

RESIGNIFICANDO MI FUTURO REPRODUCTIVO:
EL VIACRUCIS DE UN GRUPO DE MUJERES QUE LOGRARON SOBREVIVIR A
UNA PREECLAMPSIA SEVERA, MONTERÍA 2021



MARLENE BEATRIZ BAENA NIETO

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
2021

RESIGNIFICANDO MI FUTURO REPRODUCTIVO:
EL VIACRUCIS DE UN GRUPO DE MUJERES QUE LOGRARON SOBREVIVIR A
UNA PREECLAMPSIA SEVERA, MONTERÍA 2021

MARLENE BEATRIZ BAENA NIETO

Tesis presentada como requisito para optar al título de
Magíster en Salud Pública

Director:
Javier Alonso Bula Romero MSc y PhD(c)

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
2021

Nota de aceptación:

Firma del Jurado

Firma del Jurado

DEDICATORIA

Este trabajo es reflejo de la vocación, el arduo esfuerzo y la dedicación para encontrar un estado de equilibrio en la salud de las gestantes.

Doy gracias a Dios por haberme brindado las fuerzas para poder salir adelante ante las adversidades. A mis padres, por haberme entregado con su esfuerzo las herramientas para forjar mi camino. A mis hijos, por ser esa motivación que me impulsa a alcanzar nuevas metas. A mi esposo, por ser siempre quien me apoya y no me deja desfallecer. Y a mi abuela Rita, quien, con su alegría, me enseñó a tener una respuesta sonriente en todo momento.

LISTADO DE ACRÓNIMOS

ACOG	Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos
BAI	Búsqueda Activa Institucional
EAPB	Empresas Administradoras de Planes de Beneficio
FECOLSOG	Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología
MM	Mortalidad Materna
MME	Morbilidad Materna Extrema
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OTB	Oclusión Tubárica Bilateral
SIVIGILA	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
THG	Trastorno Hipertensivo de la Gestación
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	9
2. OBJETIVOS	13
2.1 General.....	13
2.2 Específicos.....	13
3. MARCO DE REFERENCIA.....	14
3.1 MARCO CONCEPTUAL.....	15
3.2 MARCO TEÓRICO.....	19
3.3 MARCO DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	25
3.4 MARCO DE ANTECEDENTES LEGALES.....	27
1. DISEÑO METODOLÓGICO	32
4.1 TIPO DE ESTUDIO	32
4.2 PARTICIPANTES DE ESTUDIO	34
4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	38
4.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	40
4.5 RUTA METODOLÓGICA	42
4.6 CRITERIOS DE RIGOR METODOLÓGICO.....	43
4.7 CONSIDERACIONES Y ASPECTOS ÉTICOS	44
2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	46
5.1 ESPACIO VIVIDO	50
5.2 COSAS VIVIDAS.....	54
5.3 TIEMPO VIVIDO	59
5.4 CUERPO VIVIDO.....	60
5.5 RELACIONES VIVIDAS	61
3. CONCLUSIONES.....	68
4. RECOMENDACIONES	70
5. REFERENCIAS.....	72
4. ANEXOS	83
ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO	83
ANEXO B. GUÍA DE ENTREVISTA	85
ANEXO C. OFICIO DE SOLICITUD DE AVAL INSTITUCIONAL.....	86
ANEXO D RESPUESTA INSTITUCIONAL Y AVAL PARA REALIZAR EL ESTUDIO	88

ANEXO F. CARTA DE PRESENTACIÓN PROYECTO COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN	89
ANEXO G. RESPUESTA Y AVAL DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD, UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA	90

RESUMEN

Objetivo. Develar el significado de la experiencia vivida de un grupo de mujeres que sobrevivieron a una preeclampsia severa. **Materiales y Método.** Se realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico hermenéutico-interpretativo. **Resultados.** En este estudio, se identificaron cuatro espacios vitales donde se puede recrear y encarnar las experiencias vividas de un grupo de mujeres que sobrevivieron a una preeclampsia severa. 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. **Conclusiones.** Al reconstruir la experiencia vivida de estas mujeres, se pudo 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.

ABSTRACT

Objective. Unveil the meaning of the lived experience of a group of women who survived severe pre-eclampsia. **Materials and Method** A qualitative study with a hermeneutic-interpretative phenomenological approach was carried out. **Results.** In this study, four vital spaces were identified where the lived experiences of a group of women who survived severe pre-eclampsia can be recreated and embodied. The first of these is the prenatal consultation or the emergency consultation, a space where they unexpectedly receive the diagnosis of pre-eclampsia; the second is the referral process, marked by uncertainty and anguishing wait; the third is to enter the operating room to get rid of her and take her away from her son, whose life is even more important than hers; the fourth, and last, is to be in the intensive care unit, where they feel that their life is hanging by a thread and that they must fight to survive. **Conclusions.** By reconstructing the lived experience of these women, the impact of the diagnosis and the transit through different scenarios that recreate environments full of uncertainty and emotional suffering can be evidenced. The experience of having presented severe pre-eclampsia motivated the majority of participants to resignify their reproductive future, since the danger of pre-eclampsia was recognized due to the consequences that, in the medium and long term, they can present in their obstetric history.

Key words: meaning, survivor, pre-eclampsia, extreme maternal morbidity (MME), phenomenology

1. 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, la 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 del año 2020 (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.

Sin duda alguna, la carga de la MME sobre la salud pública es sustancial. Las implicaciones económicas y sociales son enormes y se relacionan con el aumento de los costos de la atención de salud, la estancia hospitalaria, la discapacidad física y las muertes tempranas. Todas estas situaciones tienen un impacto significativo tanto en las mujeres y sus familias, como en los servicios de salud. Con todo, los estudios de la MME en el mundo y en el país se limitan a describir el comportamiento epidemiológico del evento y a indicar los factores de riesgo asociados a la probabilidad de presentar una MME. Por lo general, estos estudios se realizan desde el paradigma clásico empírico-analítico, que se basa en una visión positivista de los problemas y no da cuenta de las consecuencias físicas, psicológicas y reproductivas de sobrevivir una MME asociada a un trastorno hipertensivo de la gestación (preeclampsia severa). En el departamento de Córdoba, específicamente, existen pocos estudios que estén centrados en las experiencias vividas de las mujeres que sobreviven a esta condición.

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. Este estudio permitirá conocer elementos implicados en la experiencia de mujeres que sobrevivieron a un trastorno hipertensivo del embarazo (preeclampsia severa). Al generar recomendaciones basadas en evidencias, 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 presente investigación propone un abordaje fenomenológico; es decir, un análisis que permita ahondar, desde una perspectiva más amplia y profunda, el fenómeno de estudio. Esta propuesta investigativa busca reconstruir la experiencia de un grupo de mujeres sobrevivientes a un trastorno hipertensivo del embarazo, mediante un proceso reflexivo en el que su voz dé a conocer lo sucedido, a través de sus propios significados. Bajo la premisa de que, en los estudios fenomenológicos, es necesario que exista coherencia entre el referente filosófico y la estructura metodológica elegida para alcanzar el objetivo propuesto, se utilizó el método fenomenológico hermenéutico-interpretativo, guiado por los “existencialistas” propuestos por el filósofo holandés Van Manen, a saber: la temporalidad (el tiempo vivido), la espacialidad (el espacio vivido), la corporalidad (el cuerpo vivido) y la relacionalidad (las relaciones humanas vividas).

Por otro lado, 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).

Esta investigación parte del aporte que realizará a la política pública del departamento de Córdoba. Los hallazgos de este estudio permitirán orientar la vigilancia y el control de la MME asociada a un trastorno hipertensivo del embarazo (preeclampsia severa). El aporte desde la academia de elementos basados en la evidencia permitirá posteriormente la toma de decisiones y acciones en salud encaminadas a la reducción de las muertes maternas de la región. La presente investigación contribuirá, además, a la línea de investigación *Cuidado de la salud en el contexto social*, del programa de Maestría en Salud Pública de la Universidad de Córdoba, mediante elementos claves para el análisis y la comprensión de la MME asociada a los trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia severa) en el departamento de Córdoba.

2. OBJETIVOS

2.1 General

Develar el significado de la experiencia vivida de un grupo de mujeres que sobrevivieron a una preeclampsia severa, con el fin de proponer estrategias para el cuidado integral en el continuo de su atención obstétrica.

2.2 Específicos

Reconstruir la experiencia vivida de un grupo de mujeres que sobrevivieron a una preeclampsia severa.

Interpretar, a la luz de los existenciaris propuestos por Van Manen (el cuerpo vivido, el espacio vivido, el tiempo vivido, las relaciones humanas vividas y las cosas vividas), las experiencias de un grupo de mujeres que sobrevivieron a una preeclampsia severa.

3. MARCO DE REFERENCIA

En el año 2010, la ONU enfatizó la necesidad de mejorar los sistemas de vigilancia de la mortalidad materna en el mundo, lanzando la estrategia *Near Miss* como un indicador de calidad en los servicios de obstetricia y señalando la importancia de producir datos confiables que permitieran reconocer los factores de riesgo asociados a las muertes maternas (6). En este sentido, el análisis de la MME fue sugerido como mecanismo de prevención: identificar aquellas gestantes cuyas características clínicas sugieren el ingreso a una unidad de cuidados intensivos (UCI) o a una unidad de alta dependencia obstétrica se convierte en un indicador del cuidado de la salud de una gestante con morbilidad extremadamente grave hasta 45 días después del parto.

El enfoque de gestión del riesgo propuesto por la estrategia *Near Miss* permite un análisis del cuidado obstétrico en mujeres con MME, a partir del reconocimiento de los elementos que hacen posible la supervivencia de las mujeres ante una complicación obstétrica, a fin de disminuir la mortalidad (7). Es importante aclarar que este análisis fue planteado inicialmente por Stone (8) en la década de los 90; Stone utilizó el término para definir una categoría de morbilidad que abarca aquellos casos en los que se presentan eventos que potencialmente amenazan la vida de una mujer en gestación y que, si no son intervenidos oportunamente, pueden conducir a una defunción materna. Este enfoque, además, en el ámbito de la obstetricia, representa una oportunidad para comprender la influencia de los determinantes estructurales, psicosociales y culturales en las experiencias obstétricas críticas de mujeres que, estando al borde la muerte, logran sobrevivir.

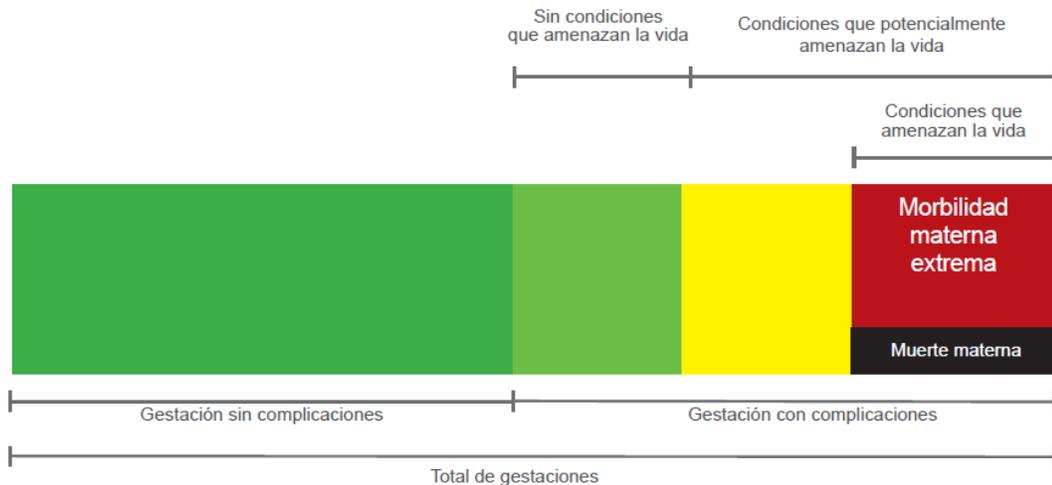
En Colombia, la vigilancia del evento de MME se realiza desde el año 2012 (3). Sin embargo, en el año 2015, el Instituto Nacional de Salud ajustó la definición de caso ampliando los criterios de inclusión, modificando los tiempos de notificación y promoviendo de esta forma la generación de alertas tempranas. En cuanto a la

identificación del primer criterio de inclusión, la notificación debe suceder de manera inmediata, no al momento del egreso hospitalario de la gestante, como se realizaba antes del año 2015. Para la vigencia 2018-2020, se realizaron nuevos ajustes al protocolo de atención para la vigilancia de la MME; estos ajustes hacen referencia al ingreso a unidad de cuidados intensivos por ruptura uterina (3).

3.1 MARCO CONCEPTUAL

Hay un espectro de gravedad clínica en las pacientes obstétricas, cuya progresión va desde las condiciones preexistentes que se exacerban con el embarazo y que amenazan la vida de la mujer y su hijo por nacer, hasta las condiciones extremas que pueden llevar a la muerte materna y perinatal si no son intervenidas o tratadas oportunamente (9). Las intervenciones encaminadas a reducir la mortalidad materna deben, por lo tanto, focalizarse en las mujeres que se encuentran en una de las dos categorías: sin complicaciones o con complicaciones. En la segunda categoría, se encuentran tanto las condiciones que no amenazan la vida de las mujeres como aquellas que sí significan un riesgo potencial para ellas; dentro de estas últimas, además, está la morbilidad materna extrema, condición materna extrema que puede generar un desenlace fatal si no se interviene de manera oportuna (9). (Figura 1).

Figura 1. Espectro de la morbilidad: de gestaciones sin complicación a muerte materna.



Fuente: (10)

En el protocolo de vigilancia de la MME, se sugiere que, para identificar tal evento de interés en salud pública, es necesaria la búsqueda activa de este grupo de mujeres. Por lo tanto, a nivel institucional, se debe realizar esta búsqueda con base en los siguientes criterios: mujeres con morbilidad materna extrema y enfermedad específica (preeclampsia severa, eclampsia, sepsis, hemorragia obstétrica severa y ruptura uterina), mujeres en gestación o posparto con complicaciones obstétricas que condujeran a una falla multiorgánica (fallas de sistema hematológico por trastornos de coagulación, disfunción cerebral, respiratoria, hepática, renal y cardiovascular), o según el manejo que recibe (procedimientos quirúrgicos de emergencia, necesidad de transfusión, entre otros) (3).

3.1.1 Trastornos hipertensivos del embarazo

En la actualidad, los trastornos hipertensivos se han convertido en una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en las gestantes y neonatos. Esta problemática afecta a las gestantes a nivel mundial, aunque se presenta con mayor frecuencia en los países en vía de desarrollo. El impacto social que generan los trastornos hipertensivos del embarazo no solo trae consigo serias repercusiones para la mujer en gestación y su núcleo familiar, sino también para los sistemas de salud, pues generan sobre costos en la atención obstétrica y neonatal. Esta condición, por consiguiente, es también un problema de salud pública.

3.1.2 Clasificación de los trastornos hipertensivos del embarazo

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo relativamente común durante el embarazo, de presentación progresiva. Su causa aún es desconocida y acarrea con frecuencia graves complicaciones maternas y perinatales. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) define actualmente la preeclampsia como una enfermedad hipertensiva específica del embarazo con compromiso multisistémico. Se presenta generalmente después de las 20 semanas de gestación, más cerca del término, y se puede superponer a otro trastorno hipertensivo (11). La preeclampsia severa se define cuando se superan cifras de PA de 160/110 mmHg en dos ocasiones, separadas una de otra al menos por seis horas, o cuando está asociada una de las siguientes situaciones: síntomas de disfunción del SNC, como visión borrosa, escotomas, cefalea severa o alteración del nivel de conciencia; síntomas de distensión de cápsula de Glisson, como dolor severo en hipocondrio derecho, náuseas o vómitos; daño hepatocelular, elevación de transaminasas al doble del valor de referencia del laboratorio; trombocitopenia, < 100.000 plaquetas por ml; Proteinuria, 5 g o más en 24 h; oliguria < 500 ml en 24 h; crecimiento fetal retardado severo, edema pulmonar o cianosis y accidente cerebrovascular (12).

3.1.3 Experiencia vivida

El concepto de experiencia propuesto por Dilthey anticipa uno de los aspectos centrales de la filosofía posterior a Heidegger (13), quien reconoce el acierto en entenderla no como el contenido de un acto reflexivo de la conciencia, sino como el propio acto de la conciencia. La experiencia no es, en este sentido, algo que se halla fuera de la conciencia para ser aprehendida por ella, sino que existe antes de que el pensamiento reflexivo acometa la separación entre sujeto y objeto. En su forma más básica, la experiencia vivida implica una conciencia de vida inmediata y reflexiva, un conocimiento reflejo dado por uno mismo que no es, en tanto conocimiento, consciente de sí mismo. Para Van Manen, por otro lado, las experiencias vividas y las estructuras de significados constituyen la complejidad del mundo de la vida. Mediante los existenciaros, todos los seres humanos experimentan el mundo (14) y acumulan importancia hermenéutica cuando, al reflexionar sobre ellos, se unen al recordarlos. Por medio de pensamientos, meditaciones, conversaciones, inspiraciones y otros actos interpretativos, se atribuyen significados a los fenómenos de la vida vivida (15).

3.1.4 Existenciaros

Flórez, Giraldo y Arzuaga (16) se refieren a Van Manen (15) para indicar cómo se vincula el análisis fenomenológico con cuatro existenciaros en la experiencia vivida de los seres humanos: el cuerpo vivido, la espacialidad, la temporalidad y la materialidad. El espacio vivido se refiere a todo espacio o lugar particular que condiciona o hace parte de la experiencia humana (16). En este sentido, Van Manen indica que todo fenómeno social surge en un espacio que es habitado y construido a través de nuestras relaciones con otros; por consiguiente, toda experiencia vivida conlleva un escenario de encuentro que no se limita a espacios institucionalizados ni a roles determinados (14). La temporalidad, o tiempo vivido, hace referencia a *ser-en-el -tiempo*. Para Van Manen, toda experiencia requiere

de un momento para que se manifieste (14). La experiencia humana surge entre el tiempo *cronos* (medible, verificable, lineal) y el tiempo *kairós* (la experiencia vivida) o, dicho de otra manera, entre el tiempo objetivo del reloj y el tiempo subjetivo fenomenológico (17). Todo lo que nos sucede se manifiesta en un momento dado y se recoge como experiencia vivida (18). La materialidad, o las cosas vividas, por último, hace referencia al significado que tienen las cosas o los sucesos en sí mismos en la vida de los sujetos y que, a su vez, median sus relaciones (16). La materialidad manifiesta cómo son vivenciadas las cosas y cómo contribuyen al sentido del sujeto, como las ideas, las acciones, las vivencias, los acontecimientos y los descubrimientos.

3.2 MARCO TEÓRICO

3.2.1 Contexto epidemiológico de los trastornos hipertensivos del embarazo

Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen una de las principales causas de mortalidad materna y perinatal en todo el mundo (19). La preeclampsia es un trastorno hipertensivo relativamente común durante el embarazo, de presentación progresiva y causa desconocida, que conlleva con frecuencia graves complicaciones maternas y perinatales (20). La preeclampsia, además, constituye un problema de salud pública (21). Según estadísticas de la organización Mundial de la Salud (OMS), más de 166 mil mujeres mueren al año por causa de preeclampsia severa. Aunque a nivel mundial incide significativamente en las tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal (22), el impacto de la enfermedad es más severo en países en desarrollo (21), pues esta condición, que es la principal causa de morbilidad materna en el mundo y registra una incidencia que va del 5 al 10% en todos los embarazos, puede aumentar entre 5 y 9 veces en los países en vías de desarrollo (23–25).

La tendencia del comportamiento de la vigilancia de la MME en Colombia, desde 2012 hasta 2019, fue en aumento. Hasta la semana epidemiológica 22 de 2019 (26), se notificaron 9.838 casos de morbilidad materna extrema. El promedio de casos notificados por semana fue de 447, con un mínimo de 331 casos en la semana 01 y un máximo de 505 en la semana 19. La razón de MME nacional preliminar fue de 38,3 casos por cada 1.000 nacidos vivos, con un comportamiento similar a lo reportado para la misma semana del año inmediatamente anterior. De acuerdo con las causas agrupadas de MME por grupos de edad, se identifica que las mujeres mayores de 35 años concentran la razón más alta para trastornos hipertensivos como la preeclampsia severa (46 casos por 1.000 nacidos vivos). Para el 2020, la tasa trastornos hipertensivos fue de 74,1%, 28,1 casos por cada 1.000 nacidos vivos (27). Asimismo, una de las principales causas de morbilidad y

mortalidad materna en la región cordobesa se encuentra asociada a los trastornos hipertensivos de la gestación.

3.2.2 Aspectos sociales de la preeclampsia

Los factores sociales que influyen en la preeclampsia han sido ampliamente reportados en la literatura: las condiciones económicas y psicosociales de las mujeres, las barreras de acceso y las demoras que tienen que enfrentar para la atención de la emergencia obstétrica. Con el seguimiento de los casos de MME, existe la ventaja de analizar los casos de mujeres que sobreviven a complicaciones potencialmente peligrosas durante el embarazo, parto o puerperio, lo que permite identificar las demoras que se presentan para recibir una atención adecuada en salud. Esta estrategia, reconocida a nivel mundial como “el camino para la supervivencia”, fue adoptada por la OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (28) para la región de las Américas y el resto del mundo. En lo que respecta a la vigilancia en salud pública, por otro lado, la notificación de los casos de MME se realiza a través de la ficha de notificación, cuyo código de evento es 549 y la vigilancia incluye la búsqueda activa institucional (BAI) de los casos que no fueron notificados a SIVIGILA. Este procedimiento se lleva a cabo de forma trimestral (29).

3.2.3 Elementos operativos del seguimiento de los casos de MME

Cuando se habla de morbilidad materna asociada a una preeclampsia severa se habla de sobrevivir a una condición obstétrica que pudo conducir a una muerte materna. Esta situación nos convoca a reflexionar sobre el manejo que está realizando para garantizar la supervivencia, así como sobre el seguimiento que se realiza a las mujeres que presentaron esta condición.

El protocolo de vigilancia de la MME indica la importancia del seguimiento a la mujer luego del egreso hospitalario, con el fin de evaluar su condición de salud, la

adherencia al tratamiento farmacológico y a las recomendaciones hechas durante el alta hospitalaria. Este protocolo establece un conjunto de estrategias para ello, entre ellas se encuentran las llamadas telefónicas y las visitas domiciliarias (3). El seguimiento se debe realizar de forma inmediata y posterior al egreso hospitalario en tres momentos: entre 48 y 72 horas después, a los 42 días y a los tres meses de la notificación del caso (3). Sin embargo, reportes del informe epidemiológico de 2019 señalan que el seguimiento realizado a las puérperas con antecedentes de MME entre las 48 y las 72 horas luego del egreso hospitalario solo se realizó en el 21,5 % de los casos notificados; este seguimiento, además, fue realizado por medio de historia clínica. A los 42 días, se logró un seguimiento al 18,6 % de los casos notificados, mientras que a los tres meses sólo se realizó el seguimiento al 8,8% de los casos por medio de llamadas telefónicas (30).

El seguimiento debe realizarse al 100% de las mujeres notificadas con MME (3). El objetivo del seguimiento es evitar la progresión de la morbilidad, impedir desenlaces fatales y garantizar la salud en diferentes momentos de la atención, incluyendo el periodo posterior al egreso hospitalario, con el fin de suplir las necesidades de planificación familiar, consultas de seguimiento o cuidados especiales, según las secuelas presentadas (3). Con todo, los porcentajes mencionados no son más que un reflejo del bajo cumplimiento de las aseguradoras en la planeación y desarrollo de la gestión del riesgo, pues el seguimiento de los casos está a cargo de la aseguradora (EAPB). Tal situación expone nuevamente a las mujeres a enfrentar embarazos subsecuentes con periodos intergenésicos cortos y aumenta el riesgo de morir en un futuro embarazo.

Para el seguimiento posterior al egreso hospitalario, se debe evaluar el progreso de la mujer durante el puerperio, incluida la valoración del entorno social y familiar. A fin de evitar reingresos hospitalarios, es necesario adherirse al tratamiento médico y a las recomendaciones hechas en el alta, sobre todo a la detección de

signos de alarma. En la resolución 3280 (31), se establece la provisión de métodos anticonceptivos luego del evento obstétrico, responsabilidad que ha sido delegada al prestador. Sin embargo, muchas mujeres, pese a haber una experiencia traumática en la que casi pierden la vida, no optan por un método de planificación familiar definitivo, con lo que aumenta la posibilidad de exponerse nuevamente a un embarazo de alto riesgo.

Hay que considerar que los trastornos hipertensivos tienen como característica la recurrencia. Tal factor de riesgo incrementa las posibilidades de presentar este evento en un embarazo subsecuente y, con ello, la posibilidad de muerte materna. Los profesionales de salud suelen juzgar a las mujeres que se vuelven a embarazar después de una gestación complicada, pero desconocen muchas veces que existen factores de orden individual, social y cultural que inciden notablemente en este tipo de comportamientos.

3.2.4 Análisis fenomenológico de la experiencia de mujeres con trastornos hipertensivos en el embarazo

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 (32). 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 (33,34), de modo que su objetivo es describir el significado tanto de lo que se experimentó como de la manera en que se experimentó (35). 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 (36,37).

Al analizar las experiencias vividas, el investigador debe estar abierto al mundo, a la vida y al fenómeno en el que se enfoca; es decir, debe tener curiosidad y mantener una mente abierta en la búsqueda de significado. El investigador debe también adoptar una sensibilidad al significado de las experiencias vividas, lo que implica identificar y tomar conciencia de las ideas preconcebidas que podrían influir en el análisis (38). A lo largo del proceso de investigación, particularmente del análisis, debe lidiar con la actitud natural y los supuestos previos para estudiar y comprender los datos e intentar dejar de lado las propias experiencias y suposiciones tanto como sea posible; en otras palabras, debe mantener una postura crítica y reflexionar sobre la comprensión de los datos y el fenómeno (39). Debe, en fin, hacer *epoché*: adoptar una actitud de abstención de juicios, de conocimientos previos, de conceptos y de teorías. No se trata de negar el conocimiento que se tiene sobre determinada experiencia vivida, sino de estar atento a lo que ya se sabe y dejar que la experiencia se muestre a sí misma (40).

Según Ayala Carabajo (41), el enfoque de van Manen es conocido como la fenomenología de la práctica, la fenomenología del mundo de la vida o la fenomenología 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 (14,35). El método propuesto por Van Manen (18) 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. Se espera que con este trabajo de investigación los lectores puedan evocar recuerdos a través de las experiencias vividas por estas valientes mujer

3.3 MARCO DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

La MME es considerada una complicación obstétrica severa que pone en riesgo la vida de la gestante y requiere una intervención médica urgente, con el fin de prevenir la muerte. La Organización Mundial de la Salud la define como un estado en el cual una mujer sobrevive a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o el período comprendido en los 42 días siguientes a la terminación del embarazo (29). En la literatura consultada (42–44), sin embargo, se evidencian vacíos teóricos con relación a la MME. La información disponible documenta el fenómeno como un todo, sin considerar particularidades como la experiencia de sobrevivir a una MME. Esto conduce a que las acciones en salud se limiten solo a la atención clínica y dejen de lado los significados y las experiencias vividas como elementos clave para brindar un cuidado integral a la mujer-madre como ser humano (45).

El miedo a ser juzgadas o ignoradas durante la atención médica es una constante que parece afectar la confianza de muchas gestantes para comunicar sus molestias físicas. Asimismo, la manera en que el personal de salud habla sobre los riesgos asociados a una MME puede generar miedo en las mujeres. En el estudio desarrollado por Valencia et al. (46), por ejemplo, se identificó que, cuando la comunicación del riesgo se centraba en sentenciar a las pacientes a cuidarse para que no murieran ellas o sus hijos, las mujeres experimentaban miedo, culpa y temor, emociones que retrasaron la búsqueda oportuna de ayuda; algunas, incluso, prefirieron esperar el traslado con la esperanza de que “la molestia” desapareciera sin intervención médica.

Elmir *et al.*, en 2012 (47), realizaron un estudio fenomenológico en el que participaron 21 australianas que experimentaron hemorragia de posparto severa, seguida de una histerectomía de emergencia. Los hallazgos de esta investigación

revelaron tres temas principales: estar cerca de la muerte, tener una histerectomía y revivir el trauma. Este estudio muestra que las mujeres describen su experiencia vivida como un suceso que las situó entre la vida y la muerte y que les significó temor, no solo por sus vidas, sino por la vida y el futuro de sus bebés, parejas y otros miembros de sus familias.

Por su parte, en el estudio realizado por Laza *et al.* (48), las gestantes que tuvieron preeclampsia severa por primera vez percibieron la enfermedad como “inesperada y sin avisar”, mientras que las que ya la habían padecido “esperaron la enfermedad con resignación y angustiante espera”. Iguales resultados en Laza, Pulido y Castiblanco (49). Además, la enfermedad obtuvo una connotación de ajena a la voluntad de las mujeres, lo que generó “falta de control y sentimientos de impotencia y resignación” y, a la vez, reprodujo más temor e incertidumbre. Otro dato relevante de esta investigación reside en que las madres sintieron que su enfermedad provocó que sus hijos fueran ingresados a UCI y fueran “sometidos a complejos y dolorosos procedimientos”. Adicionalmente, la interrupción adelantada del embarazo fue una situación que generó en las madres sentimientos de angustia y culpa.

Laza y Pulido (50), por otra parte, describieron la experiencia vivida por mujeres con preeclampsia y encontraron que este evento generaba miedo y angustia durante el proceso de hospitalización. Asimismo, Pérez y Muñoz (51) identificaron el significado que un grupo de puérperas asignó a la preeclampsia como confianza en estar sanas y temor ante el diagnóstico, dada la inminencia de peligro y el riesgo de muerte. Noguera y Muñoz (52) narraron también los sentimientos de incertidumbre, miedo y ansiedad que experimentó un grupo de gestantes al presentar preeclampsia, luego de no saber qué iba a pasar con su salud y con la salud del hijo por nacer. A su vez, Mapp y Hudson (53) recogieron las experiencias de mujeres en emergencias obstétricas durante el parto e informaron que sentían miedo y angustia. De manera similar, en varios estudios, se ha indicado que las

mujeres que experimentan una cesárea de emergencia presentan miedo por sus vidas y preocupación por la salud de sus bebés (54,55).

Wickramanayake *et al.* (56), finalmente, realizaron un estudio fenomenológico en un hospital de la provincia de Kurunegala, en Sri Lanka, con el propósito de explorar las experiencias de hemorragia en mujeres durante el posparto. El análisis temático cualitativo identificó tres temas principales: la lucha entre la vida y la muerte, la pérdida de normalidad y la información inadecuada. La lucha entre la vida y la muerte surgió después de la sensación de letargo debido a la pérdida severa de sangre; la pérdida de la normalidad se debió al dolor, al menor vínculo con el bebé y a la pérdida de la intimidad; la comunicación inadecuada entre los profesionales de la salud hizo que las madres se sintieran impotentes y provocó una falta de información sobre la situación. En conclusión, la HPP creó una angustia fisiológica y emocional para las madres; por eso, los autores sostienen que todas estas experiencias afectan la calidad de vida de la madre y del bebé y que, en consecuencia, los profesionales de la salud deben prestar más atención a estos procesos.

Las experiencias documentadas hasta el momento indican que es común que las mujeres recuerden sus experiencias de parto con profunda emoción (57), sobre todo si experimentan complicaciones inesperadas que amenazan su vida. La evidencia empírica señala, además, que las experiencias de las mujeres frente al recuerdo del parto pueden durar meses o, incluso, años, especialmente si este fue un evento traumático (58). Este argumento motiva que los investigadores de este estudio ahonden en la experiencia vivida de un grupo de mujeres que tuvieron que enfrentar y sobrevivir a una MME.

3.4 MARCO DE ANTECEDENTES LEGALES

En el presente apartado, se documentan inicialmente las acciones y políticas públicas para el abordaje de la salud materno perinatal que buscan reducir la mortalidad materna en Colombia. Luego de esta reseña, se describen las acciones encaminadas a brindar seguridad en la paciente obstétrica, de acuerdo al modelo de atención de maternidad segura.

Existen varias acciones y políticas públicas dirigidas a mejorar la salud materna y perinatal de la población gestante en el territorio nacional. Una de ellas es la política de salud sexual y reproductiva del Ministerio de la Protección Social, la cual establece dentro de sus líneas de acción el componente de maternidad segura (59). Estas acciones están destinadas a garantizar a las mujeres una adecuada y oportuna atención, desde la etapa preconcepcional, la gestación, el parto y el puerperio. El interés de estas acciones es manejar los riesgos asociados a la maternidad por medio de un diagnóstico precoz y una detección oportuna de todas las complicaciones que puedan afectar la evolución normal del embarazo. Desde la década de los 90, el Ministerio de Salud, con el apoyo de diversas entidades como el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), ha promovido un conjunto de estrategias para la reducción de la mortalidad materna (MM) en el país.

Inicialmente, en la Constitución Política de Colombia de 1991, en el artículo 43, se hace referencia a la igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres y se enfatiza que las mujeres no podrán ser sometidas a ninguna clase de discriminación durante el embarazo, parto o posparto y que recibirán protección del estado, especialmente si son cabeza de familia (60). De igual forma, en el artículo 49, se expresa que la salud es un servicio público a cargo del Estado, por lo que se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud (60). Asimismo, la Ley Estatutaria de Salud, ley 1751 (61), establece la salud como un derecho fundamental autónomo e

irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, que comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la misma (62). De acuerdo con este marco legal, el Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.

Otro de los antecedentes legales que sustentan este trabajo consiste en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (63). Este plan tiene como propósito afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, con el fin de acceder a un mayor nivel de bienestar como condición esencial para la vida. Se trata de un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios, para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia. Así también, plantea estrategias de intervención colectiva e individual que involucran a diversos sectores, dentro y fuera de los servicios de salud.

Otro antecedente importante reside en los objetivos de desarrollo sostenible, también conocidos como objetivos mundiales. Dentro de los aspectos de interés de esta iniciativa mundial, se encuentra reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna, así como un llamado universal a la adopción de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad.

En el contexto colombiano, se cuenta con el *Modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica* en instituciones de salud del Ministerio de Salud y Protección Social (64). Este modelo constituye una herramienta para evaluar la respuesta institucional de baja, mediana y alta complejidad frente a las

emergencias obstétricas, así como para determinar las causas de las fallas en el proceso de atención a partir de los casos evaluados y para construir un plan de mejoramiento que disminuya la probabilidad de ocurrencia de la morbilidad y la mortalidad materna. El modelo pretende también proteger el derecho a la vida, a la salud y a los beneficios del progreso científico y responde a la necesidad de buscar estrategias que permitan reducir la mortalidad materna y las disparidades en dicha tasa entre los distintos municipios, regiones geográficas, grupos socioeconómicos y grupos étnicos. A partir de dos componentes, evaluación de la capacidad de respuesta de las instituciones de salud frente el manejo de la emergencia obstétrica y evaluación clínica de casos individuales, el modelo propone elaborar planes de mejoramiento y construir los indicadores institucionales para evaluar el impacto de las mejoras implementadas (64).

Por otro lado, se encuentra el *Protocolo de vigilancia en salud pública para la morbilidad materna extrema* (65), especialmente la preeclampsia severa. Este protocolo contribuye de manera significativa a la evaluación del estado de la salud materna en el país, así como a la formulación e implementación de estrategias para mejorar la salud materna. El protocolo orienta el análisis, no solo del evento precursor de la mortalidad, sino también de las posibles causas de discapacidad generadas por las complicaciones. Según el protocolo, realizar vigilancia en salud pública de la MME permite estimar la magnitud y tendencia del evento, activar mecanismos de respuesta inmediata y orientar acciones para mejorar la calidad de atención obstétrica en busca de la disminución de la morbilidad, las discapacidades evitables y la mortalidad materna y perinatal en el territorio nacional (65).

En último lugar, y no menos importante, están las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS (31). En ellas, se definen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del Sistema de Salud

(territorio, asegurador, prestador y otros sectores). Asimismo, se ordena la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta a la atención e intervenciones en salud de todas las personas, familias y comunidades. A partir de la resolución 3280 del 2018 (31), se crea la ruta de atención integral materno-perinatal, la cual busca integrar acciones en salud de orden individual, institucional y comunitario desde la preconcepción hasta el posparto, incluyendo la atención de las principales emergencias obstétricas para mejorar la salud y contribuir a la reducción de las tasas de mortalidad materna en el país. La resolución 3280 tiene un capítulo específico para el abordaje o atención de las principales emergencias obstétricas. Para efectos de esta investigación, se hace énfasis en el manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo como una de las principales causas de MME durante la gestación.

1. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente es un estudio cualitativo con aproximación fenomenológica hermenéutica-interpretativa (34,39,66). 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 particular de la experiencia vivida y su significado en el cuerpo vivido (67). 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 (68). El objetivo es, pues, crear un texto evocativo que esboce la experiencia tal como es vivida por las personas (69,70).

En este estudio se privilegia el significado de la experiencia vivida de un grupo de mujeres con MME asociada a trastornos hipertensivos del embarazo. Tal abordaje permitió comprender los significados otorgados por las mujeres y, a partir de los conocimientos generados, orientar su cuidado en los diferentes contextos de la atención obstétrica. Para comprender la experiencia vivida, se empleó el método fenomenológico hermenéutico interpretativo, guiado por los cuatro “existenciaros” propuestos por Van Manen: la temporalidad (el tiempo vivido), la espacialidad (el espacio vivido), la corporalidad (el cuerpo vivido) y la relacionalidad (las relaciones humanas vividas) (14,32,71). El concepto de existenciaro hace referencia a aquello que determina la estructura real de la existencia humana. El concepto fue introducido por Heidegger en su obra *Ser y tiempo*; allí, se realiza un análisis ontológico señalando que la esencia de “ser y estar ahí” reside en la experiencia vivida (13).

El cuerpo vivido se refiere al hecho fenomenológico de estar de forma corpórea en el mundo. Este existenciarlo, desarrollado entre otros filósofos por Merleau-Ponty (72) en la *Fenomenología de la percepción*, supone el cuerpo como el núcleo de nuestra existencia y la base de cualquier interacción con el mundo. Es en la experiencia corporal donde se posibilita la interpretación y comprensión del mundo que nos rodea. Las cosas vividas, la manera en que son experimentadas, posibilitan las relaciones entre los seres humanos y el mundo circundante. Van Manen destaca la relación de las cosas con su significado y la forma en que son experimentadas en el fenómeno que se está estudiando, lo que refiere al significado de las cosas materiales y a las cosas experimentadas como extensiones de nuestros cuerpos y mentes (73).

El tiempo vivido representa el tiempo subjetivo o la forma temporal de estar en el mundo. La experiencia vivida tiene, en primer lugar, una estructura temporal; las dimensiones temporales del pasado, el presente y el futuro constituyen los horizontes del paisaje temporal de una persona (14).

El espacio vivido, o la espacialidad, es una parte constitutiva del estar-en-el-mundo paralela a la temporalidad. Para Van Manen (14), este espacio es considerado el tema existencial que nos relaciona con el mundo en el que los seres humanos nos movemos. Los términos fenomenológicos *estar situado* y *significado situado* están definidos por la interacción, la interpretación y el entendimiento de la situación unidos a la persona que habita en el mundo. La situación, a su vez, está determinada por una dimensión temporal que incluye interpretar cómo la persona se encuentra en el presente teniendo en cuenta sus experiencias pasadas.

Las relaciones humanas vividas hacen referencia a las relaciones que mantenemos con los demás en el espacio interpersonal que se comparte con ellos; es un sentido existencial más amplio que los seres humanos buscan en la experiencia con el otro (14).

Estos conceptos son relevantes porque es necesario centrarse en la experiencia vivida y buscar su significado a fin de dilucidar cada fenómeno. Es decisivo, por lo tanto, asumir el reto de poner entre paréntesis las preconcepciones y los prejuicios y dejar que “las cosas se manifiesten por sí mismas”. Dicho de otro modo, se trata de dejar que la investigación desarrollada hable a otros investigadores que puedan servir de espejo y de guía en este recorrido (74).

4.2 PARTICIPANTES DE ESTUDIO

Según la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) (75) 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*. La selección de la muestra de estudio se realizó por medio de un muestreo intencional, identificando en la base de datos aquellas mujeres que presentaron MME según los criterios definidos en el protocolo de MME del Instituto Nacional de Salud Pública, relacionada con enfermedad específica (para efectos de esta investigación, mujeres que presentaron preeclampsia severa).

La referente departamental de maternidad segura fue un portero de esta investigación; 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 entrevistas fueron grabadas con previa autorización de las participantes y transcritas fielmente para su posterior análisis y descripción. La duración de las entrevistas osciló entre 45 y 60 minutos. 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. Se realizó una lectura y relectura a fin de alcanzar la familiarización con el texto y captar el significado como un todo, procedimiento que es denominado por Van Manen como lectura integral del texto con aproximación holística (35).

Posteriormente, mediante las aproximaciones de lectura detallada, es decir, línea por línea, frase o grupo de frases, fueron identificadas las primeras unidades temáticas. Se resaltaron en cada línea o frase los aspectos considerados significativos, de acuerdo con lo narrado por las participantes. Estas unidades de análisis capturaron los significados esenciales de la experiencia vivida por los sujetos de estudio y correspondieron con interpretaciones preliminares del fenómeno de estudio.

El paso siguiente fue la revisión de los temas emergentes, buscando sus interconexiones (76). Para ello, se identificó un listado de frases que sirvió de apoyo a los temas relacionados. En esta etapa, se realizaron agrupaciones de algunos temas, con el fin de encontrar conceptos o patrones temáticos que permitieran una descripción densa y profunda del fenómeno de estudio. Una vez concluido el análisis de las entrevistas, se construyó una tabla en Microsoft Word con los temas emergentes, seleccionados en torno a los existenciaros propuestos

por Van Manen. Luego, se dio paso a la estructuración de la escritura del texto narrativo que muestra la experiencia vivida de las participantes de manera reflexiva; sus características poéticas permitirán develar su significado a través del lenguaje (77).

4.2.1 Selección de las participantes de estudio

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. Para la presente investigación, la selección de las participantes de estudio se realizó de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión.

4.2.2 Participantes de estudio y criterios de inclusión

Este estudio incluyó a:

- 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.
- Mujeres mayores de 18 años de edad, sobrevivientes a una MME relacionada con preeclampsia severa, entre 42 días del egreso hospitalario y seis meses después de esta experiencia.
- Mujeres sobrevivientes a una MME relacionada con preeclampsia severa, en condiciones físicas y mentales para narrar su historia de vida al momento de las entrevistas, orientadas en tiempo, persona y espacio.

4.2.3 Criterios de exclusión

Este estudio excluyó a:

- Mujeres menores de 18 años de edad, sobrevivientes a una MME relacionada con una enfermedad específica distinta a preeclampsia severa.
- Gestantes o puérperas que ingresaron a UCI por falla orgánica causada por una lesión de causa externa (LCE), víctima de violencia física, intento suicida, intoxicación accidental y accidente.
- Mujeres mayores de 18 años de edad, sobrevivientes a una MME, entre 48 y 72 horas del egreso hospitalario, que presentan labilidad física y emocional.

4.2.4 Portereros

Inicialmente se había contemplado realizar la captación de las participantes de estudio en una institución de salud de III nivel de ciudad de Montería, puesto que se otorgó aval institucional para la identificación de los potenciales sujetos de estudio a través de la revisión de las historias clínicas (ver Anexo 3). La investigadora principal, maestrante Marlene Baena Nieto, contaba con el aval del subdirector científico de la institución (ver Anexo 4); sin embargo, se reconsideró esta opción, toda vez que la investigadora laboraba en la institución y, de alguna manera, existía un conflicto de intereses que podría generar sesgos en el proceso de selección de los sujetos de estudio. Para efectos de este proceso, se pretendía asumir una postura neutral en las que las relaciones de poder médico-paciente no estuvieran presentes. Consciente de esta dificultad, la investigadora tuvo contacto con la referente departamental de maternidad segura, quien facilitó la base de datos del seguimiento a los casos de MME del departamento de Córdoba.

Para esta investigación, se tomó la decisión de analizar la experiencia vivida de un grupo de mujeres con preeclampsia severa teniendo en cuenta dos razones importantes. La primera tiene que ver con que no podíamos comprender las vivencias de un grupo variado de condiciones, sino de una en particular, dada la variabilidad y las características distintivas de cada una de ellas. La segunda se relaciona con la decisión de trabajar solo con mujeres que sobrevivieron a una preeclampsia severa puesto que esta condición tiene una alta incidencia y prevalencia en el departamento de Córdoba.

4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se realizó una entrevista fenomenológica a profundidad (78), 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 (79) proporcionó un excelente instrumento heurístico para combinar los enfoques prácticos, analíticos e interpretativos implícitos en todo proceso de comunicación. A través de la entrevista, se realizó un intercambio verbal con las participantes de estudio, lo que propició una relación interpersonal real, de carácter privado y cordial. Las participantes relataron vivencias relacionadas con la preeclampsia severa, especialmente la manera en que ellas percibieron y comprendieron sus experiencias. Asimismo, se procuró la máxima variación de las informantes de estudio con el fin de brindar mayor rigor y credibilidad a los resultados (80). 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 estaban suficientemente explicadas en términos de sus propiedades y dimensiones.

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. La investigadora principal utilizó pseudónimos y códigos alfa numéricos que permitieron llevar una secuencia cronológica de las entrevistas realizadas. Una vez transcrita, se procedió a borrar la grabación de la entrevista; los archivos se guardaron bajo clave de acceso, de manera que la identidad de las participantes sea preservada y nadie pueda reconocer que el texto de la entrevista corresponde a su vivencia.

Al concluir cada sesión, las grabaciones de cada encuentro fueron revisadas con gran detalle, con el fin de orientar las entrevistas posteriores y devolver partes del relato a las participantes de estudio. A cada una de ellas, se le envió vía WhatsApp, al finalizar el trabajo, su narración en forma de texto escrito para su revisión y verificación de la fidelidad de lo transcrito. Esto ayudó a la investigadora a confrontar sus intuiciones, análisis y marco de interpretación con el discurso consciente de las participantes de estudio.

Es importante anotar que participar en esta investigación no representó ningún tipo de beneficio económico ni material para las participantes de estudio, ni fue afectada de ninguna manera la calidad de los servicios o programas de salud al que acceden habitualmente las participantes de estudio. Compartir sus experiencias vividas fue una oportunidad para que las informantes de estudio pudieran desahogar sentimientos que fueron acogidos y escuchados por la entrevistadora sin juzgarla (ver Anexo 1). La investigadora trató de suspender las creencias relacionadas con la preeclampsia severa, asumiendo una actitud neutra, no en el sentido de negar las experiencias en torno al fenómeno, si no de reflejarlas y cuestionar su práctica como ginecobstetra. Esto posibilitó que

emergiera el sentido de los hechos que no habían sido observados y que se estableciera un contacto directo con el fenómeno de estudio.

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. No representó un proceso fácil para la investigadora despojarse de juicios de valor, si bien se adoptó una postura neutral ante los hechos y acontecimientos narrados por las participantes de estudio. Junto con el director de la investigación, se tomó la decisión de entrevistar a mujeres fuera del contexto en el que se encontraba laborando la investigadora, para evitar que las respuestas de las participantes de estudio se vieran afectadas por la relación entre médico tratante y paciente.

Durante las entrevistas, la investigadora no se presentó como ginecobstetra, sino como estudiante de Maestría en Salud Pública. Sin embargo, informó a las participantes del estudio sobre la manera en que había tenido acceso a sus números de contacto. Después de explicar el propósito de la investigación y haber leído el consentimiento informado, se procedía a hacer las entrevistas a profundidad, con especial foco en las experiencias vividas de las participantes de estudio.

4.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La investigación fenomenológica hermenéutica implica centrarse en la experiencia vivida tal como la vivimos, no como la conceptualizamos. Una actividad de escritura es esencial, porque representa el estudio de la existencia humana a partir de interpretaciones múltiples de los significados construidos por los sujetos,

pues la “experiencia vivida es una expresión textual de su esencia, de tal modo que el efecto del texto es a la vez un revivir reflejo y una apropiación reflexiva de algo significativo” (81). Con base en estas premisas, el análisis de la información estuvo guiado por los cuatro principios del análisis temático propuesto por Van Manen: reflexión, descripción, escritura y reescritura (14,81). Van Manen reconoce que existe un modo de abordar los aspectos metodológicos de la fenomenología; es decir, hay una manera de investigar. Las sugerencias metodológicas propuestas por este autor son entendidas como un conjunto de pasos a seguir al realizar una investigación hermenéutica-fenomenológica (ver Tabla 1).

Tabla 1. Fases del método fenomenológico hermenéutico.

Fases del método fenomenológico hermenéutico	Van Manen hace algunas indicaciones para describir correctamente una experiencia vivida.
I Fase: Identificar presupuestos	Se trata de establecer los presupuestos y preconceptos desde los cuales parte el investigador, con el fin de reconocer cómo podrían intervenir en la comprensión del fenómeno de estudio. Este proceso se conoce en la fenomenología hermenéutica como <i>epoché</i> .
II Fase: 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. Debe ser lo más detallada posible e incluir los sentimientos evocados, el estado de ánimo, las emociones, etc. Debe centrarse en un suceso específico o una experiencia concreta, que se caracterice por su intensidad, y procurar que los sujetos de estudio se focalicen en ella y la recuerden como si se tratara de la primera vez. Debe concentrarse en las respuestas del cuerpo, en las sensaciones relacionadas con los órganos de los sentidos: sonidos, olores, percepciones visuales, etc. Debe evitar el uso de frases exageradas o rimbombantes.
III Fase: Comprender la experiencia vivida	Se trata de efectuar un contacto más directo con la experiencia del sujeto de estudio tal como se ha vivido. Para ello es necesario comprender la experiencia a partir de: 1- Elaborar significados de un mismo hecho; es decir, estar atentos al texto como un conjunto, considerar qué frase podría englobar el significado esencial del

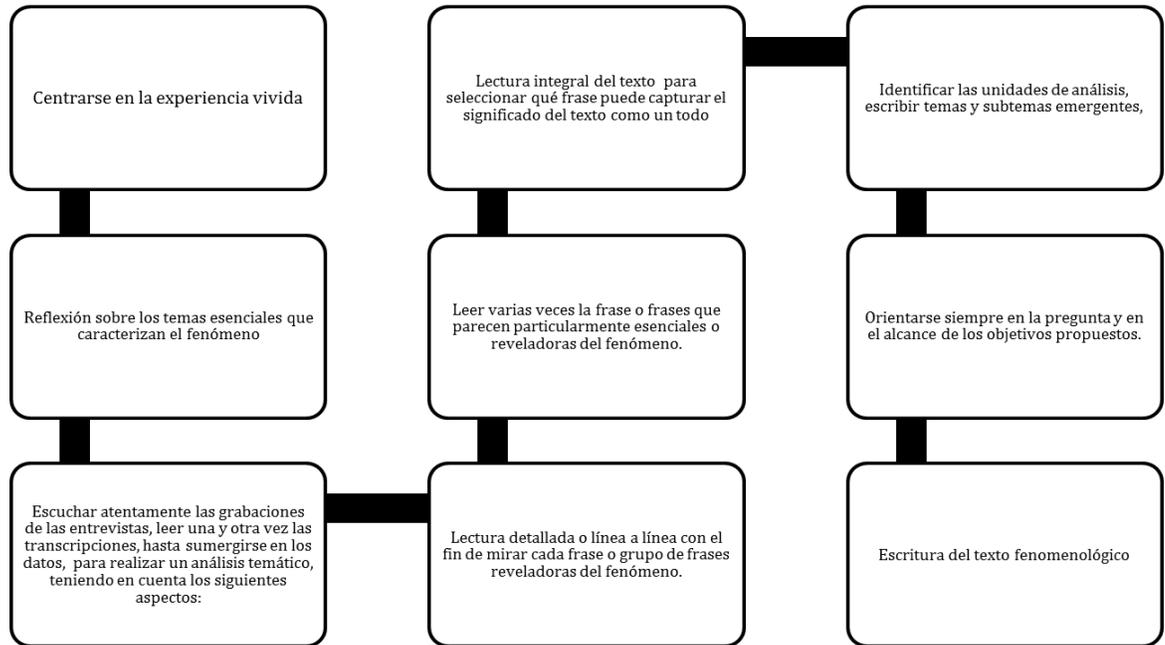
	<p>texto como un todo (81) y procurar en lo posible expresar el significado atribuido a la experiencia vivida a partir de tal frase.</p> <p>2- Identificar las unidades temáticas emergentes.</p> <p>3- Determinar el tema central que predomina en cada unidad temática.</p>
<p>IV Fase: Escribir-reflexionar sobre la experiencia vivida</p>	<p>Con el texto fenomenológico, 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 <i>un efecto de evocación de la experiencia vivida</i> que, de acuerdo con Ayala (41), es tan significativa que logra conmover lo más profundo de nuestro ser.</p>

Fuente: adaptado de Van Manen (81).

4.5 RUTA METODOLÓGICA

La presente investigación buscó analizar la experiencia de un grupo de mujeres que sobrevivieron a una preeclampsia severa durante el embarazo tal y como es descrita por ellas, de acuerdo con aspectos éticos y de rigor metodológico. Esto se alcanzó respetando la fidelidad de las narraciones, lo que resulta posible al mantener una actitud fenomenológica durante el proceso de análisis. Así, se pretende alcanzar el objetivo de estudio y reconstruir la experiencia vivida de las participantes. Siguiendo los lineamientos propuestos por Van Manen, la presente investigación tuvo en cuenta los siguientes aspectos metodológicos:

Figura 2. Aspectos metodológicos



Fuente: Van Manen (82).

4.6 CRITERIOS DE RIGOR METODOLÓGICO

El rigor científico se mantendrá bajo los criterios de credibilidad, confirmabilidad y transferibilidad o aplicabilidad propuestos por Lincoln y Guba (83), así como por el criterio de reflexividad.

Credibilidad. Para lograr que los hallazgos fueran reconocidos como reales o verdaderos por las participantes del estudio, las grabaciones de cada entrevista fueron transcritas textualmente por la investigadora una vez concluyó cada sesión (84). Fueron también revisadas minuciosamente con el fin de orientar la necesidad de nuevos encuentros para indagar o profundizar en aspectos relacionados con las experiencias vividas. Asimismo, se devolvieron los relatos a las participantes para la validación de las interpretaciones.

Confirmabilidad. Para cumplir con este criterio, los hallazgos fueron presentados al grupo de mujeres que participaron en el estudio. Adicionalmente, se expone todo el proceso de investigación con el fin de trazar la ruta que conduciría a los resultados, para que otros investigadores interesados puedan seguir esta metodología (84).

Transferibilidad o aplicabilidad. Si bien el estudio permitirá su aplicabilidad en grupos y contextos con características similares, para mantener este criterio, se presenta en el informe final, de igual forma, se mantuvo un registro detallado y riguroso de los hallazgos (84).

Reflexividad. Entendido como la conciencia del investigador y su situación con la conexión en la investigación, este criterio inició con la introspección de la investigadora como ginecobstetra, que fue consignada en notas reflexivas sobre las motivaciones, el interés en el fenómeno y la relación con la vida personal y profesional. Se explicitan preconcepciones, creencias, conocimientos y sesgos (85).

4.7 CONSIDERACIONES Y ASPECTOS ÉTICOS

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 (86) y en los requerimientos básicos para evaluar aspectos éticos en investigación, propuestos por Ezequiel Emanuel (87). 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 (ver Anexos 5 y 6).

4.7.1 Aspectos de propiedad intelectual y derechos de autor

La propiedad intelectual de los resultados y la responsabilidad de los conceptos que se emiten en la presente investigación pertenecen al grupo de trabajo que estuvo conformado por el asesor metodológico, el asesor temático y la estudiante de Maestría en Salud Pública. Este documento podrá ser consultado y utilizado para los fines pertinentes, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual y los derechos de autor de los investigadores principales.

4.7.2 Estrategias de socialización de los hallazgos

Los resultados de la presente investigación se socializarán a través de la disertación pública. El producto final de este proceso de formación de Maestría contempla dos ejemplares del manuscrito, uno en medio físico y otro en magnético, de acuerdo con los lineamientos de la dirección de Posgrados de la Maestría en Salud Pública de la Facultad Ciencias de la Salud para la entrega de tesis al repositorio institucional de la Universidad de Córdoba. Asimismo, los resultados de esta investigación serán publicados en una revista indexada y socializados en eventos académicos una vez cuente con la aprobación de los pares evaluadores.

2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS 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.

Tabla 2. Características demográficas de las participantes de estudio.

Pseudónimo	Edad	Condición civil	Paridad	Escolaridad	Procedencia	Régimen de Afiliación
Zara	29 años	Unión libre	G1	Bachiller	Chinú	Subsidiado
Ruth	39 años	Unión libre	G3	Bachiller	Lorica	Subsidiado
Salomé	19 años	Unión libre	G1	Bachiller	Montería	Subsidiado
Esther	23 años	Unión libre	G1	Bachiller	Tierralta	Subsidiado
Raquel	31 años	Unión libre	G2	Bachiller	Cereté	Subsidiado

Fuente: Entrevistas de estudio.

Los resultados de este estudio se presentan de acuerdo con la propuesta de Flórez, Giraldo y Arzuaga (16) y fueron agrupados en torno a los cinco existenciaros que guiaron el proceso de reflexión, análisis y escritura fenomenológica propuesto por Van Manen, a saber: el espacio vivido, el tiempo vivido, las cosas vividas, el cuerpo vivido y las relaciones humanas vividas (14). Para la descripción de los resultados y la evocación de la experiencia de las mujeres participantes que sobrevivieron una preeclampsia severa, se presentan los significados que ellas otorgaron a su experiencia, así como la relación entre las partes y el todo (ver Figura 3). Asimismo, se exponen 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.

El espacio vivido muestra 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. 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.

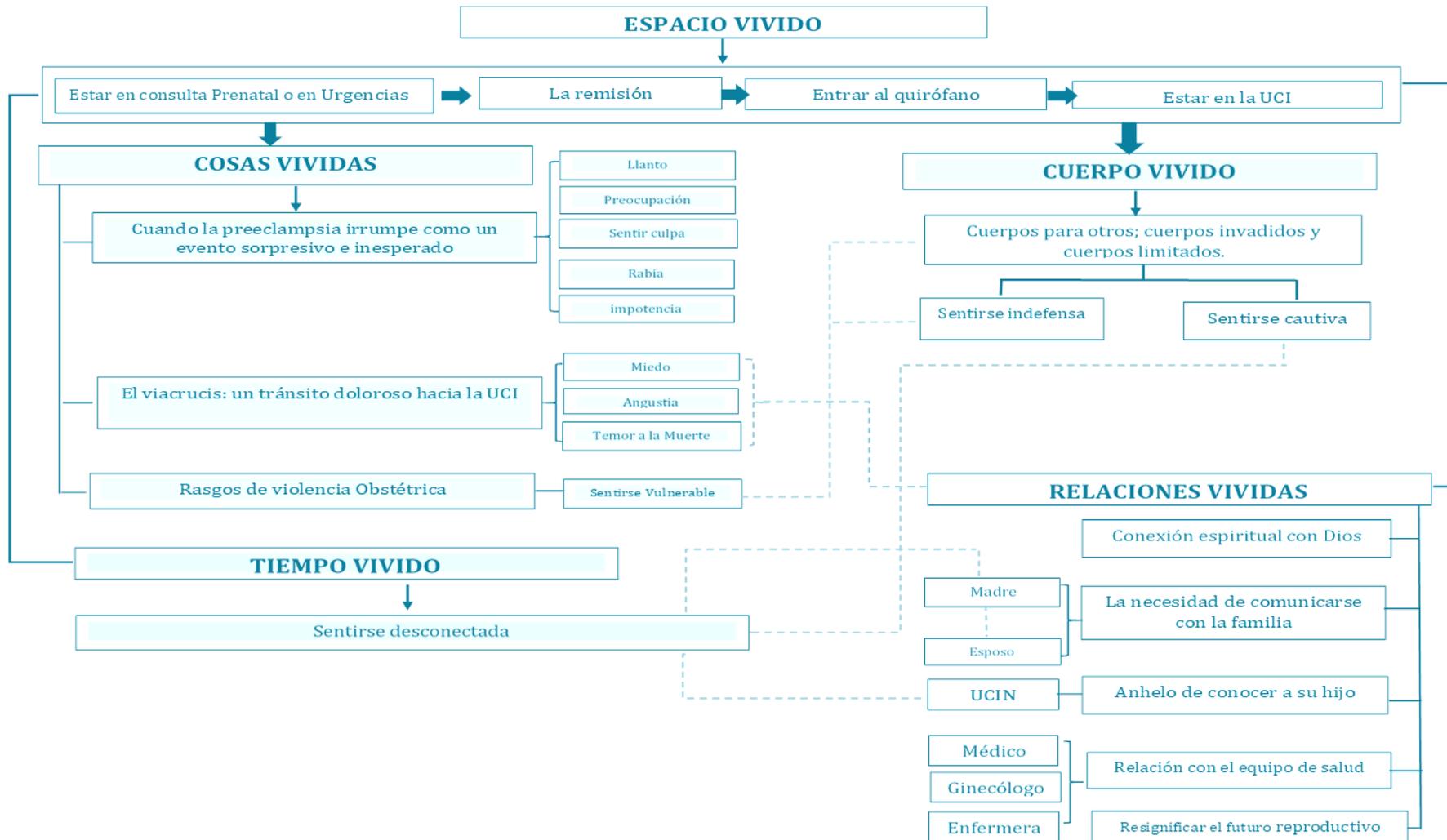
En este estudio, se identificaron cuatro espacios vitales para recrear y encarnar las experiencias vividas. El primero de ellos documenta las vivencias de las mujeres durante la consulta prenatal o la consulta de urgencias; en este espacio reciben de manera sorpresiva el diagnóstico de preeclampsia. 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.

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. 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. Quienes viven estas experiencias se sienten vulnerables, sienten que sus cuerpos se encuentran invadidos y limitados, se sienten indefensas y, muchas veces, cautivas. 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. Finalmente, un 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.

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.

Figura 3. Significados otorgados por las participantes de estudio a la experiencia de sobrevivir a una preeclampsia severa



Fuente: análisis de las entrevistas a profundidad.

Para reconocer los significados otorgados a las experiencias vividas, el componente hermenéutico-interpretativo fue concebido como un elemento clave en la profundización de este fenómeno de estudio. En este apartado, el análisis y la discusión de los resultados se presentará en torno a los cinco existenciales planteados por Van Manen, siguiendo la propuesta de Flórez, Giraldo y Arzuaga (16).

5.1 ESPACIO VIVIDO

5.1.1 Un viacrucis, de la consulta prenatal a la UCI

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.

Resulta que yo entré al consultorio, el doctor lo que primero vio fue mis pies que estaban muy hinchados y que cuando me tomaron la presión está altísima, entonces lo que hicieron fue remitirme a Montería porque tenía síntomas de preeclampsia.

Zara

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

Yo fui a un control y, de repente, el médico me dice: “te vamos a remitir”. Eso fue horrible. Yo que no quería ir para Montería porque yo decía que yo no quería tener el bebé en Montería porque en esos días la pandemia estaba como que [...] todo era Covid, Covid, y yo estaba también asustada por eso.

Esther

5.1.2 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.

Yo me puse mal. Yo me puse a llorar, y me acuerdo que mi esposo no había entendido de que remitir era que me iban a llevar a Montería, él pensaba que era que me iban a dar de alta [...]. Él me decía cálmate, pero por qué lloras si vamos para la casa. Yo le dije “amor, no nos vamos para la casa, tú no estás entendiendo, cuando dicen remitir es porque me van a llevar para otra clínica [...] deberías estar llamando a tu mamá y a mi mamá para las cosas del bebé”. Ahí fue cuando él empezó a preocuparse y todos nos preocupamos. Fue algo horrible. Me sentía angustiada, tenía mucho miedo por mi salud y la de mi bebé, por la cirugía, por todo. Yo pensé que podía tener un parto normal.

Salomé

Mapp y Hudson (53) indican que muchas mujeres durante una emergencia obstétrica experimentan miedo y angustia. Así también lo reportan Ryding *et al.* (54,55) 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.

Todo era un caos total que había muchas personas y una sola ambulancia que acaba de llegar, entonces deciden de mandarnos a toditos en la misma ambulancia. 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.

Los estudios de Chicaiza y García (88), así como los de Velasco, Navarrete y de la Cruz (89), 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 (90). 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 (91). 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 resolutive para atender una emergencia obstétrica (92).

5.1.3 Entrar al quirófano

Entrar al quirófano por una emergencia obstétrica significó para las mujeres con preeclampsia severa un episodio inesperado pero necesario. Los sentimientos de ansiedad y abandono se hicieron presentes al cruzar la línea roja de la sala de cirugía. Sabían que transitarían a un mundo desconocido, imprevisto y con posibilidades de no retorno. 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.

Ruth

Las expectativas de un parto normal fueron deshechas tras la cesárea. Para la mayoría de las mujeres, la operación cesárea fue su primera intervención quirúrgica; este hecho produjo mucha ansiedad en las participantes de estudio.

5.1.4 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.

Cuando me dijeron que me iban a meter a UCI, me preocupé muchísimo porque yo dije “entonces de verdad sí estoy muy mal”, porque, ajá, imagínese llegar hasta el punto de estar en UCI, que yo primera vez en mi vida en esa situación.

Raquel

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 (93).

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

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.

La verdad es que no me habían dicho que era una preeclampsia severa. Sabía que tenía síntomas de preeclampsia, pero no sabía que era una preeclampsia severa. Yo me entero de eso es cuando ya estoy en UCI, por mi mente pasaron muchas cosas [...] pensé en mi hijo, en mi familia, me sentí muy sola y muy triste.

Zara

Cuando me sacan de cirugía y me llevan a la UCI, me doy cuenta que de mí es que están hablando cuando las enfermeras dicen “ha llegado una cesareada con preeclampsia severa”. Después llega un doctor y me empieza a decir “tú tienes preeclampsia severa, por eso estas aquí en UCI, tenemos que estar cuidándote más cerca” y [...] me dice todo eso y se va.

Ruth

Estar en una UCI y, por ende, cerca de la muerte se convirtió en un acontecimiento trascendental para todas las mujeres. La UCI fue percibida como un lugar en el que se sufre y se padece. Las participantes de estudio fueron espectadoras de su propia situación y de la de otros pacientes críticamente enfermos ahí internados. Estar en UCI significó encarnar un dolor físico y psíquico a la vez, una sensación de incertidumbre que desbordaba en ellas sentimientos de zozobra y temor permanente a la muerte.

5.2 COSAS VIVIDAS

5.2.1 Cuando la preeclampsia irrumpe 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.

Pasé por algo muy duro, pues que, se puede decir, me marcó la vida porque, por más que sea, yo esperaba a mi hija de otra manera. y pasarme una cuestión así [...].

Esther

Cada cosa que vivía, yo decía “pero, ¿qué es esto?, pero, ¿por qué estoy pasando por esta situación?”. Nunca había pasado algo igual y le pedía a Dios que esto terminara rápido. Yo sentía que era como una pesadilla.

Raquel

Los discursos narrados por las participantes de estudio muestran que las mujeres subvaloran los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia. Solo cuando el médico o el especialista comunica las consecuencias de este evento para su vida y la de su hijo por nacer, las mujeres perciben la preeclampsia como una enfermedad grave, lo que genera en ellas una serie de sentimientos y emociones (94).

5.2.2 Sentimientos y emociones presentes durante la experiencia vivida

5.2.2.1 Llanto:

Yo lloraba y lloraba, quería salir de ahí, lloraba mucho. Quería salir de ahí rápido porque nunca había estado en esa situación de estar sola. No, no, eso fue [...] no podría describirte cómo me sentía en se momento. Me sentía sola, no sabía qué hacer, yo quería era estar en mi casa, no estaba acostumbrada a eso.

Salomé

5.2.2.2 Preocupación:

Me encontraba muy preocupada. Yo no tenía el tiempo para que me sacaran la niña. Yo tenía mucho miedo, porque me decían que la niña tenía un problema de restricción del crecimiento, pero el médico me dijo “prepárate que vamos para cirugía”. Yo me quedé como paralizada.

Ruth

La literatura 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 (95). 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.

5.2.2.3 Culpa:

Sí, yo me sentí culpable, porque yo debí, yo debí buscar una manera de no quedar embarazada. Yo sentí que me cayó como un baldado de agua fría al enterarme que tenía otra vez preeclampsia. **Raquel**

Yo sentí que estaba muy grave. Siempre me preguntaba por qué me ocurre esto a mí.

Zara

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.

5.2.2.4 Rabia:

Cuando me dijeron que otra vez tenía preeclampsia, me dije “¿otra vez? Ahora sí me voy morir”. Eso fue lo que pensé. Me sentí muy triste, sentí mucha rabia conmigo misma.

Salomé

5.2.2.5 Miedo:

Yo no sabía muy bien qué era lo que tenía y me asustaron mucho.

Raquel

Sentí mucho miedo, mucho miedo de perder la vida o perder a mi bebé. Sentí mucho miedo, mucho miedo, mucha angustia.

Ruth

Sentía mucho miedo, para qué decirle que no. Estaba preocupada al ver a mi mamá, porque a mí se me estaba yendo la vida. Ver cómo mi mamá estaba desesperada, eso me estresaba más.

Zara

Vasconcelos *et al.* (96) 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.

5.2.2.6 Temor a la muerte:

Temía morir. Temía dejar a mi hijo. Yo ya tenía un hijo de 6, de 7 años, y después a mi mamá. Yo vivo con mi mamá, entonces eso era lo que más temía; era miedo. Realmente temía mucho morirme; en verdad fue Horrible. Yo pensaba que yo me iba a morir. Yo sentía que yo me iba a morir y sola yo me sentía morir. Yo sentía que me estaba muriendo. **Ruth**

La preeclampsia severa fue configurada como una experiencia que puede conducir a la muerte, situación que muchas de ellas lograron evitar y sobrevivir gracias a la intervención oportuna del personal de salud y a la intercesión de una fuerza divina. Estos hallazgos coinciden con los estudios realizados por Pinho Carvalheira (97), Acevedo (96) y Pérez (51), quienes sostienen que, ante la vivencia de una preeclampsia severa, las mujeres manifiestan cercanía con la muerte. Esta es considerada una de las experiencias más trascendentales para las mujeres que logran sobrevivir a una MME. Las mujeres sintieron que no podían hacer nada frente a lo que estaban viviendo, lo que generaba también sentimientos de impotencia y resignación.

5.2.3 Rasgos de violencia Obstétrica:

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 (98); 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.

5.2.3.1 Sentirse Vulnerable:

*En ese tiempo, esa clínica estaba súper llena. Todavía, creo, no estaba la pandemia y estaba llena. Algunos médicos, como en su antipatía, hacen sentir como si uno fuera culpable de estar allá. Y, oye, nadie va a querer estar mal, nadie va a querer estar metida en un hospital o algo así. **Zara***

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

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 (99). Regularmente, en las salas obstétricas, se encuentran mujeres semidesnudas ante la presencia de extraños; solas, en un escenario desconocido, en posición de sumisión total.

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 (100). 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. 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.

5.3 TIEMPO VIVIDO

5.3.1 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.

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***

*Estando en UCI siempre preguntaba qué horas eran, porque ahí encerrada no tenía noción del tiempo, ni cuándo era de noche, ni cuándo era de día, ni qué hora era. Siempre estaba sola. **Raquel***

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 (101) 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.

5.4 CUERPO VIVIDO

5.4.1 Cuerpos para otros, cuerpos invadidos y cuerpos limitados:

El cuidado tiene su génesis en el cuerpo físico. El cuerpo acompaña al sujeto en todas sus vivencias. El cuerpo hace parte del mundo. Bajo esta misma dinámica cuerpo-cuidado, se tiene una relación directa con el tiempo, donde el cuerpo es un testigo silencioso de los acontecimientos que están ocurriendo. Las mujeres que viven la experiencia de sobrevivir a una MME 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.

Las vivencias del cuerpo también se encuentran documentadas en otros espacios, como el quirófano. Este escenario representa para las participantes de estudio un espacio que las despoja de su intimidad; sus cuerpos están sujetos a la manipulación y la invasión. Sienten que su cuerpo es para otros y se entregan a disposición del personal de salud que se encuentra en el quirófano. El cuerpo es cosificado y dispuesto para la realización de intervenciones médicas que requieren vigilancia y control. López (102) 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.

5.4.2 Sentirse indefensa:

Las participantes de estudio manifiestan sentirse indefensas ante experiencias como el dolor, la pérdida de la intimidad, la impotencia de no comunicarse, los cambios en el rol y la incertidumbre sobre el futuro. Montero (103) indica que las profesiones cuya práctica se desarrolla en ambientes altamente tecnificados sitúan

la atención en salud desde una visión reduccionista, fraccionada y orientada desde lo biológico y técnico. Sin embargo, la experiencia de una persona ante una situación crítica de salud, como la de cualquier ser humano en cualquier circunstancia, es única, individual e irrepetible; por ello, la atención en salud debería estar centrada en la persona.

*Yo me sentía indefensa, me sentía débil, me daba pena cómo los médicos y las enfermeras me veían. **Zara***

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

5.4.3 Sentirse presas o cautivas:

*Me sentía, sí, un poco como, no como presa, pero un poco como vulnerable porque yo quería hacer las cosas por mí misma y no podía. **Esther***

Para Noguera y Muñoz de Rodríguez (52), la hospitalización en mujeres con preeclampsia produce alteraciones relacionadas con la falta de descanso, cambios en el estado de ánimo y sentimientos de ansiedad, si bien el hecho de estar hospitalizadas genera, de cierta manera, tranquilidad al percibir que el personal de salud está tomando control de la enfermedad y hay un tratamiento especializado.

5.5 RELACIONES VIVIDAS

5.5.1 Conexión espiritual con Dios:

*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. **Salomé***

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 (51). El estudio realizado por Pérez identificó que la fe en Dios ayudó a las mujeres con

preeclampsia a fortalecerse y a estar optimistas y esperanzadas en su recuperación (51).

5.5.2 La necesidad de comunicarse con la familia:

*A mí me dijeron “al bebé lo vamos a mandar para la casa”. Yo pensé que mi esposo se había ido con el bebé. Ay, Dios, y yo me pongo más mal y lo primero que pasa por mi mente es “me voy a morir aquí y sola”. **Raquel***

*A mí se me bajan las plaquetas, sí, en cinco. Te tienen que poner sangre y me dicen “no, al parecer tienes un líquido en el abdomen y, si eso no se te baja con los medicamentos y con la sangre que te vamos a poner, tengo que entrar al quirófano otra vez y operarte”. **Esther***

*Yo me sentí mal, yo sentí yo no sé ni qué. Yo lo primero que hice fue ponerme a llorar, eso fue. Entonces, yo no sé. Yo pedí un minuto porque no me dejaban hacer llamadas y yo desesperada llorando le dije, le rogué, al enfermero que me lo regalara. [...] Y yo llamé a mi mamá, porque era el único número que yo me acordaba, no me sabía el número de mi esposo, entonces llamé a mi mamá y yo le dije [...]. Me puse a llorar y me puse mal, claro, muy mal. **Ruth***

*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.***

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. 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 (104).

5.5.3 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. 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 (104). 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 hija 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).

Las mujeres desconocían dónde, con quién y cómo se encontraban sus bebés, lo que generaba mucha ansiedad y angustia (105), sobre todo a aquellas mujeres que fueron sometidas a una cesárea de emergencia, en la mayoría de casos, por un estado fetal insatisfactorio. La mayoría de mujeres, después del acto quirúrgico de la cesárea, no tenía información sobre el estado de sus bebés, porque ambos transitaron del quirófano a la UCI. Fueron sus esposos y sus madres quienes las mantuvieron informadas de la condición de salud de sus bebés y quienes brindaban tranquilidad en medio de tanta angustia.

Pues yo me sentía, ¿qué le digo?, tan, pero tan impotente, porque a mí me hacen la cesárea un martes y salgo de UCI el jueves y, por cuestiones de la presión y la misma cesárea, no me permitían ir a verla. Pero mi mamá iba, la veía, me contaba, pero yo, que era la mamá, ni siquiera, imagínese, la conocí un sábado. Zara

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, emocionalmente, yo me sentía mal, muy mal. **Ruth***

*Ver a mi hija ahí. Vuelve y se me vuelve a subir la presión y por eso no me dejaron salir. No me dieron de alta enseguida, sino me dejaron en habitación. **Esther***

*Hubo una noche que yo estaba mal, llore que llore y llore, porque nada que me subían a piso y yo seguía en UCI. Todas las que llegaban no se demoraban ni un día y enseguida las subían; entonces, en ese desespero que a mí me daba, porque yo no podía estar en piso, porque yo sabía que en piso mi esposo podía estar a mi lado y podía estar con el bebé. **Raquel***

Ocampo (106), 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 (106). De acuerdo a Santos *et al.* (107), 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.

5.5.4 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.

*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***

La soledad aparece nuevamente como una experiencia de vital importancia para las mujeres; sentirse solas representó para ellas impotencia y mucha ansiedad. En muchas ocasiones, se sentían invisibles porque nadie les preguntaba nada y, muchas veces, se preguntaban por qué continuaban ahí, si su condición de salud no era igual a la de los otros pacientes internados en la UCI.

*Yo me sentía sola, así las enfermeras me dijeran que mi esposo estaba allá, afuera. **Raquel***

*Yo me sentía sola porque igual nadie hablaba conmigo, nadie me preguntaba nada. **Salomé.***

*Yo estaba sola ahí. Ellas simplemente entraban y hacían lo que tenían que hacer y ya. **Zara***

Emmanuel Lévinas (108) señala que, en la relación de un sujeto con otro, uno de ellos se aproxima al otro reduciendo la distancia que existe entre ambos. Lévinas indica que volcar la mirada hacia el rostro del otro es una forma de conocerlo y ser éticos con lo que hacemos. Desde esta perspectiva, la fenomenología de la responsabilidad por el otro está mediada por la escucha al llamado del otro, es decir, por el encuentro y la disposición para estar con otro antes de que este lo reclame (17).

5.5.5 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 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 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, reconsiderarlo y asesorarme. **Ruth***

*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 esfuerzo, 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 preeclampsia 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***

*Yo, así como pensé que podía perder la vida, por primera vez y por segunda vez, o sea, yo decidí eso, porque no quería, no quiero, o sea, yo no quiero morir, yo pensé en mis hijos. **Ruth***

Tener la experiencia de cercanía con la muerte permitió a muchas mujeres reflexionar sobre su futuro reproductivo (109). 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.

3. 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 reconstruir 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 biomédicos 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. Las mujeres que viven esta experiencia presentan un estado de indefensión total, lo que se convierte en un choque emocional, no solo para ella, sino también para la familia que esperan no perderla.

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, sintieron una invasión de sus cuerpos o templos personales, lo que las condujo a perder el pudor toda vez que 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, sintieron también, 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. La UCI fue percibida como un lugar en el que se sufre y se padece. Estar en UCI significó encarnar un dolor físico y psíquico a la vez, una sensación de incertidumbre que desbordaba sentimientos de zozobra y temor permanente a la muerte.

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.

4. RECOMENDACIONES

Para las instituciones de salud

Se recomienda a las instituciones de salud encargadas de realizar detección temprana de alteraciones del embarazo generar un sistema de alertas tempranas para la identificación de condiciones de riesgo que permitan intervenciones oportunas, como pruebas de tamizaje para preeclampsia. 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 beneficio (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.

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 luego del evento obstétrico, a fin de reducir la mortalidad materna y perinatal, así como los costos asociados a la atención de condiciones extremas durante la gestación y el posparto.

Conocer en conjunto los aspectos físicos y emocionales de las mujeres que sobreviven a la preeclampsia severa o a otra condición de MME como punto de partida para humanizar la atención en salud y responder a las necesidades de la mujer y su familia, a través de los significados que son atribuidos a esta experiencia. 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.

Para la academia

El uso de metodologías cualitativas se concibe como un elemento clave en la profundización de fenómenos de estudio de interés en salud pública; por tanto, se recomienda continuar realizando investigaciones de tipo fenomenológico que permitan la comprensión de los significados que son otorgados por las mujeres durante el continuo reproductivo.

Para la Maestría en Salud Pública

Los resultados de este estudio abren camino a una nueva línea de investigación para la Maestría en Salud Pública. Los abordajes cualitativos generan aportes teóricos importantes para repensar las políticas públicas relacionadas con la comprensión de la preeclampsia severa. Asimismo, ofrecen la posibilidad de profundizar fenómenos de estudio poco explorados en el contexto local.

5. 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. Rangel-Flores Y, Martínez-Ledezma A. La investigación en morbilidad materna extrema “near miss” en américa latina. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 9 de octubre de 2017;34(3):505.
7. World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health [Internet]. World Health Organization WHO; 2011. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44692/9789241502221_eng.pdf;jsessionid=7E38B565FD6D535E29F30DBC5CF5CFFC62?sequence=1
8. Vázquez-Rodríguez JG, Herrera-Escobedo I. Metas del tratamiento de pacientes con preeclampsia, previo al parto, en una unidad de cuidados intensivos. Ginecol Obstet México. 2020;88(1):14-22.
9. Stones W, Lim W, Al-Azzawi F, Kelly M. An investigation of maternal morbidity with identification of life-threatening ‘near miss’ episodes. Health Trends. 1991;23(1):13-5.

10. Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss—towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009;23(3):287-96.
11. American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in Pregnancy: Executive Summary. *Obstet Gynecol.* noviembre de 2013;122(5):1122-31.
12. Curiel E, Prieto M, Mora J. Factores relacionados con el desarrollo de preeclampsia. Revisión de la bibliografía. *Clín Investig Ginecol ObstetEd Impr.* 2008;35(3):87-97.
13. Heidegger M. Contribuciones a la filosofía (Del acontecimiento). Introducción, traducción y notas de Pablo Oyarzun R. Santiago de Chile: Contenido; 1989.
14. Van Manen M. *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing.* Walnut Creek, California: Left Coast Press, Inc; 2014.
15. Van Manen M. Modalities of body experience in illness and health. *Qual Health Res.* 1998;8(1):7-24.
16. Florez Torres IE, Giraldo Mora CV, Arzuaga Salazar MA. La experiencia vivida de la mujer con enfermedad cardiovascular revascularizada: un estudio de caso. *Av En Enferm [Internet].* 1 de septiembre de 2016 [citado 7 de mayo de 2021];34(3). Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/58378>
17. Fernández Guayana T. Fenomenología de la responsabilidad por el Otro: un estudio sobre la vocación de la docencia. *Rev Educ.* 2020; 44:1-1-29.
18. Van Manen M. Fenomenología de la práctica. Método de donación de sentido en la investigación y la escritura fenomenológica. Popayán: Universidad del Cauca; 2016.
19. Condo-Baque CA, Barreto-Pincay GM, Montaña-Parrales GM, Borbor-Sánchez LX, Manrique-Regalado GL, García-Sigcha AJ. Preeclampsia y eclampsia en pacientes atendidas en el área de emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda julio 2016-junio del 2017. *Dominio Las Cienc.* 2018;4(3):278-93.
20. Gómez Sosa E. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* 2000;26(2):99-114.
21. Vargas H VM, Acosta A G, Moreno E MA. La preeclampsia un problema de salud pública mundial. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2012;77(6):471-6.

22. McClure EM, Saleem S, Pasha O, Goldenberg RL. Stillbirth in developing countries: a review of causes, risk factors and prevention strategies. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2009;22(3):183-90.
23. Suárez Gonzalez JA, Veitía Muñoz M, Gutierrez Machado M, Milián Espinosa I, López Hernández A, Machado Rojas F. Condiciones maternas y resultados perinatales en gestantes con riesgo de preeclampsia - eclampsia. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* marzo de 2017;43(1):0-0.
24. Álvarez Báez PL. Hipertensión. En: *Obstetricia y Ginecología.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 126-36.
25. Infante Ricard Y, Avello Faura M, Apiao Brito S, Pérez Piñeda M, Isaac González M. Hipertensión arterial en el embarazo: algunos aspectos epidemiológicos: 2do. semestre de 2004. *Rev Electrón Zoilo Mar Vidaurreta.* 2007;32(1).
26. Equipo de Maternidad Segura, Rozo Gutiérrez N, Grupo No Transmisibles, Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública, Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Informe de morbilidad materna extrema, Colombia, 2019 [Internet]. Instituto Nacional de Salud y Ministerio Nacional de Salud; 2019. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORBILIDAD%20MATERNA%20EXTREMA_2019.pdf
27. Instituto Nacional de Salud, Equipo Maternidad Segura. Informe de Evento. Periodo epidemiológico XIII. Morbilidad Materna Extrema, Colombia, 2020 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORBILIDAD%20MATERNA%20EXTREMA%20PE%20XIII%202020.pdf>
28. Acelas-Granados DF, Orostegui A, Alarcón-Nivia MÁ. Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestantes sin demora en la atención médica según la estrategia camino para la supervivencia. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2016;81(3):181-8.
29. Equipo Maternidad Segura. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Morbilidad Materna Extrema [Internet]. Instituto Nacional de Salud y Ministerio Nacional de Salud; 2016 mar. (PRO-R02.052 Versión 02). Disponible en: <https://www.esecarmenemiliaospina.gov.co/2015/index.php/2014-12-04-19-51-52/estadisticas-vitales/2016-10-26-20-35-51/category/206-protocolos?download=2471:documentos-2016>
30. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal. Semana epidemiológica 23. Morbilidad Materna Extrema. 2019.
31. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta

Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación [Internet]. Resolución 3280 de 2018 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>

32. Van Manen M. But Is It Phenomenology? *Qual Health Res.* mayo de 2017;27(6):775-9.

33. 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.

34. 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.

35. Van Manen M. *Researching Lived Experience. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy.* Londres: Routledge; 1997.

36. Laverty SM. Hermeneutic Phenomenology and Phenomenology: A Comparison of Historical and Methodological Considerations. *Int J Qual Methods.* septiembre de 2003;2(3):21-35.

37. Pereira PS. Fenomenologia da prática. *Rev Enferm UFPE.* 2015;9(10):9608-15.

38. Vélez Álvarez C, Vanegas García JH. El Cuidado en Enfermería, Perspectiva Fenomenológica. *Hacia Promoc Salud.* 2011;16(2):175-89.

39. Castillo Sanguino N. Fenomenología como método de investigación cualitativa: preguntas desde la práctica investigativa. *Rev Latinoam Metodol Investig Soc.* 2021;20(10):7-18.

40. 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>

41. Ayala Carabajo R. Retorno a lo esencial. Fenomenología hermenéutica aplicada desde el enfoque de Max van Manen. Sevilla: Caligrama; 2017.

42. Cram F, Stevenson K, Geller S, MacDonald EJ, Lawton B. A qualitative inquiry into women's experiences of severe maternal morbidity. *Kōtuitui N Z J Soc Sci Online.* 2 de enero de 2019;14(1):52-67.

43. Connerty TJ, Roberts R, Williams AS. Managing life, motherhood and mental health after discharge from a mother–baby unit: an interpretive phenomenological analysis. *Community Ment Health J.* 2016;52(8):954-63.
44. Fenech G, Thomson G. Tormented by ghosts from their past': a meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery.* 2014;30(2):185-93.
45. Meaney S, Lutomski JE, O'Connor L, O'Donoghue K, Greene RA. Women's experience of maternal morbidity: a qualitative analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;16(1):1-6.
46. Valencia-Flórez B, Gaviria-Londoño MB, Universidad de Antioquia. Vida vivida: experiencias de morbilidad materna extrema. *Relatos de mujeres sobrevivientes y cuidadoras. Subregión del Urabá antioqueño, 2016. Rev Fac Nac Salud Pública.* 30 de septiembre de 2018;36(3):121-31.
47. Elmir R, Schmied V, Jackson D, Wilkes L. Between life and death: women's experiences of coming close to death, and surviving a severe postpartum haemorrhage and emergency hysterectomy. *Midwifery.* 2012;28(2):228-35.
48. Laza Vasquez C, Quintero Sánchez J, Jiménez Caicedo HJ, Preciado Parrado JA. Experiencias y sentimientos vividos durante una gestación de alto riesgo: un estudio documental 2005-2011. *Enferm Glob.* 2013;12(31):357-86.
49. Laza Vásquez C, Pulido Acuña G, Castiblanco Montañez RA. Hazard, death and sequels: perception on severe preeclampsia by those who lived it/Peligro, muerte y secuelas: percepción de la preeclampsia severa por quienes la han vivido. *Enfermería Glob.* 2014;13(2):493.
50. Laza Vásquez C, Pulido Acuña GP. La vivencia de la pree-clampsia: una dura travesía para la cual no se está preparada. *Rev Univ Ind Santander.* 2014;46(2):159-68.
51. 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.
52. Noguera Ortiz NY. Significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia [Tesis de maestría]. [Bogotá]: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería; 2012.
53. Mapp T, Hudson K. Feelings and fears during obstetric emergencies. *Br J Midwifery.* 2005;13(1):30-5.

54. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Experiences of emergency cesarean section: A phenomenological study of 53 women. *Birth*. 1998;25(4):246-51.
55. 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.
56. Wickramanayake ANDS, Jayasena HPGCT, Gunasekara WGCL, Hemachandra ABNU, Kumari LYSS, Siriwardane EWAIM. An exploration of women's experience following Post-Partum Hemorrhage. En: *Proceedings of the 4th International Research Symposium on Pure and Applied Sciences*. Sri Lanka: Faculty of Science, University of Kelaniya; 2019.
57. Simkin P. The experience of maternity in a woman's life. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1996;25(3):247-52.
58. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Raadestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*. 2004;31(1):17-27.
59. Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia, Organización Internacional para las Migraciones - OIM, Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*.
60. República de Colombia. Constitución Política de Colombia, 1991 [Internet]. jul 20, 1991. Disponible en: <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/Constitucion-Politica-Colombia-1991.pdf>
61. Congreso de la República de Colombia. Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Ley 715 de 2001 Diciembre de, 2001.
62. Jiménez WG, Angulo LL, Castiblanco YP, Gómez ML, Rey LJ, Solano LT, et al. Ley estatutaria: ¿avance hacia la garantía del derecho fundamental a la salud? *Rev Colomb Cir*. 2016;31(2):81-90.
63. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 [Internet]. Disponible en: <http://www.odc.gov.co/PUBLICACIONES/ArtMID/4214/ArticleID/6071/Plan-Decenal-de-Salud-P250blica-PDSP-2012-2021>

64. Guerrero Giraldo JE, Ortiz Lizcano EI, Sarria Guerrero ÓD, Gallego Vega JE. Modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en instituciones de salud [Internet]. Bogotá: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Ministerio de Salud y Protección Social; 2014. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Modelo-Seguridad-Emerg-Obst.pdf>
65. Ortiz Lizcano EI, Quintero Jaramillo CA, Mejía López J, Romero Vélez E, Ospino Rodríguez L. Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema [Internet]. Bogotá: Dirección General de Salud Pública, Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA; 2010 Diciembre. Disponible en: https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mortalidadmaternaextrema_web.pdf
66. 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>
67. 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.
68. 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.
69. Fuster Guillen DE. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propósitos Represent. 1 de enero de 2019;7(1):201.
70. 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.
71. 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/>
72. Merleau-Ponty M. Phenomenology of perception. Delhi, India: Motilal Banarsidass; 1996.
73. Kottow MH. Vulnerability: What kind of principle is it? Med Health Care Philos. 2005;7(3):281-7.

74. Cárcamo H. Hermenéutica y Análisis Cualitativo. Cinta Moebio Rev Epistemol Cienc Soc. 2005;23:204-16.
75. Ministerio de Salud y Protección Social, 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
76. Morse JM. Confusing Categories and Themes. Qual Health Res. junio de 2008;18(6):727-8.
77. Coffey A, Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos: estrategias complementarias de investigación. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia; 2003.
78. 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.
79. Taylor SJ, Bogdan R. La entrevista en profundidad. En: Métodos cuantitativos aplicados. Barcelona: Paidós; 1996. p. 100-32.
80. Noreña-Peña A, Moreno NA, Rojas JG, Rebolledo-Malpica DM. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Aquichan. 2012;12(3):263-74.
81. Van Manen M. Investigación educativa y experiencia vivida: ciencia humana para una pedagogía de la acción y la sensibilidad. Barcelona: Idea books; 2003.
82. Carabajo RA. La metodología fenomenológico-hermenéutica de M. Van Manen en el campo de la investigación educativa. Posibilidades y primeras experiencias. Rev Investig Educ. 2008;26(2):409-30.
83. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic Inquiry. Beverly Hills: SAGE; 1994. 422 p.
84. Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colomb Médica. 2003;34(3):164-7.
85. de la Cuesta-Benjumea C. La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. Enferm Clínica. mayo de 2011;21(3):163-7.
86. Ministerio de Salud. Resolución 008430, por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 1993.

87. Emanuel EJ, Wendler D, Grady C. What makes clinical research ethical? *Jama*. 2000;283(20):2701-11.
88. 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.
89. 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.
90. 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.
91. 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>
92. 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>
93. Rincón Osorio F. El cuidado de la salud y de la vida en servicios de salud altamente tecnificados. En: Muñoz de Rodríguez L, López Díaz AL, Gómez OJ, editores. *El cuidado de la vida [Internet]*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. Facultad de Enfermería; 2007. p. 117-40. Disponible en: https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/2523/316_-_3_Capi_2.pdf?sequence=1&isAllowed=y
94. 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.
95. 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.
96. Acevedo D, Pinherio D, Costa I, Medeiros A. Percepciones y sentimientos de mujeres gestantes y púerperas sobre la preeclampsia. *Rev Salud Pública Internet*. 2009;11(3).

97. Carvalheira A, Tonete V, Parada M. Sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo embarazo-puerperio que sobrevivieron a una morbilidad materna grave. *Rev Lat-Am Enferm*. 2010;18(6):1187-94.
98. 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.
99. 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.
100. Bellón Sánchez S. Obstetric violence from the contributions of feminist criticism and biopolitics. *Dilemata Int J Appl EthicsInternet*. 2015;7(18):93-111.
101. 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.
102. Farias C. *Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia [Tesis de maestría]*. [Montevideo]: Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología; 2014.
103. Montero C, Leida C. La mujer parturienta: cuerpo invisible para la mirada biomédica. *Comunidad Salud*. 2018;16(1).
104. 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.
105. 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.
106. Ocampo MP. El hijo ajeno: vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados. *Aquichán*. 2013;13(1):69-80.
107. 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.
108. Navarro O. El «rostro» del otro: Una lectura de la ética de la alteridad de Emmanuel Lévinas. *Contrastes Rev Int Filos*. 2008;13:177-17.
109. 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.

4. ANEXOS

ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA PROGRAMA DE ENFERMERIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El estudio "La experiencia vivida de un grupo de mujeres sobrevivientes a una Morbilidad Materna Extrema, Montería -Córdoba." es un ejercicio académico realizado por Marlene Baena Nieto identificada con Cédula de Ciudadanía N° 45691500 de Cartagena, estudiante del Programa de Maestría en Salud Pública de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad de Córdoba. Que tiene como objetivo: Develar el significado de la experiencia vivida de un grupo de mujeres que sobrevivieron a una Morbilidad Materna Extrema (MME) Conocer estos significados permitirá acercarnos a la comprensión del fenómeno de estudio y plantear estrategias que contribuyan al cuidado integral de mujeres que presenten una MME.

Esta investigación pretende revelar el significado de la experiencia vivida de un grupo de mujeres que sobrevivieron a una Morbilidad materna Extrema. Como usted ha vivido esta experiencia, solicitamos su colaboración para que sea entrevistada. Su testimonio es muy valioso, porque al comprender su experiencia, nos permitirá mejorar los cuidados de otras mujeres que están viviendo la misma situación, Conocer estos significados permitirá acercarnos a la comprensión del fenómeno de estudio y plantear estrategias que contribuyan al cuidado integral de mujeres que presenten una MME y de esta manera poder sensibilizar a los miembros del equipo de salud para abordar esta situación desde una perspectiva más amplia.

Su participación consiste en una entrevista, que será estrictamente confidencial. Se realizará vía telefónica, dadas las condiciones de emergencia sanitaria en el país por el COVID-19; el día y la hora de entrevista será concertada con usted, para no interrumpir sus actividades y compromisos cotidianos. La entrevista tiene una duración aproximada de 45 a 60 minutos, es anónima y será grabada si usted lo autoriza; posteriormente será transcrita textualmente, omitiendo cualquier detalle que pueda identificarla. Una vez transcrita, la grabación será borrada, y los archivos se guardarán bajo clave de acceso, de manera que su identidad será preservada y nadie podrá reconocer que el texto de la entrevista corresponde a su vivencia. Solo los investigadores accederán a su testimonio, sin embargo, como es anónima, no podrán identificarla. Todo esto es para que usted se sienta segura y libre de entregar su testimonio, pues nadie la juzgará.

Participar de este estudio no tiene beneficios económicos ni materiales para usted, ni afectará de ninguna manera la calidad de los servicios recibidos en la institución o programa de salud al que usted habitualmente asiste.

Compartir su experiencia es una oportunidad para que pueda desahogar esos sentimientos que serán acogidos y escuchados por el entrevistador, sin juzgarla. Esto puede ser beneficioso para usted. Sin embargo, también podría ocasionarle algún grado de malestar. Si esto ocurre, usted no está obligada a hablar sobre ello, es libre de detener su relato o continuar, sólo en la medida que se sienta cómoda, pues no está obligada a hacerlo.

Usted también puede retirarse del estudio cuando lo desee, y el hecho de retirarse, no repercutirá de ninguna manera en la calidad de la atención de salud que recibe habitualmente. Si durante el transcurso, o al terminar esta entrevista, usted siente la necesidad de algún tipo de información con respecto a lo que vivió, los investigadores podrán orientarla con mucho gusto.

Por una universidad con calidad, moderna e incluyente
Carrera 6ª. No. 76-103 Montería NIT. 891080031-3 - Teléfono: 7860300 - 7860920
www.unicordoba.edu.co



Certificado SC 5175-1



VEHICULO MINSERDADOT

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA PROGRAMA DE ENFERMERIA



Una vez terminemos los análisis de las entrevistas, la contactemos para una revisión conjunta del texto en el cual describimos los significados comunes que identificamos de la experiencia de todos los entrevistados. Necesitamos que usted lo lea y verifique si nuestras interpretaciones representan lo esencial de su experiencia. Modificaremos aquello que usted estime que no corresponde o que falta a esta descripción.

Los resultados serán publicados solo en revistas y congresos profesionales, publicaciones científicas y en docencia, asegurando su anonimato y manteniendo la confidencialidad de la información sobre su entrevista transcrita.

*Cualquier pregunta que usted quiera hacer durante el transcurso de este estudio en relación con su participación y sus derechos como persona que hace parte de una investigación, será contestada por las la maestrante, **Marlene Baena Nieto** investigadora principal de este estudio y responsable de la protección de la información personal, al teléfono 3106561766 también puede contactar al Docente del Programa de Maestría en Salud Pública **Javier Alonso Bula Romero** coinvestigador del estudio, al teléfono 302206634.*

Este consentimiento fue dado voluntariamente sin que haya sido forzada u obligada a participar, manifestando por escrito mi participación en esta investigación.

Firma o huella de la Participante

Firma investigador

Por una universidad con calidad, moderna e incluyente
Carrera 6*. No. 76-103 Montería NIT. 891080031-3 - Teléfono: 7860300 - 7860920
www.unicordoba.edu.co



Certificado SC 5175-1

ANEXO B. GUÍA DE ENTREVISTA

Para efectos de este estudio, se elaboró una guía de entrevista que incluyó las siguientes preguntas:

Cuénteme, por favor,

- *¿Cómo fue su experiencia con la Morbilidad Materna Extrema que presentó? (Se orientará esta pregunta a la condición patológica por la cual estuvo hospitalizada)*
- *¿Qué sintió usted cuando vivió esa situación?*
- *¿Qué sentía en su cuerpo en esos momentos?*
- *¿Qué pasó por su mente en ese momento?*
- *¿Qué fue lo que más le impactó de esta situación?*
- *¿Cómo se veía usted en ese momento y cómo veía a los demás?*
- *En una frase o en una palabra, ¿cómo describe o describiría esta experiencia?*
- *¿Qué significó para usted esta emergencia obstétrica?*
- *¿Qué representó para usted el espacio físico donde experimentó esta situación?*

ANEXO C. OFICIO DE SOLICITUD DE AVAL INSTITUCIONAL



VERBUM MUNDIFICAT

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



Montería, 11 de Marzo de 2020

Dr.
LUIS FERNANDO GARCIA SALDARRIAGA
Subdirector Científico
E.S.E Hospital San Jerónimo

REFERENCIA: Oficio de solicitud de aval institucional para el desarrollo de una investigación cualitativa con mujeres que sobrevivieron a una MME

Atento saludo.

Respetado Doctor García, reciba un cordial saludo, La estudiante del Programa de Maestría en Salud Pública de la Facultad Ciencias de la Universidad de Córdoba Marlene Baena Nieto se encuentran desarrollando una investigación como requisito para optar el título de Magister en Salud Pública, por lo anteriormente expuesto, la presente comunicación solicita a usted el favor de permitir el aval institucional para el desarrollo de una investigación cualitativa con el objetivo de Develar el significado de la experiencia vivida de un grupo de mujeres que sobrevivieron a una Morbilidad Materna Extrema, facilitando la información de la base de datos de MME presentados en la institución en el año 2019, con el fin de identificar a las informantes de estudio que posteriormente serán entrevistadas para obtención de la información.

La investigación que se pretende desarrollar tendrá un abordaje cualitativo, este tipo de abordaje permite describir las vivencias y los significados que otorgan las personas a estas experiencias y como éstas, son interpretados desde su propia realidad vivida. La intención de realizar una inmersión en el escenario de estudio hace parte del proceso metodológico que se utilizará para la comprensión del fenómeno de estudio.

Por la naturaleza del estudio se tendrá en cuenta lo establecido en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, la cual establece las Bases conceptuales y legales para la investigación en salud; así mismo, es importante aclarar que el ejercicio de la prueba piloto consiste en la realización de una entrevista semiestructurada con mujeres que sobrevivieron a una MME que egresaron de la UCI y se encuentra hospitalizadas en el servicio de Puerperio.

Por una universidad con calidad, moderna e incluyente
Carrera 6ª. No. 76-103 Montería NIT. 891080031-3 - Teléfono: 7860300 - 7860920
www.unicordoba.edu.co



Certificado SC 5179-1



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



Cabe aclarar que este procedimiento no tendrá influencia directa en la dinámica del servicio, como tampoco afectará la funcionalidad del mismo; estamos seguros, que las usuarias del servicio de Puerperio pueden ofrecernos elementos valiosos para el fortalecimiento del proceso metodológico del estudio.

Esperamos contar con su apoyo y colaboración para el desarrollo de esta propuesta investigativa.

Agradezco de ante mano su valiosa colaboración, quedamos en espera de su respuesta.

Cordialmente,

JAVIER ALONSO BULA ROMERO
Director de tesis

Por una universidad con calidad, moderna e incluyente
Carrera 6ª. No. 76-103 Montería NIT. 891080031-3 - Teléfono: 7860300 - 7860920
www.unicordoba.edu.co



Certificado SC 5178-1

ANEXO D RESPUESTA INSTITUCIONAL Y AVAL PARA REALIZAR EL ESTUDIO



En INTERVENCIÓN para ADMINISTRAR
Res. 000360, del 1° de Febrero de 2019
MCC, por la Res. 006240, de 25 de Junio de 2019
PROHIBICIÓN por la Res. 007566, de 1° de Agosto de 2019
de la Superintendencia Nacional de Salud

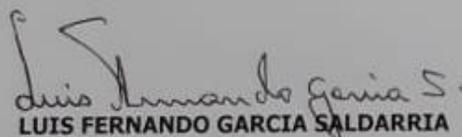
Montería, marzo 20 de 2020

Doctora
MARILYN VILLADIEGO CHAMARRO
Docente Seminario de investigación III
Programa Maestría en Salud Pública
Universidad de Córdoba

Cordial saludo,

Por medio de la presente le informo que se autoriza a la doctora **MARLENE BAENA NIETO**, quien es estudiante de maestría en Salud Pública de la universidad de Córdoba, realice investigación del estudio Develar el significado de la experiencia vivida de un grupo de mujeres que sobrevivieron a una morbilidad materna extrema.

Cordialmente,


LUIS FERNANDO GARCIA SILDARRIA
Subgerente Asistencial
HSJM
Elabora/ Sergina Q R

E.S.E. Hospital San Jerónimo Montería
Dirección: Carrera. 14 No. 22-200 ☎
Citas Medicas Teléfono: (4) 7958135 - 320 5747543 ☎
esesanjeronimo.gov.co ☎
pqrf@esesanjeronimo.gov.co ☎

ANEXO F. CARTA DE PRESENTACIÓN PROYECTO COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD



Montería, 11 de Mayo de 2020

Señores
COMITÉ DE ÉTICA HUMANA
Facultad Ciencias de la Salud
Universidad de Córdoba

Cordial Saludo,

Respetuosamente me dirijo a ustedes con el fin de solicitar la revisión y el aval para el proyecto de investigación "*Experiencia vivida de un grupo de mujeres sobrevivientes a una Morbilidad Materna Extrema, Montería -Córdoba*" el cual es un requisito indispensable para que la estudiante de Maestría Marlene Baena Nieto, opte el título de Magister en Salud Pública.

Se anexa proyecto en formato indicado, consentimiento informado y carta solicitando aval en la E.S.E Hospital San Jerónimo de Montería para la recolección de la muestra de estudio, así mismo la carta de respuesta de esta institución.

Agradezco al Comité la gestión pertinente.

Cordialmente,

JAVIER ALONSO BULA ROMERO
Director de tesis

ANEXO G. RESPUESTA Y AVAL DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD, UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD



EL COMITÉ DE ÉTICA PARA INVESTIGACIÓN EN HUMANOS DE LA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

CERTIFICA

Que el proyecto titulado "EXPERIENCIA VIVIDA DE UN GRUPO DE MUJERES SOBREVIVIENTES A UNA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA, MONTERÍA -CÓRDOBA"; cuyo investigador principal es Marlene Baena Nieto estudiante de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Córdoba. Fue evaluado y aprobado por parte del Comité de Ética para Investigación en Humanos de la Facultad de Ciencias de la Salud, en sesión virtual del día 12 de Mayo de 2020, considerando la pertinencia de la propuesta, el rigor metodológico, su calidad científica, la coherencia y el cumplimiento de las normas científicas, técnicas y éticas, nacionales e internacionales que rigen este tipo de proyecto.

El proyecto implica investigación con seres humanos en el Departamento de Córdoba - Colombia y se ajusta a las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud establecidas en la Resolución No. 008430 de 1993 y la Resolución 2378 de 2008.

La categoría de riesgo a los seres humanos que ofrece el proyecto pertenece a la de **riesgo mínimo**.

La forma de obtener el consentimiento informado de los voluntarios es **adecuada**.

Las medidas tomadas para proteger la confidencialidad de los datos son **adecuadas**

Por lo anterior, se aprueba:

1. El protocolo del proyecto, sin modificaciones
2. El consentimiento informado, sin modificaciones

Se expide esta certificación a los doce (12) días del mes de mayo de 2020

HILTONY VILLA DANGOND
Presidente Comité de Ética para Investigación en Humanos

Por una universidad con calidad, moderna e incluyente
Carrera 6ª. No. 77-305 Montería NIT. 891080031-3 - Teléfono: 7860300 - 7860920
www.unicordoba.edu.co



Certificado SC 5278-1