tipo emocional, económico y familiar.

Desde la perspectiva del funcionamiento familiar, los resultados obtenidos se evidencian en la Tabla 1:

Tabla 1. ***Funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes en condición de desplazamiento***

Funcionalidad Familiar	N°	%
Funcional	1	3.3
Disfuncional	29	96.7
Total	30	100

Fuente: Elaboración propia. Interpretación del APGAR

Según la percepción de las adolescentes desplazadas de este estudio, sus familias son disfuncionales (96,7%) y solo una de ellas (3.3%) fue descrita como funcional, enmarcada a partir de la clasificación del APGAR familiar.

El alto porcentaje de disfuncionalidad familiar encontrado en las adolescentes gestantes desplazadas, podría estar relacionado con el hecho que el tipo de familia predominante es la familia extensa (63.3%); porque cuando en una familia existen muchos integrantes, con edades, actuaciones, roles, pensamientos y metas diferentes la convivencia puede tornarse conflictiva, obstaculizando el manejo de situaciones y relaciones que afectan la funcionalidad familiar.

En este orden de reflexión, otra condición que pudo influenciar las altas estadísticas de disfuncionalidad familiar es que todas las adolescentes embarazadas desplazadas viven en inmuebles residenciales clasificados en estrato 1, lo cual puede indicar que al interior de la familia existen muchas dificultades económicas, privaciones y falta de oportunidades que en consecuencia terminan afectando la funcionalidad familiar.

Existen diversos elementos, momentos, situaciones o condiciones que pueden constituirse en factor de riesgo familiar, entre estos se mencionan el nivel socio-económico, ambiente físico de la vivienda, el entorno, ser víctimas de violencia o conflicto armado, desplazamiento, desarraigo, estilos de vidas, embarazo precoz, número de integrantes de la familia, la trayectoria de los miembros como unidad familiar, ambiente psico-afectivo y falta de comunicación asertiva, entre otros. Estos elementos pueden llegar a afectar tanto el desarrollo como la convivencia con la propia familia; es posible entonces que, algunos o la combinación de todos estos factores sean la razón por la cual la mayoría de ellas expresaron que sus familias son disfuncionales.

Algunas de las adolescentes embarazadas con altos niveles de estrés en sus familias de origen expresaron que vieron el embarazo como una salida de las relaciones familiares conflictivas. Dado lo anterior, se puede deducir que convivir en una familia disfuncional puede inducir a una relación sexual prematura. Una adolescente con baja autoestima, que no recibe afecto, así como tampoco atención o cuidados, transita por vivencias y situaciones que pueden incidir para que busque consuelo o satisfacción de sus necesidades básicas en otra persona ajena a su núcleo familiar, aumentando las probabilidades de desencadenar un embarazo precoz que le permita huir de un lugar malsano donde abunda la incomprensión, insolvencia económica e incluso la violencia.

Todo esto tiene relación con lo encontrado, convirtiéndose la disfuncionalidad familiar en un factor predisponente para que estas adolescentes hayan salido embarazadas precozmente.

Tabla 2. ***Tipo de disfuncionalidad***

Tipo de Disfuncionalidad	N°	%
Leve	5	17.2
Moderada	14	48.3
Severa	10	34.5
Total	29	100

Fuente: Interpretación del APGAR.

Con respecto al tipo de disfunción en sus familias, 96.7% de las gestantes embarazadas en condición de desplazamiento pertenecen a familias clasificadas con disfuncionalidad, de estas el mayor porcentaje corresponde a disfuncionalidad moderada (48.3%), severa (34.5 %) y disfuncionalidad leve (17.2%) (Tabla 2).

Tabla 3. ***Tipo de Abuso en las adolescentes desplazadas***

Víctima de abuso	Tipo de abuso	N°	%
Si	Sexual	4	80.0
	Físico	1	20.0
Ninguno		25	83.3
Total		30	

Fuente primaria: Encuesta de caracterización.

Los hallazgos del estudio permiten visibilizar que las adolescentes embarazadas desplazadas fueron víctima de algún tipo de abuso (16,7%), de los cuales 80% correspondió a abuso sexual y 20% a abuso físico. La mayoría de ellas (83.3%) refirió no haber padecido ningún tipo de abuso (Tabla 3). De igual manera, se identificó que las abusadas empezaron su vida sexual en la adolescencia inicial, lo cual es considerado en la jurisprudencia nacional de Colombia como abuso sexual, aun cuando haya sido consentido por la mujer en este grupo de edad.

La relación entre abuso sexual y la condición de embarazo adolescente, puede presentarse como consecuencia directa del abuso o comportarse como un detonante de otras circunstancias que pueden conducir a un embarazo temprano, entre estas se encuentran baja autoestima, victimización repetida, escape de casa de las adolescentes para evitar el abuso, lo que puede llevar a las jóvenes a vivir en la calle, realizar labores de trabajo informal o subsistir del trabajo sexual.

Tabla 4. ***Factores que indujeron al embarazo adolescente***

Factores que influyeron para el embarazo	N°	%
Familiar	18	60.0
Económico	7	23.3
Educativo	1	3.3
Abuso	4	13.3
Total	30	100

Fuente primaria: Encuesta de caracterización.

Se puede apreciar en los resultados que las adolescentes gestantes o puérperas reportan el factor familiar como la principal causa que condujo a la presencia de embarazo (60%), también se hicieron evidentes otras causas como el factor económico (23.3%), el abuso (13.3%), y por último el aspecto educativo (3.3%) (Tabla 4).

Otro de los factores que al parecer estimuló al embarazo adolescente es el educativo; 6.7% de las adolescentes en la muestra habían terminado bachillerato o estaban en el nivel educativo acorde a su edad antes de embarazarse; sin embargo, llama la atención que este factor no fue considerado por ellas mismas como un factor determinante, tal vez mediado por la costumbre propia del arraigo campesino que traen las adolescentes desplazadas y sus familias de no alcanzar altos niveles de formación.

En tal sentido, gran parte de las adolescentes que quedan embarazadas abandonan el colegio y se les dificulta culminar los niveles educativos, aunque tengan deseos de terminarlo, dado que su condición económica y de madre no les permite continuar su formación, la deserción también puede darse simplemente por falta de motivación para seguir cursando sus estudios. En la investigación, se vio reflejada esta condición, únicamente tres adolescentes expresaron querer terminar su bachillerato después de su embarazo, y, solo una accede a un curso de formación técnica con miras a desarrollar una actividad económicamente productiva.

La salud sexual y reproductiva es la base de la formación de capital humano y consecuentemente de capital social, convirtiéndose en el fundamento de las generaciones presentes y futuras. Su objetivo es el disfrute de una vida sexual y reproductiva plena, satisfactoria, sana, sin riesgos, responsable y feliz (37).

Desde esta mirada, es real que esta labor no es de alguien en particular, sino de todo el conjunto de actores sociales del cual hacen parte o pertenecen las adolescentes, la familia, el colegio, el Estado y las instituciones de salud. El desconocimiento, la escasa educación en materia de sexualidad, de derechos sexuales y reproductivos suelen conducir a situaciones de riesgo entre los adolescentes convirtiéndose en factores asociado al embarazo adolescente.

Es evidente que 76.7% del grupo adolescente en estudio recibió educación en aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva y 23.3% no fueron educadas en este tema (Tabla 5); la información que recibieron fue impartida por las Instituciones educativas donde estudiaban. Los resultados de esta investigación constataron que las adolescentes embarazadas no recibieron educación sexual por parte de sus familiares.

Tabla 5. ***Educación sexual y reproductiva***

Educación Sexual	Ente Educador	N°	%
Si recibió	Colegio	23	76.7
	Profesional de salud	-	-
	Familiar	-	-
	Amigos	-	-
No recibió		7	23.3
Total		30	100

Fuente primaria: Encuesta de caracterización.

Lamentablemente llama la atención que dentro del ente educador, los profesionales de salud no tuvieron ningún tipo de representación frente a la función

de informar y educar en salud sexual y reproductiva a los adolescentes; no obstante, también, queda la incertidumbre si estas jóvenes no accedieron a los programas de promoción y mantenimiento de la salud por falta de interés o por otras causas desconocidas, dado que en Montería los adolescentes y jóvenes cuentan con un espacio para la atención y orientación que los guía en esta etapa de sus vidas, como es el centro de salud con Servicios Amigables de la Empresa Social del Estado - ESE Vidasinú ubicado al sur de la ciudad.

Esta institución brinda atención personalizada a toda la población de jóvenes de los barrios del sur de Montería y de otros sectores que lo requieran en temas tan sensibles como el embarazo adolescente, el consumo de sustancias psicoactivas, en fin, todo lo relacionado con promoción y mantenimiento de la salud, y para ello tiene a disposición profesionales calificados como médicos, enfermeros, psicólogos y trabajador social.

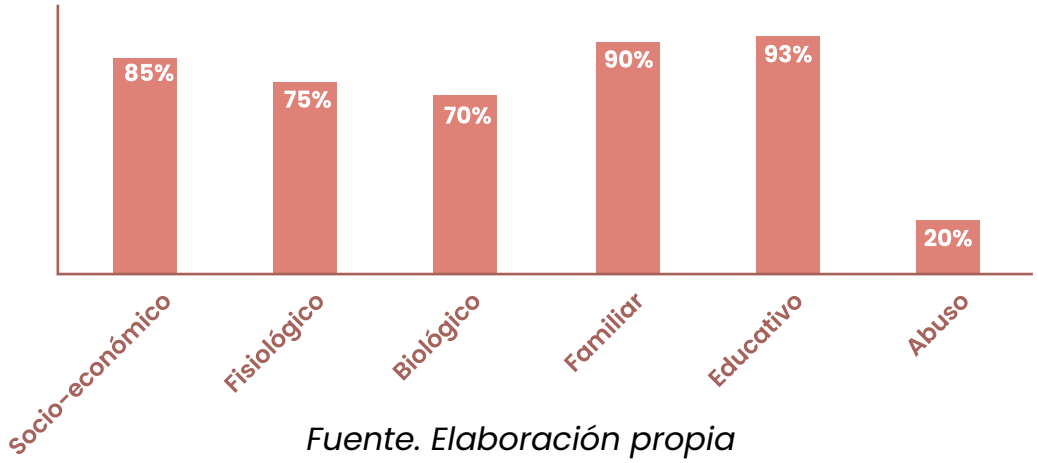
Teniendo en cuenta estos hallazgos, se considera importante no solo que en las escuelas existan asignaturas relacionadas a la sexualidad, sino que es necesario y significativo que este tipo de educación trascienda y vincule a los padres de familia en la educación y orientación con sus hijos. Si los padres se relacionaran un poco más con sus hijos y compartieran esos espacios, se podría disminuir dicha problemática y, sobre todo, se accedería a mejores herramientas preventivas y una mejor comunicación familiar.

Basados en los resultados de esta investigación, es posible considerar que las jóvenes adolescentes en condición de desplazamiento, que como se recordará viven en un ambiente de disfuncionalidad familiar, sienten y presentan una carencia de afecto familiar o problemas familiares, los cuales manifestaron presentar en sus hogares, condición que pudo contribuir para que las mismas

vieran en las caricias y en los besos no solo la sexualidad sino también la satisfacción de sus necesidades o vacíos afectivos.

Entre los factores intervinientes en el embarazo en la adolescencia en las jóvenes en condición de desplazamiento, se analiza la importancia del conocimiento y de haber recibido información sobre salud sexual y reproductiva (Gráfica 1).

Gráfica 1. ***Factores de importancia en el embarazo adolescente***



Fuente. Elaboración propia

Entre los seis posibles factores a identificar, se encontraron valores representativos en cinco de ellos, lo cual indica que estos ocurren de forma simultánea en el diario vivir, en la cotidianidad de las adolescentes de familias en condición de desplazamiento.

Esta confluencia de factores entre las jóvenes adolescentes en la comunidad de Villa Melisa, denota el impacto de múltiples condicionantes negativos de los que trata el informe de OIM sobre la salud sexual y reproductiva de los desplazados en Montería, más aún si se analiza que a pesar de las campañas y jornadas realizadas para controlar las tasas de embarazo adolescente en Córdoba periodo en el cual ya existían los asentamientos humanos de despla-

zados en diversas zonas del municipio de Montería, la mayoría de los cuales fueron posteriormente reubicados en sus lugares de origen y los restantes se conglomeraron en algunos sectores como el caso del Barrio Villa Melisa escenario del presente estudio.

Los hallazgos expresan relaciones estadísticamente significativas entre el factor familiar (disfunción), el factor fisiológico (edad de la menarca) y el factor educativo (baja escolaridad de la adolescente) con la presencia de embarazos entre las adolescentes en condición de desplazamiento al obtener valores de OR inferiores al valor de p de 0.035. (Tabla 6)

Tabla 6. ***Resultados de las pruebas de hipótesis y OR: Factores identificados***

Variable	OR - [IC]
Factor socioeconómico (pobreza estructural)	0,049 [0,22-1,21]
Factor fisiológico (menarca)	0,032 [0,06-0,98]*
Factor biológico (edad)	0,051 [0,62-1,61]
Factor familiar (disfuncionalidad)	0,031 [0,14-0,76]*
Factor educativo (baja escolaridad)	0,034 [0,16-0,82]*
Factor: presencia o antecedente de abuso autoreportado	NC

Fuente. Elaboración propia

Convenciones

* Significativo

Valor de p: 0,035

NC: No calculado debido al bajo valor de n

Los factores identificados con influencia en el embarazo adolescente entre las familias en condición de desplazamiento o migración forzada demuestran la

presencia de una triada de determinantes sociales que están afectando negativamente las posibilidades de desarrollo social y humano de los adolescentes en situación de desplazamiento, lo cual constituye una barrera para superar la pobreza extrema como lo establece la meta de uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de mayor impacto esperado en salud pública. Lo anterior condiciona a esta comunidad a mantener unas precarias condiciones de vida y conforma un círculo incesante en el cual la pobreza como determinante social de tipo estructural conduce a embarazos en adolescentes; en donde los EA son origen, pero a la vez consecuencia de la pobreza.

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación evidencian que un altísimo porcentaje de adolescentes embarazadas en condición de desplazamiento, pertenecían a familias disfuncionales y extensas, resultados análogos a otros estudios que afirman que la disfuncionalidad familiar sumada al tipo de familia extensa, constituyen en un factor determinante e importante en el embarazo precoz (17, 18); así como la exposición a la violencia, la edad del primer embarazo de la madre y el tipo de relación sentimental de los padres (38).

Con relación a la disfuncionalidad, Porras y Garzón advierten que las familias de bajos ingresos, o en condición de pobreza están sujetas a un mayor número de factores estresores, situación que puede aumentar la probabilidad de disfuncionalidad familiar, la misma fuente, señala que las familias disfuncionales, son un elemento que afecta la salud y la calidad de vida de la adolescente gestante (39).

El estudio realizado en el barrio Villa Melisa de la ciudad de Montería (Colombia), reafirma y coincide con Angarita de Botero al indicar que el factor familiar

juega un papel fundamental en el embarazo precoz en las adolescentes (18), los altos niveles de estrés generados por falta de comprensión, discusiones, falta de afecto, maltrato físico y dificultades económicas evidenciados en esta investigación y en las otras señaladas, pueden proporcionar una mejor comprensión y lectura de la situación y ayudar a entender cómo para las adolescentes el embarazo llega a ser visto como una salida de relaciones familiares conflictivas (7).

Otro factor que puede ser causa o efecto de la disfuncionalidad familiar y el embarazo precoz es la pobreza. En esta investigación todas las adolescentes gestantes desplazadas, habitan en un sector donde las viviendas pertenecen a estrato 1, estos resultados armonizan con la investigación de De la Rosa, et al, quienes señalan que la fecundidad en adolescentes es más alta en mujeres que viven en condiciones de vulnerabilidad (8), desde esta perspectiva, otros estudios equivalentes reafirman la relación existente entre embarazo adolescente y pobreza (13,17,21); en este orden de discusión, la gestación en este curso de vida generalmente está relacionada a condiciones de vida precarias y a una situación socioeconómica caracterizada por la pobreza, condición que indudablemente se agudiza cuando se da en mujeres en condición de desplazamiento.

La economía como aspecto influyente en el sustento diario de las familias, hace parte del análisis de esta problemática en el país y más aún en la clase baja, pobre o vulnerable, porque esta se constituye en un factor de riesgo para el embarazo adolescente. La falta de ingresos económicos estimula a las adolescentes a optar por supuestas soluciones a su vida; pensando que una de sus alternativas es abandonar su hogar y establecer una relación con su sexo opuesto (7,8).

La información obtenida sobre embarazos no deseados entre las adolescentes desplazadas residentes de Villa Melisa difiere con los hallazgos de la ENDS (23) realizada en el año 2015, en la cual, 66.4% de los EA en población general fueron no planeados; en tanto que la totalidad de los embarazos entre las adolescentes desplazadas fueron no planeados/deseados, evidenciándose un comportamiento diferente entre la población desplazada y no desplazada, lo cual sería un indicativo de la presencia de factores específicos o de multi-factores que pueden estar incidiendo en la variabilidad de estas frecuencias.

En este orden de discusión, el estudio resalta que en ocasiones los jóvenes en condición de desplazamiento no tienen la confianza suficiente para dialogar en familia aquellos temas como la sexualidad. Esta situación puede traer como consecuencia las gestaciones inesperadas, que unidas a las carencias de afecto familiar y a la necesidad de "huir" de los problemas familiares muestran interés hacia lo prohibido. Estos adolescentes se rebelan en contra de lo establecido deseando sentirse adultos, por lo que toman decisiones apresuradas e inconsultas en relación con su sexualidad (40).

CONCLUSIONES

Entre los factores fisiológicos y biológicos de importancia en el embarazo adolescente hallados en las jóvenes en condición de desplazamiento se identifican el inicio de la vida sexual a muy temprana edad al parecer motivado por la menarquia precoz, esta apreciación se basa en el hecho que la mayoría de las participantes tuvieron su primer sangrado entre los 10 y los 13 años, edades que coinciden con el inicio de la actividad sexual; como si el hecho de tener la primera menstruación fuese un pasaporte para empezar las relaciones sexuales.

Dentro de los factores familiares encontrados entre las adolescentes embarazadas se destaca una marcada disfuncionalidad familiar, falta de relación estrecha y de confianza con los padres, carencia de relación, de afecto, comunicación inadecuada con sus progenitores e incluso maltrato.

Otros factores significativos fueron el bajo nivel de escolaridad que condiciona a dependencia económica, poco o nulo uso de métodos anticonceptivos, baja percepción del riesgo de embarazo, el abuso sexual en algunas, sumado a las condiciones de pobreza, predispuso al inicio temprano de las relaciones sexuales y a la promiscuidad (número de parejas sexuales entre 3-8), actuando como factores predisponentes para la gestación en este periodo de sus vidas.

Otro elemento revelador que rodeó la aparición de embarazo en adolescentes en condición de desplazamiento fue la ausencia o fragilidad de programas multipropósito y multisectoriales que garanticen educación dirigida a adolescentes y padres de familia en aspectos relacionados con responsabilidad sexual, métodos anticonceptivos, autocuidado de la salud, Influencia e importancia del afecto y la comunicación familiar en la prevención del embarazo adolescente.

REFERENCIAS

1. Agencia de la Organización de las Naciones Unidas para los refugiados. Tendencias globales desplazamiento forzado en 2019 [internet]. Copenhague: ACNUR; 2020 [Consultado 2021 sept 20]. Disponible en: https://www.acnur.org/5eeaf5664.pdf

2. Organización de las Naciones Unidas. Las cifras de desplazados se do-

blan apenas en diez años [internet]. ONU; 2020 [Consultado 2021 sept 21]. Disponible en: https://news.un.org/es/story/2020/06/1476202

3. Centro Nacional de Memoria Histórica. Una nación desplazada. Informe nacional de desplazamiento forzado en Colombia. Bogotá: Centro Nacional de Memoria Histórica; 2015.

4. Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Víctimas del conflicto armado [internet]. Bogotá: Gobierno de Colombia. [Consultado 2021 abr 10]. Disponible en: https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394

5. Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Boletín Fichas Estadísticas [internet]. Montería: Gobierno de Colombia; 2021 [Consultado 2021 abr 10].

6. Fondo de Población de las Naciones Unidas y Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años. Bogotá: Minsalud; 2014 [Consultado 2021 abr 10]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-atencion-embarazada-menor-15.pdf

7. Molina Gómez AM, Pena Olivera RA, Díaz Amores CE, Antón Soto M. Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2019 [consultado 2021 Sep 21]; 45(2): e218. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000200017&lng=es.

8. De la Rosa C et al. Maternidad en adolescentes y desigualdad social en Uruguay. Uruguay: Universidad de la República/ UFPA; 2016.

9. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Organización Internacional para las Migraciones. Embarazo en adolescentes. Generalidades y percepciones. Bogotá: ICBF/OIM; 2015 [consultado 2021 Sep 21]. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/embarazo-adolescente-web2015.pdf

10. Pavón D, Contento J, Romero I. Actuación de enfermería y complicaciones asociadas al embarazo adolescente en un hospital de El Oro. Rev Polo del Conoc. 2020 [consultado 2021 Sep 21]; 5(8): 653-672.

11. Bendezú G, Espinoza D, Bendezú-Quispe G, Torres Román JS, Huamán Gutiérrez RM. Características y riesgos de gestantes adolescentes. Rev peru ginecol obstet [Internet]. 2016 [consultado 2021 ago 3]; 62(1): 13-18. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S2304-51322016000100002&lng=es

12. Fondo de Poblaciones de la Naciones Unidas. América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo [internet]. Panamá: UNFPA; 2018 [consultado 2021 jun 25]. Disponible en: https://lac.unfpa.org/es/news/am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-m%C3%A1s-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mund-1

13. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Consecuencias socio económicas del embarazo y la maternidad en la adolescencia en Colombia [Internet]. UNFPA; 2020 [Consultado 2021 Mar 16]. Disponible en: https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/informe-milena-colombia-v9.pdf

14. Gobernación de Córdoba. Plan de desarrollo Territorial 2020-2023. Capítulo Anexo: Primera Infancia, infancia, adolescencia y familia [Internet]. Montería: Gobernación de Córdoba; 2020 [Consultado 2021 Mar 18]. Disponible en: https://gobcordoba.micolombiadigital.gov.co/sites/gobcordoba/content/files/000042/2083-1368-anexopdd20202023primerainfanciainfanciayadolescenciafinal.pdf

15. Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio. Minvivienda salvaguarda recursos públicos de 787 subsidios del proyecto Villa Melisa en Montería, Córdoba [internet]. Bogotá: Minvivienda; 2015 [consultado 2021 abr 18]. Disponible en: https://minvivienda.gov.co/sala-de-prensa/minvivienda-salvaguarda-recursos-publicos-de-787-subsidios-del-proyecto-villa-melisa-en-monteria-cordoba

16. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia [Internet]. OMS; 2020 [Consultado 2021 Mar 18]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

17. Loredo Abdalá A et al. Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. Rev Méd del Inst Mex del Seg Soc. 2017 [Consultado 2021 Mar 18]; 55(2): 223-229. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172o.pdf

18. Angarita de Botero MP et al. Historias de vida familiar en madres adolescentes: estudio cualitativo realizado en el hospital Engativá ESE en Bogotá, Colombia [Internet]. Rev Col de Obst y Gineco. 2019 [Consultado 2021 Mar 18]; 70(1): 39-48. Disponible en: https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3162

19. Organización Panamericana de la Salud y Fondo de población de las naciones unidas. El Embarazo en la Adolescencia en América Latina y el Caribe [internet]. OPS/UNFPA; 2020 [Consultado 2021 Mar 18]; Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53134/OPSFPL-HL200019-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

20. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Panorama sociodemográfico de la juventud en Colombia ¿Quiénes son qué hacen y cómo se sienten en el contexto actual 2030? Colombia: DANE; [Consultado 2021 abr 20]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/informes/informe-panorama-sociodemografico-juventud-en-colombia.pdf

21. Fondo de población de las naciones unidas. Maternidad en la niñez: enfrentar el reto de embarazo en adolescentes [Internet]. UNFPA; 2013 [Consultado 2021 abr 20]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf

22. Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud [Internet]. Bogotá: Minsalud; 2015 [Consultado 2021 abr 20]. Disponible en https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.pdf

23. Pinzón Rondón ÁM, Ruiz Sternberg ÁM, Aguilera Otalvaro PA, Abril Basto PD. Factores asociados al inicio de vida sexual y al embarazo adolescente en Colombia. Estudio de corte transversal. Rev. chil. obstet. ginecol. 2018 [Consultado 2021 abr 20]; 83(5): 487-499. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000500487

24. Gobernación de Córdoba. Plan de Desarrollo Departamental 2020-2023 "Ahora le toca a Córdoba: Oportunidades, Bienestar y Seguridad [Internet]. Montería: Gobernación de Córdoba; 2020 [Consultado 2021 abr 20]. Disponible en https://gobcordoba.micolombiadigital.gov.co/sites/gobcordoba /content/files/000057/2828-ordenanza-0009-plan-de-desarrollo-departamental--20202023--ahora-le-toca-a-cordoba--web.pdf

25. Alcaldía de Montería. Plan de Desarrollo Municipal 2020-2023 "Montería incluyente, ahora la gente" [internet]. Montería: Alcaldía de Montería; 2020. Disponible en: https://www.monteria.gov.co/publicaciones/1069/plan-de-desarrollo-alcaldia-de-monteria/

26. Fondo de las naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia. UNICEF; 2011 [consultado 2021 abr 2]. Disponible: http://www.unicef.org/ecuador/SOWC-2011-Main-Report-SP-02092011.pdf

27. García Suárez CI, Parada Rico D. Construcción de adolescencia: una concepción histórica y social inserta en las políticas públicas. Univ Huma. 2018 [consultado 2021 abr 2]; 85: 347-373. Disponible en: https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/univhumanistica/article/view/22490

28. Erickson E. Teorías de la personalidad [internet]. [consultado 2021 abr 2]. Disponible en http://webspace.ship.edu/cgboer/eriksonesp.html

29. Congreso de la República de Colombia. Resolución 3280 de 2018 [internet]. 2001. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/ DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf

30. Congreso de La República de Colombia. Ley 387 de 1997 [internet]. Articulo1. 2001. Disponible http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/

Norma1.jsp?i=340.

31. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Tendencias Globales. Desplazamiento Forzado 2019 [internet]. Ginebra: UNHCR; 2020 [consultado 2021 ago 5]. Disponible en: https://www.acnur.org/5ee-af5664.pdf

32. Ministerio de Salud y Protección Social. ABECÉ Enfoque de curso de vida [internet]. Bogotá: Minsalud; 2015 [consultado 2021 ago 10]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ABCenfoqueCV.pdf

33. Universidad de Córdoba. Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería. Diagnóstico Comunitario de Salud Familiar del Barrio Villa Melissa implementando la herramienta pedagógica de Análisis de Situación de Salud (ASIS). Montería: Unicórdoba; 2015 [consultado 2021 ago 10]. Documento de Trabajo.

34. Ministerio de Salud y Protección Social. Test de Valoración Integral. Instrumentos. Bogotá: Minsalud. [consultado 2021 ago 5]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/anexo-instrumentos-valoracion-ruta-promocion.pdf

35. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993. Disponible en: http://www.urosario.edu.co/urosario-files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-affff4374bb7.pdf

36. Congreso de La República de Colombia. Ley 820 de 2003 [internet]. Artículos 313 y 314. 2003.

37. Ministerio de Salud y protección Social, Fondo de población de las naciones Unidas. Determinantes sociales de embarazo en menores de 15 años. Minsalud; 2014.

38. Castañeda Paredes J, Santa Cruz Espinoza H. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. Enferm. glob. 2021 [consultado 2021 Ago 05]; 20(62): 109-128. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S1695-61412021000200004&lng=es

39. Porras Cárdenas A, Garzón Duque MO. Factores asociados a la percepción de la disfuncionalidad familiar en trabajadoras informales de Medellín [Tesis de Maestría]. 2018. Disponible en: https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/4217/1/Factores%20Asociados%20Percepci%C3%B3n%20Disfuncionalidad.pdf

40. Chacón O'Farril D, Cortes Alfaro A, Álvarez García AG, Sotonavarro Gómez Y. Embarazo en adolescencia, su repercusión familiar y en la sociedad. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2015 [consultado 2021 ago 5]; 41 (1): 50-58. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v41n1/gin06115.pdf

CAPÍTULO 2

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA: EFECTO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

LADYS LUCÍA LÓPEZ-LADEUTH.
CONCEPCIÓN ELENA AMADOR-AHUMADA.
ELSY PUELLO-ALCOCER.

SÍNTESIS INVESTIGATIVA

Las adolescentes que participaron del estudio residen en zonas urbanas y rurales del municipio de San Antero, Córdoba, refieren edades entre los 15 y 19 años. Entre los determinantes sociales estructurales se detectaron las condiciones de marginalidad y pobreza, viven en sectores clasificados en estrato 1, son amas de casa, en el contexto educativo reseñan deserción escolar, en su mayoría son afrodescendientes y mestizas. Las féminas expresan que poseen estilos de vida y costumbres vinculadas con su etnia que podrían incrementar la probabilidad de embarazos. Las condiciones de vida conformadas por todos estos factores limitan el potencial y el desarrollo integral de las jóvenes de esta región del Departamento.

Palabras Clave: Embarazo adolescente, determinantes sociales de la salud,

INTRODUCCIÓN

El desarrollo histórico del embarazo adolescente ha presentado heterogéneas expresiones alrededor de las diversas culturas del mundo, en esta misma medida, cada cultura ha realizado abordajes diferentes según sus propias condiciones políticas, históricas y sociales, siguiendo modelos o patrones adoptados desde su propia visión o concepción de la adolescencia; incluso en algunas culturas ni siquiera existe el concepto de adolescencia (1).

Se aprecia en este contexto histórico que la familia como grupo primario y ejecutores de la función de guardianes de las normas establecidas por la sociedad es la encargada de aprobar o desaprobar, de admitir o rechazar ciertas conductas como la del embarazo en la adolescencia; al respecto, la historia ha evidenciado un vínculo estrecho entre las vivencias reproductivas intrafamiliares y la aceptación del embarazo adolescente como normal, esperado, ideal deseable (2).

La tabla 7, presenta una síntesis histórica de las principales concepciones sobre maternidad construidas en diferentes regiones del mundo:

Tabla 7. ***Evolución histórica de la concepción de la maternidad***

Localización y/o periodo	Concepción de la maternidad
India, (Época de los brahmanes)	Procrear se consideraba uno de los principales deberes de las personas y se asumía a la mujer como máquina para producir hijos desde la pubertad
Roma (Lex Julia de Maritandis Ordinibus)	Las uniones eran destinadas exclusivamente a la procreación, predominaban los matrimonios de adultos jóvenes con adolescentes
Civilización egipcia	Las adolescentes que presentaban la primera menstruación e iniciaban su periodo fértil eran dadas a matrimonio con hombres de mayor edad para procrear
Francia feudal	Configuración familiar a partir de la centralidad de la pareja y los hijos; la procreación desde la adolescencia es en este periodo habitual y esperada
Edad Media	El hombre como figura pública establece los tipos de libertades y los límites entre lo natural y lo que se asumía como normal en su familia, incluido el matrimonio de las hijas adolescentes.
Revolución Industrial	Cambio en las ideas que se poseían en torno a la maternidad y el ser mujer; establece un cambio de prioridades separando a la mujer de la obligatoriedad de la procreación
Modernidad (Fines del siglo XIX)	Se propone la disminución del número de hijos, el control de la natalidad, el apoyo a la educación de la mujer, las oportunidades laborales aumentan; el embarazo y la maternidad es decisión de cada mujer.
Periodo actual (finales del siglo XX y XXI)	El embarazo adolescente como problema de salud pública

Fuente elaboración propia, tomado de: Mélich y Duch (2); Palacio (3); Báez y Sánchez (4).

Como puede observarse en el recuento histórico, la concepción en la edad propicia para la maternidad ha cambiado a lo largo del tiempo, por ello en la época contemporánea se hace visibles una serie de transformaciones que evidencian cambios en los patrones de la influencia social, política y económica, estos se han modificado en pro del desarrollo humano y social. Con el tiempo, la cultura, la sociedad y otros factores han superado el dominio de las condiciones biológicas que durante años se consideraron de interés para promover la procreación de los seres humanos, quedando en la actualidad la gestación en la adolescencia como parte del pasado (pero aún presente) perteneciente a un contexto social, histórico y como una parte de la cultura en continuo cambio (5).

El comportamiento de la fecundidad en la adolescencia, no muestra un proceder consistente entre los países de América Latina y el Caribe; por cuanto si bien es cierto que cada nación ha abordado esta problemática con diferentes estrategias, en algunos países, como México, República Dominicana y Perú, se evidencian logros importantes en términos de descenso de la tasa de fecundidad de los embarazos en adolescentes (EA). En otros países a pesar de las intervenciones realizadas como el caso de Colombia y Brasil, el descenso de las gestaciones en la adolescencia no había logrado consistencia, porque solo entre 2005 y 2015 el conteo de esta conserva una trayectoria decreciente (6).

Desde finales de la década de los 90 del siglo XX, el embarazo en la adolescencia representa una gran inquietud para los sectores sociales; es de particular interés para el área de la salud, los riesgos asociados y las mayores incidencias de resultados desfavorables para la madre y su hijo. Desde el ámbito psicosocial, también se presentan consecuencias adversas sobre el potencial de desarrollo social y humano de la adolescente y sus familiares, en virtud que, en

la etapa actual, el embarazo a temprana edad no es esperado o planeado e implica múltiples rupturas de los procesos de la mujer con un EA. Desde estas perspectivas de alteración del potencial de desarrollo social y humano de la mujer con EA, se encuentran las limitaciones de las instituciones, en las cuales existen patrones culturales tradicionales que afectan las posibilidades de acceso de una adolescente embarazada a la educación e incluso a los programas de planificación familiar que han sido diseñados para los propios jóvenes (8).

La información obtenida sobre los factores socio-educativos que se relacionan con los embarazos adolescentes, visibiliza que las jóvenes que están en esta situación tienen dificultades para tomar decisiones planificadas, igualmente las adolescentes con deficiencias en la confianza de sí mismas y en su autodeterminación, en sus familias no han contado con un ambiente propicio para el desarrollo de la convicción personal que les permita ejercer control sobre los eventos ocurridos o por acontecer, para interiorizar y decidir que están en capacidad de elegir o modificar las situaciones que les suceden para satisfacer sus expectativas y necesidades. Es decir, que les falta el convencimiento que pueden ejercer control sobre las situaciones acontecidas; estos hallazgos plantean a los padres y a los educadores el reto de generar contextos de socialización que favorezcan el desarrollo de la autoconfianza y la autodeterminación (9).

En consecuencia, se propone que, la educación sexual que se ofrece en las familias debe examinarse y replantearse desde el análisis de los saberes que se promueven en los hijos e hijas, como guías para defender su igualdad y el respeto a sí mismo, el segundo análisis es sobre la importancia de aportar a los padres elementos que contribuyan o faciliten un acompañamiento exitoso

durante el proceso de toma de decisiones sexuales y reproductivas (10).

Otro aspecto de interés social e histórico es que desde el ámbito de la cultura y en el marco de las sociedades patriarcales y mucho más en las sociedades matriarcales se espera que sean las madres quienes socialicen con sus hijos e hijas el tema de la sexualidad, por ende, el padre no se involucra, dejando sola a la madre en la función de "educadora", rol para el cual posiblemente no tenga una adecuada formación o preparación (11). En dicha visión se entiende la inequidad de género que ocurre cuando la culpabilidad de un EA se extiende a la familia, especialmente a la madre de quien se espera que deba cuidar no solo los comportamientos y actos de las adolescentes, sino que la actuación de su hija no resulte en un embarazo precoz (12).

La gestación a temprana edad es entendido como una anomalía en el ciclo vital, así es considerado en el discurso médico y psicológico; desde la sociología y humanidades, también se valora como una irregularidad para el grupo familiar en el que se desenvuelve la adolescente; de manera que en la actualidad, en los albores del siglo XXI, se espera que la maternidad se realice en las condiciones que se consideran adecuadas como son la edad adulta, con buenos antecedentes genéticos, de crianza y adecuadas condiciones económicas para el normal crecimiento y desarrollo de los hijos, subyaciendo en esta representación la universalización del complejo de familia nuclear. Desde esta nueva postura y como problema homogéneo, el embarazo a temprana edad o embarazo adolescente, es considerado como una patología del ciclo vital (13, 14).

El embarazo en la adolescencia se concibe como: «*el que sucede entre los dos años de su edad ginecológica, concibiéndose éste el que transcurre desde su*

menarquia y/o cuando la joven todavía depende del sustento de su familia". Esta definición, separa el EA de la condición de edad de la mujer y lo relaciona con la proximidad de la menarquia o primera menstruación (15).

También existe otra acepción de embarazo adolescente, orientado por la edad de la madre gestante, bajo esta definición el EA, es aquel que se produce entre los 10-19 años, independientemente de la edad ginecológica, pero en cualquiera de las dos acepciones de EA, se entiende que esta situación constituye una crisis que se superpone a la crisis normal de la adolescencia; esto es la gestación e la adolescencia es una nueva crisis no normativa o accidental del desarrollo, por lo que autores ya citados como Fernández y Escalona, han definido que el EA es un condición patológica del ciclo vital, es decir, es una situación que no debería darse y que de hecho puede trastornar los desarrollos esperados en esta etapa (16).

El EA, es un hecho inesperado, del que derivan profundos cambios somáticos y psicosociales, con alto riesgo de incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente; esta condición se superpone o adiciona a la crisis de la adolescencia, por lo que una adolescente embarazada siempre se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, debido a que la condición o estado de embarazo no la hará madurar a etapas posteriores del desarrollo esperado; por ello, se considera que el EA es una crisis nueva y diferente que se sobrepone a la crisis de la adolescencia (17).

Desde esta percepción del EA, éste fenómeno social ha sido también llamado "Síndrome del fracaso", y es considerado como la puerta de entrada al ciclo de la pobreza (18). En conexión con los párrafos anteriores, se asegura como un

“hecho contundente” que el embarazo a temprana edad es una patología del ciclo vital que tiene efectos o secuelas que impactan a quienes lo viven y a sus familias, en efecto, las adolescentes deben abordar una responsabilidad y un rol difícil de asumir, para lo cual no estaban preparados, además de todos los riesgo que se traducen en forma de problemas de salud para la mujer.

En cuanto a los aspectos educacionales, se ha descrito también que los bajos niveles educativos agudizan este fenómeno, problemática que se evidencia en los sectores populares, marginales y de ubicación remotas en los cuales se ha intentado “normalizar” el EA, pues les resulta difícil asumir una posición crítica o de contrariedad ante esta situación, tal vez debido a que entre abuelas, madres, tías, hermanas y primas es una condición que ya se ha dado y ha sido aceptada (19). La estadística ha demostrado que el mayor porcentaje de madres adolescentes se sitúa en niveles de educación bajos (55% no tiene ningún nivel de educación; 46% apenas tiene primaria) como producto de la deserción escolar secundaria a la gestación a edad temprana (20).

El embarazo no planeado en una adolescente puede provocar serios trastornos biológicos, sobre todo si la mujer gestante tiene edad inferior a 15 años. Además de las afectaciones a su salud también puede repercutir sobre su esfera social, atrayendo una cascada de situaciones negativas; en efecto, el embarazo en la adolescencia interrumpe el proyecto educativo, la mujer o su pareja generalmente joven deben ingresar prematuramente al mundo laboral obteniendo trabajos, que habitualmente son mal remunerados; además, los temores y vergüenza ante la censura social, que experimenta la adolescente y su familia desencadenan matrimonios apresurados o forzados donde usualmente la relación de pareja puede ser inestable y de corta duración trayendo repercusiones sociales, económicas y personales sobre los hijos (15).

El embarazo en adolescentes se ha estudiado desde múltiples perspectivas, pero en esta investigación, su finalidad es comprender este fenómeno desde el Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) lo que implica reconocer las condiciones presentes en las tipologías de este modelo y sus marcos contextuales los cuales se articulan con las normas sociales e institucionales. En los fundamentos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), se estima que a nivel mundial una de cada diez adolescentes, se convierte en madre y en este mismo grupo 82,5% de embarazos terminan en abortos (21).

Para mejorar la comprensión de la magnitud de la influencia de los determinantes sociales en la salud o en el embarazo precoz de las adolescentes, es necesario ubicarse desde la mirada que en el año 2008 efectuó la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, cuando afirmó que la mala salud de los pobres y las grandes desigualdades sanitarias están inducidas por una distribución desigual de poder, ingresos, bienes y servicios en los diferentes países; lo cual genera injusticias que afectan visiblemente las condiciones de vida de la población, en aspectos tales como acceso a salud, educación, vivienda, comunidades, ciudades, trabajo, forma de vinculación a la economía, disfrute de tiempo libre y la posibilidad de tener una vida próspera (22).

De igual forma exponen que esa inequitativa distribución perjudicial para la salud no es un fenómeno natural o al azar, los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto, sin lugar a equívocos se constituyen en determinantes sociales de la salud (22). El mismo texto señala que los determinantes sociales en los que se desarrollan las personas, son tan decisivos que aumentan, reducen o evitan inequidades sanitarias y comportamientos (positivos o negativos) para la salud. En tal sentido, los Determinantes Sociales

(DS), encarnan algunos de los influjos más poderosos en la salud del mundo moderno y como quiera que los adolescentes se encuentren inmersos en este, también están expuestos a factores de riesgo que influyen o determinan el embarazo precoz en esta etapa de sus vidas (23).

Para entender la influencia que tienen los DS en los embarazos a temprana edad, es necesario evocar que la OMS señaló que los determinantes sociales comprenden todas aquellas condiciones en las cuales nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen las personas (22) incluido el sistema de salud (24). El uso del término DS engloba en forma resumida los determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales de la salud (22). Al referirse a las condiciones o circunstancias en las que se desarrollan las personas, estas surgen como resultado de la distribución del dinero, el poder, de los recursos a nivel mundial, nacional, local y de las políticas adoptadas en cada país (25).

La afirmación que los Determinantes Sociales de Salud (DSS) explican la mayoría de las inequidades sanitarias, hace referencia a las injustas y evitables diferencias en la situación salud de los diversos países del mundo, es decir que las desproporciones en las condiciones de vida y trabajo en que se desarrollan las personas, crean grandes desigualdades sanitarias, en este sentido, es relevante identificar "los elementos de la estructura social que condicionan la posición de las personas en la sociedad, y que afectan de manera directa la distribución de los problemas o los factores protectores de la salud" (24)

En el Modelo de los DSS, se grafican de forma jerárquica una serie de situaciones en las cuales las personas y sus conductas son el eje central de la estructura, entendiéndose que tanto personas como conductas reciben influencia de su contexto inmediato y de las redes sociales; en consecuencia, aspectos

como la estratificación socioeconómica en la que viven, hacen parte de los determinantes estructurales, los cuales según su enfoque, direccionalidad y acceso real o efectivo pueden representar oportunidades positivas o negativas para la salud (26).

Los DSS son de dos tipos: los estructurales que hacen relación a los mecanismos de producción primarios como las divisiones sociales, políticas macroeconómicas, las políticas públicas (acceso efectivo a la educación y salud) y las políticas sociales entre otras. Los determinantes intermedios son considerados como moduladores y no como los causantes primarios de inequidades, así son definidos como las circunstancias materiales de vida, los factores biológicos, psicosociales y el sistema de salud (27).

En este orden de ideas, esta publicación hace parte del trabajo de grado de Maestría en Salud Pública que tuvo como objetivo identificar los determinantes sociales de la salud que inciden en la presencia del embarazo de las adolescentes en el municipio de San Antero, correspondiente a la zona costanera de Córdoba (Colombia), clasificado por el Observatorio de Bienestar de la Niñez como uno de los municipios colombianos con mayor predominio de madres entre los 15 y 19 años.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de tipo analítico que por el abordaje de los determinantes sociales se hizo necesario realizar un análisis comparativo con estadísticas de contextos diferentes, lo cual permitió evidenciar la influencia de una variable como DSS en los casos en que las distribuciones porcentuales superan la media porcentual de los datos comparados (28).

Al existir divergencia en el número de adolescentes en el municipio, entre la base de datos Sistema de Matrículas Estudiantil (SIMAT) y la base de datos del régimen subsidiado del municipio de San Antero (Córdoba), se opta por elegir como valores de referencia para el cálculo de la muestra una población de 3.953 adolescentes del SIMAT (29, 30).

El tamaño de la muestra se calculó utilizando el aplicativo de la Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística del Complexo Hospitalario Universitario A. Coruña, desde una población de 3.953 con un nivel de confianza de 95%, precisión 3%, proporción 5% y con porcentaje de pérdidas probables de 15%, se estimó que el tamaño de la muestra así calculada para el municipio fue de 227 adolescentes.

La muestra se captó en la zona urbana y rural (corregimientos y veredas) del municipio. Esta se obtuvo a través de un barrido exhaustivo casa a casa y en las entidades de cultura, salud y educación; asimismo en el proceso de recolección de la muestra, se cerró el muestreo al entrevistar a la totalidad de las jóvenes adolescentes gestantes/madres en 155 jóvenes en zonas urbanas y rurales; dato que al ser medido con el total de la población equivale al 68.28% de las adolescentes registradas en el SIMAT que en ese momento estaban embarazadas o eran madres en los últimos 12 meses.

Debido al condicionante requerido (ser adolescente gestante o madre), el muestreo fue no probabilístico e intencional y el tipo de selección fue en bola de nieve, lo referido a un caso lleva a la localización de otro en la misma zona geográfica, se hizo igual en cada barrio, comuna, vereda y corregimientos. Además, se utilizó como base, la búsqueda de adolescentes gestantes y madres que se dirigían en las EPS-s, laboratorios clínicos, entidades de salud y

redes de apoyo a la mujer del municipio, en los cuales igualmente se utilizó el muestreo en bola de nieve, considerando que las adolescentes madres por diversos motivos se conocían entre sí; otras de las gestantes fueron identificadas a simple vista entre las mujeres asistentes a la ESE CAMU. De tal forma que en el estudio participó el 100% de las mujeres mayores de 10 años y hasta los 19 años que estuvo o hubiese estado en embarazo en los últimos 12 meses, independiente del estado final de la gestación.

Para la recolección de la información, se aplicó una encuesta estructurada diligenciada mediante entrevista directa, para corroborar la información a través de la población *n* y determinar la probabilidad de ocurrencia de los condicionantes con relación a las categorías a evaluar; como apoyo para el proceso de las entrevistas se contó con la participación de tres personas debidamente capacitadas para ello.

La estructura de la encuesta se dividió en tres partes específicas: la primera hace referencia a las características sociodemográficas, la segunda a los determinantes sociales de la salud estructurales y la tercera a los intermedios. La encuesta diseñada y avalada en cuanto a contenidos por parte de la directora y asesora metodológica, fue validada por un panel de expertos conformado por cinco profesionales del área de la salud en aspectos investigativos, docentes y asistenciales del trabajo con madres adolescentes y con adolescentes embarazadas. En esta evaluación se reorganizaron algunas preguntas y se cambiaron palabras para que fuesen más claras, comprensibles y pertinentes.

Posteriormente, se sometió el instrumento a la prueba piloto que permitió la validez de contenido, esto es si los sujetos de estudio potenciales comprendían las preguntas. Esta tuvo lugar para su realización en otro municipio cercano; se

aplicó a 11 jóvenes gestantes y madres adolescentes entre 10 a 19 años, quienes no tenían la posibilidad de ser sujetos informantes o participantes del estudio, para así evitar que existiera la presencia de sesgos de información mediados por el conocimiento del instrumento por parte de la población sujeto. Se derivaron modificaciones después de su aplicabilidad en la prueba piloto consistentes en la necesidad de incluir algunas alternativas de respuesta, dando paso a su aplicabilidad, con el fin de encuestar a las adolescentes sujeto del presente estudio.

Luego de completar el proceso de validación de la encuesta, se procedió a la fase de muestreo activo en el municipio, en el cual la investigadora estuvo en el entorno cotidiano de las adolescentes madres/gestantes. Para la obtención de los resultados se procedió a minimizar los diferentes tipos de sesgo (31):

- *Sesgo de selección*: se comprobó, al aplicar la encuesta, verificando edad biológica, estado de gestación y si era madre adolescente, ello considerando que en los primeros meses no se observa abdomen grávido y en algunos casos, las niñas por la anatomía de su cuerpo representan menos o más años o caso contrario de madres adolescentes que no parecen serlo.
- *Sesgo de información*: se explicó la importancia de no alterar la información constatada en la encuesta por parte de la población en estudio, con el fin que los resultados fueran verídicos y precisos. Así mismo la prueba piloto permitió aclarar las preguntas de manera correcta como también que las respuestas fuesen congruentes con lo esperado.
- *Sesgo de confusión*: se trabajó detalladamente en concretar los ítems formulados en el equipo de entrevistadores, para que se precisara de forma clara y legible el panorama de las características sociodemográ-

ficas y determinantes sociales de la salud durante la selección de la respuesta.

La tabulación de la información se realizó en el programa estadístico EPI INFO. La información agrupada se recategorizó para dar mayor congruencia con las tipologías enmarcadas en el Modelo de los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios de manera tal que los resultados expresasen la definición, distribución y análisis del comportamiento de los determinantes sociales de la salud. La construcción estadística de las categorías de los determinantes sociales, se basó en la literatura revisada incluyendo en cada categoría el condicionante pertinente al caso (32).

Para tal efecto, se utilizó la comparación sistemática de las tasas de una categoría de madre/gestante adolescente con la misma información obtenida en otras regiones con diferentes niveles de desarrollo social y económico. Se requirió la búsqueda de datos estadísticos de al menos dos latitudes diferentes en relación con los mismos determinantes sociales en estudio, con el fin de realizar las comparaciones que permitieran evidenciar el posible origen a la medición de la influencia del determinante, utilizando medidas epidemiológicas.

Para analizar el efecto de los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios presentes en los casos de embarazo en adolescentes, se utilizó como mecanismo las comparaciones, tomando como referencia la distribución estadística de ciertas variables entre poblaciones que comparten la presencia del evento pero que se encuentran en diferentes contextos económicos, políticos y sociales. En esta medida se consideraron como referentes estadísticos válidos, las cifras nacionales y regionales de las variables seleccionadas

en jóvenes adolescentes embarazas en dichos contextos. Se precisó que existe una influencia de una categoría asociada a un determinante social cuando se presentaron dos o más desviaciones estándar en relación con las estadísticas de las zonas comparadas.

La distribución estadística fue posteriormente contrastada con el modelo de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, aplicando las medidas estadísticas de razón de riesgo (OR) a los embarazos en las adolescentes.

Para dar validez a los aspectos ético legal se acogió la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993, en la que se reglamentan los requisitos científicos, técnicos y administrativos para la aplicación de investigaciones destinadas a los avances científicos en el campo de las ciencias de la salud en el territorio colombiano, que en su artículo once determina en su contenido que las investigaciones se clasifican en tres categorías. El presente estudio se ubicó en la primera categoría (sin riesgo ético) dado que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, sicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio (33).

Por ser una investigación que requirió del trabajo de campo en comunidad, el diseño incluyó la confidencialidad y se realizó la entrevista para diligenciar la encuesta en un área personal elegida por cada participante, el escenario seleccionado posibilitó la protección, privacidad y la tranquilidad de las entrevistadas, de manera que la información garantizara la validez de los resultados, previo consentimiento informado por parte de las jóvenes participantes o sus representantes.

El cumplimiento de la norma exige que en la realización de investigación en menores de edad debía obtenerse, además del consentimiento informado de

quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor, el asentimiento individual para participar cuando los sujetos del estudio son 6 o más años menores que el conyugue. La misma norma en su artículo 22, establece la necesidad de informar a las autoridades locales sobre el desarrollo del proceso investigativo por ello se informó a la Alcaldía Municipal y a la Secretaría de Salud, sobre los aspectos del proyecto para lograr su consentimiento informado, igualmente a las posibles instituciones participante para obtener su asentimiento. A los potenciales participantes (personas o instituciones) se les informó que, por ser una investigación sin beneficio terapéutico en adolescentes embarazadas y gestantes, el objetivo se limitaba a lograr un conocimiento amplio bajo la descripción de los determinantes sociales de la salud que influyeron o generaron la situación, lo cual no representa un riesgo para la mujer, el embrión o el feto o su hijo nacido.

Así mismo, ante la necesidad de aplicar la encuesta durante el periodo de puerperio, se aseguró que el tiempo de duración de esta no interfiriera con la salud de la madre ni con el cuidado al recién nacido, previendo que no existiese riesgo para el lactante ni para la madre durante la recolección de la información.

En lo relativo al asentimiento, se tuvo en consideración las diferencias existentes sobre la aplicación de la norma en cuanto a la edad de consentir, dependiendo del estado civil y grado de dependencia de la siguiente manera: en diferentes sentencias de la Corte Constitucional, así como en el Código Civil colombiano en su artículo 34, se hace una distinción en el rango de edad para niños y niñas en las categorías de impúber y menor adulto, (niñas hasta los 12 años cumplidos se consideraban en la categoría de impúber y las niñas hasta los 14 años cumplidos se consideran adulto menor. Mientras que las Sentencia

T–474/96. –507 de 2004, C–534 de 2005 y C–857 de 2008, de la Corte Constitucional igualaron el límite de edad entre impúber y menor adulto, independiente del sexo a los 14 años de edad, reconociendo que legalmente tienen capacidad de recibir autorización por sus representantes. Lo anterior implicó una variedad de formas de acceder al asentimiento informado, es así como en mujeres mayores de 14 años que tienen pareja y conviven con ella, solo se necesitó su propio asentimiento, en tanto que para quienes convivían con sus padres, se requirió del consentimiento de estos y del asentimiento de la adolescente (34).

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Caracterización sociodemográfica. Las 155 participantes del estudio conforman el 68% del total de las adolescentes madres/embarazadas del municipio de San Antero reportadas por el SIMAT, condición que indica que los embarazos adolescentes son una problemática significativa, de amplia generalización

Entre las adolescentes que son madres o están gestando, un alto porcentaje (77%) comparten la experiencia de convivir con sus familias, 15% con su pareja y 8% con los familiares de su pareja; en lo relativo al lugar de procedencia, 66% procede de la zona rural y 33% de la zona urbana; las viviendas se encuentran en mal estado (91.35%). En cuanto a la identidad racial 52% de las madres/gestantes adolescentes son afrocolombianas, 42% mestizas y 3% indígenas.

De acuerdo con los datos analizados se pudo determinar una relación de razón 1:1 entre las etnias afrocolombianas y mestizas, demostrando que la etnia (o raza como se le conoce) no actúa en apariencia como un determinante de tipo estructural en el embarazo durante la adolescencia, pues equivale a la misma distribución de las etnias en el municipio de San Antero (Córdoba, Co-

lombia), lo cual corresponde a una distribución proporcional de las etnias en el municipio; siendo descartada la identidad racial como posible determinante social del evento analizado.

Tabla 8 ***Características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas en San Antero, Córdoba***

Categorías de análisis (n=155)		Nº	%
Convivencia	Convive con la pareja	23	15
	Vive con la familia	119	77
	Vive con la familia de la pareja	13	8
Residencia	Zona urbana	102	66
	Zona rural	52	33
Estado de la vivienda	Mal estado	142	91,35
	Adecuada	13	8,5
Pertenencia étnica	Afrodescendiente	81	52
	Mestiza	71	46
	Indígena	3	2
Nivel educativo	Retrasado para la edad	74	48
	Deserción escolar	24	15
	Apropiado a la edad	57	37
Principal forma de acceso a la educación sexual	Colegio	30	19
	Familia	89	54
	Profesionales de salud	8	5
	Ninguna	28	18
Número de gestaciones en los años de adolescencia	Una gestación	121	78
	Dos gestaciones	31	20
	Tres gestaciones	2	3
Régimen de afiliación en salud	Subsidiado	144	93
	Contributivo	5	3
	No afiliado	3	2

Fuente primaria: Información de la encuesta

El nivel educativo fue valorado de acuerdo a la correspondencia según la edad de la adolescente madre/gestante, se encontró como información de interés para el análisis de los determinantes sociales de la salud que 48% de la población sujeto presentó retraso en el nivel de escolaridad esperado para la edad y 15% deserción escolar definitiva. En tal sentido, para efectos del análisis del determinante estructural se entiende que el embarazo a temprana edad es un condicionante que incide de forma negativa sobre la escolaridad; más no que la escolaridad influye sobre los embarazos adolescentes estableciéndose así la presencia de una relación categórica negativa entre el nivel de escolaridad y el antecedente de embarazo adolescente.

En lo relativo a la principal forma de acceso a la educación sexual (54%), afirma haberla recibido en la familia, 19% señala que fue impartida en el colegio por parte de los profesores y solo 8% en talleres realizados por los profesionales del sector salud; es pertinente destacar que 18% manifiesta no haber recibido ninguna educación sobre salud sexual y reproductiva.

Entre los determinantes estructurales, se entiende que los aspectos socioculturales aparentan tener influencia como determinante en la aparición o persistencia de algunos eventos de salud; debido al eje temático se consideró relevante determinar los aspectos socioculturales relacionados con la sexualidad humana. En cuanto a los aspectos educacionales del orden sociocultural se aprecia una baja culturización o concienciación sobre las necesidades de educación sexual, considerando que 147 de las 155 participantes del estudio (95%) no acuden a los talleres educativos sobre salud sexual y reproductiva que se ofrece a la población adolescente en el municipio, por lo cual se puede pensar que existe una una conceptualización de ser “innecesarios”, evidenciando la indiferencia y el poco valor que los jóvenes otorgan a este tipo de capacitación.

En particular se entrevistó a las adolescentes madres/gestantes sobre sus conocimientos en planificación familiar, se encontró que, la mayoría sabe sobre la existencia de los métodos de planificación (77%) y reportan haber recibido educación para Salud Sexual y Reproductiva en los colegios y escuelas, esta información al parecer no se interiorizó de forma significativa, por cuanto a pesar de señalar que recibieron informacion al respecto, la misma no fue, ni ha sido suficiente o de utilidad practica para prevenir los embarazos; condición que evidencia posibles fallas en la estructura o en el enfoque de la información que se está brindando; sobre todo si se considera la trascendencia y el impacto que tiene el embarzo precoz tanto para los adolescentes como para sus familias.

En consecuencia con los hallazgos señalados, la educacion brindada en los ambientes escolares debería ser potestad de profesionales de la salud; en virtud que el enfásis, el enfoque y la profundidad del conocimiento específico que se espera de dichas catedras en la escuela debe ser brindado por profesionales cualificados en el área, de modo que el proceso educativo ofertado sea claro, oportuno y concreto; con la firme intencionalidad que se constiya en una herramienta fundamental para el ejercicio responsable de la sexualidad y de la vida reproductiva, además de crear conciencia de las consecuencias que el EA genera a nivel personal y familiar.

Se logró identificar entre los condicionantes sociodemográficos que aspectos del orden sociocultural relacionados con los estilos de vida y costumbres alteran el acceso real a la educación relacionada con salud sexual y reproductiva, los cuales se han considerado como determinantes intermedios o de riesgo para la presencia de embarazos en adolescentes sea por desconocimiento, por falta de interés de las adolescentes o por falta de claridad en la información.

Entre los determinantes intermedios de la salud, concernientes a los estilos de vida; fue importante identificar si las adolescentes estaban en condición de marginación social, acciones fuera de la ley, si fueron embarazadas como victimas en caso de acceso carnal violento o turismo sexual; al respecto solo se encontró información de interés en cuanto a la condición de vulnerabilidad social que involucra a 16.77% de las participantes quienes reportaron estar en condicion de discapacidad, padecer una enfermedad que comprometa su vida, mendicidad y condición de calle, entre otras.

Cabe resaltar, que dentro de estas categorias existen DSS que deben ser abordados desde el trabajo intersectorial del municipio, como es el caso de educar sobre salud sexual reproductiva de manera didáctica o lúdico recreativa, con el fin que los adolescentes sientan empatia, aumente su interés y comprension cuando se les hable del tema y no sientan vergüenza o pena frente a sus compañeros o pares inmersos en una sociedad que aún guarda a través de la culturización sus tabúes, creencias y mitos; de cierta manera se debe involucrar a los padres o cuidadores para que mediante dialogos sencillos y asertivos orienten y eduquen a sus hijos en temas relacionados con educación sexual.

Influencia de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) estructurales en el embarazo adolescente. En los resultados comparados, se identifica el predominio de tres determinantes de tipo estructural entre las madres/gestantes adolescentes, los cuales son el ingreso o estrato socioeconómico que expresa una razón de riesgo de 3:1 que se interpreta en el sentido que existen 3 adolescentes embarazadas de que viven en estrato socioeconómico 1 en el municipio de San Antero, por cada (1) adolescente embarazada en países que guardan similitudes socio demográficas con el municipio como son Perú, República de Cuba, República Dominicana e incluso en otras regiones de Colombia.

En cuanto al determinante estructural denominado educación, se observa que el comportamiento estadístico del abandono de la escolaridad en el escenario del estudio es similar al que se encontró en Guatemala (40.7% no han terminado la segundaria), siendo superior en 3 desviaciones estándar a la deserción escolar identificada en Córdoba, Colombia. Sin embargo, como ya se ha mencionado, la relación entre embarazos adolescentes y escolaridad evidencia una relación categórica negativa en el sentido que el embarazo en la adolescencia, es la situación que frustra la escolaridad; por lo que la escolaridad fue descartada como determinante social estructural del embarazo adolescente (35, 36, 5).

Sobre el determinante estructural socioeconómico, se identificó la influencia directa de la pobreza como determinante social del embarazo adolescente en el municipio costanero de la región Costa Caribe de Colombia; esto debido a que al comparar los resultados con la media de pobreza entre adolescentes embarazadas de República Dominicana es de 33.2% en tanto que en este municipio de Colombia la ubicación del rango de pobreza entre las adolescentes madres/gestantes es de 91% registrándose una frecuencia casi triplicada de embarazos en adolescentes entre pobres de República Dominicana en comparación con las cifras de la misma condición en Córdoba, Colombia.

En lo relacionado con la zona de residencia, se aprecia que la fecundidad es mayor en áreas rurales y con menor nivel educativo en Guatemala, México debido a las relaciones de causa-efecto entre ruralidad, pobreza y escolaridad; 81% de las adolescentes embarazadas en Yopal y 56% de las adolescentes embarazadas de Riohacha, Colombia residen en el área urbana; en comparación con el 66% obtenido en el municipio de San Antero, lo anterior permite que se descarte la zona de residencia urbana en sí misma, como un determinante social del embarazo en adolescentes. (37, 38).

Tabla 9 ***Clasificación de los determinantes sociales del embarazo estructurales en adolescentes de San Antero.***

TIPO DE DETERMINANTE	CATEGORÍA DEL DETERMINANTE	%	COMPARATIVO
ESTRUCTURALES	**Socioeconómico:** Ingresos (Estrato 1)	91	20% de las niñas entre los 10 y los 14 años son absorbidas porel trabajo doméstico, pero esteporcentaje aumenta en las zonasrurales, en Colombia y Ecuador (37). El 33.2% de las jóvenes de las familias más pobres de República Dominicana se habían embarazado antes de cumplir los 20 años (36). El observatorio del bienestar de la niñez, en el territorio colombiano hace referencia a la falta de dinero para mantener a su hijo (25.5%) (5).
	Ocupación (Padres): ama de casa	74	20% de las niñas entre los 10 y los 14 años son absorbidas por el trabajo doméstico, pero este porcentaje aumenta en las zonas rurales, en Colombia y Ecuador (37). En el Salvador de las 82 madres interrogadas 60 son amas de casa equivale 73.1 %; (38). 66% son amas de casa en Riohacha- Colombia (39).

TIPO DE DETERMINANTE	CATEGORÍA DEL DETERMINANTE	%	COMPARATIVO
ESTRUCTURALES	**Educación en salud.** Deficiente acceso a servicios de SSR	61	La falta de información en un 37% entre las adolescentes de la zona rural para asistir por información a centros de accesos de servicios de SSR (Riohacha- Colombia) (40). En países con baja tasa de EA, se debe a que la educación sexual comienza en la escuela primaria como es el caso de estados Unidos, Inglaterra, China, Japón, Países Bajos, entre otros. En El Salvador, país centroamericano 13.7% de adolescentes embarazadas escolarizadas, recibieron educación sobre SSR por entidades del sector salud, 36.7% por charlas, 21.4% internet, 15% por TV, 8.7% por amigos, 3,2% biblioteca, radio y periódico 0.6% (39).
	Condicionantes socioculturales propios de la etnia: Afrodescendiente	52	30.6% de población brasilera, afrodescendiente de 15 a 19 años tuvo embarazos en adolescentes (41). En Ecuador la población afrodescendiente representó un 8.81% de los EA (42). En EEUU 51 de 1000 nacimientos son de mujeres de raza negra, mientras que el 22 por 1000 nacimientos son de otras razas (43). A nivel nacional el comportamiento del EA en este grupo étnico fue de 16,4% (44).

Fuente: Análisis de los datos del estudio y fuentes de información confiables de los Estados relacionados contrastados con la teoría de los determinantes sociales de la salud.

En cuanto al determinante de acceso a los servicios de salud, el cual fue medido mediante el tipo de afiliación a la SGSSS, éste tampoco refleja influencia como determinante social del embarazo adolescente en el municipio de San Antero en donde la totalidad de las participantes del estudio que pertenecen al régimen subsidiado, en la comparación con otros departamentos de Colombia se evidencia que el régimen de afiliación subsidiado o contributivo no aparenta relaciones con la presencia del embarazo en la adolescencia. (29, 45, 46, 47).

El segundo determinante estructural en importancia, es el acceso a los servicios educativos en salud, como se ha apreciado en el análisis anterior las adolescentes que son madres o están gestando en la actualidad desconocen en su mayoría cualquier tipo de información que les permita acceder a los programas y actividades preventivas en SSR en el municipio; lo cual denota falta de acceso real a los servicios de salud.

El 61% de las jóvenes de San Antero tienen deficiente acceso real, funcional o efectivo a los servicios de salud lo cual dificulta la necesidad de ser educadas sobre SSR; resultados que coincidieron con los hallazgos obtenidos en Riohacha- Colombia en donde se identificó entre las adolescentes embarazadas de la zona rural, la falta de información (37%) aspecto relevante, para determinar su notoria inasistencia en los centros de servicios de SSR lo cual es un determinante estructural de relevancia para el tema en estudio. Al respecto, es importante destacar que en los países con baja tasa de EA, la educación sexual comienza en la escuela primaria como es el caso de estados Unidos, Inglaterra, China, Japón, Países Bajos, entre otros. (39, 40).

En el determinante estructural socioeconómico “ocupación”, entre las adoles-

centes gestantes, se evidencia el predominio del trabajo doméstico no remunerado; situación que las limita a cumplir otros roles sociales como el educativo y de manera especial la actividad económicamente productiva; sin demeritar lo significativo y la gran influyencia de cumplir con el sostenimiento de un hogar (37, 38, 39).

Colombia y Ecuador comparten similitudes en cuanto a que 20% de las adolescentes gestantes y madres que tienen sus hijos en la adolescencia temprana (de 10 a 14 años) se dedican a cumplir con el papel de los oficios del hogar limitando sus potenciales de desarrollo social y humano. Acerca del porcentaje de madres/gestantes en etapas media y tardía de la adolescencia, se aprecia que las estadísticas del municipio de San Antero son duplicadas en comparación con las estadísticas de los países en los cuales las jóvenes tienen actividades económicamente productivas; son ejemplo de ello El Salvador y otros países centroamericanos en los que se registra "laborar" como ocupación predominante entre las madres adolescentes.

También se indagaron las estadísticas porcentuales de regiones parecidas como Riohacha (Colombia) en estas coinciden elevados porcentajes de actividad ocupacional en el domicilio (ama de casa) y por tanto sin ningún tipo de remuneración, tal condición disminuye la posibilidad que estas adolescentes puedan cumplir sus sueños y proyectos de vida, ya sea por escasa disponibilidad de tiempo, falta de apoyo familiar, de la pareja o simplemente porque ni individual ni familiarmente cuentan con recursos económicos para pagar a alguien que realice estas labores (37,38,39).

El tercer determinante estructural identificado con influencia probable sobre los embarazos en la adolescencia en San Antero (Córdoba, Colombia) es el

sociocultural, por cuanto en las familias existe el antecedente o la práctica común de embarazos a temprana edad, siendo ésta una condición aceptada socialmente por generaciones la cual tiene una influencia de las costumbres étnicas, la raza que mayor predominio tuvo en el municipio entre madres adolescentes y gestantes adolescentes fue la afrodescendiente (52%) en relación a la distribución según etnia; es así como las madres adolescentes sananteranas afrodescendientes, superaron las cifras de la tasa de madres adolescentes brasileras registrada como afrodescendientes en el mismo grupo de edad; similar situación se presentó al comparar la tasa de embarazos adolescentes en afrodescendientes de Ecuador y EEUU con tasas de embarazos adolescentes entre 51 y 53 nacimientos por cada 1000 en mujeres afrodescendientes (41, 37, 43, 36).

Los resultados de paridad en la adolescencia en las entrevistadas, refuerzan el concepto que el acceso a los servicios de SSR es deficiente; un reflejo de ello es la distribución de la paridad (gestaciones, partos, cesareas y abortos), la cual implica una distribución estadística homogénea en todas las categorías, indicativo que la gestación adolescente es un fenómeno común en la sociedad. Es así como 27% (n=42) tuvo un parto en el periodo de la adolescencia y 3,65% tuvo dos a tres partos en esa misma etapa; cifras que exteriorizan que una de cada seis adolescentes en el municipio se embaraza anualmente. en esta estimación los datos de rango de edades de adolescencia (11 a 19 años), edad del primer embarazo y la edad actual de cada una de las participantes del estudio.

Ahora bien, al definir el acceso real a los servicios de salud, también es pertinente indicar que la totalidad de las adolescentes que ya son madres (n=33) tuvieron sus hijos mediante parto vaginal normal; resultados que revelan no

solo falencias en el acceso a los servicios de salud sino "ignorancia" intencional de la norma que indica que los partos en la edad adolescente deben ser mediante cesarea para controlar los riesgos asociados a la mortalidad materna. Dicha información evidencia que las mujeres jóvenes adolescentes no estarían recibiendo de forma apropiada los servicios conducentes a la atención integral en salud contenida en la Ley 100 de 1993; condición que de forma potencial les daría acceso a los beneficios que están contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (POS), destinados a las mujeres embarazadas de todo el territorio colombiano y una de las fortalezas para prevenir las tasas en mortalidad materna y perinatal es la asistencia a control prenatal, en razón que la linea de promoción y prevención se encaminan a evitar las complicaciones que puede desencadenar la gravidez para la salud de las embarzadas tanto físicas como psicológicas; por lo que este determinante estructural no aparenta influencia sobre el fenómeno del embarazo adolescente.

Desde el punto de vista de los determinantes de la salud, se aprecia un rasgo de evidencia que demuestra la presencia aparente de un determinante estructural asociado a la falta de atención al problema de la mujer adolescente embarazada por parte de los organismos de salud, quienes obvian una normativa nacional que debe cumplirse dadas las necesidades biológicas de la adolescente.

Determinantes sociales intermedios. La descripción de las cifras estadisticas que con mayor frecuencia afectaron a las adolescentes del municipio de San Antero, bajo la mirada de los determinantes sociales intermedios permiten identificar el predominio de la categoria "hija de madre embarazada en etapa adolescente" que obtuvo un porcentaje de 68% (n= 106) condición que implica la permanencia de factores o condicionantes socioculturales aprendidos. En

medidas de razón, se obtiene un resultado 2:3, con el cual se identifica que dos de cada tres adolescentes madres/gestantes en la muestra del estudio son hijas de mujeres que tuvieron al menos su primer hijo en la adolescencia.

En cuanto al determinante intermedio entendido como iintersectorialidad de las redes sociales y comunitarias, se identifica una baja participación de las adolescente gestante/madre en las redes de apoyo social promovidas por el Estado colombiano; se identificó que 54% (n=84) asistió a las instalaciones de Familia, Mujer e Infancia del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (FAMI-ICBF) después de ser madre adolescente, 16% de ellas conocen la existencia pero no participaron en ningún momento de las actividades al interior del programa; 29.8% de las adolescentes desconocen de la existencia del programa que beneficia a las gestantes, madres y lactantes adolescentes; evidenciándose de nuevo la problemática del desconocimiento de los aspectos socioculturales de tipo educativo relativos a la participación de los programas de salud en el municipio.

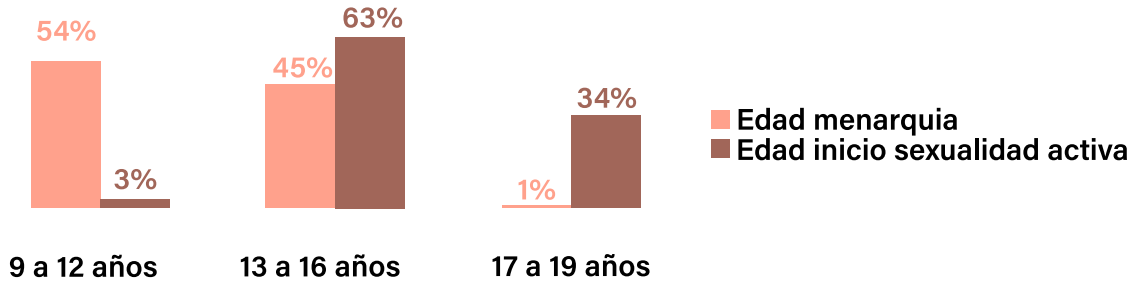
Las dos últimas categorías medían el conocimiento de las "redes de apoyo" que existen en el municipio para la prevención del embarazo en adolescentes, al respecto solo 1% (n=2) reporta conocer su existencia y 99% (n=153) no sabían sobre esta información; aspecto muy llamativo por sus implicaciones es que solo 0,65% de las adolescentes madres/gestantes conocen de la existencia del Programa Servicios Amigables para Jóvenes que ofrece el Estado a través del organismo de salud del municipio, mientras que 99% desconoce la existencia de la oferta de este servicio.

En el grupo de 155 participantes la menarquia se presentó con una frecuencia de 54% en la adolescencia temprana, 45% en la adolescencia media y 1%

en la adolescencia tardía. En lo concerniente al inicio de la vida sexual 63% reporta haber tenido su primera relación sexo-genital entre los 13 y 16 años en la adolescencia media, 34% en la adolescencia tardía y 3% en la adolescencia temprana.

Gráfica 2. *Determinantes intermedios*

Condiciones biológicas: edades de la menarquia y primera relación sexual.



Fuente primaria: Información de la encuesta

La gráfica 2, establece una comparación acerca de la edad de la menarquia con la edad de la primera relación sexual e ilustra el comportamiento de la relación de estas dos variables; los resultados permiten identificar que el inicio de la vida sexual en las adolescentes del municipio transcurre en su mayoría (97%) entre las etapas media y tardía de la adolescencia y 48% se da en el mismo periodo en que se presenta la menarca (3% en la adolescencia temprana y 45% en la adolescencia media); la tercera parte de ellas, 34% empezó la vida sexual con al menos tres años desde la menarca. Estos hallazgos permiten deducir que las jóvenes asumen la menarca como un punto de referencia para iniciar la actividad sexo genital; al respecto (98%) de ellas tuvo su primera relación sexual consentida o de manera voluntaria.

En este mismo determinante intermedio se realizó la descripción analítica de

las categorias de estilos de vida considerando el número de compañeros sexuales, aspecto que evidencia que 62% (n=97) tuvo un compañero sexual; 17% (n=26) tuvieron dos compañeros sexuales; 6% (n= 9) tuvieron tres compañeros sexuales y más del 4% (n=6) tuvieron más de cuatro compañeros sexuales; con lo cual se presume que el número de compañeros sexuales dependerá de los años convividos con la pareja o de la estabiliidad de la adolescente en las relaciones; asumiendo que el número de compañeros sexuales aumenta cuando se concluye una relacion y se inica otra, con ello tambien se puede deducir que, con cada nuevo compañero (aunque no sea estable) se tiene relaciones sexuales, concibiendo tal vez que el sexo es condición indispensable en la relación de estas adolescentes.

Lo anterior motiva a definir en esta población mecanismos que hagan realidad los derechos sexuales y reproductivos iniciando con las acciones educacionales para promoción de la salud sexual, considerando que con estas prácticas las adolescentes se exponen al contagio de enfermedades de transmisión sexual, por el mismo desconocimiento tienen relaciones sexuales sin ningún tipo de protección.

Los determinantes intermedios identificados en la muestra analizada que motivan el inicio de la vida sexual, son relativos a factores biológicos como la edad, a las conductas, estilos de vida y pertenencia a grupos y redes de apoyo social.

Entre los determinantes intermedios se encontró que en el factor biológico edad, predispone a la existencia de diferencias marcadas en el comportamiento del embarazo adolescente en las sananteranas, en relación con la misma, se aprecia que en comparación con países que tienen alto nivel de desarrollo como China y los pertenecientes a la región de América Latina se observa que

las jóvenes del municipio triplican las cifras de embarazos en adolescentes en otras latitudes e incluso superando la tasa de África Subsahariana (48).

Con respecto a la edad como determinante intermedio del grupo de las condiciones biológicas se identificó que 98% de las adolescentes están o estuvieron embarazadas en las edades entre 15 a 19 años, cifras porcentuales que superan a países como China con 2%, países de América Latina 18% y África Subsahariana (50%), este condicionante biológico causa alarma por el alto porcentaje en comparación con países desarrollados y en vía de desarrollo, se ha analizado antes como el determinante sociocultural propio de la etnia favorece estas situaciones; al calcular la razón de riesgo (RR) se identifican 48 adolescentes embarazadas en San Antero por cada adolescente en la misma condición en China; en cuanto en la comparación de los países de América Latina como región se aprecia una razón de riesgo de 5:1 que se interpreta en el sentido de 5 adolescentes embarazadas en San Antero por cada adolescente gestante en la región; al comparar los riesgos con el África Subsahariana, que es el país que tiene la tasa más alta de fecundidad en las etapas de la adolescencia, la razón de riesgo corresponde a 2:1 indicativo que por cada dos adolescentes gestantes en el escenario del estudio hay una adolescente gestante en África Subsahariana; este último dato debido a la importancia internacional del indicador de fecundidad exterioriza claramente que la alarma debe activarse en el municipio de San Antero (Córdoba, Colombia) (48).

Tabla 10. ***Clasificación de los determinantes sociales intermedios del embarazo adolescente***

TIPO DE DETERMINANTE	CATEGORÍA DEL DETERMINANTE	%	COMPARATIVO
Intermedios	CIRCUNSTANCIAS MATERIALES DE VIDA Y TRABAJO		
	Acceso a servicios públicos: Deficiente	56	86.7% de los casos no tienen agua potable, considerando que el 26.7% de la población carece de drenaje y 30% de las familias disponen la basura al aire libre o la queman (49).
	CONDUCTAS, ESTILOS DE VIDA Y FACTORES BIOLÓGICOS		
	Edad: 15 a 19 años	98	2% en China (48). 18% en América Latina (48). 50% en África Subsahariana (48)
	Grupos y redes de apoyo social: Deficiente	99	81% de los participantes presentó un bajo nivel de conocimientos frente a la sexualidad (50).
	Motivo de inicio de vida sexual: Decisión propia	99	El principal motivo para iniciar su vida sexual fue el estar enamoradas según el 72,7 % (51). Esta asociación podría explicarse por el hecho que más del 60 % de las adolescentes después de los 16 años inician relaciones sentimentales de noviazgos y su novio o pareja la incita a tener relaciones sexuales (51). 61% de las adolescentes, menciono tener relaciones sexuales con su pareja por amor propio (Riohacha-Colombia) (39).

Fuente: Análisis de los datos del estudio y fuentes de información confiables de los Estados relacionados contrastados con la teoría de los determinantes sociales de la salud.

El análisis de las relaciones de causa-efecto entre las variables que conforman cada tipo de determinante social de la salud, permite evidenciar interrelaciones directas e indirectas entre ellos; observándose retroalimentación positiva entre el determinante estructural "ingresos" con los determinantes de estilos de vida y redes de apoyo social. Es así como bajo la interrelación de los determinantes estructurales e intermedios, se afectan unos con otros.

El estrato socioeconómico (pobreza) donde se desarrollan influye directamente en determinantes intermedios, tales como deficiencia en los accesos públicos, precariedad en tipo y estado de la vivienda, régimen de seguridad y estado civil. Por tanto, el determinante estructural socioeconómico establece una repercusión directa sobre otros condicionantes, lo que potencia su efecto como determinante social de embarazo.

Uno de los indicadores de pobreza (afín con el hecho de vivir en sectores de estrato socioeconómico bajo) encontrado en la muestra de participantes es el porcentaje desfavorable frente al acceso a los servicios públicos con 56%, no ha existido respaldo gubernamental que garantice la cobertura para la totalidad de los mismos, condicionantes que a corto y a largo plazo afectan la salud de la adolescente embarazada o madre adolescente; dependiendo de las condiciones de vulnerabilidad y del grado de pobreza en las que vivan.

En una investigación en México se halló que 86.7% de los casos de las adolescentes en estado de gestación residen en sectores que no cuentan con agua potable, 26.7% de la población carece de drenaje y 30% de las familias disponen la basura al aire libre o la queman, estos porcentajes varían entre la comunidad sananterana y lo expresado por la comunidad intervenida en México. La mayor dificultad de acceso a estos servicios se presenta en las zonas rura-

les o de mayor vulnerabilidad; es de anotar que son pocas las investigaciones que evalúan estos condicionantes (49).

En lo relacionado con los estilos de vida, como posibles determinantes sociales intermedios para el embarazo adolescente, se identificó que 99% de las jóvenes inician su vida sexual por "decisión propia", independiente de su estado civil, todo ello influenciado al parecer de manera directa por los condicionantes socioculturales asociados a la etnia afrocolombiana como ya se ha señalado en los determinantes estructurales; con lo anterior se puede deducir que la decisión de iniciar la vida sexual no sería considerado como un determinante intermedio del grupo de los estilos de vida, para la problemática del embarazo en la adolescencia (51).

DISCUSIÓN

El estrato socioeconómico emerge como el principal de los determinantes estructurales, pues tuvo mayor influencia entre las madres y gestantes adolescentes, por cuanto esta condición influye sobre un conjunto de condicionantes asociados a la pobreza que también son caracterizados bajo la figura de los determinantes intermedios como son los patrones socioculturales que demarcan los estilos de vida, así como cierto tipo de permisividades de orden social-cultural propio de las etnias afrodescendiente. Al contrastar nuestro estudio con el realizado en una región mexicana por Flores et al (15), se encuentran resultados similares, cuando señalan que las adolescentes, tienen mayor probabilidad de quedar embarazadas si nacen, viven y se desarrollan en condiciones de pobreza.

Al comparar los hallazgos de San Antero con los obtenidos por Ramos y co-

laboradores, se identifican semejanzas en cuanto al desconocimiento de las adolescentes sobre los contenidos de la información relacionada con SSR que ofrecen los programas de promoción y prevención (34); desde esta perspectiva los resultados de Flores et al coinciden con los obtenidos en las adolescentes madres/gestantes sananteranas al ratificar que el hecho que las adolescentes tengan información sobre planificación familiar, no garantiza que no queden embarazadas (15), también se apreciaron similitudes en cuanto a las bajas frecuencias de la planificación familiar (15). Así mismo, se han encontrado diferencias en relación a las cifras porcentuales de inasistencia a los programas dirigidos a la atención de la adolescente en condición de embarazo o madre adolescente que fueron significativamente mayores en el estudio de Briceño; situaciones que denotan las falencias en la aplicación de las políticas nacionales destinadas a la población de adolescentes en los entes territoriales (34).

En este orden de discusión, es relevante considerar el cumplimiento de la norma legal relativa a SSR; al respecto, se identifica que entre los gobernantes del municipio y en las entidades de salud municipal existe un cumplimiento ineficaz de las políticas públicas establecidas a favor de los adolescentes, en particular en lo relacionado con la educación para la salud (52).

El Plan de Intervenciones Colectivas contiene estrategias para abordar a las adolescentes con mayor riesgo de embarazo a temprana edad, no obstante, aun cuando las acciones de los PIC aparentemente se realizan de forma adecuada, en el municipio de San Antero se observa que el embarazo adolescente es un fenómeno en crecimiento, así mismo la evidencia advierte que la información sobre SSR no está llegando en debida forma a la población focalizada que para el caso son las jóvenes púberes y adolescentes residentes en el mu-

nicipio en sus áreas rural y urbana tal vez debido a falencias en los procesos administrativos de seguimiento y control del cumplimiento de las actividades (53-57).

El hallazgo relativo al determinante estructural acceso a los servicios de salud, permite evidenciar que en el municipio no se cumple a cabalidad con lo establecido en el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP), el cual entre sus estrategias contiene la implementación de Servicios Amigables, para ser ajustadas por IPS públicas y privadas del Estado, basándose en la atención en Salud Sexual y Reproductiva (SSR); tales falencias educacionales en salud, se revierten posteriormente o muestran su efecto en uno de los determinantes intermedios que se relaciona con los estilos de vida (53).

La comparación de los datos estadísticos acerca de la edad de las adolescentes de San Antero, permiten que se aprecie analogía con los resultados de los rangos de edad obtenidos por Contreras – Pulache. En el presente estudio la variable "edad" emergió como un importante determinante intermedio relativo a las condiciones biológicas, denotando fuertes brechas estadísticas en relación con las obtenidas en otras regiones y países; este determinante debe ser intervenido utilizando las estrategias definidas a nivel nacional (56).

La contrastación de los resultados del estado civil permite apreciar un comportamiento inverso a los hallazgos de Contreras-Pulache pues el comportamiento de esta condición en San Antero evidencia el predominio de la unión libre, en tanto que en el estudio citado predomina el grupo de solteras (56).

En concordancia con el estudio citado, se encontraron similitudes relacionadas con los motivos del embarazo adolescente, pues en ambas investigaciones la gestación fue producto de relaciones sexuales consentidas; en cuanto

al embarazo producto de violencia sexual las cifras permiten evidenciar que, si bien éste es un evento infrecuente en ambos estudios, en la investigación de Contreras-Pulache representa una frecuencia cuatro veces mayor que la obtenida en San Antero (Córdoba, Colombia). También se apreciaron similitudes en cuanto a las bajas frecuencias de la planificación familiar (56, 57).

Un determinante estructural identificado sobre los embarazos en la adolescencia es el sociocultural, considerando que en las familias la práctica de embarazos a temprana edad, es una situación aceptada por generaciones, quizás influenciada por su etnia o raza; resultados convergentes a los encontrados en otras investigaciones que concluyen que los embarazos en adolescentes se acentúan en las familias y regiones en donde la procreación a edades tempranas es común (15). Las cifras correspondientes a tasa de gestantes adolescentes entre la población afrodescendiente del municipio de San Antero, superaron ampliamente las estadísticas de adolescentes afrodescendientes embarazadas a nivel nacional e internacional, tal como lo señalan estudios realizados en Brasil, Ecuador y EEUU (41, 58, 59)

Desde la perspectiva sociológica, el concepto de embarazo en adolescentes, incluye el punto de vista sociocultural. Este fenómeno está determinado por los tipos de relaciones que entabla la joven de manera favorable o desventajosa y por un sinnúmero de factores que circundan en su entorno, esta definición tiene relación a lo detallado en cada uno de los modelos de los determinantes sociales de la salud y a la estratificación social a la que pertenece, siendo estos de tipo familiar, pares amigos, comunidad, cuidador, basado en el concepto de la sociología (59).

CONCLUSIONES

Las condiciones socioeconómicas actúan como el principal de los determinantes sociales estructurales de los embarazos en adolescentes en el municipio de San Antero. A nivel de los determinantes sociales de la salud estructurales (pobreza, socioculturales) e intermedios (estilos de vida, edad), se estableció la presencia de unas relaciones intrínsecas entre los DSS estructurales e intermedios en la muestra de adolescentes participantes del estudio. Entendida la interrelación de ambos determinantes en el conjunto relacionado con las circunstancias materiales de vida y trabajo más las conductas, estilos de vida y factores biológicos de las adolescentes; estos componentes se influencian y refuerzan en su actuar como determinantes sociales de los embarazos en adolescentes.

En el desarrollo de la investigación se determinó que la gran mayoría de adolescentes de la comunidad sananterana se embarazan en las edades comprendidas entre 15 a 19 años, lo cual permitió identificar esta condición como un determinante intermedio del grupo de los determinantes biológicos; esto tiene una relación aparente de causalidad con otro de los determinantes estructurales relacionado con la raza, por cuanto los estilos de vida que promueven los patrones socioculturales de las etnias afrodescendientes permiten condiciones familiares que propician la gestación a temprana edad.

Entre los determinantes sociales intermedios de la salud, se establece como parametro de interés las posibilidades de acceso a los servicios de salud mediante la vinculación como afiliado al sistema. Desde esta perspectiva, la afiliación al SGSS no ha sido un condicionante que actue como determinante social de salud en el fenómeno de los embarazos en la adolescencia pues todas las participantes disponen de potenciales para hacer efectivo este acceso.

Como determinante estructural relativo al acceso a los servicios de salud y a la educación para la salud, se identifica que las madres y gestantes adolescentes desconocen sobre el programa de servicios amigables; en consecuencia, nunca han recibido esta atención, situación que tal vez se presentó por la ausencia del profesional de salud encargado de esta actividad en la comunidad o en los colegios; pero se esclarece que una franja estadística recibió alguna forma de educación sexual por otros tipos de redes como el PIC y hogares FAMI-ICBF antes y/o después del embarazo.

Se enfatiza en los hallazgos que la carencia, defiencia o la ineficacia de la educación, sobre métodos de planificación familiar y salud sexual reproductiva han ejercido influencia como determinante social de la salud tanto en sus clasificación estructural como intermedio, por cuanto el uno recibe la influencia directa del ortro. Desde el punto de vista de los determinantes intermedios el inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes sujeto de estudio, esta enmarcado posiblemente por los aspectos psicosociales, económicos, culturales, educacionales y agravados por la aparente falta de presencia de los organismos de salud en cuanto a la educación para la salud en los ámbitos de promoción y prevención, pues al parecer se enfoca más hacia los aspectos curativos.

Los resultados obtenidos reafirman una problemática social relacionada con la falta de acceso a los procesos educativos los cuales deben ser liderados por los sectores salud, educación y complementados al interior de las familias, en tal sentido las entidades competentes deben articularse para velar, cuidar y trabajar por la integridad de las niñas y adolescentes. En consecuencia se destaca la relevancia y la necesidad inaplazable de efectuar acciones educativas con enfoque preventivo que trascienda a los diferentes cursos de vida e

impacte de manera especial a los adolescentes.

REFERENCIAS

1. Dominguez Mujica J, Rodríguez Rodríguez MA, Rivero Rodríguez L. La maternidad a edades tempranas en Mauritania: una perspectiva geodemográfica. Pap. poblac. 2020 [consultado 2021 ago 3]; 26(103): 123-156. Disponible en: https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/13013

2. Mélich JC, Duch L. Ambigüedades del amor. Antropología de la vida cotidiana. Madrid: Editorial Trotta, S.A.; 2009

3. Palacio MC. La familia. Meditaciones sociológicas en tiempos ambiguos. Medellín: Sílaba; 2020.

4. Báez A. El vivir y morir en la baja Edad Media, comadronas y maternidad: Una aproximación de estudios. Cuad de huma. 2018 [consultado 2021 ago 3]; 22(23): 85-98. Disponible en: http://portalderevistas.unsa.edu.ar/ojs/index.php/cdh/article/view/812

5. Sánchez Rivera M. Construcción social de la maternidad: el papel de las mujeres en la sociedad. Opción. 2016 [consultado 2021 ago 3]; 32(13): 921-953. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/310/31048483044.pdf

6. Martínez BY, Díaz BZ. Programa de planificación familiar y riesgo reproductivo sensible al género. Rev Cub Med Gen Integr. 2015 [consultado 2021 ago 3]; 31(4): 308-316. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0864-21252015000400003

7. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Acelerar el progreso hacia la reducción del

embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica. Washington, D.C: OPS, UNFPA, Unicef; 2018 [consultado 2021 ago 5]. Disponible en: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ESP-EMBARAZO-ADOLES-14febrero%20FINAL-5.PDF

8. Agudelo Echeverri J. La planificación familiar, discurso sobre la vida y la sexualidad en Ecuador desde mediados del siglo XX. Ecuador: FLACSO; 2017

9. Rodríguez Vignoli J, San Juan Bernuy V. Maternidad, fecundidad y paridez en la adolescencia y la juventud. Continuidad y cambio en América Latina. Serie Población y Desarrollo. Santiago: CEPAL; 2020 [consultado 2021 ago 5]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45838/4/S2000450-es.pdf

10. Orcasita L, Uribe A. La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. Psych. 2010 [consultado 2021 ago 5]; 4(2): 69-82. Disponible en: https://revistas.usb.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/1151

11. Quintero Rondón AP, Rojas Betancur HM. El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. Rev Virt Uni Cat del Nor. 2015 [consultado 2021 ago 5]; 44: 222-237. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194238608016

12. Monteleone HO. Embarazo precoz y maternidad adolescente: intervenciones institucionales. Rev de la Uni de Mend. 2013 [consultado 2021 ago 5]; 19-22. Disponible en: https://core.ac.uk/reader/268219520

13. Duarte Quapper C. El adultocentrismo como paradigma y sistema de dominio. Análisis de la reproducción de imaginarios en la investigación

social chilena sobre lo juvenil. [Tesis doctoral]. España: Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible en https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/377434/cdq1de1.pdf?sequence=1

14. Rojas Betancur M, Méndez Villamizar R, Álvarez Nieto C. El papel de la familia en la normalización del embarazo a temprana edad. Rev Encu Uni Autó del Car. 2016 [consultado 2021 ago 5]; 14(01): pp.139-150. Disponible en: http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD30327.pdf

15. Flores M, Nava G, Arenas L. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. Rev de Sal Púb. 2017 [consultado 2021 ago 5]; 19(3): 374-378. Disponible en https://scielosp.org/article/rsap/2017.v19n3/374-378/es/

16. Fernández Rodríguez Y, Escalona Aguilera R. Comportamiento del embarazo en la adolescencia. Rev Ped Elect. 2011 [consultado 2021 ago 5]; 16: 41-53.

17. Perkal Rug G. El embarazo en la adolescente. Rev de Form Conti de la Soc Espa de Med de la Adole. 2015; 3(2).

18. Rosales Silva JG, Irigoyen Coria A. Embarazo en adolescentes: problema de salud pública y prioridad para el médico familiar. Aten Fami. 2013; 20 (4): 101-102.

19. Gómez AM, Olivera RA, Amores CE, Soto MA. Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. Rev Cub de Obste y Gine. 2019; 45(2), 1-21.

20. Colombia. Documentos Conpes Social 147: Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adoles-

cencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años

21. Gil Gómez C. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): una revisión crítica. Pap de rela ecoso y camb glob.2018; 107-118.

22. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación. OMS; 2008 [consultado 2021 ago 5]. Disponible en: https://www.who.int/social-determinants/final-report/csdh-finalreport-2008-execsumm-es.pdf

23. Soltero Rivera SG, Santos Flores JM, Guzmán Rodríguez LM, Gutiérrez Valverde JM, Guevara Valtier MC. Determinantes sociales de salud y necesidad educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes embarazadas. Sanus. 2020 [consultado 2021 Sep 22]; 5(14): e170. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S2448-60942020000200005&lng=es.

24. Vélez Álvarez C, Vidarte CJ. Discapacidad y Determinantes Sociales de la Salud Estructurales e Intermedios: Diferencias por Género. Cienc e innov en salud. 2014 [consultado 2021 sep 22]. Disponible en: http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/download/42/2803

25. Morales Rojas ME. Una revisión narrativa del embarazo adolescente y los determinantes sociales en salud en México. Rev Salud y Bien Soc. 2021; 5(1): 59-74.

26. Fiorati RC, Arcêncio RA, Souza LB. Las iniquidades sociales y el acceso a la salud: desafíos para la sociedad, desafíos para la enfermería Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016; 24: e2687.

27. Moral P et al. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Rev inter de socio. 2014; 72(1): 45-70

28. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. México: 4- Edición; 2006. ISBN: 970-10-5753-8. Disponible en: https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/1033525612mtis_sampieri_unidad_1-1.pdf

29. Córdoba. Alcaldía Municipal de San Antero. Gestión Salud. Aseguramiento al régimen subsidiado en salud. Código GS-AS-PO2. Versión 2.0

30. Manterola C, Tamara O. Los Sesgos en Investigación Clínica. Inti. J. Morphol. 2015; 33(3):1156-1164.

31. De la Torre Ugarte Guanilo M, Oyola García A. Los Determinantes Sociales de la Salud: una propuesta de variables y marcadores/indicadores para su medición. Rev Peru de Epidem. 2014; 18 (1):1-6.

32. Colombia. Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Salud. Resolución 8430 de octubre 4 de 1993. Artículos 18, 21, 22; 31, 32; 37 y 38. Disponible en el Diario Oficial Nº 49427.

33. Colombia. Código Civil. Ley 820 de julio 10 de 2003. Artículos 313 y 314. Disponible en el Diario Oficial Nº 46244 de 2003.

34. Días Curbelo A, Velasco Boza A, Gutiérrez López J. Embarazo en la adolescencia, un problema de salud en el policlínico "Efraín Mayor Amaro" del Cotorro, La Habana Rev Cub de Obste y Gine. 2019; 45(2).

35. Ministerio de salud pública y asistencia social. Guía de prevención del embarazo en la adolescencia en Guatemala. Creciendo juntos responsablemente. "Prevenir con educación".

36. Martínez de Toda Tobía S. El fracaso escolar en el embarazo adolescente. Universidad de la Rioja. 2015/2016.

37. Prevención del embarazo en adolescentes. Con perspectiva de género y enfoque de derechos humanos. “Hacia una política nacional”. República dominicana, marzo 2011.

38. Espinoza Salvado I, Espinoza Turcios E. Proporción y características clínico- epidemiológicas de adolescentes embarazadas, en las zonas de influencia, atendidas por médicos en servicio social, durante el período agosto 2015-2016. Universidad nacional autónoma de honduras.

39. Delgado Velázquez R, Martínez Posso M. Aspectos epidemiológicos sobre adolescentes embarazadas en un área del municipio El Salvador, Guantánamo. Rev Inf Cient. 2017; 96. 3:346-354.

40. Bueno Villar M, Nieves Martínez M, Jurado Mejía Y. Factores presentes en el embarazo en adolescente en una institución de salud de Riohacha. Universidad Cooperativa de Colombia. 2019.

41. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Fecundidad y maternidad adolescente en el cono sur. Apuntes para la construcción de una agenda común. UNFPA; 2016.

42. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Decreto 3039 de agosto 10 de 2007. Diario Oficial No 46. 716.

43. Garnica Rosas L. Prevalencia y factores asociados al embarazo y su reincidencia en adolescentes colombianas. Universidad del rosario. 2012.

44. Colombia. Congreso de la Republica. Ley 1438 del 19 de enero de 2011.

Diario Oficial No 47.957.

45. Tambini G. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo. Ciudad de Panamá: OPS/OMS; 2018.

46. Bernardi R. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Informe anual. UNICEF; 2017. Disponible en: https://www.unicef.org.co/informe2017/es/pdf.pdf

47. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud [internet]. OMS. Disponible en: https://www.who.int/topics/social-determinants/es/

48. Jiménez Gonzales A, Granados Cosme M. Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio mixto de caso. Salud púb de Méx. 2017; 59(1).

49. Hernández Ávila A, Barrera Rodríguez E, Castañeda Porras O. Prevalencia de embarazo en adolescentes. Rev Colom de Obste y Gineco. 2013; 68(3): 168-168.

50. Sala situacional maternidad y paternidad temprana (10 a 19 años). Equipo de análisis, condiciones, calidad de vida salud y enfermedad. Subred sur occidente E.S.E 30 de junio de 2018.

51. Colombia. Alcaldía Mayor de Bogotá. Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad. El embarazo en adolescentes en la localidad de Kennedy año 2017, desde una mirada descriptiva. 2018.

52. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado Mundial

de la Infancia 2011. La Adolescencia una Época de Oportunidades [internet]. 2011 [consultado 2021 sep 20]. Disponible en: https://www.cepal.org/es/notas/estado-mundial-la-infancia-2011-la-adolescencia-epoca-oportunidades

53. Gómez Rivadeneira A, Caicedo Montaño C. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Nº 6 Julio-diciembre 2014.

54. Colombia. Sistema Único de Información Normativa (Minjusticia). Resolución 1841 de 28 de mayo de 2013 Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Diario Oficial. Año CXLIX. N. 48811 04, 2013. Pág. 9.

55. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 3738 de 30 de agosto de 2011. Diario Oficial No. 48.179 de 1 de septiembre de 2011.

56. Contreras Pulache H, Mori Quispe E, Hinostroza Camposano W. Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de lima, Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2013; 30.3: 379-85.

57. Córdoba (Colombia). Municipio de San Antero. Empresa social del estado. Iris López Duran. Sistema de información y atención al usuario SIAU. Nit 812002993-3.

58. Royo M. Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia: Explicando las causas de las causas. Bogotá, D.C: Profamilia; 2018.

59. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Protocolo de Atención a la Embarazada Menor de 15 años.

CAPÍTULO 3

CREENCIAS EN SALUD ORAL DE UN GRUPO DE GESTANTES DE MONTERÍA, DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA, COLOMBIA

SARITA DE ARCO MONTIEL
NYDIA NINA VALENCIA JIMÉNEZ

SÍNTESIS INVESTIGATIVA

Las mujeres embarazadas que hicieron parte del estudio cuentan con edades entre 18 y 33 años. Viven con sus parejas en unión libre y sus viviendas están ubicadas en el estrato 1. Refieren que no lograron culminar sus estudios de secundaria y actualmente son amas de casa. Entre sus creencias se destaca que el embarazo está ligado al deterioro de sus dientes debido a que los bebés absorben el calcio y las predisponen a la caries, en especial cuando están embarazadas de varones porque estos son más fuertes y succionan más que las mujeres. Frente al cuidado de la salud oral, las gestantes prefieren seguir los consejos de sus familiares cercanos o amigas y atender muchas de las afecciones en casa antes que solicitar una consulta odontológica por el temor a un percance. Para calmar los dolores de muela hacen lo siguiente: en el orificio disponen clavitos de olor, otras plantas o incluso marihuana. En cierta ocasión confiesan que a veces mezclan la marihuana con el "perico" para desaparecer el dolor. Por eso, dan fe que con estas y otras prácticas alivian las molestias dentales

Palabras Clave: Mujer embarazada, creencias, salud oral

INTRODUCCIÓN

Existen factores sociales, culturales, económicos y políticos vinculados a la salud de las mujeres y niñas cuya sinergia aumenta las probabilidades de enfermar o morir. La razón principal radica en las dificultades de acceso a un sistema sanitario de calidad capaz de satisfacer las exigencias de este grupo poblacional (1). En el Departamento de Córdoba, ubicado en la costa Caribe de Colombia, logran integrarse aspectos desfavorables para la salud femenina, en especial por ser una de las regiones colombianas con mayores índices de necesidades básicas insatisfechas (59,09%), pobreza monetaria (79.64), analfabetismo (37,60%) y desempleo (9,1%) (2). Estos elementos, de una u otra forma configuran un territorio con pocas oportunidades para el desarrollo integral de la salud femenina (3,4) y la de las niñas y niños (5).

Ahora bien, las condiciones de vida y formas particulares de organización social entre una región u otra establecen y acentúan las diferencias de género en los diversos sujetos. Esto, se va expresando en las maneras particulares de asumir las problemáticas de salud, las cuales requieren un trato diferencial, pues, la atención y el cuidado no pueden ofrecerse igual para todos los grupos orientando acciones prioritarias en el marco de la política pública de salud colombiana. La situación es bastante llamativa y especial en la población femenina, sean mujeres, niñas o madres en periodos de gestación.

Y en efecto, el embarazo y el parto son fenómenos físicos, sociales, psicológicos, culturales y afectivos con grandes implicaciones para la mujer que van más allá de traer un bebé al mundo (que de por sí es una tarea bastante compleja) cuando a la madre se le asignan roles socioculturales de mayor responsabilidad ante el cuidado del embarazo y, por supuesto, del futuro niño. En esa

posición sociocultural, la mujer es la figura principal del cuidado en la familia, haciéndose necesario la creación de diversos escenarios analíticos alusivos a la promoción y mantenimiento de la salud.

Entre estos escenarios analíticos está el vínculo entre el cuidado bucal y la salud materna. En él, existen evidencias de la relación enfermedades bucales con algunos trastornos del embarazo como preeclampsia, bajo peso al nacer y partos prematuros (6-8). Asimismo, otros estudios reafirman las altas posibilidades para la transmisibilidad vertical de la caries dental de la madre al hijo (6). Ante ello, es necesario priorizar a las gestantes como un grupo de atención particular en el campo de la odontología, pues el embarazo puede contribuir a alteraciones en las condiciones bucodentales y exponer a los dientes a una mayor actividad cariosa en la gestante (6-9).

Analizando el tema con más detalle, en el periodo de gestación se produce una transición interna y externa en el organismo de la gestante, que, en cierta forma, provoca una mayor vulnerabilidad de la mujer en los eventos emocionales que guían su toma de decisiones. En ese tránsito, se inicia el proceso de arraigo de las creencias en salud que no excluye el ámbito odontológico. La causa es que se consolida gran parte de los temores o tabúes asociados a los tratamientos dentales como una situación de riesgo para la salud de la gestante y la del vástago (10–12).

Así pues, las creencias construidas y transmitidas por la familia, comunidades, sociedades o grupos de iguales, actúan en gran medida como determinantes para la adopción de comportamientos en diversas áreas de la vida. En el campo de la salud, este tipo de valoraciones internas de los sujetos son el eje de diversas teorías o enfoques, como es el caso específico del Modelo de Creencias

en Salud [MCS], el cual se tomó de base para orientar la interpretación de los hallazgos del presente estudio.

De este modo, conocer las creencias en salud oral construidas por las gestantes en Montería, Departamento de Córdoba, Colombia, aportará elementos para develar el concepto adoptado sobre salud bucal desde la mirada femenina y cómo esa mirada trata de batallar con las enfermedades bucales ante las cuales las mujeres se sienten vulnerables. Asimismo, explorar este mundo en particular podría ofrecer marcos interpretativos acerca del por qué, en ciertas ocasiones, los programas de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a las gestantes no logran disminuir significativamente los índices de enfermedades bucales (10, 11- 13).

Por otra parte, existen brechas entre los conocimientos científicos y aquellos saberes autóctonos, culturales o propios de cada individuo, lo cual se constituye en motivaciones para la realización de disertaciones enfocadas en la recuperación de estos saberes populares (creencias, cultura, mitos, tradiciones) forjados en el marco de una gran riqueza cultural de distintos tipos de conocimientos (14, 15). A partir de lo anterior, se justifica la relevancia de ir más allá de lo aparente, en trazarse metas para abordar la esencia de cada una de las mujeres en gestación y escuchar las voces femeninas que de forma autónoma decidieron abrir sus sentimientos y emociones con el fin de mostrar sus creencias sobre la salud oral durante cierto periodo de sus vidas.

OBJETIVO

Explorar las creencias en salud oral de un grupo de gestantes de la ciudad de Montería, Departamento de Córdoba, Colombia.

BASES TEÓRICAS

Antes de comenzar el abordaje de las dimensiones del Modelo de Creencias en Salud (MCS), es necesario comprender el término de creencias. También, su importancia en la configuración de las realidades sociales del individuo, en este caso las gestantes, al momento de tomar decisiones concernientes a la salud oral.

CREENCIAS

Las creencias son ideas acogidas como verdades por la persona al momento de adoptar comportamientos o estilos de vida adecuados para la salud individual, familiar y comunitaria. Una creencia es una verdad subjetiva e interna o una concepción propia y particular sobre una disposición positiva o negativa. En ella, reposan elementos frente a cómo actuar en torno a determinado evento así que también podrían definirse como etiquetas y valoraciones internas que cada sujeto concede a algo. Por eso, son manifestaciones inconscientes que influyen en la sociedad (16, 17).

Por otra parte, la mente humana está integrada por tres dimensiones: el inconsciente, el subconsciente y el consciente. La parte inconsciente asume la función controladora del aspecto fisiológico siendo el componente que recibe el estímulo y genera una respuesta; en el subconsciente se encuentra el sistema límbico encargado de las emociones, más específicamente el control de ellas; y, por último, en el neo córtex se ubica la parte consciente del cerebro donde se produce el desarrollo de la inteligencia. En este sentido, el ser humano está en capacidad de construir conocimientos a lo largo de la vida a partir de la potenciación del aspecto cognitivo y racional (18).

Las creencias integran el subconsciente, de ahí que la respuesta ante la valoración interna construida por las gestantes en torno a si los tratamientos odontológicos ocasionan algún daño al feto o no va a ser rápida y preestablecida. Ello, de acuerdo a los elementos almacenados en esta dimensión y guiados por la parte emocional. Así, las creencias tienen una influencia muy importante en el accionar de cada una de las personas porque, aunque se producen de forma inconsciente al no constituir algo formulado previamente, si son elementos existentes y operativos en el interior de cada individuo que no dudará en recurrir o apelar a ellas como una respuesta eficaz y segura frente a cierta situación (19 – 21).

Las creencias se forman a partir de las vivencias o experiencias propias de cada persona, también pueden ser adquiridas por las opiniones de otros sujetos que suponen cierta confiabilidad o autoridad para el individuo hasta el punto de llegar a arraigarse en su subconsciente. Las creencias en salud oral suelen ser transmitidas de la madre a la gestante primeriza. Por ejemplo, el comentario un tanto inusual "Cada embarazo cuesta un diente" se asumirá o no a partir del grado de certeza en torno a cada creencia o quién la enuncie. En este caso, al ser la madre una figura representativa para la embarazada, este tipo de verdades subjetivas tomarán fuerza a partir de qué tan sugestionable sea la gestante (22).

Al mismo tiempo, las verdades subjetivas e internas se organizan en sistemas jerárquicos de mayor a menor influencia donde se encuentran las creencias centrales, las cuales ocupan un lugar privilegiado en el sistema de creencias y acompañan al individuo desde su niñez. Por lo general, son adoptadas en etapas precoces de la vida y tienen la capacidad de ofrecer cierta estabilidad al sujeto, en particular, cuando este le otorga una mayor veracidad. Sin embargo,

podrían actuar como barreras al momento de procesar nueva información, en especial si estas van en contra de las creencias centrales que son consideradas verdades absolutas (22).

Además de las creencias centrales, se encuentran las creencias intermedias que son actitudes, reglas y supuestos que frecuentemente no son expresadas por parte del individuo (se podría decir que son creencias que tiene la persona de si y de lo que lo rodea). Sumada a estas, se encuentran los pensamientos automáticos, imágenes o verbalizaciones que surgen espontáneamente a lo largo de la vida de una persona. Algunas de sus características son la corta duración y la poca demanda en su análisis o reflexión (22-25).

Una aproximación al Modelo de Creencias en Salud (MCS)

La base teórica del presente estudio la constituyó el MCS creado por Hochbaum, Rosenstock, Becker y otros autores. Esta herramienta de análisis considera los comportamientos en salud como el resultado de las creencias y valoraciones internas de cada individuo cuando trata de explicar las acciones en beneficio de la salud y la prevención de las diversas enfermedades a partir del establecimiento de cuatro dimensiones (16, 26):

- **Percepciones individuales (susceptibilidad percibida y severidad percibida):** las percepciones individuales se enuncian desde la susceptibilidad percibida, la cual hace referencia a la variación de la percepción subjetiva del riesgo a contraer cierta enfermedad y a la toma de conciencia del sujeto frente al vínculo riesgo-salud. Es este contexto, las personas navegan por sus autopercepciones como: “niego cualquier posibilidad de enfermarme”, “puede que me enferme”, y la aceptación de: “realmente estoy en riesgo de enfermarme”.

A partir de lo anterior, la susceptibilidad es la idea acerca de qué tan vulnerable se siente una persona frente a un problema particular de salud.

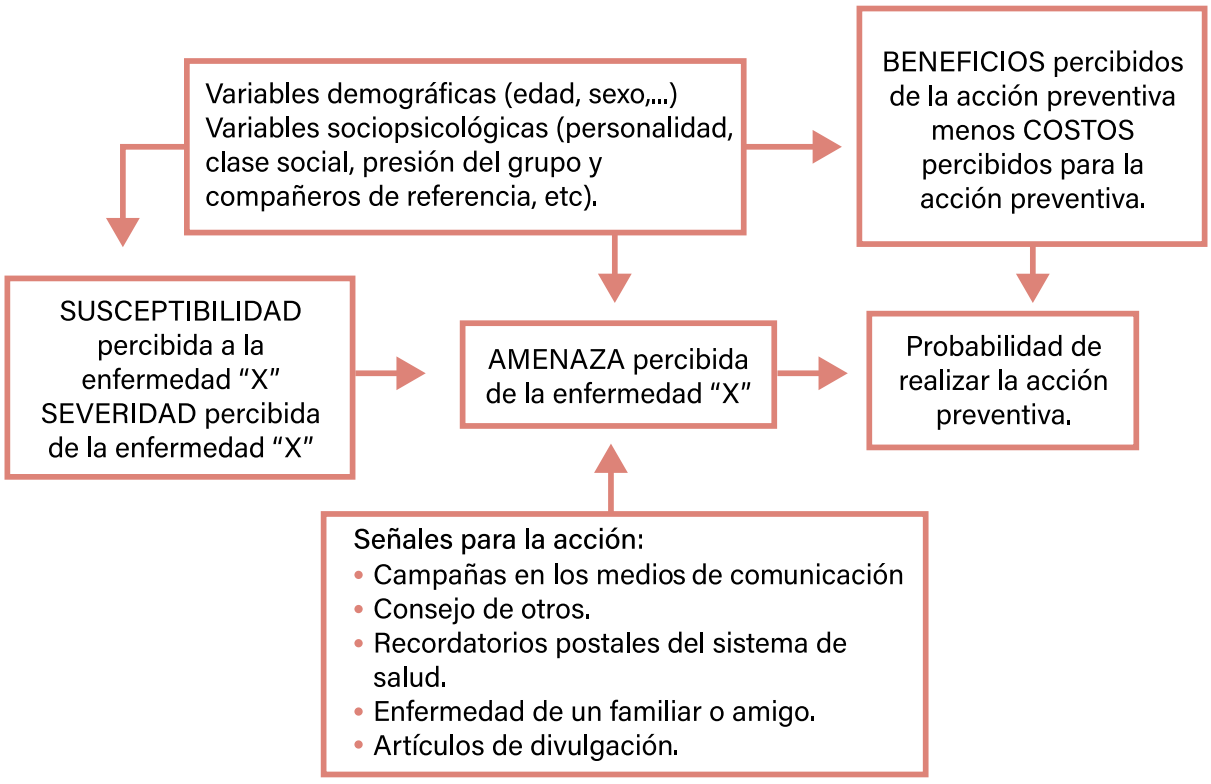
En el caso específico del estudio que sustenta este apartado, la susceptibilidad comprende la percepción de vulnerabilidad de la gestante ante la posibilidad de contraer alguna enfermedad bucal. También, la medida en la que puede percibir el riesgo de su bebé a partir de la probabilidad de contraer algún tipo de enfermedad bucal.

La severidad percibida, por su parte, corresponde con las creencias acerca de cuán grave es contraer determinadas enfermedades o no tratarlas a tiempo. La severidad puede dividirse en: severidad para la salud del individuo y severidad de los posibles efectos físicos, mentales o socioeconómicos que pueden afectar a la persona (13, 26). Por tanto, sus consecuencias se dividen en: i) médico/clínicas como son la muerte, el dolor o la incapacidad; y, ii) los efectos a nivel social como la disminución de las relaciones en sociedad, el trabajo o la familia.

• **Factores modificantes:** además de los componentes de la dimensión anterior, el MCS considera otros determinantes fundamentales para la adopción de comportamientos preventivos en el ámbito de la salud. Su nombre es factores modificantes o estímulos y se encargan de desencadenar el proceso de toma de decisiones del individuo. Dentro de ellos, se encuentran los de tipo demográfico (internos), edad, sexo, cultura y etnia, y los de tipo psicosocial (externos), ideas previas con relación a la enfermedad o el estrato social que pueden ser de carácter estructural y la amenaza percibida como los consejos de algún familiar o amigo, experiencias, creencias, revistas o artículos leídos.

• **Probabilidad de acción:** esta dimensión se divide en beneficios percibidos (físicos o emocionales que obtiene la persona al llevar a cabo determinada acción) y barreras percibidas (bien sea físicas o mentales que impiden realizar, adoptar o modificar comportamientos en salud). Lo primero es la creencia de la gestante frente a qué es lo efectivo al asistir a tratamientos o practicar comportamientos en salud oral para ella y su bebé. Lo segundo, las barreras percibidas, son aquellas situaciones que impiden a la gestante realizar dichas acciones como calcular los costos de la atención, la probabilidad de dolor, la conveniencia, la incomodidad o sentir vergüenza. En la Gráfica 3 se muestra la aplicabilidad del MCS ante la predicción de la conducta de salud de acuerdo con Becker y Mainan (1975).

Gráfica 3. ***Aplicación del MCS***



Fuente: tomado de Becker y Mainan (1975)

Como anotación final, el MCS considera distintos resultados con un solo propósito: realizar o no realizar conductas preventivas en salud (13, 26). Para ello, se ha de tomar en consideración:

- Ante una alta disposición a actuar y frente a la evaluación débil de los aspectos negativos, existe la probabilidad de ejecutar acciones en forma de conducta preventiva con alcances favorables para la salud humana.

- Al existir una disposición débil a actuar con aspectos negativos fuertes, se producen barreras en las acciones de salud impidiendo la respuesta esperada.

- Si la disposición a actuar y las barreras son altas, surgirá un conflicto a menos que el individuo disponga de acciones alternativas, igual de eficaces, pero con menos barreras. Si no se dispone de estas acciones alternativas, el individuo puede alejarse psicológicamente realizando acciones poco efectivas para solución de la enfermedad o la crisis de ansiedad.

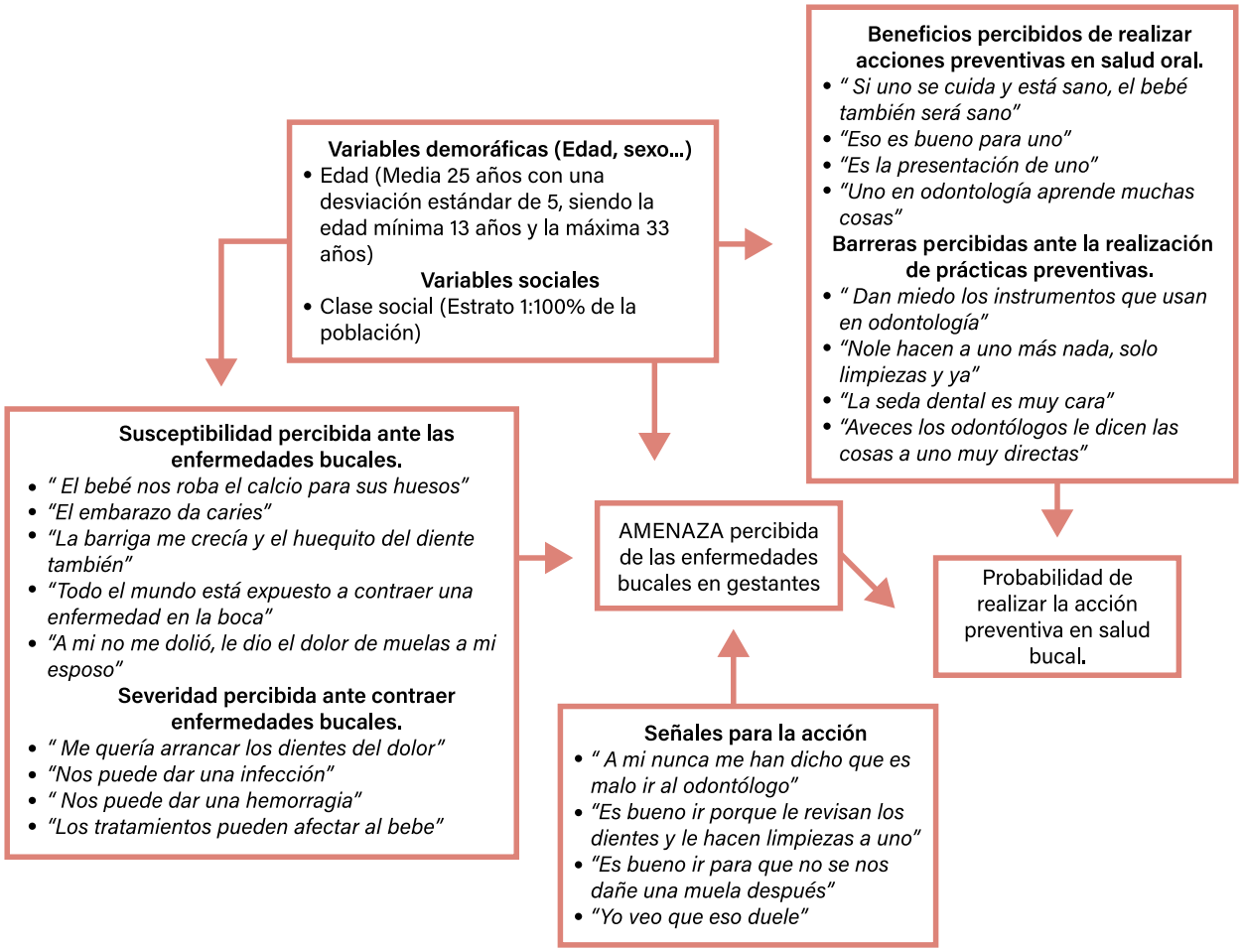
En este orden de ideas, la adopción de estilos de vida preventivos en salud bucal, por ejemplo la gingivitis (enfermedad bucal caracterizada por inflamación y sangrado de la encía que puede progresar hasta la pérdida de los órganos dentales), debe en primer lugar evidenciar el nivel de vulnerabilidad. En segunda instancia, contraer esta enfermedad puede generar cierta gravedad para la salud de la gestante y de su bebé. Y tercero, el uso de seda dental será provechoso para reducir las dimensiones de susceptibilidad y severidad, beneficio que tendrá que ser mayor a las barreras psicológicas o físicas detectadas. Entonces, la probabilidad de tomar acciones en salud corresponderá a la percepción de la materna frente al impacto futuro para su salud y la reducción en la vulnerabilidad de contraer una enfermedad o disminuir en gran medida

la severidad de la enfermedad en caso de adquirirla.

Esta perspectiva teórica permitió cristalizar una representación gráfica con las respuestas de las gestantes del estudio (Gráfica 4) sobre la aplicación del MCS de Rosenstock, Becker y Maiman. En ella, se muestra que la percepción de la materna ante el beneficio de acción preventiva en salud oral debe estar condicionada por un balance interno entre los beneficios/barreras.

Sin embargo, si los resultados (en acciones preventivas) varían es probable que la gestante realice acciones preventivas en salud (cuando los beneficios son mayores que las barreras) o no existe la mínima posibilidad que la gestante ejecute acciones preventivas en salud bucal (beneficios pocos y barreras fuertes). Si ambas son altas –barreras/beneficios- la gestante podría entrar en un conflicto interno o desarrollar niveles de ansiedad si no lo logra resolver (13).

Gráfica 4. ***Aplicación del modelo de creencias en salud a la predicción de los comportamientos preventivos en salud de acuerdo a Becker y Maiman por parte de las mujeres gestantes***



Fuente: elaboración propia

El consolidado de frases engloban la mayoría de las ideas construidas por las gestantes de la ciudad de Montería, Departamento de Córdoba, las cuales ofrecen la posibilidad de establecer qué tan probable sería si las gestantes llevan a cabo acciones preventivas en salud bucal y cuán grave creen que sería no realizarlas. También se resaltan los factores externos e internos que podrían influenciar de manera positiva o negativa la salud de las gestantes.

RUTA METODOLÓGICA

El estudio se desarrolló bajo los parámeros del enfoque cualitativo de tipo micro etnográfico, el cual permite conocer y entender los comportamientos particulares de una comunidad. Este tipo de investigación es considerada una rama de la antropología al enfatizar en el trabajo de campo, la observación y descripción de los distintos aspectos de una cultura, comunidad o pueblo (27).

Para el estudio fueron elegidas 19 gestantes (número que se obtuvo por saturación teórica) con una edad mínima de 18 años y máxima de 33. Las participantes cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: mujeres gestantes en el primer, segundo y tercer trimestre del embarazo; gestantes que firmaron el consentimiento informado, y, por ende, aceptaron participar en el estudio de forma voluntaria; embarazadas asistentes a un hogar comunitario ubicado en un barrio de la comuna cuatro de la ciudad de Montería, Departamento de Córdoba, Colombia.

La información se obtuvo mediante el registro de las observaciones en el diario de campo, encuestas de caracterización sociodemográfica y entrevistas semiestructuradas. Se empleó un tipo de muestreo por conveniencia en razón que se seleccionó a las participantes favoreciendo el acceso para la investigadora, hasta lograr el punto de saturación teórico. Los criterios de muestreo se basaron en los principios de: conveniencia, oportunidad y disponibilidad. Para recolectar la información, se asumió una postura familiar (mediante la realización de actividades lúdico-recreativas) para las gestantes durante los meses previos a la recolección de información, lo que facilitó el acercamiento. A medida que las investigadoras se relacionaron, analizaron, conocieron y se ganaron la confianza de las gestantes se obtuvo los datos primarios para alcanzar los objetivos del estudio.

Se realizaron un total de 19 entrevistas entre mujeres distribuidas entre los tres trimestres de gestación y no se exigió el desplazamiento a ningún sitio fuera del entorno natural. Por el contrario, la investigadora principal se desplazaba dos veces por semana hacia la Cooperativa de la cual ellas hacían parte con el fin de desarrollar actividades complementarias. El instrumento fue sometido a una evaluación de expertos y se implementó a otro grupo de gestantes para verificar la comprensión de las preguntas concernientes a ¿cómo cuida la salud de su boca?, ¿qué enfermedades bucales conoce?, ¿cuando le da dolores en sus dientes qué suele hacer?, ¿qué sentimientos le produce ir al odontólogo?, entre otras. Posteriormente, se ajustó y fue usado en las participantes seleccionadas dentro de cada uno de sus hogares según una duración aproximada de 45 minutos, previo diligenciamiento del consentimiento informado y explicación de los intereses del estudio.

El total de participantes se obtuvo bajo el criterio de saturación teórica, el cual se logra cuando la información emitida por los entrevistados no aporta nada nuevo para el abordaje teórico de las categorías de análisis. El registro de la información fue grabado y transcrito fielmente en un archivo Word 2010 con ayuda del dictado por voz de Google Drive. En cada texto, se analizaron las frases recurrentes entre las gestantes, expresiones verbales y códigos in vivo que iban surgiendo, al igual que se fueron identificando similitudes y contradicciones.

Los datos recolectados se analizaron bajo la técnica de análisis de contenido descrita por Bardin en tres fases (28):

- **Fase I. Pre-análisis:** por medio de las reglas de exhaustividad, representatividad, homogeneidad y pertenencia se organiza y prepara el estudio.

- **Fase II.** Exploración del material: los datos obtenidos se transforman, se organizan y categorizan.

- **Fase III.** Resultados, inferencia e interpretación: consolidación y sistematización de la información obtenida. Esta se consigue a partir de la detallada y repetitiva lectura de cada una de las entrevistas resaltando los aspectos significativos y coherentes con alguna de las dimensiones del MCS. Los segmentos seleccionados se ubicaron en una matriz de codificación conformada por descriptores (palabras de importancia), subcategorías y categorías creadas por las investigadoras tratando de expresar lo más exacto posible el sentir de las gestantes.

Con relación al rigor y la validez en la investigación, se aprovecharon estrategias que permitieron garantizar los criterios dentro de la información aquí presentada:

- Los instrumentos utilizados para recolectar la información fueron sometidos a juicio de un grupo de expertos con el fin de lograr mayor exactitud y claridad frente a lo que se quería indagar.

- Se tuvo en cuenta criterios de rigor metodológico de estudios cualitativos como lo son credibilidad (se contó con asesores y directores expertos con amplio conocimientos para el acompañamiento teórico y metodológico), transferibilidad (la idea era que las interpretaciones y métodos en esta investigación pudieran ser utilizados en futuros estudios con distintos contextos) y la neutralidad y confirmabilidad (las investigadoras garantizaron que los resultados son con exactitud la fiel copia de lo expresado por las gestantes).

Al mismo tiempo, se adoptaron los parámetros de la Resolución 8430 de 1993, artículo 11, del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. En ella, se establecen las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para las indagaciones en salud y se dictan otras disposiciones. Según la Resolución 8430, la investigación se cataloga como un trabajo académico sin "Riesgo mínimo".

Para consolidar aún más el proyecto, se socializó el estudio ante el Comité de ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Córdoba. Esta unidad aprobó el consentimiento informado utilizado en cada una de las gestantes participantes. Cabe resaltar que en todo momento se respetó la decisión de las gestantes de retirarse del estudio si así lo deseaban.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados se enmarcaron en las dimensiones del MCS: percepciones individuales (susceptibilidad percibida y severidad percibida); factores modificantes; y probabilidad de acción (barreras percibidas y beneficios percibidos). A continuación, se presenta cada eje con su respectiva discusión:

Dimensión: Percepciones individuales. Susceptibilidad percibida. *¿Qué me está pasando? Apenas salí en embarazo empezaron a aparecer enfermedades en mi boca.*

En esta primera dimensión del MCS se estableció la categoría "Batalla con enfermedades nuevas en mi" de la cual se despliegan las subcategorías "El embarazo produce enfermedades bucales" e "Higiene bucal, ¿la solución?".

Las narrativas de las participantes muestran las creencias de las maternas ante el vínculo inherente del embarazo con la aparición de caries y dolores dentales: "*...hay unas mujeres embarazadas que pasan con dolor de muelas y*

otras que no, hay unas que no, porque están saliendo del embarazo" (G1). Otra gestante refería: "*...dicen que nosotras las gestantes sufrimos de más caries, ¿por qué? Por falta del calcio que tenemos en las muelas, nuestros niños nos los sacan y allí se va descalcificando más la muela, yo digo que es para los huesitos de ellos, las muelas de nosotros van quedando debilitadas y se van dañando" (G3).* Otra voz femenina expresó: *"Se me dañaron, yo tenía mis cordales buenos y con el embarazo de ahora último se me hizo un huequito y por ahí se fueron y ya las tengo dañadas..." (G18).*

Las respuestas visibilizan la certeza de las gestantes ante el vínculo embarazo/enfermedad bucal al referirse a la caries como una enfermedad predominante durante este periodo de sus vidas. Es importante considerar que el proceso de gestación produce cambios físicos internos y externos en la gestante, y, en estos casos, la cavidad bucal no está exenta. Por ejemplo, la saliva se torna ácida y muchas mujeres logran percibirlo: *"... le da a uno mucho defecto en la boca y escupir... eso es del embarazo también, ni idea de porqué o como sucedió, pero es cierto" (G20).* La situación puede explicarse por el hecho de que la boca es un lugar predilecto para la colonización bacteriana. Sumado a esto, el gasto energético es mayor durante la gestación y la ingesta de alimentos se aumenta, lo cual ayuda a la aparición de enfermedades bucales si no se complementa con una correcta higiene bucal (29,30).

La indagación acerca de la percepción de susceptibilidad mostró como principal causa del vínculo embarazo y enfermedades bucales la pérdida de calcio que sufren las gestantes debido a las necesidades del bebé. Es decir, las gestantes creen que el niño requiere calcio para la formación de sus huesos, haciéndolas vulnerables a las enfermedades bucales.

A continuación, algunos relatos trataran de explicar dicha asociación: *"...a nosotras se nos descalcifican mucho los huesos porque lo jala el bebé, tanto los huesos como las muelas y por eso es que le mandan calcio a uno" (G18); "... nosotras las gestantes sufrimos de más caries, ¿por qué? Por falta del calcio que tenemos en las muelas, nuestros niños nos los sacan y allí se va descalcificando más la muela, yo digo que es para los huesitos de ellos, las muelas de nosotros van quedando debilitadas y se van dañando" (G3).*

En esta misma dirección, el estudio de Asmat y Alvarado (31) presenta convergencias con los resultados cuando las indagaciones acerca de las creencias populares en embarazadas son: "Mi bebé les quita calcio y flúor a mis dientes durante el embarazo". Estas afirmaciones de las mujeres se convierten en una forma sencilla de explicar sus problemáticas bucales, pues, podrían ser la consecuencia de comprender los requerimientos de calcio exigidos por el feto, lo cual, desde su perspectiva, es una manera de suplir el calcio de los dientes y huesos de la madre. Como se sabe, el mineral es indispensable para la fuerza en los huesos, y si bien la mayoría del calcio se almacena en los huesos y en los dientes, durante el embarazo la materna lo aporta al feto a partir de los alimentos y de su dieta (32, 33).

Desde otro ángulo, se obtuvo que la asociación anterior fue impuesta por un profesional de la salud: *"...la doctora fue la que me dijo, la odontóloga, que al parecer el bebé me estaba jalando el calcio de los dientes y que se me estaban dañando, entonces yo le dije que si yo podía evitar eso y ella me dijo que no, entonces yo le dije, pero si yo como calcio yo con mi calcio estaba puntual ahí y me dice que eso no tiene nada que ver... "(G12).*

Lo que indican estas apreciaciones es que las gestantes requieren maneras

distintas de atención odontológica y entre ellas se destaca el buen trato, la comprensión y, sobre todo, un tratamiento seguro. Negar la atención o educar sin ningún sustento científico podría reafirman el miedo preexistente a brechas con relación a los conocimientos sobre la atención en salud oral, la medicación y los cambios fisiológicos. En este orden de ideas, se torna fundamental la continua capacitación de los profesionales fomentando el trabajo en equipo de todos aquellos que hacen parte del control prenatal de las gestantes, pues, ellos son la primera línea de educación en salud de esta población (3).

Otro grupo de respuestas asoció el vínculo embarazo/enfermedades bucales con la vulnerabilidad materna según el periodo de gestación en que se encuentren:

"... a mí los primeros días me comenzó ese dolor de muela que no lo aguantaba hasta los 3 meses..." (G1).

"... eso es normal mientras el embarazo, eso son unos mesecitos y ya, porque eso no son todos los meses, o sea, eso se le va quitando a uno poquito a poquito..." (G20).

De igual forma, algunas atribuyen los problemas al cambio hormonal que atraviesan:

"Yo digo que si hay más riesgo en las embarazadas por el cambio de hormonas, el cambio hormonal y por las vitaminas que uno se toma, porque uno cuando está en embarazo tiene muchos cambios" (G11).

Y en un caso más se encontró la creencia del vínculo con el sexo del bebé:

"El varón es más fuerte, por eso jala más calcio igual que cuando le da mal a

uno, dicen que el varón chupa más, hace que la mujer se ponga flaca "(G7).

Durante el proceso de investigación se hallaron creencias asociadas a la susceptibilidad de la aparición de enfermedades bucales, aunque esta se desplazó de la figura materna a la paterna y a los síntomas que este podría presentar. Ello se conoce como Síndrome de Couvade.

"Con este, entre el papá y yo estamos haciendo la barriga... a mi esposo al principio con este embarazo si le dio dolor de muelas ..." (G20).

"... al papá de la primera niña si le daba mucho dolor de muela... el cogía frío en la parte de la muela y por eso le dolía" (G19).

El síndrome intenta explicar aquellos sucesos físicos y emocionales que atraviesan los padres durante el periodo de embarazo de su pareja con cierto aire de misticismo. Se destacan: calambres, náuseas, dolores de espalda, dolores bucales e incluso inflamación de estómago (34).

En contraste, se encontraron testimonios donde se resalta la poca higiene bucal como principal causa para la aparición de afectaciones bucales:

"... yo quizás, como yo tengo la boca sucia eso lo va a recibir él, pero si yo tengo mi boca limpia y ya no tengo bacteria eso no lo va a recibir él" (G3).

"... son bacterias que se le pueden pasar al bebé, uno tiene bacterias en la boca y esas bacterias el que las coge el bebé, si dicen así, es porque pasa" (G6).

Con base en lo anterior, para este grupo de gestantes no existe relación alguna entre su embarazo y la aparición de enfermedades bucales al situar las causas con las malas prácticas de higiene oral. Las afirmaciones, en prospec-

tiva, podrían constituir los avances de los programas de promoción y mantenimiento de la salud.

Dimensión: Percepciones individuales. Severidad percibida. ¡Gestantes en alerta! Primero está mi salud y la de mi bebé.

Aquí se alude la gravedad experimentada por la gestante al contraer una enfermedad bucal. Por ello, se vio la necesidad de indagar sobre los posibles efectos percibidos durante el embarazo. Así, se obtuvo la categoría "Nos estamos protegiendo de lo que no sé si es bueno o malo", de la cual se desprende la subcategoría "Es que tengo miedo de que algo nos pase".

Al analizar las respuestas, estas fueron similares entre las participantes, en especial, aquellas donde el dolor es su mayor miedo, siendo evidente la conexión establecida entre tener caries y el dolor. También, incluso, se percibe una limitación que puede causar la enfermedad para los quehaceres cotidianos:

"Yo en las mañanas, todas las mañanas las encías me amanecían inflamadas, yo no podía cerrar la boca del dolor, hubo un momento en que yo me quería arrancar los dientes del dolor" (G12).

"Eso era feo, yo me ponía hasta llorar, yo sentía que estaba hinchada" (G19).

"A mí los primeros días me comenzó ese dolor de muela que no lo aguantaba hasta los 3 meses, yo estaba apurada, no le paraba bola ni a la niña, yo solo me acostaba en la cama, a mí me dio el dolor en la muela, y después al rato en la noche me dio dolor abajo, por el dolor de la misma muela" (G1).

De igual manera, las entrevistadas reconocieron las graves consecuencias derivadas de las infecciones dentales. Asimismo, hablaron de motivos para

construir creencias relacionadas con la muerte o con otras enfermedades:

"Nos puede traer una infección, yo pienso que, en los riñones, no sé, una infección que le dé a uno tremenda, se pueden morir ellos o se puede morir uno" (G3).

"Eso lo tiene uno ahí acumulado, y cuando uno va tragando eso le produce infección al bebé, él se alimenta de uno … eso puede ocasionar una infeccioncita o pueda hacer que se enferme o que le dé algo mal que uno pueda tener" (G20).

El miedo también se considera una barrera (más adelante se profundizará en este aspecto) en particular a la muerte. El sentimiento podría verse acrecentado al llevar la responsabilidad de otra vida en el vientre (35).

Otro grupo de gestantes percibieron la gravedad para ellas y el bebé en los tratamientos odontológicos a realizarse:

"…pienso también que si de pronto uno se la saca (la muela) le puede dar una hemorragia o algo y entonces eso también hace que uno pierda mucha sangre y eso es descuidarse uno…" (G4).

"… ahora no me la puedo sacar, porque eso uno se va uno en hemorragia, eso es peligroso, es mejor después cuando ya uno tenga el bebé" (G17).

"… a uno nunca le van a arrancar una muela porque dicen que es peligroso, porque puede suceder una hemorragia o no sé, eso es lo que dice el médico" (G18).

Las expresiones anteriores fueron comunes entre las participantes sin importar

su edad, tiempo de gestación o nivel educativo, lo que ubica las afirmaciones en un escenario general. Es de interés precisar que las hemorragias durante un tratamiento odontológico son consideradas un evento adverso que si se producen por laceraciones o ruptura de vasos sanguíneos, igual que a consecuencia de aquellas enfermedades que afectan los vasos sanguíneos o factores de la coagulación, mas no por el embarazo (36).

La anestesia bucal representó un papel importante frente a la gravedad de los tratamientos odontológicos. Los relatos así lo confirman:

"... no pueden aplicarte anestesia, no te pueden hacer cirugías, por lo mismo, porque eso puede afectar al bebé" (G11).

Asimismo, las vitaminas son percibidas como sustancias con efectos para el organismo:

"... las vitaminas que uno toma le pueden causar las caries, sobre todo el sulfato ferroso, igual eso, pues, la materia fecal que uno hace sale negra, entonces yo digo que también afecta la boca" (G15).

En contravía, se encontró a un grupo de gestantes que no perciben gravedad alguna. Es más, no encuentran la relación entre la cavidad bucal con el desarrollo del feto:

"... yo creo que de pronto una enfermedad si lo afecte, porque de igual forma es una enfermedad, pero un dolor de muela no" (G2).

"... no, no, no creo, porque la higiene de uno oral no tiene nada que ver con el bebé" (G13).

"... eso lo siente es uno y yo no creo que tenga ni ningún inconveniente con el bebé" (G14).

"... no, eso no corre ningún riesgo ya que es acá arriba y no por acá abajo o en la parte vaginal" (G19).

"Las enfermedades de la boca no afectan al bebé "porque el dolor lo siento yo" (G6).

"Yo digo que no tiene nada que ver, pues porque o sea, él bebe esta acá (se señala el estómago) y es lo que uno coma lo que le va a favorecer al bebé" (G21).

Las expresiones plasmadas podrían obedecer a la idea que los sistemas del cuerpo humano son independientes. Sin embargo, se ha encontrado evidencia de la conexión de las enfermedades periodontales con los partos prematuros, el bajo peso al nacer y la preeclampsia (6, 10).

Dimensión: Factores modificantes. Me quedo con mis remedios naturales o ¿no?

En este aparte se hace referencia a la segunda dimensión del MCS: Factores modificantes. Por lo general, son definidos como aquellos estímulos con capacidad de favorecer o entorpecer la toma de decisiones frente a la realización de acciones preventivas o no en salud.

Dentro de los factores modificantes se encuentra una gran variedad de creencias con respecto al tratamiento de enfermedades bucales y la adopción de prácticas de medicina natural u uso de sustancias psicoactivas, entre otras. En este punto, se destaca el acompañamiento y consejos de personas cercanas

y las vivencias experimentadas por la gestante, las cuales dieron origen a la categoría "Yo solo estoy buscando soluciones rápidas" y la subcategoría "Medicina tradicional y casera".

El uso de plantas es la primera opción de las gestantes frente a un dolor bucal, pues, ratifican la efectividad de este tipo de tratamientos en cada uno de sus relatos:

"... hay una matica chiquitica, que tiene hojita, bueno es un palito, eso lo hay por aquí por estos lados, eso duerme la muela y quita el dolor, la hoja la machaca y te la pones en la muela y eso cura, azares de la india, esa es la mata que sirve para el dolor de muela..." (G20).

" Yo siempre he escuchado de que cuando a uno le da dolor de muelas uno tiene que masticar una hoja... que le duerme a uno parte de la boca, es una planta que le duermen a uno una parte de la boca, la masticas, y eso se le duerme ahí como que aplaca el dolor" (G5).

También se encontró que las participantes utilizan otro tipo de elementos como:

"... clavito de olor, buches de agua de eso, la conchita del coco la ponían en la estufa, la raspa y se la pone "(G19)

La vivencia en sí es un factor modificante, pues, al encontrar alivio en estas prácticas las gestantes continúan implementándolas con regularidad, afectando en cierta forma su salud bucal porque solo calman el dolor de manera transitoria, mas no tratan la enfermedad.

Desde la antigüedad existe la creencia del uso de ciertas plantas con propie-

dades sedantes y antiinflamatorias, por lo que es comprensible la predilección no solo de las gestantes sino de la familia y miembros de la comunidad ante este tipo de prácticas. Sin embargo, la ventaja momentánea se podría convertir en un problema mayor cuando dichas sustancias ofrecen un alivio temporal e impiden la consulta odontológica, más aún cuando las enfermedades bucales en su gran mayoría son crónicas y avanzan hasta ocasionar daños irreparables en la cavidad bucal como las pérdidas dentales e infecciones odontológicas con capacidad de diseminarse por todo el organismo (37, 38).

El uso de medicina natural para el alivio de dolores bucales utilizado por las gestantes también se aplica en países como Bolivia, la diferencia radica en el método y el material empleado. El estudio de Álvarez (39) encontró el uso del jugo de alfalfa, menta con limón, manzanilla, bicarbonato, sal, masa de harina, entre otros compuestos para calmar dolores dentales en mujeres embarazadas. En contraste, las gestantes de la ciudad de Montería, Departamento de Córdoba, Colombia, utilizan marihuana, esmalte de uñas, sustancias psicoactivas y hoja de tabaco (más adelante se verá).

Como se sabe, los patrones culturales de los grupos sociales marcarán en gran medida las trayectorias de vida y propiciarán prácticas primarias con apoyo de la medicina natural e incluso con otros elementos nocivos para la salud antes de acudir a un centro médico. Esto, bajo la suposición de la efectividad de algunas hierbas u otros elementos que calmaron el dolor a miembros de la familia o a un amigo cercano, igual que sucede en Bolivia (39).

Por otro lado, los consejos de familiares, amigos o conocidos son importantes al momento de la toma de decisiones de la gestante, pues las creencias arraigadas en las personas provienen del círculo más íntimo y de aquellos con

algún tipo de autoridad dentro de las comunidades como la madre, la abuela, el sabedor o alguna amiga. Así lo indican las conversaciones:

"... mi mama me decía que me pusiera hielo, eso me quitaba el dolor más o menos, el frío me lo calmaba un rato... venden una gelatina, una gelatina que las mete uno en la nevera, bueno, eso era lo que yo me ponía, yo me lo pongo ahora y al rato ya estoy como si nada, desinflama, el hielo es el mejor, el hielo desinflama" (G1).

"Eso era normal, qué tan cierto sería yo no sé, porque mi abuela me decía que cuando yo tuve a tu papá y a tus tíos en el monte, y yo no iba a dónde el odontólogo y muy bien que tengo mis dientes" (G5).

" A mí lo que me decían era que el dolor de muela era porque el embarazo dañaba las muelas..." (G18).

Las sustancias psicoactivas también son empleadas por algunas gestantes como un tratamiento efectivo para el dolor bucal:

"...hoja de marihuana para calmar el dolor" (G4).

"...la marihuana, la coca, eso lo machucan...eso alivia" (G9).

"...me puse perico, el de la nariz, y eso se me durmió" (G12).

Paralelo se encontró el uso del esmalte de uñas para aliviar los dolores bucales:

"Mi mamá me decía: "échate pintauñas que eso duerme la muela", y es verdad, yo lo he probado, yo me la he dormido con eso con pintauñas, yo me echó una gota de pintauñas ahí y se me calmaba el dolor" (G14).

Los esmaltes de uñas pueden ser tóxicos, así que al consultarles sobre ese riesgo se obtuvo la siguiente respuesta:

"La clave era uno tener la boca abierta mientras eso se secaba, eso se seca allí, eso se quita solo. Yo tenía un huecote y me echaba un poco de pintauñas y yo dormía ufff, eso lo duerme, me lo echaba dos veces al día..." (G14).

Ante el interrogante cómo se retiraba el esmalte de uña, la gestante se quedó callada un momento pensando y entre risas dijo:

"Eso se quita solo" (G14).

En esta perspectiva, la percepción del riesgo al aplicarse el esmalte de uñas no se logra evidenciar cuando la gestante solo piensa en calmar el dolor, por eso, las manifestaciones de sufrimiento son motivos para adoptar comportamientos peligrosos en la salud humana. Y en efecto, los resultados señalan que el principal deseo de las gestantes durante los síntomas de una enfermedad bucal es superar rápidamente del dolor causado por las caries (enfermedad bucal prevalente durante el embarazo –según las participantes-). Siendo así, esta sería la razón por la cual muchas de ellas al no ser atendidas en el centro de salud suelen recurrir a sus saberes populares o aquellas prácticas naturales que en algún momento han servido en sus familiares. Por ende, nada podrían perder al intentarlo, más bien podrían ganar alivio y descanso.

Para resumir, las gestantes poseen cierta idea básica de las consecuencias de una enfermedad bucal y en muchos casos ellas mismas toman las medidas necesarias para tratar de evitarlas. Mas, a veces no poseen un sustento científico o fáctico pese a que desde su perspectiva funciona.

Probabilidad de acción. Barreras: "Tengo miedo, ¡entiéndame!"

Esta dimensión comprende las barreras percibidas por parte de las gestantes. La categoría principal identificada correspondió a "Tengo miedo…". Posteriormente, la extracción del contenido temático mostró una tendencia discursiva hacia una subcategoría llamada "Esto es normal".

La principal barrera identificada por las gestantes es "el miedo". En primer lugar, las embarazadas expresaron sentir temor a los tratamientos odontológicos:

"Me da miedo sacarme la muela, un derrame o algo…" (G7).

El miedo es un sentimiento muy profundo que tiende a relacionarse con el estado de alerta. También se concibe como aquella conciencia propia donde la persona está a la expectativa frente a una situación considerada dañina. Asimismo, cuando el miedo entorpece otras actividades se torna peligroso, y más cuando son procesos tendientes a generar un estado de bienestar en el individuo. A partir de lo anterior, este sentimiento de las embarazadas puede contribuir en la disminución de la demanda de los servicios odontológicos (31, 40).

De otra parte, es necesario entender que el miedo es una sensación natural en los seres humanos que parece intensificarse durante la consulta odontológica puesto que se concibe como una práctica aterradora debido a que los órganos dentarios y sus tratamientos pueden generar sufrimiento (41). Los principales miedos expresados por la gestante son al dolor y las molestias causadas por los tratamientos dentales, considerando estas características como un limitante plasmado en diversos estudios (6, 7, 18–20).

La subcategoría "Esto es normal" se sustenta en las expresiones comunes de las participantes:

"... dicen que uno en embarazo está más sensible, que es normal, porque como que está más abierto, más propenso a que uno agarre cualquier infección, sea de la boca o sea cualquier clase de infección" (G5).

"... se le caen los dientes, le rabean los dientes, eso es del embarazo también..." (G20).

La naturalización del desarrollo de enfermedades bucales durante el embarazo se convierte en una barrera notoria y un problema susceptible a interpretaciones profundas. Detectar la frase "es normal" como una constante a lo largo de todas las entrevistas podría ser considerado un factor negativo para el acceso y permanencia de los programas de promoción y mantenimiento de la salud. La situación podría llevar a la gestante a aceptar la convivencia con dicha enfermedad, pues, la conciencia de saber que algo va mal y no actuar quizá implica sentimientos de conformismo y resignación:

"...yo vivía con dolor en los dientes... ya yo aprendí a manejar eso" (G12).

"Ombeeeee, yo pasé con el embarazo de mi segundo niño así, todas las tardes me dolía la muela, yo no sé, eso es como una seta, porque yo todos los días me bañaba y me preparaba para esperar el dolor de muela, eso era todos los días" (G3).

Durante el periodo de gestación se producen cambios físicos, emocionales u hormonales. También, cambios en el pH de la saliva que convierten a la cavidad bucal en un ambiente propicio para la actividad cariosa y enfermedades periodontales (42, 43), pues, el esmalte dental está compuesto por cristales de hidroxiapatita, los cuales, hasta ahora, no sufren alguna alteración por el em-

barazo. Por tanto, se podría decir que si la gestante posee adecuadas prácticas en salud oral, evitaría la aparición de dichas enfermedades bucales (31, 44, 45). Quizás ello se deba a condiciones de higiene, el nivel de conocimiento, los buenos hábitos dentales, los factores determinantes que ayudan a minimizar el riesgo y la severidad en la predilección prenatal de las enfermedades (46, 47).

Probabilidad de acción. Beneficios. ¡Puedo intentarlo! Creo que esto puede ser bueno para mí y mi bebé.

El apartado hace referencia al último subtema de las dimensiones del MCS. Se indagó sobre aquellas percepciones positivas o benéficas que conllevan a la gestante a pensar o a realizar acciones preventivas en salud, por ejemplo higiene bucal, asistir a citas de control, primera vez y tratamientos, entre otros. Se nombró a la categoría "Cosas buenas para mí y mi bebé", de la cual se desplegó la subcategoría "Cuidando nuestra salud bucal".

Los datos muestran una preferencia en las gestantes relacionadas con la revisión y detección temprana de enfermedades bucales como algo efectivo para su salud:

> *"Tenemos que ir donde él, para que nos revise qué tenemos o no tenemos, cómo estamos, si nos está afectando que tenemos al bebé, si no nos cuidamos los dientes" (G9).*

> *"Porque si tenemos buena salud oral no estamos en riesgo de cualquier enfermedad, de pronto las caries o eso que le vaya a afectar al bebé" (G15).*

> *"Eso es bueno para mí para no tener mal olor, y para el bebé también es bueno, no sé" (G1).*

"Es para el bien de nosotros y para bien del feto, y estar en salud" (G3).

A partir de estas observaciones, se infiere que la toma de conciencia de algunas gestantes frente a la posibilidad de repercusiones graves en una edad gestacional avanzada genera riesgos ante cualquier tratamiento odontológico. Por ello, el miedo, en este sentido, es un pretexto para los comportamientos preventivos en salud oral, en especial el miedo a perder todos los dientes.

"Si no nos cuidamos y si no nos aseamos durante el embarazo vamos a quedar eschapaitas" (G3).

La aceptación por parte de la gestante del compromiso de traer una vida al mundo, y además el fomento del autocuidado, también actúan de una forma positiva:

"Eso es un deber de uno de irse a revisar los dientes, puedes tener caries, o un diente partido o una infección" (G10).

La educación en salud oral genera nuevos conocimientos que con el tiempo son valorados por las gestantes como algo beneficioso y fundamental. Es decir, las madres aprenden estrategias de autocuidado y a cuidar la salud del bebé, siendo lo más importante para prevenir y evitar enfermedades en un futuro. Así quedó registrado en sus conversaciones:

"Te mandan las medicinas para que te las tomes para que tengas calcio, y el médico a mí también me explicó que sí las tomara porqué el calcio me ayudaba en los dientes" (G9).

"...Es bueno ir allá, porque ahí aprende uno muchas cosas que uno no sabe, el cuidado de los dientes, eso sirve para que aprendan a cuidarse sus dientes y no sufran de dolores de muelas" (G11).

Al mismo tiempo, se destacó la percepción clara entre la relación de las enfermedades bucales con el aseo personal, no solo de la cavidad bucal sino de todo el organismo de la gestante:

"Eso va dentro del aseo de uno personal, porque uno tiene que tener todo aseado, su cuerpo, su boca toda, porque esa es la presencia que uno le da a una persona" (G2).

"De ahí depende el cuidado de los dientes de uno" (G10).

También se consideró a la salud bucal como una parte importante en la estética y en la presentación personal:

"Eso es bueno porque uno siempre tiene que estar bien aseado" (G13).

Una de las expresiones más usadas por las gestantes correspondió a: *"...Me gusta ir a allá porque le limpian a uno la dentadura" (G19),* pues muchas de estas comentaban durante las entrevistas que en controles los profesionales limpiaban y las revisaban. Para ellas, la acción es positiva, de hecho, referían que disfrutan la visita al odontólogo por eso:

"A mí me gusta ir mucho donde el odontólogo" (G9).

"Es importante tener una buena higiene bucal" (G4).

El bienestar del bebé que viene en camino también fue considerado un beneficio para las acciones preventivas en salud oral adoptadas por las gestantes. Varias expresaron que:

"Si uno está bien el bebé está bien" (G13).

Los consejos de personas cercanas o que representen alguna autoridad para la gestante se consideraron en párrafos anteriores como barreras y factores modificantes de conducta. Sin embargo, a veces, también son consejos constructivos que las gestantes adoptan para su salud:

"Mi mamá me dice que es bueno que uno vaya al odontólogo siempre, porque uno no sabe... entonces es bueno ir al odontólogo" (G4).

De igual forma, el bien común de ambos (mamá/bebé) es percibido en buenos términos:

"Por el bien de uno, para que no le salga nada en la boca, uno tiene que cuidarse para que los niños nazcan sanos" (G16).

Las gestantes conocen de los beneficios en la salud oral para ellas y para el bebé, pues, la mayoría de las entrevistadas aseguran saber cómo es tener una buena salud oral; además consideran las practicas preventivas como algo positivo para su salud y para el bebé. En consecuencia, aseguran que la salud es en conjunto de factores porque si ellas están sanas sus hijos posiblemente serán unos niños saludables. De igual forma, perciben en las limpiezas odontológicas autocuidado para prevenir cualquier enfermedad bucal.

CONCLUSIONES

La adopción de comportamientos preventivos en salud oral en las gestantes se vincula con las creencias, actitudes y prácticas construidas a lo largo de la vida, las cuales se deben tomar en consideración al momento de crear programas de promoción y mantenimiento de la salud oral.

Es evidente la necesidad de intensificar la formación constante al profesional de la salud, pues, aún son notorios ciertos vacíos con relación a la atención odontológica durante la gestación, en especial, sobre aquellas acciones susceptibles a realizarse o no.

El desplazamiento de la mirada hacia el cuidado de este grupo poblacional, vulnerable y priorizado, beneficiará no solo a la madre y a su hijo sino que impactará en toda la familia. Esto, gracias a una trayectoria de reconfiguraciones entre el embarazo y la salud oral en donde se espera que las nuevas generaciones obtengan un conocimiento pertinente y coherente con las necesidades de atención o cuidado en este ámbito de la salud humana.

Las recomendaciones se orientan a la documentación sistemática de las creencias de la gestante en salud oral, en particular aquellas nociones que podrían generar riesgo en la vida del binomio madre e hijo. A partir del reconocimiento de este tipo de configuraciones sociales, el profesional de la salud guiará sus planes de cuidado con mayor precisión y establecerá canales de diálogos para trabajar en equipo las percepciones acerca de la severidad observada y los factores modificantes.

Al odontólogo salubrista se le recomienda incrementar la educación al momento de la consulta para generar la toma de conciencia de la gestante acerca de cuán grave es el desarrollo de enfermedades bucales cuando estas no se tratan a tiempo. Por eso, es necesario señalar los posibles efectos físicos, psicológicos e incluso socioeconómicos derivados con miras a lograr mayor interés por parte de la embarazada para así proponer estrategias en el restablecimiento de la confianza y empatía.

Con respecto a los factores modificantes o estímulos en la toma de decisiones, es vital el fomento de la educación familiar cuando se devela en este estudio la influencia marcada de la familia y figuras representativas para las gestantes como son los amigos cercanos en la configuración de las prácticas de autocuidado. Asimismo, vale redirigir las trayectorias familiares en función de la promoción de la salud odontológica. La idea es ofrecer perspectivas coherentes al acompañamiento especial de la mujer gestante en condiciones de vulnerabilidad.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud de la mujer [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 [consultado 2020 Ene 28]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health

2. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia 2018. Dirección de Epidemiología y Demografía. [Internet]. 2019 [consultado 2020 Ene 28]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf

3. Valencia Jiménez NN, De Arco Montiel SL. Creencias frente al embarazo y enfermedades bucodentales percibidas por gestantes en Montería, Colombia. Rev. cienc. cuidad. 2021; 18(1):20-29. https://doi.org/10.22463/17949831.2320

4. Ruiz Doria S, Valencia Jiménez NN, Ortega Montes J. Condiciones de vida y estrategias de afrontamiento de las mujeres con cáncer de mama en Córdoba, Colombia. Anales de Psicología / Annals of Psychology. 2020;

36(1): 46-55. https://doi.org/10.6018/analesps.351701

5. Valencia Jiménez NN, Puello Alcocer EC, Amador Ahumada C. Cuidado y amor: vivencias de cuidadores familiares de niños y adolescentes con diagnóstico de cáncer. Montería: Fondo Editorial Universidad de Córdoba; 2020.

6. Díaz Valdés L, Valle Lizama R. Influencia de la salud bucal durante el embarazo en la salud del futuro bebé. Rev Gac Médica Espirituana [Internet]. 2015 [consultado 2020 Ene 28]; 17(1):1-13. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/espirituana/gme-2015/gme151l.pdf

7. Chávez MY, López Rocha G, Sanín LH. Asociación entre enfermedad periodontal y parto pretérmino en un grupo de mujeres puérperas del norte de México. Rev ADM. 2020; 77(6):295-300. DOI:10.35366/97617

8. Hernández Lago M, Martín Sánchez L, Espinosa Ramos A. Enfermedades gingivales y periodontales durante el embarazo y su relación con el parto pre término y el bajo peso al nacer. 2021 [consultado 2020 Ene 28]; 6(Suppl):1-7. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16-04/article/view/1261

9. Organización Mundial de la Salud. XI Congreso Mundial de Odontología Preventiva de la IADR [Internet]. Centro de prensa. 2017 [consultado 2020 Ene 28]. Disponible en: https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/

10. Rengifo Reina H. Creencias acerca de la salud oral en gestantes en tres ciudades colombianas. Rev Fac Odontol Unv Antioq [Internet]. 2009 [consultado 2020 Ene 28];20(2):171-8. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rfoua/v20n2/v20n2a08.pdf

11. Acosta M, Alegría L, Cajiao GE, Llano AM, Valencia C, Zuluaga P. Creencias populares sobre el autocuidado durante el puerperio, en las instituciones de salud de nivel 1. Rev Colomb Medica [Internet]. 1997 [consultado 2020 Ene 28]; 28(1):42-50. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/283/28328108.pdf

12. Carrillo Mora P, García Franco A, Soto Lara M, Rodríguez Vásquez G, Pérez Villalobos J, Martínez Torres D. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. Rev. Fac. Med. (Méx.). 2021; 64(1): 39-48. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422021000100039&lng=es. DOI: https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.1.07.

13. Moreno San Pedro E, Gil Roales J. El modelo creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. Int J Psychol Psychol Ther [Internet]. 2003 [consultado 2020 Ene 28];3(1):91-109. Disponible en: https://www.ijpsy.com/volumen3/num1/59/el-modelo-de-creencias-de-salud-revi-si-ES.pdf

14. Corchuelo Ojeda J, Soto Llanos L, Villavicencio J. Situación de caries, gingivitis e higiene oral en gestantes y no gestantes en hospitales del Valle del Cauca, Colombia. Rev Univ y Salud [Internet]. 2017 [consultado 2020 Ene 28]; 19(1):67-74. Disponible en: http://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/2811

15. Dueñas Porras Y, Aristizábal Fúquene A. Saber ancestral y conocimiento científico: tensiones e identidades para el caso del oro en Colombia. Rev. Fac. Cienc. Tecnol [Internet]. 2017 [consultado 2020 Feb 28]; 25-42. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/ted/n42/0121-3814-ted-42-00025.

pdf

16. Díez A. Más sobre la interpretación (II). Ideas y creencias. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2017 [consultado 2020 Feb 28]; 37(131):127-43. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v37n131/08.pdf

17. Betancourt Restrepo C. El sistema de creencias. Un mundo en declive. Poiésis. 2017; (33), 126-132. DOI: https://doi.org/10.21501/16920945.2502

18. Díaz Rivas F. El subconsciente y el inconsciente. E-motion. Revista de Educación, motricidad e Investigación [Internet]. 2015 [consultado 2020 Feb 28]; 4, 107. Disponible en: https://core.ac.uk/download/pdf/60672033.pdf

19. Meléndez R. La creencia religiosa y la forma de vida del creyente. Rev Ideas y Valores. 2016; 65(2):81-93. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/idval/v65s2/0120-0062-idval-65-s2-00081.pdf

20. Carbonel A F. Creencias irracionales y su relación con otros constructos: una revisión sistemática de la literatura científica en los últimos 20 años. [Trabajo de investigación]. 2020. Repositorio de la Universidad Privada del Norte. Disponible en: https://hdl.handle.net/11537/25874

21. Ortega y Gasset J [Internet]. Ideas y Creencias: Creer y pensar. México: Fondo de Cultura Económica; 2015 [consultado 2020 Feb 28]; Disponible en: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:-fc31-gL2cWUJ:https://omegalfa.es/downloadfile.php%3Ffile%3Dlibros/ideas-y-creencias.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co

22. Godoy M. Cognición antisocial: Aportes a su propuesta de intervención. Centro de Reinserción Social de San Antonio Gendarmería de Chile. 2017. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Mauricio-Godoy/publication/314243369-Cognicion-antisocial-Criminal-thinking/

links/58bd7c4ba6fdcc2d14eb27e5/Cognicion-antisocial-Criminal-thinking.pdf

23. Chilatra Parra M, Guio Salazar D. y Vera Valenzuela, J. Análisis sistemático de la literatura eficacia de la terapia cognitiva conductual en pacientes diagnosticados con depresión [Tesis de Pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional UCC. 2021. Disponible en: http://hdl.handle.net/20.500.12494/33903

24. Matarrita Hernández L. Creencias de las mujeres acerca del embarazo, parto y puerperio para fortalecer el conocimiento del profesional en enfermería obstétrica en Santa Bárbara de Pavas, durante el primer semestre 2017. [Tesis de Maestría]. 2017. Disponible en: https://hdl.handle.net/10669/83381

25. Congreso de la República de Colombia. Ley 715 de 2001 [Internet]. 2001. p. 1-46. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098-archivo-pdf.pdf

26. Cabrera G, Tascón J, Lucumí D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2001 2015 [consultado 2020 Feb 28];19(1):91-101. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5079577

27. Murillo J, Martínez C. Investigación Etnográfica. Documento interno de trabajo Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en: https://scholar.google.com/scholar-lookup?title=+La+investigaci%C3%B3n+etnogr%C3%A1fica&author=Murillo+J&publication-year=2010

28. Arandes T, Antonio J. El análisis de contenido como herramienta de utilidad para la realización de una investigación descriptiva. Un ejemplo de

aplicación práctica utilizado para conocer las investigaciones realizadas sobre la imagen de marca de España y el efecto país de origen. Bogotá; Editorial Norma; 2013.

29. Fernández F, Venegas O, Am A, Medina B, Gómez P, Williams R. Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo. Rev Av en Odontoestomatol [Internet]. 2009 2015 [consultado 2020 Feb 28]; 25(3):147-54. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n3/original3.pdf

30. Alsina LP, Calvo X. La importancia de un buen consejo en salud bucodental durante el embarazo. Matronas profesión. 2014; 15(3):73-4.

31. Asmat Abanto AS, Alvarado Santillán GH. Creencias Populares sobre La Salud Oral de Embarazadas Atendidas en Dos Hospitales Peruanos. Int J Odontostomat [Internet]. 2019 [consultado 2020 Feb 28]; 13(4):486-92. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v13n4/0718-381X-ijodontos-13-04-00486.pdf

32. Escofet Peris M, Manalbens Sant O, Garcpia Peeters R. Embarazo. Rev Science Direct. 2021; 28(2):112-117. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S113420722030178X

33. Health NI of. Datos sobre el calcio [Internet]. National Institud Head. 2016 [consultado 2020 Feb 28]; 1-4. Disponible en: https://ods.od.nih.gov/pdf/factsheets/Calcium-DatosEnEspanol.pdf

34. Miranda Baquedano VM, Trujillo Serrano DA. Experiencia de los hombres durante el embarazo de su esposa y nacimiento de su hijo(a). Rev Cient Esc Univ Cienc Salud [Internet]. 2016 [consultado 2020 Feb 28]; 1(2):17-24. Disponible en: https://www.lamjol.info/index.php/RCEUCS/article/

view/2879

35. Fernández LS. Afrontamiento del miedo a la muerte (Tesis doctoral) [Internet]. 2017. Disponible en: https://eprints.ucm.es/49449/1/T40309.pdf

36. Báez Desangles J. Hemorragia postquirúrgica, posible complicación de la cirugía bucal, causas y tratamiento. [Tesis]. 2021. Disponible en: https://repositorio.unibe.edu.do/jspui/handle/123456789/430

37. Regalado Veloz A, Sánchez Perera L. Plantas cubanas con efecto antiinflamatorio. Revista Cubana de Farmacia. 2015; 49(1):156-164. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubfar/rcf-2015/rcf151o.pdf

38. Fernández Padrón L. Medicina natural y tradicional en estomatología. Rev Fármaco Salud Artemisa. 2021 [consultado 2020 Feb 28]; 1-8. Disponible en: https://farmasalud2021.sld.cu/index.php/farmasalud/2021/paper/viewFile/9/16https://farmasalud2021.sld.cu/index.php/farmasalud/2021/paper/viewFile/9/16

39. Walter AC. Creencias Culturales que intervienen en la práctica de Salud Oral en gestantes en el hospital "Virgen del Rosario" Municipio El Villar Gestion [Internet]. 2008. Disponible en: http://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/3673/TE-677.pdf?sequence=1&isAllowed=y

40. Núñez J, Moya P, Monsalves MJ, Landaeta S. Nivel de conocimiento de salud oral y utilización de GES odontológico en puérperas atendidas en una clínica privada, Santiago, Chile. Int J Odontostomat [Internet]. 2013 [consultado 2020 Feb 28]; 7(1):39-46. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v7n1/art07.pdf

41. Córdova Sotomayor DA, Santa Maria C. Niveles de ansiedad en pacientes adultos de una clínica odontológica en una universidad peruana. Rev.

Estomatol. Herediana [Internet]. 2018 [consultado 2020 Feb 28]; 28(2): 89-96. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S1019-43552018000200004&lng=es.

42. Sueiro Sánchez I, Hernández Millán A, Vega González S, Tarancón B, Ercia Sueiro L, Solano López E. Determinación del estado de salud bucal en embarazadas. Rev Finlay [Internet]. 2015 [consultado 2021 Ene 04];5(3):170-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S2221-24342015000300004

43. Kateeb E, Momany E. Factors related to high dental caries experience in Palestinian pregnant women in the Jerusalem governorate: a cross-sectional study. Lancet. 2018; 6736(18): 30377-5.

44. Lomas Delgado G. Conocimiento de las gestantes sobre la relación entre enfermedades bucodentales y complicaciones del embarazo. [Tesis]. 2021. Disponible en: http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/51937

45. Bouza Vera M, Martínez Abreu J, Carmenate Rodríguez Y, Betancourt González M, García Nicieza M. El embarazo y la salud oral. Rev.Med. Electrón. [Internet]. 2016 [consultado 2021 Ene 04]; 38(4):628-634. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S1684-18242016000400013&lng=es.

46. Fakheran O, Keyvanara M, Saied Moallemi Z, Khademi A. The impact of pregnancy on women-s oral health-related quality of life: a qualitative investigation. BMC Oral health. 2020; 20 (1): 294.DOI: 10.1186 / s12903-020-01290-

47. Riggs E, Yelland J, Shankumar R, Kilpatrick N. 'We are all scared for the baby': promoting access to dental services for refugee background wo-

men during pregnancy. BMC Pregnancy Childbirth. 2016; 21: 16-12. doi: 10.1186/s12884-015-0787-6.

CAPÍTULO 4

TUVE QUE VIVIR UN VERDADERO VIACRUCIS PARA PODER RESIGNIFICAR MI FUTURO REPRODUCTIVO

MARLENE BEATRIZ BAENA NIETO
JAVIER A BULA ROMERO

SÍNTESIS INVESTIGATIVA

Las participantes de este estudio compartieron los significados que construyen o reconstruyen al vivir una experiencia de morbilidad materna extrema (MME) asociada a una preeclampsia severa. Estas mujeres señalaron cuatro espacios vitales donde se puede recrear y encarnar las experiencias vividas. El primero de ellos es la consulta prenatal o la consulta de urgencias, espacio donde reciben de manera sorpresiva el diagnóstico de preeclampsia; el segundo es el proceso de remisión, marcado por la incertidumbre y la angustiante espera; el tercero es entrar al quirófano para desembarazarla y alejarla de su hijo, cuya vida resulta incluso más importante que la propia; el cuarto, y último, es estar en la unidad de cuidados intensivos, donde sienten que su vida pende de un hilo y que deben luchar para sobrevivir. Al reconstruir la experiencia vivida de estas mujeres, se pude evidenciar el impacto del diagnóstico y el tránsito por diferentes escenarios que recrean ambientes llenos de incertidumbre y sufrimiento emocional. La experiencia de haber presentado preeclampsia severa motivó a la mayoría de participantes a resignificar su futuro reproductivo, pues fue reconocido el peligro de la preeclampsia por las consecuencias que, a mediano y largo plazo, pueden presentar en su historial obstétrico.

Palabras clave: significado, sobreviviente, preeclampsia, morbilidad materna extrema (MME), fenomenología.

INTRODUCCIÓN

Para la mayoría de las mujeres, el periodo de gestación y parto se traduce en una experiencia positiva y satisfactoria sin complicaciones; sin embargo, una morbilidad materna extrema es un desenlace probable cuando un factor de riesgo derivado de un evento obstétrico no es intervenido de manera oportuna y eficaz (1). Según informes realizados por el Instituto Nacional de Salud, desde su inicio como evento de notificación obligatoria en el 2012 (2), el reporte de morbilidad materna extrema (MME) en el país se ha incrementado notablemente, pasando de 2.505 casos en el 2012 a 15.949 casos en el 2019. Un elemento importante a destacar frente al incremento de casos de MME es la expansión de la población migrante en el territorio nacional, especialmente de mujeres de nacionalidad venezolana que, debido a barreras de orden social y aseguramiento, enfrentan grandes dificultades para el acceso oportuno en la atención obstétrica.

Un informe realizado por el Instituto Nacional de Salud en 2017 (3) reportó que la mayor proporción de casos de MME en el trienio 2015–2017 estuvo representada por mujeres procedentes del área urbana y mujeres afiliadas al régimen contributivo: 25,2 casos por 1.000 nacidos vivos para el 2015, mientras que para el 2016 y 2017 la mayor razón de MME se presentó en las mujeres no aseguradas con 41,6 y 52,3 casos por 1.000 nacidos vivos respectivamente. Durante este periodo, la mayor proporción de casos de MME se presentó en mujeres entre los 20 y 24 años y la mayor razón de MME se registró en mujeres de 40 años y más (4).

Para el año 2018, además, se notificaron al Sistema de Vigilancia Epidemiológica del país 23.060 casos de MME (3). Según el análisis del comportamiento

epidemiológico de este evento, las mujeres entre 20 y 34 años, tanto como las mujeres mayores de 35 años, tienen mayor riesgo de presentar complicaciones derivadas del aborto, la sepsis, la preeclampsia severa y la eclampsia. Este comportamiento epidemiológico coincide con otros reportes brindados por la literatura disponible, lo que indica que, para estos grupos de edad, la probabilidad de una complicación grave como la atonía uterina, la hemorragia obstétrica severa, las alteraciones placentarias y los sangrados durante el embarazo, es 1,3 veces mayor que para el resto de los grupos etarios.

Informes oficiales del Instituto Nacional de Salud indican que, para el periodo epidemiológico IX (5), se notificaron al Sistema de Vigilancia Epidemiológica del país 16.024 casos de morbilidad materna extrema; el 88,4% de estos casos procedía del área urbana y el 46,3% pertenecía al régimen subsidiado. Al analizar el comportamiento de este evento por causa agrupada, se pudo evidenciar que la mayor proporción de casos reportados (74,5%) fue atribuida a los trastornos hipertensivos del embarazo.

La situación descrita pone en evidencia la ausencia de la voz de las mujeres que vivenciaron este evento, pese a que ellas constituyen una fuente de saber muy importante para conocer los significados que se construyen o reconstruyen al vivir esta experiencia. En el contexto internacional y nacional, se han reconocido importantes adelantos investigativos al respecto; sin embargo, no han sido suficientes para avanzar eficazmente en la tarea de mejorar la salud materna. Es por ello que develar el significado que las mujeres otorgan a la experiencia de sobrevivir a una MME asociada a un trastorno hipertensivo de la gestación (preeclampsia severa) permitirá ir más allá de las causas clínicas y comprender situaciones que pueden ayudar a mejorar la salud y el bienestar

de muchas mujeres durante su atención materno-perinatal que conduzcan a materializar acciones concretas de gestión del riesgo, a través de la comprensión de los significados atribuidos a esta experiencia de vida, este estudio brindará también aportes significativos a la salud pública de la región.

La situación problemática y los marcos para su interpretación permitieron plantear la siguiente pregunta de investigación: ¿qué significado otorga un grupo de mujeres a la experiencia de sobrevivir a un trastorno hipertensivo del embarazo? Para responder la pregunta anterior, se planteó como objetivo de estudio develar el significado de la experiencia vivida de un grupo de mujeres que sobrevivieron a un trastorno hipertensivo del embarazo (preeclampsia severa). Conocer estos significados permitirá acercarnos a la comprensión del fenómeno de estudio y plantear estrategias que contribuyan al cuidado integral de mujeres que presenten esta situación.

OBJETIVO

Develar el significado de la experiencia vivida de un grupo de mujeres que sobrevivieron a una preeclampsia severa.

RUTA METODOLÓGICA

El presente es un estudio cualitativo con aproximación fenomenológica hermenéutica-interpretativa (6, 7, 8). La fenomenología permite captar las experiencias individuales, el sentido global y común y la esencia de una experiencia o evento; es decir, la manera en que las personas viven y dan sentido a lo par-

ticular de la experiencia vivida y su significado en el cuerpo vivido (9). El método fenomenológico hermenéutico-interpretativo, a su vez, intenta explicar los significados implícitos en las acciones y sobre los que se tiene información a través del cuerpo, de las relaciones con los otros y de la interacción con los objetos del mundo (10). El objetivo es, pues, crear un texto evocativo que esboce la experiencia tal como es vivida por las personas (11,12).

La fenomenología se describe comúnmente como el estudio de los fenómenos tal como se manifiestan en nuestra experiencia, la forma en que percibimos y entendemos los fenómenos y los significados que estos tienen en nuestra experiencia subjetiva (13). En términos simples, podría decirse que la fenomenología es un enfoque de investigación que busca describir la esencia de un fenómeno, explorándolo desde la perspectiva de quienes lo han experimentado, de modo que su objetivo es describir el significado tanto de lo que se experimentó como de la manera en que se experimentó (14) (15). Sin embargo, entre los retos comunes que un investigador cualitativo enfrenta para realizar un estudio fenomenológico, se destaca la importancia de inmersión en la lectura sobre el tema, porque existe una gran variedad de propuestas en fenomenología que muchas veces resulta confusa y difícil de comprender y aplicar(16) (17). Los resultados de este estudio se presentan de acuerdo con la propuesta de Flórez, Giraldo y Arzuaga (18) y fueron agrupados en torno a los cinco existenciarios que guiaron el proceso de reflexión, análisis y escritura fenomenológica propuesto por Van Manen (19), a saber: el espacio vivido, el tiempo vivido, las cosas vividas, el cuerpo vivido y las relaciones humanas vividas.

Según Ayala Carabajo (20), la propuesta de Van Manen es conocido como la fenomenología de la práctica, la fenomenología del mundo de la vida o la fe-

nomenología aplicada. Van Manen identifica seis actividades específicas para el desarrollo de una fenomenología: (1) centrarnos en un fenómeno que nos interesa, (2) investigar la experiencia del modo en que la vivimos y no como la conceptualizamos, (3) reflexionar sobre los aspectos esenciales que caracterizan el fenómeno, (4) describir el fenómeno mediante el arte de escribir y reescribir, (5) equilibrar el contexto de la investigación y (6) considerar las partes y el todo (21), (22). El método propuesto por Van Manen (23) busca así explorar la experiencia vivida desde un enfoque interpretativo. Para él, los investigadores fenomenológicos a menudo no saben lo que saben hasta ver lo que está escrito; en este sentido, la escritura fenomenológica es un proceso que permite conocer, sentir y comprender un fenómeno.

En este estudio se privilegia el significado de la experiencia vivida de un grupo de mujeres con preeclampsia severa, abordaje que permitió comprender los significados otorgados por las mujeres y, a partir de los conocimientos generados, orientar su cuidado en el contexto de la atención obstétrica.

Según la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) (24) la MME es "una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere una atención inmediata con el fin de evitar la muerte". Son sinónimos de MME los siguientes descriptores: morbilidad materna severa, morbilidad materna grave, morbilidad materna extremadamente grave y maternal near-miss (para efectos de esta investigación, mujeres que presentaron preeclampsia severa).

La referente departamental de Maternidad Segura fue un portero de esta inves-

tigación; es decir, fue aquella persona que permitió el acceso a los sujetos de estudio y sirvió de puente entre el investigador y el contexto de estudio. La referente facilitó la base de datos de los casos de MME notificados por el departamento de Córdoba al Instituto Nacional de Salud Pública. Así, las participantes de estudio fueron identificadas a través de los registros de ingreso y egreso de las Unidades de Cuidados Intensivos de instituciones de atención en salud en el departamento de Córdoba. Las participantes fueron seleccionadas a través de un muestreo intencional. La lógica y el poder de las muestras intencionales residen en seleccionar casos ricos en información para estudiarlos a profundidad (25). Para la presente investigación, la selección de las participantes de estudio se realizó de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión:

Mujeres mayores de 18 años de edad, sobrevivientes a una MME relacionada con preeclampsia severa, procedentes y residentes del departamento de Córdoba, que accedan de manera voluntaria a las entrevistas por vía telefónica, con previa autorización y firma del consentimiento informado, sobrevivientes a una MME relacionada con preeclampsia severa, entre 42 días del egreso hospitalario y seis meses después de vivir esta experiencia y en condiciones físicas y mentales para narrar su experiencia vivida al momento de las entrevistas, orientadas en tiempo, persona y espacio.

Se realizó una entrevista fenomenológica (26), con el propósito de explorar y reunir las experiencias, historias o anécdotas que permitieran desarrollar una descripción densa y profunda del fenómeno de estudio. La entrevista fenomenológica a profundidad proporcionó un excelente instrumento heurístico para combinar los enfoques prácticos, analíticos e interpretativos implícitos en todo proceso de comunicación (27).

Las entrevistas se realizaron vía telefónica, dadas las condiciones de emergencia sanitaria en el país por el COVID-19. El día y la hora de entrevista fueron concertados con las participantes de estudio, con el propósito de no interrumpir sus actividades y compromisos cotidianos. La entrevista tuvo una duración aproximada de 45 a 60 minutos y fue grabada con previa autorización de los participantes. Posteriormente, cada entrevista fue transcrita textualmente, omitiendo cualquier detalle que pudiera identificar a los sujetos de estudio. Cada transcripción fue identificada con un pseudónimo relacionado con nombres de mujeres hebreas de la Biblia (Zara, Ruth, Salomé, Esther y Raquel). Al finalizar el proceso reflexivo de la experiencia vivida por las participantes de estudio, se procedió con la transcripción de la primera entrevista.

Identificación de presupuestos *(la epoché) (28)***.** Como ginecobstetra, el proceso reflexivo estuvo presente permanentemente. Esto implicó suspender las apreciaciones de la investigadora sobre lo que motivaba a pensar en nuevos embarazos a aquellas mujeres que lograron sobrevivir a una preeclampsia severa. Este proceso reflexivo implicó cuestionar la práctica cotidiana, desentrañar y pensar la labor de ginecobstetra, para que estas mujeres lograran comprender el riesgo al que se exponen ante futuros embarazos. Los investigadores asumieron una postura neutral ante los hechos y acontecimientos narrados por las participantes de estudio; tomando la decisión de entrevistar a mujeres fuera del contexto en el que se encontraba laborando la investigadora principal, para evitar que las respuestas de las participantes de estudio se vieran afectadas por la relación entre médico tratante y paciente.

Recoger la experiencia vivida Consiste en la descripción de la experiencia vivida tal como la vive o la han vivido las personas, evitando explicaciones causales, generalizaciones o interpretaciones. Para la descripción de los resultados y

la evocación de la experiencia de las mujeres participantes que sobrevivieron una preeclampsia severa, se presentarán los significados que ellas otorgaron a su experiencia, así como la relación entre las partes y el todo; asimismo, se describirán las unidades de significado que hacen parte del tema central de esta investigación, a fin de llevar al lector a experimentar una especie de epifanía que le permita reconstruir la experiencia vivida por estas mujeres.

Comprender la experiencia vivida en esta fase del análisis, se logró identificar las unidades temáticas emergentes realizando lectura línea por línea de aquellas frases reveladoras del fenómeno de estudio, seleccionando las frases que capturaban los significados atribuidos por las mujeres a la experiencia de sobrevivir a una preeclampsia severa, determinando los temas y subtemas emergentes de cada unidad temática, identificando el tema central que predominó en cada una de ellas, que para este estudio fue: la resignificación del futuro reproductivo de las mujeres que sobrevivieron a una preeclampsia severa. La suficiencia de la información se obtuvo cuando se llegó a la saturación teórica de los datos; es decir, cuando los temas y subtemas emergentes del análisis temático se encontraban suficientemente explicados.

Escribir-reflexionar sobre la experiencia vivida en la escritura fenomenológica, se procura llevar al lector a una especie de epifanía de la experiencia vivida. Una epifanía en el contexto fenomenológico hace referencia a la comprensión súbita de una experiencia vivida y del significado otorgado a ella. Es decir, el texto fenomenológico tiene que producir en el lector un efecto de evocación de la experiencia vivida que, de acuerdo con Ayala (29), es tan significativa que logra conmover lo más profundo de nuestro ser. El rigor científico se mantuvo bajo los criterios de credibilidad, confirmabilidad y transferibilidad o aplicabilidad propuestos por Lincoln y Guba (30).

La presente investigación está respaldada por los parámetros éticos para estudios con seres humanos contenidos en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (31) y en los requerimientos básicos para evaluar aspectos éticos en investigación, propuestos por Ezequiel Emanuel (32). Asimismo, este proyecto de investigación fue presentado al Comité de ética de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad de Córdoba, Colombia, que otorgó el aval ético para su desarrollo, en el Acta de aprobación CE: 12 de mayo del 2020.

RESULTADOS

Cinco mujeres que sobrevivieron a una preeclampsia severa durante el embarazo y el posparto participaron en este estudio. Estas mujeres pertenecían a diferentes estratos socioeconómicos, procedían de distintos municipios del departamento de Córdoba, contaban con estudios de bachillerato, vivían en unión marital libre y pertenecían al régimen subsidiado del sistema de seguridad social en salud. La mayoría, además, eran primigestantes.

En este estudio, se identificaron cuatro espacios vitales para recrear y encarnar las experiencias vividas. El primero de ellos documenta las vivencias de las mujeres durante la consulta prenatal o la consulta de urgencias; en este espacio reciben de manera sorpresiva el diagnóstico de preeclampsia. El segundo espacio vivido refiere a la vivencia del proceso de remisión y está marcado por la incertidumbre y la angustiante espera. El tercer momento crítico es entrar al quirófano para terminar el embarazo; alejarse de sus hijos en este momento es lo que más les afecta a las gestantes. El cuarto y último acontecimiento es estar en la UCI, momento en el que sus vidas penden de un hilo y deben luchar para sobrevivir.

Tabla 11. ***Espacios vitales que marcaron la experiencia vivida de un grupo de mujeres sobrevivientes a una preeclampsia severa***

La consulta prenatal. En esta unidad de significado, se describen y analizan los itinerarios que recorren las participantes de estudio desde el momento en que se da conocer el diagnóstico de preeclampsia hasta su estancia en una UCI. Esta unidad de significado devela el viacrucis que las mujeres tienen que recorrer para sobrevivir a esta condición, describiendo inicialmente cómo una consulta de rutina durante la atención prenatal termina sorprendiéndolas con el diagnóstico de preeclampsia. *…Como le digo, eso fue algo silencioso, esa preeclampsia que me dio fue muy silenciosa, yo nunca presenté síntomas como dolor de cabeza, ni nada de eso […]* *solamente un dolor de estómago y ya […] y pues como fui a mi control, me detectaron la presión alta y pues ya, de una, de una me remitieron a la clínica*. Ruth	**La remisión.** Al recibir el diagnóstico de preeclampsia, muchas mujeres irrumpen en llanto, especialmente en el momento en que se enteran de que su situación de salud es crítica y, como consecuencia de ello, deben ser remitidas a otras instituciones de salud para desembarazarlas sin cumplir, muchas veces, el término de su gestación. Esta situación se vuelve más difícil cuando se les indica que, dada su condición clínica, tanto ellas como sus hijos podrían estar en peligro. *¡Todo era un caos total! porque que había muchas personas y una sola ambulancia que acaba de llegar, entonces deciden de mandarnos a toditos en la misma ambu-lancia. Íbamos súper apretados, entonces yo iba mal en ese camino, o sea todo parecía una película […] y quedaron otras embarazadas allá y muchos familiares bravos porque nos llevaron a nosotras y las otras que también se sentían mal no las podían llevar. Entonces, o sea, todo era un caos.* Zara.
Entrar al quirófano. Entrar al quirófano por una emergencia obstétrica significó para las mujeres con preeclampsia severa un episodio inesperado pero necesario. Ser mujer y presentar una emergencia obstétrica por un trastorno hipertensivo del embarazo convertía a las participantes de estudio en sujetos pasivos, para quienes la cesárea de emergencia se imponía como un mandato para salvaguardar la vida y el bienestar de su hijo por nacer. *Yo sentí muchísimo miedo, en verdad fue miedo. Yo jamás había estado en una operación, ni una cirugía, ni en un quirófano.* Raquel	**Estar en la UCI.** En este dominio, se destacan los sentimientos y las emociones manifestadas por las participantes de estudio, desde el momento en que se enteran de que su situación de salud es crítica y, como consecuencia de ello, deben ser ingresadas a una UCI. El miedo y la incertidumbre se configuran como dos emociones ligadas a la experiencia vivida de no saber qué esperar. Estas emociones tienen un impacto negativo en su realidad percibida, pues saber que estarán aisladas, solas y monitorizadas permanentemente en una UCI precipita en ellas sentimientos de abandono, tristeza y desesperación. *Yo me preocupé muchísimo. Yo decía "verdaderamente, sí estoy muy mal". Cuando me dijeron que tenía la presión disparada y que me iban a meter en UCI, me dio mucho miedo, no sabía qué pasaría conmigo, realmente estaba muy desesperada.* Salomé

Fuente: Análisis de las entrevistas de estudio.

Cuando la preeclampsia llega a mi vida como un evento sorpresivo e inesperado

Las mujeres narraron cómo la preeclampsia llegó a sus vidas de una forma inesperada y generó en ellas sentimientos de incertidumbre durante el embarazo. Percibieron la preeclampsia severa como un evento desconcertante, que irrumpió el curso normal del embarazo (33). Cuando una mujer con MME ingresa a una institución de salud, pasa a ser un cuerpo que necesita cuidados y que, además, es medicalizado e intervenido; pasa, entonces, a estar subordinada a las normas institucionales y a las/los profesionales que la asisten. Muchas veces, por ello, se sienten más vulnerables de lo que están (34).

Sentirse desconectada. Estar hospitalizadas en la UCI significó estar desconectadas de la realidad, perder la noción del tiempo y no tener claro qué pasaba con ellas y sus hijos, así como estar en un ambiente desconocido y sometidas a procedimientos que generaban más estrés y temor.

Yo me sentía desconectada con el tiempo en el sentido que no sabía si era de día o era de noche. El tiempo parece una eternidad, porque tú preguntabas la hora, te dormías, despertabas y no había transcurrido nada. Y no sabías. Y te decían son las tres, pero no sabías si eran las tres de la tarde o las tres de la madrugada, porque el tiempo no parece que pasara o no se sabe si es de día, de noche. No se sabe nada. ***Ruth***

Cuerpos para otros. Las mujeres que viven la experiencia de sobrevivir a una preeclampsia severa reconocen sus cuerpos como un espacio limitado, expuesto y en completa subordinación. Sienten que sus cuerpos son invadidos ante la necesidad de ser vigiladas y controladas por el personal de salud y por los equipos biomédicos que hacen parte de estas unidades.

Me sentía limitada, sentía cómo no podía defenderme, por así decirlo, o sea, no me sentía yo. ***Salomé***

Conexión espiritual con Dios. La relación con Dios se convirtió en una fortaleza en los momentos de soledad, incertidumbre y miedo. La mayoría de las participantes de estudio dejó en manos de Dios su situación. La conexión espiritual con Dios, la fe, y la convicción de que todo saldría bien generaron en ellas sentimientos de tranquilidad y esperanza (35).

*Pues yo creo mucho en Dios, sí, y yo digo que lo que lo mantiene a uno ante ciertas situaciones es la fe. Yo considero que, en esa situación, Dios siempre estuvo conmigo y mi mejoría yo creo que fue rápida por la fe que tengo en Dios****. Esther***

La necesidad de comunicarse con la familia. Tener preeclampsia implica para las mujeres estar alejadas o aisladas del entorno social y familiar. La separación de la familia las hace más vulnerables; por tanto, la necesidad de comunicarse con algún miembro de la familia es uno de los principales reclamos que las mujeres hacen frente al proceso de atención (36). La diferencia entre las gestantes o puérperas hospitalizadas en una UCI y otros pacientes críticamente enfermos es el estado de conciencia, pues, generalmente, no hay sedación en este grupo de pacientes y sus vivencias y necesidades emocionales se encuentran latentes (37).

Yo me sentía muy triste, me sentía muy triste, me sentía sola porque no podía ver a mis familiares ahí conmigo. Me sentí muy triste, eso fue. Ahí, ahí comprendí, ahí me aferre a la vida; o sea, como es, a desear la vida, a cuidarla, a

cuidar mi salud, ante todo. ***Raquel***

Yo me sentía sola, […] *así las enfermeras me dijeran que mi esposo estaba allá, afuera. Yo me sentía sola porque igual nadie hablaba conmigo, nadie me preguntaba nada. Yo estaba sola ahí.* ***Zara.***

Anhelo de conocer a su hijo. El anhelo de conocer a su hijo y tener contacto con él es una de las necesidades más profundas que las mujeres tienen cuando viven la experiencia de presentar preeclampsia severa (36-38). La negación del contacto piel con piel y la separación inmediata de la madre y su hijo generan angustia y estrés en la madre, especialmente porque siente que el peligro aún no sido superado, dada la prematuridad y las consecuencias que la preeclampsia puede acarrear en su hijo (36-39). Las participantes de estudio narran cómo fue para ellas darse cuenta de que estaban impedidas para tocar a sus bebés: experimentaron mucha angustia y frustración ya que no pudieron tener ese primer contacto que tanto anhelaban.

No ver mi hijo@ cuando nació fue lo más impactante para mí. Eso fue lo que me dio más duro, no poder ver a mi hija. ***(Zara, Ruth, Salomé, Esther y Raquel)****.*

Era una impotencia tan grande, horrible, como rabia. O sea, no le puedo decir ni qué era lo que yo sentía yo cuando no podía, bueno, hasta que, gracias a Dios, la puede ver después de tantos días. ***Salomé***

Después de eso, tuve que afrontar que mi hija estuviera en UCI, que yo nunca había visto un bebé tan pequeño y menos que fuera el mío. ***Raquel***

No me decían nada del bebé, fue horrible estar ahí. Esos seis días yo me la pasé llorando y me decían que no llorara, que eso me hacía daño. Yo no podía consolarme, porque yo me sentía mal, muy mal. ***Ruth***

Relación con el equipo de salud. La interacción con el equipo de salud presentó muchos contrastes. Algunas narraciones indican que el trato del personal de salud fue distante, frío y carente de sensibilidad. Otras, en cambio, sostienen que las relaciones con el equipo de salud fueron fluidas y cordiales, aunque en ocasiones no comprendían el lenguaje técnico que los médicos y especialistas utilizaban para explicar su condición de salud.

Una noche, una enfermera me puso bañarme a mí, cuando yo no me podía mover por las sondas, por no sé qué. Me puso agua y un trapito y me dijo "bueno, cuando termines de limpiarte, me llamas para venir a recoger esto".

Salomé

El ginecólogo venía con otros médicos y decían muchas cosas que a veces yo no entendía. No sabía si eso que decían era bueno o malo, algunos me explicaban las cosas de manera más sencilla que otros, pero a mí me daba pena preguntar. ***Zara***

Resignificando el futuro reproductivo. La experiencia de haber presentado preeclampsia severa motivó la resignificación del futuro reproductivo para la mayoría de participantes. La preeclampsia fue reconocida por su peligrosidad y por las consecuencias que, a mediano y largo plazo, pueden presentar en su historial obstétrico. Varias mujeres expresaron su decisión de no tener más hijos o postergar futuros embarazos.

Yo siempre fui consciente de la situación. Sabía que, de pronto, se podían complicar las cosas, pero también me di cuenta de personas que realmente estaban muy complicadas de salud. Entonces uno, que se pone a reflexionar en todas esas cositas, cuando ya se encuentra en un lugar como ese. Hay que ser consciente de los riesgos que puedo tener, primero por el antecedente y por mi edad. Ya yo tengo cierta edad que no. Pues, tendría que sentarme, re-considerarlo y asesorarme. ***Esther***

No, no pienso tener más hijos. Casualmente, estoy haciendo las vueltas para planificar, pero a mí el ginecólogo me recomendó que todavía no me operara, porque mi bebé estaba muy pequeña y voy a tener que hacer mucho esfuer-zo, pero que en tres años lo podía hacer. ***Salomé***

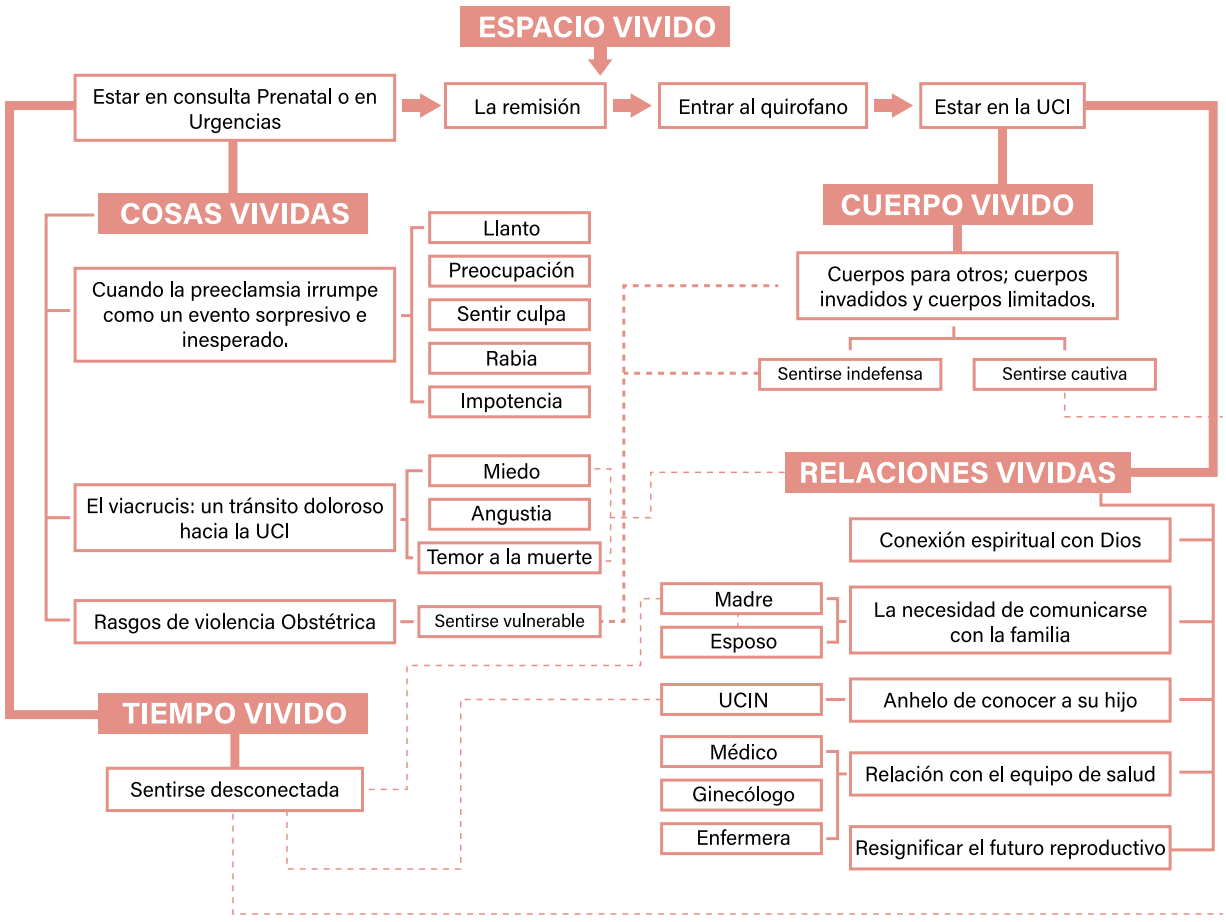
Yo quiero tener una niña. Mi sueño es tener una niña, pero, yo le digo, tengo que pensarlo porque igual todo lo que pase con mi príncipe este. Me da un poco de miedo porque he escuchado que a las personas que les da pree-clampsia les sigue dando preeclampsia, entonces no sé. No sé responderte en sí, en sí, no, porque no estoy segura. ***Ruth***

Pues ellos lo que comentaron fue que es algo muy grave, porque hay muchas mujeres que han muerto por esto, que pasan por la misma situación y no se han salvado, o son ellas o son los bebés, pero que siempre, o sea, la mayoría de las veces, termina en tragedia. Y, pues, que es una enfermedad que puede ser como en el primer embarazo o en todos, recurrente y, pues, entonces, que, si quería, pues volver a tener bebé, que fuera durante un tiempo prudente, pero la verdad no. ***Zara***

Tener la experiencia de cercanía con la muerte permitió a muchas mujeres reflexionar sobre su futuro reproductivo (40) (23). En función de lo anterior, se

identificaron en las narrativas de las participantes de estudio dos polos opuestos. Uno de ellos muestra que la experiencia de sobrevivir a una preeclampsia severa representa una amenaza para la vida que las lleva a tomar la decisión de no embarazarse más y a optar por un método de planificación familiar definitivo (oclusión tubárica bilateral OTB). El polo opuesto muestra que en algunas mujeres persiste la idea de futuros embarazos vinculada a imaginarios asociados con factores de orden cultural, como querer tener un hijo de un sexo determinado, por preferencias de la pareja, por la edad, por querer dar un hermano a su primer hijo, entre otros asuntos. Reconocer los significados otorgados por las mujeres que sobrevivieron a una preeclampsia severa permitirá la construcción de políticas públicas sensibles y pertinentes a la realidad cultural de las gestantes de la región cordobesa, permeada por imaginarios en torno a los procesos reproductivos de las mujeres.

Gráfico 5. ***Significados otorgados por las participantes de estudio a la experiencia de sobrevivir a una preeclampsia severa***



Fuente: elaboración propia

DISCUSIÓN

El viacrucis que las mujeres recorren desde el momento en que se enteran del diagnóstico de preeclampsia hasta el ingreso a una unidad de cuidados intensivos. La experiencia vivida por estas mujeres muestra que ese recorrido se encuentra cargado de dolor, sufrimiento e incertidumbre, y que el temor a la muerte se convierte en un acontecimiento crítico y de mucha transcendencia para ellas; en este sentido, Mapp y Hudson (41) indican que muchas mujeres durante una emergencia obstétrica experimentan miedo y angustia. Así tam-

bién lo reportan Ryding et al. (42) cuando informan que las mujeres que experimentan una cesárea de emergencia presentan miedo por sus vidas y la de sus bebés, además de la preocupación ante la posibilidad de morir durante el procedimiento quirúrgico.

Este viacrucis, además de doloroso e incierto, da a conocer una serie de estaciones, sucesos o eventos vitales que marcan la experiencia de las mujeres; estos eventos se relacionan unos con otros y hacen parte de un conjunto de eslabones críticos en el proceso de atención que reciben en los servicios de salud. Los estudios de Chicaiza y García (43), así como los de Velasco, Navarrete y de la Cruz (44), reportan que muchas gestantes enfrentan importantes barreras para la atención en salud. Estas barreras incluyen retraso o falta de ambulancias, falta de suministros o insumos médicos y fallas por parte del personal de salud relacionadas con la atención materna (44). La literatura ha sido clara en señalar que, en los análisis de los casos de mortalidad materna y sus trayectorias, las mujeres más pobres son las que más se mueren. A pesar de tener afiliación al sistema de seguridad social en salud, muchas de ellas no cuentan con los recursos para trasladarse a otros municipios cuando requieren una atención médica especializada y, cuando logran acceder al servicio de salud muchas reciben una atención inoportuna y distante de la calidad esperada (45-46). También se ha documentado que la mayor proporción de muertes ocurre en el segundo nivel de atención y se ha evidenciado un limitado desempeño del primer nivel de atención en salud en cuanto a su capacidad resolutiva para atender una emergencia obstétrica (47-48).

La literatura también describe la manera en que algunas mujeres que viven la experiencia reaccionan ante la comunicación del diagnóstico de preeclampsia: manifiestan una serie de sentimientos y emociones que, generalmente, es

ignorada por los proveedores de atención en salud. entre ellos, el temor a que ellas o sus hijos puedan morir durante el embarazo (49) Un hallazgo interesante en esta investigación consistió en que algunas participantes del estudio sintieron culpa por la situación que estaban viviendo, pues su embarazo era completamente normal y las tomó por sorpresa el hecho de tener una complicación como la preeclampsia. Las mujeres, además de sentir culpa, sienten rabia por la situación que están viviendo. Este sentimiento, generalmente, está asociado a la falta de autogestión y descuido de su salud, elementos que son reforzados durante la atención médica en la interacción con los proveedores de salud.

Vasconcelos et al. (50) muestran en su estudio que las mujeres con preeclampsia percibían la gravedad de esta condición, pero desconocían la magnitud de sus consecuencias. Además, identificaron que la información que estas mujeres recibían por parte de los proveedores de salud era escasa y, generalmente, confusa. Los sentimientos que estuvieron presentes fueron el miedo a morir y el temor de perder a sus hijos, sentimientos que se intensificaron al reconocer la gravedad del evento.

Este camino doloroso lleva a las mujeres a experimentar cosas que marcan su existencia en el mundo. La preeclampsia irrumpe como un evento sorpresivo e inesperado en su vida cotidiana y genera en ellas llanto, preocupación, culpa, rabia e impotencia (48-49). Saber que se está en peligro y enterarse de la posibilidad de ingresar a un quirófano o a una UCI genera también miedo, angustia y temor a la muerte. Estar en el quirófano representó para las mujeres un periodo de mucha angustia, especialmente durante la administración de la anestesia raquídea. Las mujeres manifestaron sentirse sometidas y subordinadas y haber recibido poca o nula orientación sobre las intervenciones

que se realizan en el quirófano, aunque justifican el comportamiento de los profesionales de salud por tratarse de una emergencia vital (51) Algunas mujeres se enteraron de que su condición era realmente crítica cuando se vieron internadas en la UCI. Para muchas de ellas, transitar del quirófano a una UCI fue un trance temporo-espacial cargado de mucho significado porque habían superado la intervención quirúrgica de emergencia, pero, al mismo tiempo, sentían que sus vidas aún estaban en peligro. Otro aspecto de vital importancia para las mujeres al estar en la UCI fue el hecho de permanecer en soledad y alejadas de sus familiares.

Quienes viven estas experiencias se sienten vulnerables, sienten que sus cuerpos se encuentran invadidos y muchas veces se sienten indefensas. Las mujeres que son sometidas pierden su identidad y la posibilidad del ejercicio de sus derechos. Ante su condición crítica, muchas de ellas son despojadas de su autonomía y son víctimas de una relación saber-poder-sumisión que mantiene y refuerza la pugna existente entre quien tiene el poder y quien no (52) Regularmente, en las salas obstétricas, se encuentran mujeres semidesnudas ante la presencia de extraños; solas, en un escenario desconocido, en posición de sumisión total.

Presentan también una distorsión de su realidad temporo-espacial, sobre todo cuando se encuentran en la UCI. Esta situación las conduce a tratar de mantener lazos de relacionalidad, primero con Dios como soporte espiritual que la ayudará a salir adelante, luego con el personal de salud, especialmente con los médicos, el ginecólogo y el personal de enfermería. Entre los desafíos que atraviesan, está, en primer lugar, el anhelo por conocer a su hijo que, debido a las condiciones de su embarazo y a la interrupción abrupta del mismo ante la emergencia obstétrica, se encuentra hospitalizado en una unidad de cuidados

intensivos neonatales. En segundo lugar, está la necesidad de comunicarse con la familia, especialmente con su madre y su esposo. La vivencia de estar en la UCI como espacio de interacciones y normas sociales significó para las mujeres encarnar momentos de soledad, por las barreras institucionales que limitan el contacto familiar, de modo que se convirtieron en receptoras pasivas de la atención. Barlow y Thornton (53) indican que, cuando una gestante siente que su vida y la vida de su hijo están en peligro, atraviesan vivencias cargadas de incertidumbre, presentan miedo y ansiedad por los desenlaces perinatales y tratan de dar sentido a lo que les está sucediendo. Estos autores sostienen, además, que esta experiencia trae consigo una serie de eventos que afectan la interacción de las mujeres con sus seres queridos, como estar aisladas de la familia y su contexto social.

Ocampo (54), en su investigación, muestra que, en condiciones como la prematuridad, muchas mujeres percibieron a sus hijos distantes y ajenos, debido a su ingreso inmediato a la UCIN. Esta situación retrasó la apropiación de su rol como madre, dadas las restricciones que tenían para estar a su lado en la UCIN y participar de su cuidado (54). De acuerdo a Santos et al. (55), para los padres, el nacimiento prematuro y la necesidad de hospitalización de su hijo en la UCIN es una noticia inesperada, que los llena de preocupación y ansiedad, especialmente por no poder conocer con exactitud el estado de salud de sus hijos, verlos y/o conocerlos con sus propios ojos.

Otro desafío importante para su condición de mujer-madre consiste en enfrentar violencia obstétrica en la UCI, situación que nunca había contemplado y, mucho menos, en momentos de vulnerabilidad física y emocional. Si bien parece irrisorio pensar que, en una UCI o en un servicio de obstetricia, la violencia contra las mujeres pudiese estar presente, este tipo de violencia ocurre de

manera sistemática, especialmente cuando la mujer es pobre. En efecto, en la pobreza se profundiza más la enajenación de su cuerpo y se expone más a la discriminación y a la violencia (38-39). La vigilancia, versus el control de estas mujeres por parte del personal de salud, bajo la ecuación poder igual control, se ve reforzada por el modelo biomédico y por las exigencias impuestas por las instituciones de salud en los servicios de atención obstétrica (56). Las mujeres de bajo nivel socioeconómico están más expuestas al poder institucional y profesional. Las características de este poder son opresoras y dominadoras y excluyen la subjetividad femenina como rasgo esencial para la construcción de la asistencia centrada en la mujer (57).

El cuerpo de la mujer es cosificado y dispuesto para la realización de intervenciones médicas que requieren vigilancia y control. López (58) sostiene que, tras el acto quirúrgico de la operación cesárea, el cuerpo en el quirófano se ve en partes separadas: la cabeza es para anestesiología, el útero para ginecología y "el producto de la gestación" para neonatología. Este tipo de fraccionamientos anulan la concepción de cuerpo como unidad.

Sobrevivir a un evento obstétrico que puso en peligro su vida lleva a las mujeres a repensar su condición de mujer. Toda esta serie de vivencias impregna sus conciencias; al encarnar momentos críticos, empiezan a dar un sentido a su condición de mujer-madre a partir de la reflexión en torno a la experiencia vivida y la resignificación de su futuro reproductivo. En este sentido, es importante reconocer este momento como un espacio-tiempo crucial para intervenir. Generalmente, las políticas públicas en salud dejan de lado la voz y las experiencias de las mujeres que atraviesan por esta situación, planteando estrategias que solo quedan suscritas al plano operativo y desconociendo así la importancia de reconocer los significados otorgados a estas experiencias

como punto de partida para reproducir intervenciones en salud ajustadas a la realidad concreta de las mujeres.

CONCLUSIONES

Este estudio permitió reconocer los significados otorgados por un grupo de mujeres a la experiencia de sobrevivir a una preeclampsia severa. Esta experiencia fue narrada como un viacrucis que las mujeres empiezan a recorrer desde el momento en que se enteran del diagnóstico de preeclampsia hasta el ingreso a una UCI y su posterior egreso hospitalario. Se mostró cómo este recorrido se encuentra cargado de sufrimiento, dolor, incertidumbre y temor a la muerte, sobre todo a morir solas, por lo que se convierte en un acontecimiento crítico y de mucha transcendencia.

Al develar la experiencia vivida de este grupo de mujeres, se puede evidenciar que el impacto del diagnóstico y el tránsito por diferentes escenarios (consulta de control prenatal, urgencias, quirófano, UCI) significan ambientes llenos de incertidumbre y sufrimiento emocional. La preeclampsia fue reconocida por su peligrosidad y por las consecuencias que, a mediano y largo plazo, pueden presentar en su historial obstétrico; representó un momento crucial para intervenir los riesgos reproductivos. Por ello, la experiencia de haber sobrevivido motivó a la mayoría de las participantes de estudio a resignificar su futuro reproductivo.

Las vivencias de estas mujeres representan una serie de experiencias negativas relacionadas con su cuerpo. Las participantes sintieron que sus cuerpos fueron invadidos ante la necesidad de ser vigiladas y controladas por el personal de salud y por los equipos que hacen parte de estas unidades. Sus cuerpos

pasaron a ser subordinados a las normas institucionales y a las/los profesionales que las asisten; muchas veces, por ello, se sintieron más vulnerables de lo que estaban.

Estar en la UCI, además, implicó para estas mujeres perder su autonomía: vieron cómo otros decidían por ellas. Su estado de salud las hizo sentir indefensas, sus cuerpos fueron expuestos a personas desconocidas. Sintieron desconexión con el personal de salud, especialmente cuando hablaban acerca de ellas y de su estado de salud; sin poder opinar, sintiendo muchas veces, culpa por lo que estaba pasando. Adicionalmente, les parecía que el tiempo se detenía y que su vida se suspendía en una relación temporo-espacial. Esta situación producía en ellas angustia existencial.

Finalmente, las relaciones con el equipo de salud, la interacción con sus seres queridos y el anhelo de conocer a su hijo y tener contacto con él tuvieron una connotación especial para estas mujeres: la carga emocional y el estrés de no tener contacto con sus seres queridos condicionó sus respuestas físicas y psíquicas. Esta condición cobra importancia clínica para favorecer los procesos de recuperación. Existe, pues, la necesidad de reevaluar cómo ocurren los procesos de interacción entre las mujeres y los proveedores de salud en los servicios de atención materna. Si bien las necesidades físicas deben ser atendidas, no se pueden dejar de lado los aspectos emocionales de las mujeres que viven esta condición. En este sentido, hay que propender a una atención humanizada y centrada en la mujer y sus necesidades.

La pandemia por Covid 19 ha puesto en evidencia la necesidad de reinventar las estrategias para acceder a los grupos poblacionales de riesgo; en este sentido, la articulación entre las empresas administradoras de planes de be-

neficio (EAPB) y las instituciones de salud deben ser más sólidas. Se requieren estrategias de acción concretas y sostenibles en el tiempo para dar respuesta a esta problemática de interés en salud pública.

Asimismo, se recomienda la creación de programas de seguimiento a la mujer durante el periodo posparto, especialmente, a aquellas que logran sobrevivir a una MME. Estas iniciativas deben tener respaldo político e institucional para poder impactar en los indicadores de salud relacionados con la anticoncepción post evento obstétrico, a fin de reducir la mortalidad materna y perinatal y reducir los costos asociados a la atención de condiciones extremas durante la gestación y el posparto.

Adicionalmente, en la práctica clínica y comunitaria, se debe fortalecer la adherencia y seguimiento de los protocolos y guías de manejo, así como la ruta materno perinatal establecida en el Modelo Integral de Atención en Salud. Esto implica fortalecer la consulta preconcepcional para identificación de enfermedades preexistentes que pueden complicar la gestación, contar con mecanismos para una adecuada clasificación del riesgo obstétrico, realizar seguimiento y gestión del riesgo durante el embarazo y el posparto, entre otros.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Modelo de vigilancia de la morbilidad materna extrema Evaluación de la implementación [Internet]. Bogotá; 2014. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Evaluacion-Modelo-vigilancia-morbilidad-materna-extrema.pdf

2. Equipo Maternidad Segura, Subdirección de Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública: morbilidad materna extrema. Instituto Nacional de Salud; 2014.

3. Equipo Maternidad Segura. Protocolo de vigilancia en Salud Pública. Morbilidad Materna Extrema. Código 549. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2017.

4. Muñoz Lozada CM, Cortés Molano NP, Perdomo Ospina DC, Parra Piza SM, González Sarmiento NF. Certificación de personas en salud pública, Colombia [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2017 p. 164-76. Disponible en: http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/IQEN/IQEN%20vol%2023%202018%20num%2013.pdf

5. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal. Semana epidemiológica 09. Mortalidad Perinatal y Neonatal y Morbilidad Materna Extrema Neonatal [Internet]. 2020 feb. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020-Boletin-epidemiologico-semana-9.pdf

6. Suddick KM, Cross V, Vuoskoski P, Galvin KT, Stew G. The Work of Hermeneutic Phenomenology. Int J Qual Methods. 1 de enero de 2020; 19:160940692094760.

7. Castillo Sanguino N. Fenomenología como método de investigación cualitativa: preguntas desde la práctica investigativa. Rev Latinoam Metodol Investig Soc. 2021;20(10):7-18.

8. Ayala Carabajo R. Formación de investigadores de las ciencias sociales y humanas en el enfoque fenomenológico hermenéutico (de van Manen) en el contexto hispanoamericano. Educ XX1 [Internet]. 3 de mayo de 2016

[citado 7 de mayo de 2021];19(2). Disponible en: http://revistas.uned.es/index.php/educacionXX1/article/view/16471

9. Sundler AJ, Lindberg E, Nilsson C, Palmér L. Qualitative thematic analysis based on descriptive phenomenology. Nurs Open. 7 de abril de 2019;6(3): nop2.275.

10. Mendieta-Izquierdo G, Ramírez-Rodríguez JC, Universidad de Guadalajara, Fuerte JA. La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: una propuesta metodológica para la salud pública. Rev Fac Nac Salud Pública. 30 de septiembre de 2015;33(3):435-43.

11. Fuster Guillen DE. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propósitos Represent. 1 de enero de 2019;7(1):201.

12. Errasti-Ibarrondo B, Jordán JA, Díez-Del-Corral MP, Arantzamendi M. Van Manen's phenomenology of practice: ¿How can it contribute to nursing? Nurs Inq. enero de 2019;26(1): e12259.

13. ¿Van Manen M. But Is It Phenomenology? Qual Health Res. mayo de 2017;27(6):775-9.

14. Neubauer BE, Witkop CT, Varpio L. How phenomenology can help us learn from the experiences of others. Perspect Med Educ. abril de 2019;8(2):90-7

15. Suddick KM, Cross V, Vuoskoski P, Galvin KT, Stew G. The Work of Hermeneutic Phenomenology. Int J Qual Methods. 1 de enero de 2020; 19:160940692094760.

16. Van Manen M. Researching Lived Experience. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy. Londres: Routledge; 1997.

17. Laverty SM. Hermeneutic Phenomenology and Phenomenology: A Comparison of Historical and Methodological Considerations. Int J Qual Methods. septiembre de 2003;2(3):21-35.

18. Flórez Torres, Inna Elida; Giraldo Mora, Clara Victoria; Arzuaga Salazar, María Angélica. La experiencia vivida de una mujer revascularizada por enfermedad coronaria: estudio de caso. Avances en Enfermería. 2016 sep-dic, 34(3). En: http://www.index-f.com/rae/343/343236.php

19. Van Manen M. Phenomenology Online» Interviewing Experiences [Internet]. 2011 [citado 7 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.phenomenologyonline.com/inquiry/methods-procedures/empirical-methods/interviewing-experiences/

20. Vélez Álvarez C, Vanegas García JH. El Cuidado en Enfermería, Perspectiva Fenomenológica. Hacia Promoc Salud. 2011;16(2):175-89

21. Van Manen M. Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing. Walnut Creek, California: Left Coast Press, Inc; 2014.

22. Van Manen M. Researching Lived Experience. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy. Londres: Routledge; 1997.

23. Van Manen M. Fenomenología de la práctica. Método de donación de sentido en la investigación y la escritura fenomenológica. Popayán: Universidad del Cauca; 2016.

24. Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema. Una nueva estrategia para la reducción de la mortalidad materna en América latina. En Santa

Cruz de la Sierra, Bolivia: Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG); 2007. Disponible en: https://www.who.int/pmnch/events/2010/20100809-colombia.pdf

25. Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colomb Médica. 2003;34(3):164-7

26. Mella O. La entrevista cualitativa en profundidad. En: Metodología cualitativa en ciencias sociales y educación Orientaciones teórico-metodológicas y técnicas de investigación. Santiago de Chile: Primus; 2003. p. 147-73.

27. Taylor SJ, Bogdan R. La entrevista en profundidad. En: Métodos cuantitativos aplicados. Barcelona: Paidós; 1996. p. 100-32.

28. Gonzalez Hoyos DM. Vocación, evocación e invocación del fenómeno de la lactancia materna. Una aproximación desde la perspectiva de padres y madres [Internet] [Tesis de doctorado]. [Manizales]: Universidad de Manizales; 2008. Disponible en: http://hdl.handle.net/20.500.11907/539

29. Ayala Carabajo R. Retorno a lo esencial. Fenomenología hermenéutica aplicada desde el enfoque de Max van Manen. Sevilla: Caligrama; 2017.

30. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic Inquiry. Beverly Hills: SAGE; 1994. 422 p.

31. Ministerio de Salud. Resolución 008430, por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 1993.

32. Emanuel EJ, Wendler D, Grady C. What makes clinical research ethical? Jama. 2000;283(20):2701-11.

33. Iturra-Zamorano RS, Badilla-Otero MC, Velásquez-Muñoz AA. Vivencias

de embarazadas de alto riesgo Obstétrico del Hospital San Juan De Dios, en Chile. Rev CONAMED. 2018;22(4):174-8.

34. Chávez Courtois ML, Sánchez Maya NA. Violencia obstétrica y morbilidad materna: Sucesos de violencia de género. Rev El Col San Luis. 2018;8(16):103-19.

35. Pérez Herrera BL. Significado que las puérperas asignan a la experiencia de una gestación con preeclampsia/Significancy that puerperal women, gives to experience the pregnancy with preeclampsia [Tesis de maestría]. [Bogotá]: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería; 2011

36. Osorio-Contreras LV, Castiblanco-López N. Significados en puérperas sobre la hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos. Rev Cienc Cuid. 2019;16(3):21-33.

37. Osorio Contreras LV. Significados de puérperas con Morbilidad Materna Extrema sobre su hospitalización y la del hijo (a) prematuro [Tesis de maestría]. [Bogotá]: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería; 2018.

38. Ocampo MP. El hijo ajeno: vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados. Aquichán. 2013;13(1):69-80.

39. Santos LM dos, Silva CL de S, Santana RCB de, Santos VEP. Vivências paternas durante a hospitalização do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Bras Enferm. 2012;65(5):788-94.

40. Rangel Flores YY, Rincón Zúñiga DT, Martínez Ledezma AG, Pérez Rodríguez M, Cruz Ortiz M, González Acevedo CE. Narrativas sobre morbilidad materna extrema en sobrevivientes a esta experiencia en México. Index

Enferm. 2019;28(1-2):37-41.

41. Mapp T, Hudson K. Feelings and fears during obstetric emergencies. Br J Midwifery. 2005;13(1):30-5.

42. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Psychological impact of emergency cesarean section in comparison with elective cesarean section, instrumental and normal vaginal delivery. J Psychosom Obstet Gynecol. 1998;19(3):135-44.

43. Chicaíza-Becerra LA, García-Molina M. Evaluación económica y sostenibilidad financiera del Modelo de Atención Primaria en Salud (APS) en la localidad de Suba de Bogotá–Colombia. Gerenc Políticas Salud. 2008;7(14):110-24

44. Velasco-Murillo V, Navarrete-Hernández E, de la Cruz-Mejía L. El descenso de la mortalidad materna en el IMSS, 2000-2005.? ` Azar o resultado de acciones específicas? Rev Médica Inst Mex Seguro Soc. 2008;46(2):211-8.

45. Rangel-Flores YY, Hernández-Ibarra LE, Martínez-Ledezma AG, García-Rangel M. Experiencias de mujeres sobrevivientes a morbilidad materna extrema en México, un estudio cualitativo desde el modelo de las tres demoras. Cad Saúde Pública. 2019;35(9): e00035418.

46. Bula JA, Urzola Vertel KDC. Madres ausentes: La voz de los profesionales de salud ante las muertes maternas del departamento de Córdoba –Colombia. Enferm Actual En Costa Rica [Internet]. 1 de julio de 2020 [citado 29 de abril de 2021];(39). Disponible en: https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/41405

47. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: https://www.paho.org/

salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf

48. Vega-Morales E, Torres-Lagunas M, Patiño-Vera V, Ventura-Ramos C, Vinalay-Carrillo I. Vida cotidiana y preeclampsia: Experiencias de mujeres del Estado de México. Enferm Univ. 2016;13(1):12-24.

49. Acevedo D, Pinherio D, Costa I, Medeiros A. Percepciones y sentimientos de mujeres gestantes y puérperas sobre la preeclampsia. Rev Salud Pública Internet. 2009;11(3).

50. Vasconcelos de Azevedo D, Pinheiro Fernandes de Araújo AC, do Céu Clara Costa Íris, Medeiros Júnior A. Percepções e Sentimentos de Gestantes e Puérperas sobre a Pré-Eclâmpsia. Rev. salud pública [Internet]. 1 de mayo de 2009 [citado 26 de mayo de 2021];11(3):347-58. Disponible en: https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/36993

51. Bellón Sánchez S. Obstetric violence from the contributions of feminist criticism and biopolitics. Dilemata Int J Appl EthicsInternet. 2015;7(18):93-111

52. Canevari C. Cuerpos enajenados: experiencias de mujeres en una maternidad pública. Santiago del Estero [Argentina]: Barco Edita: UNSE, Universidad Nacional de Santiago del Estero, Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud; 2011. 165 p.

53. Barlow JH, Hainsworth J, Thornton S. Women's experiences of hospitalisation with hypertension during pregnancy: feeling a fraud. J Reprod Infant Psychol. 2008;26(3):157-67.

54. Ocampo MP. El hijo ajeno: vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados. Aquichán. 2013;13(1):69-80.

55. Santos LM dos, Silva CL de S, Santana RCB de, Santos VEP. Vivências paternas durante a hospitalização do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Bras Enferm. 2012;65(5):788-94.

56. Silva RLV, Lucena KDT, Deininger LSC, Martins VS, Monteiro ACC, Moura RMA. Obstetrical violence under the look of users. Rev Enferm UFPE On Line. [Internet]. 2016 Dec [cited Apr 18 2021];10(12):4474-80. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/ index.php/revista/article/view/9982/pdf-1791

57. Montero C Leida. La mujer parturienta: cuerpo invisible para la mirada biomédica. Comunidad y Salud. Año 2018; 16 (1), Ene-Jul [cited Apr 18 2021]; disponible En: http://bdigital2.ula.ve:8080/xmlui/handle/654321/1931

58. López Gómez, Alejandra. Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia, Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología.

CAPÍTULO 5

LA CONFIGURACIÓN SOCIAL DE LA SÍFILIS CONSTRUIDA POR GESTANTES DE MONTERÍA, DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA, COLOMBIA.

ANA MILENA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ
CONCEPCIÓN AMADOR AHUMANA
NYDIA NINA VALENCIA JIMÉNEZ

SÍNTESIS INVESTIGATIVA

El grupo de gestantes que participó en la investigación refiere edades entre 14 y 35 años. Durante las entrevistas algunas de ellas expresaron que sufrieron rechazo por parte de sus parejas al momento del diagnóstico, informan que viven en unión libre y en viviendas ubicadas en estrato uno de la comuna cuatro. Las mujeres no culminaron el bachillerato, son desempleadas y sus familias subsisten con menos de un salario mínimo. Para ellas, enfrentar un diagnóstico de sífilis cuando se está embarazada no es nada fácil porque muchas fueron víctimas de maltrato físico y psicológico por parte de la pareja. La sífilis produce miedo, angustia, dolor, tristeza y culpa. Lo que más duele a una mujer en esa situación es la falta de oportunidades para salir adelante, dejar atrás la enfermedad y olvidar el riesgo que corren sus futuros hijos.

Palabras clave: Mujer embarazada, sífilis, configuración social

INTRODUCCIÓN

El abordaje de la sífilis es de interés porque se reconocen los avances de la ciencia para su diagnóstico precoz y la identificación de un tratamiento idóneo con una efectividad entre 95% y 100%. Es evidente que, ante realidades complejas y multidimensionales como la sífilis, se requieran esfuerzos integrales para su control, en particular, cuando se observan cifras anuales aproximadas de 6,3 millones de nuevos casos en todo el mundo (1). La situación, pone en juicio la capacidad de los sistemas de salud para la implementación de políticas públicas que regulen las acciones de promoción de la salud sexual y reproductiva, como también la efectividad de las estrategias de tamizaje, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno indispensables para el control de la enfermedad.

La respuesta mundial ante las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) se concentra en las acciones que implementan los gobiernos para atender las necesidades de salud de la población a partir del aumento de cobertura y la prestación del servicio en condiciones de equidad. Con ello, es claro que, desde la perspectiva de los principales organismos internacionales encargados de vigilar la salud mundial, existe consenso frente a la necesidad de actuar mancomunadamente contra la sífilis. Todo lo anterior, en respuesta a las exigencias de atención de los 6,3 millones de infectados por todo el mundo (1), y en coherencia con el fortalecimiento de las acciones del 70% de los países que disponen de un sistema de vigilancia de las ITS (2-4).

Los esfuerzos internacionales para combatir las ITS registran avances importantes, particularmente aquellos programas encaminados a la eliminación de la transmisión de sífilis por vía materno infantil donde Colombia se ubica como

un país en progreso gracias a sus informes e indicadores (4). Sin embargo, en la comparación realizada por el Instituto Nacional de Salud (5), con el comportamiento de los casos reportados por sífilis durante 2019 y 2020, se observa un incremento del 14,0% (526 casos) en Sífilis Gestacional (SG) y 19% (124 casos) en Sífilis Congénita (SC).

Por su parte, el Departamento de Córdoba, ubicado en la costa Caribe colombiana, muestra un comportamiento de la enfermedad materna con clara tendencia ascendente entre 2010 (187 casos) y 2020 (341 casos), porque en los datos se aprecia que las frecuencias de casos de sífilis gestacional se han casi duplicado, mientras que la tendencia es descendente para la sífilis congénita (2010: 108; 2020: 39) en respuesta al control epidemiológico específico (6-8). La interpretación de estos datos revela la vulnerabilidad de la mujer para adquirir la ITS, pese a que el control de la misma se basa en la prevención del contagio materno infantil o de madre a hijo.

El déficit en las acciones de control de la ITS en Córdoba, en el marco de una estrategia mundial de eliminación de la sífilis gestacional y congénita (SG y SC), son aspectos coadyuvantes para la visibilización de las debilidades del sistema de salud, en especial por los factores inmersos en el sistema de aseguramiento y de aquellos alusivos a la vigilancia y control en salud pública, pero al mismo tiempo refleja las falencias del sistema de salud ante el proceso de escucha del sujeto. Es ineludible considerar como este tipo de fenómenos se comprenden a partir del abordaje profundo de la esencia del ser, pues, solo así se logra captar aquellas manifestaciones desconocidas de la enfermedad. Uno de estos abordajes es la profundización en las actitudes de las personas diagnosticadas con sífilis, al otorgar voz a las mujeres sin voces que viven y enfrentan la enfermedad en solitario.

En este contexto, la comprensión de la SG o SC desde la perspectiva de la mujer adquiere múltiples significados de interés en el campo de la salud pública, porque en este tipo de estudios se describen las trayectorias e historias femeninas según se presentan en las vivencias personales, sociales e intrafamiliares de estas personas. Ello, permitiría en materia de salud formular planes de intervención en salud pertinentes y multidimensionales con la capacidad de integrar por una parte los elementos de orden científico, y por la otra los sentimientos del sujeto vividos en el aquí y ahora y en todas las experiencias en torno a la sífilis.

Como se sabe, la vida cotidiana está cargada de un sinnúmero de vivencias que serían imposible abordarlas en un solo estudio, por tanto, este capítulo hará mención especial a las actitudes, concepto que desde la perspectiva de Jiménez y Rangel (9) corresponde al sentido mediante el cual las personas guían sus acciones positivas o negativas a la luz de los valores y normas establecidas por los grupos humanos. Asimismo, se consideró pertinente abordar este aspecto en el contexto investigativo, pues la mayor parte de los trabajos académicos consultados se centran en el comportamiento de la enfermedad y evaluación de las medidas de control, dejando de lado los asuntos relacionados con las personas enfermas.

Por ello, se planteó como objetivo comprender la configuración social de la sífilis gestacional y congénita que construyen las gestantes a partir de las actitudes que regulan sus manifestaciones u orientaciones en el municipio de Montería, Departamento de Córdoba, Colombia. Esta publicación es producto del trabajo de investigación *Representaciones sociales sobre la sífilis gestacional y congénita en mujeres de la ciudad de Montería, Córdoba,* realizado para optar el título de Magister en Salud Pública de la Universidad de Córdoba

(Colombia) e inscrito en los esfuerzos del grupo de investigación Huellas calidad de vida en la línea de Salud y Mujer.

Vale señalar que las actitudes de las gestantes acerca de la sífilis gestacional y congénita se abordan desde la perspectiva de la Teoría de Representaciones Sociales de Serge Moscovici, con el fin de comprender aspectos esenciales sobre estas enfermedades. La teoría permitirá interpretar la información recibida por las mujeres con diagnóstico de sífilis en la ciudad de Montería y las formas de asimilar y acomodar las creencias frente al fenómeno de la sífilis.

OBJETIVO

Comprender la configuración social de la sífilis gestacional y congénita que construyen las gestantes a partir de las actitudes que regulan sus manifestaciones u orientaciones en el municipio de Montería, Departamento de Córdoba, Colombia.

BASES TEÓRICAS

La sífilis es una enfermedad con uno de los mayores dilemas para las ciencias de la salud porque, por un lado, integra siglos de historia y, por el otro, continúa sumando casos a los registros recientes, lo cual demuestra su persistencia y difícil control. Es reconocida como la ITS causante de una de las mayores epidemias registradas en la historia en el siglo XV, con implicaciones sociales tan fuertes para permanecer oculta y seguir su camino expansivo, dándole ventajas para consolidarse como una de las enfermedades con tratamiento efectivo pero difícil de erradicar (10,11).

No se tienen registros certeros si la enfermedad fue traída a América por las expediciones de los europeos o fue el caso contrario (12), sin embargo, existe la hipótesis precolombina la cual sostiene que esta se encontraba presente en Europa antes de su expansión por América (13); en contraste, otra de las hipótesis confirma que el tránsito de esta enfermedad del nuevo al antiguo continente se le debe a la gran epidemia que afectó a Europa poco después del retorno de Cristóbal Colón. Así, los datos históricos dan cuentan que el conquistador español muere al parecer a causa de la sífilis. Además, se tiene noticia de grandes personalidades de todos los tiempos, incluyendo a Beethoven, Van Gogh, Schumann y Hitler, que contrajeron la enfermedad (10).

Con el pasar los años, la ITS causada por la bacteria *Treponema Pallidum* se posicionó como un tema prioritario de salud pública, en particular, por el aumento importante en las tasas de morbilidad y mortalidad que según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, OMS, se concentran entre las edades de 15 y 49 años con presencia significativa en África y una prevalencia mundial en 0,5% tanto en mujeres como en hombres (3). Por eso, una de las preocupaciones de las agendas de salud mundial la constituye la transmisibilidad de la sífilis entre una madre gestante y el niño por nacer, conocida como sífilis congénita, cuyo diagnóstico precoz traza trayectorias diferentes al minimizar las consecuencias en el feto.

El efecto devastador de la sífilis congénita transita entre las muertes fetales tempranas/prenatales (143.000), muertes neonatales (62.000), partos prematuros o bebés nacidos con bajo peso (44.000) e infecciones con sífilis del bebé (102.000), constituyendo un total de 350.000 casos de embarazo con desenlace adverso para el año 2012 (3). El Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de sífilis gestacional y congénita, informa que en la región de las Américas para el

período de tiempo comprendido entre el año 1997 y 2003 se registró una cifra aproximada de 459,108 casos de sífilis en gestantes, y subsecuente a esto, alrededor de 334,331 casos de sífilis congénita equivalente entre un 30% y 50% de probabilidades para un desenlace fatal (14). En periodos más recientes, 2010 y 2019, las cifras de incidencia se duplicaron para la SG al pasar de 187 casos en 2010 a 324 en 2019. Para el mismo periodo citado se presenta un mejor control de la SC, lo cual muestra la reducción de 50% de casos de contagios vía vertical o materno-fetal (5).

El punto crítico de estas estadísticas la integra, como ya se mencionó, el tratamiento efectivo existente para prevenirla, pues, cabe la probabilidad de evitar la transmisión de la gestante al niño siempre y cuando la madre reciba el tratamiento indicado en las primeras fases de su embarazo, en especial antes del segundo trimestre. La sífilis puede diagnosticarse a partir del historial del paciente, examen físico, pruebas de laboratorio e inclusive mediante exámenes radiológicos. Sin embargo, las características asintomáticas de algunas personas o con síntomas leves dificultan determinar la presencia o no de esta ITS (4). De ahí, surge la importancia de las pruebas de tamizaje para detectar de forma precoz, implementar tratamientos en los casos positivos y poder evitar complicaciones en las gestantes y sus hijos.

La lógica de atención de la sífilis se concentra en acciones integrales con desarrollo de guías en las que se analizan los procedimientos para controlar la enfermedad. Con ello, el desplazamiento de la mirada positivista con énfasis en la relación causal se vuelve un imperativo en las últimas décadas del siglo XX y principios del XXI, para dar paso a la mirada cualitativa como estrategia de reconocimiento de las voces de los sujetos con el diagnóstico. El tema hace visible la necesidad de explorar en profundidad fenómenos como este, más

aún cuando no se hallan explicaciones sobre el porqué la enfermedad persiste si se tienen las herramientas para su control.

Ahora bien, este texto y análisis se fundamentó en la teoría de las Representaciones Sociales (RS) de Serge Moscovici. La RS se basa en la presencia de entidades casi tangibles como parte del universo cotidiano de las personas a través de las palabras, gestos, interacciones y encuentros, o aquello denominado por el autor como representación social. Y, por otra parte, cuando una persona, familia o colectivo construye una representación de una teoría, lo que en realidad está haciendo es reencontrarse con las formas particulares de pensar o de visibilizar aquellas expresiones ocultas o eliminadas (15).

La exploración del concepto RS conduce a Emile Durkheim, sociólogo y filósofo francés, por plantear la noción de representaciones colectivas y enunciar los requerimientos de la sociedad frente a un tipo de pensamiento organizado, con capacidad para integrar las formas imperantes de pensar de los grupos sociales y ofrecer posibilidades al sujeto de convertirse en persona. Esto, mediante la incorporación de un corpus general guiado por las normas, valores, creencias y mitos que la sociedad ha instaurado (16).

Durkheim y Moscovici se separan cuando este último plantea que el pensamiento social incorporado por las personas difiere cualitativamente entre una sociedad y otra, pues, el simple hecho de constituir un pensamiento organizado no remite a una representación social en razón de las diferencias entre las producciones humanas. Y es en ese sentido cuando este autor propone el concepto de RS como un tipo de producción sin jerarquías entre grupos sociales en el que prevalece la diversidad del pensar y actuar (16).

Al mismo tiempo, la teoría de las RS explica todo el proceso intrapersonal que

surge para que un evento o fenómeno social genere una gama de comportamientos, opiniones y pensamientos susceptibles a estar a favor o en contra de dicho fenómeno (que recibe el nombre de "objeto social" dentro de la teoría). También muestran las posibles influencias de los valores y creencias intrínsecas a la sociedad a la que pertenezca el individuo y al contexto en el cual se enmarca la representación de dicho objeto social (15).

Los mecanismos de formación de las representaciones sociales se basan en dos aspectos: objetivación y anclaje. El primero de ellos hace referencia a las fases en las cuales un evento o fenómeno presente en la sociedad pasa a ser un "objeto social". El segundo alude a la forma en la cual la misma sociedad asimila y adopta como propia la representación del objeto social (17).

La objetivación a su vez se subdivide en tres fases que son simultáneas e interrelacionadas, pero pueden producirse de manera individual para su mejor comprensión (17):

- **Fase de construcción selectiva**: en esta fase se da la selección y descontextualización de los elementos. Mediante ella las ideas, opiniones, conceptos y contenidos son asumidos como una verdad, la cual está condicionada por la cultura, las creencias y las ideologías propias del grupo donde se esté desarrollando la representación.
- **Fase de formación del núcleo figurativo**: aquí se desarrolla la estructura conceptual a partir de los preconceptos que han sido seleccionados en la fase anterior, es decir, en el individuo y en el colectivo humano se genera una reabsorción de todos los significados y categorías para conformar la materialización o concretización de la ideología relacionada con el objeto o fenómeno social en cuestión.

- **Fase de naturalización**: en esta tercera fase los elementos obtenidos de la formación del núcleo figurativo se concretan y adquieren una posición jerárquica para luego integrarse a la representación. Por eso, se concluye el proceso iniciado en la objetivación y se logra hacer real la idea final sobre el objeto y fenómeno social con que se interactúa en ese momento haciendo de lo desconocido algo familiar y convirtiéndose en una representación social del objeto.

El anclaje inicia desde donde se ha construido o constituido la representación social del objeto, y progresa hasta ser asimilado cultural y socialmente por los individuos. A la vez, el anclaje tiene dos subdivisiones que son la asimilación y acomodación (17):

- **Asimilación:** en el anclaje el proceso de asimilación representa el proceso mediante el cual la sociedad y sus individuos logran la integración de una nueva información sobre el fenómeno (objeto social) a las propias ideologías y creencias. El resultado es un significado nuevo y desconocido al objeto social independiente de los antiguos esquemas de sentido común y conocimientos, siendo estos influenciados por la corriente del grupo al que pertenezca el sujeto.
- **Acomodación:** luego de asimilar esta nueva información, y de completar la aprehensión de las nuevas ideas o corrientes de pensamiento, la representación creada se moldea del todo a los pensamientos y raíces ideológicas previas o ya establecidas a través de tres funciones cognitivas: la función cognitiva de integración de la novedad, función interpretativa de la realidad y función de orientación de las conductas e interacciones sociales, complementando el proceso de objetivación para hacer de lo desconocido algo familiar.

Las representaciones sociales así formadas contienen tres dimensiones que son inherentes y un contenido significante de singularidad que son las actitudes, la información y el campo de la representación social (17):

- **Actitud:** representa la corriente de opinión, sea a favor o en contra, que se tiene con respecto al objeto social. Se puede considerar esta dimensión como el componente más aparente, subjetivo y relativo de las representaciones sociales. Según Moscovici la actitud es la más frecuente de las tres dimensiones, siendo la dimensión que otorga la capacidad de predisponer la forma en la cual el sujeto se enfrenta al objeto social, pues las dimensiones de información y campo de representación son posteriores al desarrollo de la actitud o posición referente al evento social.
- **Información:** esta dimensión de las RS está constituida por el conjunto de ideas o conocimientos que el grupo social ha asimilado sobre el evento o hecho de tipo social. Cada conocimiento de la RS es caracterizado por su originalidad, trivialidad, calidad, cantidad y quizás la inclusión de algún estereotipo. De allí se da la creación de la dimensión y concepto del objeto social cuando todas aquellas opiniones y conocimientos se organizan respecto al fenómeno.
- **Campo de representación:** esta dimensión es caracterizada por la organización o jerarquización del contenido u opiniones generadas por la representación. Dichas jerarquías no son estáticas pues pueden variar al interactuar el individuo con diferentes grupos sociales e inclusive al interactuar con las diversas posturas dentro de un mismo grupo. Esta dimensión posee un carácter global ya que va desde la idea de imagen y del modelo social, hasta la definición concreta y limitada de las opiniones que se tienen sobre un aspecto preciso del objeto de representación

Funciones de las representaciones sociales. Las representaciones sociales de un grupo o cultura determinada ejercen una variedad de funciones relativas a la integración de la RS en la vida práctica o cotidiana. La utilidad se da en cuatro sentidos, a saber (17):

- Hacer familiares los eventos y objetos con los que se tiene interacción en la vida cotidiana, otorgándoles una clasificación, una forma definitiva y estableciéndolo como un modelo de tipo distinto y/o compartido dentro de un grupo de personas. En otras palabras, hacer de lo extraño algo convencional.
- Promover la reflexión y el pensamiento colectivo como elemento fundamental para establecer la identidad social del grupo al que se pertenece.
- Justificar las creencias, pensamientos, decisiones y conductas que se dan en un grupo mediante la interacción social.
- Originar la comunicación entre personas pertenecientes a un grupo social sobre diferentes cuestiones y eventos que generen opiniones y puntos de vista divergentes y convergentes.

Estas funciones, otorgan a las RS una serie de características que permiten al sujeto individual y al sujeto colectivo cumplir con una serie de logros cognitivos:

- Seleccionar, retener y privilegiar hechos relevantes del discurso ideológico para contextualizar los principales rasgos de la representación dada por la interacción y relación del sujeto y el objeto social.
- Constituir una teoría implícita, evaluativa y explicativa a partir del discurso ideológico del sujeto.
- Reconstruir y reproducir la realidad otorgándole un sentido y guía de acción para la interacción social y la resolución de problemas y conflictos.

- Desglosar el núcleo de rasgos en categorías simples naturalizando y objetivando las opiniones e ideologías referentes al sujeto en el grupo social al que pertenece.

RUTA METODOLÓGICA

Investigación cualitativa, con enfoque fenomenológico, realizada con la finalidad de comprender las representaciones sociales construidas por las mujeres gestantes sobre la SG o SC en un contexto natural y local. Las participantes del estudio fueron localizadas a partir de la información contenida en la base de datos de sífilis de una institución de primer nivel con la mayor red de atención del régimen subsidiado de Montería, Córdoba, Colombia, para el año 2018.

El estudio contó con 23 mujeres diagnósticadas de sífilis en el embarazo, aborto o parto reciente, a quienes se les aplicó entrevistas a profundidad y observación participante; la unidad de información se obtuvo hasta alcanzar el punto máximo de saturación teórica. Para mayor conocimiento del perfil de las mujeres, se aplicó un cuestionario sociodemográfico con la finalidad de determinar sus características socioculturales y una entrevista semiestructurada para establecer las representaciones sociales en los contenidos de las respuestas.

Los criterios de inclusión comprendieron: a) mujeres entre 14 y 35 años con diagnóstico de sífilis durante la gestación, b) condiciones físicas y mentales aptas para sostener una entrevista y participar de otras actividades, c) no estar bajo el efecto de sustancias psicoactivas durante la aplicación de la entrevista.

El proceso de recolección de datos incluyó un protocolo de observación y diario de campo que facilitaron el posterior análisis y discusión de los resultados. Las entrevistas registraron una duración aproximada de 45 a 60 minutos, las cuales fueron aplicadas en diferentes escenarios desde el espacio del consultorio médico de la institución de salud, hasta los hogares de las participantes con el fin de garantizar la privacidad y comodidad de las entrevistadas.

En primer lugar a las mujeres se les explicó los objetivos de la investigación y se solicitó la participación voluntaria. Posteriormente, se firmó el consentimiento informado, no sin antes comunicar el compromiso ético de conservar el anonimato en la divulgación de los resultados. Para ello, las participantes fueron identificadas mediante pseudónimos elegidos por ellas y la información en la base de datos se hizo por códigos alfanuméricos (PE), donde P significa "Participante" y E "Entrevistada". Además, una serie de números señalaban el lugar de la entrevista, como por ejemplo (PE-01).

De acuerdo con el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 de Colombia, la investigación se clasificó en la categoría "Riesgo mínimo". Esto obedece al tipo de valoración a partir de las entrevistas, la cual no compromete la integridad física de los sujetos de estudio, aunque si pueden ser susceptible a generar respuestas emotivas que causen incomodidad. Para evitar el problema, se contó con apoyo de profesionales especializados en psicologia dispuestos contrarrestar cualquier evento paralelo a la entrevista.

En el proceso de inmersión en campo se garantizaron los derechos a la libre participación, voluntaria e informada, y en todo momento las mujeres recibieron un trato cordial. Igualmente, se respetó la plena libertad para abstenerse de res-

ponder total o parcialmente las preguntas formuladas o retirarse en cualquier fase de la investigación.

La etapa de procesamiento y organización de la información se inició con la transcripción literal de los audios de las entrevistas en rejillas. Después la información se codificó con el fin de organizar y proceder a la construcción de categorías significativas. El material de texto se parceló, lo que permitió la extracción del contenido temático asociado directamente con las categorías apriorísticas a partir del diseño de las preguntas y respuestas del protocolo. Por cada categoría identificada en los fragmentos seleccionados, se asignó códigos asociados a los temas apriorísticos esenciales y códigos emergentes en cada uno de los espacios de interacción con las participantes.

La codificación selectiva contribuyó al estudio de las categorías para compararlas con el esquema construido por el equipo investigador. Esto, ayudó al contraste para llegar a un producto en el que se vincula las categorías y se describe la actitud y la comprensión sobre la sífilis gestacional y congénita.

La organización final se hizo mediante mapas conceptuales y fragmentos significativos de las entrevistas que facilitaron la representación de las categorías y códigos en un mismo plano visual. Los resultados fueron analizados bajo las técnicas de la triangulación múltiple entre los datos primarios de los investigadores y la actitud de las mujeres. Teniendo en cuenta las dimensiones de las RS para abarcar los aspectos cruciales, se procedió de la siguiente manera:

- **La actitud:** para efecto de la definición del punto crítico del análisis se utilizó como referente la reacción de las mujeres ante el diagnóstico de

la enfermedad. Las respuestas se interpretaron considerando el sentido de la reacción, así como también el asertividad con la cual recibieron la información necesaria para la prevención, tratamiento, seguimiento y control.

- **Información:** esta dimensión de las RS utilizó como punto de análisis el contenido mismo de las ideas y opiniones generadas al momento de los intercambios e interacciones que se realizaron para abordar el tema. La información (o sea el contenido de la RS) se extrajo de las experiencias referidas por las mujeres en cuanto a las relaciones interpersonales con SG o con un niño con SC en sus contactos de familia, amigos y pareja sexual.
- **Campo de representación:** para efectos de la descripción y análisis del campo de representación, el contenido crítico era la comprensión de las mujeres acerca de la SG y SC, las creencias personales ante estas enfermedades y el conjunto de las reacciones de la mujer, su pareja, familia y amigos ante el objeto social en estudio (sífilis gestacional y congénita). También, cómo estas interacciones han llevado a asimilar o establecer un concepto propio.

El proyecto investigativo del cual se desprenden estos resultados se sometió a evaluación del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Córdoba. La prueba se encuentra en el Acta 03 de 2017 que a la vez sirvió para verificar que los riesgos éticos estuvieran identificados y que existieran los mecanismos válidos para su debido y oportuno control.

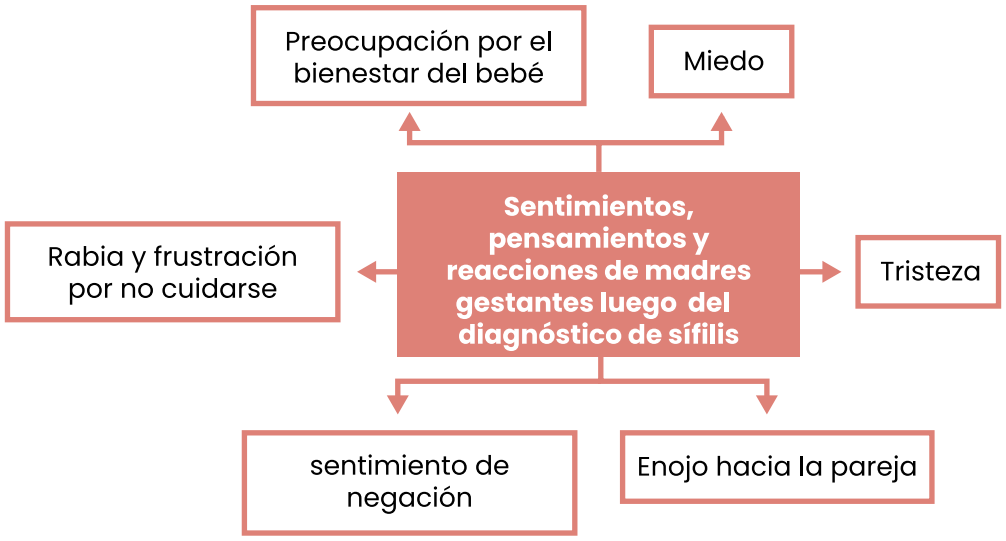
RESULTADOS

A continuación, se expresan los principales resultados sobre la actitud de las mujeres participantes como uno de los aspectos centrales de las RS. Para conservar el anonimato de las gestantes, las mujeres eligieron el nombre de flores en cada uno de sus relatos.

Ante el diagnóstico, la mujer presentó actitudes de orden negativo acompañado de algunos sentimientos y pensamientos en el mismo sentido tras haber recibido la noticia durante la gestación. La principal actitud positiva referida está relacionada con la preocupación por el bienestar de su hijo al nacer. Asimismo, las expresiones de las madres reflejan frustración, tristeza y enojo contra sí y contra sus parejas representadas en la percepción de no haber cumplido con lo que saben acerca del autocuidado en la salud sexual y reproductiva.

El miedo, la negación y la tristeza también fueron sentimientos que acompañaron y reforzaron la actitud negativa. Se relacionan con la RS de estar ellas y sus hijos en riesgo por la percepción o representación social de la adversidad o el daño que implica padecer sífilis en el periodo gestacional (Gráfica 6).

Gráfica 6. ***Actitudes, sentimientos, pensamientos de la gestante luego del diagnóstico de SG***



Fuente: *elaborado a partir de los resultados de la investigación, 2018.*

En cuanto a la tendencia en la actitud encontrada en los hallazgos, se destaca un elevado sentimiento de preocupación y/o alarma por el estado de la salud de un hijo aún en gestación. En ese orden de ideas, la construcción social del riesgo, unida a un natural instinto maternal, hizo que se olvidaran de ellas mismas y de las implicaciones de la enfermedad en su cuerpo y su salud para concentrarse en los efectos de la sífilis en el neonato.

"Me sentí mal; de pronto el bebé también iba a tener sífilis, fue lo que más me preocupó" Orquídea, E3; P2.

"Me dio como ese susto y nervio; pensaba solamente en el bebé; tenía mucha más prioridad el bebé" Pétalos, E11; P2.

Continuando con la interpretación de las actitudes o las reacciones emotivas al conocer el diagnóstico médico, que plantean diferentes significados en las

participantes, se encuentra la búsqueda de responsabilidades y el impacto de padecer la enfermedad al parecer temida (y conocida) por ellas:

"Yo cogí rabia, mucha rabia; cogí más rabia fue con mi esposo porque si yo tengo eso, es por él y no por mí" Margarita, E4; P2.

"Me devastó mucho, ya que es algo que ninguna persona quisiera tener; es un momento incómodo ya que tus sentimientos se encuentran y tú no sabes cómo reaccionar" Lirio, E12; P2.

"Fue traumático, no paraba de llorar; ¿yo?, ¿por qué a mí?, me preguntaba" Fresia, E22; P2.

Debido al origen de la ITS, el diagnóstico también despierta actitudes de desconfianza y desapego hacia las parejas sexuales, pues, las mujeres perciben "traición" como lo describe Margarita, la cual parte del sentimiento de sentirse posiblemente engañada por su compañero sentimental, creyendo que este afectó drásticamente su vida y dando así un significado de felonía para esta enfermedad. Mientras que Lirio y Fresia otorgaron un sentido de caos o debacle al encontrarse con la incertidumbre de no saber qué hacer después de conocer el diagnóstico, entrando ambas en la etapa de negación de la enfermedad.

Igualmente, las participantes ante la inminencia del diagnóstico desarrollaron un significado de irresponsabilidad personal (o de su pareja) expresado en la culpabilidad y miedo en relación a cómo la enfermedad afectaría a sus hijos. Otro importante grupo de mujeres identificó el diagnóstico de sífilis con el significado de traición, mientras que para otras la sífilis en ese momento de desconocimiento y saturación emocional representó el caos o la devastación

en sus vidas. En todos estos casos predominan las actitudes negativas con respecto a la enfermedad, por eso, los comportamientos de cara a la sífilis como una ITS van vinculados en la sociedad a que algo está "mal" o que no debe haberse dado porque los temores y devastación emocional expresados se originan en las expectativas de crítica y rechazo de círculo social inmediato y extendido.

Es importante señalar las diferencias entre cómo se piensa y cómo se reacciona ante determinada situación. Para ello, se preguntó de manera intencional acerca de qué pensaron justo en el momento de recibir el diagnóstico. Las respuestas de las mujeres acerca de la SG y SC como objeto social son representadas desde lo prohibido y lo negativo al punto de referirse a la enfermedad utilizando adjetivos como: "eso" o "esto", así como la asociación mental que hacen de la ITS con la muerte. En sus relatos se observa lo siguiente:

"Que mi hijo no vaya a salir con eso; por culpa mía o por culpa del papá que no se cuidó; esto no se me va a quitar; voy a estar toda la vida marcada"
Margarita, E4, P2.1.

"Morirme y llevarme a mi bebé" Fresia, E22; P2.1

"Lo malo y lo bueno; como si uno se fuera a morir" Rosa, E2; P2.1.

Las actitudes ante el diagnóstico fueron reguladas por las emociones intensas y de naturaleza negativa, lo cual condujo a que internamente fueran más fuertes debido a la enfermedad, vislumbrándose a sí mismas y a sus hijos por nacer en un panorama sin futuro en el que la muerte era el desenlace esperado. Entonces, se puede señalar que a nivel personal las participantes dieron un significado a la sífilis ligado a la muerte o fin de su calidad de vida según la conocían.

Siguiendo con la presentación de los hallazgos en la Gráfica 6, es importante abordar las principales formas o mecanismos mediante los cuales las participantes expresaron al momento de conocer el diagnóstico médico sus emociones y sentimientos. El principal fue el llanto, condición que reafirma el sentido negativo de la actitud de las mujeres, sin embargo, se pudo evidenciar el desarrollo y/o presencia de tres etapas o niveles de manejo emocional de la situación. La primera es la etapa o el nivel básico en el que la persona entra en negación de la enfermedad y se sumerge en un proceso individual de duelo acompañado con silencio y lágrimas:

"Llorar, llorar, llorar, llorar y un nerviosismo, encerrarme; que nadie te diga nada; mi cara cambió, mi semblante; rostro de desesperación; actitud negativa" Lirio, E12; P3.

"Lloré y me puse muy triste; quedarme fría y esperar; la mejor actitud no la tuve" Icaco, E19; P3.

"Llorar y llorar y con mucha rabia; echándole la culpa a mi pareja" Margarita, E4, P3.

El llanto y la soledad fueron los mecanismos más utilizados por las pacientes con sífilis gestacional para canalizar las emociones y sentimientos después conocer de el diagnóstico médico. El siguiente nivel de manejo emocional de la situación es usar la violencia física o psicológica para canalizar la frustración y la ira, arremetiendo contra la pareja o las personas que se encuentren inmediatamente alrededor. La explosión de energía y disgusto van dirigidos a otros e incluso hacia sí mismos:

"(...) tenía rabia y me la desquitaba con mi hija, sobrina, mi mamá; salí a cortarme las venas cuando supe; pasaba encerrada; mi actitud era de esconderme; los ´rempujaba´; me salían a abrazar y yo les pegaba" Crisantemo, E14; P3.

"Me puse a llorar; insultándolo, diciéndole que él fue el que tuvo la culpa; renegué, maldecí de haberlo conocido, de haberme metido con él" Fresia, E22; P3.

En estas mujeres, el diagnóstico de sífilis representó la destrucción de los sueños y su proyecto de vida, igual que sus ideales. Según sus relatos, experimentan fuertes emociones como el odio, el cual no va dirigido solo a la pareja o persona que la contagió, sino también hacia su mundo cotidiano, lo que se constituye en un aspecto de interés, pues, se entiende que la familia y amigos no deberían vivir la situación dolorosa que ellas están padeciendo. Aun así, el escenario parece expresar los sentimientos de amenaza y desprotección de las mujeres, quienes encuentran como mecanismo de respuesta la violencia.

Por último, el nivel de manejo y control de la situación más severo se dirige a la autoagresión, o a aquellas ideas y pensamientos suicidas originados en el deseo de terminar la vida para evitar las consecuencias de la sífilis. Esta conducta en las mujeres gestantes diagnosticas con SG da cuenta de la representación de rechazo o discriminación a la persona que padece una ITS, expresada en las actitudes de miedo al "qué dirán" que pueden extraerse del temor al escarnio público, tal como lo llegó a pensar Crisantemo.

DISCUSIÓN

El Departamento de Córdoba, ubicado en la costa Caribe colombiana, es un territorio cargado de múltiples significados. Por un lado, se emplaza en una región de grandes riquezas agrícolas, pecuarias y mineras (18), y, por otra parte, es escenario de profundas desigualdades sociales de acuerdo al Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas(DANE). En esta medida, los pobladores residen y se mantienen en un segmento de pobreza alto con niveles de incidencia (45,8%) superior a la media nacional (26,9%) (19).

Ante la situación, se puede considerar un territorio de riesgo para el desarrollo de la mujer porque es conocido que la pobreza en sí misma es un condicionante que expone a los individuos a diversas prácticas culturales de riesgo para las ITS como el sexo casual, la promiscuidad sexual y las rupturas de relaciones de pareja. Otra mirada del contexto investigativo sugiere considerar dentro de los principales riesgos para la salud de las participantes los entornos vulnerables socioeconómicos bajos, el desempleo, el nivel educativo y los ingresos familiares inferiores al Salario Mínimo Legal Vigente (S.M.L.V).

Los resultados concuerdan con los de Dávila y Lizarbe (20) cuando encuentran dentro de los factores de riesgos asociados a sífilis la situación de pobreza de las gestantes. Asimismo, coinciden con los hallazgos de otros estudios (21-23) al coincidir que la sífilis afecta comúnmente a poblaciones vulnerables por las condiciones de vida adversas de las mujeres para el manejo integral de la enfermedad, personas a las que se les niegan las oportunidades para superarla.

El abordaje de la sífilis con voz femenina ofrece una perspectiva de reflexión

diferente al avanzar desde la explicación de la epidemiología o de los desarrollos terapéuticos para centrarse en la percepción o las experiencias de la mujer como sujeto que vive y siente la enfermedad al momento de su notificación, y cuyas actitudes se enuncian como parte de la configuración social en cada uno de los contextos socioculturales. Por eso, en las mujeres del presente estudio la sífilis como objeto social contiene una configuración cargada de negatividad, asociada con la muerte y la percepción de daño severo y permanente.

Estos hallazgos convergen con Costa (24), quien identificó que estas actitudes se deben a la asimilación y aprehensión de creencias discriminatorias ante la sífilis como objeto social. Tales condicionantes propios de la información de la RS ante la ITS ocasiona en las mujeres actitudes negativas. Por ello, la tercera dimensión de campo de representación sustenta el desarrollo de las configuraciones de las actitudes adoptadas ante el diagnóstico de sífilis, las cuales reflejan los valores establecidos en la sociedad monteriana con respecto a la sífilis.

Es de interés encontrar cómo el tipo de representaciones configuradas por las participantes se nutren del estigma, rechazo y aislamiento social. Según Múgica (25), es el mismo en torno a las ITS desde épocas antiguas, por ello, es posible inferir que la sífilis ha sufrido poca o ninguna modificación en su sentido originario en Montería, Departamento de Córdoba, Colombia.

Sin duda, la mejor actitud encontrada entre las RS de la sífilis como objeto social es la preocupación de las mujeres por el bienestar de sus hijos, revelando una supremacía del instinto de protección y cuidado del feto que es una reacción materna natural. Con esto, se logra identificar compromiso y responsabilidad de la gestante, pues, la actitud de preocupación y miedo se orienta ante los daños o perjuicios de la enfermedad en su descendencia.

La posición asumida por las entrevistadas al conocer el diagnóstico de sífilis permitió identificar, desde la configuración social femenina, la connotación asumida por la población al considerarla una enfermedad mortal, crónica y con un alto potencial de "marcar para siempre" sus vidas y las de los niños/as por nacer. Lo anterior, se evidencia en los sentimientos de temor de la madre y en la posibilidad de provocar daños físicos o psicológicos trayendo consigo una carga de culpabilidad en la mujer y con seguridad un alto nivel de estrés hasta el nacimiento del menor. Estos hallazgos coinciden con Sánchez (26), quien encuentra la conexión inquebrantable entre la mujer y su condición de maternas, lo cual desde la configuración social indica la reformulación de las metas y objetivos de la madre en torno a los hijos que están por llegar al mundo.

La construcción de la maternidad en el marco histórico social de las participantes no favorece la experimentación de otro tipo de actitudes frente al hecho que están enfermas de una ITS que puede afectar la salud y la vida de su hijo, pues, ser madre posee una carga cultural relacionada con las capacidades para ofrecer cuidados idóneos al bebé. Bajo esta lógica, ser portadoras de una enfermedad, adquirida por descuido, irresponsabilidad o amor con el poder de afectar no solo la salud materna sino la del futuro hijo, genera sentimientos abrumadores y ocasiona caos emocional como se evidencia en el estudio con mujeres monterianas.

Por otra parte, la gestante reacciona también desde su rol de mujer en la vida de pareja mediante la expresión de múltiples sentimientos: frustración, dolor emocional por la infidelidad de su compañero sexual o remordimientos por la falta de cuidados en los encuentros sexuales casuales. Con ello, la representación social se torna desfavorable para la mujer con sífilis porque debe en-

frentar la vergüenza de la infidelidad propia o de su pareja, la carga moral de auto culpa y asumir la responsabilidad que las convierte en sujeto de críticas y rechazos dentro de una sociedad injusta; así como también se destaca el temor de la mujer para notificar la enfermedad a sus parejas por las reacciones violentas u otro tipo de comportamientos, situación similar a la encontrada por Kalichman et al (27).

Al respecto, Foucault (28) agregaría que el establecimiento de controles en el señalamiento de enfermedades marginales y relativas a una cultura, sin la toma de conciencia sobre la misma y el refuerzo de la exclusión del sujeto enfermo, en especial enfermedades como la sífilis en cuya representación emerge lo negativo, discriminante y excluyente, construye y reafirma las brechas entre las personas y las condena al aislamiento social.

A partir de lo anterior, si bien las actitudes hacia la sífilis pueden variar de un contexto a otro, porque cada colectivo construye un marco sociocultural y prioriza algunas creencias por encima de otras, se hace indispensable identificar herramientas con el profesional de la salud con miras a intercambiar saberes hacia la comprensión de lo que las otras personas sienten y expresan (29). Lo cual potenciaría capacidades para el reconocimiento de las posibles reacciones y actitudes de las gestantes con diagnóstico de sífilis y el fortalecimiento de las entidades territoriales para la implementación y seguimiento de los programas, estrategias y proyectos destinados a la eliminación de la sífilis, en especial de la transmisión materno infantil (30).

Por otro lado, no se trata solo de socializar el tratamiento y control a partir del protocolo establecido por la autoridades sanitarias, de lo que se trata es de comprender a la mujer con este diagnóstico, mujer que vive un caos emocio-

nal que trasciende a todos los miembros de su familia y altera la tranquilidad necesaria para llevar a feliz término su embarazo; a partir de considerar que la población cordobesa a pesar de sus condiciones de vida mantiene vivo el espíritu de superación, convivencia y solidaridad que ofrecen oportunidades para la concreción de políticas de protección social (31).

En este sentido, comprender las actitudes de los sujetos ante diversas situaciones, y sobre esa base planear un cuidado integral que propenda por el mejoramiento de la salud de las personas, familias y comunidades es clave para el logro de las metas de la salud materno y perinatal (32). Mas, como se ha visto por las respuestas de las mujeres estas necesitan de intervención profesional especializada para controlar las emotividades, desarrollar actitudes asertivas y construir estrategias de afrontamiento efectivas que contrarresten los efectos de la sífilis, haciéndose necesario la capacitación y sensibilización permanente de los profesionales de la salud (33).

En síntesis, el principal mecanismo empleado por las participantes para canalizar las emociones y sentimientos tras conocer el diagnóstico de la enfermedad fue el llanto, acción con la que iniciaron un proceso individual de duelo acompañado de manifestaciones de ira, frustración y enojo. La confluencia de estas representaciones sociales alcanzó su clímax en ideas y planes suicidas con el único propósito de no padecer los efectos que presumen de esta enfermedad, pero también para no ser sometidas a la crítica y la vergüenza dentro de su núcleo social y familiar. El factor es clave para comprender las dimensiones de información y alcance de la representación social de la sífilis como objeto social.

CONCLUSIONES

La sífilis como objeto social representa para las mujeres monterianas un evento desagradable e inesperado, situación que abordan con actitudes negativas y sentimientos abrumadores de soledad, vergüenza y duda, en los cuales solo la preocupación por el bienestar de su hijo por nacer es un bálsamo en el proceso. En las fases iniciales de enfrentar la realidad del diagnóstico, las mujeres sufren intensamente y llegan inclusive a tener pensamientos suicidas. Lo paradójico es que la sífilis es una enfermedad con posibilidades de cura gracias a un tratamiento exitoso.

Se evidencia la necesidad de extremar las medidas de acompañamiento psicosocial a nivel individual y familiar desde el momento del diagnóstico e incluir todas las etapas del tratamiento y seguimiento, aún después de la terminación del embarazo. La razón principal: las mujeres con sífilis presentan un nivel emocional depresivo, de frustración e ira, que si no es canalizado correctamente puede terminar en crisis existenciales y afectar mucho más la salud de la diada madre e hijo. Por consiguiente, es fundamental afianzar el trabajo interdisciplinar que logre integrar la psicología de la salud con las prácticas de cuidado, avanzando hacia la humanización del cuidado que analice los contextos socio históricos para comprender los procesos de salud-enfermedad desde una mirada holística que no separe las percepciones humanas de las relaciones o de la vida en sociedad.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Cada día más de un millón de personas contraen una infección de transmisión sexual curable [internet].

Suiza: OMS [consultado el 31 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/06-06-2019-more-than-1-million-new-curable-sexually-transmitted-infections-every-day

2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021. Hacia el fin de las ITS [Internet]. Suiza: OMS [consultado el 31 de julio de 2021]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250253/WHO-RHR-16.09-spa.pdf;jsessionid=8A8BD23A24A23B326D0E214DC02DBAF3?sequence=1

3. Organización Mundial de la Salud. Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis. Suiza: OMS; 2015 [consultado el 31 de julio de 2021]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177835/9789243505886-spa.pdf?sequence=1

4. Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis en las Américas. Actualización 2016. Washington, D.C: OPS; 2017 [consultado el 31 de julio de 2021]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34074/9789275319550-spa.pdf?sequence=6

5. Instituto Nacional de Salud. Elementos a tener en cuenta ante las ITS. Colombia: Bogotá; 2018 [consultado el 31 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Paginas/Inicio.aspx

6. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento Sífilis gestacional y sífilis congénita Colombia 2010 [Internet]. Bogotá: INS; 2019. [Consultado el 13 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/busca-

dor-eventos/Informesdeevento/Sifilis%20Congenita%20y%20Gestacional%202010.pdf

7. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento Sífilis gestacional y sífilis congénita Colombia 2020 [Internet]. Bogotá: INS; 2019. [Consultado el 13 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/SIF%C3%8DLIS%20GESTACIONAL%20Y%20CONG%C3%89NITA_2020.pdf

8. Instituto Nacional de Salud. Informes de eventos por años [Internet]. Colombia. [Consultado el 13 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Info-Evento.aspx

9. Jiménez Arroyo V, Rangel Flórez Y. Las representaciones sociales como marco para comprender las respuestas humanas en el cuidado enfermero. Cultura de los Cuidados. 2017; 21 (49): 147-154. DOI:10.14198/cuid.2017.49.16

10. Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. Rev Panam Salud Pública. 2004; 16:211-7. https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2004.v16n3/211-217/es

11. Anta M Z, Nieto VG. Enfermedades pediátricas que han pasado a la historia (4): sífilis congénita. Pediatr integral. 2021; 25 (6): 331.e1–331.e12. https://cdn.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2021/xxv06/13/n6-331e1-12-Hist%20Medicina.pdf

12. Gall G E C, Lautenschlager C, Bagheri, H. C. Quarantine as a public health measure against an emerging infectious disease: syphilis in Zurich at the dawn of the modern era (1496–1585). GMS Hyg. Infect. Control. 2016; 11(13).

https://www.egms.de/static/en/journals/dgkh/2016-11/dgkh000273.shtml

13. Ros-Vivancos C, González-Hernández M, Navarro-Gracia JF, Sánchez-Payá J, González-Torga A, Portilla-Sogorb J. Evolución del tratamiento de la sífilis a lo largo de la historia. Rev Esp Quimioter. 2018; 31: 485-92. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6254479/

14. Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en Salud Pública. Sífilis gestacional y sífilis congénita. Versión 2. Colombia: INS; 2015 [consultado el 31 de julio de 2021]. Disponible en: http://www.esecamuprado.gov.co/documentos/formatos-salud/guias-atencion-ese/protocolo-vigilancia-sifilis-gestacional.pdf

15. Moscovici S. El Psicoanálisis, su imagen y su público. 2 ed. Argentina: Editorial Huemul; 1979.

16. Pina Osorio JM. Cuevas Cajiga Y. La teoría de las representaciones sociales: Su uso en la investigación educativa en México. Perfiles educativos. 2004; 26:102-124. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982004000100005

17. Mora M. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Athenea Digital. 2002; 2: 1-25. https://ddd.uab.cat/pub/athdig/15788946n2/15788946n2a8.pdf

18. Ortega Montes JE, Puello Alcocer EC, Valencia Jiménez N.N. Pobreza rural y políticas neoliberales: un caso por resolver en Montería, Córdoba (Colombia). Investigación & Desarrollo (Edición digital). 2014; 22 (2): 1-20. http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/investigacion/article/view/4745/6328

19. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Boletín Técnico: Pobreza monetaria Córdoba, Colombia. Bogotá: DANE; 2018

20. Dávila Lazón JR, Lizarbe García, L. Factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2012-2015. (Tesis de Especialización no publicada). Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia, Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. 2017. http://repositorio.unsch.edu.pe/bitstream/handle/UNSCH/1863/TESIS%20O781-Dav.pdf?sequence=1&isAllowed=y

21. Vanegas Castillo N, Cáceres Buitrago YN, Jaimes González C, Ángel Muller E, Rubio Romero JA. Tratamiento de la sífilis gestacional y prevención de la sífilis congénita en un hospital público en Bogotá. Rev Fac Med. (Edición digital). 2011: 59 (3). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0120-00112011000300002

22. Guimarães Ribeiro M, Cavalcanti R, Moraes L, Veras R, Martins C, Rangel L. Conocimiento y vulnerabilidad de los participantes en la Tienda de Sífilis: acción de extensión universitaria. Enferm. glob. (Edición digital). 2021: 20(63): 412-460. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sc-arttext&pid=S1695-61412021000300014&lng=es

23. Costa da Silva E, Rebêlo M, Silva Alves Safh Domingues da F, Vieira Rodrigues J, Borges Rabelo SC, Nascimento Silva do L. Resultados de sorologia para casos de sífilis em campanha de município no norte do Brasil. Rev Pan-Amaz Saude [Edición digital]. 2016; 7(1): 39-43. http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sc-arttext&pid=S2176-62232016000100005&lng=pt. http://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232016000100005.

24. Costa NC. Análise da representação social do processo saúde-doença

da sífilis adquirida em mulheres em idade fértil. (Mestre em Enfermagem). Escola se Enfermagem se Manaus, Programa de Pós-Graduação Em Enfermagem. Universidade Federal Do Amazonas - Universidade Estadual Do Pará: Manaos. 2018. https://bdtd.ufam.edu.br/bitstream/tede/6416/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o-N%C3%A1dia%20Sobral.pdf

25. Múgica ML. "'Males vergonzantes' y prostitución reglamentada. Rosario, Argentina (1874-1932)". Asclepio (Edición digital). 2016; 68 (2): 1-30. http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2016.28

26. Sánchez Rivera M. Construcción social de la maternidad: el papel de las mujeres en la sociedad. Opción. 2016; 32 (13): 921-953.

27. Kalichman SC, Mathews C, Kalichman M, Lurie MN, Dewing S. Barreras percibidas para la notificación de parejas entre pacientes de clínicas de infecciones de transmisión sexual, Ciudad del Cabo. Revista de salud pública de Sudáfrica. 2017; 39 (2): 407–14. https://academic.oup.com/jpubhealth/article/39/2/407/3002977?login=true

28. Foucault M. Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. 1a ed. Buenos Aires: Siglo XXI; 2002.

29. Valencia Jiménez NN, Vergara Mercado M. Los jóvenes hablan sobre su sexualidad. Vivencia pedagógica del enfermero comunitario. Investigación y Educación en Enfermería (Edición digital).2011; 29 (2): 286-293. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105222400016

30. Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. ETMI plus Colombia 2018-2021: Marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis b y la enfermedad de chagas. Bogotá: Minsalud. 2018.

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/eliminacion-transmision-materno-infantil-vih-sifilis-chagas-hepetitib-etmi-colombia-2018.pdf

31. Ortega Montes JE, Valencia Jiménez NN, Restrepo Valencia M. La economía política de la pobreza y la desigualdad social. El caso de Montería. Cuadernos de Vivienda y Urbanismo (Edición digital). 2008; 1(1): 96-123. https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/cvyu/article/view/5484

32. Júnior E de A da S, Lima RS, Aramaio CMS de O. Desafios da enfermagem na assistência da sífilis gestacional na atenção primária de saúde: revisão integrativa. REAEnf. 2021; 11:e7392. https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/7392

33. Rocha, A.F.B., Araújo, M.A.L., Miranda, A.E. et al. Management of sexual partners of pregnant women with syphilis in northeastern Brazil – a qualitative study. BMC Health Serv. 2019; 19 (65). https://doi.org/10.1186/s12913-019-3910-y

CAPÍTULO 6

TRAZOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA SÍFILIS GESTACIONAL EN CÓRDOBA

MÓNICA HANNA LAVALLE
TANIA MARCELA DÍAZ SOTO
JALBER FABIÁN MARTÍNEZ MARTÍNEZ

SÍNTESIS INVESTIGATIVA

En este estudio se consultaron las historias clínicas de mujeres con diagnóstico de sífilis entre el periodo 2015 y 2017 del departamento de Córdoba. La mayor cantidad de casos de sífilis se concentran en Montería (capital del departamento), Montelíbano, Sahagún, Valencia, Lorica y San Bernardo del Viento. Las edades oscilan entre 13 y 42 años, con énfasis entre los 14 y 18 años. Los resultados destacan una población joven con limitado conocimiento de sífilis, precariedad económica y falta de acompañamiento para identificar de forma precoz esta enfermedad, lo cual podría estar vinculado a la detección de esta en el tercer trimestre del embarazo. Con este estudio se permite determinar la necesidad de educación con relación a estas patologías de transmisión sexual, además de aspectos sociodemográficos característicos de la infección.

INTRODUCCIÓN

La rápida transmisión de la infección por sífilis debe considerarse un problema prioritario para la salud de la mujer y su descendencia, principalmente por su capacidad de transmisión vertical que da lugar a otras denominaciones de la enfermedad. De allí nace la categoría analítica de sífilis gestacional y congénita. Esta infección es transmitida de la madre al feto y puede traer como consecuencias aborto, hasta en un 80 % de los casos, muerte fetal, parto pretérmino, infección del recién nacido o sífilis congénita, acompañada de diferentes grados de discapacidad (1).

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual o hereditaria de distribución mundial. La infección es producida por la bacteria *Treponema pallidum* y es exclusiva del ser humano. Sus manifestaciones clínicas pueden ser variantes y con proceso evolutivo crónico. Asimismo, esta patología tiene como característica episodios de enfermedad activa e interrumpidos por lapsos de latencia (2).

El desarrollo de la infección o su incubación está estipulado en un periodo promedio de tres semanas e incluso más. Luego de esto, puede surgir, a nivel de la piel, lesión primaria o lo que comúnmente se denomina como *chancro*, que frecuentemente se acompaña de una linfadenopatía regional. Prosigue una fase de bacteriemia secundaria, la cual se caracteriza por lesiones mucocutáneas y adenitis linfática generalizada. Después, continúa con un período de latencia subclínica que dura muchos años.

Una tercera fase, denominada fase tardía, se manifiesta en un tercio de la población que padece la infección y viene acompañada con lesiones mucocutáneas, osteoarticulares o parenquimatosas de carácter destructivo llamadas

gomas, aortitis con formación de aneurismas o afección sintomática del sistema nervioso central (3)

En el caso de la sífilis gestacional, que es la infección preconcepcional diagnosticada en las primeras doce semanas del embarazo, o de ser posible en el primer trimestre. Diagnóstico el cual, podría aún diagnosticarse durante el puerperio o después de un aborto. Este diagnóstico puede confirmarse a través de signos y síntomas que incluye lesión genital relacionada con sífilis o con prueba treponémica o no treponémica, reactiva o positiva, sin tratamiento como mínimo durante treinta días del periodo preparto.

Esta enfermedad se diagnostica en toda mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente, que no ha recibido tratamiento adecuado (antes de la 20 semana de gestación y como mínimo 30 días antes del parto) durante la presente gestación (4).

La Normatividad emanada del Ministerio de Salud y Protección Social, obliga a la realización del tamizaje serológico en todas las gestantes asistentes a los programas del primer nivel de atención, desde su primera consulta con medicina. Por tanto, se resalta la importancia de aplicar, en el momento de la consulta, los principios de la teoría de Jean Watson del cuidado profesional propio de la enfermería. Este cuidado profesional es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud (5).

En el marco de estas intervenciones, la Norma resalta la importancia del papel central de los profesionales de la salud, en especial los médicos y el personal de enfermería, quienes están llamados a incentivar en la paciente un alto grado de cuidado y autocuidado. Es por ello que, de acuerdo con Watson, cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que las personas rea-

lizan camino a la construcción del ser con el otro, como una experiencia que convoca el cuidado desde. Con esto, emerge la importancia de los cuidadores profesionales (6).

La sífilis ha sido estudiada a nivel mundial por su transcendencia. En gran parte de estos estudios, se describe generalmente el desarrollo, diagnóstico, tratamiento, variables y comportamiento epidemiológico de la enfermedad. De allí que los fundamentos del cuidado proporcionan herramientas informacionales acordes con las necesidades de las familias y comunidades. Estas herramientas son susceptibles de multiplicarse, entre los usuarios del sistema de salud, con miras a disminuir el impacto en la salud humana.

Podría enunciarse algunas investigaciones realizadas desde el 2016 en las que se observa un incremento en la prevalencia e incidencia por cada 1000 nacidos vivos para sífilis congénita y sífilis gestacional. Las tasas más altas se presentaron en Vichada (14,5) Arauca (14,3) Norte de Santander (11,3) Putumayo (11), Quindío (10,9). Para sífilis congénita, Arauca, Guainía, Chocó y Amazonas tuvieron la incidencia más alta (7).

Según el estudio realizado por Giraldo-Ospina B., Henao-Nieto D., Flórez-Salazar M., Parra-Londoño F., Gómez-Giraldo y otros (8), se encontró que, de 101 muestras analizadas, tres gestantes resultaron reactivas a las pruebas no treponémicas (2,97%). La edad promedio fue de 24 años y el promedio de edad gestacional fue de 20 semanas. Se logró demostrar que el antecedente de sífilis es un factor de riesgo asociado a la sífilis gestacional con una prevalencia de 3% en la población estudiada, la cual se relacionó con el antecedente personal de sífilis. Otras ITS podrían acompañar el diagnóstico de sífilis gestacional, por lo que se recomienda su búsqueda activa ante una paciente con esta enfermedad.

El departamento de Córdoba, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (9), cuenta con una población aproximada de 1.709.644 habitantes. De ellos, el 50.12 % es población masculina y el 49.98 % población femenina. Los municipios más poblados son Montería, Lorica, Tierralta, Cereté y Sahagún. La población cordobesa pertenece principalmente a estratos socioeconómicos 0,1 y 2, y, no cuenta con un empleo formal que les permita hacer aportes al régimen contributivo. Por esta razón, el 48.93 % de las familias de este territorio pertenece al régimen subsidiado, el 3.90 % aparece registrado como vinculado y el 12.04 % no está afiliado a ningún régimen de salud.

Estas características de la población del estudio se tuvieron en cuenta para poder determinar los factores que podrían estar asociados al desarrollo de la sífilis congénita en los productos de mujeres cordobesas y la situación actual de la infección. Una revisión de las estadísticas de los 30 municipios pertenecientes al Departamento de Córdoba demostró que, en 16 de estos, se han presentado casos de sífilis gestacional en por lo menos uno de los tres años de estudio, prevaleciendo una tendencia mayor hacia los dos últimos años.

MATERIAL Y MÉTODO

Esta es una investigación epidemiológica de tipo descriptiva, retrospectiva, con enfoque cuantitativo. Fue desarrollada en una empresa prestadora de servicios de salud (EPS) en el departamento de Córdoba que ofrece servicios a instituciones prestadoras de servicio de salud (IPS) y empresas sociales del Estado (ESE) para la atención de usuarios subsidiados y contributivos a nivel departamental.

La población objeto de estudio fueron los usuarios de una EPS reportados como casos nuevos positivos para sífilis gestacional en un periodo de tres años. El

muestreo se ubicó como no probabilístico por conveniencia, dado que se escogieron específicamente los casos presentados y registrados a través de bases de datos de la EPS sobre la cual se realizó el estudio. La unidad de análisis fueron los registros de pacientes reportados con sífilis gestacional.

El periodo del estudio correspondió a tres años consecutivos: 2015 al 2017; cada uno de ellos con 52 semanas epidemiológicas. Durante este periodo, se reportaron un total de 130 casos, de los cuales 98 corresponden a sífilis gestacional equivalentes al 32.6 %. Estos casos no fueron tratados de manera oportuna o adecuada, tal como se refleja en el número total de casos reportados por sífilis congénita.

Asimismo, corresponden a casos evitables si hubiesen recibido educación como base fundamental para la prevención y el cuidado de la salud, como lo estipula Watson en sus premisas al referirse al cuidado efectivo como garante en la promoción de la salud y el desarrollo personal y familiar; en especial, porque este promueve la satisfacción de las necesidades y potencian las oportunidades para proveer una relación armónica del sujeto consigo mismo y su entorno (10).

Los criterios de inclusión establecidos en esta actividad fueron: usuarios de una EPS del departamento de Córdoba, con diagnóstico confirmado de sífilis gestacional, reportados en bases de datos, en el periodo del estudio el cual correspondió a tres años consecutivos: (2015 al 2017). La exclusión se basó en ser negativo el diagnóstico o estar sin confirmar.

Los datos fueron recolectados a través del programa Excel versión 2013, dichos

datos fueron analizados y representados gráficamente en orden secuencial, de acuerdo a los objetivos específicos planteados y la herramienta utilizada para el manejo y filtración de las bases de datos de acuerdo al reporte de sífilis gestacional del SIVIGILA (12).

En cuanto a los aspectos éticos y legales, la investigación no evidenció riesgo para la privacidad y confidencialidad de los pacientes al omitirse en todas las fases del estudio los datos de identificación personal. El suministro de la información de interés se obtuvo por solicitud escrita acatando todos los requerimientos para estos fines; en especial aquellos contemplados en la Resolución 8430 de 1993, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, la cual permitió clasificar la investigación sin riesgo (12).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El departamento de Córdoba cuenta con 30 municipios distribuidos en subregiones; en 16 de ellos se reportaron casos de sífilis congénita y gestacional. Durante los años del estudio, Montería notificó el mayor número de casos de sífilis gestacional con más del 60 % de los eventos reportados en el año 2016. Lo anterior puede deberse a que, al ser ciudad capital cuenta con un mayor número de habitantes, muchos de estos migrantes y desplazados, lo que podría incidir de manera directamente proporcional en el número de nacidos vivos por año.

El porcentaje registrado en Montería constituye una señal de alarma, pues la población total del municipio solo representa un 25,81 % del total de los habitantes del departamento. En los municipios de Montelíbano y Sahagún se registraron un alto número de casos, pero con la diferencia de que el municipio de Sahagún presentó en el último periodo un descenso en dichos reportes del 25 %.

En cuanto al reporte de los otros municipios, algunos de estos presentaron registros entre 0 a 4 casos en el último año, como quedó consignado en los municipios de Lorica y San Bernardo del Viento. Por otro lado, Sahagún, disminuyó progresivamente el número de eventos hasta llegar a 0 durante el año 2017.

En cuanto a la clasificación de la infección en grupos etarios, se menciona inicialmente que la edad de la población estudiada oscilaba entre 13 y 42 años. Todas eran mujeres en edad fértil y pertenecientes al régimen subsidiado. En la investigación, se encontró que el mayor grupo etario donde se presentó la infección se situó entre 14 y 18 años de edad con un 32.6 %.

Con respecto a los casos de sífilis gestacional en el departamento, se pudo evidenciar, a través de los datos obtenidos, que existe una alta tasa de maternas afectadas por esta enfermedad. Esto es ocasionado, probablemente, por la falta de persistencia en los controles prenatales o la inexistencia de los mismos en algunas regiones del territorio, por déficits educativos sobre prevención de infecciones de transmisión sexual durante el embarazo o por las dificultades para acceder a los programas de prevención y promoción de salud.

Otros factores son los enunciados en el trabajo de investigación titulado *Vigilancia epidemiológica de la sífilis gestacional y congénita en el departamento de Córdoba, Colombia, 2012- 2016*. Concluyen los autores de este trabajo que la falta de seguimiento a los casos de sífilis gestacional durante la atención prenatal y el tratamiento a los compañeros de las mujeres diagnosticadas han sido las limitaciones más evidentes del cumplimiento de las metas establecidas para el control de sífilis congénita en la región cordobesa (13).

Los adolescentes se consideran una población vulnerable a la sífilis y a otras infecciones de transmisión sexual por el inicio precoz de sus relaciones se-

xuales, promiscuidad y conocimientos deficientes sobre los mecanismos de prevención y control (14). Ante esta condición, estimular la escolaridad en la población juvenil se considera una oportunidad para la toma de conciencia de las ITS que se asocia con el aumento de probabilidades en el uso del condón (15), aportando a la adherencia de comportamientos preventivos, más aún cuando se está ante una población sexualmente activa.

Caso contrario se evidencia en mujeres con edades de 30 o más años, para quienes la vida sexual, de pareja, laboral, emocional y los posibles partos anteriores potencian las capacidades en la toma de conciencia con respecto a los cuidados del embarazo, entre los que se incluye el control prenatal que ayuda a desarrollar una gestación monitoreada con menos riesgos; así como también, este grupo etario estaría en condiciones, por sus aprendizajes previos, de mitigar los factores de riesgo latentes en las poblaciones de menor edad (16).

En el municipio de Montelíbano, se visibilizó un aumento frecuente en las estadísticas de sífilis, posiblemente relacionado con la existencia en el territorio de actividades mineras que suelen traer consigo una gran movilidad de obreros o personas en búsqueda de fortuna. Este municipio es también escenario de fuertes fenómenos sociales por el dominio territorial que genera un conglomerado importante de familias desplazadas. Este hecho económico incrementó la población del municipio en forma desordenada hasta llegar a los 90,450 habitantes, según datos del año 2020. Con esto se ha creado una forma de vida basada, en algunos casos, en la explotación de la mujer como objeto sexual (17).

El fenómeno migratorio en regiones con actividad minera produce modifica-

ciones de la cultura local, entre las que se destaca el libertinaje, la promiscuidad y otras actividades que incitan a la falta de autocuidado y predisposición para la adquisición de infecciones de transmisión sexual. El abordaje de estos aspectos son claves al momento de explicar el incremento de las estadísticas de sífilis en determinadas poblaciones, como es el caso específico del municipio de Montelíbano en el territorio cordobés, lo cual es evidente a la simple observación realizada por los autores de este estudio.

Otra posible causa de la sífilis en este municipio podría atribuirse a su ubicación geográfica, por ser una zona limítrofe con el Choco y Antioquia, los cuales, según el Instituto Nacional de Salud, son departamentos con altos índices de sífilis, superando por mucho la media nacional. Esta situación no solo se refleja en Montelíbano, sino también en la capital y la subregión del alto Sinú (16).

Uno de los municipios del Sinú más afectados por esta infección de transmisión sexual es Valencia, el cual se encuentra ubicado en la subregión del Alto Sinú. Este municipio cuenta con una población de 34.656 habitantes y reporta mayor número de casos por sífilis que el municipio de Lorica, con casi tres veces más habitantes. De igual manera, el ascenso de notificaciones ha sido relevante en municipios como San Bernardo del Viento y Puerto Libertador, los cuales, al igual que Valencia, cuentan con poblaciones menores en relación con otros municipios del departamento en los que, sin embargo, las cifras no han aumentado.

Aunque el porcentaje de casos de sífilis congénita fue elevado para el periodo en estudio, según la información suministrada, no existe reporte de muerte neonatal o perinatal como desenlace fatal de la enfermedad. Sin embargo, en el boletín del Instituto Nacional de Salud (16), se demuestra que hasta la

semana epidemiológica analizada (semana 20) la razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 13,0 muertes por cada 1000 nacidos vivos. Asimismo, se observa que en 18 entidades territoriales la razón es superior a la del país. Las 5 entidades territoriales con las razones más altas son Vichada (33,6), Vaupés (29,7), San Andrés y Providencia (22,9), Chocó (22,1), y Córdoba (16,8).

Lo anterior podría atribuirse a causas como debilidad de los programas para el mejoramiento de la salud (embarazo e ITS), falta de adherencia a la educación, tratamiento o, simplemente, sesgos en la notificación de casos. Sin embargo, no es posible relacionar dichos resultados con la eficiencia del control prenatal, pues posiblemente estas maternas no identificaron tempranamente su embarazo o no asistieron de manera correcta al control prenatal, como lo establece la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo (14) y como lo indica el Instituto Nacional de Salud (7) en un informe del año 2020.

Todo esto les permite a los investigadores intuir que habría la necesidad apremiante de lograr concientización de esta enfermedad prevenible y las consecuencias que genera en las gestantes o mujeres en edad fértil. La solución de esta situación podría resumirse en la palabra *cuidado*, lo que da valor agregado a profesiones de la salud como la enfermería.

Teoristas de enfermería como Jean Watson manifiesta en sus primicias que "el cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal, está condicionado a factores de cuidado, promueve la salud y crecimiento personal y familiar, otra primicia compatible con esta situación de salud pública está relacionado en los escritos de Watson cuando

manifiesta “ un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial , lo anterior permite al individuo elegir la mejor opción a su situación”. Por último, Watson afirma que la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa. La práctica del cuidado es central en la enfermería, por eso el profesional de este campo es un apoyo incondicional de la persona (18).

Por todo lo anterior, el profesional de enfermería debe intervenir para detectar a tiempo a la gestante y para iniciar un acto de cuidado en los controles prenatales. El estudio demostró que la edad gestacional con mayor porcentaje diagnóstico es el tercer trimestre de la gestación. De los 716 casos estudiados, el 89.2 % fueron identificados en último periodo de gestación, lo que permite deducir que las consultas a tiempo lograrían una asesoría y cuidado inmediato ante la enfermedad y sus consecuencias.

Por ejemplo, durante el año 2016, se identificaron 1733 notificaciones de sífilis congénita y gestacional con errores frecuentes. Cáceres, en el contexto del Ecuador (19), demostró el desconocimiento del riesgo preconcepcional y otras variables socioculturales. Los resultados de esa investigación se asemejan a la situación actual de Córdoba y Colombia en relación con la sífilis. El estudio describe que el 52 % de las mujeres se encontraban entre los 25 y 34 años, 50% alcanzó el bachillerato; el 50 % eran amas de casa, el 72 % poseía un nivel socioeconómico regular, por último, el 76 % tenía desconocimiento a cerca de los factores riesgo preconcepcionales y concepcionales.

CONCLUSIONES

La ausencia de conocimiento y educación afectan en muchos casos la salud de las personas. Existen medios audiovisuales que muestran al espectador, de

manera rápida y sencilla, cómo se comporta la sífilis dentro de un organismo humano y cómo puede afectar la salud individual o la de un producto gestacional. La educación específica y el cuidado, como lo explica Watson, serían base fundamental para evitar esta enfermedad, siendo la concientización el objetivo principal de los profesionales de la salud.

Es por esto que deben ser permanentes la implementación de estrategias de educación y la prevención frente a las conductas sexuales de riesgo, teniendo en cuenta las características sociodemográficas y el autocuidado como principal medida de mantenimiento para la salud. Es necesario sensibilizar sobre cómo las prácticas sexuales sin ningún tipo de protección traen consecuencias negativas para la salud. Este es, sin duda, el factor más relevante para que aparezcan enfermedades de este tipo.

Si las distintas estrategias preventivas se hacen masivas para las poblaciones vulnerables identificadas en este trabajo es posible reducir en gran porcentaje las cifras de sífilis, sífilis gestacional y sífilis congénita, sobre todo en la población adolescente de los grupos etarios más afectados de la región y el país.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.). Guías para el continuo de la atención de la mujer y el recién nacido. Cuarta edición. Washington, D.C.: OPS; (2019).

2. World Health Organisation. Report on global sexually transmitted infection surveillance (2017). Geneva: World Health Organisation; 2017 [consultado 25 Ene 2018]. Disponible en: www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/stis-surveillance-2015/en/].

3. Caceres, Karen. Situación epidemiológica de sífilis (CIE 10: A50-A53.9). Chile, 2016. Rev. chil. infectol. [online]. 2018, vol.35, n.3 [citado 2019-11-17], pp.284-296. Disponible en: ISSN 0716- 1018. http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182018000300284

4. Manual Obstetricia y Ginecología. Novena Edición Jorge A. Carvajal Cabrera Constanza A. Ralph Troncoso, agosto 2018, pág. 638, ISBN Nº 978-956-398-001-1.

5. Jean Watson F.A. Davis company, Filadelphia PA. 2005. (paperback), 242p.p, ISBN-0-8036-1169-2.

6. Ramos Guajardo, Sandra y Ceballos Vásquez, Paula. Cuidado humanizado y riesgos psicosociales: una relación percibida por profesionales de enfermería en Chile. Enfermería (Montevideo) [online]. 2018, vol.7, n.1, pp.3-16. ISSN 1688-8375. http://dx.doi.org/10.22235/ech.v7i1.1537.

7. Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico semanal, (2020). Comportamiento de sífilis gestacional y sífilis congénita, Colombia a período epidemiológico VII 2020. Disponible 2021/2020-Boletin-epidemiologico-semana-30.pdf.Citado en: Octubre del 2021.

8. Giraldo-Ospina B, Henao-Nieto DE, Flórez-Salazar M, Parra-Londoño F, Gómez-Giraldo EL, Mantilla-Moreno OJ. (2015). Prevalencia de sífilis en una población de gestantes de dos comunidades de un municipio de Colombia. Revista Biosalud; 14(2): 9-18. DOI: 10.17151/biosa.2015.14.2.2

9. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Proyecciones municipales 2006-2020, metodología Información departamental. Córdoba Colombia. [En línea], citado en: 18 Febrero del 2020. Disponible en: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Inversiones%20y%20

finanzas%20pblicas/C%C3%B3rdoba%2015.pdf.

10. Segura Solís, B. Nivel de satisfacción en padres y/o acompañantes con la atención de los auxiliares de enfermería del área de pediatría, en la clínica Santa Sofía del Pacífico de Buenaventura Valle. (2017). (Tesis de posgrado). Recuperado de: http://repository.ucc.edu.co/handle/ucc/3734.

11. Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Resultados de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles. informe anual año 2016. [En línea]: citado en: Febrero del 2020. Disponible en: http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=25/01/2019-d8ee271b6f.

12. Ministerio de Salud, (1993). Establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [En línea], citado febrero 15 del 2020. Disponible en: https://urosario.edu.co/Escuela-Medicina/Investigacion/Documentos-deinteres/Files/resolucion-008430-1993.p df.

13. Echavez Sánchez MA, BULA ROMERO JA. /2019). Vigilancia Epidemiológica de la sífilis gestacional y congénita en el departamento de Córdoba, Colombia, 2012- 2016. Rev. Salud Pública (Córdoba) [Internet]. 3 de diciembre de 2019 [citado 12 de octubre de 2021];23(3):7-22. Disponible en: https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/20637

14. Amador Ahumada, C., Hanna Lavalle, M., & Villadiego Chamorro, M. Sífilis gestacional: enfermedad de interés en salud pública, Córdoba-Colombia, 2015. Revista Cuidarte, 8(1), 1449-58. Disponible en: https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i1.350

15. Villafañe-Ferrer LM, González-Navarro RM. Comportamientos de riesgo y nivel de conocimiento de infecciones de transmisión sexual en estudiantes universitarios. Duazary 2017 Jul;14(2):160-168.

16. Ministerio de Salud, (2016). Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido. Consultado en: febrero del 2020. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Garantizar-atencion-segura-madre-hijo.pdf. Bogotá- Colombia.

17. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, (2020). Mujeres y Hombres: Brechas de género en Colombia. Consultado en: febrero del 2020. Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/mujeres-y-hombres-brechas-de-genero.pdf. Bogotá- Colombia.

18. Muñoz L.G., Baker DP, Peters E. Explaining the Education-Health Gradient in Preventing STIs in Andean Peru: Cognitive Executive Functioning, Awareness and Health Knowledge. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health 2020; 46:113-13.u

19. Cáceres, A. Relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Medisur vol.15 no.6. 2017. Cienfuegos. [citado en 24 de mayo 2018]. En: Scielo [base de datos] http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727897X2017000600009&script=sci-arttext&tlng=pt .

CAPÍTULO 7

LAS VOCES DE LAS MUJERES QUE LOGRAN SALIR DEL CICLO DE LA VIOLENCIA DE PAREJA ÍNTIMA

DOMINGA MARÍA QUINTERO CALDERÓN
JAVIER A. BULA ROMERO

SÍNTESIS INVESTIGATIVA

En este apartado, se utilizará la metáfora de deshojar margaritas para referir todas las luchas internas que muchas mujeres sostienen en una relación de pareja, especialmente cuando las mujeres cimientan sus relaciones en el amor romántico. Cada pétalo que es arrancado de una flor la va mutilando, le va haciendo un daño irreparable en su esencia, en su belleza y en lo que ella representa. En las relaciones de violencia ejercida por la pareja o compañero íntimo, suele presentarse este tipo de situaciones: el agresor poco a poco va deshojando la margarita hasta dejarla indefensa, triste y marchita. Además, es posible que muchas mujeres vivan este proceso como un círculo vicioso que vira en torno a un "me quiere o no me quiere"; esta condición las lleva muchas veces a aceptar y tolerar comportamientos ofensivos por parte de la pareja desde el convencimiento de que él cambiará porque la ama (1).

Agradecemos a todas las mujeres que compartieron sus historias con nosotros, porque tuvieron la valentía de hablar con personas desconocidas para contar historias impregnadas de dolor y transformación. Gracias por permitir que sus relatos fueran escuchados y comprendidos y que su voz fuera recuperada para contar al mundo historias que puedan ayudar a otras mujeres en la misma situación. Gracias por poner en nuestras manos la responsabilidad de que esos valiosos testimonios contribuyan a desentrañar las construcciones que se tejen en torno a la violencia de pareja.

Palabras clave. Género, Mujer, violencia de pareja intima

INTRODUCCIÓN

La violencia de pareja es un fenómeno amplio y complejo, que está presente en parejas tanto heterosexuales como homosexuales, y aunque en ocasiones es ejercida por las mujeres se impusieron razones de peso para delimitar el fenómeno de estudio a la violencia contra las mujeres. Al respecto, existe suficiente información sobre la violencia contra las mujeres, especialmente aquella perpetrada por un compañero íntimo, pareja o expareja; no obstante, son evidentes los vacíos que permitan comprender cómo algunas mujeres logran romper el ciclo de este tipo de violencia.

Asimismo, el estudio que aquí se presenta parte del convencimiento que la violencia contra la mujer, especialmente la violencia ejercida por su compañero íntimo o pareja, es un problema estructural y de interés en salud pública, cuyas dimensiones siguen siendo preocupantes y alarmantes y cuya trascendencia social está más que constatada.

STATU QUO DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES: CUANDO LOS CONFLICTOS DE PAREJA DEJAN DE SER UNA CUESTIÓN PRIVADA PARA CONVERTIRSE EN UNA PROBLEMÁTICA SOCIAL

En el año 2019, en Colombia fueron asesinadas 1.001 mujeres; de estas, 115 eran menores de edad y el 52,9% tenía un rango de edad entre los 20 y 39 años. En lo que respecta a la situación conyugal, mujeres correspondientes al 45,2% estaban solteras y al 38,4% en unión libre; un 8,3% representaba a mujeres casadas y casi un 5% a mujeres separadas o divorciadas (2). Sobre la persona agresora, 53,3% de los casos carece de esta información en los formatos de registro; entre los que sí la tienen, se informa que, en el 42,8% de los casos, el agresor era

una persona conocida: en el 28,5% de los casos, el agresor era pareja o expareja de la víctima; en el 5,8%, era un amigo o amiga, conocido o conocida y en el 8,6% era un familiar (2). En todos los tipos de violencia reportados, el porcentaje de mujeres es mayor del total de lesiones reportadas en 2019. Cerca de 59000 (76,2%) fueron cometidas contra mujeres; de estas, más de 42000 se trataron de violencia no letal de pareja (2).

En cuanto a la escolaridad, siete de cada 10 mujeres que reportó violencia de pareja contaba con estudios de escolaridad básica primaria o básica secundaria, dos de cada 10 tenían formación técnico-profesional y tecnológica (2), mientras que las mujeres con formación universitaria representaron menos del 1% del total de casos. Por otro lado, el 98,7% de las agresiones de pareja a las mujeres provino de parejas del sexo opuesto. El 44,4% de los agresores estaba conformado por compañeros permanentes y el 32,5% por excompañeros; el 11,1% esposos y el 8,5% novios o exnovios. Es importante resaltar que más de la mitad de las mujeres fueron agredidas por la persona con la que convivían o compartían su espacio cotidianamente y que la violencia hacia estas mujeres no se acabó al concluir la relación, puesto que el control y la subordinación continuaban extendiéndose más allá del vínculo conyugal o la cohabitación (2).

En año el 2020, la Organización Panamericana de la Salud OPS (3) reportó un incremento en las llamadas de emergencia por asuntos relacionados con violencia contra la mujer entre el 25% y el 35% en América Latina. Esta situación se agudizó con la restricción a los servicios institucionales de atención a la mujer debido al confinamiento y al distanciamiento social impuesto en muchas regiones del mundo. La violencia contra las mujeres en Colombia se ejerce todos los días, en todos los ámbitos, y es una práctica extendida y reiterada.

Sin embargo, la magnitud que ha alcanzado la violencia contra las mujeres, especialmente la violencia ejercida por el compañero o pareja íntima, se ha exacerbado con la pandemia.

De acuerdo con ONU Mujeres, las estadísticas de violencia contra las mujeres desde el brote de COVID-19 se han incrementado. Durante la pandemia, muchas mujeres víctimas de violencia de pareja vieron notablemente obstaculizadas sus posibilidades de contacto con redes de apoyo, además del temor que genera acudir a servicios públicos de apoyo, como los que brinda el sector salud, debido al riesgo de contagio. Esto, sin dejar de lado los estragos del impacto económico generado también durante la pandemia, que condujeron a algunas mujeres a permanecer en relaciones de pareja violentas debido a la dependencia económica (2).

Desafortunadamente, el miedo y la incertidumbre generalizados relacionados con el virus y las políticas sociales adoptadas para controlarlo pueden ser perjudiciales para las víctimas, puesto que introducen aún más tensión en una relación ya estresante y producen un aislamiento aún más restrictivo para la víctima (4). Este aislamiento puede, a su vez, comprometer el acceso de las víctimas a servicios críticos, incluidos los servicios de atención médica. Esto, en fin, conduce a un mayor desconocimiento y subestimación de la violencia (5).

La principal justificación de este estudio consiste en que esta problemática es prioritaria en la agenda nacional e internacional y, aunque se disponen de directrices técnicas y operativas para su abordaje, la complejidad de ella requiere un desarrollo de investigaciones que profundicen la comprensión del fenómeno de estudio y amplíen aspectos concretos del mismo. Para efectos de esta investigación, se abordará la violencia de pareja como una problemá-

tica social y de interés en salud pública, a fin de aportar nuevos elementos que faciliten la comprensión de la violencia contra la mujer específicamente en la región cordobesa, teniendo en cuenta que, a nivel local, existen pocos estudios al respecto.

BASES TEÓRICAS

Donald Dutton, en 1988, desarrolló la teoría ecológica para entender la violencia familiar, basándose en el modelo de Bronfenbrenner (6). Esta teoría integra tres elementos clave que influyen en los comportamientos de violencia: el ámbito cultural (macrosistema); el ámbito social (mesosistema), que incluye la vida familiar, laboral y social y, finalmente, el ámbito individual (microsistema), que incluye las relaciones de pareja (6).

El macrosistema hace referencia a las formas de organización social y los sistemas de creencias que prevalecen en una cultura, patrones que son generalizados y que impregnan todos los estamentos de una sociedad. Dutton afirma que un sistema de creencias patriarcal contribuye en la incidencia de violencia hacia las mujeres (7). Las creencias culturales asociadas al fenómeno de la violencia contra las mujeres han sido estudiadas por distintas disciplinas, entre ellas la sociología y la antropología, que han definido el patriarcado como un poder conferido a los hombres sobre las mujeres; esta estructura ha sido históricamente validada en nuestra sociedad. Desde esta perspectiva, se establece un modelo de relación vertical en el que las mujeres deben asumir con obediencia los mandatos de sus esposos, perpetuando con ello creencias culturales que incluyen los estereotipos de género constituidos: en torno a la masculinidad, la asociación con la fuerza física y, por consiguiente, el uso de esta para la resolución de conflictos; en contrapartida, la percepción de lo fe-

menino como sinónimo de docilidad y sumisión (7).

Por otro lado, el mesosistema está compuesto por la comunidad más próxima, incluye las instituciones mediadoras entre el ámbito cultural y el individual. Aquí se encuentra la familia, los espacios laborales y la vida social, estructuras que juegan un papel decisivo para legitimar todo tipo de violencia hacia las mujeres. Finalmente, el microsistema se refiere a las relaciones más próxima de la mujer: las interacciones que tiene en el ámbito privado o íntimo, como las relaciones de pareja. Este microespacio es el escenario perfecto para el desarrollo de interacciones que pueden conducir a distintos tipos de violencia contra las mujeres, donde la supremacía de los hombres se impone (8, 9).

En síntesis, el modelo ecológico se sostiene en el análisis de los factores de riesgo; este modelo permite identificar los elementos que impiden, retardan o favorecen la presencia de violencia, así como los factores que pueden apuntalar su cambio. En este sentido, permite construir un referente teórico para comprender las dinámicas de los conflictos de pareja como parte estructural de las múltiples violencias a la que están expuestas las mujeres (10).

Reconstruir las trayectorias de vida de un grupo de mujeres vulneradas por violencia de pareja servirá de sustento para generar acciones que permitan fortalecer intervenciones comunitarias encaminadas a prevenir este tipo de violencia. Abordar este fenómeno desde la perspectiva de género permitirá la comprensión de las características que lo componen, así como de los sentimientos, las emociones y los significados otorgados por cada mujer.

El punto de vista feminista no solo demanda que se tome en serio la experiencia de las mujeres como conocedoras, sino también que se traslade el conocimiento de las mujeres a la práctica, es decir, que se aplique lo aprendido de

sus experiencias para el cambio social y la eliminación de la opresión, no solo de las mujeres mismas, sino de todos los grupos marginados. Privilegiar la voz de las mujeres permitirá comprender las estrategias que utilizan para romper el ciclo de la violencia de pareja y, a partir de esta base de conocimientos, orientar sus necesidades en los diferentes contextos de la atención en salud.

El papel desempeñado por el movimiento feminista ha sido clave para comprender que la violencia contra las mujeres es también una problemática social y, en consecuencia, para redefinir la concepción que se tenía de esta forma de violencia (11). Este movimiento ha sido el motor de cambios sociales encaminados a transformar la sociedad para conseguir la igualdad de género y eliminar los tipos de violencia que subordinan a las mujeres (11). Por otro lado, la consideración de la violencia contra las mujeres como problema social no solo implica su visibilización, sino también la condena pública de los agresores y una nueva forma de abordar su explicación y de diseñar soluciones, incluyendo la atención y apoyo a las víctimas (12).

Para Simone de Beauvoir (13), la violencia contra la mujer se ha enmarcado en los sistemas de representación social, vinculados al patriarcado. La violencia es reforzada toda vez que estos sistemas se basan en la identificación colectiva de hombres con conductas que rechazan y subordinan lo que es socialmente considerado femenino. Por su parte, Bourdieu (14) sostiene que muchas mujeres víctimas de violencia de pareja contribuyen a su abuso, sin estar plenamente conscientes de ello, pues tal violencia es invisibilizada por sus propias víctimas.

Para Marcela Lagarde, la dominación patriarcal se agudizará, se ampliará la brecha entre mujeres y hombres y aumentará la feminización de la pobreza, la

marginación, la violencia contra las mujeres y el feminicidio (15). Las ideologías patriarcales, sin embargo, no solo afectan a las mujeres al ubicarlas en un plano de inferioridad en la mayoría de los ámbitos de la vida, sino que restringen y limitan también a los hombres, a pesar de su privilegio.

Si bien, limitar la violencia de pareja al ámbito privado ha supuesto su invisibilización y su consideración como delito oculto (16,17), el feminismo ha promovido la posibilidad de denunciar formas de violencia contra las mujeres, lo que ha dejado al margen su consideración como asunto privado (18). Así, uno de los logros del feminismo contemporáneo ha sido impulsar la creación de recursos para combatir la violencia contra las mujeres, no como un problema aislado, sino como un problema social y de salud pública (19).

RUTA METODOLÓGICA

Se realizó un estudio biográfico narrativo a partir de relatos de vida cruzados, el cual consiste en la construcción de relatos de vida de varios sujetos sobre un mismo objeto de estudio, en el que las narraciones se orientan y confluyen en la documentación de experiencias que son leídas desde los discursos e interpretaciones que son compartidos en la memoria individual y colectiva (20, 21)

Para el análisis de la información se tuvo en cuenta la siguiente ruta metodológica (22): inicialmente, se realizó una lectura detallada del contenido de las entrevistas y se seleccionaron las frases que revelaran las trayectorias de vida de las mujeres víctimas de violencia íntima o de pareja en el contexto de estudio. Luego de la lectura y selección, se organizaron los datos emergentes en núcleos significativos, teniendo en cuenta los hechos, las sensaciones, las emociones y las metáforas derivadas del texto. En una matriz en Microsoft

Word se registraron las unidades de análisis para facilitar la comprensión de los elementos derivados del texto y se utilizaron biogramas creativos que sirvieron de guía para la comprensión de las trayectorias de las mujeres. El biograma creativo es una estrategia que permite ordenar y analizar los datos a través de un mapa cognitivo que representa las trayectorias de vida de los sujetos de estudio en un orden cronológico (22). En él, se pueden identificar los hechos, emociones, sensaciones, metáforas, hitos y epifanías reveladas por las participantes de estudio.

Así, después de construir una secuencia temporal de los hechos, insumo indispensable para la construcción de las trayectorias de vida de estas mujeres, se realizó un análisis intra e intertextual de las frases significativas en sus narrativas. Se elaboraron de manera permanente memorandos teóricos que fueron nombrados con los códigos in vivo o las expresiones utilizadas por las mujeres que hicieron parte de la muestra de estudio. Después del análisis intra e intertextual de las unidades biográficas, se procedió a la identificación de categorías emergentes, buscando las interconexiones entre las categorías y subcategorías identificadas en el análisis de los datos.

Como parte final del análisis de la información, se construyó un metarrelato (entendido como tramas de sentido narrativo construidas a partir de secuencia temporal). Este metarrelato se confeccionó como un texto narrativo que muestra las trayectorias de vida de las participantes del estudio de manera reflexiva, permitiendo describir el proceso de romper el ciclo de la violencia de pareja. Para dar cierre a la espiral interpretativa, se compartieron los resultados con las informantes del estudio, con el fin de dar validez a la interpretación de los hallazgos. En este proceso, se logró identificar las tramas de sentido a partir de relatos cruzados, lo que no es más que una segunda vuelta a la espi-

ral; es decir, se revive el proceso con la mirada de lo ya aprendido del proceso investigativo.

Para la muestra de estudio se tuvieron en cuenta los criterios de suficiencia y adecuación de los datos propuestos por Lincoln y Guba (23). Estos hacen referencia a la calidad de la información recolectada, antes que al número de sujetos entrevistados. En el marco de un muestreo intencional, se conformó la muestra de estudio con un grupo de mujeres que habían logrado salir del ciclo de la violencia ejercida por su pareja o compañero íntimo al momento del estudio, con el objetivo de identificar las trayectorias de vida, los itinerarios y los recursos utilizados para romper ello. Asimismo, se procuró la máxima variación de las informantes de estudio, con el fin de brindar mayor rigor y credibilidad a los resultados (24). La suficiencia de la información se obtuvo cuando se llegó a la saturación teórica de los datos, es decir, cuando las categorías y subcategorías de análisis se encontraban lo suficientemente explicadas en términos de sus propiedades y dimensiones (25).

Después de contar con el aval institucional para captación de las participantes, se iniciaron las primeras entrevistas como parte del estudio exploratorio que permitieron refinar la guía de entrevistas inicialmente elaborada. Cabe anotar que la participación de la investigadora en la institución permitió el fortalecimiento de las intervenciones terapéuticas realizadas a las mujeres que acudían a ella. Durante la estancia en el escenario de estudio, se tuvo la oportunidad de hacer intervenciones en crisis a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y violencia de pareja. Este proceso implicó para la investigadora asumir nuevas responsabilidades y prepararse como psicóloga en el abordaje integral de las víctimas, por lo que se contó con el apoyo de otros pares con experiencia y trayectoria en el manejo de estas problemáticas.

Con el confinamiento, se exacerbaron las denuncias de violencia contra la mujer y la respuesta institucional a dichas denuncias se vio desbordada. Esta situación condujo a replantear las estrategias para la recolección de los datos de este estudio, a fin de retribuir el respaldo que la institución había brindado para desarrollar esta investigación. Por tanto, la investigadora apoyó las intervenciones en crisis de mujeres víctimas de violencia de pareja por un periodo de ocho meses, en los cuales se realizaron 45 sesiones terapéuticas. En este periodo, se logró identificar las participantes de estudio.

Puesto que la selección de las participantes de estudio fue intencional, cada vez que se identificaba una mujer que cumpliera con los criterios de inclusión del estudio, se informaba sobre el objetivo de la investigación indicando que su participación sería voluntaria. Una vez obtenida su autorización para participar en el estudio, se solicitó el consentimiento y se le informó sobre los criterios de confidencialidad y anonimato. Los nombres que aparecen en este estudio corresponden a pseudónimos asociados con los nombres de algunas de las lunas del sistema solar que también hacen referencia a un grupo de mujeres de la mitología grecolatina que, de una marera u otra, fueron víctimas de violencia.

La mayoría de las entrevistas se realizaron por vía telefónica. Cada participante de estudio fue abordada individualmente. Se acordó previamente el horario de llamada telefónica o videollamada. Se indicó que las entrevistas serían grabadas para efectos de la investigación y, en caso de ser necesario, se realizaría más de una entrevista, con el fin de documentar con detalle las historias de vida. También se explicó que el material derivado de las entrevistas estaría en custodia de la investigadora principal y que se mantendría la confidencialidad de la información suministrada. Asimismo, se aclaró que la información recolectada se utilizaría solo con fines académicos.

Para esta investigación se planteó una entrevista narrativa (26). En este contexto, la participación de la investigadora fue mínima, dejando fluir la conversación con las participantes de estudio. Para ello, se desarrolló previamente un guion de preguntas abiertas, orientadas desde el propósito de estudio y que permitieran develar las trayectorias de vida por las que transitan un grupo de mujeres que ha logrado salir del ciclo de la violencia ejercida por parte de su pareja o compañero íntimo. Debido a que la entrevista narrativa evoca interpretaciones de las experiencias de vida de estas mujeres, se procuró en todo momento evitar preguntas e interrupciones que afectaran la descripción de sus trayectorias de vida o que provocaran justificaciones o argumentos en las historias narradas.

Las entrevistas se realizaron vía telefónica, debido a las condiciones de emergencia sanitaria en el país por el COVID-19. El día y la hora de entrevista fueron concertados con los sujetos de estudio, con el propósito de no interrumpir sus actividades y compromisos cotidianos. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 45 a 60 minutos, fueron anónimas y grabadas con la autorización de las participantes. Posteriormente, fueron transcritas textualmente, omitiendo cualquier detalle que pudiera identificar a los sujetos de estudio. Para ello, la investigadora principal utilizó seudónimos relacionados con personajes femeninos de la mitología grecolatina y códigos alfanuméricos que permitieran llevar una secuencia cronológica de las entrevistas realizadas.

La presente investigación está basada en los parámetros éticos para estudios con seres humanos contenidos en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (27) y en los requerimientos básicos para evaluar aspectos éticos en investigación propuestos por Ezequiel Emanuel (28). Asimismo, este proyecto de investigación fue presentado al Comité de ética de

investigación de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad de Córdoba, Colombia, quienes proporcionaron el aval ético para su desarrollo, acta de aprobación CE: 12 de mayo del 2020.

Con los datos obtenidos, se reconstruyeron las trayectorias de vida por las que transitan las mujeres que han sido víctimas de violencia de pareja, identificando los itinerarios que recorren a lo largo de sus vidas, tomando fragmentos de sus experiencias de violencia y conectándolo con las experiencias de otras mujeres a través de relatos cruzados. En este contexto, se identificaron los diferentes procesos que experimentaron las mujeres a lo largo del camino y que, finalmente, las llevaron a romper el ciclo de violencia de pareja íntima. Cada etapa o itinerario fue definido y redefinido con sus propias voces, teniendo en cuenta los relatos contados desde su propia realidad. Un común denominador entre las participantes de estudio consistió en que, en las etapas de infancia y adolescencia, estuvieron marcadas por una historia familiar de violencia, como se evidencia en las siguientes narrativas:

Nereida: *nací en un hogar disfuncional. Me tocó vivir con varias familias; entonces, te podrás imaginar, tenía un poquito de cada familia y en mí había mucha inestabilidad emocional.*

Helena: *en mi casa había mucha violencia entre mis padres, pero mi mamá siempre estuvo ahí; aunque yo no estaba de acuerdo con los maltratos de mi papá […], no entendía por qué ella seguía ahí aguantándole cosas a mi papá.*

Helena: *veía cómo mi padre maltrataba a mi mamá, me llenaba de odio contra los hombres y yo decía que el día que yo me casara un hombre a mí no me iba a pegar.*

Nereida: *[…] un tío, que fue más bien el que me crió, lo quise como a un papá, y cuando tenía 14 años me violó y eso fue un impacto muy grande para mí.*

Por otro lado, el noviazgo fue una de las etapas más representativas en las trayectorias de vida de las participantes de estudio. En esta etapa, debido a los ideales del amor romántico, las mujeres se sentían plenas en su relación de pareja; estos ideales les permitían mantenerse y avanzar en el plano relacional y las llevaban a tomar la decisión de formalizar su relación.

Rea: *mi relación con mi expareja en el noviazgo fue bonita. Era una persona muy amable, muy cordial, muy formal, no sólo conmigo, sino también con mi familia.*

Ofelia: *de novios, él estaba pendiente a toda hora, que, si yo tenía que hacer alguna diligencia, él me llevaba; o sea, era muy atento y amoroso.*

Asumir el modelo del amor romántico y los mitos que de él se derivan puede dificultar que las mujeres que viven una situación de violencia puedan salir de esta (29). Muchas de ellas, en la etapa del romance, no logran percibir las señales que puedan sugerir que su pareja es violenta. Este comportamiento suele aparecer en las relaciones de forma gradual; una vez que es formalizada la unión, la situación de violencia en pareja tiende a continuar y empeorarse con la convivencia o la cohabitación.

Calipso: *durante la época de noviazgo, yo nunca le vi un acto de violencia hacia mí, la verdad es que no. Cuando yo estaba en la etapa del enamoramiento, me emocionaba estar con él, pasaba todo el tiempo conmigo y me llevaba a todas partes, lo único que notaba era que él era algo controlador y*

malgeniado

Es frecuente que las primeras agresiones en el noviazgo no conduzcan a la ruptura de la relación, sino que esta permanezca sobre la base de ciertas ideas como el amor lo puede todo (30) y otras creencias sobre el amor romántico; por ejemplo, pensar que tal comportamiento es casual y sin transcendencia. Avery-Leaf, Cascardi, O'Leary y Cano afirman que muchos jóvenes consideran las agresiones en el noviazgo como algo inherente a la relación (31). Después del noviazgo, la convivencia fue el detonante que marcó el inicio de los itinerarios de la violencia en pareja; lo que antes era un idilio amoroso se convirtió en el escenario de todo tipo de violencia de pareja. La cohabitación en pareja desdibujó, pues, el amor romántico y las mujeres se vieron expuestas a constantes agresiones. Muchas de ellas refieren estar viviendo un infierno.

Dione: *[…] fueron momentos muy difíciles los que pasé con la persona que vivía. Me maltrataba física y verbalmente; era muy agresivo, llegó hasta el punto de intentar matarme […]. Mi vida era un verdadero infierno [irrumpe en llanto].*

Nereida: *[…] amenazó con matarme, me humillaba, me gritaba, por todas partes me exhibía. Eso fue muy duro. Fueron tres años donde me hizo la vida imposible.*

Ío: *mientras viví con él, sufrí violencia física, verbal y psicológica. Cuando me separé, también viví violencia económica.*

Helena: *la primera vez que me maltrató fue la más brutal, me decía que me iba a matar a mí y a mi hija. Yo estaba embarazada; en espera de los días del parto, sino es porque Dios es grande y maravilloso, yo no estuviera en*

este mundo, ni mi hija tampoco [hubo un instante de silencio].

Rea: *[…] yo vi que estrellaron la puerta duro y mi hija dijo "papá, ¿usted qué hace aquí tan temprano?" y él se dirigió de una vez a mi pieza. Yo me encontraba todavía en la cama y estaba con el bebé, y me dijo: "ahora sí me la vas a pagar, malparida" y me empezó a insultar. Sacó un machete de su espalda y yo lo que hice fue cubrir al bebé, para evitar que el machete lo cortara.*

Calipso: *[…] cuando a uno le dicen maltrato, uno piensa es en el físico; sin embargo, cuando te empiezan a decir "esta es mi casa", "tú no mandas aquí", "eres una malagradecida", "tú no mereces esto", "pareces una pordiosera, arréglate". Eso también es maltrato.*

El tema central de este estudio representa las voces de las mujeres que logran salir del ciclo de la violencia íntima de pareja de esta categoría de análisis central se derivan las siguientes subcategorías: Viviendo momentos de oscuridad, Volver a lo mismo, Darse cuenta, Rompiendo el silencio y oficializando el dolor y, finalmente, Tomar la decisión.

Viviendo momentos de oscuridad

Las mujeres de este estudio reconocen vivir momentos de oscuridad en medio de las múltiples formas de violencia de pareja que experimentan (física, psicológica, económica y sexual). Algunas experiencias documentadas en las narrativas de las participantes de estudio se relacionan con periodos de penumbra y soledad, en los que las mujeres presentan miedo constante hacia el agresor y que les impiden muchas veces tomar la decisión de salir del ciclo de maltrato o violencia. Pignatiello (294) señala que muchas mujeres que continúan en una relación abusiva con su pareja lo hacen debido a múltiples

circunstancias que responden a un contexto sociocultural que legitima y naturaliza la violencia. Así, se establecen modos de vivir en una realidad de la que, se cree, no es posible salir y que ata a las mujeres a una vida de sufrimiento.

Dione: *me sentía atada, porque él me amenazaba con hacernos daño a mí y a mis hijos [...] que si me iba nos mataba.*

Helena: *[...] él me agredió física y verbalmente. Me cogió por el pelo y me arrastraba por el suelo, me pegaba trompadas en la cara y el cuerpo. Sentí que me asfixiaba cuando se montaba encima de mi barriga, no podía respirar.*

Pandora: *me acuellaga, me apretaba, me cogía por el cabello, me tiraba al suelo, me ponía muy nerviosa. Le tenía miedo porque se transformaba totalmente.*

Dione: *sentía que lo que yo decía no tenía ninguna importancia. Él siempre me decía que yo era una porquería, una basura, que no servía para nada, que nadie más me iba a querer, que estaba vieja, maluca [...]. Esas eran las expresiones de él para hacerme sentir mal.*

Los momentos de oscuridad para las mujeres que han sido maltratadas por su pareja son tan amplios y diversos que incluyen episodios de angustia y temor y las llevan a permanecer en silencio y a ocultar la realidad que están viviendo, por temor a exponer su intimidad. Muchas mujeres viven largas noches oscuras soportando múltiples agresiones, paralizadas por el temor a que el agresor pueda atentar contra su vida o la de sus hijos.

Larisa: *[...] me tocó vivir momentos de oscuridad, no contaba con él para nada. A mi hija le diagnosticaron una grave enfermedad, tuve que vender mi*

casa para pagar todas las deudas. Cuando creo que salgo de ese trance, me descubren un cáncer de seno, pero aquí estoy para la gloria de Dios.

Calipso: *[…] tuve una vida llena de miedo; me daba miedo salir, porque, cuando él se enojaba, no le importaba si me hacía pasar pena.*

Nereida: *[…] yo me sentía desvalorizada, pensaba "¿para dónde cojo?". Yo decía "me toca aguantar aquí". Como yo venía de un hogar disfuncional, entonces yo decía: "tengo que criar a mis hijos con su papá". Esa era una mentalidad errada y aguanté 15 años, con miedo, impotencia. Me bloqueé porque creía que no tenía para dónde coger y no sabía hacer nada.*

Volver a lo mismo

Después de vivir o experimentar violencia por parte de su pareja, las mujeres tienen avances y retrocesos. Algunas permanecen ancladas a una relación de violencia, sienten que se encuentran en un laberinto sin salida o que permanecen con los ojos vendados, incapaces de encontrar una solución. En este sentido, ven sus opciones reducidas, de modo que muchas empiezan a dar vueltas sobre el mismo punto, como caminando por un callejón sin salida. Al respecto, Aiquipa y Canción refieren que algunas mujeres tienden a atribuirse la responsabilidad de la relación y del comportamiento violento de la pareja, justificando o negando su situación y tolerando el maltrato (32).

López-Ramírez y Ariza Sosa (33) encontraron en una revisión de la literatura que el proceso de abandono de una relación de pareja violenta no es lineal, sino que está conformado por diversas etapas por la que se debe transitar. Estas etapas van desde darse cuenta de lo que está sucediendo y aceptar los hechos, hasta tomar decisiones; sin embargo, las mujeres en este proceso

pueden presentar retrocesos y sentimientos de ambivalencia. Por eso, es común que las parejas se separen y reconcilien varias veces antes de poner fin a la violencia.

Ío: *yo me volví masoquista, porque nos dábamos duro, peleamos horrible, nos demorábamos enojados y después nos contentábamos y era como si no hubiera pasado nada. Cerrábamos la página, se volvió como un círculo vicioso, siempre volviendo a lo mismo.*

Calipso: *[…] una vez que nos dejamos, me prometió comprar mi casa, porque durante tantos años le había estado pidiéndole la casa y, viendo esa posibilidad de estabilizarme, de que nos diera la casa y que de pronto ya él pagándola se iba a aquietar, volví nuevamente con él.*

Helena: *[…]la niña tenía como cinco meses, cuando decidí regresar con él. En ese momento andaba calmado; sin embargo, yo era como un lujo más, era un objeto más en la casa.*

Pandora: *[…] cuando se le pasaba la rabia, me decía que lo perdonara, que lo disculpara y yo volvía y lo perdonaba, porque estaba enamorada, porque lo quería, porque lo amaba mucho y luego volvía a los mismos maltratos y violencia.*

Helena*: cuando lo denuncié, empezó a cambiar conmigo, a portarse diferente, a decirme que me quería y que teníamos dos hijas. Y esa era mi debilidad, darles a mis hijas un hogar.*

Helena: *tenía sus aventuras, mujeres en la calle y pensaba "¿tú que haces aquí?, ¿por qué no te vas?". Mi mente me decía eso en todo momento: "¿por qué aguantas tantas cosas? Estás joven y una hija no es un peso, vete, tu fa-*

milia te apoya". Pero yo seguía ahí.

Ofelia: *[...] porque a uno todas esas cosas que le dicen lo marcan tanto que no lo dejan avanzar.*

Rea: *[...] por tiempos dejaba de agredirme verbalmente, se calmaban las cosas y se arreglaba la situación; incluso, estuvimos a punto de dejarnos en dos oportunidades y, como en ese tiempo yo estaba enamorada, lo perdoné.*

Darse cuenta

Como se describió al principio, el primer paso para romper o salir del ciclo de la violencia de pareja íntima consiste en tomar conciencia real de la situación que se está viviendo. Muchas mujeres tienen que tocar fondo al exponerse a una situación de violencia extrema, en las que ellas o sus hijos se ven afectados. Cuando esto ocurre, empiezan a quitarse la venda de los ojos y a ver con cierta claridad el daño y el sufrimiento al que han sido expuestas. Cuando la violencia es severa, es más probable que se inicie el proceso de cambio. Lo cual se puede ver modificado por los contextos de cada una que, en muchas ocasiones, son fundamentales para poder poner punto final a la relación violenta (33).

Pandora: *ver cómo mis hijos lloraban cuando me maltrataban, eso también me ayudó a salir de ese ciclo de violencia. Y gracias a Dios y a ellos soy la mujer que soy hoy en día.*

Dione: *yo me dije "si no logro salir de aquí, me mata; tengo que reaccionar, porque así no puedo seguir, así como intento matarme a mí también lo puede hacer con mis hijos". Entonces tomé la decisión de denunciarlo y salir de donde vivía con él.*

Calipso: *[…] aceptar mi realidad y darme cuenta de la situación en que vivía créame que no fue fácil. Hay días en los que de pronto me he sentido triste, porque no tengo ese hogar que siempre quise tener, por el que me sacrifiqué mucho tiempo, por el que acepté muchas cosas, pensando en que todo podían cambiar.*

Ofelia: *[…] empecé a darme cuenta de que definitivamente yo hacía muchísimos años había dejado de ser yo, me había convertido más bien era en lo que él quería.*

Calipso: *me marcó un día que él me gritó y me pegó y la niña escuchó y me dijo "¿por qué te habla así?, ¿por qué te regaña?". Ahí fue donde yo entendí que no tenía por qué aguantarme esto.*

Helena: *me di cuenta de que había tocado fondo y tomé la decisión de dejarlo, de abandonar ese sufrimiento; es decir, que no iba más. Me cansé, me decía a mí misma que yo valía y, si yo no me quería a mí misma, nadie más lo iba a hacer.*

Helena*: él se gastó la plata, quería probarme para ver si era verdad que yo lo iba a dejar. Llegó a la casa, me volvió el cuarto un etcétera: todo lo partió, todo lo dañó. Ese día toqué fondo y dije "esta es la gota que derramó el vaso, yo no voy más".*

Dione: *[…] yo salí de ese laberinto y, de ahí en adelante, mi vida cambió y no me dejará maltratar, ni pisotear de otra persona.*

Rompiendo el silencio y oficializando el dolor

Después de tomar conciencia de la situación de violencia muchas mujeres, en un acto de valentía, toman la decisión de denunciar al agresor porque sienten que no son capaces de continuar más en ese ciclo de violencia. En este proceso, lo íntimo se torna público y lo que antes costaba trabajo expresar se expresa motivado por el deseo de salir de la situación en la que están las mujeres y de tomar la decisión definitiva de apartarse del agresor. Este proceso consiste en admitir sus vivencias de violencia delante de otras personas, relatar lo que han vivido y superar barreras como el silencio, la vergüenza, el miedo y la desconfianza (34).

Pandora: *[...] me hizo vencer el miedo, y decir "hasta aquí, no sigo más. No voy a darle más libertad a él para que siga haciendo conmigo lo que quiera, trapeando el piso. Hasta aquí fue. Yo soy una mujer útil, una mujer completa y yo tengo que ponerle un alto a esto". Fue cuando decidí demandarlo.*

Nereida: *[...] fui a la fiscalía, allá debo tener como seis u ocho denuncias y en ninguna me prestaron atención. Ellos siempre buscaban era la conciliación y yo decía que no. Al Bienestar Familiar también fui a denunciarlo por maltrato [...]*

Pandora: *[...] él me decía que me iba a reventar la cara, me iba a hacer esto y lo otro, que, si yo no iba a ser feliz con él, yo no iba a ser feliz con nadie, que él era capaz de hacerme daño, así se fuera preso. Entonces fue cuando tomé la decisión de ponerle fin a esto y fue cuando yo dije "hasta aquí, ya no quiero más". Cerré mis ojos [...] y fue cuando decidí ir y denunciarlo y poner mi caso en manos de las autoridades.*

Abrir las puertas de la intimidad y oficializar el dolor es un proceso que depende de cada mujer. La denuncia contra el agresor y la decisión de hacer pública la violencia oficializando el dolor constituyen el primer paso que permite a las mujeres abrir las puertas de su intimidad y exponer su situación (35).

Tomar la decisión

Este proceso implica para las mujeres hacer importantes renuncias. Una de ellas es disolver el vínculo amoroso y alejarse del agresor sin importar las consecuencias; en este momento, empiezan a ver la luz al final del túnel y a concebir que todos los laberintos tienen una entrada y una salida, que la ruta no es fácil de encontrar, pero tampoco imposible. Según López y Ariza (36), tomar la decisión de separarse de la pareja definitivamente es un proceso que consta de varios eslabones. El primer paso para salir es aceptar que existe violencia en la relación de pareja y tomar la decisión de ponerle fin a esta; el proceso, sin embargo, es diferente para cada una y en él se pueden presentar avances, retrocesos, rupturas y reconciliaciones. Como explican Sagot y Shrader (37), las dinámicas de una relación violenta son tan complejas y opresivas que el impulso de las mujeres hacia la vida no se construye tan fácilmente.

Ío: *la decisión estaba tomada, porque soy una persona que me demoro por tomar una decisión y cuando la tomo ya no me echo para atrás.*

Ío: *[…] mi vida cambió. Yo vivía muy bien económicamente. Ahora que me tocó vivir sola con mis dos hijos he pasado por muchas dificultades económicas y, en cuanto a la crianza de ellos, me ha tocado muy difícil, pero jamás me arrepiento de haberme divorciado. Para mí fue la mejor decisión en mi vida.*

Larisa: *[…] tuve miedo cuando pensaba cómo iba a hacer para sostener a mis hijos; sin embargo, tuve la valentía de dejarlo y salir adelante.*

Helena: *[…] yo lo había denunciado por violencia, pero la policía nunca hizo nada; con una segunda denuncia, la policía sí actuó.*

Pandora: *me hicieron salir las amenazas constantes, porque un día me gritó tantas cosas, que sentí que no podía más. Quería explotar, quería reventar y dije "ya no más, hasta aquí, cierro mis ojos y me voy". Y recogí todas mis cosas y me vine para para donde mis papás y él seguía acosándome, me llamaba y hacía escándalos. Después, comencé a hablar con una persona que me dijo que yo valía mucho, que tenía que darme a valorar, darme mi lugar como mujer, que lo demandara, que no siguiera más en esa vida.*

El tema que aquí nos ocupa es la violencia entre parejas heterosexuales y nos parece de vital importancia introducir la perspectiva de género como una opción analítica para ello, pues gran parte de la bibliografía consultada permite un abordaje conceptual propuesto por las teorías de género. Este trabajo aborda la violencia de género en la pareja, pero no niega otros tipos de maltrato (violencia doméstica, conyugal, familiar, de mujer a hombre entre otras), que también pueden ocurrir en relaciones íntimas (38).Con ello, se busca su reconocimiento como participantes activas de este proceso investigativo, cuyos afectos merecen ser enunciados y validados, así como sus luchas internas para poder sobrellevar los efectos emocionales que los episodios de violencia ejercida por su pareja o compañero íntimo dejaron en sus vidas.

DISCUSIÓN

Esta investigación se propuso reconstruir las trayectorias de vida de un grupo de mujeres que manifestaron haber superado el ciclo de la violencia en las relaciones de pareja. Los hallazgos ponen en evidencia que la violencia contra las mujeres constituye un asunto político, social y de salud pública. El caso particular de la violencia ejercida por la pareja, por mucho tiempo, ha sido considerado como un asunto privado y, en consecuencia, ha sido ocultado (39). De hecho, este tipo de violencia, a pesar de estar presente en la vida cotidiana de las mujeres, tiende a ocultarse; en muchos casos, las mujeres creen que la violencia hace parte de sus vidas porque algunas la han vivido en su grupo familiar desde la infancia y la han internalizado, naturalizado e incorporado a su modo de vida. En las trayectorias de vida de las mujeres entrevistadas se puede evidenciar que la violencia intrafamiliar determina un patrón intergeneracional para tolerar y perpetuar la violencia contra las mujeres.

En muchas ocasiones, la violencia de pareja se ha visto invisibilizada precisamente por su legitimación histórica, cultural y social. Aún se mantienen estereotipos relacionadas con los roles de las mujeres en relación con el dominio de sus parejas. Además de esto, la dependencia económica, a la que muchas mujeres están subyugadas, fue también una condición señalada por las participantes como una de las barreras o limitaciones que más les impedía abandonar la relación.

García et al. (40) destacan que el fenómeno de la violencia de pareja, se viene reproduciendo a nivel mundial, sin distinción de clases sociales, edad, raza, cultura, religión o país. Con todo, un común denominador entre las participantes de este estudio se relaciona con experiencias de violencia en el entorno

familiar que marcaron las trayectorias de vida y los itinerarios por los que transitaron antes de romper el ciclo de la violencia ejercida por sus parejas. Durante el desarrollo de este estudio, además, las mujeres se encontraban viviendo con sus hijos, en un proceso de emancipación, acompañadas de sus redes de apoyo como estructuras de vital importancia para la construcción de nuevas trayectorias que les permitieran mantener una vida libre de violencia y lejos de su agresor.

Los relatos de las historias de vida documentadas en esta investigación representaron recuerdos muy dolorosos para las mujeres que compartieron sus experiencias de violencia; no obstante, escuchar tales historias permitió la comprensión de los sentidos que se construyen en torno a lo vivido. En los estudios feministas, se presentan narrativas que privilegian el dolor y la opresión (41).

En este contexto, abrir las puertas de la intimidad y oficializar el dolor fue un proceso distinto para cada mujer: para algunas participantes de estudio, como Rea, Dione, Pandora y Helena, exponer su intimidad significó desnudar el alma, sentir que se exponían a juicios de valor por parte de otras personas; inclusive, muchas de ellas se sintieron avergonzadas de contar en un principio todas las atrocidades vividas. Las rutas recorridas por estas mujeres para la oficialización de la denuncia iniciaron con la reflexión sobre su vida conyugal y familiar (42). Durante las entrevistas, las participantes de estudio fueron narrando otras escenas que permitieron identificar otras formas de violencia.

Por otro lado, la convivencia real y la cohabitación en pareja desbarataron la idea del amor romántico; las mujeres se vieron entonces expuestas a constantes agresiones. Las agresiones físicas fueron sin duda uno de los principales motivos que llevaron a las mujeres en situación de violencia a buscar ayuda.

La violencia extrema experimentada por Pandora, Rea, Larisa, Helena y Nereida fue el detonante que las obligó a alejarse de su agresor por temor a perder su propia vida o a comprometer la vida de sus hijos. Al respecto, Ruiz et al. (43) refieren que es ante situaciones extremas, como la amenaza de muerte, cuando las mujeres víctimas inician procesos de separación. Por ello, la ruptura con la relación de violencia es uno de los momentos más difíciles para las víctimas, especialmente durante la toma de esta decisión (44).

Los cuerpos de estas mujeres fueron un receptáculo de violencia. Cuando las mujeres hablan de sus experiencias de violencia en pareja, es de su cuerpo del que hablan, de las marcas (visibles o no) que son dejadas en él como un recuerdo imborrable que aún cuenta su propia historia. Dione tuvo múltiples lesiones personales, hasta el punto de que, en una de ellas, el agresor quiso atentar contra su vida; por su parte, Rea recibió lesiones físicas con un machete por parte de su pareja, que le dejaron cicatrices, no solo físicas, que aún siguen recordándole esos episodios de maltrato y dolor. Las agresiones físicas, en muchos casos, producen efectos más fuertes que las heridas que pueden quedar en el cuerpo. Estos efectos llegan al alma de las mujeres y se vuelven dolores permanentes y difíciles de sanar.

Los testimonios de las entrevistadas indican que la violencia emocional siempre aparece asociada a la violencia física; de hecho, Calipso, Larisa, Ofelia e Ío mencionan situaciones en que la violencia psicológica, emocional y simbólica era parte del repertorio que utilizaban sus exparejas para socavar su autoestima, para tomar el control de sus vidas y mantenerlas completamente subordinadas. En este sentido, García et al. (40) indican que ser víctima de violencia por la pareja implica vivir constantemente bajo la amenaza real o anticipada de ser agredida nuevamente, constituyendo, en la mayoría de los casos, una

situación de estrés crónico dada su duración en el tiempo. Esta situación provoca que muchas mujeres presenten complicaciones en la salud física y mental con consecuencias a corto y a largo plazo (45).

Ahora bien, la libertad de estas mujeres fue la más afectada. Sus opciones fueron sofocadas por los comportamientos del agresor. Ofelia, Dione, Calipso y Nereida indicaban que sus vidas parecían estáticas, estancadas, paralizadas por no ejercer su propia voluntad o porque sus decisiones fueron restringidas por su pareja. Con todo, muchas mujeres toman la decisión de denunciar al agresor toda vez que no desean continuar más en el ciclo de violencia (46). Así, Larisa, Calipso, Dione, Rea y Helena pasaron por un proceso de descubrimiento de su identidad, que surgió de un esfuerzo reflexivo de definirse a sí mismas, de sentirse capaces de salir adelante y de lograr definitivamente separase de su agresor. En efecto, toda narrativa tiene una trayectoria, un propósito. En el caso de las mujeres que vivieron violencia de pareja, esta les permitió convertirse en las protagonistas de sus historias y salir así de la posición e imagen que normalmente se construye sobre la mujer maltratada, como un objeto pasivo que, lejos de generar reflexión en torno a tales dinámicas, reproducen estereotipos asociados a la falta de comprensión de esta situación.

Es claro que el fin del ciclo de la violencia no termina con la denuncia del agresor. El primer paso para romper el ciclo de la violencia es tomar conciencia real de la situación que se está viviendo; sin embargo, muchas mujeres tienen que tocar fondo o exponerse a una situación de violencia extrema, en las que ellas o sus hijos se vean afectados para poder tomar la decisión de una vez por todas. Cuando esto ocurre, las mujeres empiezan a quitarse la venda de los ojos y ver con cierta claridad el daño y el sufrimiento al que han sido expuestas (39). Con todo, este no es un proceso lineal y cada mujer lo enfrenta

de manera distinta, según sus recursos y sus redes de apoyo o soporte social, con avances, retrocesos, rupturas y reconciliaciones.

En este orden de ideas, es importante acompañar a las mujeres en todo su proceso de emancipación. Las políticas o estrategias destinadas a prevenir y combatir la violencia contra las mujeres deben considerar las voces de las mujeres y sus historias de vida como punto de partida para comprender qué las impulsa a permanecer o a salir del ciclo de la violencia de pareja. Por eso, en este estudio, se hizo énfasis en la importancia de las redes de apoyo como la familia, los amigos cercarnos, las instituciones religiosas, una nueva pareja o las instituciones de protección. En efecto, la búsqueda de protección a través de la presentación formal de una denuncia, o acudir a una entidad pública como la Comisaría de Familia o Casa de Justicia, fue fundamental para dar inicio al proceso de separación del agresor. Es un hecho que muchas mujeres consiguen perder el miedo y poner fin a la relación cuando cuentan con apoyo social y con profesionales que las escuchan y orientan (47), (48).

Por último, desde las políticas públicas se deben generar estrategias que permitan reconocer la voz de la mujer como insumo importante en la construcción de iniciativas sociales que faciliten su empoderamiento, la reivindicación de sus derechos y una vida libre de todo tipo de violencias. Asimismo, para la salud pública, este tipo de estudios permite la configuración de nuevos escenarios en la compresión de la violencia contra las mujeres, especialmente la violencia ejercida por parte de la pareja. Estos hallazgos permiten acercarse a una realidad social que ha sido invisibilizada o categorizada desde una visión reduccionista. Por eso, las contribuciones de esta investigación a la salud pública se hacen desde el componente de la salud mental: brinda orientaciones

desde una perspectiva psicosocial a la violencia en las relaciones de pareja que, si bien en el componente normativo suele estar bien estructurada, en el terreno operacional contiene muchos vacíos.

CONCLUSIÓN

A lo largo de la investigación es posible notar que las vidas de las participantes del estudio estuvieron marcadas por etapas de infancia y adolescencia en las que hubo situaciones de violencia intrafamiliar. Lo anterior explica el hecho de que muchas mujeres durante la vida de pareja no logren percibir las señales de maltrato en la relación y que, por esta razón, la violencia se exacerbe entre más tiempo conviven con su compañero sentimental. Por último, en este estudio se resalta la importancia de las redes de apoyo, puesto que estas son vitales al momento de respaldar a las mujeres en su decisión de romper el ciclo de la violencia de pareja. Las participantes del estudio mencionaron entre las redes de soporte principales a la familia, los amigos cercanos, las instituciones religiosas, la compañía de otra pareja y las instituciones de protección para la restitución de sus derechos.

REFERENCIAS

1. Velásquez JB, Vélez SMD, Uribe SMT, Ríos YS. Vida en pareja: ¡porque te quierote maltrato! Poiésis. 2016;(31).

2. ONU Mujeres, Departamento Administrativo Nacional de Estadística y a la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer. Mujeres y hombres: brechas de género en Colombia [Internet]. 2020. Disponible en: https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20colombia/documen-

tos/publicaciones/2020/11/mujeres%20y%20hombres%20brechas%20de%20genero.pdf?la=es&vs=5814.

3. Organización de los Estados Americanos. COVID-19 en la vida de las mujeres: Razones para reconocer los impactos diferenciados por COVID-19 [Internet]. Comisión Interamericana de Mujeres; 2020. Disponible en: https://www.oas.org/es/cim/docs/ArgumentarioCOVID19-ES.pdf
4. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing. JAMA Intern Med. 2020;180(6).
5. Moreira DN, Costa MP da. The impact of the Covid-19 pandemic in the precipitation of intimate partner violence. Int J Law Psychiatry. 2020;71.
6. Bronfenbrenner U. Toward an experimental ecology of human development. Am Psychol. 1977;32(7).
7. Dutton DG, Golant SK. El golpeador: Un perfil psicológico. Paidós; 1997.
8. Belsky J. Child maltreatment: An ecological integration. Am Psychol. 1980;35(4).
9. Heise LL. Violence against women: An integrated, ecological framework. Violence Woman. 1998;4(3).
10. Ferreto EO, Romero TI. Modelo ecológico para una vida libre de violencia de género. Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres; 2011.
11. Lagarde M. Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia. Cuadernos Inacabados. 1996.
12. Aliaga P, Ahumada S, Marfull M. Violencia hacia la mujer: un problema de todos. Rev Chil Obstet Ginecol. 2003;68(1):75-8.

13. Beauvoir S de. El segundo sexo. Madrid: Feminismos; 2005. 912 p.

14. Bourdieu P. La dominación masculina. 5.a ed. Revista de Estudios de Género. La ventana. Anagrama; 2007.

15. Lagarde M. Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres. Instituto Andaluz de la Mujer; 1999.

16. Bosch E, Ferrer VA, Alzamora A, Navarro C. Itinerarios hacia la libertad: la recuperación integral de las víctimas de la violencia de género. Psicol Salud. 2005;15(1).

17. Pérez VF, Fiol EB. Introduciendo la perspectiva de género en la investigación psicológica sobre violencia de género. An Psicol. 2005;21(1).

18. Leite MT de S, Figueiredo MFS, Dias OV, Vieira MA, Souza LPS e, Mendes DC. Reports of violence against women in different life cycles. Rev Lat Am Enfermagem. 2014;22(1).

19. Rivero ER, Algovia EB, Pacheco JR, Herrero SP, Cabrera JJV. Violencia de pareja e interposición de denuncias en mujeres víctimas en Nicaragua. Inf Psicológicos. 2020;20(1).

20. Pujadas, Joan. (1992) El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas

21. Pujadas, J. (2000). El método biográfico y los géneros de la memoria. En: Revista de Antropología Social, 9: 127-158. Universidad Rovira i Virgili.

22. Mas García X. Una mirada creativa hacia el método biográfico. Encuentros Multidiscip. 2007;9(27):16-21.

23. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic Inquiry. Beverly Hills: SAGE; 1985. 422 p.

24. Herrera Pastor D. Aportaciones metodológicas a la investigación biográfica, relacionadas con el procesamiento y la organización de los datos. Cuest Pedagógicas Rev Cienc Educ. 1 de enero de 2016;(25):145-60.

25. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2016. 365 p.

26. Alheit P. La entrevista narrativa. Plumilla Educ. 2012;10(2):11-8.

27. Ministerio de Salud. Resolución 008430, por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 1993.

28. Emanuel EJ, Wendler D, Grady C. What makes clinical research ethical? Jama. 2000;283(20):2701-11.

29. Pérez VF, Fiol EB. Del amor romántico a la violencia de género. Para una coeducación emocional en la agenda educativa. Profr Rev Currículum Form Profr. 2013;17(1):105-22.

30. Méndez RG, Hernández JDS. La violencia en parejas jóvenes. Psicothema. 2001;127-31.

31. Avery-Leaf S, Cascardi M, O'leary KD, Cano A. Efficacy of a dating violence prevention program on attitudes justifying aggression. J Adolesc Health. 1997;21(1):11-7.

32. Tello JJA, Suárez NMC. Mujeres supervivientes de violencia de pareja: factores y procesos psicológicos implicados en la decisión de permanecer o abandonar la relación [Internet]. Avances en Psicología Latinoamericana. 2020 [citado 25 de enero de 2021]. Disponible en: https://revistas.

urosario.edu.co/index.php/apl

33. Lopez-Ramirez E, Sosa GRA. Sexualidad, Salud y Sociedad. Rev Latinoam. 2017;85-102.

34. Pignatiello A. Procesos de subjetivación en mujeres que salen de relaciones violentas de pareja. 2017

35. Stecanela N, Ferreira PM. Metamorfosis del Miedo: Trayectorias de Mujeres en Situación de Violencia. YACHAQ-ISSN- 2663-4155 Virtual E-ISSN 2617-5495 Impresa. 2020;2(2):16-16.

36. Lopez-Ramirez E, Sosa GRA. Superación de la violencia de pareja: revisión. Sex Salud Soc Rio Jan. 2017;(26).

37. Sagot M, Shrader E. La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar. Protocolo de Investigación. Organización Panamericana de la salud; Programa mujer, salud y desarrollo; 2000

38. Almudena A. Una mirada sistémica sobre la violencia de género en la pareja: Del ámbito privado al ámbito social y de lo individual a lo familiar. Recuperado de http://www. avntfevntf. com/wp-content/uploads/2016/11 -; 2016.

39. Uribe JT. Del laberinto a la luz. El proceso de cambio que viven las mujeres en una experiencia conyugal violenta. Index Enferm Inf Bibliográfica Investig Humanidades. 2000;9(30):12-6.

40. Garcia-Moreno C, Jansen H a FM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. WHO Multi-country Study on Women ' s Health and Domestic Initial results on prevalence. WHO. 2005;151(1).

41. McNay L. Gender and Narrative: Ricoeur on the Coherence of the Self.

En: Gender and Agency Reconfiguring the Subject in Feminist and Social Theory. 2020.

42. Castro R. Problemas conceptuales en el estudio de la violencia de género. Controversias y debates a tomar en cuenta. En Buenos Aires: Mnemosyne; 2012. p. 17-38.

43. Hernández MR, Angulo LL, Cabrera YH, Álvarez EC, Rodríguez YÁ. Caracterización de las mujeres maltratadas por su pareja desde la perspectiva de género. Medisur. 2013;11(1).

44. Lerner CF, Kennedy LT. Stay–Leave Decision Making in Battered Women: Trauma, Coping and Self-Efficacy. Cogn Ther Res. 1 de abril de 2000;24(2):215-32.

45. Stecanela N, Ferreira PM. Metamorfosis del Miedo: Trayectorias de Mujeres en Situación de Violencia. YACHAQ-ISSN- 2663-4155 Virtual E-ISSN 2617-5495 Impresa. 2020;2(2):16-16.

46. Martínez L. La violencia de género en la relación de pareja ¿una cuestión no perceptible en la vida cotidiana? Rev Cienc Soc. 2011;9(2).

47. Bosch E, Ferrer VA, Alzamora A, Navarro C. Itinerarios hacia la libertad: la recuperación integral de las víctimas de la violencia de género. Psicol Salud. 2005;15(1).

48. Rivero ER, Herrero SP, Algovia EB, Carrasco RV, Cabrera JJV. Influencia del apoyo social en el mantenimiento de la convivencia con el agresor en víctimas de violencia de género de León (Nicaragua). Inf Psicológicos. 2018;18(1).

CAPÍTULO 8

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y PERCEPCIONES DE CALIDAD DE VIDA DE MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA EN EL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA EN EL PERIODO 2013-2017

SIXTA CAROLINA RUIZ DORIA
JORGE ELIECER ORTEGA MONTES
NYDIA NINA VALENCIA JIMÉNEZ

SÍNTESIS INVESTIGATIVA

Las participantes cuentan con edades entre 47 y 58 años, en su mayoría son casadas o en unión libre y viven en estrato 1. Casi la mitad de las entrevistadas alcanzó la primaria incompleta y bachillerato completo. Son desempleadas y se mantienen con recursos propios. Gran parte de estas mujeres emplean el afrontamiento activo, lo cual les permite disminuir los niveles de estrés porque este contribuye con el mejoramiento de la percepción de la enfermedad mediante la adopción de comportamientos positivos como el autocontrol, autoeficacia, motivación y el uso de actitudes emocionales; así como también, se visibilizó el empleo de la estrategia activa para afrontar su situación de salud. En su orden, las mujeres con cáncer de mama de esta región emplean la estrategia de afrontamiento efectivo, seguido del cognitivo y por último hacen uso del conductual. Se resalta percepción de calidad de vida y mayor significancia en las dimensiones del ser y estar.

Palabras clave: Estrategias de afrontamiento, calidad de vida, cáncer de mama, mujer, percepción

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una problemática de salud pública por ser una de las causas principales de mortalidad a nivel mundial, atribuyéndosele alrededor de 10 millones de defunciones en 2020, de los cuales 2.26 millones correspondieron a cáncer de mama. La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que el cáncer de mama es el más común entre las mujeres y un factor importante de número de muertes, cuyo diagnóstico oscila entre una de cada doce mujeres (1). Hasta hace poco, el cáncer de mama se había considerado una enfermedad de países desarrollados, no obstante, datos recientes comprobaron que estos casos son más constantes en países de bajos y medianos ingresos, donde se encuentra la presencia de cáncer de mama en estadios avanzados. La razón: las dificultades para el acceso a la salud y la falta de sensibilización sobre la detección temprana (2).

En América Latina, cada año se diagnostican más de 462.000 nuevos casos de cáncer de mama y casi 100.000 mujeres pierden la batalla contra esta enfermedad. Este tipo de cáncer es el más frecuente y la segunda causa de muerte de mujeres en la región (3), realidad que no excluye a Colombia que ocupa el sexto puesto en mortalidad por cáncer después de Chile, Argentina, Uruguay y Brasil (4). En Colombia, el cáncer de mama es el cáncer de mayor incidencia en todo el país, con una tasa de 29,3 por cada 1000 mujeres colombianas entre 2017 y 2018 (5).

Para comprender la magnitud de este problema a nivel individual como social, es necesario integrar la categoría de calidad de vida con el fin de incorporar las percepciones que sobre su propio bienestar biopsicosocial y espiritual tienen las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. Ello, en diálogo con

las normas, prácticas tradicionales, contexto histórico sociocultural y aspectos que en su conjunto influyen en la toma de decisiones, expectativas y estándares (6).

Otro argumento de interés es el análisis de las dimensiones que integran la calidad de vida, en especial, la dimensión de pérdida de salud a consecuencia de enfermedades crónicas que han dado lugar al uso del término calidad de vida para referirse a un aspecto restringido de la vida misma (7).Y en efecto, las mujeres con cáncer de mama experimentan un impacto importante en su salud a raíz del tratamiento y control de la enfermedad, que de una manera u otra impactan la percepción de sus esferas de bienestar físicas, sociales, psicológicas y culturales (8).

En esta dirección, la OMS establece la medición de esta dimensión mediante el empleo del cuestionario WHOQOL BREF a partir de la exploración de los dominios: físico, psicológico, social y del entorno, incluyendo dos interrogantes generales sobre calidad de vida general y salud general, los cuales han sido la escala extendida para desarrollar estudios sobre calidad de vida en el campo de la salud (8). Sin embargo, la heterogeneidad de la población y diversidad territorial sugieren la implementación de otras perspectivas anidadas en los campos del ser, tener y estar como dispositivos de análisis del desarrollo humano. Por eso, es una herramienta de interrogación que amplía e incluye la mirada de los participantes, motivos que impulsaron la adopción de este en el presente estudio.

El contexto socioeconómico y cultural colombiano, como se sabe, está fuertemente ligado a la pobreza, desempleo, hacinamiento, servicios públicos deficientes y bajos niveles educativos, circunstancias que podrían ubicarlo entre

aquellos países que impiden a un número importante de su población acceder a una revisión médica oportuna y explicar, a su vez, las causas por las cuales mueren anualmente 2.649 mujeres por cáncer de mama en Colombia (9). A lo anterior, se suma el temor generado en las pacientes para enfrentarse a este tipo de diagnóstico, lo cual está ligado a las características socioculturales que actúan como barreras para la implementación de programas de promoción y mantenimiento de la salud.

Estas características del territorio colombiano se tornan desiguales cuando se identifican regiones, como el caso específico del Departamento de Córdoba (costa Caribe), con indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) (59.09) e índice de pobreza monetaria (79.64) bastante altos en comparación de los estándares nacionales (10). Por eso, las inequidades territoriales indican bajas expectativas y oportunidades para la atención de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en algunos departamentos. También, el Instituto Nacional de Salud (11) habla de estos temas, incluyendo a Córdoba en la categoría de crítico porque más de la mitad de la población diagnosticada no inició su tratamiento en 2019.

Las situaciones observadas sobre numerosos casos experimentados por mujeres frente a este diagnóstico, dejan al descubierto no solo las desigualdades frente a la atención sino diversas reacciones ante el evento. Por una parte, hay quienes asumen una conducta depresiva con tendencia a aislarse del contexto familiar y social; mientras que, por la otra, se manifiestan conductas de apego y demanda de afectos y protección al interior de la familia. Así, se configura un evento estresor desde tres dimensiones básicas: conductual, cognitiva o emocional.

Lo anterior, se convierte, aún más, en razones para justificar la necesidad de conocer cuáles son esas dimensiones específicas que experimentan las mujeres con cáncer de mama en el Departamento de Córdoba con el fin de identificar las estrategias adecuadas de afrontamiento. Por ello, se propuso el desarrollo de un estudio con un grupo de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama atendidas para un análisis mamográfico en el Centro de Imágenes Diagnósticas de Alta Complejidad SAS (DIAC), en la ciudad de Montería, Córdoba, Colombia, en el período 2013-2017.

En consecuencia, la investigación trató de examinar cuáles son las reacciones psicológicas más relevantes que experimentan las mujeres diagnosticadas con esta enfermedad, mediante un enfoque integrador en el que se incluyen aportes del modelo cognitivo (como el concepto de afrontamiento o el de locus de control) y del modelo existencial (como el concepto de sentido de la vida). Además, se evaluó el sistema de creencias de tipo espiritual y religioso por considerarlas factores asociados al comportamiento, actitud e interpretación de muchas personas en el medio.

OBJETIVO

Analizar la relación entre la percepción de calidad de vida y las estrategias de afrontamiento de la mujer con cáncer de mama del Departamento de Córdoba, Colombia.

BASES TEÓRICAS

Los conceptos básicos relacionados con el estudio de este tema dan cuenta de ciertos términos relevantes como afrontamiento, cáncer de mama y calidad de vida.

Afrontamiento

Las personas se esfuerzan cognitiva y conductualmente para enfrentar situaciones estresantes, rotuladas por Lazarus y Folkman como afrontamientos que se transforman a partir de las demandas personales o del contexto donde la evaluación se enuncia como excedentes de los recursos individuales para dar cara a determinadas escenarios. Desde esta óptica, se inicia la construcción de un camino analítico base de la teoría de las emociones y la incorporación de miradas constructivistas y cualitativas dentro de las cual se establecen parámetros para interpretar la influencia de la personalidad en todos aquellos procesos que implican afrontar o no una situación vivida (12).

Este marco establece una distinción entre estilos y estrategias de afrontamiento porque los primeros se refieren a las predisposiciones individuales que las personas emplean para afrontar situaciones según las preferencias ante las diferentes opciones y estrategias. La segunda distinción obedece a procesos concretos empleados en cada entorno con gran capacidad de transformación acorde a las situaciones de estrés experimentadas por los sujetos. Con ello, los estilos son generales y guían a las personas a pensar y actuar de forma estable, mientras que las estrategias se van definiendo a partir de las situaciones particulares (12).

En el caso específico de este estudio, resulta de interés el abordaje conceptual de las estrategias de afrontamiento por tratarse de aquellos aspectos específicos que surgen de la interacción de las personas con las situaciones que pueden generar algún tipo de estrés y en cuyo intercambio se emplea el sistema de valores, normas, comportamientos y significados construidos a lo largo de su vida. Todos los seres humanos, sin importar su lugar de origen, están

en capacidad de generar los recursos psicológicos necesarios para afrontar las situaciones estresantes, pero estos estarán condicionados en gran medida por factores sociales, culturales y familiares (13).

Por otra parte, las estrategias de afrontamiento enfatizan la dimensión social del sujeto porque reconocen que en el marco de las interacciones sociales estos deben tomar algunas decisiones sobre cómo manejar situaciones cotidianas que generen estrés. Los aportes de Lazarus & Folkman (12) se destacan en este abordaje teórico porque plantean una mirada desde la realidad simbólica que envuelve a las personas. Asimismo, porque, según ellos, el contexto sociocultural incide en la adopción de comportamientos y actitudes que guían el accionar humano, haciéndose necesario que se considere el estrés y la emoción como un estado mental con niveles elevados de activación que afectan el bienestar biopsicosocial de los individuos.

Cáncer de mama

La expectativa mundial frente al cáncer de mama es una de las mayores preocupaciones por parte de los distintos organismos, entidades, gobiernos e investigadores interesado en este tema en la actualidad. La causa es que este tipo de cáncer es el más frecuente en las mujeres, lo cual obedece, al igual que otros, al crecimiento descontrolado de las células que conforman protuberancias o tumores que pueden ser benignos o malignos y cuya clasificación va a depender de la realización de pruebas diagnósticas.

Sobrevivir a un cáncer de mama estriba en gran medida del país de origen de los pacientes, dado que vivir en América del Norte, Japón o Suecia permite estar entre el 80% de supervivencia. En contravía, si el lugar de residencia son los países de ingresos medios la esperanza es de un 60%. Pero si el paciente refiere

vivir en un país de ingresos bajos contará solo con el 40% de probabilidades de superar la enfermedad (2). La situación obedece principalmente a la calidad de los programas integrales de control del cáncer que comprenden el desarrollo de estrategias en las fases de prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Calidad de vida

El concepto de calidad de vida que se adopta se asocia no solo con la tenencia de bienes y servicios para la satisfacción de las necesidades básicas de la población, sino también con las aspiraciones, ideales, propósitos, medios y oportunidades que tienen las personas para ser o estar. Desde esta mirada, Sen (14) reafirma la obligación de involucrar en los análisis de la calidad de vida aspectos subjetivos y objetivos. Los primeros abarcan las expresiones emocionales, la intimidad, los estados mentales y las percepciones, por destacar unos cuantos. Los segundos, el bienestar material y las interacciones saludables entre el entorno físico y social, así como la salud objetiva que perciben las personas.

Desde esta perspectiva, la calidad de vida se fundamenta en las capacidades humanas, al igual que los funcionamientos que son los encargados de agrupar aquellos sentimientos frente a lo que se quiere ser o hacer, pues, en definitiva estos puntos permiten en su conjunto alcanzar niveles satisfactorios de calidad vida al potenciar las capacidades básicas del individuo, superando la idea de las carencias. Sin embargo, las capacidades humanas deben ir acompañadas de libertades para que las personas puedan elegir sobre determinando aspectos que le produzcan bienestar y, por ende, calidad de vida. A partir de esta exploración conceptual, se tomarán elementos centrales de la

teoría de Lazarus y Folkman sobre el afrontamiento del estrés y para evaluar la percepción de calidad de vida se asumirá los principios teóricos de estudiosos del desarrollo humano alternativo como Sen y Max Neef.

Estrés y estrategias de afrontamiento

Para Lazarus y Folkman (12), el afrontamiento constituye la conducta esperada y relativa al nivel de estrés en la que se encuentre la persona. Este tipo de comportamientos vinculados con el estrés producen dos tipos de respuesta: por un lado, se halla la conducta integrada por la percepción del sujeto frente al peligro, daño, estimación o juicio de la situación, reacción y alteración del estado emocional. Por el otro, la segunda respuesta es la adaptativa que comprende la reconsideración del daño o amenaza y los recursos del sujeto para enfrentar dicha situación, así como las acciones asumidas para plantear los cambios en el entorno.

En este orden de ideas, el afrontamiento se concibe como la respuesta adaptativa al estrés. Por ello, cuando se habla de afrontamiento se alude a una dimensión distinta a la de adaptación, porque esta última comprende la totalidad de la conducta y el afrontamiento solo insinúa un tipo de adaptación empleada por el sujeto ante una circunstancia de vida inusual (13). Por ejemplo, el diagnóstico de cáncer de mama.

Y en efecto, las personas diagnosticadas con cáncer de mama realizan un esfuerzo cognitivo y comportamental para adaptarse a las implicaciones que trae consigo este tipo de cáncer, pues, tratan de ajustarse, en muchas ocasiones, a la amenaza frente a la pérdida de sus mamas o incluso de su propia vida. También, estas mujeres emplean habilidades para manejar la situación cuando intentan negociar con su realidad y aceptar que deben empezar una

nueva etapa de sus vidas, la cual requiere mayor control y precisión en cada una de las decisiones afrontadas.

Así pues, las estrategias de afrontamiento comprenden un proceso dinámico que varía de una persona a otra donde esta procura darle manejo a las situaciones que se pueden generar entre un evento estresante y los recursos que posee el sujeto. En la relación de correspondencia se valora los alcances del riesgo y los elementos para minimizarlos y se ponen en práctica una serie de acciones que facilitan reevaluar la situación y negociar con las realidades del entorno para finalmente aceptar o huir de la misma (14).

Entre los tipos de afrontamientos se destaca el centrado en el problema, cuya finalidad es implementar acciones que permitan la resolución de la dificultad o encontrar recursos para ello. Aquí se subrayan el afrontamiento activo, la planificación, la supresión de actividades competentes y la prolongación del afrontamiento (14).

Por otro lado, el afrontamiento centrado en la emoción se dirige al control de las repercusiones emocionales por la situación estresante. En este caso en particular los sujetos implementan diversos comportamientos de naturaleza distractora, social o cognitiva con miras a reestructurar el evento de estrés, seleccionando aspectos a los que debería prestar más atención o bien alterando su significado. En este tipo de conductas se destaca la búsqueda de apoyo social por razones emocionales, la aceptación, negación y la religión, entre otras (14).

Calidad de vida y afrontamiento en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama

El grado de calidad de vida de una mujer con cáncer de mama podrá condicionar su respuesta frente al diagnóstico, tratamiento y evolución de la enfermedad, porque así dispone de recursos tangibles e intangibles que permiten resolver satisfactoriamente la situación presentada. En el ámbito de los factores tangibles se pueden considerar el nivel educativo, los ingresos económicos, la disponibilidad de tiempo, entre otros que ayudan a acceder a diferentes servicios para aprender a manejar su situación.

Por otra parte, este tipo diagnósticos, al igual que otro tipo de enfermedades catastróficas, involucra la necesidad de sentirse querido, protegido y amado por familiares y amigos, lo que se conoce comúnmente como apoyo social. Cuando en este discurso se alude a esta categoría se está haciendo mención a un recurso o a una estrategia de afrontamiento porque la persona lo emplea por razones instrumentales mientras busca ser asistido u orientado en la solución del problema. En cambio, es una estrategia cuando la búsqueda es adquirir apoyo emocional para minimizar la reacción estresante negativa.

Para efectos del abordaje integral de esta problemática, es pertinente analizar las formas de relación entre la percepción de calidad de vida y los factores externos e internos de las personas. La razón es que si se intenta estudiar la calidad de vida solo por la cantidad de recursos materiales que posee una persona, dado que la calidad, como ya se mencionó involucra aspectos intangibles del sujeto que, en su conjunto, ofrecen una mirada holística a las situaciones o eventos de la cotidianidad, se produciría un error (15).

Existen otras miradas teóricas que enfocan la calidad de vida con las condi-

ciones materiales en las que se desenvuelven las personas, pero más específicamente a la relación entre los recursos económicos y materiales con las experiencias que resultan de dichas condiciones. Para este caso, se considera que la calidad de vida debe analizarse con mayor profundidad tomando en cuenta las particularidades del sujeto, porque cada persona tiene su forma de ser, está inserto en un mundo social que lo domina y posee un sistema cultural que lo determina (15).

Por lo tanto, la calidad de vida juega un papel preponderante en la existencia de una mujer con cáncer de mama, porque ofrecerá una serie de oportunidades y opciones para que las pacientes puedan potenciarse desde lo que son, creen o aspiran. A la vez, dará elementos para que se explore en el campo de las subjetividades aquellos factores que permiten comprender que el cáncer es un evento traumático, pero que si se aborda adecuadamente se podrá contar con mayores expectativas para superarlo y experimentar una vida satisfactoriamente.

Las discusiones que han surgido alrededor de las estrategias de afrontamiento han suscitado la aparición de un variado estilo de estructuras taxonómicas para su clasificación (afrontamiento centrado en el problema y centrado en las consecuencias emocionales (12); afrontamiento centrado en la interacción con el obstáculo y afrontamiento centrado en la evitación (16); y afrontamiento desde las dimensiones de compromiso, separación y de búsqueda de ayuda (17). Esto, deja abierta la posibilidad de adaptar cualquiera de estas clasificaciones según las necesidades investigativas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Investigación correlacional, transversal que propone el análisis del conjunto de estrategias de afrontamiento adoptados por las mujeres con cáncer de mama atendidas en DIAC SAS, en relación con las dimensiones ser, tener y estar, parámetros e indicadores de la percepción de calidad de vida. La muestra estuvo integrada por 131 pacientes, determinadas a partir de una población universo mediante medidas y fórmulas estadísticas recomendadas para una población finita y la técnica de muestreo simple aleatorio.

El estudio contó como criterios de inclusión los siguientes: que la mujer esté siendo atendida en la Institución Prestadora de Salud de referencia en imágenes diagnósticas, que se haya diagnosticado mediante una prueba de tamizaje (mamografía) como un caso confirmado de cáncer de mama, ser mayor de edad y reportar como procedencia la ciudad de Montería. Con respecto a los criterios de exclusión se tuvo en cuenta que las pacientes al momento de la encuesta recibieran la atención en la Institución Prestadora de Salud en su calidad de hospitalizada, ser menores de edad y que se haya practicado una prueba de tamizaje diferente a la mamografía.

Los procedimientos que tuvieron lugar en esta investigación siguieron un orden conforme a las actividades que se establecieron en el cronograma. La relación es la siguiente:

- Presentación del estudio ante el Comité de Investigaciones de la Maestría de Salud Pública y de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Córdoba, Departamento de Córdoba, con el fin de obtener el permiso reglamentario para la implementación del mismo y socializar los compromisos éticos adquiridos.

- Solicitud de acceso en la IPS DIAC S.A.S. mediante carta refrendada por la coordinación de la maestría, en la que se expresó la voluntad de cooperación en el marco de la investigación con pacientes diagnosticadas por cáncer de mama de la institución. Revisado el documento, la IPS otorgó el consentimiento institucional y declaró haber sido informada del estudio.

- Se revisó de la base de datos de la IPS DIAC S.A.S. específicamente en el periodo 2013-2017, permitiendo la identificación de todas aquellas mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que asistían al servicio de mamografía y que estuviesen afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) bajo cualquiera de sus modalidades.

- Se aplicaron los criterios de muestreo y se estableció la muestra. Después, se procedió a ubicar y organizar las historias clínicas contactando a las participantes para explicarles los objetivos de la investigación y obtener su consentimiento informado.

- El trabajo de campo comprendió la aplicación de la encuesta a las participantes, para lo cual se contó con un equipo de encuestadores previamente capacitados en el manejo del instrumento y el acompañamiento permanente del investigador principal del estudio.

- Los datos se organizaron en un archivo Excel y se procedió aplicar un análisis estadístico descriptivo de cada una de las variables que contempló el estudio.

- En la fase posterior, se redactó el informe que fue socializado con la directora del proyecto, obteniéndose su respectivo aval para la presentación del mismo ante las autoridades académicas de la Maestría en Salud Pública.

El procedimiento del estudio se distribuyó en varios momentos que comprendieron actividades propias de la naturaleza de cada fase. Por ejemplo, en el primer momento o de exploración, se procedió a revisar antecedentes del problema, teorías y enfoques que facilitaron la comprensión de la temática y la identificación de los participantes, entre otros detalles.

Durante la fase de diseño del protocolo de investigación se realizaron varios encuentros con el asesor del trabajo para precisar objetivos, organizar los instrumentos de recolección de datos y aplicar prueba piloto para determinar la comprensión de las preguntas. Por último, el resultado se sometió a revisión del asesor estadístico para precisar variables y la operacionalización de las mismas. El proceso final del estudio comprendió la compilación de todos los hallazgos obtenidos y la preparación del informe para su posterior socialización.

El estudio empleó para la recolección de los datos el instrumento conocido como Inventario Brief- COPE conformado por 28 reactivos que se encuentran organizados en 14 sub escalas que abordan afrontamiento activo, planeamiento, reformulación positiva, humor, aceptación, apoyo emocional, apoyo instrumental, renuncia, auto-distracción, negación, religión, uso de sustancia, auto-culpa y descarga emocional. Además, la percepción de la calidad de vida se evaluó a partir de las dimensiones establecidas por Amartya Sen, basadas en ser, estar y tener, contando con un número de 22 ítems de valoración por escala de Likert.

Los instrumentos se ajustaron conforme a las particularidades del contexto de estudio, se sometió a revisión por parte de experto y se aplicó pilotaje a una población de características similares atendiendo a todos los principios éticos y estadísticos para evitar sesgos. La organización y sistematización se desarrolló con los datos procesados gracias a las técnicas y métodos de la esta-

dística descriptiva no paramétrica mediante el uso del software SPSS versión 23, programa que permitió establecer un análisis descriptivo de los resultados obtenidos.

El estudio se sometió a evaluación del Comité de ética de la investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Córdoba y de la Institución Prestadora de Salud, obteniendo el aval para su implementación. Se aplicaron los criterios de la Resolución 8430 de 1993 y se clasificó la investigación "con riesgo mínimo".

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Tipos de estrategias de afrontamiento asumidas por las pacientes con cáncer de mama atendidas en DIAC S.A.S durante el proceso evolutivo de su enfermedad

Este texto consolida los resultados obtenidos frente a la clasificación de las estrategias de afrontamiento del cáncer de mama iniciando con una aproximación desde los estilos de afrontamiento identificados. Las Tablas 12 y 13 muestran la proporción de cada tipo de afrontamiento implementados por las mujeres con cáncer de mama y las estrategias relacionadas a cada estilo de afrontamiento.

Tabla 12. ***Estrategias de afrontamiento según el rol actitudinal asumido por las pacientes de cáncer de mama***

Tipos de afrontamiento	Total
Afrontamiento activo	67,39%
Afrontamiento pasivo	57,55%

Fuente: elaboración propia

Las participantes de la investigación adoptan con mayor frecuencia el estilo de afrontamiento de tipo activo (67,39%), mientras que el afrontamiento pasivo es menor (57,5%).

Tabla 13. ***Distribución de las estrategias de afrontamiento según estilo de afrontamiento***

Estilo de afrontamiento	Estrategia	Total	
Afrontamiento activo	Activo	83,78%	67,39%
	Planeamiento	79,87%	
	Reformulación positiva	70,32%	
	Humor	37,88%	
	Aceptación	45,23%	
	Apoyo emocional	76,72%	
	Apoyo instrumental	77,96%	
Afrontamiento pasivo	Renuncia	36,45%	57,55%
	Auto-distracción	71,76%	
	Negación	49,62%	
	Religión	87,69%	
	Uso de sustancias	50,38%	
	Auto-culpa	34,83%	
	Descarga emocional	72,14%	

Fuente: elaboración propia

Según la clasificación expresada en la tabla anterior, se puede evidenciar que, dentro de los estilos de afrontamiento activo, sobresalió la estrategia activa (83.7%), perspectiva en la cual los sujetos asumen acciones directas e incrementan esfuerzos para poder eliminar o reducir el nivel de estrés al que están expuestos. En contraste, la estrategia menos implementada fue el humor (37.8%).

Estrategias de afrontamiento del cáncer de mama agrupadas según su carácter dimensional

La estructura organizativa encontrada permitió estipular tres tipos o dimensiones para las estrategias de afrontamiento obtenidas: dimensión cognitiva, dimensión afectiva y dimensión conductual, a partir de la orientación teórica adoptada por el estudio (12). En ese sentido, la Tabla 14 muestra todas las estrategias de afrontamiento agrupadas por su tipología de dimensión y el impacto o favorabilidad que generan.

Tabla 14. ***Estrategias de afrontamiento según categorías cognitivo, afectivo y conductual***

Categoría	Estrategia de afrontamiento	% por estrategia	% por categoría
Cognitivo	Planeamiento	79,87%	58,33%
	Reformulación positiva	70,32%	
	Humor	37,88%	
	Aceptación	45,23%	
Afectivo	Apoyo emocional	76,72%	78,63%
	Apoyo instrumental	77,96%	
	Religión	87,69%	
	Descarga emocional	72,14%	
Conductual	Activo	83,78%	54,47%
	Renuncia	36,45%	
	Auto-distracción	71,76%	
	Negación	49,62%	
	Uso de sustancias	50,38%	
	Auto-culpa	34,83%	

Fuente: elaboración propia

La anterior categorización permite identificar que 78,63% de las pacientes encuestadas utilizan estrategias de afrontamiento afectivo que se basan en mantener el equilibrio de las relaciones interpersonales o aminorar el impacto emocional de la situación estresante, seguido de 58,33% que utilizan un afrontamiento cognitivo cuando buscan un significado al suceso (comprenderlo), valorarlo de manera que resulte menos aversivo o enfrentarlo mentalmente.

Por último el afrontamiento conductual con 54,47% significa que las mujeres tratan de afrontar la situación estresante de forma directa a través de un proceso que optimice el resultado, sea no reaccionando de ninguna manera o dejando de lado ciertas estrategias.

Relación entre tipos de estrategias de afrontamiento y percepción de la calidad de vida desarrollada por las mujeres con cáncer de mama en el Departamento de Córdoba

El apartado presenta la relación existente entre las estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo, afectivo y conductual adoptadas por las mujeres con cáncer de mama y la percepción que estas llegan a desarrollar sobre su calidad de vida en las dimensiones de tener, ser y estar.

Relación entre los tipos de estrategias de afrontamiento y la percepción sobre la dimensión al tener bienes para la calidad de vida

La calidad de vida a partir del tener permite establecer la satisfacción que generan las condiciones materiales en el proceso del desarrollo humano. En general, se basa principalmente en la tenencia de aspectos como seguridad social, sistemas sanitarios, alimentos, abrigo, trabajo, entre otros. La tabla 15 muestra la relación establecida entre las estrategias de afrontamiento de la dimensión cognitiva y el tener.

Tabla 15. ***Correlación entre estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo y la percepción de calidad de vida de tener bienes***

Correlaciones entre estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo y la percepción de calidad de vida de Tener bienes				Tener abundante dinero	Tener el dinero suficiente para	Tener abundantes bienes	Tener casa propia	Tener vehículo propio	Estrenar vehículo fino	Renovar bienes y enseres del hogar	Tener acceso a servicios de salud con calidad	Tener acceso a un empleo o trabajo de calidad	Tener buenos ingresos mensuales
Rho de spearman	Cognitivo	Planeamiento	Coeficiente de correlación	-.214*	.202*	-0,05	0,107	-0,053	-0,13	.180*	.234**	0,118	.213*
			Sig. (bilateral)	0,014	0,021	0,571	0,223	0,547	0,138	0,04	0,007	0,18	0,015
			N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131
		Reformulación positiva	Coeficiente de correlación	0,017	0,04	0,021	0,032	-0,094	-0,087	-0,096	-0,026	-0,002	0,001
			Sig. (bilateral)	0,846	0,652	0,808	0,719	0,287	0,324	0,275	0,766	0,984	0,995
			N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131
		Humor	Coeficiente de correlación	.178*	-0,169	0,07	-.216*	0,07	0,125	-.269**	-.342**	-.258**	-.196*
			Sig. (bilateral)	0,042	0,054	0,425	0,013	0,425	0,155	0,002	0	0,003	0,025
			N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131
		Aceptación	Coeficiente de correlación	0,164	-.203*	0,058	-.282**	0,065	0,132	-.281**	-.371**	-.277**	-.229**
			Sig. (bilateral)	0,061	0,02	0,51	0,001	0,461	0,134	0,001	0	0,001	0,009
			N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). *. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: elaboración propia

La estrategia de planeamiento en correlación con la percepción de tener abundante dinero señala una correlación negativa (-0,214), dado que a mayor nivel de planeamiento menor será la percepción de tener abundante dinero en relación a la calidad de vida. Es importante señalar que la correlación positiva más cercana a 1 se dio con el valor (0,234), por lo que, a mayor uso de la planeación, mejor es la percepción de las mujeres sobre el acceso a los servicios de salud de calidad y viceversa, considerándose como una correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral). La Tabla 16 señala la correlación entre las estrategias de afrontamiento de tipo afectivo y la percepción de calidad de vida en la dimensión tener bienes:

Tabla 16. ***Correlación entre estrategias de afrontamiento de tipo afectivo y la percepción de calidad de vida de tener bienes***

Correlaciones entre estrategias de afrontamiento de tipo afectivo y la percepción de calidad de vida de Tener bienes													
				Tener abundante dinero	Tener el dinero suficiente para	Tener abundantes bienes	Tener casa propia	Tener vehículo propio	Estrenar vehículo fino	Renovar bienes y enseres del hogar	Tener acceso a servicios de salud con calidad	Tener acceso a un empleo o trabajo de calidad	Tener buenos ingresos mensuales
Rho de spearman	Afectivo	Apoyo emocional	Coeficiente de correlación	-0,17	.175*	-0,032	0,165	0,077	-0,085	.196*	0,116	0,153	.253**
			Sig. (bilateral)	0,052	0,045	0,714	0,059	0,379	0,336	0,025	0,188	0,082	0,004
			N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131
		Apoyo instrumental	Coeficiente de correlación	-0,121	0,164	0,055	.179*	0,076	-0,012	.222*	0,126	0,155	.221*
			Sig. (bilateral)	0,17	0,061	0,532	0,041	0,391	0,888	0,011	0,15	0,078	0,011
			N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131
		Religión	Coeficiente de correlación	-.261**	0,127	-.243**	0,122	-0,026	-.187*	0,162	0,113	0,039	0,1
			Sig. (bilateral)	0,003	0,147	0,005	0,163	0,767	0,032	0,065	0,201	0,66	0,257
			N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131
		Descarga emocional	Coeficiente de correlación	-.258**	.194*	-.184*	.183*	-0,008	-.193*	0,13	-0,016	0,021	0,104
			Sig. (bilateral)	0,003	0,027	0,035	0,036	0,924	0,027	0,137	0,854	0,81	0,239
			N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). *. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: elaboración propia

La correlación estadística determinó que el apoyo emocional presentó tres correlaciones positivas (tener dinero suficiente para satisfacer las necesidades; renovar bienes y enseres del hogar; y contar con buenos ingresos mensuales), al igual que la estrategia de apoyo instrumental (tener casa propia; renovar bienes y enseres del hogar; y tener buenos ingresos mensuales). Ello, indica una asociación directa, es decir, a mayor uso de la estrategia de afrontamiento de apoyo emocional e instrumental, mayor es la percepción favorable para la calidad de vida.

En la Tabla 17 se muestra el resultado obtenido por las estrategias de afronta-

miento de la dimensión conductual con relación a los ítems del tener bienes como mecanismo para medir la percepción que poseen las pacientes sobre su calidad de vida.

Tabla 17. ***Correlación entre estrategias de afrontamiento de tipo conductual y la percepción de calidad de vida de Tener bienes***

Correlaciones entre estrategias de afrontamiento de tipo conductual y la percepción de calidad de vida de Tener bienes													
				Tener abundante dinero	Tener el dinero suficiente para	Tener abundantes bienes	Tener casa propia	Tener vehículo propio	Estrenar vehículo fino	Renovar bienes y enseres del hogar	Tener acceso a servicios de salud con calidad	Tener acceso a un empleo o trabajo de calidad	Tener buenos ingresos mensuales
Rho de spearman	Conductual	Activo	Coeficiente de correlación	-0,122	.276**	-0,095	0,142	0,117	-0,027	0,135	0,113	0,09	0,132
			Sig. (bilateral)	0,164	0,001	0,281	0,106	0,181	0,759	0,124	0,2	0,305	0,134
			N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131
		Renuncia	Coeficiente de correlación	0,028	-.181*	0,078	-.269**	0,103	0,143	-0,034	-0,164	-0,115	-0,013
			Sig. (bilateral)	0,747	0,039	0,375	0,002	0,242	0,102	0,697	0,062	0,192	0,88
			N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131
		Auto- distracción	Coeficiente de correlación	0,063	0,13	0,047	-0,039	0,033	0,033	-0,128	-0,148	-0,132	-0,028
			Sig. (bilateral)	0,475	0,138	0,592	0,661	0,707	0,705	0,144	0,092	0,134	0,751
			N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131
		Negación	Coeficiente de correlación	.288**	-0,023	.235**	0,042	-0,021	0,122	-0,125	0,035	-0,135	-0,153
			Sig. (bilateral)	0,001	0,791	0,007	0,632	0,814	0,165	0,155	0,69	0,125	0,081
			N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131
		Uso de sustancias	Coeficiente de correlación	0,136	-0,075	.186*	0,012	-0,068	0,076	0,13	0,15	0,003	0,022
			Sig. (bilateral)	0,122	0,393	0,033	0,896	0,443	0,387	0,14	0,088	0,97	0,804
			N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131
		Auto-culpa	Coeficiente de correlación	0,157	-0,106	.187*	-.188*	0,148	.235**	-0,152	-.273**	-0,125	-0,106
			Sig. (bilateral)	0,074	0,23	0,032	0,031	0,092	0,007	0,083	0,002	0,156	0,23
			N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). *. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: elaboración propia

Según el procesamiento estadístico de estas dos variables, se obtuvo en primer lugar una correlación positiva para el afrontamiento activo relacionado con la tenencia del dinero suficiente para satisfacer las necesidades (0.276). Asimismo, la estrategia de afrontamiento basada en la negación propició dos correlaciones positivas que giraron en torno a las afirmaciones de tener abundante dinero (0.288) y tener abundantes bienes (0.235). En el proceso estadístico de correlación, también se pudo determinar que la auto-distracción no significó afectación positiva ni negativa para la percepción de calidad de vida.

Relación entre los tipos de estrategias de afrontamiento y la dimensión ser/estar para la percepción de calidad de vida.

Para lograr una calidad de vida óptima, los sujetos deberán contar con las condiciones o elementos claves que ayuden a satisfacer las necesidades humanas. En ese sentido, los sujetos poseen unas necesidades enmarcadas en el ser y el estar, siendo las primeras aquellas condiciones o características propias del sujeto como su estado de salud física o mental, mientras que el estar se fundamenta en la interacción entre el sujeto y los diversos espacios que puede utilizar y las necesidades que de ahí se emanan.

La Tabla 18 indica la existencia de correlación entre las estrategias de afrontamiento cognitivo y las dimensiones para la calidad de vida vista desde el ser/estar. En esta conexión, la estrategia de planeamiento adquirió una correlación positiva que sugiere una asociación directa entre la afirmación gozar de una larga vida y la percepción favorable de calidad de vida. Es decir, a mayor uso del planeamiento como estrategia de afrontamiento, mayor será la percepción de las mujeres de que gozar de una larga vida se asocia con tener calidad de vida.

Tabla 18. ***Correlación entre estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo y la percepción de calidad de vida de ser-estar***

Correlaciones														
				Gozar de plena salud	Gozar de una larga vida	Viajar y conocer otros mundos y culturas	Compartir más tiempo con la familia	Compartir ratos libres con los amigos	Que los hijos gocen de buena salud	Que los hijos tengan un buen empleo o trabajo	Vivir en paz y armonía con los demás	Poder hacer o decidir con mis bines lo que mejor me parezca	Decidir y actuar sobre mi cuerpo y sobre mi propia vida	Poder poner en práctica los conocimientos aprendidos	Poder estudiar lo que se desea por vocación
Rho de spearman	Cognitivo	Planeamiento	Coeficiente de correlación	0,148	.259**	-.202*	0,136	0,135	0,057	0,109	0,118	-0,048	0,133	0,034	0,034
			Sig. (bilateral)	0,092	0,003	0,021	0,122	0,124	0,516	0,216	0,18	0,587	0,13	0,7	0,696
			N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131
		Reformulación positiva	Coeficiente de correlación	-0,035	0,023	0,019	-0,006	0,024	0,012	-0,016	0,101	0,093	0,028	.192*	0,154
			Sig. (bilateral)	0,689	0,794	0,827	0,946	0,786	0,887	0,86	0,253	0,292	0,748	0,028	0,079
			N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131
		Humor	Coeficiente de correlación	-.263**	-.302**	.244**	-.260**	-0,149	-.199*	-.242**	-0,043	0,089	-0,052	0,136	0,134
			Sig. (bilateral)	0,002	0	0,005	0,003	0,09	0,022	0,005	0,628	0,314	0,556	0,122	0,126
			N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131
		Aceptación	Coeficiente de correlación	-.336**	-.289**	.221*	-.182*	-0,145	-.245**	-.316**	-0,091	0,11	-0,123	0,041	0,011
			Sig. (bilateral)	0	0,001	0,011	0,037	0,099	0,005	0	0,303	0,212	0,163	0,642	0,903
			N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). *. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: elaboración propia

Las estrategias de afrontamiento cognitivo se dieron en mayor número de correlaciones negativas (inversamente proporcionales), evidenciando que estrategias como el humor y la aceptación poseen un mayor grado de influencia negativa en la contribución a la percepción de calidad de vida. Asimismo, es de resaltar que no se presentó ningún tipo de correlación entre la categoría cognitiva y variables de percepción de calidad de vida como compartir ratos libres con los amigos, vivir en paz y armonía con los demás, poder hacer o decidir sobre los propios bienes lo que mejor parezca, decidir y actuar sobre el cuerpo y la vida, bajo una propia convicción, y poder estudiar lo que se desea por vocación.

Por su parte, en la Tabla 19 se observan las correlaciones obtenidas para la dimensión de afrontamiento afectivo y los indicadores que influyen en la percepción de calidad de vida desde las dimensiones ser y estar.

Tabla 19. ***Correlación entre estrategias de afrontamiento de tipo afectivo y la percepción de calidad de vida de Ser-Estar***

Correlaciones														
				Gozar de plena salud	Gozar de una larga vida	Viajar y conocer otros mundos y culturas	Compartir más tiempo con la familia	Compartir ratos libres con los amigos	Que los hijos gocen de buena salud	Que los hijos tengan un buen empleo o trabajo	Vivir en paz y armonía con los demás	Poder hacer o decidir con mis bines lo que mejor me parezca	Decidir y actuar sobre mi cuerpo y sobre mi propia vida	Poder poner en práctica los conocimientos aprendidos	Poder estudiar lo que se desea por vocación
Rho de spearman	Afectivo	Apoyo emocional	Coeficiente de correlación	,043	..239**	-,098	,171	.258**	.184*	,077	.200*	-,049	,101	,101	,077
			Sig. (bilateral)	,629	,006	,265	,051	,003	,036	,384	,022	,581	,251	,252	,379
			N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131
		Apoyo instrumental	Coeficiente de correlación	,105	.261**	-,061	,146	.273**	,138	,137	.237**	-,017	,152	,078	,120
			Sig. (bilateral)	,231	,003	,488	,096	,002	,116	,117	,006	,843	,083	,379	,171
			N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131
		Religión	Coeficiente de correlación	,081	.231**	-.172*	,107	.211*	,079	,083	,106	-,096	,037	,006	-,087
			Sig. (bilateral)	,359	,008	,049	,224	,015	,367	,345	,228	,275	,672	,947	,322
			N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131
		Descarga emocional	Coeficiente de correlación	-,018	.200*	-,106	,131	.292**	,137	,093	.245**	-,017	,109	,148	,063
			Sig. (bilateral)	,835	,022	,228	,136	,001	,118	,292	,005	,848	,214	,092	,475
			N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). *. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: elaboración propia

Se evidenció que la dimensión afectiva estuvo relacionada con las premisas: gozar de una larga vida y compartir rato libre con los amigos. A su vez, se identificó una tendencia de correlaciones positivas de las variables que no presentó distinción alguna entre las estrategias activas o pasivas de afrontamiento afectivo. Lo anterior, podría significar asociaciones directas entre las estrategias de afrontamiento de tipo afectivo y las premisas o factores de la dimensión ser/estar y su respectiva contribución en la percepción de calidad de vida de las pacientes. Finalmente, la Tabla 20 permite establecer las correlaciones

generadas a partir de las estrategias de afrontamiento conductual en relación a las dimensiones ser y estar.

Tabla 20. ***Correlación entre estrategias de afrontamiento de tipo conductual y la percepción de calidad de vida de Ser-Estar***

Correlaciones				Gozar de plena salud	Gozar de una larga vida	Viajar y conocer otros mundos y culturas	Compartir más tiempo con la familia	Compartir ratos libres con los amigos	Que los hijos gocen de buena salud	Que los hijos tengan un buen empleo o trabajo	Vivir en paz y armonía con los demás	Poder hacer o decidir con mis bines lo que mejor me parezca	Decidir y actuar sobre mi cuerpo y sobre mi propia vida	Poder poner en práctica los conocimientos aprendidos	Poder estudiar lo que se desea por vocación
Rho de spearman	Conductual	Activo	Coeficiente de correlación	,122	.193*	-,033	.194*	.205*	,160	,126	,130	-,013	,036	,128	,093
			Sig. (bilateral)	,166	,028	,708	,026	,019	,069	,153	,139	,884	,687	,144	,291
			N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131
		Renuncia	Coeficiente de correlación	-,158	-.219*	,095	-.194*	-,059	-,166	-,157	-,140	,028	,069	-,071	-,006
			Sig. (bilateral)	,071	,012	,282	,027	,503	,059	,074	,111	,754	,432	,419	,945
			N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131
		Auto- distracción	Coeficiente de correlación	-.189*	-,110	,098	-,141	,012	-,161	-.235**	-,050	-,037	-,038	-,021	,003
			Sig. (bilateral)	,031	,213	,267	,107	,896	,066	,007	,570	,676	,668	,808	,972
			N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131
		Negación	Coeficiente de correlación	-,052	-.179*	,111	-,073	-,138	-,118	-.179*	-.200*	-,079	-,105	-,060	-,101
			Sig. (bilateral)	,555	,040	,207	,406	,117	,178	,041	,022	,371	,234	,496	,252
			N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131
		Uso de sustancias	Coeficiente de correlación	,126	-,010	,002	-,042	-.198*	-,077	-,037	-.211*	-,146	-,017	-.227**	-,152
			Sig. (bilateral)	,151	,910	,982	,632	,023	,380	,677	,016	,096	,844	,009	,083
			N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131
		Auto-culpa	Coeficiente de correlación	-.251**	-.224*	.198*	-.177*	-,066	-.190*	-,159	-,106	,098	,034	,111	,133
			Sig. (bilateral)	,004	,010	,023	,043	,454	,030	,069	,230	,266	,698	,207	,130
			N	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). *. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: elaboración propia

A partir de los datos se pudo notar un total de tres premisas o afirmaciones sobre calidad de vida vista del ser y el estar que no presentaron ningún tipo de correlación con las estrategias de afrontamiento conductual (poder hacer o decidir con mis bienes lo que mejor me parezca; decidir y actuar sobre mi cuerpo y vida por mi propia convicción; y poder estudiar lo que se desea por

vocación). Ello, permite comprender que estas premisas para la calidad de vida no guardan relación alguna con las estrategias de afrontamiento conductual antes vistas.

DISCUSIÓN

En el ejercicio cotidiano de la interacción social, los seres humanos se ven expuestos a situaciones complejas que ponen en riesgo su calidad de vida y estabilidad social, generando cargas emocionales y de estrés que son entendidas como reacciones naturales ante diferentes eventos. Por consiguiente, diversas disciplinas han propuesto la conceptualización de una serie de estrategias que permiten a las personas sobrellevar o superar los niveles de estrés y alteración emocional al que se ven sometidos frente a un diagnóstico de cáncer de mama.

En este sentido, Lazarus y Folkman (12) proponen una categorización de estas estrategias mejor conocidas como estrategias de afrontamiento que son utilizadas por los seres humanos en las situaciones de mayor dificultad, tal como sucede con las mujeres con cáncer de mama. Para ello, es válido recordar que los tipos de afrontamiento se encuentran principalmente dirigidos a la acción y la emoción: en la primera se guía al sujeto a asumir una actitud que busca desarrollar las acciones pertinentes que puedan controvertir la situación problema; en la segunda se habla de comprender el uso de actitudes y herramientas que permitan regular el cúmulo de emociones originadas a partir del problema en cuestión.

Con respecto a los estilos de afrontamiento, las participantes refieren preferencias sobre el tipo activo (67,39%) a partir de la búsqueda constante de

información con miras a comprender mejor su enfermedad. También, estas mujeres suelen solicitar apoyo de sus familiares y profesionales de la salud mientras indagan sobre las formas o mecanismos para solucionar sus problemas. Los hallazgos son similares a los de otras investigaciones (18,19) en las que se evidencia que este tipo de afrontamiento propicia mayores niveles de tranquilidad en las personas porque buscan soluciones por una vía u otra.

La estrategia activa (83.7%) se destacó en el marco del estilo activo para afrontar el cáncer de mama al identificarse entre las participantes el deseo de asumir algunas acciones para promover sus esfuerzos en aras de disminuir el nivel de estrés. En cambio, en el estilo de afrontamiento pasivo se destacó la estrategia religión (87.6%), la cual se convierte en un punto de apoyo de la mayoría de las personas que atraviesan situaciones difíciles porque el simple hecho de contar con un ser superior que todo lo puede contribuye a recobrar las esperanzas. Para Enriquez, este tipo de estrategias permite reforzar pensamientos positivos que podrían favorecer la recuperación del paciente.

Las estrategias de afrontamiento se adoptaron bajo las tipologías cognitiva, afectiva y conductual, por eso, en la dimensión cognitiva la estrategia de mayor preferencia fue el planeamiento y la reformulación positiva, y las menos empleadas respondieron al humor y la aceptación. Estos resultados se muestran coherentes con algunas investigaciones (20-23) que resaltan la resolución de problemas o planeamientos como el estilo de afrontamiento activo que permite una mejor adaptación de las personas. La causa: una sensación de control y esfuerzos por transformar la situación que minimiza los efectos negativos del estrés.

Dentro de las estrategias de afrontamiento conductual las participantes pre-

fieren la categoría de siempre para el afrontamiento activo y de casi siempre para la auto-distracción. Por su parte, la negación y el uso de sustancia obtuvieron sus mayores puntajes en los ítems a veces, y la opción de nunca la alcanzaron las estrategias de renuncia y auto culpa.

Por consiguiente, es importante señalar que el afrontamiento activo como estrategia de afrontamiento requiere de un sujeto dinámico en la búsqueda de posibles alternativas o formas de dar solución a la enfermedad (24), mientras que la auto-distracción y el uso de sustancias son estrategias pasivas que parten de la renuncia ante cualquier esperanza o solución a la enfermedad o factor estresante que aqueja. Esto, guarda relación con lo planteado en algunas investigaciones en las que se concluía que estas estrategias contribuyen a potenciar factores de riesgo en la enfermedad (20, 24).

A la vez, las estrategias de afrontamiento afectivo tuvieron mayor relación de uso, siendo la religión el factor que predominó en otras investigaciones (25). Este, se relaciona como una estrategia de afrontamiento ambivalente por su doble carga de significación (positivo y negativo) que dependiendo del sujeto puede generar un aislamiento de la enfermedad y un aumento de los riesgos negativos que esta contiene.

A partir de la correlación realizada entre las estrategias de afrontamiento y la percepción de la calidad de vida de la mujer con cáncer de mama, es necesario precisar que las dimensiones del ser y estar tuvieron mayor significancia. Los resultados permiten proponer una reflexión en las dimensiones de percepción de calidad de vida, puesto que en primer lugar las participantes presentaron mayor apego con las condiciones materiales asociadas al tener. También, resaltaron premisas como “tener los recursos necesarios para satisfacer las ne-

cesidades, tener carro, tener casa y tener abundante dinero", evidenciando la prevalencia del factor monetario como condicionante para la percepción de calidad de vida, dejando a un lado aspectos a fines a tener acceso al sistema de salud de calidad o trabajo.

En las dimensiones del ser y estar se presentó mayor relación con las premisas que indican el compartir más tiempo de calidad con los amigos y familiares, sugiriendo así que las pacientes con cáncer de mama priorizan las relaciones afectivas con su núcleo inmediato producto de la percepción negativa de perder la vida. Aquí se percibe un estrecho vínculo con el rol que toma el apoyo social a la hora de afrontar situaciones estresantes, dado que se ha visto como una contribución valiosa para mitigar el impacto emocional, psicológico y social que genera el evento estresor (26).

CONCLUSIONES

Las participantes evidenciaron en su mayoría un estilo de afrontamiento activo que permite disminuir los niveles de estrés y mejorar la percepción de la enfermedad a través de la búsqueda constante de información, el uso de actitudes emocionales y psicológicas positivas, la motivación, la autoeficacia y el control personal. Dentro de los estilos de afrontamiento activo sobresalió la estrategia activa, mientras que en el afrontamiento pasivo tuvo como tendencia la religión.

La mayoría de las mujeres encuestadas utilizan estrategias de afrontamiento afectivo que busca aminorar el impacto emocional de la situación estresante. Después, sigue un afrontamiento cognitivo que trata de hallar un significado al suceso y por último el afrontamiento conductual que intenta afrontar la situación estresante de forma directa.

Las realidades o afectaciones emocionales, físicas y psicológicas propiciadas a partir del diagnóstico, tratamiento y superación del cáncer de mama trascienden a dimensiones de la realización personal de la paciente y su núcleo inmediato, generando transformaciones en las percepciones y estados de bienestar previamente establecidos. La calidad de vida conforma una de esas dimensiones a las que logra trascender el proceso evolutivo del cáncer de mama, auspiciando consigo el desarrollo de afectaciones tanto positivas como negativas que se pueden identificar en la mujer y su familia a partir de las percepciones que despliegan. Sin embargo, es necesario mencionar que al ser una apreciación subjetiva que puede distanciarse de los indicadores materiales y emocionales estandarizados para el bienestar y la calidad de vida, tales percepciones planteadas quizás tengan una estrecha relación con la forma estratégica en que la mujer afronta la enfermedad.

En lo que concierne a la percepción de calidad de vida que construyen las pacientes a partir de la relación entre las diversas estrategias de afrontamiento y las dimensiones del ser, estar y tener, se evidenció que el 83,3% de las correlaciones establecidas entre las estrategias de afrontamiento de tipo pasivo, fueron negativas. El dato, indica correlaciones inversamente proporcionales de las estrategias y las dimensiones de tener, ser y estar. Es decir, este tipo de afrontamientos contribuyen a disminuir la percepción de calidad de vida.

En definitiva, se logró demostrar que 16,7% de las correlaciones entre las estrategias de afrontamiento categorizadas como pasivas y los indicadores para la percepción de calidad de vida según las dimensiones del ser, estar y tener, son positivas, siendo directamente proporcionales. Por tanto, contribuyen a que las pacientes puedan desarrollar cambios significativos en la construcción de las percepciones de su calidad de vida.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Cáncer. México D.F: México; 2020 [consultado 03 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer

2. World Health Organization [Internet]. Breast Cancer. México D.F: México [26 March 2021]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer

3. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud [Internet]. Cáncer de mama. México D.F; 2020 [26 March 2021]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com-content&view=article&id=5041:2011-breast-cancer&Itemid=3639&lang=en

4. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín No. 02. Día mundial del cáncer. [Internet]. Bogotá: Colombia; 2020 [consultado 03 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/Paginas/onc-boletin-02-cancer.aspx

5. Fondo colombiano de enfermedades de alto costo. Día mundial contra el cáncer. [Internet]. Bogotá: Colombia; 2020 [consultado 03 de marzo de 2021]. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/cancer/dia-mundial-contra-el-cancer-2020/

6. Pineda Higuita SE, Andrade-Mosquera SM, Montoya-Jaramillo YM. Factores asociados a la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Rev Gerenc Polít Salud. 2017; 16 (32): 85-95. Disponible en: https:// doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.facv

7. Lostaunau V, Torrejón C, Cassaretto M. Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama. Act.Psi [Internet]. 2017 [Consultado 2021 Jul 25]; 31(122): 75-90. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S2215-35352017000100075&lng=en. http://dx.doi.org/10.15517/ap.v31i122.25345.

8. Mejía-Rojas ME, Contreras-Rengifo A, Hernández-Carrillo M. Quality of life in women treated with chemotherapy for breast cancer in Cali, Colombia. Biomédica. 2020 J15;40(2):349-361. DOI: 10.7705/biomedica.4971. PMID: 32673462; PMCID: PMC7505510.

9. Ministerio de Salud y Protección Social. Cáncer de mama una enfermedad en ascenso en Colombia [Internet]. Bogotá, Colombia: 2014 [Consultado 2020 Jul 26]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/-Cancer-de-mama,-una-enfermedad-en-ascenso-en-Colombia.aspx

10. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia [Internet]. Bogotá, Colombia: 2018. [Consultado 13 Jun 2021]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf

11. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento. Cáncer de mama y cuello uterino. [Internet]. Bogotá, Colombia: 2019 [Consultado 13 Jun 2021]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/C%C3%81NCER%20DE%20MAMA%20Y%20CUELLO%20UTERINO-2018.pdf

12. Lazarus RS y Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca; 1986

13. Macías M et al. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Psicol. Caribe. 2013 ; 30(1): 123-145. Disponible en<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0123-417X2013000100007&lng=en&nrm=iso>.

14. Ruiz Doria, S. C., Valencia Jiménez, N, Ortega Montes, J. E. Condiciones de vida y estrategias de afrontamiento de las mujeres con cáncer de mama en Córdoba, Colombia. Anales de Psicología / Annals of Psychology,¡. 2020; 36(1), 46–55. Disponible en: https://doi.org/10.6018/analesps.351701

15. Sen A. Desarrollo y Libertad. Buenos Aires: Planeta; 2020.

16. Brown, G, Nicassio,P. Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain pa-tients. Pain. 1987; 31(1): 53-64. Disponible en: DOI: 10.1016/0304-3959(87)90006-6

17. Osowiecki D, Compas, B. E. A prospective study of coping, per-ceived control, and psychological adaptation to breast cancer. Cognit Ther Res. 1999; 23(2): 169-80. Disponible en https://link.springer.com/article/10.1023/A:1018779228432

18. Moreno C. Estrategias de afrontamiento y calidad de vida. Bogotá: Editorial Norma;2019.

19. Pérez C. Evaluación psicológica del paciente con cáncer en la APS. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2005 [Consultado 13 Jun 2021]; 21:1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0864-21252005000100011&lng=es

20. Enríquez M. Estrategias de afrontamiento Psicológico en cáncer de seno. Revista centro de estudios en salud. 2010; 7-19. Disponible en: http://www.

scielo.org.co/pdf/reus/v12n1/v12n1a02.pdf.)

21. De Haro Rodríguez M, Gallardo Vidal L., Martínez Martínez M, Camacho Calderón N, Velázquez Tlapanco J, Paredes Hernández E. Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de recién diagnóstico. Psicooncología. 2014; 11(1): 87-99. DOI: 10.5209/rev-PSIC.2014.v11.n1.44919

22. Reich M, Remor E. Calidad de vida relacionada con la salud y variables psicosociales: caracterización de una muestra de mujeres uruguayas con cáncer de mama. Psicooncología. 2011; 8 (3):1-20.

23. Sánchez N, Cols G. Influencia de la comunicación en el núcleo familiar y las estrategias de afrontamiento sobre el apoyo social percibido y la adaptación psicológica en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama. Instituto Clínico de Psiquiatría y Psicología. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna. [Internet] 2018 [Consultado 11 de Nov de 2020]; 29(5):296-300. Disponible en: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-20308

24. Vásquez S, Luana C. Estilos de afrontamiento y algunos trastornos psicológicos en mujeres con cáncer de cuello uterino de la ciudad de Arequipa. Rev. psicol. 2015; 5(2), 187-202.

25. Montalvo Prieto AA, Fajardo Rocha H, Angulo Yepes TB, Flórez Navas DE, Caffroni Monterroza RA, Fajardo Torres YM. Condiciones sociodemográficas y nivel de incertidumbre en mujeres ante el diagnóstico de cáncer de mama. Hacia promoc. salud. 2016; 21(2): 114-126. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.2.9

26. Bárez M. Relación entre percepción de control y adaptación a la enfer-

medad en pacientes con cáncer de mama. España: Universidad Autónoma de Barcelona; 2002.

CAPÍTULO 9

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES QUE HAN PADECIDO CÁNCER DE MAMA

ALBA INÉS BARRIOS VILLALOBOS
INDIRA MARÍA CHAMORRO PARRA
LUZ DARY RIPOLL GARCÍA
IRINA MAUDITH CAMPOS CASARRUBIA

SÍNTESIS INVESTIGATIVA

Las mujeres participantes mostraron bajo nivel de efectividad familiar, según los resultados del instrumento aplicado. Los datos son motivación para promover estrategias de acompañamiento desde que son diagnosticadas, cuando inician sus tratamientos y en la etapa final de su enfermedad. Las familias son un elemento importante y valioso para la construcción de una red de apoyo que ayude a soportar los procesos no normativos a cada uno de sus miembros, en estos casos un diagnóstico como el cáncer de mama. La enfermedad, constituye una serie de complicaciones físicas y orgánicas, además del deterioro psicosocial, que se desarrollan de manera muy negativa en las familias, esperando en los escenarios más fatales la muerte de su ser querido. Es así que se muestra a la familia como un sistema que debe caracterizarse por su solidez y capacidad de respuesta ante las crisis o situaciones que surgen repentinamente. Por eso, la familia debe adaptarse y unirse con cada uno de sus miembros dentro de una red de apoyo principal, que es la herramienta más poderosa para sobrellevar de digna y fuertemente el proceso de la enfermedad.

Palabras clave: Funcionalidad familiar, mujeres, cáncer de mama

INTRODUCCIÓN

La familia es un sistema social abierto en constante interacción con el medio natural, cultural y social donde existen dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de alta relevancia en la determinación del estado de salud o enfermedad. Sin embargo, cuando un miembro padece problemas clínicos no es suficiente que sea analizado como un fenómeno individual e interno, sino que los problemas deben ser abordados en conjunto y en su contexto relacional (1).

A la vez, la familia puede entenderse como un sistema de estructura variable en el cual sus integrantes interactúan, crecen y se desarrollan a lo largo de vida porque están sometidos a factores externos que influyen de manera positiva o negativa en su composición e interacciones. En ese sentido, la funcionalidad familiar es la dinámica o forma de actuación que concede la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa (2, 3).

En el ámbito de la salud, la evaluación de la funcionalidad familiar tiene características específicas por cuanto tiene el propósito fundamental de comprender de forma integral el contexto. Así, en términos del análisis de la morbilidad se utiliza la funcionalidad para analizar la realidad en que se produce la patología y cómo esta realidad influye sobre la recuperación, permitiendo reorientar el tratamiento y los cuidados con base en lo social y en la dinámica familiar, aportando, a la vez, elementos a la visión biopsicosocial que caracteriza la atención en medicina familiar (4).

Ahora bien, es importante analizar que el cáncer como patología genera trastornos y alteraciones en la funcionalidad del organismo (5). También, el cáncer

puede conducir a cambios en la funcionalidad familiar pues las repercusiones del diagnóstico trascienden el aspecto físico debido al potencial de generar variaciones emocionales en el individuo y en sus familiares cercanos, los cual, por supuesto, impacta la esfera privada.

Así, pues, el padecer cáncer de mama es un acontecimiento estresante que amenaza y afecta de manera significativa distintas áreas de la vida y hasta seres más cercanos, debido a la decadencia de las actividades diarias y los estados emocionales negativos en las pacientes. Por eso, se debe valorar integral e individualizada a cada mujer considerando el aspecto físico, emocional, psicológico, económico y social (6, 7).

El cáncer de mama es un problema de salud pública por su alta incidencia, prevalencia y mortalidad a nivel mundial. Genera alteraciones fisiológicas caracterizadas por dolores intensos y largos tratamientos que incluyen ciclos de quimioterapia, radioterapia y cirugía que implican trasformaciones significativas en la imagen corporal de mujer que lo padece.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo al alcanzar cifras en 2015 de hasta 8.8 millones, de las cuales 571.000 se atribuyen a cáncer de mama. En la Región de las Américas, el cáncer consiguió 1.3 millones de muertes y 3.7 millones de casos nuevos, y cada año alrededor de 462.000 mujeres se les diagnostica cáncer de mama (de estas 100.000 no logran sobrevivir, particularmente por las inequidades en salud). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) afirma que para el 2030 aumentará en un 34% los casos de mujeres con cáncer de mama (8, 9-11).

Por tanto, determinar el nivel de efectividad de la funcionalidad familiar de las

pacientes con cáncer de mama es de interés para la enfermería debido a los cambios que afectan los roles de madre, esposa y mujer en la familia (12). En efecto, la familia debe ser una fuente de apoyo primario caracterizada por bases sólidas estructuradas en valores, principios y actos comunicativos eficientes, pero cuando se afecta la funcionalidad del núcleo familiar se debilitan estas fuentes de apoyo.

Sin embargo, el impacto de la enfermedad en una familia no siempre es negativo, pues, existen casos en los cuales los lazos pueden verse fortalecidos al punto de propiciar estrategias de intervención empleadas por el núcleo familiar para satisfacer las demandas que este impone (13). La funcionalidad familiar es una serie de características relativamente estables por medio de las cuales se relacionan internamente los sujetos o miembros que conforman la familia (14).

Estudiar las características de la funcionalidad familiar desde el punto de vista psico-oncológico permite analizar el comportamiento de diversas variables relacionadas con la funcionalidad familiar. Las familias mal estructuradas o con alteraciones en su dinámica familiar representan para el paciente una fuente ineficaz de apoyo, trayendo consigo una serie de complicaciones como la desintegración familiar, exponiéndose a una serie de eventos que terminan repercutiendo en su salud emocional a corto o largo plazo.

El estudio es pertinente para la disciplina de enfermería dado que la familia es el entorno natural donde se desarrollan los sujetos de cuidado, por tanto, entender las situaciones asociadas con el funcionamiento de la familia de la paciente orientan al profesional, en el diseño e implementación de planes de cuidado enfocados a intervenciones ajustadas a los requerimientos necesa-

rios, para brindar un cuidado holístico, de calidad y calidez basado en las necesidades reales. Además, se impacta positivamente al sujeto de cuidado, a las familias y comunidad, favoreciendo el desarrollo humano, científico y disciplinar.

BASES TEÓRICAS

La familia y su funcionalidad

La familia es considerada como el núcleo de la sociedad porque ella constituye el principal apoyo social. Además, es un fenómeno dinámico que continuamente está sometido a cambios sociales de acuerdo con las situaciones o periodos de transición que se presenten. Por ende, ha sido tema de interés y un pretexto para generar un acercamiento a sus características con el fin de propiciar intervenciones ajustadas a la realidad, a sus patrones culturales, creencias y formas de vida (15).

La definición en el ámbito de la atención en salud más referenciada y aceptada es la que establece la Organización Mundial de la salud (OMS), quien define a la familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio" (16). Para autores como Ackerman, si bien "la familia es la unidad básica de la enfermedad y la salud", la medicina ha examinado al individuo como una entidad aislada, pese a que las relaciones existentes entre la personalidad del individuo y los procesos de la dinámica del grupo de vida familiar constituyen un eslabón primordial en la cadena de causalidad de los estados de enfermedad y salud (17).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la familia es el entorno donde se establecen por pri-

mera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud y donde se originan la cultura, los valores y las normas sociales. Es decir, la familia es la unidad básica de la organización social más accesible para llevar a la práctica las intervenciones preventivas, de promoción y terapéuticas (18).

Se puede decir que la familia es un sistema que está constituido por subsistemas que pasan a ser cada persona que lo conforma. Además, se sustentan en una serie de nodos relacionados que dialogan entre sí y que tiene una base de reglas y funciones dinámicas que se encuentran en constante transformación a nivel interno y externo. De esta manera, la familia es entendida por los estudiosos como institución y como grupo social que se encarga "de resolver problemas, satisfacer necesidades y cumplir funciones relevantes para los miembros y para la sociedad en su conjunto" (19).

Es por esto que es posible afirmar que la familia buscar llenar un vacío de conservación, fomento y recuperación de la salud. Sin embargo, cuando uno de sus integrantes sufre alguna enfermedad, la funcionalidad familiar se ve amenazada por la falta control. Además, cuando la función de la familia es alterada, como en el caso de los efectos del diagnóstico de cáncer en uno de sus miembros, sus capacidades se ven modificadas y es ahí donde el apoyo familiar constituye una fortaleza que genera adaptación a la nueva situación de salud (20).

Lo ideal, en estos escenarios, es que las familias sean capaces de enfrentar el problema. Esas son las llamadas familias funcionales, las cuales crean un entorno que facilita el desarrollo personal de sus miembros porque la funcionalidad aparece asociada a características del sistema familiar como niveles de cohesión, flexibilidad, comunicación, estrés, conflictos-emociones, vínculos,

etc. Estas familias, son valoradas por diferentes instrumentos cuantitativos y cualitativos (21). En cambio, la familia disfuncional es considerada un factor de riesgo ya que propicia la aparición de síntomas y enfermedades en sus integrantes, pues, el nexo es tan estrecho que la modificación de uno de sus miembros pude afectar a los demás (22).

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede decir que la funcionalidad familiar es la capacidad de transformación que tiene la familia para enfrentarse a dificultades, situaciones estresantes o de tensión (23). Desde otro ángulo, la funcionalidad familiar, según Friedemann, es vista como el grupo de relaciones entre individuos generadas en el interior familiar y que proporcionan identidad a cada uno de ellos. Además, es el talento para satisfacer las necesidades de sus integrantes adaptándose a las situaciones cambiantes durante los procesos de enfermedad de manera armónica y sin estresores. La intención es conservar el equilibrio, la organización y el desarrollo de procesos familiares cotidianos en un entorno seguro y protector (24,25).

En el cáncer de mama, la mujer requiere del apoyo afectivo, moral, espiritual y material de su familia para hacer frente al padecimiento. Por eso, la funcionalidad familiar es el núcleo en la adherencia terapéutica desde la perspectiva de la calidad de vida (26). Es más, cuando la paciente atraviesa por una serie de etapas de aceptación de la enfermedad y la familia no ayuda a continuar este proceso hasta que sea superado, se puede desencadenar una crisis en la dinámica familiar. Así, la vivencia por parte de la paciente y la familia durante la enfermedad oncológica son vivencias que quedan marcadas en la mente. Sin embargo, con un adecuado acompañamiento y con la comprensión de la enfermedad, la realidad cambia.

Teoría de Organización Sistémica de Marie Louise Friedmann

La Teoría de Organización Sistémica, propuesta por Marie Louise Friedmann en 1995, está basada en principios filosóficos de rango medio y genera conceptos y postulados con base en la familia, la funcionalidad familiar y la efectividad de la funcionalidad familiar.

Desde su Teoría de Organización Sistémica la autora manifiesta que la familia "*es una unidad con estructura y organización que interactúa con su ambiente*" (27). A la vez, es un sistema con subsistemas interpersonales de diadas, triadas y mayores unidades definidas por vínculos emocionales y responsabilidades comunes, compuesta por individuos que tienen cada uno distintas relaciones entre los miembros de la familia, toda la familia y el sistema de contacto en el ambiente (27).

Para evaluar la efectividad de la funcionalidad familiar se usa como referencia esta teoría, que tiene en cuenta los metaparadigmas de enfermería usando conceptos como ambiente, persona y salud (28). Es importante evaluar la funcionalidad familiar como proceso fundamental para realizar intervenciones promocionales y preventivas a favor de la salud y establecer diagnósticos y tratamientos, pues, desde enfermería permite la toma de decisiones en el manejo de un plan de cuidado familiar acorde a las necesidades encontradas (28).

En los conceptos claves, manejados por la teoría desde los Metaparadigmas, como *el ambiente* que Friedemann define a modo de sistema intransferible, en el que el ser humano debe adaptarse, se considera que, en la familia, el crecimiento y la evolución ocurren a medida que aquella y sus miembros se adaptan a los cambios del ambiente de acuerdo con su patrón sistémico y sus

propósitos o metas. Así, indica que la familia, al igual que *la persona*, tiene por metas la estabilidad, el crecimiento, la espiritualidad y el control. Sin embargo, el logro dependerá de las estrategias y del concepto de salud familiar (29).

La salud, en esta teoría es entendida como un estado que no está totalmente presente en los seres humanos, lo cual se evidencia en los niveles de los sistemas de individuos, los subsistemas y el contacto con el sistema ambiental. La salud familiar, por su parte, está comprendida por metas como la estabilidad, el crecimiento, el control y la espiritualidad de acuerdo con la dinámica familiar (30). Estas metas señaladas interactúan entre sí para lograr un equilibrio dinámico y coherente, mas, puede variar entre las familias (31).

Con relación al tema de la funcionalidad familiar, se encuentran investigaciones que demuestran que los problemas en las familias pueden llevar a disfuncionalidad, caracterizada por el incumplimiento de las funciones básicas familiares que repercutirían en la salud familiar. Cortés et al. (32) en el 2013 realizaron un estudio sobre el funcionamiento familiar y adaptación psicológica en oncología. La investigación se llevó a cabo en Madrid – España, fue de tipo transversal y permitió plantear cómo la enfermedad oncológica afecta tanto al individuo como al grupo familiar.

Los autores concluyeron que las familias funcionales presentan una mayor adaptación psicológica que las familias disfuncionales, pues, se debe entender que la enfermedad oncológica es más que un proceso individual que repercute en el organismo de un determinado ser. Es decir, si la familia es la fuente de apoyo está en la capacidad de aportar conocimientos, habilidades y actitudes que pueden influir en el mejoramiento del estado físico y emocional de sus miembros.

Importancia de la funcionalidad familiar en las mujeres con cáncer de mama

El cáncer de mama es una patología que se origina cuando las células en el seno comienzan a crecer de forma anárquica. En ese crecimiento, el tumor maligno invade los tejidos circundantes y se produce un proceso denominado metástasis (33). En América Latina, el cáncer se ha convertido en la segunda causa de mortalidad y se ha incrementado de forma notable en los últimos años (34). Las altas tasas de morbilidad de la enfermedad han despertado el interés de muchos investigadores, estudiando entre otros aspectos los factores que inciden en la enfermedad, su relación con la calidad de vida y las formas de afrontamiento. Las mujeres con estilos de afrontamiento activo tienen mayores posibilidades de superar la enfermedad y de percibir mejor su calidad de vida mientras que las de afrontamiento pasivo no (35,36).

El cáncer de mama es visto por la familia como un reto a enfrentar con esfuerzo y lucha para sobrellevarlo. En ese camino, la intención es lograr establecer estrategias (apoyo social, terapias, conductual-positiva) de afrontamiento que ayuden a mejor las condiciones generadas por la enfermedad (37). Sin embargo, se entiende que la repercusión del cáncer en la dinámica familiar es elevada cuando los miembros de la familia no consiguen readaptarse adecuadamente a las demandas que la enfermedad trae consigo, y tampoco asumen nuevos roles con el paso de las distintas fases. Por el contrario, cuando la familia cumple con las nuevas funciones parcialmente, la repercusión es más moderada o incluso leve (38).

Ahora bien, el desarrollo dinámico del cáncer a lo largo del transcurso del tiempo implica que cada 'fase' de la patología tenga exigencias psicosociales

específicas que necesita la persona enferma y su familia. Por eso, cuando se habla de 'hacer frente al cáncer' a menudo muchas personas simplifican la magnitud de lo que eso representa, pues, olvidan que en la medida en que la enfermedad se desarrolla las pretensiones y los apoyos también aumentan (39).

Otros datos relevantes alusivos a la temática que aplican en este abordaje teórico son los hallazgos de la investigación de Valencia *et al.* en niños y adolescentes con cáncer. A los ojos de los autores, los enfermos y sus familiares deben ser abordados como un "todo" porque, paralelo al desarrollo de la patología, la familia experimenta una serie de cambios y de dinámicas internas que deben ser asumidas por ese "todo", distribuyendo los cuidados y quehaceres dentro de los miembros del núcleo familiar como una forma de brindar apoyo. De este modo, el rol y la interacción funcional de la familia en el cuidado es fundamental para la conservación o recuperación de la salud (40).

Asimismo, existen disertaciones que demuestran efectos positivos cuando un paciente cuenta con una red de apoyo social para mejorar su calidad de vida y facilitar el proceso de adaptación ante la nueva situación que experimenta (41). Al respecto, la investigación *Cuidado y amor* ratifica la trascendencia que tiene el papel de la familia en la recuperación de la salud de los pacientes oncológicos**.** Por eso, insisten los autores, es relevante que las instituciones y el personal de salud comprendan "que la atención oncológica debe trascender el cuidado físico - mental del paciente y llegar a la familia" (40).

Es importante tener presente en el plan de intervención de enfermería el diagnóstico, la calidad de vida y los procedimientos médicos del paciente con el fin de identificar posibles necesidades familiares. La idea es contribuir o di-

reccionar la forma de afrontar este tipo de hechos que repercuten de manera negativa en la dinámica familiar de la paciente, en su proceso de tratamiento y recuperación. No obstante, cada sistema familiar funciona de manera distinta y por tanto la forma de afrontar la patología varía. Además, así como la presencia de la enfermedad puede fortalecer los vínculos, también puede desarrollar problemas o intensificar los ya existentes en el sistema familiar (42).

Y es que la experiencia de padecer cáncer tiene el poder de ejercer un impacto en todos los aspectos de la salud de una persona. Por ejemplo, en su estado emocional, social, económico y espiritual. En esos casos, la mayoría de las mujeres con cáncer de mama desarrollan una aptitud de afrontamiento y superación denominada resiliencia, una habilidad con las condiciones necesarias para hacer frente a la adversidad y generar una adaptación positiva (43).

Finalmente, los individuos, sean mujeres, hombres, mayores o menores, que han padecido el cáncer sienten un antes y un después. En ese proceso la familia hará cierta reevaluación de lo ocurrido durante el tiempo de la enfermedad, mientras que el superviviente iniciará un duelo por las limitaciones físicas que hayan surgido (44). En palabras cortas, la familia y el paciente viven la superación desde la oportunidad para redefinir sus vidas en común, sus creencias y sus valores (45).

En ese afrontar la experiencia del proceso patológico de las mujeres con cáncer de mama, es importante resaltar las estrategias para sobrellevar la enfermedad, pues, es allí donde la experiencia juega un papel fundamental y donde el apoyo de la familia, la comunidad y los profesionales de la salud es trascendental. La razón principal es facilitar la adaptación a lo nuevo, fomentando conductas y emociones que van a lograr unas vivencias más favorables para

el tratamiento, recuperación o aceptación del desenlace final.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación es un estudio de abordaje cuantitativo, de tipo descriptivo transversal, que permitió determinar la efectividad de la funcionalidad familiar en las mujeres que padecen cáncer de mama en la ciudad de Montería, Departamento de Córdoba, Colombia. El abordaje cuantitativo implicó una recolección sistemática de la información obtenida mediante la aplicación del instrumento seleccionado, lo cual permitió clasificar y analizar los resultados según métodos estadísticos (46). Esto, gracias a un conjunto de procesos secuenciales y probatorios en el que se establecen una serie de etapas que deben cumplirse secuencialmente, sin eludir algunas o pasar a otras (47).

Por otro lado, el diseño fue descriptivo. Incluyó la identificación de un fenómeno de interés, identificación de variables, desarrollo de definiciones conceptuales -operativas y la descripción de las variables como resultado de la aplicación del instrumento (48). Según el número de mediciones, este estudio es de tipo transversal porque solo se realizó una valoración de la problemática abordada en un periodo de tiempo estipulado (49).

Se llevó a cabo en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de primer nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Montería, Córdoba, dedicada al apoyo de pacientes con procesos oncológicos. La IPS fue fundada hace 40 años con el objetivo de ayudar a personas de escasos recursos durante sus devenires oncológicos.

Población

Constituida por mujeres que han experimentado cáncer de mama que cumplieron con los criterios de inclusión pertenecientes a la red de apoyo de una IPS de primer nivel de complejidad, ubicada en la ciudad de Montería. En esta IPS un número de mujeres (30) han padecido cáncer de mama y están adscritas en la institución. De ese número, 25 participaron en la investigación, a 20 se les aplicó la encuesta presencial y las otras 5 fueron contactadas vía telefónica. Luego de su aprobación verbal, se implementó el cuestionario en mención evaluando el 83% de la población total estimada.

Para los criterios de inclusión fue importante tener en cuenta:

- Firma del consentimiento informado
- Mujeres que hayan experimentado cáncer de mama
- Pertenecer a la red de apoyo de la IPS donde se realizó el estudio

Los criterios de exclusión para este estudio fueron:

- No desear participar en la investigación
- Estar en una fase o etapa de la patología que limite su comunicación
- No pertenecer a la red de apoyo de la IPS
- Participantes que desistan de brindar información una vez se haya iniciado el diligenciamiento del instrumento

Después de verificados los anteriores criterios, se reconoció a las participantes que cumplían y se aplicó el instrumento de medición propuesto por María Luisa Friedemann, denominado Escala de Funcionalidad Familiar. La herramienta está compuesta de 20 preguntas donde cada una tiene tres ítems que permiten la calificación total. Los temas a examinar son dimensiones como cambios

en el sistema, mantenimiento del sistema, coherencia e individualización (50).

El análisis de la información se realizó mediante una base de datos del programa de Microsoft Excel 2013, donde se agruparon las respuestas de las participantes en tablas mediante análisis estadístico descriptivo. El nivel de efectividad de la funcionalidad familiar se obtuvo sumando los valores totales registrados en el instrumento. En la tabla 21 se muestran los niveles que corresponden a la ponderación.

Tabla 21. ***Niveles de efectividad familiar***

Nivel	Significado
1	Bajo nivel de efectividad de la funcionalidad familiar
2	Intermedio nivel de la funcionalidad familiar
3	Alto nivel de la funcionalidad familiar

Fuente: Escala de efectividad familiar de M. Friedemann.

Los ítems fueron agrupados de acuerdo a las dimensiones evaluadas, las cuales son: *cambios en el sistema, mantenimiento del sistema, coherencia e individualización*. La evaluación se realiza según los valores registrados en cada criterio (ver tabla 22, Dimensiones de la funcionalidad familiar).

Tabla 22. ***Dimensiones de la funcionalidad familiar***

Dimensiones	Rangos		Clasificación		
	Mínimo	**Máximo**	**Alto Nivel**	**Intermedio Nivel**	**Bajo Nivel**
Mantenimiento del sistema (MS)	7	21	17- 21	12- 16	7-11
Cambios en el sistema (CS)	5	15	13- 15	9- 12	5- 8

Individualización (I)	3	9	8- 9	6- 7	3- 5
Coherencia (C)	5	15	13- 15	9- 12	5- 8

Fuente: Escala de efectividad familiar de M. Friedemann

Simultáneamente se juzgaron las metas contenidas en el instrumento: Estabilidad, Espiritualidad, Crecimiento y Control Familiar. La correlacionaron se hizo de la siguiente forma: Coherencia e individuación con la meta de Espiritualidad; Coherencia y Mantenimiento del Sistema se dirigen hacia la Estabilidad, Individuación y Cambio del Sistema tienden hacia el crecimiento, y Mantenimiento y Cambio del sistema direccionan al control del sistema (ver la tabla 23).

Tabla 23. ***Metas de la funcionalidad familiar***

Metas	Rangos		Clasificación		
	Mínimo	**Máximo**	**Alto Nivel**	**Intermedio Nivel**	**Bajo Nivel**
Estabilidad (MS y C)	12	36	29- 36	21- 28	12- 20
Control (MS y CS)	12	36	29-36	21- 28	12- 20
Crecimiento (I y CS)	8	24	20- 24	14- 19	8- 13
Espiritualidad (C y I)	8	24	20- 24	14- 19	8- 13

Fuente: Escala de afectividad familiar de M. Friedemann

El puntaje total de la escala de Efectividad de la funcionalidad familiar se obtiene sumando el total de ítems clasificándose de acuerdo a los siguientes rangos:

Tabla 24. ***Clasificación niveles de efectividad familiar***

Rangos		Clasificación		
Mínimo	Máximo	Alto nivel de la efectividad de la funcionalidad familiar	Intermedio nivel de la efectividad de la funcionalidad familiar	Bajo nivel de la efectividad de la funcionalidad familiar
20	**60**	**56-60**	**51- 55**	**20- 50**

Fuente: Escala de efectividad familiar de M. Friedemann

El proyecto se acogió a las normas de la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993 (51) que establece las bases conceptuales administrativas y legales de la investigación en el área de la salud. En su título II, capítulo 1, se resaltan los aspectos éticos para esos casos, en donde se especifica en su artículo 5 que toda disertación en la que el ser humano sea sujeto de estudio se deberá respetar y proteger su dignidad, derechos y bienestar. Es preciso destacar el artículo 8, el cual establece la protección de la privacidad del individuo y la autorización para emplear sus datos.

Por no realizar ningún tipo de intervención y manipulación de variables, ellos no serán expuestos a procedimientos invasivos, ni de diagnósticos y tratamiento, según la resolución 008430 de 1993 se clasifico en la categoría de riesgo mínimo, sin embargo, al explorar temas que podrían ser sensibles, puede generar algún tipo de sentimientos en los participantes al tomar los datos. La toma de datos a los participantes no afecto variables físicas, psicológicas ni sociales para los participantes de la investigación.

RESULTADOS

A continuación, se describen los datos obtenidos referentes a la caracterización sociodemográfica, dimensiones y metas del estudio que pretendió determinar el nivel de efectividad familiar desde la perspectiva de las participantes; mujeres que han experimentado cáncer de mama.

Caracterización Sociodemográfica

Las variables para determinar las condiciones sociodemográficas de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama se detallan en la tabla 25.

Tabla 25. ***Caracterización sociodemográfica de las mujeres con cáncer de mama***

Caracterización Sociodemográfica			
Variables	**Características**	**N°**	**%**
Edad	33 a 43 Años	5	20
	44 a 53 Años	7	28
	54 a 63 Años	5	20
	64 a 73 Años	5	20
	74 a 84 años	3	12
Estrato socio-económico	Alto	0	0
	Medio	12	48%
	Bajo	13	52%
Estado Civil	Soltera	5	20%
	Casada	9	36%
	Unión libre	5	20%
	Separada	3	12%
	Viuda	3	12%

Caracterización Sociodemográfica			
Variables	**Características**	**N°**	**%**
Nivel educativo	Primaria	7	28%
	Primaria incompleta	0	0%
	Secundaria	4	16%
	Secundaria incompleta	1	4%
	Técnico	10	40%
	Tecnólogo	1	4%
	Universitario	2	8%
Personas con quien convive	Parejas, hijos, madre	1	4%
	Pareja, nietos	1	4%
	Pareja, hijos	10	40%
	Pareja	1	4%
	Padres, hijos	5	20%
	Nietos	1	4%
	Hijos, nietos y otros	1	4%
	Hijos y nietos	3	12%
	Hijos	2	8%
Redes de apoyo	Educación	8	32%
	Salud	15	60%
	Espirituales	21	84%
	Recreación y deporte	13	52%

Fuente: encuesta sociodemográfica elaborada por las autoras

Los hallazgos evidenciaron que todos los rangos de edad (33 a 88 años) ostentan porcentajes significativos, la mayoría con 20%, que el intervalo modal fue entre 44 a 53 años (28%) y que el menor fue de 74 a 84 años (12%). Con respecto al estrato socioeconómico, 52% de las participantes del estudio se ubican en un estrato bajo, seguido de 48% en estrato medio.

En lo relativo al estado civil un porcentaje acumulado de 56% vivían con sus parejas, casadas 36% y solteras 20%. Llama positivamente la atención que la

población, sin excepción, tiene algún grado de escolaridad que va desde básica primaria hasta universitario. De todas formas, sobresalieron técnico (40%) y primaria (28%), dejando el 32% restante distribuido en formación secundaria completa, secundaria-incompleta, tecnólogos y universitarios. Además, las participantes, en su mayoría, conviven 40% con su pareja e hijos, seguido de la convivencia en un 20% con sus padres e hijos.

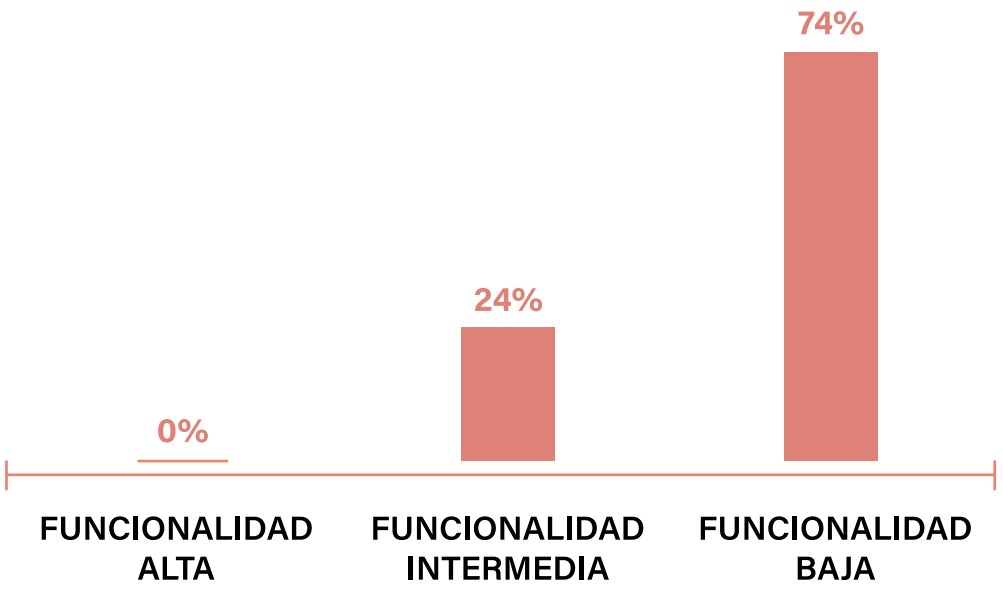
Los resultados muestran unas características sociodemográficas significativas y relevantes como son la estratificación y la escolaridad, lo que lleva a deducir que las mujeres participantes se ubican en estratos muy bajos. Entre las posibles causas figuran que gran parte de ellas no devengan salarios fijos, laboraban en el sector informal de la economía y su contribución al núcleo familiar radica en su emprendimiento, sea en la elaboración de artesanías o productos alimenticios.

Por otro lado, el que las participantes cuenten con algún grado de formación académica les ha permitido seguir fortaleciendo sus conocimientos y asimilar la información relevante sobre el cáncer. En ese sentido, la red de apoyo a la cual pertenecen brinda capacitación en temáticas variadas que van desde estrategias para aumentar sus ingresos, hasta el cuidado de su salud mental. A nivel individual esta variable es vital para la adopción de estrategias terapéuticas que permitan la unión de la familia durante y después de la experiencia con el cáncer de mama.

Nivel de la efectividad de la funcionalidad familiar

Friedemann afirma que la efectividad de la funcionalidad familiar se logra con el balance de las dimensiones y metas del sistema, pues, estas pueden determinar el nivel de efectividad (ver gráfica 7).

Gráfica 7. ***Nivel de efectividad de la funcionalidad familiar.***



Fuente: resultados escala de funcionalidad familiar de M. Friedemann.

Los valores en la Gráfica 7 muestran un bajo nivel de efectividad familiar de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama. Ello, expresa que siete de cada 10 mujeres participantes conviven en ambientes disfuncionales que aportan poco apoyo interno a los procesos requeridos para la recuperación. El resultado es relevante ya que indica que en estas mujeres el sistema de apoyo familiar no es sólido. Quizás, esto puede deberse a que muchos de los miembros de estas familias tienen temores, incertidumbre y poco conocimiento de la enfermedad, lo cual, al momento de enfrentar las crisis que ocasiona la situación un ser querido, no se adaptan y por ende las experiencias vividas no son tomadas como pretextos para fortalecerse sino, más bien, causan disfuncionalidades que llevan a la inestabilidad familiar. La consecuencia principal es una recuperación tardía y lenta del paciente.

DISCUSIÓN

Los resultados evidencian que el 56% de las participantes tenían parejas, estaban casadas o en unión libre. Los hallazgos son similares a los del estudio titulado *Afrontamiento de la enfermedad en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama en Cuba*, en el que hicieron presencia mujeres entre 45 hasta 70 años en el 2017. En el proyecto se evidenció que el 65% de las mujeres eran casadas, dato interesante dado que las parejas representaron una fuente de apoyo emocional considerable, posibilitando así la superación, autocontrol de factores estresantes y adherencia terapéutica, entre otros. Esto, permitió evidenciar que la convivencia de pareja es realmente un factor condicionante para el mantenimiento o deterioro del nivel de efectividad de la funcionalidad familiar (52).

De igual forma se evidencia que las familias aquí representadas según las participantes tienen un bajo nivel de efectividad familiar, lo cual no representan un sistema de apoyo sólido para ellas (53). Lo que preocupa ya que culturalmente al recibir el diagnóstico de cáncer se experimentan sentimientos de temor a la muerte, angustia, negación y desesperanza que conllevan a la necesidad de estar dentro de grupo familiar que les apoye, siendo una fortaleza para afrontar la situación. Los resultados se asemejan a los encontrados por Cortes (54), investigadora que describe que las familias funcionales con una mayor adaptación durante el proceso desarrollan conocimientos, habilidades y aptitudes que permitieron el mejoramiento del paciente en sus dimensiones física y emocional. Por eso, el nivel de efectividad familiar es indispensable porque las enfermedades oncológicas traen afectaciones en el paciente y en su sistema familiar.

Por último, las redes de apoyo familiar más representativas identificadas en el estudio fueron la espiritualidad, la salud, recreación y deporte finalizando con la educación. Las apreciaciones son contrastadas con frases mencionadas durante la aplicación de la encuesta que aluden a la fe en Dios como centro de fortaleza durante el proceso o experiencia con el cáncer de mama.

Lo identificado, es similar a la investigación realizada por Londoño y Salgado (55), en donde se indica que las redes de apoyo externas al sistema familiar fortalecen la efectividad de la misma. Ello, deja evidencia que, aunque todos los miembros de la familia usan al menos una o más redes de apoyo, no es seguro su fortalecimiento o beneficio personal, pues, se requiere que cada uno de los integrantes de la familia se involucre formando su propia red de apoyo para así verdaderamente consolidar el sistema en conjunto (56-63).

CONCLUSIONES

La mayoría las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama exteriorizaron bajos niveles de efectividad familiar, por lo cual se concluye que no están inmersas en un sistema de apoyo familiar sólido capaz de ayudar a la adaptación y a sobrellevar las situaciones que se presentan a lo largo de la enfermedad. En ese sentido, las estructuras familiares que carecen de bases sólidas en sus dimensiones o metas son susceptibles a niveles bajos de efectividad en la funcionalidad familiar.

La información de la variable apoyo de la pareja es relevante para este estudio, pues, en su mayoría las participantes describieron relaciones de pareja inestables, situación que incide sobre la funcionalidad. Por eso, se considera como un factor condicionante para el deterioro del nivel de efectividad de la

funcionalidad familiar.

Se hace necesario intervenir a la familia de la paciente con cáncer de mama, quien requiere de una red interna de apoyo para afrontar procesos no normativos en el curso de vida y el cáncer de mama. A la vez, se identificó en el estudio la necesidad del fortalecimiento del sistema familiar para que la mujer disponga de una red de apoyo efectiva durante debido, en parte, al elevado porcentaje de baja funcionalidad identificado.

La red de apoyo más utilizada por las mujeres con cáncer de mama es la externa y se basa en el fortalecimiento de la espiritualidad o en su relación con Dios para soportar sus procesos. La conducta, es una estrategia de afrontamiento de las mujeres con escaso o ningún apoyo de la familia. Así, pues, los hallazgos dan cuenta de que las familias de las mujeres participantes carecen de bases fuertes en sus dimensiones o metas en virtud de los niveles bajos de efectividad en la funcionalidad familiar.

REFERENCIAS

1. Urreta Palacios M E. Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan De Lurigancho. Lima, Perú: Universidad Nacional de San Marcos, Facultad de Medicina, Departamento de Enfermería; 2008.
2. Garza Elizondo T, Gutiérrez Herrera R. F. Trabajo con Familias. Abordaje medico integral. 3- ed. México; 2015.
3. Rosique S M T, López M B, Polo U C, López G ML, Sanz A MT, González de V. C. El reto de la terapia de familia: estudio de las intervenciones realizadas

durante 13 años en un centro de salud mental. Clínica Contemporánea. 2015; 6(1):33-37. DOI: http//dx.doi.org/10.5093/cc2015a4.

4. Comité Organizador del Consenso, Presentación. Archivos en Medicina Familiar. 2005; 7(11): 1-20. Disponible en: http://oai.redalyc.org/articulo.oa?id=50712789001.

5. Cortinas C. Cáncer: herencia y ambiente. México, D.F: FCE - Fondo de Cultura Económica; 2011.

6. Nayara L C, Sánchez M JI, De Santiago G J. Cáncer de mama en Her-2-neu y receptores hormonales positivos. Tratamiento sistémico primario, biopsia del ganglio centinela y hormonoterapia. Rev. Chel. Obstet Ginecol. 2013; 78(1): 44-47.

7. Hernández M F, Landero H R. Aspectos psicosociales relacionados con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Summa Psicológica UST. 2014; 11(1): 99-104.

8. Díaz H. La Frontera Sur de México, ¿una salud en crisis? México: Siglo XXI; 2018.

9. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Programa de Cáncer [Internet]. San Francisco: Matthew Holt; 2018 [Consultado 2020 9 Agos]. Disponible: en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com-content&view=article&id=292:cancer-program&Itemid=3904&lang=es

10. Boletín Epidemiológico Semanal. Cáncer de mama y cuello uterino [Internet]. Bogotá, Colombia; 2018 [Consultado 2020 9 Agos]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/C%C3%81NCER%20DE%20MAMA%20Y%20CUELLO%20UTERINO-2018.pdf

11. Instituto Nacional de Cancerología. Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia. Bogotá: Editorial Norma; 2017.

12. Cabrera A, Ferraz R. Impacto del cáncer en la dinámica familiar. Revista Biomedicina. 2011; 6(1), 42-48.

13. Rolland JS. Familias, enfermedad y discapacidad: una propuesta desde la terapia sistémica. Barcelona; Editorial Gedisa; 2000.

14. Castellón S. Funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil. Proyecciones para su estudio en una comunidad suburbana de sancti spíritus. Cuba: ET ediciones; 2012.

15. Betancurth Loaiza D. P. Riesgo familiar total y salud familiar: Familias con mujeres en lactancia materna . Villamaría, Caldas, Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2011.

16. Aranda Vides E. Formación de familias en Tenerife: modalidades y satisfacción. Madrid: Universidad Complutense; 2016.

17. Semenova Moratto Vásquez. N et al. Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. Revista CES. 2015; 3 (7)-14-45.

18. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 37º Sesión del subcomité de planificación y programa del comité ejecutivo. Washington D.C. Estados Unidos; 2003.

19. Velásquez Restrepo L E. Riesgo familiar total y grado de salud familiar en familias con preescolares enfermos 2012. Pereira, Risaralda: Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2013.

20. Ostiguín Meléndez R, Pérez Zumano S, Bernal Becerril M, Amador Bue-

naba, N. Experiencia de mujeres con cáncer de mama en torno al Apoyo familiar. Enfermería Universitaria. 2008; 5 (2): 10- 15. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3587/358741825003

21. González Sala F, Gimeno Collado A, Meléndez Moral J C, Córdoba Iniesta A. La percepción de la funcionalidad familiar. Confirmación de su estructura bifactorial. España: Universidad de valencia; 2012.

22. Anzures Carro R. y Cols. Medicina familiar. 1 ed. México D.F: Editorial Corinter; 2008.

23. González I. Las crisis familiares. Habana, Cuba; 1999.

24. Friedemann, ML. The Framework of Systemic Organization. A conceptual Approach to Families and Nursing (second edition). Usa: Publications Inc; 1995.

25. Huerta G. J. Medicina familiar: la familia en el proceso salud-enfermedad. 1 ed. México D.F: Editorial Alfil; 2005.

26. Celis García M. Efecto de la Funcionalidad Familiar y Apoyo Familiar en Automanejo de Mujeres con Cáncer de Mama. Puebla: Benemérita, Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Enfermería; 2019.

27. Friedemann M.L. The Framework of Systemic Organization. A Conceptual Approach to Families and Nursing. USA: Sage Publications; 1995.

28. Galán Gonzales E. F. Funcionalidad en familiar con adolescentes escolarizados en Paipa. Revista Avances en Enfermería. 2010; 28(1), 72-82.

29. Amaya de Peña, P. Familia de ancianos y escolares del sector de la Estrella, Ciudad Bolívar. Bogotá: Editorial Norma; 1992.

30. Friedemann, M. Un enfoque a la enfermería y la familia. Marco Teórico de

la Organización Sistémica. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2018.

31. Velásquez Restrepo L. E. Riesgo familiar total y grado de salud familiar en familias con preescolares enfermos. Pereira, Risaralda, Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2012.

32. Cortes F, et al. Funcionamiento familiar y adaptación psicológica en oncología, Madrid – España: Editorial Siglo XXI; 2013.

33. Sociedad Americana Contra El Cáncer. Directo a la información sobre el cáncer. [Internet]. Bogotá, Colombia; 2018 [Consultado 2020 9 Agos]. Disponible en https://www.cancer.org/es.html

34. Sociedad Americana Contra El Cáncer. El cáncer. [Internet]. Bogotá, Colombia; 2018 [Consultado 2020 9 Agos]. Disponible en: https://www.cancer.org/es.html

35. Mera P, Ortiz, M. La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer. Terapia Psicológica. 2012; 30(3), 69-78. DOI: http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300007

36. Pastells S, Font, A. Optimismo disposicional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Psicooncología. 2014; 11(1), 19-29. DOI: 10.5209/rev-PSIC.2014.v11.n1.44914P

37. Hunter M. Funcionamiento familiar, bienestar psicológico, aspectos psicológicos y sociales en mujeres latinas sobrevivientes de cáncer de mama. Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico; 2015

38. Cabrera A, Ferraz R. Impacto del cáncer en la dinámica familiar. Revista

Biomedicina y Medicina Familiar y Comunitaria. 2011; 6(1), 42-4

39. Rolland JS. Familias, enfermedad y discapacidad: una propuesta desde la terapia sistémica. Barcelona: Editorial Gedisa, 2000.

40. Valencia Jiménez NN, Puello Alcocer EC, Amador Ahumada C. Cuidado y amor: vivencias de cuidadores familiares de niños y adolescentes con diagnóstico de cáncer. Montería: Fondo Editorial Universidad de Córdoba; 2020. Disponible en: https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/3784.

41. Cervera S, Aubá E. Calidad de vida y dinámica familiar tras el diagnóstico. Boletín de Psicología. 2005; (3): 7-29.

42. ASCO. Información al paciente, aprobado por el médico. [Internet]. Madrid, España; 2018 [Consultado 2020 9 Agos]. Disponible en:https://www.cancer.net/es/asimilaci%C3%B3n-con-c%C3%A1ncer/c%C3%B3mo-hablar-co n-los-familiares/de-qu%C3%A9-manera-el-c%C3%A1ncer-afecta-la-vida-familiar

43. Moreno M, et al. Experiencia de cuidadores familiares de mujeres con cáncer de mama: una revisión integradora. Aquichan. 2018; 18(1):56-68. DOI: 10.5294/aqui.2018.18.1.6.

44. Paredes M. Intervenciones en Psicooncología. Abordaje integral del paciente y su familia. Intervención con pacientes adultos. Quito, Ecuador: Editorial Nuevo mundo; 2010.

45. Die Trill, M. Impacto Psicosocial del Cáncer. Psicooncología Contacto. 2006; 6 19-21.

46. Golovanevsky L. Transmisión intergeneracional de la pobreza. Madrid:

Editorial Nuevo siglo; 2007.

47. Hernández R et al. Metodología de la investigación, 6a ed. México; 2014.

48. Rodríguez Y, Fonseca M, Rivera. Sistema Universitario Ana G. Méndez (SUAGM). México: Editorial Santamaría; 2017.

49. Martínez M. Metodóloga de la investigación para el área de la salud, 2a ed. México; 2013.

50. Cortes L. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes en el municipio de Puerto Asís Departamento del Putumayo. Puerto Asis: 2014.

51. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993 [Internet]. Bogotá, Colombia, 1993 [Consultado 2020 9 Agos]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co

52. Ostiguín Meléndez R M. Pérez Zumano S E, Bernal Becerril M L, Amador Buenabad N. G. Experiencia de mujeres con cáncer de mama en torno al Apoyo familiar. Enfermería Universitaria. 2008; 5(2): 1-20

53. Martínez Rojas S. M. Calidad de vida y apoyo social en mujeres con cáncer de mama. Revista Ciencia y Cuidado. 2018; 15(1): 34-47.

54. Acosta Zapata E, López Ramón C, Martínez Cortés M. E, Zapata Vázquez R. Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. Horizonte sanitario. 2017; 16(2), 139-148.

55. Silva Y M. P, Barbosa S C U, Pedraza R S. Espiritualidad, religiosidad y enfermedad: una mirada desde mujeres con cáncer de mama. Avances en psicología latinoamericana. 2015; 33(3), 481-495.

56. ANEC. Ley 911 de 2004 [Internet]. Bogotá, Colombia, 2004 [Consultado

2020 9 Agos]. Disponible en: https://www.anec.org.co

57. López M. Percepción de la funcionalidad familiar en mujeres con alteraciones psicológicas post mastectomía secundaria a cáncer de mama de la UMF 1 del IMSS delegación Aguas Calientes. México: Aguas Calientes; 2018.

58. Castellón S. Funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil. Proyecciones para su estudio en una comunidad suburbana de sancti spíritus. Cuba: 2012.

59. Castro A A, Romero D V C, Montañez C G. Efectividad de la funcionalidad familiar de los adolescentes Escolarizados del colegio integrado Pedro Santos de Pinchote. Chile: Editorial Aconcagua; 2015.

60. Londoño Y, Salgado L. Evaluación de estrategias de afrontamiento del paciente oncológico. Bogotá: Editorial Norma; 2015.

61. Castro A A. Romero D V C, Montañez C G. La funcionalidad familiar. Chile: Editorial Aconcagua; 2015.

62. Sánchez Ramos, J. M. Un recurso de integración social para niños/as, adolescentes y familias en situación de riesgo: los centros de día de atención a menores. Granada: Universidad de Granada; 2011.

63. Cortes F et al. Funcionamiento familiar y adaptación psicológica en oncología. Madrid – España: Siglo XXI; 2013.

COMPILADORES

Jorge Eliecer Ortega Montes.

Magíster en Planeación Urbana de la Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Gerencia de la Educación de la Universidad de Córdoba. Estudios de posgrados en Planificación del Desarrollo Rural Regional del Centro de Estudios Regionales Urbanos Rurales de Israel. Economista. Actualmente se desempeña como profesor titular y director del Grupo de Investigación Desarrollo, Educación y Salud [Grupdes] de la Universidad de Córdoba, Colombia. Investigador principal de numerosas investigaciones y autor de varios libros y capítulo de libros: Alternativa Agroindustrial para el aprovechamiento de los excedentes de la producción de plátano en el Departamento de Córdoba; Pobreza y desigualdad social. Desde la perspectiva de los derechos, oportunidades y capacidades humanas: caso Montería; La pertinencia social de la educación posgradual y el desarrollo. un caso en la región Caribe de Colombia; Impacto en la enseñanza y el aprendizaje de la inclusión de las comunidades vulnerables en las culturas digitales mediante el Sistema Interactivo Transformemos Educando en Cartagena; La pertinencia social de la educación en el marco de la globalización. Una mirada desde la inclusión social y el desarrollo regional. Ocupó el primer puesto regional en el Segundo Concurso Nacional de Monografías sobre regiones y municipios colombianos en 1989. Fue becario del Estado de Israel para cursar estudios de posgrado en Planificación del Desarrollo Rural Integrado en 1992 y docente becario por la Organización de los Estados Iberoamericanos [OEI] y por Minciencia para participar en la Cátedra CTS+I en 2001 y 2002. Durante los últimos 20 años ha estado enseñando en el área de Economía, Territorio y Región, Seminario en Problemas Económicos contemporáneos en el Programa de Licenciatura de Ciencias Sociales de la Universidad de Córdoba.

Nydia Nina Valencia Jiménez.

Desarrollista Familiar y Licenciada en Filosofía. Especialista en Gestión y desarrollo comunitario en la Universidad Incca de Colombia. Especialista en Docencia superior a distancia en la Universidad Abierta y a Distancia- UNAD-. Es magíster en Educación egresada de la Universidad de Córdoba en convenio con el SUE Caribe. Estudiante becaria del Programa de Becas de Excelencia del Fondo de Ciencias, Tecnología e Innovación del Sistema General de Regalías del Doctorado en Estudios de Familia de la Universidad de Caldas, Colombia. Autora de varios libros y capítulos de libro: Pobreza y desigualdad social. Desde la perspectiva de los derechos, oportunidades y capacidades humanas: caso Montería; Así nació y se consolidó el Modelo Educativo Transformemos Educando en Cartagena; Necesidades de aprendizaje para la vida; Continuidad, permanencia y expectativas educativas futuras de los estudiantes transformadores/as; Alfabetización y educación media. Inclusión de comunidades indígenas en la cultura escrita y digital; Cuidado y amor. Vivencias de cuidadores familiares de niños y adolescentes con diagnóstico de cáncer; La pertinencia social de la educación en el marco de la globalización. Una mirada desde la inclusión social y el desarrollo regional. Actualmente es docente adscrita al Departamento de Enfermería y de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Córdoba, Colombia; donde también se desempeña como investigadora en el Grupo de Investigación Huellas Calidad de Vida de la Facultad de Ciencias de la Salud y el Grupo Desarrollo, Educación y Salud de la Facultad de Educación y Ciencias Humanas.

AUTORES

Concepción Elena Amador Ahumada.

Nacida en la ciudad de Cartagena (Bolívar), realizó sus estudios de Enfermería en la Universidad de Cartagena, es Epidemióloga de la Universidad de Antioquía y Magister en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en convenio con la Universidad de Cartagena. Docente titular de la Universidad de Córdoba, adscrita al Departamento de Enfermería de la Facultad Ciencias de la Salud. Investigador Asociado, Coordinadora de la Maestría en Salud Pública y del Grupo de Investigación Huellas: calidad de vida, Directora del semillero de investigación Mostaza, autora de capítulos de libros y artículos publicados en revistas indexadas nacionales e internacionales, ponente de diversos resultados de investigación en escenarios académicos locales, nacionales e internacionales, docente y directora de trabajos de investigación en pregrado y postgrado, Coordinadora del Comité de Acreditación y Currículo del Programa de Enfermería. Áreas de desempeño: Investigación, Salud Mental, Salud Familiar, Epidemiología, Salud Colectiva, Salud Pública y Salud Ambiental.
Email: concepcionamador@correo.unicordoba

Marlene Beatriz Baena Nieto

Médico- Especialista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Cartagena y Magister en Salud Pública de la Universidad de Córdoba; con amplia experiencia en el abordaje de la mujer con Morbilidad Materna Extrema y otras condiciones obstétricas. He desarrollado actividades de docencia universitaria a nivel de pregrado con la Facultad de Medicina de la Universidad del Sinú y he participado como asesora en temas relacionados con el proceso de maternidad segura a nivel local y departamental.

Alba Ines Barrios Villalobos.

Nació en Montería - Córdoba, Colombia. Enfermera graduada de la Universidad de Córdoba 2021, Colombia. Coautora de la investigación titulada "Nivel de funcionalidad familiar en mujeres que han experimentado cáncer de mama, Montería- Córdoba, 2020". Estudiante activa del programa de Administración en finanzas y negocios internacionales, V semestre.
Email: abarriosvillalobos@correo.unicordoba.edu.co

Javier A. Bula Romero

Enfermero del área Materno- Perinatal, Docente de tiempo completo del Programa de Enfermería de la Universidad de Córdoba; Magister en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Candidato a Doctor en Enfermería de la Universidad de Antioquia. con experiencia investigativa en métodos cualitativos utilizados para la comprensión de los procesos y significados vinculados a las experiencias de salud de la mujer en su continuo reproductivo. El capítulo en mención, hace parte de mi primera experiencia como investigador en temas relacionados con asuntos de género bajo el lente de la epistemología feminista; en esta ocasión, tuve la oportunidad de co-construir junto a Dominga María Quintero Calderón una investigación biográfico-narrativa que muestra las trayectorias de vida de un grupo de mujeres que lograron salir del ciclo de la violencia de pareja íntima.

Irina Maudith Campos Casarrubia

Nacida en la ciudad de Montería, Enfermera egresada de la Universidad de Córdoba, Especialista en cuidado crítico al adulto de la Universidad de Antioquia, con Maestría en profundización de Cuidado crítico de la Universidad Nacional y en estos momentos estudiante becaria del programa de becas de ex-

celencia doctoral, del Fondo de Ciencias, Tecnología e Innovación del Sistema General de Regalías, en el Doctorado en Salud Pública de la Universidad CES. Docente de tiempo completo en el Departamento de Enfermería de la Universidad de Córdoba, directora de trabajos de investigación en pregrado y postgrado, ponencias a nivel nacional e internacional de resultados de actividades de investigación. Investigadora en el Grupo de Investigación Huellas Calidad de Vida de la Facultad de Ciencias de la Salud. Miembro activo del Comité de Acreditación y Currículo del Programa de Enfermería. Áreas de desempeño: Clínica, Cuidado crítico, Salud Pública, Salud Ambiental.

Email: irinacampos@correo.unicordoba.edu.co

Indira María Chamorro Parra.

Enfermera egresada de la Universidad de Córdoba, actualmente realizando el servicio social obligatorio

Sarita Luz De Arco Montiel.

Nacida en la ciudad de Montería del Departamento de Córdoba. Odontóloga general egresada de la Universidad del Magdalena, con una Maestría en Salud Pública de la Universidad de Córdoba. Actualmente labora como Odontóloga general, encargada de la parte asistencial en una Institución Prestadora de Salud de la ciudad de Montería, en donde se enfatiza en labores de promoción y prevención con población gestante y no gestante. Coautora de un artículo publicado en la Revista Ciencia y Cuidado de la UFPS, titulado "*Creencias frente al embarazo y enfermedades bucodentales percibidas por gestantes en Montería, Colombia*", fue una investigación de tipo cualitativa, en donde se adentró en la cotidianidad de las gestantes y se volvió una de ellas, sin alterar su cotidianidad y pensamiento. Interesada por su continuo aprendizaje y apasionada

por la docencia y la investigación, ha realizado varios cursos concernientes con la humanización en la atención en salud, seguridad del paciente, atención en salud con pertinencia étnica, pedagogía humana y sobre acciones educativas que fortalezcan los entornos saludables.

Tania Marcela Díaz Soto

Nacida en Sahagún Córdoba, egresada de la universidad de Córdoba del programa de enfermería 2018-II, con 2 años de experiencia en los servicios asistenciales de urgencias, cirugía y hospitalización, entrenamiento en realización de estudios de neurofisiología (electroencefalogramas, video telemetrías y polisomnografias), actualmente jefe de cirugía del Hospital Cesar Uribe Piedrahita de Caucasia Antioquia, áreas de experiencia: asistencial urgencias, cirugía y hospitalización. Email: taniamarceladiazsoto08@gmail.com.

Ana Milena Gorbanesa González Fernández.

Enfermera y Magíster en Salud Pública de la Universidad de Córdoba. Colombia. Coautora de artículo de opinión sobre Determinantes culturales de la salud. Opinión Novel. Revista Avances En Salud, 2017. Autora del trabajo de investigación de Representaciones Sociales sobre la Sífilis Gestacional y Congénita en mujeres de la ciudad de Montería, Córdoba, 2017-2018. Experiencia en salud pública y atención primaria en salud de más de 8 años. Actualmente se desempeña como líder en la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para eventos específicos en la E.S.E. de I nivel del municipio de Montería. Áreas de desempeño: Salud Pública, Enfermedades transmisibles, Atención Primaria en Salud, Promoción y Mantenimiento de la Salud.
Email: anamilenagonzalezfdz@gmail.com

Mónica Hanna Lavalle

Nacida en Planeta Rica- Córdoba, egresada de la universidad de Córdoba del programa de enfermería en el año 1994, magister en Administración M.B.A. de la Universidad Nacional de Colombia, Especialista en Gerencia Administrativa en Salud de la Universidad de Córdoba, especialista en Salud Ocupacional de la Universidad de Antioquia.

Con años 27 de experiencia en los servicios asistenciales y administrativos del sector salud, gerente de instituciones de salud, coordinadora de áreas administrativas, promoción y prevención en salud. Desde hace 20 años docente de la Universidad de Córdoba, líder de procesos administrativos, decana de la Facultad Ciencias de la Salud, Jefe de departamento del departamento de Salud Pública, líder del proyecto de edificación del laboratorio de Salud Pública de esta misma universidad, miembro de diferentes Comités académicos- administrativos de la Universidad de Córdoba, entre ellos Comité de Investigación de la Facultad Ciencias de la Salud, miembro del Comité de Acreditación y currículo del Programa de Enfermería (actualmente), Miembro del Comité de Extensión del programa de Enfermería. (actualmente), Miembro del Comité de investigación de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad de Córdoba. (actualmente), Miembro organizador Congreso Salud Pública (2015-2019), presidenta Comité de ética Facultad Ciencias de la Salud (febrero 2017- mayo 27 del 2019), Docente de Educación Superior desde 2001-2021, e Investigadora Junior de Colciencias (Ver CVLAC), Extensión: directora del Programa Radial POR SU SALUD (2010- hasta la actualidad) y miembro de Red Nacional e internacional de Enfermería Informática.

Email: mhanna@correo.unicordoba.edu.co

Ladys Lucía López Ladeuth.

Licenciada en Ciencias de la Salud. Enfermera Jefe. Magíster en Salud Pública. Con amplia experiencia en trabajos comunitarios en los cuales se aborda la mujer y sus condiciones de salud. Es gratificante manifestar que el trabajo publicado en el presente libro es fruto de mi tesis para obtener el título de magister en la Universidad de Córdoba. Asimismo, es importante expresar que este trabajo constituye una oportunidad para develar las condiciones de vida de la mujer en Córdoba, específicamente en el municipio de San Antero. Con ello, se motiva a otros investigadores para que continúen el debate sobre esta temática.

Jalber Fabián Martínez Martínez.

Nacido en la ciudad de Sahagún (Córdoba),

Realizó sus estudios de Enfermería en la Universidad de Córdoba, para tal graduación en el año 2018, realizo el trabajo investigativo llamado "Comportamiento epidemiológico de la sífilis gestacional y congénita en usuarias de una EPS en Córdoba durante el periodo 2015 - 2017" Posteriormente se ha desarrollado profesionalmente en áreas asistenciales y administrativas de diferentes modelos de atención, complementando un perfil integral, actualmente labora para el modelo de larga estancia para la atención integral del adulto mayor Prososerh, en la ciudad de Medellín. Email: martinezjalberfabian@gmail.com

Elsy Cecilia Puello Alcocer.

Nació en Magangué Bolívar, Colombia. Enfermera graduada de la Universidad de Córdoba, Colombia, Especialista en Salud Ocupacional y Magíster en Desarrollo Social de la Universidad del Norte. Docente de pregrado y postgrado, con categoría de Profesor Titular, adscrita al Departamento de Enfermería de

la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad de Córdoba, experiencia docente universitaria de 28 años. Investigador Asociado, segundo líder grupo de investigación Huellas: calidad de vida, autora de diversos artículos producto de investigación publicados en revistas indexadas nacionales e internacionales, directora de trabajos de investigación en pregrado y postgrado, ponencias a nivel nacional e internacional resultado de actividades de investigación y extensión, Coordinadora del Programa de Extensión Solidaria de Ancianos de la Universidad de Córdoba, miembro del Comité de Acreditación y Currículo del Programa de Enfermería. Áreas de desempeño: Salud Familiar, Salud Colectiva, Salud Pública, Desarrollo Social, Salud Ambiental, Salud y Seguridad Laboral. Email: epuello@correo.unicordoba.edu.co

Dominga María Quintero Calderón

Psicóloga, Especialista en Gerencia del Talento Humano de la Universidad Pontificia Bolivariana y Magister en Salud Pública de la Universidad de Córdoba. El capítulo en mención, hace parte de mi primera experiencia como investigadora en temas relacionados con asuntos de género, experiencia que no solo marcó mi vida como profesional y como mujer; con esta investigación hemos querido aportar a través de estudios cualitativos algunos elementos que permitan la compresión de esta problemática social y de interés en salud pública que se ha venido naturalizando en nuestra región y que hoy más que nunca; necesita ser visibilizada.

Luz Dary Ripoll García.

Enfermera Universidad de Córdoba. Magister en Enfermería con énfasis en cuidado Crónico Universidad Nacional de Colombia, Magister en Enfermería en Salud Mental Universidad de Cartagena. Estudiante becaria del Programa de Becas de Excelencia del Fondo de Ciencias, Tecnología e Innovación del Sis-

tema General de Regalías del Doctorado en Salud Publica de la Universidad CES de Medellín Colombia. Docente Asociada de la Universidad de Córdoba, adscrita al Departamento de Enfermería de la Facultad Ciencias de la Salud. Coordinadora del Comité de Extensión de la Facultad Ciencias de la Salud Universidad de Córdoba. Ponente de diversos resultados de investigación en escenarios académicos locales, nacionales e internacionales, docente y directora de trabajos de investigación en pregrado y postgrado, Áreas de desempeño: Salud Mental, Salud Familiar, Salud Colectiva, Salud Pública y Salud Ambiental. Adscrita en el Grupo de Investigación Huellas Calidad de Vida de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Córdoba y el grupo de Investigación Epidemiologia y Bioestadística de la Universidad CES.

Email: lripoll@correo.unicordoba

Mara Sofía Ruíz Díaz.

Nacida en Montería Córdoba, Colombia. Bacterióloga graduada de la Universidad Metropolitana de Barranquilla, Colombia, Especialista en Gerencia Administrativa de Salud de la Universidad de Córdoba. Especialista en Auditoria Corporativa de la Calidad en Salud de la Universidad de Córdoba. Especialista en Higiene y Seguridad Industrial de la Universidad de Córdoba. Verificador de las Condiciones de Habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud de la Universidad CES y Magister en Salud Publica de la Universidad de Córdoba. Ponente en el primer congreso de Salud Pública organizado por la Universidad de Córdoba. Ponente de resultados de investigación en escenarios académicos local, nacional e internacional. Me he desempeñado en cargos administrativos y directivos en diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la ciudad de Montería.

Áreas de desempeño: Auditoria en salud, Calidad en Salud, Seguridad y Salud

en el trabajo, Seguridad del paciente, Salud Pública.

Sixta Carolina Ruiz Doria.

Nació en Cereté, Córdoba. Ingeniera Industrial de la Universidad de Córdoba, Especialista en Gerencia empresarial y Magister en Salud Publica de la Universidad de Córdoba. Ha participado en la ejecución del proyecto de Estrategias de afrontamiento y percepciones de calidad de vida de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en el Departamento de Córdoba en el periodo 2013-2017, del cual se publicó artículo en la Revista Anales de psicología, de la Universidad de Murcia en España.

Actualmente trabaja como Gerente Suplente en una empresa del sector salud dedicada al diagnóstico por imágenes de alta complejidad, y colabora en un proyecto inclusión de emprendimiento agrícola y desarrollo de competencias en estudiantes de primaria de la institución educativa La Draga, Bugre, Colombia de la Universidad Metropolitana de educación, ciencia y tecnología de Panamá, como asesora en la maestría en ciencias de la educación.



LA SALUD DE LA MUJER

EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD, POBREZA Y DESIGUALDAD SOCIAL EN CÓRDOBA, COLOMBIA

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
Grupos de Investigación
Huellas Calidad de Vida. Facultad de Ciencias de la Salud
Desarrollo, Educación y Salud [Grupdes]. Facultad de Educación y Ciencias Humanas
2022