

“SOS VOS CON EL PENSAMIENTO”
LA EXPERIENCIA VIVIDA DE LA HOSPITALIZACIÓN DE MUJERES CON
EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

Ana María Fernández Orozco

Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Enfermería

Asesora:
Clara Victoria Giraldo Mora
Doctora en Medicina Social

Coasesora:
Luz Ever Díaz Monsalve
Magíster en salud colectiva

Universidad de Antioquia
Facultad de Enfermería
Medellín
2020

Tabla de Contenido

Lista de anexos	5
Resumen	6
Introducción	10
1. Planteamiento del problema	12
2. Justificación	18
3. Pregunta de investigación	22
4. Objetivos	22
4.1 Objetivo general	22
4.2 Objetivo específico	22
5. Referentes conceptuales	23
5.1 Fenomenología hermenéutica de Van Manen	26
5.1.1 Los temas existenciales del mundo de la vida como guías para la reflexión	27
Cuerpo vivido o Corporeidad	28
Tiempo vivido o Temporalidad	28
Relación vivida o Relacionalidad	28
Espacio vivido o Espacialidad	29
Cosas vividas o Materialidad	29
6. Metodología	30
6.1 Reflexividad del investigador	30
6.2 Estudio Exploratorio	32
6.2 Tipo de estudio y enfoque seleccionado	35
6.3 Muestreo y selección de las participantes	35
6.4 Criterios de inclusión y exclusión	36

7.	Recolección de la Información	37
7.1	Trabajo de Campo	37
7.2	Entrevistas en profundidad	37
7.3	Reflexión fenomenológica y hermenéutica	40
7.3.1	Aproximación holística o sentenciosa	41
7.3.2	Aproximación selectiva o de marcaje	41
7.3.3	Aproximación detallada o línea a línea	42
8.	Criterios de Rigor	43
9.	Aspectos Éticos	45
10.	Resultados y Discusión	50
10.2	Semblanzas de los días de hospitalización	51
	Participante 1 (P1) - Sara	51
	Participante 2 (P2) - María	54
	Participante 3 (P3) - Andrea	57
	Participante 4 (P4) - Carolina	59
10.3	El significado de la experiencia a la luz de los existenciales	61
	El cuerpo vivido: “Sos vos con el pensamiento”	62
	Relación vivida: “Los tres Otros”	70
	El primer Otro: El personal de salud	71
	“Las emociones que ustedes sienten o reflejan eso se lo reflejan a uno”	71
	El segundo Otro: La Familia “Palabras así que le llenan a uno”	76
	El Tercer Otro: “Gracias a Dios tengo mi niña, que sea lo que Dios quiera”	78
	Espacio vivido: Transitando por los diferentes servicios	80
	Tiempo vivido: El pasado que anticipa el futuro	85
	<i>Cosas Vividas</i>	90

11. Conclusiones	93
Recomendaciones	95
Limitaciones	96
Referencias Bibliográficas	97
Anexos	108

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Anexo 2. Aval del Comité de Ética, Facultad de Enfermería

Anexo 3. Solicitud para desarrollar la investigación en la institución de salud

Anexo 4. Respuesta del Comité de Ética de investigación de la institución de salud

Anexo 5. Correo electrónico de la aprobación institucional para el desarrollo del proyecto de investigación

Anexo 6. Aval de las asesoras.

RESUMEN

Objetivo: Develar el significado de la experiencia vivida de la hospitalización de mujeres con gestaciones de alto riesgo en una institución de salud en la ciudad de Medellín.

Metodología: Esta es una investigación cualitativa realizada con el enfoque fenomenológico hermenéutico. La muestra fue definida por el criterio único de saturación a través de un muestreo de tipo intencional. Las participantes fueron cuatro mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión. La recolección de la información se hizo mediante entrevista en profundidad, realizada en dos sesiones por participante, para un total de 8 entrevistas. De manera previa, se hizo un estudio exploratorio con una mujer que estuvo hospitalizada en otra institución, pero estos datos no forman parte de los resultados. El análisis de la información recopilada fue guiado por los cinco existenciales de Max Van Manen: cuerpo vivido, relación vivida, espacio vivido, tiempo vivido y cosas vividas.

Resultados: Por medio de tres aproximaciones (holística, selectiva y línea a línea) se logró develar el mundo de cada una de las participantes a través de los cinco existenciales de Van Manen. En la experiencia cuerpo vivido, *“Sos vos con el pensamiento”*, las mujeres relatan una lucha interna entre lo que sienten y lo que expresan. El significado de la relación vivida, *Los tres otros*, estuvo mediada por una conexión con un ser superior, ayudada por las relaciones con sus familiares y con el apoyo y la tranquilidad que les brindaba el personal de salud. Por su parte, el espacio vivido, *transitando por los diferentes servicios*, fue significativo ya que tuvo en cuenta el lugar y los sucesos ocurridos en el espacio, y estos permitieron percibir vivencias con diferentes matices. En cuanto a la experiencia tiempo vivido, *el pasado que anticipa el futuro*, se refiere a experiencias pasadas que influyen los sentimientos, pensamientos y las emociones del presente. Por último, las cosas vividas, (como, *cuando me lo quitaban en la noche, que no me hacían monitoreo, sentía como una paz*) expresan, en este caso, la molestia por el uso de los dispositivos médicos, pero entendiendo que eran necesarios para su cuidado.

Conclusiones: El significado de la experiencia vivida de la hospitalización es relatado por las participantes como una lucha interna con sus pensamientos; esto desencadena en ellas una cascada de emociones en la que los acontecimientos hacen que, de manera abrupta, pasen de una emoción a otra. La incertidumbre se siente a lo largo de la experiencia, es parte del proceso y se expresa de diferentes formas. A su vez, el paso del tiempo les permite percibir, de forma corporal, las implicaciones de las situaciones, y altera la experiencia del espacio que están habitando. Las mujeres quieren ser reconocidas por la complejidad de su enfermedad y por su proceso de embarazo, reclaman que las hagan sentir únicas y especiales a través de un cuidado humanizado.

Palabras clave: Experiencias vividas, mujeres embarazadas, complicaciones en el embarazo, embarazo de alto riesgo, hospitalización. (Fuente: <http://decs.bvs.br>)

Abstract

Objective: To reveal lived experience meaning from women at Inpatient care high-risk pregnancies in Healthcare Facility at Medellin city.

Methodology: Qualitative research with a hermeneutical phenomenological approach proposed by Max Van Manen. The sample was defined by a single criterion of saturation and through intentional sampling. Our participants were four women who met the inclusion criteria. The information was collected through an in-depth interview, carried out in two sessions by each participant for a total of 8 interviews, these were carried out after the exploratory study was done, which included the participation of a woman who was hospitalized in another institution but she isn't part of the data. The information analysis was guided by Max Van Manen's five existentialist, lived body, lived relationship, lived space, lived time and lived things.

Results: Through three holistic, selective and line by line approaches it was possible to unveil the life's world from each one participants by means of the five existential's comprehension In the experience of the lived body, the women relate "Are you with voices with thought "an internal struggle between what they feel and express. The meaning lived relationship: "The three others" were mediated by a connection with a higher being aided by family relationships and the support and tranquility provided by health personnel, for their part, the lived space: Transiting through the different services It was significant according to the place and the events that occurred within the space that made this experience perceived with different nuances. The time lived: The past that anticipates the future, the past experiences influenced their feelings, thoughts and emotions of the present and the other part the things lived "When they took it off me at night, they didn't monitor me, it felt like a peace" meant feeling discomfort for the use of the devices but understanding that they were necessary for their care.

Conclusions: Their lived experience meaning from inpatient setting is lived and related by the participants as an internal struggle with their thoughts which triggers a

cascade of emotions where events make them abruptly transition from one emotion to another. Uncertainty is felt throughout the experience, it is part of the process and is expressed in different ways. In turn, the passage of time allows them to perceive the implications of situations in a bodily way, altering the experience of the space they are inhabiting. Women want to be recognized for the complexity of their disease and their pregnancy process, they demand that they make them feel unique and special through humanized care.

Key words: lived experiences, pregnant women, pregnancy complications, high-risk pregnancy, and hospitalization. (Source: <http://decs.bvs.br>)

INTRODUCCIÓN

El objetivo principal del presente trabajo de investigación es develar el significado de la experiencia vivida de la hospitalización de mujeres con gestaciones de alto riesgo. La idea nace de la experiencia práctica, debido a que todos los días cuido a mujeres que viven procesos de gestación acompañados de diferentes enfermedades y complicaciones, que ponen en riesgo sus vidas y la de los hijos(a) por nacer.

El cuidado de las mujeres con gestaciones de alto riesgo se ha desarrollado, fundamentalmente, desde la perspectiva biomédica donde la morbilidad materna extrema ha sido protagonista. Desde el punto de vista cuantitativo este fenómeno ha sido ampliamente estudiado, y con los resultados se han podido establecer causas, factores de riesgo y complicaciones que han iluminado diferentes medidas de prevención, tratamiento y rehabilitación. En Colombia, la información disponible acerca de lo que piensan y sienten las embarazadas del riesgo de la gestación, el control prenatal, la atención recibida o el parto hospitalario, entre otros, es escasa y tiene muy poca visibilidad (1). Esta situación llevó a preguntarles a cuatro mujeres qué significó estar hospitalizadas durante su gestación, y de qué forma vivieron la enfermedad y afrontaron las complicaciones durante los días que duró la hospitalización. Fue necesario rescatar la experiencia de la gestación de alto riesgo (2) y valorar las necesidades, objetivas y subjetivas, del cuidado de las mujeres y sus familias durante la hospitalización y en el parto, y, con esto profundizar en las relaciones establecidas entre las mujeres embarazadas y los profesionales, en las alteraciones que se producen en la familia y las potencialidades que abre, como poder acercarse a las emociones y los sentimientos de las mujeres que han vivido la experiencia.

Heidegger (citado por Castillo Espitia) (3) afirma que los seres humanos tenemos un mundo, el mundo de la vida. En este caso, las embarazadas están en su mundo, el cual se ve afectado por su cultura, sus prácticas y su historia, pero la vivencia de este mundo se interrumpe cuando enfrentan una enfermedad que complica su estado, cambia su situación, y las pone en un nuevo entorno, el de la hospitalización. Esta consideración requiere una mirada que vaya más allá del funcionamiento de los sistemas biológicos, y

que debe estar orientada a su complejidad y totalidad, y al reconocimiento y cuidado de todas las dimensiones que componen el ser humano. Por esto, estudiar esta experiencia permite orientar un cuidado humanizado, y rescatar la singularidad y unicidad que caracteriza a las mujeres con gestaciones de alto riesgo.

Por tal razón, se planteó una investigación de tipo cualitativo con enfoque fenomenológico hermenéutico, a través de una reflexión guiada por los cinco existenciales de Max Van Manen, cuerpo vivido, relación vivida, espacio vivido, tiempo vivido y cosas vividas. Las participantes fueron cuatro mujeres que vivieron la experiencia de estar hospitalizadas durante su gestación, por un período superior a cinco días, en una institución de salud de cuarto nivel de atención de la ciudad de Medellín, debido a una complicación derivada del proceso de gestación o de sus enfermedades de base. El muestreo fue intencional. La recolección de la información la hizo la investigadora principal, a través de la entrevista en profundidad realizada en 2 sesiones por cada participante, para un total de 8 entrevistas.

El análisis de la información estuvo guiado por la reflexión propuesta por Max Van Manen a través de tres aproximaciones, holística, selectiva y línea a línea, las cuales permitieron develar el mundo de la vida de cada una de las participantes siguiendo los cinco existenciales propuestos: el cuerpo vivido: *Sos vos con el pensamiento*; relación vivida: *Los tres otros*; espacio vivido: *Transitando por los diferentes servicios*; tiempo vivido: *El pasado que anticipa el futuro*, y por último, las cosas vividas.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El ser humano es un ser integral que vive y se desarrolla dentro de un ambiente; en él influyen un sin número de características biológicas, psicológicas, sociales y espirituales, y está dotado de conciencia, inteligencia, voluntad, intencionalidad, afectividad y creatividad, en síntesis, de una personalidad, que obedece a su ubicación temporal (momento histórico) y espacial (lugar donde habita) (4).

Esta consideración de la complejidad del ser humano requiere una mirada que vaya más allá del funcionamiento de los sistemas biológicos, que se oriente hacia su complejidad y totalidad, y al reconocimiento y cuidado de todas las dimensiones que lo integran. Enfermería, respondiendo a esto, desde hace décadas se ha preocupado por explorar y comprender las experiencias de vida relacionadas con el cuidado, la enfermedad y la muerte, desde la perspectiva de los sujetos de cuidado, (5) con el ánimo de establecer acciones de cuidado, basadas en la sensibilidad, el conocimiento, la actitud amorosa y responsable con el otro, en una auténtica relación de alteridad; (6) entendiendo por alteridad, aquel proceso donde se identifica en el otro su ser ontológico, religioso, individual, intersubjetivo y ético (7).

La gestación es un periodo trascendental que llena de expectativas a la mujer que lo vive, algunas mujeres deben afrontar retos, como una gestación que no se desarrolla como se había pensado o no toma un curso sano debido a desequilibrios dados por factores imprevistos. Según Marín y Bullones (8) durante el proceso de gestación la mujer puede verse enfrentada a múltiples cambios que pueden generarle situaciones de enfermedad; esto obedece a factores internos o externos, como la edad, las enfermedades preexistentes, condiciones sociodemográficas y económicas, la falta de acceso a la salud, que desencadenan en ella sentimientos de angustia, miedo y temor por las posibles complicaciones de su gestación, y la incertidumbre de no saber qué pasará con su vida y la de su hijo(a). Adicional a las consecuencias derivadas del proceso de gestación y la enfermedad, el enfrentarse a la responsabilidad de ser madres pone a la mujer en situación de vulnerabilidad.

Este proceso, sin embargo, representa un cambio en su vida, y pone a prueba la madurez emocional de la mujer y su identidad, debido a que, de forma simultánea, debe enfrentar tres situaciones: la existencia de un nuevo ser en su vida, los cambios físicos, anatómicos y psicológicos que alteran su imagen corporal y, la aceptación de un nuevo rol social, (9) un rol social que, por sí mismo, es complejo, debido al lugar que ocupa la mujer en la sociedad y en el hogar. La mujer se encuentra entre la impotencia y la omnipotencia: con la primera, frente a una situación que no se encuentra bajo su control (la enfermedad), y con la segunda, debe responder al mismo tiempo por los diferentes roles que ocupa en la sociedad como madre, esposa, hija, trabajadora y amiga. (Tajer citado por Flórez) (10).

En muchos casos, la severidad de la enfermedad obliga a las futuras madres a ingresar a los servicios hospitalarios, conocidos como unidades de alto riesgo obstétrico, donde es frecuente que deban desarrollar gran parte de su gestación. Si se tiene en cuenta que la gestación de alto riesgo es considerada aquella en la que la madre y el hijo (a) por nacer tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas, antes o después del parto. Y, el riesgo de una gestación se eleva cuando coexisten una condición patológica, un intervalo intergenésico corto, una alta paridad o una edad reproductiva temprana o tardía (11).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las complicaciones durante la gestación y en el parto constituyen la primera causa de muerte y discapacidad de las mujeres en edad fértil en los países en vía de desarrollo. Por cada caso de muerte materna se estima que hay, aproximadamente, 135 casos de complicaciones, o enfermedad (12). En Colombia durante la semana epidemiológica 22 de 2019 se notificaron 9 838 casos de morbilidad materna extrema, con una razón nacional preliminar de 38,3 casos por cada 1 000 nacidos vivos, evidenciando que la tasa va en aumento desde el año 2012 donde se reportaron 3 casos por cada 1000 nacidos vivos. Dentro de las causas agrupadas de morbilidad materna extrema, se identificaron que los trastornos hipertensivos como la preeclampsia severa concentran la razón más alta (46,0 casos por cada 1000 nacidos vivos), seguido de las complicaciones hemorrágicas como segunda

causa (6,9 casos por cada 1 000 nacidos vivos) y, por último, la sepsis de origen obstétrico, no obstétrico y pulmonar como causas de morbilidad materna extrema. Las cifras de prematuridad también aportan datos significativos, evidenciando que las complicaciones y enfermedad de la mujer durante la gestación desencadenan consecuencias graves en los hijos(a) por nacer debido a que generan un ambiente intra uterino sub- óptimo que limita el desarrollo fetal, según el boletín se notificaron 203 casos, la mayor proporción son muertes perinatales anteparto con 48,2% debido a prematuridad-inmaturidad, seguido de las neonatales tempranas con 27,8% y las tardías con 14,3%. (13).

Lo anterior conduce a que el estudio de la gestación de alto riesgo es necesario debido a las múltiples causas que lo puedan generar, y a la forma cómo la mujer lo ha sobrellevado.

Desde el enfoque cuantitativo se han podido establecer causas, factores de riesgo, complicaciones y medidas de tratamiento. Desde el enfoque cualitativo, este fenómeno también fue estudiado por Laza Vásquez y Pulido Acuña (1) quienes en el 2014 describen las experiencias vividas de diez mujeres gestantes con preeclampsia severa, y de cuyas experiencias se generan tres categorías. La primera categoría fue denominada “La vivencia como una dura travesía”, con subcategorías hospitalización y soporte. Estos autores afirman que la estancia hospitalaria generó afectación emocional, física y social, y sentimientos como tristeza, soledad, incertidumbre, desilusión, aislamiento familiar, estrés, temor, dolor; que también produjo en las pacientes alteraciones del sueño, pérdida de orientación en el tiempo, desvinculación familiar, percepción de falta de información, y describen el hospital como un ambiente frío y desagradable. La segunda categoría estuvo orientada a “La vivencia de un hijo prematuro”, con subcategorías Permanencia en áreas críticas y Cuidado en el hogar. La tercera categoría se enfocó en cómo enfrentar la preeclampsia, en la que las participantes describieron que el soporte familiar y una atención diferenciadora del personal de salud ayudaron a mitigar la angustia y el miedo, y apoyaron la toma de decisiones.

Por su parte, en la investigación de Iturra y colaboradores “Vivencias de embarazadas de alto riesgo obstétrico del hospital San Juan de Dios”, en Chile, se dice que “la vivencia durante este proceso está inmersa de sentimientos de culpa, angustia, pena, rabia, soledad, miedo, entre otros” (9). En otros estudios, donde se compara la estancia en el hogar y en el hospital durante un embarazo de alto riesgo, se hace evidente la gran preocupación que genera, en estas mujeres, separarse de sus familias, más aun, cuando hay hijos (a); esto sumado a las consecuencias negativas que podrían desarrollarse en sus relaciones de pareja, y adicional a la preocupación por enfrentarse a permanecer en un lugar que les es ajeno y a personas desconocidas. Además, estos investigadores se refieren al impacto de la hospitalización, afirmando que produce en ellas sensaciones de falta de privacidad e independencia, de encierro e inutilidad con ellas mismas, por lo que manifestaban sentimientos de soledad, culpa e incluso duelo anticipado (14). Souza, Cecatti, Parpinelli, Krupa y Osis proponen que:

Tener en cuenta las voces de las que han vivido y sobrevivido a una gestación de alto riesgo es necesario ya que pueden brindar un testimonio acerca de qué, cómo, cuándo y por qué los hechos ocurrieron de un cierto modo (15).

Son varios los estudios que relatan los sentimientos que genera en las madres la amenaza de un nacimiento prematuro: miedo y preocupación son frecuentes; la necesidad de prolongar la gestación hace que coexistan una gran ansiedad y la esperanza por la llegada del (la) bebé para poner fin a la hospitalización (15, 16).

Vecino afirma que en Colombia la información disponible acerca de lo que piensan y sienten las embarazadas en relación al riesgo de la gestación, al control prenatal, a la atención recibida o el parto hospitalario, entre otros, es escasa y tiene muy poca visibilidad (1). Entre tanto, otro de los estudios revisados “La Investigación en Morbilidad Materna Extrema: “Near Miss en América Latina” (17), concluye que la escasa producción de profesionales de enfermería evidencia que la profesión está involucrándose poco en uno de los temas más álgidos de la obstetricia, como es la morbilidad materna extrema.

Un estudio realizado en el 2005 por Leichtentritt y colaboradores, “Embarazo de alto riesgo y hospitalización: las voces de las mujeres” concluye que el embarazo y la hospitalización son eventos importantes en la vida de una mujer. Dice:

Ambas experiencias tienen fuertes implicaciones para ella, su familia inmediata y los miembros de la familia ampliada, así como para las y los profesionales, incluidos médicos, enfermeras y trabajadores sociales. Cuando se combina la hospitalización con un embarazo de alto riesgo, la experiencia tiene el potencial de ser un evento de gran complejidad (18).

Estas investigaciones permiten evidenciar que el cuidado de enfermería tiene otras dimensiones que pueden ser exploradas, y que con sus resultados las prácticas van a estar influenciadas por un componente estético donde el enfermero o enfermera pueda crear una atención diferencial que haga del cuidado un fenómeno comprensivo y creativo, basado en la experiencia y los significados de la persona, y en el que la interacción y la comunicación eficaz son fundamentales para descubrir el ser potencial de la persona y el de su cuidador. A través de este, además se busca ayudar a la persona a desarrollar una comprensión de las alternativas y las implicaciones de las opciones para la atención de su salud y los tratamientos, primero determinando lo que la mujer piensa acerca de lo que le está sucediendo y luego ayudándola a identificar lo que le aportará a su situación (19).

De otra parte, según Johnson, (6) el arte de enfermería se expresa en la práctica a través de la comprensión de significados de las interacciones, la existencia de conexiones reveladoras con la persona, convirtiéndolas en relaciones auténticas. Destaca la importancia de la individualización de los cuidados, como una forma de reconocer la dignidad, unicidad e identidad humana.

Enfermería ha centrado su interés en investigar los fenómenos humanos y la experiencia derivada de estos; al respecto Meleis (20) dice que es una ciencia humana, primero porque tiene teorías y filosofías propias que soportan su objeto de estudio, además de ocuparse de la experiencia de los seres humanos y de asuntos concernientes a la salud-enfermedad. La enfermería es, entonces, una disciplina orientada hacia la

práctica, donde sus miembros buscan el conocimiento sobre las respuestas humanas a las situaciones de salud-enfermedad.

Basados en lo anterior y consultando a Heidegger (3) quien considera que los seres humanos tienen mundo; para él, estar en el mundo es existir. A esta forma básica de ser en el mundo lo llamó Dasein: “Ser o estar en el mundo”, pero no cualquier mundo, en el mundo de la vida, en este caso, las mujeres gestantes están en su mundo, el cual está afectado por su cultura, sus prácticas y su historia, pero la vivencia de este mundo se ve interrumpido por tener o enfrentar una enfermedad que complica y obliga a la mujer a cambiar su situación y a vivir su mundo en un nuevo escenario, la hospitalización. Esto constituye toda una experiencia que debe ser estudiada con el fin de orientar un cuidado humanizado con miras a rescatar la singularidad y unicidad que las caracteriza, además de brindar una atención integral durante y después de la hospitalización, brindar apoyo emocional en el momento que lo requieran de manera oportuna y respetuosa teniendo en cuenta sus valores, principios y prácticas religiosas, a través de una comunicación sincera y empatía auténtica. (21).

Soportado en el anterior análisis se decide entonces investigar: ¿cuál es el significado de la experiencia vivida de la hospitalización de mujeres con gestaciones de alto riesgo en una institución de salud en la ciudad de Medellín? La respuesta a esta pregunta nos servirá para obtener una comprensión profunda del fenómeno, a partir de la voz de las mujeres que lo hayan vivido, con el propósito de establecer procesos de sensibilización en el personal de salud, diseñar planes de cuidado y acompañamiento basados en las necesidades de las pacientes que sufren esta condición, así como brindar un cuidado en el cual la atención deje de estar centrada en la fisiopatología y el tratamiento, salir de lo convencional para trascender en esa relación para generar diferencias e impactos positivos.

2. JUSTIFICACIÓN

El enfoque fenomenológico en el campo de la Enfermería es necesario porque favorece la comprensión de los fenómenos de salud-enfermedad, tiene en cuenta la unicidad y singularidad que caracteriza al ser humano, permite explorar todas las dimensiones que lo integran, a fin de comprender las estructuras del significado de las experiencias vividas, como núcleo para generar acciones de cuidado (22).

Patricia Benner (23) afirma que este tipo de abordaje, al articular el razonamiento clínico y la imaginación con el mundo vivido de las participantes, permite, al investigador, crear un diálogo entre los conceptos y las experiencias. A través de los discursos pronunciados por las mujeres se busca comprender su situación y vivencia, y encontrar respuestas al proceso salud-enfermedad que vivieron, develando el significado esencial de la experiencia humana, a fin de brindar un cuidado humanizado orientado a la satisfacción de las necesidades individuales de la gestante.

Es importante en este punto anotar que se sabe que la gestante críticamente enferma, posee atributos que las hacen únicas y, además, de difícil manejo (24), es ahí donde los profesionales de enfermería deben tener claro que este fenómeno no es exclusivamente un problema clínico, y que se puede generar una diferencia cuando al indagar se debe tener una actitud solidaria y de preocupación frente a su condición de mujer embarazada en situación crítica de salud, esto a su vez obligará a crear un clima agradable y de confianza, que rompa con la atención y el cuidado despersonalizado y centrado en la enfermedad, de manera que se comprenda mejor lo que las mujeres sienten y piensan cuando están frente a un evento que desestabiliza su vida cotidiana.

“Ante el riesgo de la deshumanización del cuidado de la persona, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de salud en el mundo” (25), así como a la vertiginosa implementación de tecnologías en las instituciones de salud, Enfermería, como disciplina humanística, debe nutrirse de estos métodos de investigación porque la acercan a su objeto de estudio (el cuidado de la persona) y le dan

la posibilidad de ver a cada individuo como indivisible, singular y único en el mundo, como a un ser con respuestas y sentimientos propios, que vive, siente y percibe de manera individual y propia (26). El cuidado diferenciado sobre la conducta humana, permite comprender que es la persona misma quien construye su mundo y lo vive de acuerdo con su propia percepción de la realidad. Watson (6) sostiene que es necesario el rescate del cuidado humano, con énfasis en lo espiritual y lo transpersonal en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería; por tanto, insiste en que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, y que, en consecuencia, el cuidado debe ser deliberado para integrar mente-cuerpo-espíritu y salud.

Es así que los profesionales de enfermería están llamados a cuidar a la persona en su integralidad, por lo cual el enfoque no debe ser solo la corrección de la insatisfacción de las necesidades físicas, sino que se deben identificar, e intervenir aquellas situaciones en las que existan sentimientos de frustración o conflicto, ansiedad, y estados de estrés que puedan permanecer sin resolver y, en última instancia, puedan contribuir a la inestabilidad física y al retraso en el proceso de mejoría y curación (27). El compromiso social de la práctica es con el cuidado de la vida y la salud de las mujeres, comprender estos aspectos ayuda a evidenciar la naturaleza de los problemas y a valorar la dimensión ética de la práctica. La disciplina concibe el cuidar, como actividad dinámica, reflexiva, deliberada y basada en la interacción humana; por tal razón, es importante ver a la mujer en estas condiciones (embarazo de alto riesgo y hospitalizada) como un ser integral, no desde su enfermedad específica, la atención de este tipo de pacientes debe caracterizarse por intervenciones que demuestren la calidad científica y la humanización del cuidado profesional (2).

De esta manera, comprender mejor a las mujeres que han atravesado esta experiencia va a servir para proporcionar un cuidado acorde a sus necesidades, establecer una relación de trascendencia y confianza, como lo sostiene Watson (28), donde la voluntad consciente de la enfermera ratifica la importancia subjetiva y espiritual de la paciente, el resultado será aceptar una relación Yo-Tú, en vez de una relación Yo-

Ello, donde el sujeto de cuidado sea visto como una persona que significa y no como un objeto que debe ser cuidado y arreglado, es un “tipo especial de relación de cuidado humano —una unión con otra persona— basada en el respeto para la persona y su estar en el mundo”. Los enfermeros buscan identificar, detectar con precisión y conectar con la condición interior del espíritu del otro a través de la presencia genuina, centrándose en el momento del cuidado; las acciones, las palabras, las conductas, la cognición, el lenguaje corporal, los sentimientos, la intuición, los pensamientos, los sentidos, etc. contribuyen a la conexión del cuidado transpersonal (26, 28).

De la Cuesta (29) afirma que, con frecuencia, ha escuchado a enfermeras decir que para su práctica necesitan de otro conocimiento, que sienten que hay algo “más” por captar en las situaciones de cuidado y que, muchas veces, sus intervenciones se quedan cortas. Es así como la Enfermería se ha permitido conocer, a través del rescate de la dimensión humana de la ciencia, otra forma de construir conocimiento, identificando que el entendimiento universal de los fenómenos, debe incluir una dimensión interpretativa y comprensiva de las situaciones particulares, como un paradigma integrador y revelador de la naturaleza del conocimiento del cuidado humano.

Cuando las mujeres consiguen hablar de su experiencia, se les facilita la adaptación a los cambios que se derivaron de su condición de enfermedad por una hospitalización prolongada debido a las afecciones y el riesgo de su embarazo, necesitan a alguien que escuche sus vivencias con una presencia terapéutica y empática como la del profesional de enfermería (30), que les oferte confianza, la cual no es un elemento cerrado en sí mismo, sino que es más para sí y para los otros (31). En este sentido la confianza es una apertura que se extiende del presente hacia el futuro, pero con bases en el pasado (32).

Es indispensable orientar el desarrollo de la práctica hacia el cuidado de la experiencia de la salud humana; en este sentido, la fenomenología hermenéutica ofrece el análisis de las situaciones desde una perspectiva comprensiva, en este caso la experiencia vivida de la hospitalización en mujeres con gestaciones de alto riesgo contribuye al diseño de intervenciones basadas en conocimiento específico y en las necesidades reales; puede servir para aceptar los sentimientos de las mujeres y observar

los efectos de las intervenciones que se les da, y reconocer la importancia de los cuidados en situaciones específicas, esto permitirá superar las formas tradicionales del cuidado hasta ahora ofrecido a las mujeres en esta situación y transformar la práctica hacia un cuidado individualizado. Es así como se busca trascender un cuidado centrado en la fisiopatología a un cuidado centrado en la integralidad del ser humano donde los significados del cuerpo, la maternidad y la enfermedad tengan relevancia en la cotidianidad de la relación de los cuidadores y los sujetos de cuidado.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el significado de la experiencia vivida de la hospitalización de mujeres con gestaciones de alto riesgo en una institución de salud en la ciudad de Medellín?

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Develar el significado de la experiencia vivida de la hospitalización de mujeres con gestaciones de alto riesgo en una institución de salud en la ciudad de Medellín.

4.2 Objetivo específico

Describir la experiencia vivida de la hospitalización con base en las categorías fenomenológicas propuestas por Max Van Manen: cuerpo vivido, espacio vivido, tiempo vivido, relación vivida y cosas vividas.

5. REFERENTES CONCEPTUALES

Para abordar el problema de investigación se tomarán los conceptos del metaparadigma de enfermería los cuales se ubican en la visión unitaria transformativa o de simultaneidad la cual se caracteriza por ver a los seres humanos como unitarios, complejos e impredecibles, que se encuentran en constante intercambio rítmico y mutuo con el ambiente (33); para referenciarlos tomaremos como apoyo a la teórica Jean Watson quien se apoya en las humanidades para fomentar su teoría, referencia a Carl Rogers sobre su enfoque fenomenológico retomando su *visión de que las enfermeras no están aquí para manipular y controlar a los demás, sino para entender*, esto influyó de una manera decisiva en ella cuando el contexto *solo se centraba en el control terapéutico y manipulación del paciente.*(28)

Concepto de Persona

Watson (28) afirma que es una integración de mente-cuerpo-espíritu, y describe que la personalidad va unida a la idea de que *el alma posee un cuerpo que no está confinado por el tiempo y el espacio objetivos*, donde las relaciones ya sean de tipo intersubjetivo, interpersonal y transpersonal entre los pacientes y sus cuidadores debe estar influenciada por un componente ético donde cada acción tiene un efecto, ella también considera a la persona como un ser único con capacidad de tomar decisiones. (34)

De ahí la importancia de centrarnos en la mujer como un ser holístico la cual hace parte de un mundo y una cultura diferente a la que es obligada a habitar en el momento de la hospitalización, describir este concepto dentro de la propuesta de investigación permitirá ver a la mujer como un ser que requiere ser cuidada, apoyada y acompañada durante las diferentes etapas que se presenten mientras vive la experiencia.

Concepto de Entorno

Watson dice que el entorno y la persona están conectados, (28) una vez la enfermera ingresa al espacio de la persona el ambiente se llena de expectativas, adicional a esto la realidad subjetiva, incluye pasado, presente y futuro imaginado, por tal razón la percepción de las mujeres cambia cuando se ven obligadas a vivir parte de su gestación en un servicio de hospitalización donde la enfermedad materna y las complicaciones son habituales.

Concepto de Salud

Watson lo definió como unidad y armonía entre la mente, el cuerpo y el alma, y se asocia con el grado de congruencia entre el yo percibido y el yo experimentado (28). Es por esto importante mencionar en este punto el concepto de salud reproductiva, el cual ha cambiado, antes solo se refería a la planificación de la familia, ahora ha evolucionado y presenta un campo de acción más amplio, rebasando la esfera biológica y estableciendo una relación con los valores, la cultura y la realización personal de cada ser humano (35).

Concepto de Cuidado

Para Watson (28) el cuidado solo puede ser demostrado y aplicado en una relación interpersonal creada entre dos seres, de acuerdo a su influencia cultural, sus necesidades, el lugar donde se establece dicha relación, y al conocimiento del ambiente que rodea a la persona y al conocimiento de sí mismo, donde el acompañamiento es determinante para ayudar a la persona en la toma de decisiones integrando el conocimiento biomédico con el comportamiento humano con el fin de generar, promover, o recuperar la salud.

Es así que las gestantes deben ser apoyadas por el personal de salud que brinda la atención debido a que pueden desarrollar perturbaciones en su estado emocional

derivadas del proceso de hospitalización, esto puede traer consecuencias emocionales e incluso psicológicas, que pueden afectar al recién nacido y a su grupo familiar. Como afirma Torres, existe la percepción que califica a la gestación como un suceso grandioso y terrible, por lo que es fundamental que los profesionales no descuiden los eventos que generen alteraciones mayores, como, por ejemplo, cursar una gestación de alto riesgo (36).

La gestación de alto riesgo es aquella en que la probabilidad de enfermar o morir antes, durante o después del parto es mayor que lo habitual para la madre como para el hijo (a) por nacer (37). Requiere de la atención de un equipo multidisciplinario especializado para garantizar los mejores resultados posibles.

Entendiendo los conceptos del metaparadigma daremos paso a explicar el concepto de experiencia vivida el cual será referenciado a través de los pensamientos de Dilthey y Van Manen.

Dilthey (38) nombra la hermenéutica como la interpretación general de las manifestaciones del espíritu expresadas en signos y alusivas a las vivencias, la cual está fundamentada no en la explicación sino en la comprensión que realiza el hombre de su mundo espiritual y la forma en cómo lo objetiviza como creador y parte de la cultura. Menciona que para comprender los fenómenos humanos es necesario la recuperación de una conciencia de la historicidad de la propia existencia, donde la vida no puede experimentarse a través de categorías mecánicas de poder sino de momentos de significados complejos e individuales, donde la experiencia de la vida debe ser total a través de una comprensión afectuosa de lo particular, estas unidades deben ser intrínsecamente temporales y finitas para entender históricamente la vivencia, donde la vida deba entenderse a partir de categorías derivadas de la propia experiencia *“la vida debe entenderse a partir de la propia vida”*. A propósito, Van Manen (38) se referencia en Dilthey así:

Dilthey define la experiencia o “experiencia vivida” como una unidad cuyos elementos permanecen unidos por un significado común. La experiencia no va a interpretarse como el contenido de un acto reflexivo de conciencia, porque entonces

sería algo de lo que somos conscientes, sino que más bien es el acto en sí. Algo en lo que vivimos, la actitud que tomamos ante la vida, viene dada antes de la reflexión en el significado.

La experiencia por tanto tiene dos momentos, el primero, cuando se da la vivencia y no se hace conciencia de lo sucedido, y el segundo, cuando se reflexiona acerca de lo vivido. Para Dilthey la experiencia representa la vida, el momento de la subjetividad, de la inmediatez, de la singularidad. (38) Dilthey comparte con Konigsberg (39) la pretensión de fundar el conocimiento sobre la experiencia tal y como esta se nos da en la conciencia; argumenta que la explicación de la experiencia se debe fundar en un análisis integral de la experiencia misma, es decir que abarque todos los ámbitos de la conciencia. Él no reduce los contenidos de la conciencia sólo al ámbito del intelecto, sino que dice que la actividad voluntaria y los estados afectivos hacen parte de ella.

5.1 Fenomenología hermenéutica de Van Manen

La fenomenología hermenéutica es una ciencia humana que estudia a las personas, donde la palabra persona se refiere a la singularidad de cada ser humano ya que somos incomparables, inclasificables, incontables e irremplazables, pretende obtener un conocimiento más profundo de la naturaleza o del significado de las experiencias cotidianas a través de la pregunta ¿Cómo es tal o cual tipo de experiencia?, con sus respuestas no trata de dar explicaciones causales sino trata de ponernos más en contacto con el mundo a través de la conciencia, donde la reflexión esté guiada por un carácter retrospectivo y no introspectivo debido a que la reflexión siempre será rememorativa. (40)

En este sentido, la fenomenología se dirige al estudio de la experiencia vivida respecto de una enfermedad o circunstancia por el propio protagonista de la experiencia, y busca describir los significados de los fenómenos experimentados por los individuos a través del análisis de sus descripciones (41). Desde el horizonte de la perspectiva fenomenológica-hermenéutica, se ponen en discusión los sentidos que las personas dan a sus propias vivencias y experiencias, con las interpretaciones posibles que puedan

construirse a partir de referentes más amplios puestos en diálogo con las experiencias particulares.

La fenomenología hermenéutica de Van Manen se enfoca en comprender las experiencias vividas y descubrir sus significados. Para ello se apoya en la fenomenología descriptiva de Husserl quien afirma que es una disciplina que describe cómo se constituye el mundo y cómo se experimenta a través de actos conscientes; Van Manen complementa esta visión con la fenomenología interpretativa de Heidegger para reconocer que los hechos fenomenológicos de la experiencia vivida son siempre experimentados de forma significativa a través del lenguaje. (40)

Hay que subrayar que la fenomenología pide reaprender a ver el mundo tal como lo conocemos en la experiencia inmediata, en otras palabras, la fenomenología no produce observaciones ni relatos empíricos o teóricos, sino que ofrece relatos del espacio, del tiempo, del cuerpo, de las relaciones humanas vividas y las cosas vividas, tal como las vive el ser humano (31).

5.1.1 Los temas existenciales del mundo de la vida como guías para la reflexión

La estructura fundamental del mundo de la vida está compuesta por cinco existenciales que ayudan a comprender el proceso de cuestionamiento, reflexión y escritura fenomenológicos, la espacialidad, la corporeidad, la temporalidad, la relacionalidad y la materialidad pueden diferenciarse entre sí, pero no separarse de la situación histórica, cultural o social. (40) Los seres humanos en la cotidianidad viven diversas situaciones, solamente las situaciones que generan impacto en la vida de las personas se convierten en experiencias cuando a través de un proceso de reflexión estas adquieren sentido y significado.

Cuerpo vivido o Corporeidad

Se refiere al hecho fenomenológico de que siempre estamos de una forma corpórea en el mundo. Cuando conocemos a otra persona en su entorno o en su mundo, conocemos a esa persona) en primer lugar a través de su cuerpo. (40) La reflexión puede ser guiada a través de las preguntas ¿Cómo se vivencia el cuerpo respecto al fenómeno que se está estudiando ¿Cómo objeto? ¿Cómo sujeto?, mientras el ser humano esté corporalmente implicado con el mundo no se presta atención al cuerpo, este se encuentra silenciado (42) solo se le presta atención cuando una afectación física hace tomar conciencia de él. Este concepto aborda a la persona en su totalidad, no la fragmenta, la visualiza de manera holística, no la reduce solo a la fragmentación biológica. (43)

Toda vez que la corporalidad permite a las personas conocer el mundo en el que viven y perciben la realidad a través del cuerpo, (44) se acepta que “la persona es una misma con su cuerpo” y que el cuerpo, a la vez, es el “vehículo de ser en el mundo”, porque lo conecta con él, le permite comprenderlo (45). Por lo tanto, el ser es inseparable de su cuerpo y de la situación que está viviendo (43). (Ponty y Finlay citado por Buitrago)

Tiempo vivido o Temporalidad

Este existencial guía la reflexión al preguntar cómo se vivencia el tiempo respecto al fenómeno que se está estudiando. Se establece una diferencia entre el tiempo objetivo (cósmico) y el tiempo subjetivo (vivido). (42) Es aquel tiempo que se acelera cuando el entorno es divertido o el que se ralentiza cuando sucede lo contrario, el espacio es un aspecto del tiempo y este se vivencia como espacio, es una forma de estar en el mundo. (40)

Relación vivida o Relacionalidad

Este existencial guía la reflexión al preguntar cómo se vivencia el yo y los otros con respecto al fenómeno que se está estudiando (42). Siempre conocemos al otro de forma

corporal a través del desarrollo de una relación conversacional que permite trascender en los propios yoés (40).

Espacio vivido o Espacialidad

El espacio vivido o la espacialidad constituyen el espacio sentido. Cuando pensamos en espacio nos referimos en primera instancia al espacio matemático, el de las dimensiones en longitud, altura y profundidad del espacio. La experiencia del espacio vivido, como el tiempo o el cuerpo vivido, es, en gran medida preverbal; normalmente no reflexionamos sobre él. Y, aun así, sabemos que el espacio en el que nos encontramos afecta el modo en que nos sentimos, el ser humano se convierte en el espacio en el que está (40). Constituye el espacio sentido y, generalmente, es preverbal, pues el ser humano no es consciente de él, no reflexiona sobre él. Este existencial guía la reflexión al preguntarse ¿cómo se vivencia el espacio respecto al fenómeno que se está estudiando? (40, 31).

Cosas vividas o Materialidad

La materialidad hace referencia al significado de las cosas en la vida de los sujetos y que, a su vez, median en las relaciones. Aquí, se manifiesta cómo son vivenciadas las cosas, y cómo contribuyen al sentido del sujeto (46). Son todos los recursos materiales que están involucrados en la vivencia, algo diferente al ser humano con el cual establece relación, aquello que no es humano. La materialidad se manifiesta a través de la sensación dada por la experiencia de convivir con los objetos materiales y la inmaterialidad dada por las vivencias y los acontecimientos (42).

6. METODOLOGÍA

6.1 Reflexividad del investigador

La idea de realizar un estudio fenomenológico con mujeres que durante su gestación se enfrentaron a enfermedades muy graves que ponían en riesgo su vida y la de sus hijos por nacer nace de la práctica, como enfermera del servicio de gineco obstetricia de alto riesgo en una institución de salud en la ciudad de Medellín; todos los días me relacionaba con mujeres gestantes con múltiples enfermedades. Esto me llevó a pensar, y a preguntarme cómo se sentirían ellas en esta situación, y también me generaba una gran consternación el hecho de que no pudieran disfrutar su gestación de una manera sana, y en cambio, debido a su condición, tuvieran que pasar tantos días hospitalizadas.

Como enfermera asistencial es válido reconocer que los espacios para la expresión de sentimientos son pocos debido a la cantidad de trabajo y a las demandas de los pacientes que se encuentran en el servicio. La complejidad y la rapidez con la que hay que actuar a fin de minimizar las complicaciones y los riesgos a los que se enfrentan las futuras madres dificulta que ellas comuniquen de manera tranquila sus miedos, emociones y sentimientos, derivados del proceso de la hospitalización.

Después de observar e indagar acerca del tema que iba a desarrollar en mi trabajo de investigación, me dije por qué no preguntarles ¿cómo se siente estar embarazada, enferma y hospitalizada? Estas son tres situaciones que, de manera individual generan sentimientos de estrés e incertidumbre en las mujeres que las han vivido, pero, era importante saber qué se siente vivir las tres a la vez. Fue ahí donde decidí encaminar mi proyecto de investigación para encontrar cuál es el significado de esta experiencia (la hospitalización) en mujeres con gestaciones de alto riesgo.

Mi travesía comienza, y lo llamó travesía porque eso ha sido, observar un sinfín de emociones en la búsqueda de este significado me llevó a ver de una manera distinta la

atención y el cuidado que se brinda; por eso debí enmarcar mi investigación en una perspectiva humanística y abandonar un poco el enfoque biomédico, rescatar la emoción de las palabras y los gestos y abandonar los datos del monitor, y fue ahí cuando me topé con la fenomenología, un método, una filosofía me decían mis asesoras, y entonces comenzó a tener sentido mi búsqueda. Sin embargo, me preguntaba será que sí o que no. Casi todos los que me preguntaban por mi trabajo y la manera cómo lo iba a realizar me hacían caras de no creer mi decisión, caras de asombro y de ¿en qué te has metido!

De otra parte, la fenomenología estudia la experiencia vivida respecto de una enfermedad o circunstancia desde la perspectiva del propio protagonista de la experiencia, y describe los significados de los fenómenos experimentados por los individuos a través del análisis de sus descripciones (41); en este caso la experiencia sería la hospitalización bajo dos situaciones: la gestación y la enfermedad. Al inicio, no fue fácil afianzar la escucha atenta y reflexiva del sujeto sin adelantar explicaciones o interpretaciones, pero fue importante comenzar por reconocer que mi papel ya no era el de una enfermera que brindaba cuidados, sino el de una investigadora que intentaba comprender el mundo de las participantes. Mi actuar, y el pensamiento que comuniqué a través del lenguaje fue determinante ya que ese mundo no se reproduce ni funciona a través de leyes estandarizadas, sino que está dado por la interacción con las participantes y las situaciones de su mundo.

La reflexividad en este trabajo estuvo fundamentada en tener claro que no fueron objetos ni datos los que se trataron, sino mujeres con pensamientos, creencias y valores, miedos, necesidades, preocupaciones, preconcepciones, significados, ansiedades que entraron a confluir con las de la investigadora.

Durante el trabajo de campo se pusieron en práctica diferentes estrategias para el tratamiento de los datos, una de ellas fue establecer una relación natural y espontánea con cada una de las participantes; debido a que se conocían con anterioridad por el proceso de hospitalización fue más fácil que el diálogo fluyera y ellas pudieran hablar libremente de su experiencia.

Es importante decir que de manera posterior a las entrevistas fue necesario realizar sesiones de devolución con las asesoras debido a lo encontrado en los relatos de las participantes. Ellas me ayudaron a fortalecer la habilidad de escucha y con esto a descubrir a través de esos relatos que, en ciertas ocasiones, el cuidado brindado por enfermería no era lo que yo pensaba, por lo cual debí encaminar adecuadamente la entrevista. Otro punto clave, trabajado en las asesorías, fue llegar a preguntarme, de manera constante, ¿qué es lo que quiere decirme con esto la participante?, ¿realmente eso es lo que siente? Escudriñar, sin invadir la privacidad del otro, y analizar, fueron estrategias que entrevista a entrevista mejoraban.

Sumado a lo anterior, fue necesario leer y releer cada una de las entrevistas para dar sentido a cada una de las experiencias; identificar elementos en común y diferencias permitió establecer los primeros acercamientos; escribir las primeras impresiones y buscar inspiración en la literatura permitió completar el análisis y la agrupación de los temas de acuerdo con los existenciales.

6.2 Estudio Exploratorio

El estudio exploratorio proporciona al investigador cualitativo una "definición clara del enfoque del estudio", y a su vez sirve al reunir la recopilación de datos en un espectro estrecho de temas analíticos proyectados. Adicional a esto sirve para brindar confianza al investigador principiante al aplicar la técnica de la entrevista. (47) Kezar (48) comenta que el estudio exploratorio al ser realizado tiene el "potencial para obtener, de primera mano, la experiencia con el mundo real del tema que será estudiado para mejorar el diseño, conceptualización e interpretación de los resultados de la investigación".

El estudio exploratorio fue realizado el primero de mayo de 2019 una vez fue obtenido el aval ético de la Facultad de Enfermería y previo a la recolección de la información. Se realizó una entrevista a una mujer que cumplió con los criterios de

inclusión después de obtener su aprobación verbal y escrita. La intención fue que la participante compartiera a través de su relato la experiencia vivida de la hospitalización por su gestación de alto riesgo.

Participante: mujer de 33 años de edad, casada, residente en la ciudad de Manizales, dos hijas, practica la religión católica, enfermera de profesión, durante su segunda gestación desarrolló una enfermedad conocida como preeclampsia severa, lo cual la llevó a estar hospitalizada durante un mes y a tener un parto prematuro con 34 semanas de gestación.

Lugar: la entrevista fue desarrollada en un café de la ciudad (escogido por la participante) a las 20 horas con una duración de 33 minutos; la hora también fue escogida por la participante ya que en ese tiempo su esposo se encontraba en su casa después de su trabajo y le ayudaba con el cuidado de sus hijas.

Una vez se explica el objetivo del encuentro y se realiza la firma del consentimiento informado, se asigna el seudónimo de María José para proteger la privacidad de la participante.

Resultados del Estudio exploratorio

En un principio no fue fácil conducir la entrevista, dada la mezcla de emociones y como resultado de la inhabilidad de la investigadora por ser su primer acercamiento a la realización de una entrevista; en ese momento aparecieron un sinnúmero de pensamientos relacionados con las preguntas, con las respuestas, había que tomar notas, surgía la duda de no saber si la grabadora funcionaba mientras había que concentrarse en la conversación, por momentos perdiendo de vista el objetivo de entrevistar.

Así que el inicio de la entrevista no estuvo enmarcado por una pregunta, sino que fue directo, global y demasiado amplio, e incluso ofrecía una respuesta anticipada:

...el motivo de esta entrevista es primero para hablar acerca de la experiencia que viviste durante la hospitalización, cuando estuviste, pues, embarazada de tu hija y cuando te enfermaste y te tuvieron que hospitalizar (Investigadora)

Una vez se realiza la transcripción de la entrevista fue necesario replantear y ajustar la forma de iniciar los encuentros posteriores, escogiendo una pregunta, puesto que la forma que se usó fue muy directa, y ponía en evidencia el objetivo del trabajo, llevaba a la participante a hablar solo de lo que significó la experiencia en términos de bueno o malo, y encasillaba sus respuestas ocultando el verdadero significado.

Sin embargo, a medida que se avanzaba con la entrevista la confianza se recuperaba; poco a poco las preguntas iban apareciendo y con ellas la información que conducía a nuevas preguntas.

Cuando te dijeron que te iban a desembrazar, ¿qué sentiste? o ¿qué pensaste?
(Investigadora)

Otro de los resultados obtenidos con el estudio exploratorio estuvo orientado a no dar todo por hecho a través de un proceso reflexivo, “eso que tú sabes, que yo no sé”, por la experiencia práctica de la investigadora (profesional de Enfermería). Entrevistada e investigadora compartían profesión, lo que por momentos hizo que la investigadora obviara respuestas por su experiencia; por ejemplo, cuando la participante estaba hablando de un tema particular y lanzaba la siguiente afirmación “usted sabe cómo son las cosas en el hospital”, la investigadora lo obvia, y no indaga más al respecto.

Además de lo anterior, el estudio permitió evidenciar que el tiempo de las personas no es lineal sino en espiral. En la reflexión se funden el pasado, el presente y el futuro, y las anécdotas de mayor impacto emocional son las primeras en ser contadas.

La participante narró de manera fluida su vivencia, habló de muchos temas, los cuales sirvieron como guía para orientar el proceso de recolección y de análisis, de manera posterior; además sirvió para confirmar que la entrevista en profundidad era el método adecuado para la recolección de los datos.

La información recolectada fue analizada con los existenciales propuestos por Van Manen, esto permitió confirmar que la metodología propuesta ayudaría a dar respuesta al objetivo principal del trabajo de investigación, ya que los existenciales posibilitaban develar el significado vivido de esta experiencia particular, donde la soledad, el miedo, la incertidumbre y la felicidad habían sido las emociones y sentimientos vividos y expresados por la participante.

6.3 Tipo de estudio y enfoque seleccionado

Este estudio corresponde a una investigación de tipo cualitativa, el enfoque seleccionado es el método fenomenológico hermenéutico propuesto por Van Manen. La fenomenología busca describir los significados de los fenómenos experimentados por los individuos a través del análisis de sus descripciones. (41)

Para Van Manen, las experiencias vividas y las estructuras de significado constituyen la complejidad del mundo de la vida para lo que el autor concibe cinco existenciales que sirven de guía para la reflexión e interpretación de los fenómenos, mediante los cuales los seres humanos experimentan el mundo. (49)

6.4 Muestreo y selección de las participantes

En el estudio participaron cuatro mujeres que fueron seleccionadas mediante un muestreo intencional (50). Posterior al aval ético y de investigación de la institución de salud donde se accedió a la base de datos para buscar a las participantes que cumplían con los criterios de inclusión; todas las participantes fueron contactadas en el puerperio tardío^{1*} (51) una vez fueron dadas de alta. La saturación se llevó a cabo cuando las

*Puerperio es el período de la vida de la mujer que sigue al parto. Comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta 40 días de postparto. Se divide en inmediato que corresponde a las dos primeras horas posparto; mediato que va desde las dos horas hasta 48 horas posparto; y tardío que va

participantes hacían referencia a la misma información del fenómeno en estudio, en este momento se considera que el número de participantes y entrevistas era suficiente para determinar la salida del campo (52). Se tuvo especial cuidado con lo contemplado por Morse, (53) la cual advierte sobre el falso sentido de saturación; ella sugiere que la inclusión de nuevas unidades de observación debe continuar hasta que el investigador disponga de los elementos necesarios para construir una teoría comprensiva y convincente sobre el tema.

6.5 Criterios de inclusión y exclusión

Las cuatro participantes seleccionadas cumplieron los criterios de inclusión, los cuales fueron ser mayor de 18 años, estar hospitalizada durante su gestación en la unidad de alto riesgo obstétrico de una institución de salud de la ciudad de Medellín por un período superior a 5 días y no haber perdido a su hijo durante el proceso; con integridad mental para contar sus vivencias (orientadas en tiempo, persona y lugar), y que por voluntad propia decidieron participar del estudio y firmaron el consentimiento informado.

No se contó con la participación de mujeres con patologías asociadas como trastornos psiquiátricos o demencia, o con problemas para la comunicación o dificultad para hablar, ni tampoco con menores de edad dado que la naturaleza del estudio, por ser de carácter fenomenológico, requiere conexión directa, profunda y auténtica con la participante.

hasta los 40 días. El puerperio es el tiempo en el que la mujer se recupera anatómica y fisiológicamente hasta lograr su condición pregestacional.

7 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

7.1 Trabajo de Campo

El estudio se llevó a cabo en el área metropolitana de la ciudad de Medellín, ubicada en el departamento de Antioquia, con cuatro participantes que estuvieron hospitalizadas en una institución de salud de la ciudad de Medellín.

El proceso de recolección de la información se realizó de julio del 2019 a marzo del año 2020. Las mujeres entrevistadas fueron contactadas a través de la base de datos entregada por la institución de salud donde fueron hospitalizadas, y todas cumplían con los criterios de inclusión, eran mayores de edad y estuvieron de acuerdo en participar de manera libre y voluntaria, previa firma del consentimiento informado.

7.2 Entrevistas en profundidad

Una vez se estableció el primer contacto telefónico con las participantes, mediado por las asesoras por recomendación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería (CEI-FE), se concretó, a través de otra llamada, el lugar y la hora del encuentro; la investigadora realizó una segunda llamada para confirmar la entrevista el día anterior a la cita.

En todas las oportunidades la investigadora se desplazó al lugar elegido por la participante; como se había hecho un reconocimiento previo por los días de hospitalización fue fácil establecer un ambiente de confianza con ellas, solo hubo una participante con la que fue necesario realizar la entrevista, previa autorización de las asesoras, por llamada de video, debido a que se encontraba en la ciudad de Buga.

Con las dos primeras participantes se realizaron dos encuentros, cara a cara, entre los meses de julio y noviembre del año 2019. La pregunta con la que se inició la primera entrevista fue muy directa y amplia para indagar por el fenómeno: ¿Qué significó para usted la experiencia de la hospitalización durante su embarazo? Durante el análisis se decidió afinar esta pregunta y para la segunda entrevista se inició con la siguiente:

¿Cuénteme acerca del proceso de la hospitalización? Esto se hizo para encaminar mejor la entrevista, ser claros y precisos en la formulación verbal y así incidir de manera positiva la calidad general del proceso de recolección de la información.

Antes de iniciar la entrevista se presentó a las candidatas el consentimiento informado, para esto se les hizo una lectura, buscando la comprensión total del texto y resolviendo las dudas; también se asignó un nombre ficticio para proteger la privacidad de cada participante. Una vez se obtuvo la firma y así la participación voluntaria se dio inicio a las entrevistas, las cuales fueron grabadas en un dispositivo móvil, y luego transcritas por la investigadora, guardadas en un *drive* para dar acceso a las asesoras, y archivadas en un computador personal con clave, solo conocida por ella. Durante este proceso no se presentó ningún inconveniente o problema logístico, como fuera pérdida de la información o del dispositivo electrónico que se usó para recolectar la información. Con todas las participantes se logró hacer 2 encuentros para la realización de las entrevistas, y ninguna desistió de su participación.

A través de la entrevista a profundidad se indagó acerca de las vivencias de las mujeres participantes del estudio; para establecer la empatía se utilizaron las estrategias propuestas por Taylor y Bogdan, (54) adoptando una posición humilde, demostrando siempre interés por la información que estaban comunicando, mostrando capacidad de comprensión y respeto incondicional ante sus posturas, opiniones o sentimientos, evitando los juicios, ellas estaban haciendo un esfuerzo con el deseo de ser comprendidas; estas estrategias evidentemente contribuyeron a que ese *rapport* apareciera de forma gradual. Una buena actitud fue clave en este proceso.

Van Manen menciona que para poder recoger la experiencia vivida es necesario que las mujeres entrevistadas describieran su experiencia, tal como fue vivida, a través de anécdotas y narrando “desde adentro”: lo que estaba pensando y como se sintieron en ese momento (55). Fue, por esta razón que al comienzo de la primera entrevista se les solicitó a las participantes que contaran su experiencia durante la hospitalización en la unidad de alto riesgo obstétrico y, a medida que avanzaba la narración se hacían preguntas que facilitarían la comprensión del fenómeno de estudio. Siguiendo el proceso

sugerido por Van Manen, con la información de este primer acercamiento se redactó un texto descriptivo donde se relataba la experiencia de manera cronológica; este texto sirvió de insumo para orientar la realización de la segunda entrevista y para ayudar a la investigadora a sumergirse en los datos. La segunda entrevista, por lo tanto, tuvo dos propósitos, corregir y aclarar la información con las participantes y profundizar en los temas que allí resultaron ser más significativos, para la participante y para la investigadora.

En total se realizaron 8 entrevistas (2 entrevistas por cada participante). Cada entrevista fue grabada en un dispositivo móvil haciendo uso del programa de grabación de voz propio del dispositivo, con una duración entre 45 minutos y 1 hora y media. Las grabaciones se dejaban en un *drive* compartido con las asesoras, y se guardaban también en un computador personal. La transcripción fue realizada por la investigadora principal en los 6 días posteriores a realizadas las entrevistas; se escuchó cada entrevista entre dos y tres veces con el fin de comprobar la transcripción y corregir los errores de digitación. Cada una de las transcripciones fueron guardadas en el computador personal como archivos de Microsoft Word en una carpeta llamada "Entrevistas participantes", cada entrevista archivada en una carpeta con su nombre y un código asignado, como Participante 1 (P1), Participante 2 (P2) y así, sucesivamente. Es así como la primera entrevista quedó codificada de la siguiente manera: (P1-Sara Transcripción fiel entrevista #1), la segunda como (P1-Sara Transcripción fiel entrevista #2), de igual manera cada una de las entrevistas.

El análisis de la información se realizó con el programa de Atlas ti (Versión: WIN 7.5 (Build 4) Licencia: Educativa individual). Con este se hicieron las primeras aproximaciones a los temas, y se construyeron los mapas conceptuales. Como se puede observar delante de este trabajo, el análisis fue simultáneo a la recolección de la información; después de cada entrevista se hacía la reflexión en busca del significado que, como lo relata Van Manen es de carácter multidimensional y estructurado, tal y como se describe a continuación.

7.3 Reflexión fenomenológica y hermenéutica

El propósito principal de la reflexión fenomenológica radica en intentar aprehender el significado esencial de la experiencia, a través de un proceso de apropiación, esclarecimiento y explicitación reflexiva de la estructura del significado del fenómeno en estudio. (40)

En esta investigación la reflexión se hizo con la lectura y al releer las transcripciones de las entrevistas, buscando, a través de las aproximaciones temáticas, los posibles temas que dieran cuenta de la estructura de la experiencia vivida. Como las transcripciones fueron inicialmente analizadas con la herramienta Atlas ti el primer análisis temático fue realizado a través de dos reflexiones; primero se hizo una reflexión macrotemática, o de análisis general, donde se identificaron las frases sentenciosas y el significado fundamental de cada entrevista como un todo, y así lograr la aproximación holística que englobara todo el texto, al respecto Van Manen (40) recomienda construirla con ayuda de algunas frases mencionadas por las participantes.

Posteriormente se hizo una reflexión microtemática; en esta etapa la aproximación selectiva, o de marcaje, y la aproximación detallada, o línea a línea, sirvieron para obtener un conjunto de frases que “capturaron”, por así decirlo, los significados esenciales de la experiencia. Esta herramienta permitió organizar la información, y encontrar las frases significativas de una manera más fácil, codificar por fragmentos y número de línea, asignar temas, subrayar las citas con mayor contenido para aislar el fenómeno y hacer la construcción de memos analíticos y teóricos.

Una vez se enlistan los temas, se evidenció que los mismos no provenían de las participantes, sino de las construcciones de la investigadora, basadas en los relatos y anécdotas recogidas durante las entrevistas, y a las cuales se le asignó un título que se denominó tema.

Fue necesario entonces realizar ejercicios de *bracketing* o de horquillado, volviendo a realizar lectura de las entrevistas para empezar a limpiarlas. Cuando se habla de limpiar se comienza por desaparecer de las transcripciones y de los textos descriptivos el diálogo

de la investigadora, con el fin de silenciar su voz y preconcepciones acerca del tema, por su experiencia práctica, además para eliminar los prejuicios, valoraciones y explicaciones de las participantes, siguiendo las recomendaciones de Merleau-Ponty; quien sugiere hacer la descripción directa de la experiencia tal como es, sin ofrecer explicaciones causales o generalizaciones interpretativas de la misma (55). Una vez realizada la limpieza de los textos, se reanudó el trabajo con las aproximaciones a fin de aislar las afirmaciones temáticas del fenómeno en estudio de la siguiente manera:

7.3.1 Aproximación holística o sentenciosa

Se realizó una lectura completa de las transcripciones identificando en los párrafos lo descrito anteriormente (para eliminar los prejuicios, valoraciones y explicaciones) desde la voz de las participantes, así que fueron tachados, solo para suprimirlos momentáneamente, porque, quizás, más adelante pudieran aportar al análisis reflexivo del fenómeno en estudio, esto al tiempo que se formulaba la pregunta: ¿Qué frase sentenciosa puede capturar el significado fundamental o la importancia principal del texto como un todo? Después, se dio paso a la siguiente aproximación.

7.3.2 Aproximación selectiva o de marcaje

A la par de la lectura se iban subrayando los párrafos que más aportaban a la comprensión del fenómeno en estudio con diferentes colores, y realizando la pregunta ¿qué frase o frases parecen particularmente esenciales o reveladoras sobre el fenómeno que se está describiendo? Al lado derecho del texto se colocaban los nombres de los posibles temas que surgían del dato sin interpretaciones ni explicaciones causales para identificar los temas que emergieran de los datos. Las interpretaciones de la investigadora se escribían como un comentario subrayado de color amarillo a fin de diferenciar e identificar que esos párrafos correspondían a su interpretación o su epojé dentro del texto. Villanueva afirma que la epojé es abstenerse o prescindir de mis presuposiciones para poder ver el mundo de la vida de las participantes; no quiere decir

que no existan o dude de su existencia, sino que por un momento se suspenderían y más adelante tendrían su tiempo para aparecer y contribuir a la reflexión entendiendo que aún no era tiempo para usarlos (55).

Una vez se listan los temas extraídos de las transcripciones por participante se da paso a la tercera aproximación.

7.3.3 Aproximación detallada o línea a línea

Se realiza nuevamente una lectura de la tabla creada con los temas extraídos y se empieza la identificación de los temas existenciales que emergieron de la aproximación detallada y línea a línea, guiada por las preguntas ¿qué me está diciendo esta persona?, ¿qué me quiere decir?, con el fin de desarrollar la sensibilidad fenomenológica y establecer un paso a paso para poder responder la pregunta de investigación. Vale aclarar que para la nueva lectura de la tabla fue necesario volver a limpiar de presuposiciones e interpretaciones en busca de la esencia del dato, suspendiendo la interpretación de la investigadora.

De esta manera fue como al encontrar los posibles temas existenciales, se verificó cada uno para ver si estaba enmarcado dentro de lo biológico o lo fenomenológico. Se ubicaron dentro de cada uno de los existenciales revisando si el tema era cercano, sensible y si apuntaba al significado del fenómeno en estudio, también se subrayaba y se revisaba de nuevo en las entrevistas, realizando otra lectura para identificar en los relatos de las participantes el contexto y las situaciones que llevaron a que este tema emergiera.

8 CRITERIOS DE RIGOR

Van Manen (40) sugiere los criterios de rigor de Lincoln y Guba, mismos que fueron adoptados por Flórez (49) al mencionar que el investigador en ciencias humanas debe ser consciente de los efectos que tiene este tipo de investigación, tanto para los sujetos que participan, como para las instituciones donde se desarrollan y para el mismo investigador que es un sujeto implícito dentro de la misma.

Las estrategias que se usaron para asegurar el rigor fueron las siguientes:

Credibilidad

Este criterio se refiere a la forma “cómo los resultados de la investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado” (56). Para lograrlo fue necesario redactar mis reflexiones con relación a la experiencia, tomando conciencia de los prejuicios y suposiciones del fenómeno en estudio; la reflexividad fue clave en este aspecto, por tal razón se hizo uso de diarios reflexivos que permitieron orientar mi posición frente al fenómeno y, posterior a ello, limpiar de opiniones y presuposiciones los textos construidos para así dejar emerger la voz de las participantes. Adicional a esto, se hicieron sesiones de devolución con las asesoras, lo cual me permitió dejar de lado el rol de enfermera y, poco a poco, transformarlo en el de investigadora. En el apartado de resultados se realiza una descripción de cada participante en sus condiciones sociales, demográficas y de salud. Las transcripciones fueron contrastadas con los audios en dos ocasiones para evitar errores de transcripción y cambios de sentido del dato. Durante el desarrollo de la entrevista la investigadora usó preguntas para rescatar el significado del tema que se estaba tratando, a través de ejemplos, y lanzó preguntas a manera de... “entonces, usted con esto quiere decir” o invitando a las participantes a ejemplificar su vivencia y explicar mejor a lo que se referían, además se les entrego y leyó el texto

descriptivo de la primera entrevista y se les pregunto si el texto representaba lo que ellas querían decir en la entrevista.

Transferibilidad

Este criterio hace referencia a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones (57). Para esto fue necesario realizar una descripción de la época y el territorio en el que se vivió la experiencia; en el apartado metodología se menciona el lugar donde se vivió el fenómeno en estudio. También se hizo una descripción detallada de las participantes, donde se daba cuenta de la edad, sus patologías, complicaciones, soporte familiar, nivel cultural y antecedentes gineco obstétricos. El estudio puede servir como marco de referencia para otras investigaciones que busquen rescatar el significado de la experiencia vivida, teniendo en cuenta y cuidado, de acuerdo con Van Manen, plantea, que en la investigación en ciencias humanas reside el hecho de que las situaciones experienciales pueden ser drásticamente distintas, y que podría ser difícil replicar la información en otros contextos diferentes al original. (58)

Confirmabilidad

Para este criterio se realizaron comparaciones de los resultados con las fuentes de información existentes, de otras investigaciones y con el diario reflexivo; se devolvieron los resultados del estudio a las participantes en la segunda entrevista, además se realizó la presentación de los avances en el ámbito institucional.

Dependabilidad

Fue importante en este criterio declarar el siguiente conflicto de interés: la investigadora trabaja como enfermera asistencial en uno de los servicios donde fueron hospitalizadas las participantes, pero se minimizó el riesgo informando primero a las

participantes, siendo reflexiva en el momento de recolectar los datos a través de la escritura de diarios reflexivos, los cuales no fueron codificados, sino, por el contrario, quedaron abiertos. Allí quedaron consignadas las motivaciones que guiaron el interés por el estudio, lo que se esperaba encontrar con la investigación y cómo esto podía influir durante el proceso, el acceso y la relación con las participantes, las colegas y el análisis de los datos; además, las sesiones de devolución con las asesoras y la reflexión constante acerca de rescatar la voz de las participantes y dejar de lado las opiniones y pensamientos de la investigadora relacionados con el fenómeno. Las entrevistas fueron realizadas una vez las participantes fueron dadas de alta, en el puerperio tardío, en espacios diferentes a los servicios de hospitalización previamente acordados con ellas. La realización de las presentaciones académicas durante el período de formación a los diferentes docentes de la Universidad permitió nutrir el fenómeno y conducir de mejor manera la orientación del análisis y la coherencia del estudio. El acompañamiento por parte de las asesoras ayudó a clarificar la posición como investigadora y a aislar su voz de los relatos de las participantes a través de las sesiones de *bracketing*. En este punto, el proceso reflexivo impregnó todos los niveles de estudio del trabajo de investigación y estuvo presente en todas las fases, desde la formulación de la pregunta de investigación hasta el trabajo de campo, en el análisis de los datos y la elaboración final del informe (59).

9 ASPECTOS ÉTICOS

En la presente investigación la investigadora no juzgó a las mujeres participantes acerca de sus prácticas y decisiones frente a su patología y consecución del embarazo, tampoco asumió una posición a favor o en contra sobre la información suministrada, puesto que esta información le ayudó a identificar los comportamientos, prácticas y necesidades de las participantes.

Como ya se mencionó anteriormente, el proceso de reflexividad fue clave para respetar el relato dado por cada una de ellas. Vale aclarar que la información fue utilizada

solo con fines académicos e investigativos, garantizando la confidencialidad, esto se logró ocultando la identidad de las participantes a través de seudónimos.

Se adoptaron los estándares de calidad científica y ética establecidos en las normas y guías internacionales y nacionales. Esta investigación, se acogió a la propuesta de principios éticos para investigación en seres humanos establecida en la Declaración de Helsinki (60) y manteniendo los parámetros éticos para estudios con seres humanos contenidos en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (61) declarándose como una investigación con riesgo mínimo.

La recolección de la información se realizó cuando se obtuvo la aprobación por parte del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia (CEI-FE) Acta No. CEI-FE 2019-13 (Anexo 2) y de la institución de salud de la ciudad de Medellín. La protección de los datos de las participantes se realizó siguiendo las recomendaciones planteadas en Decreto 1377 de 2013 y la Ley 1581 de 2012. (62,63).

Adicional a lo anterior el proyecto de investigación también fue analizado a partir de los criterios éticos propuestos por Ezequiel Emanuel. (64)

Validez social

El valor, social y científico, está representado en la probabilidad que tengan los resultados de la investigación de “promover mejoras en la salud, en el bienestar o en el conocimiento de la población”. El principal interés es el de “no exponer” a los seres humanos a riesgos y daños potenciales, a menos que se espere un resultado valioso.

El valor social de esta investigación estuvo representado en la posibilidad de que mediante los resultados se pudieran identificar aspectos claves para que los profesionales de la salud pudieran diseñar planes de cuidado, acordes con las necesidades de las mujeres que vivieron esta experiencia. Adicional a esto, se esperaba que se pudieran construir estrategias que favorecieran no sólo el cuidado físico, sino el espiritual, social y cultural velando por la integralidad de la mujer, viéndola como un todo.

Validez científica

Para Emanuel (64) la validez científica está representada en que los resultados de la investigación sean científicamente confiables. Para esto, se trazaron unos objetivos claros y se adoptó el método fenomenológico hermenéutico propuesto por Van Manen, el cual fue descrito a cabalidad en el apartado de metodología, reflexión fenomenológica y hermenéutica. Sumado a esto, se hizo una revisión teórica profunda con miras a lograr la comprensión del fenómeno, y se orientó la búsqueda de información para dar respuesta a la pregunta y obtener los objetivos.

El proyecto de investigación fue presentado a las asesoras, otros docentes y a compañeros del programa de Maestría en Enfermería, favoreciendo la auditabilidad, la evaluación y los ajustes en la estructura y consistencia interna del proyecto.

Selección equitativa del sujeto

Las entrevistas solo fueron realizadas a las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión, pero sin hacer distinción con relación a las características de raza, inclinación política o religiosa, o a su situación socioeconómica.

Proporción favorable de riesgo-beneficio

Esta investigación se apegó a la normatividad colombiana, Resolución 8430 de 1983, (62) por la cual, se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, emitidas por el Ministerio de Salud. De acuerdo con la clasificación propuesta en el Artículo 11 de la Resolución, numeral B, este estudio se consideró como una investigación con riesgo mínimo para las participantes, puesto que no se realizó ningún tipo de intervención clínica sobre ellas, aunque se abordaran aspectos sensitivos que pudieran tener afectaciones psicológicas como incomodidad o quebranto emocional (crisis de llanto), para poder resolver éticamente estas situaciones la investigadora se preparó mediante el análisis del texto de Gantiva (65) que trata de la

intervención en crisis, además sesiones de debriefing con la asesora principal que es psicóloga para realizar simulaciones que rescataban diferentes estrategias de intervención por si se presentaban situaciones que ameritaran intervención en crisis. Dos participantes presentaron sentimientos de tristeza expresados a través del llanto, la orientación estuvo dirigida a permitir la expresión emocional y a conducir adecuadamente su procesamiento, posterior a lo cual se suspendió la entrevista hasta que la participante decidiera lo contrario, sin presiones. Solo bastó con prestar acompañamiento en silencio, realizar un ejercicio para conducir la respiración y brindar algo de beber para superar la situación presentada.

Las entrevistas se desarrollaron en los sitios de vivienda de cada una de las participantes, a excepción de una de ellas, con quién fue necesario realizar un encuentro por videollamada debido a que no se encontraba en la ciudad, aunque también fue realizado desde su casa con el fin de mantener un ambiente de confianza que permitiera una escucha atenta de los hechos narrados por cada una de ellas, y apreciar los sentimientos.

Evaluación independiente

Este criterio se desarrolló a través de la revisión, seguimiento y evaluación por parte de las asesoras del proyecto de investigación.

Se hizo una presentación de los avances, a los profesores y compañeros de la Maestría en Enfermería, al finalizar el semestre. Además, la evaluación y aprobación por parte del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, U. de A. (CEI-FE) y del Comité de Ética de la institución donde se realizó el proyecto.

Consentimiento informado

Se le presentó a cada una de las participantes el consentimiento informado donde se daba cuenta de los objetivos de la investigación, los riesgos y beneficios para ellas, y la investigadora en un lenguaje claro y comprensible explicó los términos de la

confidencialidad de los datos y de sus nombres, el uso de seudónimos, y la libertad que tenían de participar o no en el proyecto de investigación, o de retirarse libremente sin ningún tipo de represalia; de esto se dejó como constancia el documento firmado por cada una. Además, se les advirtió que las entrevistas iban a ser grabadas en un dispositivo móvil y que posteriormente serían transcritas textualmente para hacer el análisis de los datos. Se les explicó también que se iban a realizar varias entrevistas en diferentes oportunidades con el ánimo de confirmar los datos y poder exponerlos. (Anexo 1).

Respeto a los sujetos inscritos

La investigación fue realizada con mujeres mayores de edad que tuvieron la oportunidad de elegir libremente su participación o abandono de la misma, situación que no se presentó durante el desarrollo de esta investigación.

Los resultados obtenidos de las entrevistas fueron devueltos a las participantes en textos para su lectura; su exposición fue cuidadosa con relación a la confidencialidad a través de los seudónimos. La información fue manejada exclusivamente por la investigadora y sus asesoras, y fue custodiada en un computador con clave de acceso y guardada en un *drive*, al cual solo tenían acceso las personas ya enunciadas. La información será guardada durante un período de 2 años, posteriores a la culminación de la formación académica de la maestría con el fin de que pueda ser consultada, en caso de requerirse.

Los derechos de autor del proyecto de investigación quedan a nombre de la investigadora y de la Universidad de Antioquia.

Al finalizar el trabajo la investigadora se comprometió a hacer una devolución completa de los resultados del estudio, estos tienen una finalidad académica con miras a la construcción y fortalecimiento disciplinar para el avance en las prácticas y estrategias de enfermería orientadas al cuidado de la mujer bajo estas condiciones.

10 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

10.1 Participantes

A continuación, se dará una descripción de cada una de las participantes, esto permitirá conocer un poco más de su historia y condición mientras vivió la experiencia:

Participante 1 (P1) - Sara: mujer de 32 años de edad, en unión libre, residente en Medellín en el área del valle de Aburrá, con una cardiopatía congénita conocida como atresia pulmonar, portadora de válvula protésica y mitral, ha sido intervenida quirúrgicamente en tres ocasiones, este es su embarazo número tres, actualmente madre de una niña de 7 meses de edad, trabajadora independiente, practica religión católica.

Participante 2 (P2) - María: mujer de 30 años de edad, casada, residente en Medellín, con enfermedad coronaria, portadora de válvula mitral, la han operado en dos ocasiones, anticoagulada, es administradora de Negocios Internacionales, con una complicación quirúrgica postparto fascitis necrotizante, este es su embarazo número dos, actualmente madre de una niña de 1 año de edad, practica la religión católica.

Participante 3 (P3) - Andrea: mujer de 34 años de edad, casada, residente en Medellín, con enfermedad coronaria, ama de casa, madre de 4 hijos, el último un niño de 15 meses de edad, practica la religión católica.

Participante 4 (P4) - Carolina: mujer de 21 años de edad, casada, residente en Buga, con diabetes mellitus tipo I insulinorequiriente desde los 5 años de edad, estudiante de Ingeniería Biomédica, este es su primer embarazo, actualmente madre de una niña de 8 meses de edad, practica la religión católica.

10.2 Semblanzas de los días de hospitalización

El presente apartado contiene las transformaciones lingüísticas de cada participante, esto consiste en recopilar en párrafos más sensibles desde el punto de vista fenomenológico la información recolectada (Van Manen) (40) para mostrar más a fondo la situación y experiencia durante la hospitalización; la investigadora actúa con su voz como mediadora para dar forma a los relatos y ayudar a conducir y explicar la vivencia.

Participante 1 (P1) - Sara

Dos hospitalizaciones en la institución

Sara estuvo hospitalizada en 2 ocasiones en la institución, describe la vivencia como “dura y preocupante”, siempre con preguntas y miedo por lo que podría pasarle a ella y a su hija, recordando lo que sintió cuando perdió dos embarazos anteriores y el riesgo que corrió su vida.

Después de un tiempo intenta de nuevo ser madre con su actual pareja, sabía el peligro al que se enfrentaba, pero “era lo que más anhelaba y deseaba y solo Dios sabría qué pasaría con su vida, pero confiaba en él”.

Una noche comenzó a sentirse mal, su cuerpo empezó a sentir un dolor que se extendía por todo su abdomen y la hizo consultar en varios hospitales, donde le informaron que por problemas de afiliación con la EPS [Entidad Promotora de Salud] no podía ser atendida, pero una enfermera de turno le recomienda esperar hasta el siguiente día para que consulte de nuevo; dice, “fue lo último que me jugué, allí nos quedamos mi esposo y yo acampando en el carro mientras esperábamos que amaneciera, mis dolores no paraban, pero tranquilamente pensaba si nace, acá me deben atender”.

Cuando amaneció ingresó de nuevo, y por fin el médico que llegó la hospitalizó y le informo que por su enfermedad de base podía ingresar a la clínica de embarazo y enfermedad cardiaca. Ingresó a la cama número dos del servicio de embarazadas, allí la conectaron al monitor con muchos cables, su corazón latía muy rápido, no entendía

muy bien para qué tantas cosas, también sentía dolores “contracciones” pero nada más, luego le administraron oxígeno y se preguntaba “¿para qué oxígeno si yo respiro bien?, no me siento ahogada ni nada”, relata que es muy incómodo tenerlo, se lo quitaba y olvidaba volvérselo a poner, después pregunta a alguien, ¿por qué el oxígeno? y le explican que las mujeres embarazadas deben respirar muy bien para garantizar que le llegue buen oxígeno al bebé, la respuesta la tranquilizó y comprendió que no era por ella sino por el bienestar de su hija, en ese momento dejó de sentirlo tan molesto. Esos primeros 5 días en el hospital fueron siempre iguales; los médicos la visitaban, su familia y esposo, los dolores fueron desapareciendo lentamente y fue dada de alta con medicamentos y oxígeno.

Después de veinte días empieza a sentir de nuevo dolor, pero ya era más y no se calmaba ni se quitaba a pesar de los medicamentos; consulta otra vez y el ingreso fue más fácil porque pertenecía a la Clínica del Embarazo y Enfermedad Cardíaca; esta hospitalización dura más tiempo pero no logran controlar el dolor y comienza a dilatar, sus pensamientos se centran en pedirle a Dios que todo salga bien y que ella y su hija logren vivir, la angustia de no saber que podía pasar la invadía por momentos.

Se animaba diciéndose a sí misma “ya estamos acá y vamos a salir adelante”, las visitas de su familia le ayudaron mucho porque dejaba de pensar y se desconectaba de sus pensamientos, ellos la hacían pensar en otras cosas. Su relación con el personal de salud es recordada con gratitud. Para Sara los días pasan de acuerdo al personal de turno, hay días más tranquilos y alegres que otros. Recuerda con desagrado a una enfermera de edad, su forma de hablar y su manera de comportarse no le gustaban mucho, nunca dijo nada para no molestar, pero no veía la hora de que se acabara el turno para que llegaran “las buenas gentes, las que la trataban bien y la hacían sentir como completa”.

El día que nació su hija empezó con los dolores desde la mañana, estuvo acompañada por su mamá y su esposo, cayó la noche y el dolor aumentaba cada vez más, sentía mucho calor y sudor, el dolor aumentaba por todo el cuerpo, tenía mucha sed y ganas de quitarse todo y salir corriendo, recuerda mucho dolor y que tenía que respirar bien por la niña, profundo y despacio, aún estaba en la cama y sintió ganas de

pujar, después le dijeron que había avanzado muy rápido y que su hija ya iba a nacer. Debían pasarla a otra sala, aún no podía pujar, pero ella quería hacerlo, quería verla, tenía que sentirla para saber que ya era mamá; lo quería hacer y lo hizo, no quiso aguantar, rápido la pasaron en una camilla a trabajo de parto y allí nació su hija, *¡por fin!* se cumplió su anhelo, nació su hija, su milagro. Se sentía tan feliz que es algo que no logra describir, es un sentimiento que invadió todo su cuerpo, quería gritar, llorar, pero fue necesario que se la llevaran, era muy pequeña y no la podía tener con ella, pensaba, “Dios protéjala, que se salve”.

Fue trasladada, entonces, a una unidad más especializada en otro bloque para poder vigilarla, separada de su hija; su esposo fue a conocer a la niña, le tomó muchas fotos y se las llevó, todos estaban muy felices por el nacimiento, ella también lo estaba, pero a la vez sentía miedo por no saber si se iba a salvar. Pasaron 3 días hasta que pudo ir a conocerla, hizo un escándalo y lloró como nunca había llorado, tanto así que las enfermeras le dijeron: “mamá si no se calma no va a poder quedarse”, pero no sabían que ella lloraba de alegría, de felicidad, se veía como un llanto de angustia, era tan fuerte que casi no logra controlarlo, cuando por fin la vio era tan pequeña, pasó muchos días en la UCI para bebés hasta que por fin logró llevarla a casa, sana. Hoy la mira y no la cree, es suya y agradece tanto a Dios por esta oportunidad, porque su hija y ella están bien.

Participante 2 (P2) - María

Dos Hospitalizaciones en la institución

Cinco cirugías

María estuvo hospitalizada en dos ocasiones en la institución, siempre le informaron que por su diagnóstico nunca iba a poder quedar embarazada, pero su madre siempre le decía que la ciencia avanzaba y que eso podría cambiar. La pérdida de un embarazo anterior le abre la posibilidad de ser madre, sabía lo que eso significaba, los sentimientos de dolor y miedo, el peligro al que se enfrentaría, pero aun así decide intentarlo.

Comienza a sentir cambios en su cuerpo que alertan sobre un posible embarazo, resultados de pruebas positivas y negativas la llenan de esperanza, consulta con el médico quien le recomienda un nuevo programa llamado Clínica del Embarazo y Enfermedad Cardíaca, debe esperar hasta el lunes para presentarse. Relata que ese fue el fin de semana más eterno, tenía sus esperanzas puestas en el programa. El lunes consulta muy temprano e inicia su primera hospitalización, recuerda la cara de todos cuando llegó e informó la manera cómo debían conducir su tratamiento, las felicitaciones del cardiólogo porque la información dada por ella era correcta. María sabe que gracias al interés en su enfermedad su hija hoy está con ella.

Su hospitalización duró quince días en el servicio de cardiología; vivió un carrusel de emociones, su embarazo era muy corto, apenas de cuatro semanas, y por los antecedentes de la primera pérdida y su enfermedad pensaba que le podía volver a suceder lo mismo. Cuando le realizaron la primera ecografía no vieron nada, pero el médico que la realizó le dijo “no te quiero ilusionar, pero creo que veo un puntito, puede que sea una mancha del ecógrafo o tu bebé creciendo”. Fueron muchos los pensamientos y sentimientos en ese momento, miedo a que no se formará, preocupación por que sí creciera, miedo, no de morirse ella sino de que se formara él bebé; el comentario del médico le dan ganas de vivir. Allí, “fue la novedad era la única embarazada”, no podía realizar mucha actividad física, algo que la hacía sentir como presa, aunque sentía que podía realizar todo sabía que no podía por el diagnóstico y la condición de hospitalización, “*los días son largos y aburridos*”, pero la compañía de los otros pacientes y las enfermeras

le ayudaron a llevarlo. En una ecografía logra ver al bebé, su alegría es compartida con el personal del servicio y sus esperanzas cada día son más grandes. Es dada de alta, pero con comunicación diaria con la enfermera del programa, el seguimiento es estricto a través del *WhatsApp*, reconoce que la tecnología fue usada para su beneficio.

La segunda hospitalización ocurre en la semana 36, ingresa al servicio de ARO (alto riesgo obstétrico) por urgencias de gineco-obstetricia, encontrando grandes diferencias a pesar de ser la misma institución; la más grande radica en que todas eran mujeres embarazadas de alto riesgo y ya no era una novedad. La forma en cómo se dirigían cuando la entregaban en los cambios de turno para ella no era la adecuada, ya que se expresaban de ella como la mamá y ella aún no se sentía mamá, reclamando que ella era María una mujer embarazada. Cuando es trasladada a otro servicio de hospitalización, la infraestructura y el trato de algunas enfermeras la impacta negativamente, afirma que los días dependían mucho de las enfermeras que estuvieran de turno para hacer de la relación algo positivo o negativo, “algunas levantan el ánimo pero otras lo bajan en un segundo”, tantos días hospitalizada le producen mucho aburrimiento, pero una forma de escapar era cuando las enfermeras iban a preguntarle acerca de su enfermedad y estado, “hablar con otras personas distrae”; a veces escuchaba lo que pasaba en el servicio, lograba percibir si había problemas o si nacían bebés o si otras mujeres estaban en trabajo de parto; pero en otros momentos se encontraba en “piloto automático”. Su mamá y su esposo siempre estuvieron con ella, brindándole apoyo y compañía.

María vuelve al servicio de ARO para iniciar la inducción para el trabajo de parto, recuerda que le colocaron “una tirita de color blanco”, la cual no le produjo ningún dolor ni efecto, y, entonces, deben realizarle una cesárea, su hija nace sana. Luego de esto es trasladada al servicio de hospitalización y el día que iba a ser dada de alta le realizan masaje uterino, observando que aún tiene muchos coágulos, logran sacarlos, pero después de esto empieza a sentirse muy mal, tanto así que le encomienda su hija a una de las enfermeras de turno para que por favor se la entregue a su mamá. Es valorada por dos enfermeras del servicio de ARO, una de ellas comenta que huele raro, que no la veía bien; esa noche fue eterna, el dolor y la sensación de muerte eran inminentes, muy

cercanos, tanto así que dice que vio al diablo durante ese momento, pensando “me morí, estoy en las puertas del infierno”.

Es valorada por el ginecólogo, a quien ella reconoce como su ángel de la guarda; la preparan para cirugía porque desarrolló una fascitis necrotizante (complicación posquirúrgica), en esta le retiran todo el tejido muerto, ayudándola a sentirse mejor, después de esta son cuatro cirugías más las que le realizan, en la segunda cirugía no cierran por completo la herida, la dejan abierta, comenta “No tenía consciencia de lo que hacían con mi cuerpo”, a los 10 días le instalan un Vac (sistema de cierre asistido por vacío) y la lavan 3 veces más, hasta que logran cerrar la herida en la quinta cirugía. “No tenía fuerzas, no me podía mover, me tenían que cambiar hasta de posición”.

Posterior a esto es dada de alta; cuando llega a su casa sintió el olor de la virgen, “un olor no fabricado pero diferente” que le dio tranquilidad y alegría, y refiere que esta experiencia es como el carnaval de Barranquilla, “Quien lo vive, es quien lo goza”.

Participante 3 (P3) - Andrea

Una hospitalización en la institución

Una cirugía

Andrea es madre de 4 hijos; afirma que su familia es numerosa para la sociedad, pero no para ella; de hecho, sus hijos son bendiciones enviadas por Dios, su fe es tan grande que siempre la antepone a las situaciones buenas y no tan buenas.

Estuvo hospitalizada en la institución una semana antes de su parto para que le realizaran un puente de anticoagulación; esa semana estuvo tranquila, pero con uno y otro sentimiento que le generaban preocupación por el nacimiento de su nuevo hijo. Pensaba en la experiencia pasada con su otra hija, lo cual la tranquilizaba porque estaba haciendo lo mismo. El programa al que pertenecía le brindó el acompañamiento que necesitaba, pero el día del parto pasó algo que la desconcertó, “Me dejaron sola en el momento del parto”.

El día que le inician, empieza a sentir unas contracciones muy fuertes, sentía que no iba a ser capaz, el dolor era tan fuerte que pidió ayuda al personal de enfermería, pero la respuesta era la misma: “debe esperar a que la valore el médico”, su esposo y su hermana se encontraban muy preocupados y angustiados por su situación. Tomó la decisión de meterse en el baño pensando: “Me quedo acá en el baño y me muero acá en el baño”, su preocupación giraba en torno a que se iba a desangrar en el momento del parto porque aún le estaban pasando la heparina; sentía que a su bebé le faltaba poco para nacer, cuando es valorada por el médico quien le informa que apenas está empezando la dilatación, después de esto se le rompe la fuente y su trabajo de parto se acelera, se frustra y siente que no la están tratando con caridad; es entonces trasladada al servicio de sala de partos para el nacimiento de su bebé y estando allí debe pujar muy fuerte, sin medicamentos para el dolor; ella sabe que no es una paciente cualquiera y que su condición merecía un trato especial, como en la anterior hospitalización. Aún se pregunta y no entiende: “¿Qué pasó? y ¿por qué me dejaron sola?”

Una vez sale del servicio de partos es trasladada a un nuevo servicio, allí permanece en compañía de su bebé, con el dolor controlado y sintiendo una “bolita” que

le crecía en su vagina: “Durante 3 días crecía y crecía y con ella el dolor, al principio nadie sabía que era, incluso pensaron que eran hemorroides, pero no, fue un hematoma que creció ahí hasta el punto de hacerme perder la forma, me impedía orinar e ir al baño”. Fue necesario llevarla a cirugía para practicarle un procedimiento, todo esto fue gracias a la ayuda de una enfermera que se percató y solicitó valoración, ya que observó que eso no era normal y que su dolor estaba en aumento. Sintió mucha rabia, tristeza y despreocupación por la parte médica.

Al salir de cirugía es trasladada al servicio de cuidados intensivos, separada de su hija. Allí es muy difícil estar porque se sentía bien, pero no podía hacer nada, ni siquiera bañarse; fueron momentos muy incómodos, cuando otra persona la limpiaba se sentía rara e incómoda; con felicidad recuerda el día en el que la llevaron a ver a su bebé, esto la reconfortó, le aclaró las dudas acerca de su estado, y le permitió verlo, no solo a través de fotografías. Sale de la UCI y va al servicio de hospitalización, recordando de una manera, no muy agradable, la experiencia de la lactancia con su bebé. Le parece bien y adecuada toda la educación que brindan, pero antes de hacerlo deberían contar con la madre, y preguntarle si quiere practicarlo; ella sí lo quería hacer, pero los primeros días no fueron fáciles, la producción de leche era mínima y su bebé lloraba demasiado, confiesa que ingresó leche de tarro y teteros para alimentar a su bebé sin solicitar permiso al personal de la sala; la enfermera le brinda educación, argumenta su decisión y los motivos que la llevaron a hacerlo.

Esta hospitalización fue dolorosa, pero a la vez gratificante, sintió dudas, miedo y rabia durante el parto, pero tener a su bebé la llenaba y la hacían pensar que todo por él había valido la pena, recordaba mucho durante ese momento una hospitalización pasada donde una enfermera “la tocó”, era la enfermera que le realizaba las curaciones; ella la confrontó y le habló con contundencia, pero desde el corazón, “me habló desde la caridad”. La animó a seguir adelante, y le hizo ver la importancia de ponerle actitud a su recuperación; recuerda que el médico llegó a verla en ese momento y preguntó: “¿Dónde está la paciente?” y ella le dijo “ya no está, ya está Andrea”. El recuerdo y aprendizaje de esta experiencia le ayudó a sobrellevar la experiencia del hospital; con su esposo siempre rezaban el rosario y le decía: “debemos ponerle actitud, donde está la actitud”. Reconoce

que “los enfermeros dan vida a los pacientes y que la actitud es el motor para salir adelante”. Permitirse hablar y expresar lo que tenía guardado en su corazón, le sirvió para liberarse de todos esos sentimientos.

Participante 4 (P4) - Carolina

Dos Hospitalizaciones

Carolina estuvo hospitalizada dos veces en la institución, la primera fue por un aumento de los niveles de azúcar en su sangre debido a una descompensación por la aplicación de un medicamento y el daño de la bomba de insulina con la cual los regulaba; esta duro semana y media, y estuvo cargada de muchos sentimientos de angustia, y pensamientos acerca de lo que podía pasar con la salud de su bebé. Pensaba todo el día en las recomendaciones dadas por los ginecólogos y los endocrinólogos durante los controles, acerca de mantener sus niveles “perfectos” para evitar que su bebé naciera muy grande. Pedía a Dios: “¡Que no se me venga la bebé!, ¿cómo estará la bebé?”. La explicación dada por el personal de salud acerca del efecto del medicamento y que solo duraría en su cuerpo por 4 días, y que esto no afectaría el desarrollo la tranquilizaba, pero ella seguía preocupada.

Es dada de alta y, luego, en un control prenatal, observan que los exámenes de laboratorio no son normales y que la presión está alta; recomiendan consultar por urgencias y vuelve a ser internada en el servicio de hospitalización, con 36 semanas. Pasa su última semana de gestación monitorizada, controlada y visitada por el personal de salud y en formación, debido a la novedad de su bomba de insulina. “Todo el mundo iba a verla (la bomba de insulina) y me hacían muchas preguntas (acerca de la bomba)”. Esta hospitalización dura 12 días, los cambios en el cuerpo son evidentes, la hinchazón, la “barriga grande”, el no poder caminar ni calzarse porque a sus pies no les servían los zapatos; escuchaba comentarios acerca de si el embarazo era gemelar. Los días son: tener glucometrias perfectas y estar preocupada porque su hija no naciera antes de tiempo, pero la presión alta determina la terminación del embarazo. Le iniciaron inducción

y comenzaron las contracciones, fuertes, seguidas, provocando malestar general que la llevó a vomitar, “Parecía convulsionando cuando vomitaba”. El médico le dice “ya se vino el chino”, pero no había dilatación; se llenó de angustia al igual que su familia; termina el embarazo por cesárea, y es en el ingreso al área de cirugía donde el cambio de lugar la hace sentirse sola, ve caras nuevas, nadie conocido, gorros y pijamas que no dejan identificar bien a las personas; reconociendo a alguien, era un estudiante, y se aferra a él como si fuera su mamá, “él se comportó como una madre, me acompañó, me acarició la cabeza, me dio apoyo durante las contracciones”. Cuando Carolina entra a la sala de cirugía solo ve a una mujer, la anesthesióloga quien de manera atenta le iba relatando lo que pasaba durante su procedimiento; escuchó decirles a los médicos ya nació, esperaba que su bebé llorara, pero no escuchaba nada, la anesthesióloga le confirma que su bebé nació, pero aún no lloraba, su corazón no dejaba de palpar. Cuando se la iban a mostrar la decisión cambió, no respiró bien y por esta razón fue necesario trasladarla de inmediato de quirófano. Una vez termina el procedimiento, tiempo eterno porque no sabía nada de su bebé y aún no la había conocido. Al salir de cirugía su madre le enseña una foto y así la ve por primera vez.

Al siguiente día tenía que esperar a que le pusieran los medicamentos para poder ir a verla; iba muy mareada, pero no informaba porque entonces iba a tener menos tiempo con ella. Siente que su enfermedad le impidió establecer ese vínculo madre e hija, “no pude alimentar adecuadamente a la bebé” (practicar la lactancia) sintiendo mucha impotencia, “no lo logre”. Se esforzó demasiado, pero no logró quitarle el tetero; cree que, si hubiera podido estar como las otras mamás, todo el tiempo con la bebé, quizás sí hubiera logrado la lactancia.

El día que más miedo sintió fue cuando le realizaron una ecografía en sus pies para mirar que no tuviera trombos, y estando en ese lugar empieza a sentirse mal, le toman la presión y está muy alta, todos corrían y las enfermeras de la sala donde estaba hospitalizada llegaron hasta allá a aplicarle el medicamento para la presión. Ese día, “me di cuenta de lo grave que estaba” y del peligro que representaba la enfermedad. El acompañamiento del personal de salud le hacía ver de una manera diferente su estado:

“las emociones que ustedes sienten se las reflejan a uno”, los sentimientos de acogida por parte de las enfermeras la hacían “sentir como en casa”. Se sintió protegida y acompañada no solo por su familia; no quería irse, primero, por no dejar a la bebé hospitalizada y, segundo, porque se sentía bien.

10.3 El significado de la experiencia a la luz de los existenciales

En este apartado se expone el significado de las participantes, el cual será guiado a través de los existenciales propuestos por Max Van Manen, con el fin de dar cuenta del mundo de la vida de cada una de ellas, la forma como experimentaron las situaciones, la cotidianidad que vivieron en sus días de hospitalización y la singularidad que se obtuvo a través de las transformaciones, reducciones y aproximaciones temáticas logradas con el análisis de la información.

Los cinco existenciales que sirven como guía para orientar la reflexión pueden diferenciarse entre sí, pero no separarse; el cuerpo vivido, el espacio vivido, el tiempo vivido, la relación vivida y las cosas vividas con el otro pueden exponerse de una manera diferenciada, pero teniendo en cuenta que un existencial siempre requiere de los demás aspectos para conducir el análisis y la reflexión de la experiencia vivida de la hospitalización en mujeres con gestaciones de alto riesgo.

El cuerpo vivido: “Sos vos con el pensamiento”

La corporeidad se refiere al hecho fenomenológico de que siempre estamos de una forma corpórea en el mundo; (40) las mujeres participantes vivencian su cuerpo cuando se presentan las complicaciones y los malestares físicos, se relacionan con el personal de salud e inician un proceso prerreflexivo acerca de todo lo sucedido durante la vivencia.

Cada una corporaliza y vive el fenómeno de acuerdo con su condición, enfermedad y complicación, son únicas y particulares; su cultura y núcleo familiar afecta el modo en que viven la experiencia. A través de múltiples sentimientos y emociones sienten y perciben las transformaciones que van sucediendo en su cuerpo, lo cual las lleva a pensar sobre su enfermedad y el embarazo, sus pensamientos se orientan a lo que les puede pasar a ellas y a sus hijos (a) por nacer; la posibilidad de morir se vuelve más cercana, y la incertidumbre uno de los sentimientos que se expresa de diferentes maneras.

Durante la vivencia de la hospitalización las mujeres conviven a diario con el pensamiento de no saber qué va a pasar y con incertidumbre por el futuro, Mishel (66) define el fenómeno de la incertidumbre como "la inhabilidad del sujeto para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad".

[Pensaba] en que me iba a morir, ¿qué nos iba a pasar a las dos?... En, ¿qué iba a ser de mi vida? Pensé muchas cosas por lo que me decían a mí; que era un embarazo de alto riesgo, que nos podíamos morir las dos, o que me podía morir yo y la niña podía vivir.
(Sara-E1)

Estos pensamientos están cargados de un sentimiento de vacío conocido como soledad, el cual es un estado emocional en el que la persona experimenta aislamiento y desconexión con su realidad (67). Las participantes manifiestan que siempre se encuentran pensando en lo que está pasando, en lo que podría pasar y en cómo eso lograría afectar las; la incertidumbre se vuelve parte del proceso, son muchas las preguntas a las que se enfrentan, con relación a su diagnóstico, la evolución de su

embarazo y la forma en cómo va a terminar, afectando la capacidad para tomar decisiones trascendentales, como lo refiere una participante en el siguiente testimonio:

...El médico me preguntó que yo como quería tener a la bebé, si por parto natural o por cesárea, yo en ese momento no sabía porque desde hace mucho los ginecólogos me decían: tenemos que esperar a ver si te hacemos cesárea o no, o si vamos a tener un parto natural. Yo, con mi esposo lo hablaba, y él me decía: ¿qué será mejor para tu diabetes, una cicatriz, una cirugía? Era como que es peor o que es lo menos peor, entonces cuando él me pregunta yo no supe qué responder. (Carolina-E1)

La incapacidad para dar una respuesta se refleja debido a la incertidumbre que genera el nacimiento, los pensamientos de ansiedad por la salud de sus hijos (a), los interrogantes sobre los procedimientos y la forma de finalización del embarazo pueden ser conocidos o no por las participantes, incluso pueden programarse y planearse desde el inicio de la hospitalización, pero a medida que se presentan las situaciones, las decisiones se van tomando y los planes van cambiando, y es su responsabilidad tomar una decisión guiada por la información dada por el personal que brinda la atención, pero, en ocasiones la palabra “*esperar*” es muy común en las respuestas que reciben por parte de ellos, esto les genera mayor incertidumbre y pocas respuestas a sus preguntas aumentando el sentimiento de soledad. Noguera Ortiz y Muñoz de Rodríguez (68) comentan que las repercusiones emocionales son expresadas a través de sentimientos como incertidumbre, miedo y ansiedad, secundarios a no saber qué va a pasar con su salud y con la salud del (la) bebé por nacer, debido al desconocimiento de lo que sucederá a futuro y lo inesperado durante el transcurso de la enfermedad. De acuerdo con lo anterior, la incertidumbre generada por el desconocimiento hace que las mujeres no puedan estructurar de manera adecuada lo que está sucediendo debido a las pocas señales, o por la información recibida que aumentan los sentimientos de frustración y desesperación (69).

Al mismo tiempo vivencian el malestar físico como otra de las situaciones a las que se ven enfrentadas; así se dan cuenta de su cuerpo y esto las alerta sobre una posible

complicación; su cuerpo físico padece y percibe el malestar. "...Y pensé muchas cosas, por el miedo que me daba, yo me sentía muy maluca, me daban taquicardias". (Sara-E1).

Las molestias desencadenadas por la enfermedad y la gestación como la hinchazón, el no poder caminar bien, las hace sentir extrañas en su propio cuerpo, "Ya estaba muy cansada de estar hinchada, de no poder caminar bien, de que en las noches me levantaba y no podía casi ni voltearme en la cama, se me dificultaba mucho pararme". (Carolina-E1)

Lo vivencian como una transformación no agradable al verse en el espejo, y los comentarios de los demás alientan esos sentimientos y la percepción de ellas en ese momento, esto les genera mayor preocupación: "Esa preocupación... que se te sube el azúcar, te va a nacer muy grande, yo me veía la barrigota, que todo el mundo me decía ¡parecen gemelos!, entonces más me preocupaba" (Carolina-E4)

Se puede observar que el cansancio es una consecuencia de la enfermedad que se expresa como fatiga, y las lleva a desear terminar el embarazo de la mejor manera y por sus hijos(a) por nacer, pero se logra interpretar que, de manera irreflexiva, saben que esto dará fin a los malestares que están padeciendo, "Llegas a ese punto en el que tú te cansas y ya, obviamente, quieres tener al bebe, obviamente sano, obviamente en las mejores condiciones" (Carolina-E1).

Saben que cuando todo pase el cuerpo volverá a su forma, conocida y aceptada, reconociendo que no será un proceso fácil de llevar, pero con la esperanza de que será conseguido. Teóricamente, estos cambios son llamados por Meleis (70) como transiciones que tienen puntos de partida y apropiación de ellos en diferentes momentos, necesitaron una definición y redefinición de su yo interno, convivir con la transición entre la salud y la enfermedad, pasar del bienestar a la enfermedad aguda, convertirse en madres y debatirse entre la vida y la muerte, lo cual les permitió vivir cada transición de manera diferente e incorporar, de manera gradual, sentimientos y emociones, a las nuevas existencias derivadas de los acontecimientos sucedidos. De acuerdo a la metasíntesis de Hodgkinson (71) las mujeres perciben que el cuerpo embarazado está

fuera de su control y transgrede los ideales socialmente construidos, con los que ellas tratan de proteger su imagen corporal.

De la misma manera, el pensamiento también se incorpora a la percepción actual que generan de sí mismas, como lo expresado por la siguiente participante.

“Quieres vivir, pero no podés, quieres experimentar, pero el cuerpo no te responde, y es muy desesperante porque solamente Sos vos con el pensamiento”. (María-E2)

Esta situación también es expresada en el artículo *Vida cotidiana y preeclampsia: Experiencias de mujeres del Estado de México (72)* donde mencionan que la enfermedad no solo se refleja en los aspectos biológicos de las personas con malestares corporales, físicos, objetivos, visibles y notorios, sino también se manifiesta en la subjetividad a través de sus emociones, sentimientos y actitudes por tener la enfermedad. Estos síntomas hacen que se muestren de una forma corpórea sus sentimientos y frustraciones frente al proceso que están viviendo, desencadenando una lucha interna con sus pensamientos, donde el cuerpo se silencia, pero se expresa en todo su esplendor en la mente, el cuerpo no responde por la enfermedad generando impotencia, desencadenada en la pérdida de autonomía.

La pérdida de autonomía es otra de las expresiones hechas por las participantes; las hace comprender la manera cómo habitan el mundo de la hospitalización, y los síntomas le impregnan diferentes matices a la vivencia, “...Por ejemplo, cuando usted está en una cárcel, usted está bien, está aliviado, usted se siente con fuerzas, en cambio cuando usted está en un hospital usted no tiene energía, no puede hacer nada” (María-E1).

“[Experiencia de estar hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos] Muy duro porque yo me sentía bien y no me podía parar todo me lo tenían que hacer en la cama, los baños, yo les decía: venga yo me baño... y me decían: [“no, aquí no se puede”], y pues uno entiende todos los momentos, ella me bañaba, me estregaba por todas partes fue muy incómodo, muy penoso.” (Andrea, E1)

Ellas se convierten en el espacio que habitan, referenciando a Merleau Ponty (citado por Ledesma), el cuerpo es inseparable del espacio y del tiempo ya que el cuerpo es el “medio” de “ser hacia el mundo”; (31) sus cuerpos expresan esa falta de libertad confirmando que no son solo objetos, sino que están representados en su ser cuando son capaces de expresar el significado perceptible a través de su cuerpo falto de autonomía, esa corporeidad en la cual se encarnan trasciende su significado objetivo y biológico.

En los relatos se aprecia cómo ese cuerpo que estaba silenciado, comienza a sentirse y percibirse por los signos y síntomas físicos que lo hacen sentirse presente y por medio del cual expresan sus sentimientos y emociones. De aquí que las emociones son algo que sentimos desde adentro y que se manifiestan corporalmente, (73) a partir de la captación de los trastornos fisiológicos; además son concebidas como hechos que tienen ubicaciones concretas en el cuerpo, que duran períodos de tiempo determinado y que se relacionan causalmente con otros hechos. En este sentido, vivir con miedo es una de las emociones que se hace presente y se vincula a los eventos presentados durante el tiempo que viven la experiencia, el miedo es definido como aquella manifestación de la experiencia que se genera entre el sujeto con aquello que toma el significado o el carácter amenazante en una situación determinada, real y concreta, (74) como cuando se dan cuenta de la gravedad de la enfermedad:

Yo tenía los pies hinchados y me fueron a tomar una ecografía para mirar que no tuviera trombos, entonces en ese momento que me llevaron recuerdo que se me subió mucho [la presión arterial], no sé cuánto, no me dijeron, pero sí sé que se subió por lo que uno les escucha decir a ustedes, escuche que se alteraron, que tenía muy alta la presión y que podría convulsionar, ¡me angustie!, me dieron ganas de llorar y dije ¡Dios mío! Entendí la gravedad en la que yo estaba. (Carolina-E1)

Estar frente a la complicación de su enfermedad y con miedo a que el embarazo tome un curso no deseado, las llena de interrogantes, que se expresan a través de

sentimientos de angustia y preocupación: “Solo pensaba, apenas no se desarrolle... donde se me muera... apenas esto y lo otro... yo no pensaba en mí” (María-E1)
“Pensando todos los días, cómo estará la bebé, que no se me venga la bebé” (Carolina-E1).

Son claras en afirmar que el miedo siempre ha estado presente en sus vidas debido a sus enfermedades, pero que en este momento se percibe y se siente diferente, “La enfermedad que uno tiene, uno ya la tiene. y ahí no hay más de otra, ya toca asumirla y vivir con el miedo día a día”. (María-E1)

Esto responde a que el foco de atención son sus hijos por nacer y el anhelo de ser madres dirige toda la atención hacia ellos porque son parte de ellas. El hijo por nacer es un ser valioso, que hace parte de su cuerpo, y toparse de esa manera con su realidad las llena de angustia y miedo, expresado a través de las lágrimas y de mayores interrogantes al no entender el porqué de lo que está sucediendo, “No sé porque no me había percatado de que estaba tan grave y yo simplemente estaba concentrada en que mi bebé estuviera bien y en que todo iba a salir bien, yo sabía que estaba grave pero no sabía que estaba tan grave”. (Carolina-E2)

En el estudio *Enfermedad crónica y sufrimiento* (75) los autores exponen que las personas que padecen enfermedades crónicas aprenden a convivir con los síntomas y los efectos secundarios, lo cual conduce a que se establezca un vínculo que acompaña a la persona que padece la enfermedad; es por esto que la condición de gestación y enfermedad las lleva a corporizar y a sentirse más presentes en su mundo. Del mismo modo en el estudio *Viviendo con el cáncer de un hijo* (76) los padres se olvidan de ellos por completo y la enfermedad de su hijo se vuelve protagonista.

Este fenómeno es dinámico, y por tanto otra situación en la que el miedo se hace presente es en el momento del parto, con la diferencia de que el tránsito de una emoción a otra es casi inmediato y está mediado por el nacimiento y la presencia de sus hijos, en su nueva realidad, la de convertirse en madres,

...yo puje para verla [a la bebé], yo la quería ver, yo la quería cómo coger, yo quería saber si era un sueño o si era realidad, porque la verdad el embarazo mío yo no lo asimilaba, yo pensaba, que no me ilusione mucho porque lo que ya me había pasado, (Sara-E1)

Esta mezcla de emociones cargadas de interrogantes es acompañada por un sentimiento de felicidad absoluta cuando se da el nacimiento de sus hijos,

Cuando nació la niña y me la pusieron acá [señala el pecho], yo no sabía si gritar, si llorar, fue una experiencia de felicidad, yo sentí de todo, me cogieron los nervios, pero los nervios como de felicidad, que después me puse fue a llorar, porque yo no creía que tenía a mi hija, yo no las creía. (Sara-E1)

Su anhelo de convertirse en madres se corporaliza y está representado en el hecho de ver, escuchar y tener físicamente a sus hijos, el cuerpo de sus hijos deja de habitarlas, pero continua con ellas de manera subjetiva,

Cuando nació mi hija ella no lloró, pero entonces yo escuche que los médicos dijeron [ya nació], pero yo decía: ¡Dios mío, no llora! porque uno sabe cuando nacen que lloran, ahí uno sabe que nació, pero ella nada que lloraba, entonces yo decía: ¿será que sí nació? (P4-E1)

De esta manera Canaval y colaboradores (77) informan en su investigación que los sentimientos desencadenados están representados por el hecho de ver al (el) bebé, y que la transición del embarazo es vivida como un proceso que genera sentimientos profundos de alegría en general, de felicidad y de esperanza al sentir al bebe. En relación con esto, en el artículo de Vera Reyes y Guerra Palmero (78) quienes citan a Damasio, cuando afirma que *“los sentimientos son la consecuencia de un conocimiento claro y paralelo de los cambios generados en el cuerpo por procesos neuronales que se vivencian en el contexto que genera la emoción”*. Los sentimientos potencian el impacto de las emociones al afectar, de manera permanente, la atención y la memoria, es por

esto que las mujeres recuerdan el evento con un sentimiento profundo de alegría y esperanza por haberse convertido en madres. Pero después viene la separación física que las hace transitar a otra emoción, la incertidumbre y el miedo vuelven a ser protagonistas, “Yo no entendía por qué se la tenían que llevar, no sabía si dejárselas llevar a ellos [médicos], por qué se la tienen que llevar... me explicaron que la tienen que revisar, entendí, pero la preocupación estaba”. (Sara-E1)

Convertirse en madres las alienta durante los días que se encuentran hospitalizadas, una vez lo consiguen piensan acerca de lo que la vivencia significó para ellas y entienden la gravedad de lo que les pudo haber sucedido, a lo que se expusieron por asumir un embarazo de alto riesgo, y en cómo su vida pudo haberse perdido durante el evento,

La meta, siempre había querido ser mamá, y después de ver todo lo que pasó y que de verdad ya sí me podía morir y que ya tenía una hija por la cual luchar, porque anteriormente si yo me moría me moría yo sola, en cambio ahorita si yo me muero pues ya queda un pedacito de mí por ahí. (María-E2)

Para mí esto fue una experiencia dura, por la complicación mía, pero a la vez una felicidad, y le doy gracias a Dios porque pasó todo ese peligro, todos esos momentos duros, ahora tengo a mi hija es una gran felicidad, estamos bien las dos y ya para adelante. (Sara-E1)

Las participantes describen la experiencia como difícil de vivir debido a las complicaciones a las que se vieron enfrentadas, y hablando de manera retrospectiva reconocen que fueron momentos difíciles, pero que valieron la pena porque ya tienen sus hijos (a) con ellas. En la teoría de Ramona Mercer (28) *Adopción del rol materno el estadio personal o de identidad de rol* habla acerca de esto, explicando que se produce cuando la mujer interioriza el rol y es caracterizado por una sensación de armonía, confianza, satisfacción en el rol maternal y vínculo hacia su hijo.

Finalmente, las mujeres participantes de este estudio comentan que el acompañamiento familiar y del personal de salud fueron claves para convivir con las diferentes situaciones, sentimientos y emociones desencadenados durante la hospitalización como lo veremos en el apartado de relación vivida.

Como te dije lo que me ayudó fue ese acompañamiento de ustedes, yo me sentí muy acogida y mi mamá que fue la que estuvo conmigo cada vez decíamos ¡ay no! tan lindas, ese amor con el que hacen las cosas. (Carolina-E1).

“Las visitas de mi familia me ayudaban mucho, dejaba de pensar y me desconectaba, ellos me hacían pensar en otras cosas” (Sara-E1).

Relación vivida: “Los tres Otros”

Durante la experiencia vivida de la hospitalización las mujeres participantes del estudio establecen tres tipos de relación vivida con tres seres diferentes a ellas: primero con el personal de salud, segundo con su familia y, por último, con una fuerza superior y divina llamada “Dios”, estos tres otros fueron claves para ayudar a mitigar y sobrellevar la experiencia, de acuerdo con la relación construida, previamente o durante los días de hospitalización, lograron impregnar diferentes matices a su vivencia.

El existencial del otro vivido también llamado relacionalidad es conceptualizado por Van Manen como todas las relaciones vividas que mantenemos con los demás en el espacio interpersonal que compartimos con ellos, y que, a través del cuerpo, cada una de ellas logra establecer diferentes tipos. Estas relaciones fueron nombradas por ellas como buenas y no tan buenas para recordar: en este apartado se describirá cada una, la forma cómo fueron construidas y la percepción que dejaron en cada una de las participantes.

El primer Otro: El personal de salud

“Las emociones que ustedes sienten o reflejan eso se lo reflejan a uno”

Con el personal de salud la relación empieza a establecerse desde el momento en que se define que deben ser hospitalizadas; el hecho de conocer al otro que brinda la atención genera una primera impresión que va pautando la manera como se dará la relación,

Me acuerdo que él miraba [el médico] y miraba el celular y yo decía ¿será que si me estará escuchando? Cuando me va diciendo: [“te felicito sabes más que muchos y había unos estudiantes ahí y les dijo tomen nota que lo que ella dijo es correcto y en la única cosa que se equivocó fue en la semana 33 es en la semana 36 para el parto, entonces te estaríamos hospitalizando en la semana 36 para el parto. (María-E1)

Obtener reconocimiento por el conocimiento, la aprobación y el apoyo por parte del personal las llena de esperanza y expectativas por el futuro de su embarazo, a través de la conversación pueden conocer al otro y trascender en sus propios *yoes*, como indica Van Manen (40), reflexionar acerca de cómo se sienten al recibir un trato cálido y empático les permite establecer relaciones de confianza con las personas que las rodean,

Cada vez que llegaban yo quería que llegaran más y más a saludarme y uno les contaba cómo se sentía y siempre dándole a uno esa moral, [que iba a estar bien], entonces le serví mucho a uno, porque uno no se centra en lo grave que está, sino cómo en ese ambiente que viene alguien y te saluda, pues las jefes vienen y te saludan y esto y lo otro, entonces eso le genera a uno mucha tranquilidad, mucha confianza que todo va a estar bien. (Carolina-E1)

Asimismo, conocer el lugar y las personas donde permanecerán los próximos días, mientras dure la hospitalización, les permite interactuar de una mejor manera, comunicarse de manera confiada y compartir el espacio en el que están viviendo. Recibir

un saludo cálido y empático les ayuda a alejarse de su momento presente, logra distraerlas y desconectarlas de sus pensamientos.

A través de las miradas, los gestos y la forma como se les habla ellas conocen al personal de enfermería que las cuida, así consiguen conectarse con este o no,

Hay cosas que te levantan el ánimo, que vayan y vé ¿cómo estás? ...las jefes iban vé, ¿cómo te sentís hoy? Iban donde mí porque era la que llevaba más tiempo ¿cómo te sientes hoy? y dejaban de ir una semana y me decían: “¡ay!, usted todavía por aquí, váyase para su casa, que aburrición” y eso son cosas que lo animan a uno sin querer, y son gratis. (María-E2)

Travelbee (79) plantea que el objetivo de la Enfermería es ayudar a los individuos y familias a prevenir y afrontar la experiencia de la enfermedad, ayudarles a dar sentido a su experiencia mediante el establecimiento de una relación persona a persona, en un sentido más amplio recuperar esa subjetividad de las mujeres bajo estas condiciones ayuda y conduce mejor el proceso de hospitalización reconociendo en el otro su ser “*Que no se les pierda el sentir por la otra persona*” (Andrea-E1).

El personal de salud desempeñó un papel muy importante en brindar explicaciones que aportaron tranquilidad y esperanza a las mujeres que atravesaron esta experiencia, la información que les proporcionaron les permitió ver de otra manera su proceso de gestación y la consecución de la enfermedad, comprender mejor el tratamiento y pronóstico para ellas y sus hijos (a) por nacer.

“Allí cuando me hospitalizaron me explicaron fue por estas hormonas, fue por esto, igual eso va a durarte mínimo 4 días esto y lo otro, en ese momento ya me sentí más tranquila, pero antes cuando no sabía nada y mi familia no sabía nada me sentí impotente” (Carolina-P4)

Ellas expresaron que la comunicación fue una de las claves para obtener tranquilidad durante su proceso, los sentimientos y actitudes del personal influyeron

directamente sobre su percepción ofreciéndoles confianza en la mayoría de los casos. Esta relación entre las mujeres y sus cuidadores coincide con lo expuesto en el artículo *los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería* (80) donde mencionan que la relación entre enfermera y persona (enferma o sana) es un aspecto de esencial trascendencia para lograr los objetivos y los propósitos de salud.

De esta misma manera la relación es también influenciada por una relación ética, donde los valores de cada uno deben ser conocidos y considerados de igual importancia, lo que exige del personal de enfermería un comportamiento práctico moral,

En el momento en que pasó eso, lo de la convulsión, que yo los vi [personal de enfermería] angustiados, ahí fue cuando yo me angustie, las emociones que ustedes sienten o reflejan, eso se lo reflejan a uno. (Carolina-E1)

Ellos [Personal de enfermería] nunca le dicen a uno: ¡usted se está muriendo!, pero tampoco le dicen ¡usted está muy bien! Uno se la huele, por como ellas llegan [las enfermeras], por cómo analizan la situación, por cómo le cuentan a uno las cosas, o sea, uno analiza, tampoco uno es tan bobito, y uno más o menos dimensiona, de pronto uno no dimensiona estando allá como estando uno afuera [del hospital], pero uno sí se da cuenta que uno no estaba como la más chévere del planeta. (María-E2).

Este tipo de conexiones conseguidas con sus cuidadores pueden ser definidas en términos de empatía (81) donde lograron acceder a la experiencia del otro a través de sus expresiones corporales, Fernández y Zahavi mencionan que no se trata de tener el mismo estado mental, sentimiento, sensación o respuesta encarnada sino de enfrentarse a la presencia de la experiencia del otro que no estoy viviendo a través de mí mismo, esta empatía es construida durante la hospitalización de manera recíproca, tanto las mujeres como el personal de salud se ven afectados por ella y a su vez por el tiempo y el espacio donde se desarrollaron determinando que siempre un existencial depende del otro para complementarse y lograr exponer el mundo vivido de cada una de ellas.

Otra forma de relación que fue evidente durante la hospitalización y mencionada por las participantes como *“una enfermera en el lugar equivocado”*; *“Hay unas de unas”* o

“toda regla tiene su excepción”, para definir a las cuidadoras con las cuales no lograron conectar ya que a través de sus palabras, gestos y acciones les comunicaron que no representaban el cuidado que antes otras les habían brindado, *“no es como las demás”*, haciéndolas sentir de lo que mucho se habla pero poco se reconoce, una forma de violencia obstétrica, desatando en ellas sentimientos negativos llegando al punto de quedarse en silencio para no incomodar ni incomodarse. Según Al Adib, Ibáñez y colaboradores (82) la atención obstétrica moderna somete con frecuencia a las mujeres con gestaciones de bajo riesgo a rutinas institucionales que pueden tener efectos adversos sobre el trabajo de parto, en este caso las mujeres con gestaciones de alto riesgo están influenciadas durante todo su proceso a ambientes desconocidos, rotación por diferentes servicios y personal poco familiarizado, que en muchas ocasiones no es consciente de la forma en cómo se comunica, lo cual es interpretado por las participantes como una agresión de tipo psicológica que repercute negativamente en el recuerdo de la experiencia. Díaz y Fernandez (83) mencionan que este tipo de agresiones psíquicas pueden darse por acción u omisión, la contundencia de las palabras emitidas por el personal de salud afectan la estabilidad emocional de la mujer, convirtiéndola en espectadora de lo que está sucediendo a su alrededor y no en protagonista de su proceso de gestación; se hace necesario que la atención siempre esté encaminada a destacar aspectos positivos y hacer de esos momentos algo grato para las participantes, en este sentido esta percepción va en contraposición con las autoras del artículo *“Atención humanizada del embarazo: la mirada de gestantes que acuden a una unidad hospitalaria de salud (84) quienes citan a Schmid el cual afirma que, detrás del miedo a lo que les sucederá durante el parto y al dolor, puede encontrarse en las mujeres necesidades que podrían verse resueltas mediante el respeto, la claridad frente a los procedimientos y un acompañamiento continuo y acogedor, se hace preciso evaluar continuamente la calidad de la atención con el objetivo de evitar este tipo de sentimientos negativos en las personas a quienes se atiende con miras a rescatar la calidad y el valor de los cuidados que se proporcionan.*

Por otra parte, los aspectos positivos de la relación destacan que el acompañamiento y solidaridad para con ellas les permitió crecer, mantenerse y hacer

frente a las dificultades que traían los días. Una de las características de la teoría de Jean Watson (85) es su interés centrado en la preocupación por los otros, la ayuda a la persona a realizarse es una manera de ser y de estar en relación con los otros, una manera de estar en el mundo

“Ella [la enfermera] llegaba me peinaba, me arreglaba, me decía [venga siéntese para que se levante el ánimo] eso son cosas que uno valora” (Maria-E2).

De ahí la importancia de la empatía y la solidaridad con las mujeres que viven y sienten esta experiencia, establecer una relación de co-presencia y de reciprocidad en miras de conducir el cuidado para rescatar la parte humana promoviendo la visión de las personas de manera integral y como un todo existencial.

El acompañamiento de las jefes, todos los días cuando cambiaban de turno, me daba como ánimo; ese ¿cómo estás?, esa buena cara me daba mucha tranquilidad y me sentí muy contenta en esta segunda hospitalización, por ese acogimiento para mí y para mi mamá por parte del personal de salud. (Carolina-E1)

Retomando a travelbee (79) las relaciones deben ser terapéuticas buscando siempre el beneficio de las pacientes y la interacción será considerada exitosa cuando, además de los resultados se ofrece una clara contribución al crecimiento de las personas y del enfermero. Establecer esa dialéctica entre el personal de enfermería y las mujeres permite explorar la dimensión estética del cuidado donde la interacción de ambas partes conducirá a la toma de decisiones en conjunto buscando siempre el bienestar de las mujeres cuidadas, permitiendo a los cuidadores actuar de manera profesional, científica pero ante todo de manera artística con su materia prima que en este caso serían las mujeres a través del intercambio de miradas, palabras, sentimientos que le aportan un contexto donde la estética ocupe el lugar que le corresponde (86). El personal que brinda la atención se da cuenta de la importancia de la mujer como sujeto y la dignifica cuando logra rescatar esa singularidad e individualidad.

El segundo Otro: La Familia “Palabras así que le llenan a uno”

Otra de las relaciones vividas por las participantes fue desarrollada con su familia, ese acompañamiento familiar les permitió compartir y acercarse mucho más, las palabras de apoyo y el estar ahí para ellas les ayudó a sobrellevar la experiencia, las relaciones se afianzaron y les permitió ver de otra manera el panorama alejándolas de su mundo actual durante los horarios de visita

[Cuándo iba tu familia] Ah no, me ponían a chillar [llorar], por las palabras que le decían a uno. [“Que me cuidara mucho, que estuviera tranquila, que todo iba salir bien, que esa bebe era una bendición de Dios”], pues palabras así que le llenan a uno”. (Sara-E1)

Previamente esta relación había sido construida, pero desde el momento en que se da la noticia del embarazo, la complicación y la necesidad de la hospitalización se resignifica. Antes las participantes se habían enfrentado a noticias como “no puedes tener hijos, es muy riesgoso” (Maria-E1). A una de ellas su familia le había propuesto adoptar, pero su deseo de ser madre conduce sus respuestas

“Yo no quiero tener un bebé que no sea mío, que yo no lo haya sentido, ¿si me entiende? yo no quiero mamá, no quiero, y por eso le pido a mi Diosito que me conceda ese anhelo.” (Sara-E1)

Para estas dos participantes el anhelo de ser madres supera y sobrepasa el valor que tiene su vida, la importancia de dejar su legado y trascender en el tiempo como mujeres que logran dar vida es importante para ellas y hace parte de su vivencia y subjetividad.

“Antes de tener a mi hija me sentía súper frustrada porque igual la meta siempre había querido ser mamá, entonces el estado de ánimo siempre decaía” (Maria-E2)

La propuesta familiar se orienta más hacia la preocupación que logra desencadenar el embarazo y lo que representa para sus hijas o esposas debido a las complicaciones que pudieran sufrir y el riesgo al que enfrentaban su vida. Las familias son afectadas por

la hospitalización debido a la aparición de la enfermedad y la complicación que interrumpe y desorganiza el ritmo habitual de la misma las enfrenta a una situación que modifica y hace perder los roles familiares que cada uno desempeña (87).

Una vez lo logran el pensamiento cambia y se resignifica orientando su recuperación a estar bien para poder disfrutar a sus hijos

“Yo tengo mucho que agradecerle a esa experiencia porque de pronto si yo no hubiera vivido esa experiencia tan dura quizás me hubiera atrevido a tener otro hijo y quizás a perder la vida” (Maria-E1)

“Sí, eso fue una experiencia marcada, total, como que una segunda oportunidad, como una segunda oportunidad, como de vida”. (Sara-E1)

Esta recuperación está ligada a la relación de apoyo brindada por su familia, la esperanza dada por sus palabras, la interacción familiar, la calidad de las relaciones y el acompañamiento les permitió fluir y recuperarse frente a los momentos de adversidad

“La compañía familiar es muy importante, porque es como darte ese apoyo emocional para lo que representa el embarazo, y en ese momento que yo estaba pasando por todas esas circunstancias ese apoyo positivo [que bueno ya va a nacer la bebé, ya la vamos a tener acá, ya vas a descansar] obviamente le da mucho apoyo a uno para poder enfrentar todo eso” (Carolina-E1)

Al igual que en *la teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y el posparto* (77) las relaciones interpersonales también hacen parte de los indicadores de transición saludable, donde la relación de la familia es la más significativa, las participantes de este estudio calificaron el apoyo familiar como algo fundamental, con quienes mejoraron la comunicación e involucraron en la toma de decisiones.

El Tercer Otro: “Gracias a Dios tengo mi niña, que sea lo que Dios quiera”

La última relación vivida fue con una fuerza superior y divina a la cual llamaron “Dios”, estaba soportada en la confianza, esperanza, fe y apoyo durante los momentos difíciles, le agradecen por la oportunidad de tener sus hijos

*“Yo pienso que los hijos son una bendición, los hijos q uno tiene es porque el señor [Dios] se los da, es nuestro pensamiento, nuestra forma de ver, desde la fe”
(Andrea-E1)*

Esta relación fue la más fuerte y cultivada durante el tiempo que duró la hospitalización, al igual que la familiar que previamente estaba presente, pero durante este momento crece y también se resignifica para agradecer

“Gracias a Dios tengo mi niña, gracias a Dios me concedió el milagrito, y le pido mucho a Dios lo mismo a diario, mi Diosito... ahí voy con la niña con la ayuda de Dios que todo siga marchando bien”. (Sara-E2)

Adicional a lo anterior también hacen uso de ella para ofrecer el momento en el cual no sabían cómo conducir las decisiones

En el momento que me dijeron que le tenían que dar fin al embarazo me emocioné porque tú sabes que cualquier mujer que esté en embarazo la mayor ansiedad que tiene es la de conocer a su bebé, entonces yo dije, yo ya estaba cansada, ¡que sea lo que Dios quiera!
(Carolina-E1)

En el artículo de “espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería” (88) mencionan que, para afrontar las crisis vitales y existenciales, el adulto necesita desarrollar formas de apoyo que le permitan tener esperanza en el futuro y a la vez disponer de parámetros de conducta que lo orienten en su vida de relación. "La persona crece espiritualmente y se apoya en aquellos que le ofrecen respaldo, incluyendo figuras religiosas que inspiran devoción y que constituyen aquel apoyo espiritual, importante para hacer frente a las adversidades".

Al mismo tiempo realizar sus prácticas religiosas les ofrecía tranquilidad y paz durante los momentos en los cuales reflexionaban acerca de su futuro

“Yo oro, ofrecía el momento difícil para no decirle a nadie, los únicos que sabíamos la situación éramos mi esposo y yo porque, hablábamos hacíamos el rosario y a mí era eso lo que me ocasionaba mucha tranquilidad, la verdad el rosario y no más.” (Andrea-E1)

“Yo siempre tenía un rosario en las manos solo me lo quitaba cuando entraba a cirugía y siempre tuve un rosario en la mano y una novena de la sangre de Cristo y esa fue la Biblia allá y cada vez que daban las 10 de la noche me la rezaba toda, y era como la única forma que yo lograba dormir cada vez que rezaba la sangre de Cristo lograba dormir” (Maria-E2)

Mantener ese diálogo con un ser superior les ayuda a rectificar su fe, avivar sus ganas de vivir y depositar la confianza en algo externo, pero con la convicción de que serán escuchadas y ayudadas (49).

En una revisión integradora (89) mencionan que en todos los embarazos clasificados como de alto riesgo, se indica la necesidad de la combinación de esfuerzos entre la paciente y los profesionales de salud dirigidos a los mejores resultados posibles por medio del intercambio de informaciones y percepciones de todos los involucrados en el proceso, además también ayuda aferrarse a una fuerza superior donde depositan su confianza y esperanza lo cual les permite encontrar tranquilidad y paz en su mundo perturbado, por las expectativas de lo que quieren conseguir y el deseo de estar bien para poderlo disfrutar.

Reconocer la diferencia entre espiritualidad y religiosidad (90) ayuda al personal de salud a brindar un cuidado orientado a satisfacer las necesidades espirituales en sus

diferentes manifestaciones, ayudar a las participantes a guiar su espiritualidad rescatando su dimensión interna, su conexión con lo sagrado y lo trascendente y permitirles expresar su religiosidad al realizar sus prácticas culturales de orar e identificar un ser superior a través de imágenes y símbolos, resalta un equipo de salud sensible al momento vivido por las mujeres que le da la importancia que tiene para ellas y su familia.

Espacio vivido: Transitando por los diferentes servicios

“En el momento en el que yo entro al quirófano, me sentí totalmente sola y angustiada”

“A mí me preocupó más fue cuando me dijeron va para la UCI (unidad de cuidado intensivo)”

El hospital como espacio físico desencadena otra serie de emociones y sentimientos que hacen que la vivencia de la hospitalización bajo las condiciones de embarazo y enfermedad estén impregnados de un sin fin de características que al recordarlas les permiten ver y comprobar como el espacio vivido afectó el modo en que cada una de ellas se sintió durante los días de hospitalización.

El espacio en el que nos encontramos afecta el modo en que nos sentimos, Van Manen (40) expone que cada uno de nosotros nos convertimos en el espacio en el que estamos y para las participantes del estudio es algo que se evidencia durante todo el proceso de hospitalización.

Las mujeres relatan cómo el cambio de servicios, la infraestructura e incluso conocer de antemano los motivos o indicaciones por los cuales las llevan a otros lugares del hospital las hace pensar en que las condiciones y el pronóstico de cada una de ellas debe ser poco alentador,

A mí me preocupó más fue cuando me dijeron: va para la UCI (unidad de cuidado intensivo) y yo, ¿en la UCI?, pero eso es cuando prácticamente uno se está muriendo, ¿no? ¿Pero, por qué?, si yo me siento bien, yo simplemente siento palpitaciones, pero yo de resto me siento bien. (Sara-E1)

El hecho de tener conocimiento previo o experiencias hace que ellas se anticipen al futuro. Los cambios físicos y espaciales son incómodos para estas mujeres; ya que el futuro es incierto, el miedo y la incertidumbre son protagonistas de cada día vivido, y expresan que se sienten más o menos reconocidas de acuerdo al espacio que estén habitando, y así como las relaciones que establecen con las personas hacen la diferencia,

En el servicio de embarazadas ya se notaba mucho la diferencia, son más normales las embarazadas, y más normal las embarazadas con riesgo, porque, hasta donde entendí yo, ese bloque 12 son solo mujeres embarazadas de alto riesgo. (María, E1)

La ausencia de reconocimiento y la percepción de sentirse como iguales a las demás genera en ellas sentimientos de sentirse poco especiales, novedosas, lo delicado de su enfermedad las hace pensar que las deben tratar diferente, “Era una paciente cualquiera como las que llegan allá de urgencias.” (Andrea-E3). Esta singularidad que les otorga su enfermedad o complicación les permite sentirse únicas y especiales, querer ser reconocidas y cuidadas de manera diferente. Esta individualidad que reclaman se refiere a la subjetividad que constituye la condición de sujeto y la diferencia de un objeto de cuidado (91). En el artículo *La experiencia de las mujeres gestantes: “lo invisible”* (92) las autoras citan a Carraro, mencionando que “la mujer necesita sentirse respetada, amada, cuidada y ser vista como un ser único y especial”, por esta razón es importante visualizar a las mujeres que viven esta experiencia como personas únicas que habitan un mundo, su mundo que en ese momento es obligado a hacer vivido y reconstruido en un espacio completamente diferente al cotidiano, que en su caso particular es el hospital, un espacio vivenciado de acuerdo al lugar que se visita o se es internado de acuerdo con la necesidad fisiológica de cada una de ellas. Reconocer esta subjetividad permite

brindarles un cuidado holístico, donde rescatar el bienestar biopsicosocial y espiritual conducirá a no solo prestar asistencia a las necesidades físicas y biológicas, sino también a las experiencias, emociones, creencias sobre la salud y los valores de las mujeres y del personal de salud. El cuidado holístico alivia la incomodidad inmediata y mejora el descubrimiento de significado y el potencial personal durante toda la vida para la persona que cuida y para la persona que es cuidada (93).

La hospitalización las aleja de su cotidianidad y estar tanto tiempo en reposo les hace perder autonomía, ya no desencadenada por el cuerpo sino por el espacio; esto es vivido y comunicado por ellas como estar *“presas”*, *“estar en la uci fue muy duro porque yo me sentía bien y no me podía parar, todo ahí en la cama”* (Andrea-E1). Esta nueva condición las hace pensar acerca del espacio que están habitando, en cómo se sienten y cómo lo expresan, la incertidumbre por el futuro y el desenlace hace que las emociones sean somatizadas y experimenten de manera diferente la vivencia. Citando de nuevo a Van Manen (40) las personas nunca reflexionan acerca del espacio donde se encuentran, solo una condición ajena a ellas las hace pensar sobre ese lugar; el espacio siempre es concebido de forma pre-verbal, están en él de manera prerreflexiva y en silencio. Necesitan un espacio para expresar sus emociones, de momentos de ocio y distracción durante los días donde solo están esperando que el embarazo avance y que su enfermedad no se complique.

El cambio de ambiente les genera sentimientos y angustia, salir de esa zona donde ya conocían el espacio y a las personas les hace percibir el nuevo lugar con sentimientos de soledad y miedo por lo desconocido,

En el momento en el que yo entro al quirófano, ya eran otras caras, ya no veía a los doctores, no veía a las enfermeras, sino que veía otras caras totalmente diferentes y yo decía: ¡Dios mío!, no veo a nadie conocido, nada nada, ahí me sentí totalmente sola y angustiada. (Carolina-E1)

Este nuevo espacio las confronta con sus dudas y preocupaciones *“estaba preocupada, tenía mucho miedo”* (Andrea-E1). Conocer les da confianza, y las hace

sentir parte del lugar donde se encuentran físicamente. En este sentido la confianza abre horizontes hacia los otros, el sujeto se expone a sí mismo y a los otros en su presente, en su espacio actual, entrelazando lo que ha sido y lo que será (32).

Por otra parte, cada una de ellas expresa y vive el espacio de acuerdo con su condición y relación con las personas que habitan allí; por ejemplo, para una de las participantes el espacio fue concebido como un lugar “de tristeza y decadencia”, debido a su complicación y estado de salud, que la hacían sentir y percibir el ambiente de esta manera, confirmando que el cuerpo y el espacio son difíciles de desligar. En contraposición a esto, otra de las participantes manifiesta que “se sentía como en casa”, esto debido a las relaciones que estableció con el personal de salud que le brindaba atención: “Yo salí de la recuperación y cuando salí ahí sí todas las caras conocidas, todas las enfermeras, mis papás, todas me preguntaban ¿cómo te fue?” (Carolina-E1)

Esta diferencia en la percepción del lugar puede responder a lo mencionado por Lefebvre (94) quien denomina al espacio de tres maneras distintas pero interrelacionadas entre sí: el espacio percibido, el espacio concebido y el espacio vivido. El espacio percibido es aquella representación espacial dada por la cotidianidad observada dentro del lugar, la infraestructura, la diferencia entre las salas de hospitalización, la acomodación de los objetos, afectada por el tiempo y el lugar. El espacio concebido puede responder al espacio del personal de salud, debido a que ellos mantienen el control y el poder sobre el cuidado de las participantes, y, por último, el espacio vivido es el espacio de la imaginación y de lo simbólico, es la representación dada por las participantes, quienes profundizan y le agregan una nueva posibilidad a su realidad espacial debido a la interacción social dando un calificativo a su nuevo espacio, como cuando menciona “me siento como en casa”.

Basándose en esto, el cambio de servicios las obliga a separarse físicamente de sus hijos(a) y a tener que conocerlos a través de fotografías, situación que las hace sentirse preocupadas; esto genera en ellas una nueva percepción del espacio. Entonces,

el bienestar de sus hijos(a) se vuelve lo más importante en ese momento. Saber cómo está el (la) bebé y lo que estaba pasando les ayudaba a soportar el hecho de estar separados.

Me pasaron para cuidados especiales, a mí no me dejaron ver la niña hasta dentro de tres días que duraba el cuidado mío. ¡Ay no!, yo pensaba todos los días, era muy cansona por ese teléfono, llamaba allá a Neonatos, a ver cómo estaba la niña. (Sara-E1)

Me llevaron a la zona de recuperación yo no le vi la cara ni nada [de la bebé], me dijeron, no me acuerdo cuánto tiempo... creo que dos horas, una hora que debía quedarme ahí, el caso es que yo salí como a las... casi seis, sin haber visto a la bebé. (Carolina-E1)

Por tanto, las mujeres necesitan que se les brinde una explicación clara y oportuna de las razones de la separación, esto les ayuda a sobrellevar la ausencia de sus hijos(a) y a entender lo que está sucediendo

A él me lo dejaron allá (en el servicio de hospitalización); entendí, yo, que me lo dejaban mientras yo salía de la UCI para seguir hospitalizada mientras me cuadraba la anticoagulación; ya salí de allá, y me lo dejaron hospitalizado en una habitación muy cómoda, la primera que está en la entrada que es toda grandecita, me dejaron con él allá. Mientras estaba en la UCI pensaba ¿qué será de mi bebé?, mi esposo le tomaba fóticos y me lo llevaba, sentía mucha angustia, de saber que mi bebé estaba por allá. (Andrea-E1)

Cuando regresan a su casa, la seguridad que les brinda estar en su espacio ya conocido les produce sentimientos de confianza y de retorno a su cotidianidad y normalidad

El día que yo salí [del hospital] yo sentí un olor en la casa, me vas a decir olor a casa, pero no, yo sentí el olor de la virgen, yo sentí un olor muy rico aquí cuando llegué y no era un olor normal, no es un olor fabricado y que se pueda replicar fácilmente. (María-E2)

Esta sensación de tranquilidad es dada por la representación de haber ganado, de sentirse libre en un espacio conocido, salir de la hospitalización les produce sentimientos de libertad y salvación, representados simbólicamente por su relato con “el olor de la virgen”, con lo cual se evidencia que la interacción con el espacio afecta el modo en que se sienten.

Tiempo vivido: El pasado que anticipa el futuro

“Imagínate el embarazo con el problema mío, después de la experiencia que tuve antes”

El tiempo vivido o temporalidad representa el tiempo subjetivo, en oposición al tiempo del reloj o tiempo objetivo; es aquel tiempo que parece acelerarse cuando nos estamos divirtiendo o que parece ralentizarse cuando nos encontramos aburridos, es también nuestra peculiar forma temporal de estar en el mundo (40).

Este existencial se hace presente en el mundo vivido de las participantes cuando al reflexionar sobre el pasado y el presente comienzan a develarse antiguos miedos y preocupaciones, las hospitalizaciones y complicaciones del pasado pasan a ser protagonistas del relato,

Imagínate el embarazo con el problema mío, que no se me fuera a ir con la niña después de la experiencia que tuve antes. [¿Cuál experiencia?] Dos abortos, el primero fue hace cuatro años, el segundo hace dos años, entonces, súper estresante y preocupante. (Sara-E1)

Y empieza el carrusel de emociones, no tanto por las hormonas del embarazo sino por el propio estrés que genera la enfermedad de uno y de uno ya haber tenido un aborto, porque así uno no crea un aborto raya[marca] ya esa experiencia de por si fue traumática. (Maria-E1)

El tiempo vivido por las participantes es contado a partir de la encarnación que hacen los recuerdos y la transformación que realiza su cuerpo, recordándoles la vulnerabilidad a la que se están exponiendo de nuevo y la presencia de la enfermedad en sus vidas, que les señala la fragilidad de su salud, la cercanía con la muerte y la incertidumbre por el futuro. Esto mismo se observa en el artículo de Oliveira, Zampieri, Brüggemam (95) (citado por Pinho Carvalheira) (96) donde estos coinciden en que el miedo, la ansiedad y las expectativas tienen origen en las experiencias vividas anteriormente por la mujer y en las informaciones recibidas. De esta forma, al entrar en la maternidad, las mujeres ya tienen una idea preconcebida de cómo serán atendidas y cuáles las dificultades que tendrán que enfrentar.

Además de la relación que se establece con los estímulos transmitidos por los recuerdos, la información recibida en el pasado también comienza a hacer eco en sus pensamientos, volviéndose parte de él, ahora haciéndolas sentir inseguras o con miedo por lo que pueda pasar con ellas y su gestación, “Me angustiaba porque todos los ginecólogos, en cada revisión, me decían no puedes dejar que el azúcar se te suba porque entonces tu bebé te nace macrosómico, nace muy grande, y los órganos se le crecen mucho. (Carolina-E1)

En este sentido Van Manen (40) menciona que sea lo que sea aquello que haya sucedido en el pasado, ahora vuelve a ellas como recuerdo o como experiencia, casi olvidada, que de algún modo dejó rastro en su existencia.

La dimensión del pasado influye directamente en los pensamientos y miedos de las participantes; Heidegger (74) habla que tener miedo se refiere al hecho de dejar-se afectar por lo perjudicial una vez ha tomado el carácter de amenazante. Contextualizando sus palabras la amenaza para ellas se hace presente en el momento de la complicación, cuando los síntomas empiezan a indicar que algo no está marchando bien, cuando la separación con sus hijos(a) se hace necesaria y su temporalidad se ve afectada por las situaciones que están viviendo: estar gestando o ya ser madres resignifica ese miedo y

lo potencializa para convertirlo en esperanza, la cual es alimentada por su fe en Dios, el apoyo familiar y la calidad de la atención recibida, la cual, en los momentos difíciles les ofreció tranquilidad y calma.

Creo que la compañía familiar es muy importante, porque es como darte ese apoyo emocional que representa el embarazo, y en ese momento que yo estaba pasando por todas esas circunstancias ese apoyo positivo [qué bueno, ya va a nacer la bebé, ya la vamos a tener acá, ya vas a descansar] todo eso, obviamente, sí creo que le afecta mucho a uno, y le da mucho apoyo a uno para poder enfrentar todo eso.

A medida que transcurren los días, el espacio y las relaciones influyen en la forma cómo se percibe el tiempo; de manera prerreflexiva ellas piensan acerca de lo que está sucediendo a su alrededor, despertando en ellas diferentes tipos de sentimientos que recaen en la manera como se comportan o actúan de acuerdo con lo percibido, "No me sentía completa si es que responderle a uno [que espere, que espere] y que no le hicieran a uno las cosas como con amor sino como por hacerlas". (Sara-E2).

Para ellas sentirse completas radica en el hecho de sentirse bien atendidas, lo cual va ligado a que se les preste una atención con tiempo, pero de calidad, para ser escuchadas, y con el acompañamiento necesario, uno que responda sus dudas; ellas esperan que se solidaricen con sus síntomas, les ayuda a sentirse únicas y especiales, condición que reclaman implícitamente a lo largo de la vivencia. En este orden de ideas Benner (28) menciona que las prácticas deberían estar en armonía con la persona concreta a la que se atiende y con la situación particular que se trata; se debe tener en cuenta que la enfermedad o la complicación desencadenada por el embarazo marca un punto en la vida de las participantes, afecta sus emociones, percepciones y crea un antes y un después en la forma en cómo viven su mundo; esto pasa a formar parte de sus vidas y es vivido de maneras diferentes por cada una de ellas debido a la personalidad individual, los mecanismos de afrontamiento y el soporte familiar y social (97). A través de la conversación comparten sus sentimientos con las personas que se encuentran en

el entorno o con la fuerza superior y divina, lo que las hace percibir el tiempo como lento o rápido,

Así llevé los días y ya, me sentaba con otras personas ahí en el pasillo donde están los computadores de los doctores, me sentaba con otros pacientes ahí a conversar. (María-E1)

Sí, ocho días antes de tener al bebé estaba sin preocupaciones, con fe, a pesar de que uno si piensa, pero uno deja todo en manos de Dios. (Andrea-E2)

De esta manera, contribuyen a disminuir la ansiedad y la impotencia generada por el hecho de no saber qué pasará. Rescatar esa unicidad y singularidad del otro cambia la percepción del tiempo vivido de las participantes.

Durante la hospitalización el tiempo también puede adquirir unas características que convierten la eventualidad en recuerdos positivos o negativos, esto va de la mano con la relación establecida con el personal de salud, esa percepción que adquieren de cada uno de ellos, quienes las hacen sentirse pesimistas u optimistas frente a la interacción, "Las enfermeras son una parte fundamental en un paciente, son como el motor, ustedes le dan vida a uno también". (Andrea-E1)

Una de las características de la relación terapéutica enfermera-paciente es que debe estar centrada en el paciente, y ser colaborativa, este tipo de relación de ayuda solo se puede lograr si las enfermeras se ponen a disposición de los pacientes, pasan suficiente tiempo con ellos y escuchan atentamente lo que los pacientes tienen que decir (95), el rescate de lo humano de la relación es crucial para determinar la manera cómo será recordada la atención, y el significado que cada una de ellas elaborará de su experiencia,

Esto me quedó para toda la vida, de hecho, lo recordaba allá estando en el hospital y yo seguía luchando, me acordaba de eso y se lo decía a mi esposo, nada amor vamos es

pa´ delante, hay que ponerle actitud, lo que ella [la enfermera] me decía actitud, donde está la actitud. (Andrea-E1)

Su capacidad de adaptación se pone a prueba, y el tiempo por momentos deja de pertenecerles ya que las acciones de los demás influyen directamente en la manera como lo perciban; su presente es vivido al integrar los recuerdos del pasado y al encarar las expectativas construidas para el futuro, de esta manera vivencian el tiempo, no como el paso de las horas, sino cómo las emociones y sentimientos desencadenados por el paso de ellas.

Benner y Wrubel (28) afirman que la interpretación personal de la situación depende del modo en que las mujeres se encuentren en ella, esto quiere decir que siempre los acontecimientos del pasado, el presente y la elaboración propia de los significados van a influir en la manera cómo perciban y sientan la nueva situación, comprenderla responde al hecho de que cada una de ellas se encuentra en un cuerpo que ha sufrido transformaciones y tiene experiencias pasadas que le ayudan a incorporar las situaciones de enfermedad y embarazo de manera diferente, “No hay forma de describir eso que se vive, eso es como el carnaval de Barranquilla, ¡el que lo vive, lo siente!” (María-E2)

Cosas Vividas

“Cuando me lo quitaban en la noche, que no me hacían monitoreo, sentía como una paz”

Este existencial también llamado materialidad responde a los recursos que están involucrados en la vivencia, los cuales tuvieron que ver con hacer más fácil o difícil la experiencia. Van Manen (42) define que son todas aquellas cosas diferentes a mí y que no son humanas. Para el caso concreto de esta investigación las cosas vividas que beneficiaron la experiencia de las participantes estuvieron ligadas a pertenecer a la clínica cardioobstétrica, “Yo estaba como en un programa de alto riesgo por ser mamá cardiópata”. (P3-E1)

La mayoría de participantes eran parte de ella, la ventaja de este recurso estuvo soportada en su personal el cual fue reconocido por ellas como una ayuda, acompañamiento y guía para afrontar su proceso de hospitalización, Vega Morales y colaboradores (72) mencionan que las redes de apoyo son de suma importancia para las mujeres embarazadas que viven la experiencia de preeclampsia. Los vínculos de ayuda les permiten a estas mujeres afrontar la enfermedad, contar con un soporte emocional al recibir cuidados por parte de otros.

Las cosas que no favorecieron la experiencia estuvieron determinadas por los dispositivos médicos y los insumos que se requirieron y ayudaron a la recuperación de las mujeres, tales como el oxígeno, las bombas de infusión, el sistema vac y los monitores, cada uno de estos equipos generó diferentes sentimientos y emociones en las participantes. Todas coincidieron en que el uso de los dispositivos fue molesto y que contribuían a la pérdida de libertad, pero reconocieron que los necesitaban para su recuperación y tratamiento. Una explicación clara y oportuna del personal que los suministraba logró desestigmatizar y permitirles aceptarlos de una mejor manera.

La verdad me sentía mal, pero a la vez no, porque me explicaron porque me mandaron el oxígeno, porque yo decía, Dios mío, ¿será que yo me voy a quedar con oxígeno de por vida? (Sara-E2)

[¿Cómo me sentí con esos aparatos?] Pues muy incómoda, que a toda hora lo estén molestando a uno con eso, esos piticos y esas cosas, porque eso lo anervia [[llenarse de nervios] a uno. (Sara-E1)

Ese vac tan horrible, ¡ay nooo! Uno pendiente que esa cosa no se le fuera a salir, que, si salía mucha sangre que, si no salía, mucho estrés. (María-E1)

La vivencia de lo inmaterial produce en ellas sentimientos, que son compartidos a través de las palabras con el personal de salud, significan una preocupación anticipada (49) por su pronóstico y su futuro,

Que le digan a uno [está un poquitico alterada (la presión), pero eso debe ser porque se levantó, porque hizo fuerza o por cualquier cosa]... A no se le bajó un poquito la presión porque seguro está preocupada, estás estresada o ¿qué te pasa?]. (Sara-E2)

Los resultados dados por los monitores les hacen vivir una preocupación diaria, un pensamiento latente de incertidumbre y pérdida de su tranquilidad dirigida a no saber qué puede pasar, "...Cuando me lo quitaban en la noche que no me hacían monitoreo sentía como una paz, y ya cuando al otro día me decían [hay que hacerle monitoreo] y yo, pero, ¿qué pasó?, ¿qué me vieron; qué me encontraron?" (Sara-E1)

La materialidad hace referencia al significado de las cosas en la vida de los sujetos y que, a su vez, median en las relaciones. Aquí, se manifiesta la manera como son vivenciadas las cosas y cómo contribuyen al sentido del sujeto (46). La materialidad se manifiesta a través de la sensación dada por la experiencia de convivir con los objetos materiales, y la inmaterialidad por las vivencias y los acontecimientos.

Para finalizar esta discusión es importante considerar que este tipo de investigaciones amplían el panorama debido a que muestran desde otra perspectiva la manera como las personas que reciben el cuidado están percibiendo la atención, al conocer el otro lado de la moneda, el de la interacción con las mujeres, se pueden rescatar aspectos con miras a fortalecer y replantear las formas de cuidado y el impacto recibido por las participantes.

En relación con la pregunta, ¿cuál es el significado de la experiencia vivida de la hospitalización en mujeres con gestaciones de alto riesgo?, se puede decir que la vivencia está enmarcada por múltiples emociones y sentimientos, desencadenados por la influencia de los pensamientos que se elaboran de acuerdo con los acontecimientos o situaciones vividas, y la forma de afrontarlos depende, primero, de cada mujer de acuerdo con su individualidad y, segundo, depende de la influencia de las relaciones construidas durante el proceso de hospitalización que hacen percibir el lugar como extraño o cercano. Recuperar el aspecto humano de la atención es vital para conducir adecuadamente el cuidado y satisfacer las necesidades de las mujeres que atraviesan esta vivencia bajo la condición de gestación y enfermedad, destacar su singularidad trascendiendo de lo general y convencional con el fin de hacer de esta experiencia algo memorable y significativo para ellas y aportar al desarrollo de la disciplina y al rescate de la subjetividad a través de métodos que muestren la esencia y lo primario, al hacer visible el sentir de los seres que se cuidan, brindar un cuidado holístico con perspectiva biopsicosocial donde integrar cuerpo, mente y espíritu sea el objetivo para reconocer la totalidad del ser humano en su entorno y contexto cultural y social (19).

11 CONCLUSIONES

El significado de la experiencia vivida de la hospitalización es relatado por las participantes como una lucha interna con sus pensamientos, lo que desencadena una cascada de emociones donde los acontecimientos hacen que abruptamente transiten de una emoción a otra.

La incertidumbre se siente a lo largo de la experiencia, es parte del proceso y se expresa de diferentes formas; en ciertas ocasiones es vivenciado como miedo, preocupación, angustia por un futuro incierto. A su vez, el paso del tiempo les permite percibir de forma corporal las implicaciones de las situaciones y altera la experiencia del espacio que están habitando.

Las mujeres quieren ser reconocidas por la complejidad de su enfermedad y su proceso de embarazo, reclaman que las hagan sentir únicas y especiales a través de un cuidado humanizado.

El enfoque fenomenológico hermenéutico propuesto por Max Van Manen no contempla un proceso o una serie de pasos estructurados, es el investigador el que debe construir el camino de acuerdo con la información y lo revelado por ella, lo cual permite rescatar la subjetividad destacando el aspecto ontológico al considerar a cada una de las mujeres como seres unitarios, pero a la vez totales, que se encuentran en continua interrelación con sus mundos dinámicos, temporales y sociohistóricos.

Es importante seguir investigando acerca de la experiencia vivida de la hospitalización en otros contextos con el fin de vincular a la información existente los resultados, y desarrollar modelos, guías y protocolos donde se vincule a las mujeres, ya sea por grupo cultural, etnia o raza, con el fin de revisar si el significado se asemeja, o es cambiante de acuerdo con los condicionantes sociales.

Con esta investigación se puede definir cómo brindar un cuidado holístico con miras a destacar la visión unitaria transformativa que rescata la individualidad de las mujeres con gestaciones de alto riesgo; además, exalta la misión del personal de enfermería como proveedor de cuidados, ayudando a las mujeres a enfrentar el nuevo rol de ser madres y

a la construcción de una relación recíproca donde ambos sean partícipes y ganadores de experiencia.

RECOMENDACIONES

Los resultados de esta investigación generan la necesidad de considerar un modelo de cuidado propio para las mujeres con embarazos de alto riesgo, donde se consideren sus necesidades y la integralidad para su atención, donde el apoyo familiar y del personal de salud contribuyan a disminuir los niveles de ansiedad e incertidumbre que se presentan en cada día vivido.

Estos hallazgos sustentan que las mujeres en esta situación requieren de mayor apoyo, acompañamiento e inclusión en la toma de decisiones. Tomar en cuenta la opinión de las mujeres, brindar información clara y oportuna, en palabras de fácil comprensión les ayudará a entender, aceptar y sobrellevar mejor su condición actual a fin de disminuir sus preocupaciones y permitiéndoles expresar sus necesidades.

Los resultados de esta investigación se suman a lo contemplado en la Resolución Número 3280 de 2018 donde se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para la población materno perinatal, resaltando la necesidad de acompañamiento por parte de un ser querido o de una persona significativa para la mujer durante el trabajo de parto, y solicitando extremar los esfuerzos para que todas las mujeres reciban apoyo emocional de personal entrenado para tal fin.

Se recomienda, además, realizar planes de sensibilización al personal que brinda la atención, buscar trabajar con equipos interdisciplinarios como psicología, trabajo social y salud ocupacional, con miras a cultivar en ellos un cuidado que se enfoque en rescatar los aspectos emocionales y sensitivos de las mujeres con gestaciones de alto riesgo como parte integral de sus funciones, además de fortalecer el proceso de adaptación de las mujeres que vivan esta experiencia.

LIMITACIONES

Una de las limitaciones que se presentó durante el desarrollo de la investigación estuvo determinada por el acceso a campo. Dos de las mujeres que fueron contactadas en un principio accedieron a participar, pero por falta de tiempo debido a sus obligaciones personales reprogramaron la entrevista en dos ocasiones, y en el momento de llamarlas no volvieron a atender el teléfono perdiendo contacto con la investigadora.

La crisis mundial por la infección del Sars-cov 2 generó retrasos, debido a que la investigadora trabaja como enfermera asistencial en una institución de referencia para la atención de pacientes infectados por el virus; la carga emocional y de trabajo afectó el tiempo definido para el proceso de análisis y construcción del cuerpo de conocimientos derivados de los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laza Vásquez C, Pulido Acuña G. La vivencia de la pre-eclampsia: una dura travesía para la cual no se está preparada [Internet]. 2014 [Consultado 2019 Mar 04]; Rev. Univ. Ind. Santander Salud 46(2): 159-168. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072014000200007&lng=en.
2. Laza Vásquez C., Pulido Acuña G. P., Castiblanco Montañez R, A. La fenomenología para el estudio de la experiencia de la gestación de alto riesgo. Enferm. glob. [Internet]. 2012 [Consultado 2019 Mar 14]; 11(28): 295-305. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400015&lng=es.
3. Castillo Espitia E. La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. Invest. educ. enferm [Internet]. 2000 [Consultado 2020 Ago. 24]; XVIII (1): 27-35. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105218294002>
4. Alonso Palacio L. M., Escorcía de Vásquez I. El ser humano como una totalidad. Salud Uninorte [Internet]. 2003 [Consultado 2020 Ago. 24]; (17): 3-8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81701701>
5. Soto Núñez C. A, Vargas Celis I. E. La fenomenología de Husserl y Heidegger. Cult. cuid. [Internet]. 2017 [Consultado 2020 Ago. 24]; 21(48): 43-50. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/69271/1/CultCuid_48_05.pdf
6. Rodríguez S., Cárdenas M, Pacheco A., et al. Reflexión teórica sobre el arte del cuidado. Enferm. univ. [Internet]. 2018 [Consultado 2019 Mar 04]; 14(3): 191-198. Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/27/25>
7. Fernández O. Lévinas y la alteridad: Cinco planos. Brocar [Internet]. 2015 [Consultado 2019 Mar 04]; 39:423-443 [Consultado 2019 Ene 20]. Disponible en: <http://bit.ly/2IGUgi7>.
8. Marín Morales D., Bullones Rodríguez M. A., Carmona Monge F. J, et al. Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. Nure Inv [Internet]. 2008 [Consultado 2020 Ago. 24]; 37. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/422>
9. Zamorano Iturra R. S., Badilla Otero M. C., Velásquez Muñoz A. Vivencias de embarazadas de alto riesgo obstétrico del Hospital San Juan de Dios, en Chile. Revista CONAMED [Internet]. 2017 [Consultado 2020 Ago. 24]; 22(4): 174-178. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2017/con174e.pdf>

10. Flórez I. Significados de la experiencia vivida de mujeres con enfermedad cardiovascular revascularizadas [Tesis Doctoral]. Universidad de Antioquia; 2014.
11. Laza Vásquez C., Quintero Sánchez J., Jiménez Caicedo H. J, et al. Experiencias y sentimientos vividos durante una gestación de alto riesgo: un estudio documental 2005-2011. *Enferm. glob.* [Internet]. 2013 [Consultado 2019 Mar 02]; 12(31): 357-386. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300020&lng=es.
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Calidad. Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido. 2014 [Internet] [Consultado 2020 Ago. 24]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Garantizar-atencion-segura-madre-hijo.pdf>
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín epidemiológico semanal. Semana Epidemiológica 23 (2 al 8 de junio). 2019. [Internet] [Consultado 2020 Dic. 2]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/Boletin-epidemiologico-semana-23-2019.pdf#search=boletin%20epidemiologico%202020%20Morbilidad%20materna%20extrema>
14. Zuleta J. J. La morbilidad materna extrema: una oportunidad para aprender de experiencias exitosas en el manejo de la complicación obstétrica. *Rev. Colomb. Obstet.* [Internet]. 2007 [Consultado 2020 Ago. 24]; 58(3): 180-181. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214325001>
15. Souza J. P., Cecatti J.G., Parpinelli M. A., et al. An emerging “maternal near-miss syndrome”: narratives of women who almost died during pregnancy and childbirth. *Birth* [Internet]. 2009 [Consultado 2020 Ago 24]; 36(2): 149-158. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19489809/>
16. Cordero M. Z., González G. J. Factores socioeconómicos y de servicios de salud asociados con la mortalidad materna: una revisión. *Rev. cienc. biomed.* [Internet]. 2011 [Consultado 2020 Ago. 24]; 2(1): 77-85. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/261875893_FACTORES_SOCIO_ECONOMICOS_Y_DE_SERVICIOS_DE_SALUD_ASOCIADOS_CON_LA_MORTALIDAD_MATERNA_UNA_REVISION
17. Rangel Flóres Y., Martínez Ledezma A. La investigación en morbilidad materna extrema: “near miss” en América Latina. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2017 [Consultado 2018 Mar 29]; 34(3): 505-511. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36353391018>

18. Leichtentritt R. D., Blumenthal N., Elyassi A., et al. High-risk pregnancy and hospitalization: the women's voices. *Health Soc Work* [Internet] 2005 [Consultado 2020 Ago 24]; 30(1): 39-47. DOI: 10.1093/hsw/30.1.39. PMID: 15847236.
19. Mariano C. Holistic Nursing as a Specialty: Holistic Nursing—Scope and Standards of Practice. *Nurs. Clin. North Am.* [Internet]. 2007 [Consultado 2020 Jul 22]; 42(2): 165-88. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0029646507000138>
20. Meleis A. *Theoretical nursing. 1. Development and progress.* 4ª ed. Philadelphia: Lippincott; 2007.
21. OPS. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para obstetras y médicos. 2ª edición. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud; Apoyo emocional y psicológico en las urgencias obstétricas y neonatales, C-9. [Internet] 2017 [Consultado 2020 Dic. 2]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51987>
22. Solano Ruíz M del C. Editorial Fenomenología-Hermenéutica. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante. 1er semestre de 2006. No. 19.
23. Passos dos Santos R., Tatsch Neves E., Carnevale F. Metodologias qualitativas em pesquisa na saúde: referencial interpretativo de Patricia Benner. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2016 [Consultado 2019 Mar. 04]; 69(1): 192-196. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100192&lng=en.
24. Nava M.L., Urdaneta J. R., González M. E, et al. Caracterización de la paciente obstétrica críticamente enferma, experiencia de la maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza", Maracaibo, Venezuela: 2011-2014. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2016 [Consultado 2020 Ago. 24]; 81(4). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000400004
25. Ceballos Vásquez P.A., Desde los ámbitos de enfermería, Analizando el cuidado humanizado. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2010 [Consultado 2020 Dic. 02]; 16(1): 31-35. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000100004>.
26. Trejo Martínez F. Fenomenología como método de investigación: una opción para el profesional de enfermería. *Enf. Neurol.* [Internet]. 2012 [Consultado 2020 Ago. 24]; 11(2): 98-101. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=38130#:~:text=El%20objetivo%20de%20este%20art%3%ADculo,cualitativo%2C%20ofreciendo%20una%20%3%B3ptica%20diferente>.

27. Beltrán O. Significado de la experiencia de estar críticamente enfermo y hospitalizado en UCI. [Tesis Maestría]. Medellín. Universidad de Antioquia; 2007.
28. Alligood Raile M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. Séptima ed. España: Elsevier; 2013.
29. De la Cuesta Benjumea C. La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento en enfermería. *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2010 [Consultado 2020 Ago. 24]; 19(4): 762-766. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/20.pdf>
30. Valverde C. Enfermería centrada en los Significados del Paciente®: Un modelo basado en la narrativa y en la ética del otro. *Index Enferm* [Internet]. 2008 [Consultado 2019 Ene 30]; 17(3): 157-158. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300001&lng=es.
31. Ledesma Giraldo E. Vivencias de la enfermera recién egresada en el primer año de ejercicio profesional [Tesis de grado]. Universidad de Antioquia, 2018.
32. Vanegas J. Ontología de la confianza. *Revista UIS Humanidades* [Internet]. 2012 [Consultado 2020 Sep. 09]; 40(2): 79-97. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistahumanidades/article/view/3461/3588>
33. Moreno-Fergusson ME, Durán MM, Ospina AM, Salazar AM, Sánchez B, Veloza MP. Modelos y Teorías: Lineamientos básicos para la enseñanza del componente disciplinar de Enfermería. Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN); 2014.
34. Urra M Eugenia, Jana A Alejandra, García V Marcela. Algunos Aspectos Esenciales Del Pensamiento De Jean Watson Y Su Teoría De Cuidados Transpersonales. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2011 [Citado 2021 Feb. 15]; 17(3): 11-22. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>.
35. OMS [Internet]. La salud reproductiva: parte integrante del desarrollo humano. *RPSP* [Consultado 2020 Sep. 09] Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998000900015&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49891998000900015>
36. Torres Gutiérrez M. Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. Emotional impact of a high-risk pregnancy. *Rev. Colomb. Psiquiatr.* Bogotá. 2004 julio/sept; 33 (3).
37. Martínez Royert J, Pereira Peñate M. Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia), 2015. *Salud, Barranquilla* [Internet]. 2016 [Consultado 2020 Dic. 02]; 32(3): 452-460. Available from:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522016000300009&lng=en.

38. Da Trínidade Hidalgo Y, López Cruz Y. La hermenéutica en el pensamiento de wilhelm dilthey. Griot – Revista de Filosofía [Internet]. 2015 [Consultado 2019 May. 19]; 11(1). DOI: Disponible en: <https://www3.ufrb.edu.br/seer/index.php/griot/article/view/625>
39. Scribd [Internet]. Teoría Humanista. [2018 May. 19] Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/61049058/Que-Es-La-Teoria-Humanista>
40. Van Manen M. Researching lived experience: Human Science for an action sensitive pedagogy. Canada: State University of New York Press - University of Western Ontario; 1990.
41. Ramírez Perdomo C. A. Fenomenología hermenéutica y sus implicaciones en enfermería. Index. Enferm. [Internet]. 2016 [Consultado 2019 Ene. 30]; 25(1-2): 82-85. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100019&lng=es
42. Van Manen M. Fenomenología de la práctica, Métodos de donación de sentido en la investigación y la escritura fenomenológica. Popayán: Universidad del Cauca; 2016.
43. Buitrago Malaver L. A. Narrativas de la experiencia corporal de adultos con insuficiencia cardíaca crónica: significados del tiempo encarnado [Tesis Doctoral]. Universidad de Antioquia, 2019.
44. Ponty M. Phenomenology of Perception. New York: Taylor and Francis e-Library; 2005.
45. Finlay L. La divulgación del cuerpo en la investigación fenomenológica. Qual. Res. J [Internet]. 2008 [Consultado 2019 Ene. 30]; 3(1): 19-30. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp051oa>.
46. Fernández Guayana T. G. Fenomenología de la responsabilidad por el Otro: un estudio sobre la vocación de la docencia. Rev. de Educ. [Internet]. 2019 [Consultado 2020 Ene. 30]; 44(1), 390-408. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.15517/revedu.v44i1.39145>
47. Teijlingen E., Hundley V. The importance of pilot studies. Nursing standard [Internet]. 2002 [Consultado 2020 Ago. 26]; 16(40): 33-36. Disponible en: <https://search.proquest.com/openview/e1c79ecc86d8b228530d189b81b25f63/1?pq-origsite=gscholar&cbl=30130>
48. Kezar A. The Importance of Pilot Studies: Beginning the Hermeneutic Circle. Res High Educ. [Internet]. 2000 [Consultado 2020 Ago. 26]; 41(3), 385–400. Disponible en: <https://doi.org/10.1023/A:1007047028758>

49. Flórez Torres I., Giraldo Mora C., Arzuaga Salazar M. La experiencia vivida de la mujer con enfermedad cardiovascular revascularizada: un estudio de caso. *av. enferm.* [Internet]. 2016 [Consultado 2020 Ago. 26]; 34(3): 236-250. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v34n3.58378>
50. Martínez Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]. 2012 [Consultado 2019 Ene. 30]; 17(3): 613-619. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63023334008>
51. Laza Vásquez C, Puerto Lozano M I. Cuidados genéricos para restablecer el equilibrio durante el puerperio. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2011 [citado 2021 Mar. 25]; 27(1): 88-97. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000100010&lng=es.
52. Hernández R., et al. *Metodología de la Investigación*. 5a. ed. México D. F.: McGraw-Hill; 2010.
53. Morse J. The significance of saturation. *Qual. Health Res.* [Internet]. 1995 [Consultado 2020 Ago. 26]; 5(2):147-149. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/104973239500500201>
54. Pedraz M. A., Zarco J., Ramasco M., et al. *Investigación Cualitativa*. Barcelona: Elsevier; 2014. Disponible en: <https://es.slideshare.net/vcorrea4/369721972-pedrazzarcojramascomypalmar2014investigacioncualitativapdf>
55. Ayala Carabajo, R. La metodología fenomenológico-hermenéutica de M. Van Manen en el campo de la investigación educativa. Posibilidades y Primeras Experiencias. *RIE* [Internet]. 2018 [Consultado 2020 Ago. 26]; 26(2): 409-430. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283321909008>
56. Castillo E., Vásquez M. L. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colomb Med* [Internet]. 2003 [Consultado 2020 Ago. 20]; 34(3): 164-167. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/283/28334309.pdf>
57. Arias MM GC. El rigor científico en la investigación cualitativa. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2011 [Consultado 2020 Ago. 26]; 29(3):500-14. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105222406020.pdf>
58. Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós; 1984. Disponible en: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigaci%C3%B3n-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf>

59. De la Cuesta-Benjumea C. La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enferm. Clin.* [Internet]. 2011 [Consultado 2020 Ago. 26]; 21(3):163-167. Disponible en: <http://dps.ua.es/es/documentos/pdf/2011/la-reflexividad.pdf>
60. Kong H. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. 2008. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
61. República de Colombia Ministerio de Salud. Resolución número 8430 de 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
62. República de Colombia. Ministerio de comercio, industria y turismo. Decreto 1377 del 27 de junio de 2013. Disponible en: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1276081>
63. Congreso de Colombia. Ley 1581 del 17 de octubre de 2012. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981#:~:text=Desarrolla%20el%20derecho%20constitucional%20que,procedimiento%20para%20el%20tratamiento%20de>
64. Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. [Internet]. *sf* [Consultado 2020 Ago. 26] Disponible en: https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/investigacionEnsayosClinicos/Emanuel_Siete_Requisitos_Eticos.pdf
65. Gantiva Díaz C. Intervención en crisis: una estrategia clínica necesaria y relevante en Colombia. *Psychol. av. discip.* [Internet]. 2010 [Consultado 2020 Ago. 26]; 4(2), 143-145. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862010000200012&lng=en&tlng=es.
66. Johnson Castro M. I., Hurtado Arenas P. La incertidumbre frente a la enfermedad en adultos mayores con diagnóstico de cáncer. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2017 [Consultado 2020 Ago. 26]; 23(1): 57-65. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532017000100057&lng=es.
67. Beltrán Salazar O. A. La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo. *Invest. educ. enferm* [Internet]. 2009 [Consultado 2020 Sep. 09]; 27(1): 34-45. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072009000100003&lng=en&tlng=es.

68. Noguera Ortíz N., Muñoz de Rodríguez L. Significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia. *Investig. Enferm. Imagen Desarro.* [Internet]. 2014 [Consultado 2020 Ago. 26]; 16(1): 27-48. Disponible en: doi: 10.11144/Javeriana.IE16-1.sgha
69. Gómez R., Keydis S., Fernández Aragón Sh P. Incertidumbre y apoyo social en gestantes con trastornos hipertensivos. *Index Enferm* [Internet]. 2015 Jun [citado 2020 Sep. 09]; 24(1-2): 67-70. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100015&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100015>.
70. Castañeda J. La experiencia del desempeño de diferentes roles en la mujer con enfermedad coronaria [Pregrado]. Universidad Nacional de Colombia; 2014.
71. Hodgkinson E. L, Smith D. M, Wittkowski A. Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: a systematic review and metasynthesis. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2014 [Consultado 2020 Ago. 26]; 14(330): 1-11. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4261580&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
72. Vega Morales E. G, Torres Lagunas M. A., Patiño Vera V., et al. Vida cotidiana y preeclampsia: Experiencias de mujeres del Estado de México. *Enferm. univ* [Internet]. 2016 [Consultado 2020 Ago. 07]; 13(1): 12-24. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000100012&lng=es.
73. Villamil M. A. Experiencias personales erráticas para una fenomenología de las emociones humanas y sus compromisos éticos con la vida buena [Tesis para optar al título de doctor en filosofía]. Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá; 2015.
74. González A. Aproximación al miedo a partir del pensamiento fenomenológico de Martin Heidegger [Monografía para optar al título de licenciatura en Filosofía y Lengua Castellana]. Universidad Santo Tomás; 2018.
75. Montalvo-Prieto A, Cabrera-Nanclares B, Quiñones-Arrieta S. Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura. *Aquichan* [Internet]. 2012 [Consultado 2020 Ago. 07]; 12(2). Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2120>
76. Castillo E., Chesla C. Viviendo con el cáncer de un hijo. *Colomb Med* [Internet]. 2003 [Consultado 2020 Ago. 07]; 34(3): 155-163. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/283/28334308.pdf>

77. Canaval G., Jaramillo C., Rosero D., et al. La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto. *Aquichan* [Internet]. 2009 [Consultado 2020 Ago. 07]; 7(1). Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/94/192>
78. De Vera Reyes J. A., Guerra Palmero M. J. ¿Comprender el dolor del otro?: una aproximación filosófica a la experiencia del dolor crónico. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2018 [Consultado 2020 Ago. 07]; 25(3): 178-185. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462018000300178&lng=es.
79. Beltrán Salazar O. A. Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de Enfermería. *Invest. educ. enferm* [Internet]. 2006 [Consultado 2020 Ago. 07]; XXIV (2): 144-150. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215402015>
80. Mora Guillart L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *Rev. Cubana Oftalmol.* [Internet]. 2015 [Consultado 2020 Ago. 07]; 28(2): 228-233. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009&lng=es.
81. Fernandez A, Zahavi D. Basic empathy: Developing the concept of empathy from the ground up. *International journal of nursing studies* [Internet]. 2020 [Consultado 2020 Sep. 09]; 110, 103695. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103695>
82. Al Adib Mendiri M, Ibáñez Bernáldez M, Casado Blanco M, Santos Redondo P. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Med. leg. Costa Rica* [Internet]. 2017 Mar [Consultado 2020 Dic. 4]; 34(1): 104-111. Consultado en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100104&lng=en.
83. Díaz García L.I., Fernández M., Yasna. Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de derecho (Valparaíso)* [Internet]. 2018 [Consultado 2020 Ago. 3]; (51), 123-143. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301>
84. Lafaurie Villamil M. M., Angarita de Botero M. P., Chilatra Guzmán C. I. Atención humanizada del embarazo: la mirada de gestantes que acuden a una unidad hospitalaria de salud. *Enferm. Actual Costa Rica* [Internet]. 2020 [Consultado 2020 Ago. 3]; (38): 180-195. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682020000100180&lng=en.
85. Caro S. Enfermería: integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. *Salud Uninorte* [Internet]. 2009 [Consultado 2020 Ago. 3]; 25 (1): 172-178. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81711840014>

86. Siles González J., Solano Ruiz C. Sublimity and beauty: A view from nursing aesthetics. *Nurs Ethics* [Internet]. 2016 [Consultado 2020 Ago. 3]; 23(2): 154-166. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25631984/>
87. Miranda Q., Rojas E. La familia en el proceso salud-enfermedad [Tesis para optar al grado académico de licenciado en Trabajo Social]. Universidad Academia; 2006.
88. Quintero Laverde M. C. Cuidado y práctica de enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2000.
89. Vasconcelos Amorim T., de Oliveira I. E., Aparecida Vasconcelos M, et al. Perspectivas de los cuidados de enfermería en el embarazo de alto riesgo: revisión integradora. *Enferm. glob.* [Internet]. 2017 [Consultado 2020 Jul. 22]; 16(46): 500-543. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000200500&lng=es.
90. Góes M., Crossetti M. Developing a spiritual care model for patients and their relatives in illness. *Revista Gaúcha de Enferm.* [Internet]. 2020 [Consultado 2020 Jul. 22]; 41(spe). Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472020000200415&tIng=en
91. Ruíz M. La re-construcción del sujeto: procesos de agencia y subjetivación en las prácticas de corporización. *EFYC* [Internet]. 2006 [Consultado 2020 Jul. 22]; 8: 1-11. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439942650006>
92. Canaval G. E., González M. C., Tovar M. C., et al. La experiencia de las mujeres gestantes: "lo invisible". *Invest. educ. enferm* [Internet]. 2003 [Consultado 2020 Jul. 22]; 21 (2): 32-46. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1382637>
93. Wojnar D. M., Swanson K. M. Phenomenology: an exploration. *J Holist Nurs.* [Internet]. 2007 [Consultado 2020 Jul. 22]; 25(3): 172-185. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17724386/>
94. De Michele A. Espacio concebido versus espacio vivido. La construcción del sentido del lugar en Lavapiés como resistencia a las representaciones dominantes. *Territorios en formación* [Internet]. 2018 [Consultado 2020 Jul. 22]; 13: 5-32. Disponible en: <http://polired.upm.es/index.php/territoriosenformacion/article/view/3802>
95. Oliveira ME, Zampieri MFM, Brüggemam OM. A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura; 2001.
96. Pinho Carvalheira A. P., Pamplona Tonete V. L., de Lima Parada C. M. G. Sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo embarazo-puerperio que sobrevivieron a una

morbosidad materna grave. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2010 [Consultado 2020 Jul. 22]; 18(6): 1-8. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_20.pdf

97. Armstrong A. E. Towards a strong virtue ethics for nursing practice. Nursing philosophy: an international journal for healthcare professionals [Internet]. 2006 [Consultado 2020 Jul. 22]; 7(3): 110–124. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1466-769X.2006.00268.x>

ANEXOS

Anexo 1- Consentimiento Informado

**Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería
Unidad de Postgrados, Maestría en Enfermería**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cordial saludo, Mi nombre es Ana María Fernández Orozco, actualmente soy estudiante del programa de Maestría en Enfermería de la Universidad de Antioquia y como parte de mi formación académica estoy haciendo una investigación con mujeres que durante su embarazo hayan tenido una enfermedad muy grave y que por motivo de esta hayan estado hospitalizadas por un período superior a 5 días con el fin de que describan que significó esta experiencia para ellas.

El proyecto de investigación será titulado “***Embarazo y Morbilidad Materna Extrema: Significados de la experiencia vivida de la hospitalización.***”

Para la investigadora es muy valioso contar con su participación voluntaria, por eso, a continuación, encontrará la información relacionada con el presente estudio para que pueda decidir su participación.

Institución responsable: Universidad de Antioquia- Facultad de Enfermería.

Investigadora: Ana María Fernández Orozco

La presente investigación pretende describir el significado que tuvo para usted la experiencia de haber estado hospitalizada durante su embarazo por una enfermedad tan grave y conocer a través de su relato cómo fue esa experiencia. Su testimonio es muy importante ya que con él será posible crear planes de cuidado y estrategias más acordes con las necesidades individuales de las pacientes que viven esta condición y proceso.

Su participación es muy importante para el estudio, sin embargo, esta es voluntaria y usted puede decidir si desea o no participar o retirarse en cualquier momento. Pero debe comprometerse a informar oportunamente a la investigadora en el caso de tomar esta decisión. Dicha decisión no tendrá sanciones o consecuencia alguna. Adicional a esto, es importante que conozca que la participación en el presente estudio no representa ninguna retribución o gastos de tipo económico o monetario.

Su participación consistirá en una serie de entrevistas con una duración mínima aproximada de 45 a 60 minutos o el tiempo que considere necesario. El lugar de la entrevista, será en un espacio cerrado, privado y cómodo para usted previamente acordado. Para facilitar su participación, la investigadora se compromete a asumir los costos del transporte que pueda requerir, en tanto el sitio acordado de encuentro sea apartado. Y en el caso de que durante el estudio le surja la necesidad de alguna asistencia (social, sanitaria, psicológica, alimentaria, etc.), podrá recibir por parte de la investigadora la orientación de dichas solicitudes a las entidades responsables de atenderlas.

Si durante la entrevista o posterior a esta le surge alguna inquietud o duda sobre alguno de los elementos de la investigación puede hacérsela saber inmediata y directamente a la investigadora quien estará dispuesta a resolver cualquier pregunta que pudiera presentarse al respecto. A pesar de que se requiere que las conversaciones sean amplias y profundas, la investigadora tendrá especial cuidado en no forzar, ni violentar su narración; de manera que, si emocionalmente se llegará en algún momento a sentir incapaz de continuar, tendrá la libertad de parar la conversación y dejarla para después hasta que se sienta mejor y esté dispuesta a continuarla.

Para registrar la entrevista, esta será grabada en un dispositivo móvil y posteriormente la investigadora se encargará de transcribir fielmente. A la información original solo tendrán acceso la investigadora y sus asesoras. En la transcripción de la entrevista las participantes serán referenciadas con un seudónimo (nombre ficticio escogido por usted) de tal manera que se garantice el anonimato. En el momento en que se presente los resultados de la investigación no se nombrará ni se hará referencia a los nombres de las participantes con el fin de garantizar la confidencialidad de la información. Usted tendrá derecho a conocer el borrador de la información recolectada, para poder revisar y corregir antes de que sea publicada.

La investigadora garantizará que al momento de entrevistarla, esta investigación contará con la aprobación del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, U. de A. (CEI-FE) el cual avala que la investigación no propende ningún daño y que según la normatividad colombiana Resolución 8430 de 1983 la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud emitidas por el Ministerio de Salud, este estudio se considera como una investigación con riesgo mínimo para las participantes, puesto que no se realizará ningún tipo de intervención clínica sobre ellas, pero sí aborda aspectos sensitivos que podrían tener afectaciones psicológicas como incomodidad o quebranto emocional (crisis de

llanto), para las cuales la investigadora por ser enfermera posee competencias para realizar de manera inmediata los primeros auxilios psicológicos. En caso de que la participante no mejore se acompañará hasta el servicio de urgencias y se ubicará su red de apoyo o familia. La investigadora garantizará que le brindará los medios necesarios para verificar esta información en el momento que usted lo requiera.

En caso de tener alguna inquietud después de la entrevista puede contactar a:

Investigadora Principal: Ana María Fernández Orozco Enfermera- Estudiante Maestría en Enfermería	
Asesora de Trabajo de investigación: Clara Victoria Giraldo Mora	Co-Asesora de Trabajo de investigación: Luz Ever Díaz Monsalve

CONSENTIMIENTO

Yo _____, después de haber leído y comprendido la información anteriormente expuesta doy mi consentimiento de manera voluntaria para participar en el estudio mencionado en el presente documento.

Firma _____

Documento de identidad: _____

TESTIGO 1.

Nombre _____ Firma _____

Documento de identidad: _____

TESTIGO 2.

Nombre _____ Firma _____

Documento de identidad: _____

INVESTIGADORA.

Nombre _____ Firma _____

Documento de identidad _____

Fecha de diligenciamiento. _____

Anexo 2. Aval del Comité de ética, Facultad de Enfermería



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE INVESTIGACION

Acta N° CEI-FE 2019-13

COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

Constituido por Resolución de Consejo de Facultad No.644 de agosto 20 de 2004.

Lugar y fecha: Medellín, 2 de Mayo 2019

Nombre del proyecto: Embarazo y morbilidad materna extrema: Significados de la experiencia vivida de la hospitalización

Nombre de la investigadora: Ana María Fernández Orozco (Estudiante de la Maestría en Enfermería). Asesoras: Clara Victoria Giraldo Mora y Luz Ever Díaz Monsalve.

El Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia luego de revisar el proyecto de investigación con fundamento en los requerimientos de las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud, (Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia), las normas internacionales que regulan la ética de la investigación (Declaración de Helsinki, 2013; Pautas de la CIOMS, 2016) y los requisitos éticos para la conducción responsable de la investigación clínica (Ezequiel Jonathan Emanuel), evalúa lo siguiente:

- **Criterios para la conducción responsable de la investigación:**
 1. **Asociación colaborativa:** indica que la investigación se desarrollará en una institución de Medellín, anexan modelo de carta, que cumple con los requerimientos. Se sugiere indicar en la carta los tiempos establecidos para la recolección de la información.
 2. **Validez científica:** Este estudio corresponde a una investigación de tipo cualitativo con un enfoque fenomenológico. Se realizará un estudio exploratorio con el fin de probar si la técnica a utilizar es la adecuada. Se hará entrevistas a profundidad, empleando el método fenomenológico hermenéutico propuesto por Van Manen. Duración de 45 a 60 minutos. Como estrategia para mantener el rigor indica que entregarán una narración en forma de texto escrito en la segunda entrevista.
Como conflicto de interés la investigadora declara trabajar en la institución con las pacientes participantes, indica cómo minimiza el conflicto (pág. 37). Para el primer acercamiento con la participante indican "este contacto será realizado por las asesoras del trabajo de

investigación, ellas les explicaran en qué consiste la investigación y si deciden por voluntad propia acceder a participar, la investigadora se les presentará y les explicará en qué consiste el consentimiento informado para obtener su aprobación" (pág. 30). En el protocolo establece en relación a la captación de las participantes, que son mujeres gestantes que hayan tenido una MME, una vez hayan sido dadas de altas en el puerperio tardío. Se sugiere ampliar el concepto de puerperio tardío.

Se pedirá permiso a la institución para "buscar las pacientes en las bases de datos, se identificarán y se establecerá un primer contacto que será vía telefónica" (pág. 29). Este contacto será realizado por las asesoras del trabajo de investigación, ellas les explicarán en qué consiste la investigación y si deciden por voluntad propia acceder a participar.

Indican "Si no es posible obtener el aval ético de la institución, las participantes serán seleccionadas según los criterios de inclusión y a través de contacto social y la estrategia de bola de nieve" (pág. 29).

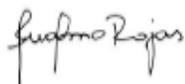
3. Validez social: Suficiente información.
4. Selección equitativa de los participantes: La selección de las participantes se realizará a través de un muestreo con propósito. El número de participantes se guiará por el criterio único de saturación de las unidades de significado. Se tienen criterios de inclusión y exclusión.
5. Razón riesgos/beneficios: Es una investigación con riesgo mínimo, se indica cómo minimizar el riesgo. Una vez finalizado el trabajo de campo, la investigadora se compromete a hacer devolución parcial y al finalizar la devolución completa de los resultados al personal asistencial y administrativo de la institución. Se sugiere que la investigadora cumpla con el requisito del esquema completo de vacunación para la protección del recién nacido y la puérpera. Considerando que realizarán una entrevista, se sugiere tener en cuenta las acciones que realizarían si llegasen a encontrar alguna situación de alarma en ella o el recién nacido.
6. Evaluación independiente: Será avalado por el Comité de Ética de investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia y de la Institución de salud de la ciudad de Medellín en la que va a desarrollar la investigación.

Protección de los derechos de los sujetos involucrados en la investigación.

1. Respeto a la autonomía: Está contemplado.
2. Respeto a la Confidencialidad: está contemplada para las participantes y la institución.
3. El consentimiento informado: Anexa consentimiento informado que cumple con los requisitos
4. Custodia: Está contemplada.

- **Conclusión: Se concede aval**

Esta acta se discutió en reunión ordinaria el día 2 de Mayo de 2019 con la participación de Yolanda Restrepo (Profesora con formación en ética), Patricia Jaramillo (Representante externa), Juan Guillermo Rojas (representante de los investigadores) y María Angélica Arzuaga (Representante de los docentes).



Firma

Juan Guillermo Rojas

c.c. 71.706.884

Presidente CEI-FE

Profesión: Enfermero, Mg. y PhD en Enfermería.

Cargo actual: Docente

Institución: Universidad de Antioquia

Comité para la evaluación del componente ético en las investigaciones

Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia

Anexo 3. Solicitud para desarrollar la investigación en la institución de salud.



Medellín, 9 de mayo de 2019

Doctor:
FABIÁN JAIMES BARRAGÁN
Jefe de Dirección de Investigaciones
Hospital Universitario San Vicente Fundación
Medellín

Asunto: Solicitud evaluación del trabajo de investigación:

Cordial saludo.

Me permito informar que Ana María Fernández Orozco es estudiante de la Maestría en Enfermería, actualmente se encuentra realizando el proyecto de investigación *"Embarazo y Morbilidad Materna Extrema: Significados de la experiencia vivida de la hospitalización"*; como requisito de grado para optar al título de magister en enfermería.

Dicho proyecto ha sido presentado en diversos espacios académicos en los cuales ha recibido recomendaciones para su fundamentación y además ha obtenido el aval por parte del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la U. de A., según acta N° CEI-FE 2019-13, del 2 de mayo de 2019. Dicho trabajo tiene como asesoras a las docentes de la Facultad de enfermería Clara Victoria Giraldo Mora y Luz Ever Díaz Monsalve.

Por lo cual nos dirigimos a ustedes con el fin de solicitar de la manera más respetuosa la evaluación por parte del Comité de Investigación y Ética del Hospital que usted actualmente preside; del proyecto de investigación en mención; con el fin de continuar con el trabajo de campo y la culminación de su investigación.

Atentamente

Edith A

EDITH ARREDONDO HOLGUÍN
Coordinadora Académica
Maestría en Enfermería
Universidad de Antioquia.

Universidad de Antioquia
Facultad de Enfermería: Calle 64 No. 53-09
Decanatura: 219 63 00 * Fax: 211 00 58 * Apartado: 12226
E-mail: comunicacionesenfermeria@udea.edu.co * <http://enfermeria.udea.edu.co> * Medellín-Colombia

Anexo 4. Respuesta del comité de ética de investigación de la institución de Salud



Medellín, 20 mayo de 2019

Doctor
CARLOS ALBERTO CARDEÑO
Presidente
Comité de Ética de la Investigación
Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl
Ciudad

Asunto: Solicitud de evaluación Comité de Ética de la Investigación

Cordial saludo.

Le estamos solicitando la evaluación ética al proyecto: **“Embarazo y morbilidad materna extrema: Significados de la experiencia vivida de la hospitalización”**, el cual está clasificado sin riesgo.

El proyecto ya cuenta con la aprobación metodológica y de viabilidad por parte de la Dirección de Investigaciones del Hospital y únicamente tiene pendiente el concepto ético. Adjunto a esta carta recibirá la copia del proyecto.

Atentamente,


Fabián Alberto Jaimes Barragán MD. MSc. PhD
Director de Investigaciones
Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl
direccioninvestigaciones@sanvicentefundacion.com

Anexo 5. Correo electrónico de la aprobación institucional para el desarrollo del proyecto de investigación.

Aprobación de proyecto "Embarazo y Morbilidad Materna Extrema: Significados de la experiencia vivida de la hospitalización" Recibidos X   

 Proyecto Investigaciones <proyectosinvestigaciones@sanvicentefundacion.com> mar, 2 jul. 2019 14:55   
para mí, victoria.giraldo, ever.diaz, Juan, Adriana *

Medellín, 02 de Julio de 2019

Cordial saludo,

La Dirección de Investigaciones y el Comité de Ética han aprobado la ejecución de su proyecto de investigación. En el archivo adjunto encontrará copia digitalizada de los oficios correspondientes. Si requiere la respuesta en formato original puede acercarse a la oficina de la Dirección de Investigaciones entre lunes y viernes en horario de 07:00 a 13:00 y de 14:00 a 17:00 horas, ubicada en el tercer piso del Bloque 16 del Hospital Universitario.

Reiteramos nuestra disposición a orientarlo en la siguiente fase que inicia y en la escritura del manuscrito (o el resumen para congreso), la selección de la revista y las diversas etapas para el sometimiento y la publicación.

Catherin Andrea García
Investigaciones
SAN VICENTE FUNDACIÓN
HOSPITAL UNIVERSITARIO
proyectosinvestigaciones@sanvicentefundacion.com
Tel: (574) 4441333 Ext: 3198
Dirección: Calle 64 No 51 D-154
Medellín - Colombia
www.sanvicentefundacion.com

Anexo 6. Aval de las Asesoras.

Medellín, 9 de septiembre 2020

Doctor

MAURICIO ARIAS ROJAS
Coordinador Maestría en Enfermería
Facultad de Enfermería
Universidad de Antioquia

Asunto: Entrega Trabajo de tesis

Cordial saludo,

Por medio de la presente se hace entrega del trabajo de tesis titulado: "Sos vos con el pensamiento: La experiencia vivida de la hospitalización de mujeres con embarazos de alto riesgo" desarrollado por la estudiante Ana María Fernández Orozco identificada con cedula de ciudadanía 1053.768.921, quien pertenece a la cohorte V de la Maestría en Enfermería; se solicita por favor sea sometido a evaluación, ya que cuenta con el aval de su asesora Clara Victoria Giraldo Mora identificada con cedula 43.072.632 y Co-asesora Luz Ever Díaz Monsalve 42.680.497, quienes confirman el cumplimiento de los objetivos en el desarrollo del proyecto.

Quedamos a la espera de asignación de evaluadores.

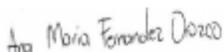
De antemano agradecemos la atención prestada y colaboración con la revisión del trabajo.



Clara Victoria Giraldo Mora
Psicóloga
Doctora en Sociología de la Salud



Luz Ever Díaz Monsalve
Enfermera- Epidemióloga
Magister en Salud Colectiva



Ana María Fernández Orozco
Estudiante Maestría en Enfermería
V cohorte